

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

FERNANDA SCALZAVARA

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Serviço Social** - Área de concentração: Serviço Social, Direitos Humanos e Questão Social.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ivete Simionatto.

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de **Mestre em Serviço Social**, e aprovada na sua forma final, em 31/7/2006, atendendo as normas vigentes no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e na Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof^a Dr^a Catarina Maria Schmickler
Coordenadora do PPGSS/UFSC

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Ivete Simionatto, Dr^a.
Departamento de Serviço Social/UFSC
Presidente

Prof^o Walter Ferreira de Oliveira, Ph.D.
Departamento de Saúde Pública/UFSC
Membro

Prof^o Jonas Salomão Spricigo, Dr.
Departamento de Enfermagem/UFSC
Membro

Prof^o Mário Teixeira, Dr.
Departamento de Clínica Médica/UFSC
Membro Suplente

*Aos profissionais e aos usuários do CAPS
Ponta do Coral de Florianópolis.*

AGRADECIMENTOS

Desejo expressar meus sinceros agradecimentos aos profissionais do CAPS Ponta do Coral, pela receptividade, atenção, acolhimento e colaboração na fase mais importante desta pesquisa, assim como pela consideração ao meu trabalho profissional. Também, aos usuários desta unidade de serviço, pela forma carinhosa e acolhedora com que sempre me receberam.

À professora Ivete Simionatto por ter aceitado a orientação do trabalho; agradeço a oportunidade de poder ter desenvolvido a pesquisa de meu interesse e desejo profissional.

Aos professores Jonas Spricigo e Mário Teixeira pela atenção, disponibilidade e colaboração, essenciais na definição e elaboração do projeto de dissertação. Igualmente, ao professor Walter Ferreira de Oliveira pelas considerações e contribuições no exame de qualificação.

À sempre Mestre, amiga e professora Iliane Kohler, pela relação de ensino-aprendizado humana, saudável, mantida no decorrer de toda a minha vida acadêmica; pelas ajudas concretas nos momentos de dificuldades, pelos conselhos, orientações e *encaminhamentos* necessários nos instantes, nas horas, nas fases de incerteza, insegurança, angústia, desespero.

Aos profissionais Mara Regina de Oliveira e Antônio Heinzen Filho, pelo suporte terapêutico necessário nos últimos anos da minha vida; especialmente por terem me ajudado a transformar as dificuldades, os obstáculos, as conquistas cotidianas no *Mestrado da Vida*.

Às profissionais e amigas Maria Sirene Cordioli e Maria Inês Bernardino, pela relação profissional responsável, ética, competente, que me impulsionou para os estudos na área da saúde mental; pela amizade acolhedora, carinhosa, fraterna, pelas comemorações e pelos momentos de descontração.

Aos meus pais e à minha família, base dos meus valores ético-morais.

Às minhas amigas e aos meus amigos, que de perto ou de longe, acompanham minha trajetória, acreditam e torcem por mim.

Formalmente, agradeço as instituições públicas CAPES e UFSC, através dos programas PROF e PGSS, pelo financiamento da bolsa que permitiu a dedicação profissional integral para a realização deste trabalho.

RESUMO

O presente trabalho tem como objeto de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. Constitui-se como objetivo geral da presente pesquisa analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Os procedimentos metodológicos da pesquisa constaram de: pesquisa empírica na coleta das informações, através de entrevistas semi-estruturadas, gravadas, realizadas com um profissional de cada área de formação de nível superior, dentre as existentes no CAPS, e aplicação de formulário, com questões fechadas, a todos os profissionais que compõem a equipe. As informações coletadas foram sistematizadas e organizadas em itens correspondentes aos eixos que nortearam a coleta dos dados, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde. A análise final foi realizada com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os resultados obtidos nos permitem concluir que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a efetividade e eficácia dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial. De maneira geral, podemos afirmar que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológico, técnico assistencial, político-jurídico, social cultural.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, política de saúde mental, serviços substitutivos.

ABSTRACT

The objective of present work is to study the operationalization of the Psychiatric Reformation in the city of Florianopolis, Brazil, based on one specific institutional model - the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral. The general objective of the present research is to analyze the institutional reality at the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral, Florianopolis, related to the operational process of mental health politics, based on the requirements of the Brazilian Psychiatric Reformation. The research methodological procedures have consisted of: empirical research and data collection, through semi-structured interviews, recorded, realized under the presence and supervision of a professional of each field, plus de existing data from the CAPS, and filled application, with closed questions, to all the professionals who compose the team. The data colleted was systematized and organized in items and events that are surrounded the data collection, which are: financial structure and resources, human resources and therapeutic project, participation of the user and the family in the treatment, social insertion, and integration of the service with the municipal network of assistance in health. The final analysis was based on theoretical production on mental health and the Psychiatric Reformation. The results allowed us to conclude that in scope of management of CAPS, the limited number of studies and the difficulties to transfer and administer them harmed the functioning of the service. The contributing factors were lack of strategic planning and systematic evaluation of actions. The difficulties associated with teamwork compromised the effectiveness and efficacy of the objectives. The absence of a municipal network dedicated to structure and articulate mental health appears as an obstacle to the practice of desinstitutionalization and psychosocial rehabilitation. In general, we can affirm that the changes in the assistance model, directed for Psychiatric Reformation is one of the challenges to the concretization to mental health politics in a new interaction between society and people with psychological illnesses. The operationalizational political difficulties of mental health go through different fronts of performance which constitute the complexity of social processes associated with Reformation in its different dimensions. These dimensions are: theoretic-epistemological, technical assistance, politic-legal and socio-cultural.

Keywords: Psychiatric Reformation, mental health politics, substitute services.

LISTA DE SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
APAC - Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CPASM - Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental
CMS – Conselho Municipal de Saúde
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FNS – Fundo Nacional de Saúde
INAMPS – Instituto Nacional de Aposentadorias e Pensões
IPQ – Instituto de Psiquiatria Catarinense
MS – Ministério da Saúde
MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS – Organização Mundial para a Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF - Programa de Saúde da Família
RP – Reforma Psiquiátrica
SIH - Sistema de Informação Hospitalar
SAI – Sistema de Informação Ambulatorial
SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
SUS – Sistema Único de Saúde
TR – Terapeuta de Referência
ULS – Unidade Local de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Procedimentos metodológicos	18
2 REFORMA PSIQUIÁTRICA	222
2.1 O Modo Psicossocial	26
2.1.2 Atenção Psicossocial.....	28
2.2 Desinstitucionalização	30
2.3 Reabilitação psicossocial	32
3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA	344
3.1 Estrutura e recursos financeiros	344
3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico	45
3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental	46
3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário	51
3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações.....	59
3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento.....	65
3.3 Participação do usuário e da família no tratamento	69
3.3.1 Planejamento terapêutico individual.....	70
3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral.....	72
3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares	81
3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia.....	88
3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental.....	96
3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica	106
3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde...	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
REFERÊNCIAS.....	125
APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS.....	130
ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica.....	136

1 INTRODUÇÃO

O processo de mobilização, organização e luta pela Reforma Psiquiátrica brasileira origina-se no contexto dos movimentos sociais, no período de redemocratização do país (décadas de 1970/1980), e tem como base os pressupostos da Reforma Sanitária brasileira e da Psiquiatria Democrática italiana. Tal movimento esteve direcionado no sentido da crítica e desconstrução gradativa da assistência existente, embasada no saber psiquiátrico, que justificava as práticas decorrentes do modelo asilar e, ao mesmo tempo, buscava a construção de propostas de superação deste modelo.

Os anos de luta pela transformação do modelo assistencial tradicional (asilar), centrado na internação hospitalar, culminaram com a criação e regulamentação de leis e portarias relativas à implantação de uma rede de serviços substitutivos a este. A partir da década de 1990 um conjunto de leis, portarias, decretos, resoluções define novas exigências em relação à assistência psiquiátrica prestada aos portadores de transtorno mental¹, incluindo a adequação das condições físicas das instituições de atendimento, a existência de projeto terapêutico, equipe multidisciplinar e outros dispositivos que garantam maior qualidade assistencial.

A Reforma Psiquiátrica é um processo em construção, que envolve tanto a sociedade civil, através dos diferentes os movimentos sociais, os profissionais, os usuários, bem como os órgãos gestores das políticas públicas. Estes são os responsáveis pela operacionalização das ações com relação a mudança de paradigma e prática em saúde mental. Nessa trajetória, aos profissionais cabe exercer o papel de sujeitos e críticos do processo de implantação da Reforma Psiquiátrica; aos gestores da política de saúde compete a decisão política com vistas a assegurar as condições técnicas para a implementação e operacionalização dos serviços de atenção; aos movimentos sociais fica a luta política pela construção social de um outro sentido para lidar com a "loucura" e com o "louco", a partir de uma transformação na relação sociedade/loucura.

¹ Cabe destacar que a expressão “portador de transtorno mental” é adotada neste estudo por acreditar-se que a palavra portador traz em si um caráter mutante. Ou seja, secundariza o transtorno mental e resgata o sujeito envolvido na condição de enfermo, como um ser dinâmico. Por sua vez, o termo transtorno mental traz um caráter psicossociológico, dinâmico, mutável, diferente do termo doença mental, muito embora não seja menos controvertido do que este último (ROSA, 2003, pp. 37-38). E, também, por ser “portador de transtorno mental” a expressão utilizada na linguagem técnica constante na política de saúde mental do Ministério da Saúde.

No curso das transformações operadas na e pela Reforma Psiquiátrica destacamos como marco significativo recente a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM)². Em seu documento conclusivo reafirma-se que as políticas de saúde mental devem respeitar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das leis Federal e estaduais, priorizando a construção da rede de atenção integral em saúde mental. Tais políticas devem ter como pressupostos básicos a inclusão social e a reabilitação psicossocial, estar integradas com outras políticas sociais, como educação, trabalho, lazer, cultura, esporte e habilitação profissional, visando garantir o exercício pleno da cidadania (BRASIL, 2002a).

O mesmo documento ressalta que a reorientação do modelo assistencial deve estar direcionada para concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e de promoção da saúde. Nesse sentido, é fundamental que as novas modalidades assistenciais desenvolvam práticas pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a auto-estima, a autonomia e a cidadania, buscando superar a relação de tutela e reprodução da institucionalização e/ou cronificação (BRASIL, 2002a).

A mudança do modelo assistencial é um dos desafios da Reforma Psiquiátrica. Busca-se, no âmbito da gestão pública, a construção de um novo pacto para transferir os recursos aplicados no modelo hospitalar para uma assistência comunitária. Entretanto, a mudança da lógica de atenção em saúde mental requer, também, uma mudança de paradigma. No bojo dos novos dispositivos de cuidado necessariamente deve estar uma nova ética do cuidar, baseada na premissa básica da autonomia possível e dos direitos humanos dos portadores de sofrimento psíquico. Isso significa considerar que as possibilidades de novas práticas terapêuticas devem caminhar ao lado da preocupação com a mudança das representações simbólicas do “louco” na sociedade, e com a produção de outros saberes.

Na atualidade, todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, bem como a literatura da área, referem-se a desconstrução como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade das ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Tal proposição tem como base a

² Realizada em Brasília, de 11 a 15 de dezembro de 2001. A I Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em 1987 e a II em 1992.

incapacidade da psiquiatria em explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (TORRE; AMARANTE, 2001).

O modelo manicomial tem seu fundamento na noção de que a experiência de sofrimento psíquico diversa (delírio, alucinação) é sinônima de erro. Um dos aspectos mais importantes no processo de transformação radical deste é a superação do conceito de doença. Conforme apontam Torre e Amarante (2001, p.73-85), “não se trata, obviamente, de negar a diversidade da experiência do delírio ou da alucinação, mas de não utilizar o conceito de doença (igual a erro) na relação com o sujeito”. Nesta direção, Rotelli (1990) propõe, no lugar do objeto “doença mental”, o objeto “existência-sofrimento” do sujeito em sua relação com o corpo social.

Segundo Costa-Rosa (et. al., 2003, p. 28), “ao se buscar a superação do saber psiquiátrico, sobretudo do paradigma doença-cura, procurou-se romper com práticas identificadas com o modelo clínico, por considerá-las ineficazes, segregadoras”. Busca-se no modo psicossocial estabelecer-se “a construção de uma relação de contrato com o sujeito que substitua a relação de tutela instaurada pela psiquiatria” (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 73-85). Como oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar surge, no contexto da Reforma Psiquiátrica, a atenção psicossocial como paradigma do modo psicossocial.

A origem das práticas de atenção psicossocial, como designação de experiências significativas no contexto da saúde mental, está relacionada às contribuições das diferentes experiências históricas de reforma, que incluem as Comunidades Terapêuticas e a Antipsiquiatria, na Inglaterra, a Psicoterapia Institucional, na França, a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, nos Estados Unidos e a Psiquiatria Democrática, na Itália³. No caso brasileiro somam-se as contribuições das políticas públicas e das experiências locais pioneiras dos centros e núcleos de atenção psicossocial, em Santos, São Paulo.

O modelo psicossocial vem ganhando elementos tanto em termos teórico e técnico quanto ideológicos e éticos, aptos a constituírem um novo paradigma para as práticas em saúde mental, capaz de substituir o paradigma psiquiátrico que ainda é dominante. Costa-Rosa (et al., 2003, p.31), observa que de modo geral os elementos teóricos subjacentes a essas experiências passam principalmente pelas idéias sociológicas e psicológicas, pelo materialismo histórico, pela psicanálise e pela filosofia da diferença. Nesse sentido, é importante indicar que o lugar social da saúde mental é um lugar de

³ Estudos sobre estas experiências encontram-se em DESVIAT (1999); ROTELLI (2001).

conflito, confronto e contradição. Entender a saúde mental dessa forma implica em reconhecê-la como expressão e resultante de relações e situações sociais concretas. “Por qualquer perspectiva que se olhe, tratar-se-á sempre de um eterno confronto: pulsações de vida/pulsações mortíferas; inclusão/exclusão; tolerância/intolerância” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p. 29).

A operacionalização da Reforma Psiquiátrica, através da implantação da rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, territorializados e integrados à rede de saúde, tem sido uma construção lenta e difícil, perpassada por interesses políticos e econômicos. Muitas vezes são privilegiados procedimentos técnico-burocráticos, assistenciais, em prejuízo de um serviço que tenha como foco o tratamento da pessoa humana na sua dimensão integral. Por outras, a Reforma Psiquiátrica é entendida como sinônimo de reestruturação de serviços; introdução ou modernização de novas tecnologias de tratamento e cuidado; promulgação de uma nova legislação. Em geral, os problemas passam pela tendência de tornar a Reforma a implantação de centros de atenção psicossocial, de forma a banalizar o serviço, fazendo com que estes sejam uma extensão do hospital psiquiátrico (AMARANTE, 2005).

Não obstante, a transformação do modelo de atenção tradicional requer a construção de uma rede de atendimento ampla, com serviços diversificados e complementares, substitutivos das práticas asilares. O modelo substitutivo não significa alternativo, paralelo, complementar ou intermediário do sistema tradicional. Trata-se de um serviço forte, que comporta uma estrutura complexa em que o sentido das práticas deve ser alterado do “eixo da clínica” para o “eixo da cidadania”. Isso significa olhar para a pessoa-sujeito e não unicamente para a doença (AMARANTE, 2005).

Pensar a mudança do paradigma teórico-conceitual clássico significa provocar uma transformação na cultura da forma tradicional de ver e lidar com a loucura, buscar a construção de um outro lugar social para a loucura e a doença mental, a partir de uma transformação das relações sociedade-loucura/doença mental.

Nesse processo, os centros de atenção psicossocial (CAPS) constituem-se no “braço” do modelo psicossocial. Tornam-se serviços privilegiados para o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial e dispositivos estratégicos para a mudança da atenção em saúde mental.

De acordo com as normatizações do Ministério da Saúde, são atribuições dos CAPS: organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; prestar atendimento em regime de atenção diária; oferecer cuidado clínico eficiente e personalizado; realizar a

dispensação de medicamentos; acompanhar usuários que moram em residências terapêuticas; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, assessorando o trabalho dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território ou área de abrangência (BRASIL, 2004).

No sentido de favorecer o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, bem como estimular a mudança da lógica de ver e lidar com a “doença” e o “doente mental”, o direcionamento da Política Nacional de Saúde Mental preconiza que os projetos terapêuticos dos CAPS podem ultrapassar a estrutura física da unidade, em busca da rede de suporte social comunitária. O atendimento prestado deve ser através de projeto terapêutico individualizado, construído conjuntamente com o usuário. A preocupação principal não deve ser o estabelecimento de um diagnóstico clínico, mas sim o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2004).

Com base no exposto, a presente dissertação de mestrado tem como recorte de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - O Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. A escolha deste CAPS deve-se ao fato de ser este um serviço público de atendimento diário a portadores de transtornos mentais adultos, único nesta modalidade no município. A população de Florianópolis conta com outros dois centros de atenção psicossocial, um para atendimento de crianças e adolescentes (CAPSi) e outro para atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (CAPSad).

O CAPS Ponta do Coral constitui-se no principal serviço de atendimento extra-hospitalar na realidade local, desempenhando um papel central na assistência a portadores de transtornos mentais graves. A rede municipal de atenção em saúde mental é incipiente, com poucos recursos e o CAPS enfrenta diversas dificuldades na realização de suas atividades, concentrando uma demanda de atendimento superior a sua capacidade.

Destacamos a relevância deste estudo na medida em que está em curso no país uma reforma nos serviços de assistência em saúde mental, em que a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos pelo cuidado comunitário/ambulatorial tem sido a

diretriz básica para a reorganização da política de saúde mental, desde o nível federal aos níveis estadual e municipal.

A reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

O processo de reestruturação dos serviços de saúde mental está baseado na organização de uma rede comunitária de cuidados. Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esportes etc), culturais, religiosos e de lazer são convocados para potencializar as equipes de saúde na tarefa de realizar ações de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004).

Fazem parte desta rede de serviços de saúde mental os centros de atenção psicossocial, os núcleos de atenção psicossocial (NAPS), os serviços residenciais terapêuticos (SRTs), os hospitais gerais, os centros locais de saúde, as equipes de saúde da família e agente comunitários de saúde, entre outros. Particularmente, neste trabalho, nos interessamos por estudar os CAPS por estes assumirem um papel central na organização da rede, constituindo-se em serviços de atenção que “almejam à outra lógica, outra fundamentação teórica-técnica e outra ética, que não mais a do paradigma psiquiátrico” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.19).

Os CAPS foram criados para serem substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos, oferecendo atendimento em saúde mental à população de sua área de abrangência. São atendidas pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, incluindo aquelas que apresentam transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e crianças e adolescentes. As práticas realizadas neste tipo de serviço devem caracterizar-se por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro, na comunidade.

Oficialmente os CAPS foram instituídos pela Portaria GM/MS N°224/1992 e definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam uma população adscrita definida pelo nível local e oferecem atendimento de cuidados intermediários entre

o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (BRASIL, 2002b).

Atualmente, os CAPS são regulamentados pela Portaria GM/MS N° 336/2002 e integram a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta portaria estabelece critérios de porte/complexidade e abrangência populacional aos CAPS, classificando-os nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad⁴. A classificação dos diversos tipos de CAPS difere, basicamente, quanto ao tamanho da população pela qual se responsabilizam e quanto ao regime de funcionamento.

Os profissionais que trabalham nos CAPS integram uma equipe multiprofissional. São técnicos de nível superior e nível médio, de diferentes áreas de formação. Os profissionais de nível superior são médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física entre outros necessários para as atividades oferecidas, de acordo com o projeto terapêutico do CAPS. Os profissionais de nível médio podem ser técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores, artesãos, profissionais de limpeza e cozinha (BRASIL, 2004).

As equipes técnicas possuem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. Cabe aos profissionais a tarefa de organizar-se para realizar o acolhimento dos usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, realizar as atividades de reabilitação psicossocial, equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas.

Ao considerarmos as práticas em saúde mental de um centro de atenção psicossocial nosso objeto de estudo estamos entendemos que é a partir delas que a mudança de paradigma se torna possível, haja vista que a estruturação de uma rede de

⁴ O CAPS I tem capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e deve funcionar das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira; o CAPS II atende municípios com população entre 70.000 e 200.000, deve funcionar das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas; o CAPS III atende municípios com população acima de 200.000 habitantes, funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana. Já os CAPSi e os CAPSad possuem características diferenciadas dos demais. O CAPSi é referência para municípios com população acima de 200.000 habitantes e constitui-se em um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período até 21 horas. Os CAPSad destinam-se a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. É indicado em municípios com população acima de 100.000 habitantes, funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas (BRASIL, 2002b).

novos serviços de saúde mental não constitui por si só uma ruptura com o paradigma das práticas asilares, da segregação e da tutela do portador de transtorno mental. Contudo, sabemos que analisar uma realidade institucional é uma tarefa difícil, principalmente quando nos propomos olhar esta realidade em movimento, permeada de contradições e como fruto de um processo sócio-histórico.

Nesse sentido, elegemos como sujeitos informantes os profissionais que atuam no Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, por entendermos que a eles cabe a tarefa de realizar as atividades institucionais cotidianas. Esses profissionais integram uma equipe multiprofissional e assumem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. A nosso ver, constituem-se atores sociais centrais no processo de implementação e operacionalização da Reforma Psiquiátrica na realidade local.

Com isso queremos destacar que os profissionais de saúde mental exercem um papel relevante para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, seja como partícipes dos movimentos sociais, como gestores da política de saúde mental e/ou como trabalhadores (técnicos) nos serviços de assistência. Particularmente, aos profissionais dos CAPS cabe o compromisso de operacionalizar a mudança da lógica da assistência, na medida que estão atuando em um serviço considerado um dispositivo estratégico da rede de assistência em saúde mental. Esses profissionais estão diretamente ligados aos usuários do serviço e a implementação da política de saúde mental, função que os coloca na linha de frente de um cenário novo que vem passando por formulações e reformulações nos campos “político-jurídico, técnico-assistencial, epistemológico e sociocultural” (AMARANTE, 2003).

Torna-se pertinente ressaltar que o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) teve forte influência nos avanços ocorridos na mudança da assistência psiquiátrica. Constituído inicialmente de técnicos de saúde mental buscava a melhoria da assistência psiquiátrica e denunciava a situação precária dos manicômios. O MTSM posicionou-se em relação à assistência prestada, politizou a questão da Reforma, construiu uma linha de pensamento crítica no campo da saúde mental. Organizados, os trabalhadores criaram fóruns de discussões locais de caráter técnico e político e defenderam as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Posteriormente, o movimento ampliou-se no sentido de ultrapassar sua natureza técnico-científica, organizou sua estrutura administrativa como fórum nacional e passou a ser designado Movimento da Luta Antimanicomial, tornando-se um movimento social que passou a englobar várias entidades como associações de usuários

e familiares⁵, ONGs, entre outras (AMARANTE, 1994, 1995a; SOUZA, 2001; VASCONCELOS, 2000b, 2004).

Assim, nos parece certo que os profissionais de saúde mental são atores sociais influentes na efetivação da Reforma Psiquiátrica. Razões significativas para pesquisar e valorizar suas experiências e opiniões, na medida em que seus relatos podem indicar como vem se realizando no dia-a-dia a Reforma, bem como contribuir para a construção de novas práticas e a produção de novos saberes. E, entendemos como Foucault, que os saberes não são apenas conhecimentos acadêmicos, produções que se autodenominam científicas. Os saberes também estão onde são produzidos, pois sempre criam visões de mundo, produzem histórias e História.

Dessa forma, a presente pesquisa tem a finalidade específica de contribuir para a análise das práticas locais de saúde mental, a partir do estudo da realidade vivenciada no CAPS de Florianópolis e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Lembramos, ainda, que neste ano de 2006 o CAPS Ponta do Coral completa dez anos de atividades, fato que nos leva a destacar a importância de um estudo que identifique as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação deste serviço. No geral, busca-se fornecer subsídios para os avanços nas políticas de saúde mental e contribuir para a produção de conhecimentos sobre a realidade da prática das políticas públicas de saúde mental. Para tanto, elegemos como eixos de estudo e análise cinco pontos, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social e integração com a rede municipal de assistência em saúde.

Constitui-se como objetivo geral do presente estudo a análise da realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Para alcançarmos este definimos como objetivos específicos: 1) caracterizar a estrutura e os recursos financeiros disponibilizados

⁵ Cabe registrar que no campo da saúde mental encontram-se associações de composição variada. Há associações de usuários; associações de familiares; associações de usuários e familiares; associações de usuários, familiares e técnicos; associações de usuários e técnicos; e associações de técnicos e familiares. Em sua maior parte, o processo organizativo das associações é conduzido por elementos de constituição de laços de solidariedade e ajuda mútua. Contudo, existem associações que são favoráveis à agenda de inovações da assistência colocada pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e, outras, que se caracterizam como uma comunidade de veto em relação à mesma agenda (SOUZA, 2001).

e sua adequação às atividades do Caps; 2) conhecer as práticas assistenciais desenvolvidas pelo CAPS com relação ao projeto terapêutico e como se organiza o trabalho da equipe técnica; 3) identificar como ocorrem as práticas institucionais de participação do usuário e da família no tratamento e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica; 4) identificar se existem e quais são as ações institucionais, intersetoriais e/ou outras criadas com relação a inserção social do portador de transtornos mentais; 5) descrever e analisar a relação existente entre o CAPS e a rede municipal de assistência em saúde com relação a operacionalização da política de saúde mental e do SUS; 6) identificar quais as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação do CAPS, pontos positivos e negativos.

1.1 Procedimentos metodológicos

Para operacionalizar os objetivos do nosso estudo foi realizada uma pesquisa de caráter qualitativo, do tipo estudo de caso. Segundo Minayo (1994), a pesquisa qualitativa, nas ciências sociais, responde a questões particulares, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Isso significa considerar que trabalhamos com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que correspondem a pontos mais profundos das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser quantificáveis. E, segundo Chizzotti (2003, p. 104), em geral, a pesquisa qualitativa objetiva provocar o esclarecimento de uma situação para uma tomada de consciência pelos próprios pesquisados dos seus problemas e das condições que os geram, a fim de elaborar meios e estratégias de resolvê-los.

Dentre os tipos de pesquisa qualitativa, o estudo de caso talvez seja um dos mais relevantes. É uma modalidade que propicia retratar uma realidade de forma ampla e profunda, de forma a revelar a multiplicidade de dimensões presentes numa determinada situação e contextualizar o objeto para melhor compreendê-lo (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Nesta forma de estudo, o caso é tomado como unidade significativa do todo porque tanto retrata uma determinada realidade quanto revela a multiplicidade de aspectos globais presentes em uma dada situação (CHIZZOTTI, 2003). A principal função do estudo de caso é a explicação sistemática de fatos que ocorrem no contexto social e geralmente se

relacionam com uma multiplicidade de variáveis. Essa técnica caracteriza-se por ser um estudo intensivo, o qual deve considerar a compreensão geral do assunto investigado (FACHINI, 2001).

O local escolhido para a realização do estudo, o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, é um serviço público, municipal, cadastrado na modalidade CAPS II, situado à rua Rui Barbosa, 713 (fundos), no bairro Agronômica, Florianópolis/SC. CAPS Ponta do Coral funciona das 8h às 18hs e atende uma demanda média diária de 40 usuários. O serviço foi criado em março de 1996 e funciona neste endereço desde o mês de dezembro do mesmo ano⁶.

A principal fonte de informação da presente pesquisa constituiu-se das falas dos profissionais, de formação de nível superior, e, no resultado do formulário aplicado a todos os membros da equipe do CAPS Ponta do Coral. Utilizamos para a coleta de informações a entrevista semi-estruturada, gravada, com questões abertas, e a aplicação de formulário com questões fechadas (Apêndices A e B). As entrevistas foram orientadas por um roteiro com perguntas estruturadas e agrupadas em cinco blocos correspondentes aos eixos de estudo da pesquisa. De acordo com Trivinos (1987), a entrevista semi-estruturada geralmente parte de certos questionamentos básicos, de perguntas fundamentais derivadas da teoria que é adotada para a pesquisa e de informações que o pesquisador possui sobre o tema a ser pesquisado.

Na pesquisa qualitativa, a entrevista é uma das técnicas mais utilizadas na coleta do material empírico. No tipo de estudo escolhido, foi possível perceber que a entrevista constituiu-se na ferramenta capaz de possibilitar a obtenção de dados mais profundos da realidade, os quais só podem ser obtidos com a contribuição dos sujeitos envolvidos.

O trabalho empírico para coleta dos dados e das informações na Instituição foi realizado entre a segunda quinzena do mês de março e a primeira quinzena do mês de abril de 2006 (16/3/2006 a 13/4/2006). A coleta teve início após a apresentação e solicitação de autorização para a realização da pesquisa à coordenação da Instituição. O projeto foi encaminhado à Comissão de Ensino e Pesquisa do CAPS II Ponta do Coral e à Direção de

⁶ A implantação do serviço foi efetivada em 25/3/1996, ficando instalado, provisoriamente, junto ao Centro de Saúde II do Centro de Florianópolis (atual ULS Centro), na Avenida Rio Branco. Em dezembro do mesmo ano foi transferido para o atual endereço, passando a ser chamado NAPS Ponta do Coral. Seu credenciamento no Ministério da Saúde aconteceu ao longo do ano de 1997. Em 2002, a Portaria GM n° 336 regulamentou a denominação dos antigos NAPS para CAPS (STUANI, 2005).

Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis para parecer. Mediante o parecer favorável (Anexo A) das referidas instâncias, foi realizada, em reunião de equipe, a apresentação do projeto aos profissionais do CAPS Ponta do Coral. Concluída esta etapa, foi realizada a entrevista pré-teste. A escolha do profissional observou os critérios constantes da metodologia do projeto. A entrevistada foi uma profissional da área da psicologia (área que tem mais de um profissional no CAPS) que tinha disponibilidade para a realização da entrevista na data escolhida. A partir desta entrevista, foram realizadas pequenas alterações no roteiro, com vistas a agrupar algumas perguntas, no sentido de diminuir o tempo necessário à efetivação da mesma. A referida entrevista teve a duração aproximada de uma hora e vinte minutos, acrescida de mais quinze minutos para a aplicação do formulário, totalizando uma hora e trinta e cinco minutos.

No total, foram realizadas seis entrevistas e aplicados doze formulários, de acordo com a metodologia estabelecida, a qual privilegiou, para a entrevista, o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de ensino superior, dentre as existentes no CAPS Ponta do Coral, quais sejam: psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Os formulários foram aplicados a todos os profissionais de formação de nível superior e de formação de nível médio. Foi necessário realizar sorteio do profissional a ser entrevistado apenas com relação a área da psicologia, por esta ter quatro profissionais atuando na equipe do CAPS. Como utilizamos um deles para a realização do pré-teste, participaram do sorteio apenas os outros três. O sorteio foi realizado na presença de outras duas profissionais da equipe.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos profissionais. A aplicação dos formulários foi simultânea e obedeceu ao mesmo critério. No caso de três dos profissionais entrevistados não foi possível realizar a aplicação do formulário no momento da entrevista, a pedido dos mesmos, devido a limitações de tempo. As entrevistas foram gravadas em fitas cassete, com a autorização prévia dos entrevistados, e, posteriormente, as falas foram transcritas.

As informações e os dados coletados foram sistematizados e classificados, de acordo com os eixos de pesquisa, e posteriormente analisados com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os dados originados dos formulários foram analisados e tratados descritivamente, ou seja, reduzidos a termos descritivos. Para efeito de padronização e de comparação foi adotado o método da porcentagem.

A análise final, que, segundo Minayo (1994), corresponde a um movimento contínuo entre o empírico e o teórico e vice-versa para fazer do caos aparente das

informações revelações da sua especificidade, foi construída pela síntese das informações coletadas em cada eixo de estudo, previamente definidos.

As questões éticas foram consideradas em todas as etapas do estudo, especialmente, na relação com os entrevistados, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) e dentro do que determina a Resolução N° 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde e o Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina. Os profissionais foram informados e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa quando da apresentação do projeto em reunião de equipe e individualmente antes da realização da entrevista. Foi preservado o anonimato dos entrevistado ao se utilizar codinomes para referenciar as falas no trabalho, destacando-se que os mesmos escolheram livremente seu próprio apelido quando da realização da entrevista. Apenas uma das entrevistadas optou por deixar a cargo da pesquisadora a escolha do codinome.

O trabalho que ora apresentamos está organizado de forma a contemplar, neste primeiro capítulo, a introdução do tema e a metodologia utilizada na pesquisa; no segundo capítulo descrevemos, sistematizadamente, o norte teórico utilizado como referência para a análise dos dados e das informações coletadas; no terceiro capítulo trazemos os resultados e as análises da pesquisa. Ao final, resgatamos os principais tópicos relacionados aos eixos de estudo e expomos nossas considerações finais sobre o tema.

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA

Procuramos expor neste capítulo uma síntese das análises de alguns autores que têm contribuído para o avanço nas discussões sobre a Reforma Psiquiátrica, bem como a definição do que vem a ser este outro modelo de atenção em saúde mental – o Modo Psicossocial, tanto em seus aspectos prático-assistenciais quanto em suas exigências éticas e teóricas, no sentido de construirmos o norte teórico orientador das análises da presente pesquisa.

Todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, na atualidade, bem como a literatura da área estabelecem a categoria teórico-prática “desconstrução” como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade nas ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Reiteram, também, a incapacidade da psiquiatria de explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (BASAGLIA, 1985; ROTELLI, 1990). Neste sentido, a proposta da Reforma Psiquiátrica objetiva criar experiências alternativas ao hospital psiquiátrico e ao modelo de suas práticas, através da extinção desse tipo de instituição e sua substituição por recursos que sejam capazes de rever tanto as concepções do “objeto” quanto dos “meios” e modos da sua intervenção nessa área.

A partir das contribuições colocadas por Fleury (et. al., 1989), com relação ao conceito de Reforma Sanitária como um “processo de transformação estrutural”, e da noção de *processo social complexo* proposta por Rotelli (1990), Paulo Amarante (2003, p.49), define Reforma Psiquiátrica como:

um processo social complexo que se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade.

Nessa concepção, o autor observa que processo indica algo em permanente movimento, que não tem um fim predeterminado, nem um objetivo último ou ótimo. E, a idéia de complexidade é posta não como sinônimo de complicação, mas sim como uma atitude epistemológica no sentido de reabrir a possibilidade de recomplexificação do fenômeno, proposição oposta a naturalização/objetualização da noção de doença. Neste sentido, a doença deixaria de ser reduzida a uma alteração biológica, para tornar-se um

processo de saúde/enfermidade. Em outras palavras, “a doença não é um objeto, mas uma experiência nas vidas de sujeitos distintos” (AMARANTE, 2003, p.53).

Na continuidade de suas análises sobre a Reforma Psiquiátrica Amarante (2000, 2003) designa quatro dimensões para as transformações operadas na e pelas práticas da Reforma, quais sejam: teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural.

A dimensão teórico-conceitual ou epistemológica contempla o conjunto de questões que dizem respeito a produção de conhecimentos e saberes que irão subsidiar as práticas. É uma dimensão que vai desde a reflexão dos conceitos mais fundamentais do campo das ciências até os conceitos produzidos pela psiquiatria: alienação, doença mental, normalidade/anormalidade, terapêutica e cura. Um aspecto muito importante desta dimensão refere-se ao desafio de se repensar as relações entre conhecimento e objeto (AMARANTE, 2003).

Na interpretação de Costa-Rosa (et al., 2003, p. 32), o campo teórico-conceitual pauta-se na desconstrução de conceitos e práticas, sustentados pela psiquiatria e pela psicologia nas suas visões acerca da doença mental. Propõe-se como contrapartida a construção de noções e conceitos como “existência-sofrimento” do sujeito na sua relação com o corpo social, acolhimento, cuidado, emancipação e contratualidade social. Nesse âmbito, pode-se entender que o conceito de existência-sofrimento impulsiona a Reforma Psiquiátrica na direção de uma revolução paradigmática, uma vez que questiona a tão cara relação sujeito-objeto e o próprio paradigma doença-cura. Tal conceito aparece por contraposição ao paradigma doença-cura, expressando a exigência de se dar ao sujeito a centralidade da cena.

Como exemplo desse campo Amarante (2003, p. 50) destaca o processo de desconstrução do conceito de clínica, que deixaria de ser o isolamento terapêutico ou o tratamento moral para tornar-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades; a desconstrução do conceito de doença produzido pela psiquiatria, em que o sujeito, não mais visto como alteridade incompreensível, possibilitará outras formas de conhecimento, que produzirão novas práticas clínicas e sociais.

Cabe destacar que quando um conceito é submetido ao processo de desconstrução é possível supor que as relações entre as pessoas envolvidas também serão transformadas, assim como os serviços, os dispositivos e os espaços. Conseqüentemente, mudam, ainda, os conceitos e as práticas jurídicas que eram adotadas pelos conceitos desconstruídos.

Para Basaglia (1985) e Rotelli (1990), desconstrução está relacionada à noção de *invenção*, de construção do real, de produção da subjetividade, recolocando em discussão a ciência e a psiquiatria. Os autores referem-se a “desconstrução” do dispositivo psiquiátrico e clínico em seus paradigmas fundantes e suas técnicas de poder-saber, entendendo-a como uma ação prática de dismantelamento das incrustações institucionais que cobriam a doença. A desconstrução questiona as bases do dispositivo psiquiátrico, em sua competência para atuar frente à loucura.

Entende-se desconstrução como um processo social complexo, de desmontagem do dispositivo psiquiátrico, que não tem fim, ou não pretende constituir, um modelo ideal, mas sim dar novo significado às relações e colocar questões imanentes às situações-problema. Nesse sentido, é um processo que precisa, por definição, ser reinventado incessantemente, e questionar também o conjunto dos segmentos sociais que deveria ser [...] objeto de uma verdadeira "revolução molecular", quer dizer, de uma re-invenção permanente (GUATTARI, 1992 apud TORRE; AMARANTE, 2001, p. 14).

A dimensão político-jurídica passa pela criação e alterações na legislação com relação aos direitos e a assistência ao portador de transtornos mentais. O âmbito jurídico é decorrente do fato de a psiquiatria ter instituído a noção de relação entre loucura, periculosidade, irracionalidade, incapacidade, irresponsabilidade civil. No plano político luta-se pela extinção dos manicômios e sua substituição por instituições abertas, pela revisão das legislações sanitárias, civil e penal referente a doença mental, para possibilitar o exercício dos direitos à cidadania, ao trabalho e à inclusão social. Importa nessa dimensão rediscutir e redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais (AMARANTE, 2003, p. 53; COSTA-ROSA, et al., 2003, p. 33).

No âmbito da dimensão técnico-assistencial está o modelo assistencial. É nesse campo que, na realidade brasileira, aparecem mais visivelmente as inovações com relação as práticas assistenciais em saúde mental, concomitante a reconstrução dos conceitos. As transformações vêm acontecendo tanto na concepção de novos serviços (CAPS, oficinas terapêuticas e de reintegração sociocultural, cooperativas de trabalho) quanto na sua forma de organização e gestão (instituições abertas com participação e co-gestão com os usuários e a população).

Nos últimos anos têm-se objetivado construir uma rede de novos serviços, concebidos como espaços de sociabilidade, de trocas, em que se enfatiza a produção de saúde como produção de subjetividades. Essas mudanças indicam para uma mudança nas práticas de atenção e tem significado *colocar a doença entre parênteses*, propiciando

contato com o sujeito, rompendo com as práticas disciplinares; aumentando a possibilidade de recuperação do seu estatuto de sujeito de direitos (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 32-33; AMARANTE, 2003, p.51).

A expressão *colocar a doença entre parênteses* é atribuída a Basaglia, significa a suspensão do conceito e implica na possibilidade de novos contatos empíricos com o fenômeno em questão. Para o autor, a psiquiatria colocou o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença como fenômeno da natureza. Assim, Basaglia propõe uma inversão, isto é, colocar a doença entre parênteses para tornar-se possível lidar com o sujeito e não com a doença.

Amarante (2003) chama a atenção para o fato de a atitude epistemológica de colocar a doença entre parênteses não significa a negação da doença no sentido do não se reconhecer que experiências de sofrimento ou diversidade fazem parte da realidade concreta da saúde mental. Nas palavras do autor:

não significa a recusa em aceitar que exista uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar. Significa, isto sim, a recusa a explicação da psiquiatria, para dar conta daquela experiência, como se esta pudesse ser explicada pelo simples fato de ser nomeada como doença. A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia social e política da exclusão, e a ruptura epistemológica com o saber da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para objetivar conhecer a subjetividade (AMARANTE, 2003, p. 56).

A dimensão sociocultural expressa o objetivo maior da Reforma Psiquiátrica, haja vista que pretende transformar o *lugar social* da loucura no imaginário social, transformando as relações entre a sociedade e a loucura. Muito do imaginário social é decorrente da ideologia psiquiátrica que tornou senso comum a relação da loucura à incapacidade do sujeito de estabelecer trocas sociais e simbólicas (AMARANTE, 2003, p. 53).

Para tanto se têm estimulado uma série de práticas sociais visando transformar o imaginário social relacionado a loucura, a doença mental e a anormalidade. Está em processo de mudança a imagem da loucura e do louco, a imagem da instituição e a da relação dos usuários e a população com ela. A intencionalidade passa pela construção de uma imagem das instituições de atendimento como espaços abertos de circulação e pólos de exercício estético, e uma imagem do “louco” como cidadão que deve almejar poder de contratualidade social (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 33).

Pensar a Reforma Psiquiátrica como um processo complexo implica desconstruir, superar conceitos; pensar, refletir sobre as ações no campo da saúde mental e os efeitos de

suas práticas; criar, construir novas práticas e produzir outros saberes. Trata-se, portanto, de um processo contínuo em que os verbos transformar, produzir, desconstruir, desmontar, emancipar, reconstruir devem estar no cotidiano do fazer em saúde mental.

2.1 O Modo Psicossocial

A elaboração das práticas do modo psicossocial é tributária de diferentes movimentos sociais científicos e vários campos teóricos. Sob esse aspecto, Abílio da Costa-Rosa (2000; 2003), busca especificar elementos básicos do novo paradigma traçando um paralelo de análise entre as práticas constitutivas do modo asilar e aquelas exigidas ao modo psicossocial⁷.

As principais características do modo asilar são: ênfase na consideração de determinantes orgânicos nos problemas que se pretende tratar, o que implica que o seu meio básico seja medicamentoso; pouca ou nenhuma consideração da existência do sujeito, o que implica que não se insista na sua mobilização como participante do tratamento. O indivíduo continua sendo visto como doente, tanto em relação à família quanto em um contexto social mais amplo. Daí decorre que a intervenção seja quase exclusivamente centrada nele. As aproximações da família, quando ocorrem, costumam ter caráter apenas pedagógico e assistencial. Dessa consideração do indivíduo como centro do problema, entre outros fatores, decorre também seu isolamento em relação ao meio familiar e social.

Ainda, com relação as práticas assistenciais, no modo asilar, o trabalho é realizado sem que os profissionais se encontrem para conversar sobre a atividade comum. O prontuário é considerado o elo de interconexão entre os profissionais da equipe. Mesmo no caso em que o meio é multiprofissional, a determinação fundamental dos problemas continua, na prática, sendo biológica. Portanto, a eficácia do tratamento espera-se que venha da química. Sua instituição típica continua sendo o hospital psiquiátrico fechado,

⁷ O autor observa que esta análise tem uma dimensão histórica, na medida que inclui uma consideração dos avanços que tem ocorrido nas práticas concretas até o presente; e outra dimensão lógica, visto que decorre da dedução realizada, através do método de análise, das características imprescindíveis a um determinado dispositivo para que ele configure uma lógica contraditória com a dos dispositivos que pretende superar e substituir (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.36).

ainda que nas últimas décadas esse venha sendo alvo de reformas democratizantes, intermitentes e esteja acompanhado de dispositivos chamados extra-asilares.

No modo psicossocial a concepção do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos sustentados para lidar com esse processo requer a desinstitucionalização do paradigma “doença-cura” e sua substituição pelo “existência-sofrimento”, conjuntamente com a configuração de práticas de trabalho transdisciplinares.

Destacam-se como principais exigências ao modo psicossocial: a determinação e consistência psíquica e sociocultural dos problemas, e não orgânica; a desospitalização e a desmedicalização, o que significa desconsiderar a medicação como resposta única ou preponderante e a priori; o exercício da “clínica da escuta e da criação de si”, e não a clínica da observação e da retomada do estado anterior às crises; a horizontalização das relações intrainstitucionais; a participação dos usuários e da população em forma de autogestão e co-gestão; o livre trânsito dos usuários e da população; a ética do reposicionamento do sujeito, que significa reconhecer a implicação subjetiva como forma de singularização e não supressão sintomática.

Os dispositivos institucionais típicos do modo psicossocial são os centros e núcleos de atenção psicossocial, o Hospital-Dia, ambulatórios de saúde mental; equipes multiprofissionais de saúde mental, inseridas em Centros de Saúde; setores para tratamento em saúde mental, inseridos em hospitais gerais. Seus meios básicos de tratamento são a psicoterapia, a laboterapia, as socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural, além da medicação.

É decisiva a importância que se atribui ao sujeito, daí que se insista de maneira fundamental na sua mobilização como participante principal do tratamento. Não se deixa de considerar, por isso, a sua dimensão de indivíduo (orgânico e sócio-cultural). Dá-se ênfase à consideração da pertinência do indivíduo a um grupo familiar e social. Supõe-se que se deve trabalhar também a família e o grupo social como agentes das mudanças buscadas.

Da consideração de que não é o indivíduo o único problemático, sugere-se que se inclua no tratamento também a família e eventualmente um grupo mais ampliado. As formas de participação da família e do grupo ampliado no tratamento são várias e superam, em muito, as posturas assistencial e orientadora, características do modo asilar. As associações de usuários e familiares criadas no modo psicossocial são reflexos dessa nova postura em relação aos usuários.

No modo psicossocial, espera-se que as diferentes possibilidades de ação se estendam desde a continência do indivíduo, durante a crise, até o reconhecimento da implicação familiar e social nos mesmos problemas. Espera-se, portanto, que tanto uns quanto outros possam assumir a parte de seu compromisso na atenção e no apoio. Além disso, dá-se acentuada ênfase à reinserção social do indivíduo, sem perder de vista que, muitas vezes, não é a problemática com a qual ele chegou a responsável pela sua saída da circulação sociocultural.

Quanto às formas de organização institucional, no modo asilar estas são marcadas por estratificações de poder e saber no âmbito do pessoal da instituição, que se transladam para a relação com os usuários e a população, os quais estão excluídos de qualquer participação que não seja a do objeto inerte e o mundo. Já os dispositivos do modo psicossocial tem suas práticas fundamentadas na lógica da Psicoterapia Institucional e da Comunidade Terapêutica e, geralmente, estas são instrumentadas por meio de assembleias de usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental. Participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais no modo psicossocial, por oposição à estratificação e interdição institucionais à heterogestão e à disciplina das especialidades que dominam no modo asilar.

Neste sentido, o autor propõe designar a Atenção Psicossocial como paradigma do modo psicossocial, em oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar.

2.1.2 Atenção Psicossocial

O termo Atenção, no contexto da Reforma Psiquiátrica, assume o conceito de “dar e prestar atenção, acolher, receber com atenção, tomar em consideração, levar em conta e escutar atentamente”. Designa uma parte fundamental do contorno que se pretende imprimir às ações de Atenção Psicossocial nas práticas em saúde mental. Expressa certos princípios relativos, sobretudo, à forma das relações dos agentes institucionais e das próprias instituições como dispositivos, com os sujeitos usuários e suas demandas (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 22).

Já o conceito Psicossocial designa as práticas em Saúde Mental Coletiva que se inscrevem como transição paradigmática da psiquiatria; enquanto que o termo psicossocial

agrega ao 'objeto' das práticas em saúde mental aspectos psíquicos e sociais, e tem a função de designar experiências reformadoras em sentido amplo (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 19).

Segundo o autor, ao somatizar aspectos sociais e psíquicos aos aspectos biológicos do paradigma e do objeto da psiquiatria a Atenção Psicossocial vai promover transformações nas concepções do objeto, nos modos de conceber e estruturar a instituição como dispositivo e, sobretudo, na forma de conceber e estruturar as relações terapêuticas, que tem, por sua vez, implicações éticas radicalmente distintas das práticas asilares.

A Atenção Psicossocial subentende ações diferenciadas das contidas no paradigma asilar e psiquiátrico. Na definição de Costa-Rosa Luzio e Yasui (2003, pp. 34-36):

a Atenção Psicossocial parece configurar um campo capaz de congrega e nomear todo o conjunto das práticas substitutivas ao Modo Asilar, conservando ao mesmo tempo a abertura necessária para a inclusão das inovações que ainda estão se processando e para outras que certamente virão. [...] As práticas de Atenção Psicossocial representam a sedimentação de um vasto conjunto de variações teórico-técnicas e éticas, mais ou menos radicais, conforme o caso, em relação às práticas vigentes e dominantes, que estão no lugar estrutural de sua alteridade necessária.

Os autores argumentam que a Atenção Psicossocial tem sustentado um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas norteadas pela aspiração de substituírem o modo asilar, e algumas vezes o próprio paradigma da psiquiatria. As ações na esfera político-ideológica trabalham em sintonia com os movimentos sociais que lutam pelo resgate da dignidade humana e dos direitos individuais e coletivos de cidadania. As ações teórico-técnicas referem-se à produção de novas formas de intervenção que possibilitem a construção de novos dispositivos que trabalhem pela transformação radical dos modelos institucionalizados e da ética em que se pautam.

Atenção Psicossocial, entendida como paradigma do modo psicossocial, designa concepções contrárias ao modo asilar. Quando referida as políticas públicas de saúde mental aspira a inclusão de aspectos políticos, econômicos, sociais, culturais e outros relacionados com ações que visam a construção de práticas de emancipação para a cidadania. Neste trabalho, se refere ao modelo de atenção em saúde mental que deve nortear as práticas dos serviços substitutivos, especificamente, a dos centros de atenção psicossocial.

Dessa forma, a complexidade e amplitude das práticas de Atenção Psicossocial inclui como seus componentes necessários, os conceitos e as práticas englobadas na desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, a partir de uma perspectiva baseada no aumento da contratualidade social dos usuários das instituições.

2.2 Desinstitucionalização

A desinstitucionalização tem sua origem nas experiências desenvolvidas por Franco Rotelli (1990), na Psiquiatria Democrática italiana. Segundo o autor, o primeiro passo da desinstitucionalização consiste em desmontar a relação problema-solução, renunciando a busca da solução racional (tendencialmente ótima) que no caso da psiquiatria é a normalidade plenamente restabelecida.

“O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de “cura” mas no projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente” (ROTELLI, 1990, p.30). Neste sentido, trata-se de um processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito doente. A desinstitucionalização traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação na qual exista reciprocidade entre sujeitos - uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade.

Nas palavras do autor,

A desinstitucionalização é, sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. [...] Depois de ter descartado a ‘solução-cura’ se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento (ROTELLI, 1990, p.33).

Em sua origem, os pressupostos da desinstitucionalização encaminham-se no sentido da restituição da subjetividade do indivíduo, possibilitando-lhes a recuperação de sua contratualidade, isto é, da posse de recursos para trocas sociais e, por conseguinte, para a cidadania social. Contudo, alguns estudos sobre as mudanças operadas na assistência no

âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira apontam para a compreensão da desinstitucionalização como desospitalização⁸.

Segundo Spricigo (2001), a desinstitucionalização, não correlata da desospitalização, torna-se a um só tempo, processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito adoecido. Traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação em que exista reciprocidade entre sujeitos, uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade. Isso gera a necessidade de invenção de novas modalidades de mediação, não somente médicas, mas principalmente políticas, sociais e culturais.

Sobre esta questão, Amarante (1995b) enfatiza que a mudança desejada na assistência em saúde mental não corresponde simplesmente ao fechamento de hospitais psiquiátricos e o conseqüente abandono das pessoas em suas famílias ou nas ruas, nem no fechamento de leitos para reduzir custos, no sentido do neoliberalismo ou no sentido do enxugamento do Estado. Segundo o autor,

desinstitucionalização não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativo. Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social (AMARANTE, 1995b, p. 491-494).

⁸ Ver SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Série Teses em Enfermagem, n° 42)

Neste sentido, a proposta da desinstitucionalização está centrada em uma mudança completa do paradigma de saber em saúde mental e, do ponto de vista assistencial, na constatação de que o hospital psiquiátrico tradicional é antiterapêutico. Assim, a estratégia de conversão do sistema de cuidado deve partir da substituição do hospital psiquiátrico por um amplo rol de serviços abertos e comunitários, capazes de assistir o usuário desde a crise aguda até às necessidades mais amplas de caráter social. Nestes novos serviços, a reabilitação psicossocial vem se configurando como um lineamento para o desenvolvimento de programas, eticamente responsáveis, no sentido de dar conta da totalidade das demandas que os problemas mentais severos e persistentes requerem.

2.3 Reabilitação psicossocial

Na definição da Organização Mundial de Saúde (1987 apud PITTA, 2001) reabilitação psicossocial é o conjunto de atividade capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários.

Segundo Pitta (2001), a reabilitação psicossocial, no seu sentido instrumental, é representada por um conjunto de meios (programas e serviços) que são desenvolvidos para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes, ou seja, um processo para facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. Tal processo enfatiza as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo e a cada situação de modo personalizado.

Para Saraceno (2001), a reabilitação psicossocial prevê um processo de restituição e reconstrução de direitos políticos legais e sociais para o cidadão. Para tal, projetos de ressocialização devem promover o reconhecimento do portador de transtorno mental.

Para Kinoshita (2001), reabilitar é reconstruir valores, aumentar o poder contratual, criar condições de possibilidade para que um paciente possa, de alguma

maneira, participar do processo de trocas sociais, produzir dispositivos que, desde uma situação de desvalor quase absoluto (pressuposto), possa passar por experimentações, mediações que busquem adjudicar valores aptos para o intercâmbio, ou seja, modificar o pressuposto de desvalor natural para um pressuposto de valor possível proposto, explícito.

O autor considera que reabilitar pode ser entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia. Sendo que, a contratualidade do usuário vai estar, primeiramente, determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Se estes podem usar de seu poder para aumentar o poder do usuário ou não. Depois pela capacidade de se elaborar projetos, isto é, ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida.

Ainda, diretamente ligada a questão da reabilitação de pacientes está a necessidade de se estabelecerem diversificadas redes de relações, as quais melhor capacitariam os indivíduos a compreenderem quais determinações influenciam sua vida cotidiana, ampliando sua autonomia.

O conceito de autonomia aqui referenciado é entendido como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001).

3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Apresentamos, a seguir, os resultados e as análises da pesquisa realizada, a partir dos eixos que nortearam a coleta dos dados e das informações: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde.

3.1 Estrutura e recursos financeiros

O conjunto de serviços substitutivos ao modelo de atenção em saúde mental tradicional (manicomial/asilar), do qual os centros de atenção psicossocial fazem parte, é, atualmente, regulamentado pela Portaria GM/MS N° 336/2002. Esta portaria estabelece portes diferenciados, a partir de critérios populacionais, para abrangência, financiamento e tipo de serviço prestado, de acordo com cada modalidade de CAPS.

Com relação a estrutura física, os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender a sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado. Para tanto, devem estar equipados com consultórios individuais para consultas, entrevistas, terapias, salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitório, sanitários, área externa para oficinas, recreação e esportes (BRASIL, 2004).

Neste aspecto, O CAPS Ponta do Coral tem uma estrutura que compreende um terreno com área física total aproximada de 1.936,00m², destes, aproximadamente 421m² são de área construída. Fazem parte das instalações, uma casa com dois pavimentos, um anexo, utilizado como sala do brechó, área de lazer e estar externa, e estacionamento. O pavimento superior da casa comporta 2 varandas, sala de recepção, sala de espera, 2 áreas de circulação (corredores), sala de administração, 2 consultórios, sendo que no momento um é utilizado como sala administrativa para realização de procedimentos relacionados ao preenchimento das APACs⁹, 2 salas para atividades grupais com WC, sala de depósito de

⁹ Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo.

material, cozinha com despensa, refeitório com churrasqueira, sala ampla (auditório) equipada com multimídia, sala de enfermagem, sala de repouso, e 7 banheiros distribuídos no espaço físico do pavimento superior. No pavimento inferior encontra-se a sala utilizada pela associação de usuários, 2 salas para a realização de oficinas (com passagem de uma para outra), sala com forno, sala de depósito de material e lavanderia¹⁰.

De acordo a pesquisa realizada, 83,3% dos profissionais considera a área física do CAPS suficiente para o atendimento da demanda e 66,7% consideram as instalações adequadas para a realização das atividades propostas; apenas um profissional observou que considera a estrutura do CAPS suficiente desde que as oficinas produtivas sejam realizadas fora da unidade. A mesma porcentagem (66,7%) considera os equipamentos disponíveis suficientes. Neste âmbito, o serviço conta com computador com impressora, aparelho de telefone e fone/faz, televisão, mesas de escritório, cadeiras, quadro branco, maca para atendimento em enfermagem, camas de repouso, fogão industrial, pia, mesas e bancos no refeitório, bancos para estar e descanso, entre outros. Metade dos profissionais respondeu que os equipamentos estão em bom estado de utilização, com ressalvas para salas com pouca ventilação no pavimento inferior.

Já com relação aos materiais de consumo, 91,7%, correspondente a onze dos doze profissionais que responderam ao formulário, consideram que os materiais de consumo não são suficientes. Eles se referem à falta e irregularidade no recebimento de materiais básicos à manutenção do serviço, tais como copo descartável para água, papel higiênico, e, principalmente, material específico para uso nas oficinas terapêuticas e de produtividade. Esta situação pode ser observada nas falas dos profissionais, que identificam as dificuldades no funcionamento do CAPS com relação a falta de recursos materiais e financeiros:

[...] essa falta de recursos é isso que eu te digo, desde a parte administrativa, nós precisamos de papel, carbono, copo pra tomar água, por exemplo, agora nós somos uma Unidade Local de Saúde que não tem copo descartável, já faz quase quinze dias, vinte dias, não tem copo descartável; falta água, aí nós temos que esperar, sendo que é um lugar que transita muitos usuários, eles tomam medicação e precisam tomar água, eles tomam muita água, e acaba não tendo água potável; por exemplo, teve época que faltou papel higiênico, em um serviço onde os usuários chegam fazem lanche, almoçam, fazem lanche da tarde, eles passam o dia aqui, então precisa ter uma estrutura mínima de atendimento (LÉLI, 4/4/2006).

¹⁰ Conforme Planta Baixa da unidade constante no projeto de reforma e ampliação executado em 2003/2004.

[...] a gente tem também o problema de fornecimento de material de consumo já há algum tempo, também desde que essa administração começou (Gestão Municipal e da Secretaria de Saúde), o fornecimento de material de consumo é interrompido, a gente fica sem tinta pra impressora, sem papel, sem papel higiênico...; tem diversos itens desses que são necessários, fazem parte do funcionamento do dia-a-dia do serviço (F, 12/4/2006).

[...] as oficinas terapêuticas e produtivas, requerem um material específico que precisa de dinheiro, e aqui, na política específica do município não tem uma regularização quanto ao repasse desse dinheiro [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

[...] a falta de agilidade no fornecimento das reservas para as oficinas, tudo isso resulta em um prejuízo para o trabalho; ficou quase uns dois meses a oficina fechada por falta de material, por exemplo [...] (P, 17/3/2006).

Outra dificuldade mencionada pelos profissionais no funcionamento do serviço é o vale transporte dos usuários:

[...] o funcionamento em geral fica prejudicado porque na medida em que falta vale transporte o usuário não vem, não consegue se deslocar para vir até aqui, aí interrompe aquele projeto terapêutico que havia sido feito com o usuário [...] (VIK, 24/3/2006).

[...] a questão, por exemplo, da dificuldade que a gente tem aqui: o transporte dos pacientes, a questão do passe, é muito irregular; então, isso reduz a nossa produtividade também, porque os pacientes acabam não vindo. Muitas vezes a gente não pode, por exemplo, contar com aquele paciente que veio para uma entrevista inicial porque ele não tem como estar vindo no curto prazo, então, acho que isso, a questão do custo que é o transporte em Florianópolis, também acaba afetando o nosso trabalho, então, nesse sentido, a falta de regularidade no passe [...] (P, 17/3/2006).

A partir dessa relação entre as diversas necessidades para o funcionamento do serviço é possível perceber que os profissionais assumem como princípio uma concepção de saúde ampliada, na qual não basta somente o atendimento terapêutico. Outros fatores estão interligados e contribuem para que a assistência efetivamente ocorra. Contudo, a concepção e prática setorializada das políticas sociais brasileiras provoca situações dessa natureza, na medida em que não se trabalha a inter-relação entre elas. Esta forma de setorialização das políticas sociais, no entanto, não é característica apenas da realidade brasileira, mas uma “modalidade do Estado burguês” que traduz as expressões da questão social mediante a tipificação das políticas sociais (NETTO, 1992).

Várias iniciativas têm buscado romper com esta perspectiva como a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), que reafirmou a necessidade de se garantir e melhorar o acesso aos bens e serviços da sociedade: prover trabalho, creches, profissionalização, educação, lazer, escolas, habitação, transporte, segurança pública, saneamento básico. Também, destacou ser fundamental enfatizar a questão do transporte urbano acessível aos usuários, a fim de que seja garantido o deslocamento entre os serviços de saúde e sua moradia (BRASIL, 2002a).

Na seqüência da pesquisa realizada, dois entrevistados referiram que a falta e as dificuldades no fornecimento dos recursos materiais necessários estão mais acentuadas na atual gestão administrativa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)¹¹. Foram relacionadas, ainda, como dificuldades, a falta de um carro disponível para o CAPS, a falta de terapeuta ocupacional, de outro médico psiquiatra e outros profissionais de nível médio (auxiliar administrativo, pessoa para limpeza). Outras questões listadas estão relacionadas aos recursos humanos e as necessidades de integração do serviço na política municipal de saúde. Os profissionais relatam a existência de dificuldades de interação da equipe, falta de capacitação, supervisão institucional, falta de apoio institucional, falta de efetivação de uma rede de saúde mental e/ou a existência de uma rede de atenção ainda incipiente, em processo de formação, falta de estrutura para atenção às urgências, dificuldades do gestor em compreender a lógica da saúde mental, salários incompatíveis com as funções.

Os problemas relatados pelos profissionais aparecem diretamente relacionados à insuficiência dos recursos financeiros de custeio do serviço. Todos os entrevistados referiram que os recursos gerados pelo serviço, através das APACs, não são suficientes para a realização das atividades do CAPS. Dentre as atividades prejudicadas, o trabalho nas oficinas foi apontado como o principal, conforme aparece na fala a seguir:

o que requer mais recursos, atualmente, são as oficinas produtivas, por exemplo, houve uma paralisação de muitas das oficinas quando faltou recurso. O recurso não é exatamente suficiente. Eu acho que os R\$ 500,00 por mês é um recurso pequeno [...] acho que o recurso poderia ser maior, pelas necessidades ele acaba sendo reduzido, não é uma coisa que você possa comprar a vontade, assim, é limitado, muitas vezes, a oficina tira de uma pra passar pra outra (P, 17/3/2006).

¹¹ Gestão Municipal 2004/2008; a Gestão da Secretaria de Saúde referida é a de 2004 a abril de 2006 que teve como gestor o vereador Walter da Luz; à época da coleta dos dados empíricos houve mudança do gestor municipal de saúde, assumindo o cargo o ex-secretário estadual de saúde João José Cândido da Silva.

Um dos profissionais apontou como principal atividade prejudicada pela falta de recursos financeiros a questão do território. Segundo este, a falta de recursos interfere no atendimento prestado, no sentido de que não é possível realizar o acompanhamento, a inclusão e avaliação do usuário em seu território. De acordo com este profissional,

o dinheiro do CAPS pode ser melhor gerido se investir no território. Investir no território seria elaborar projetos, ter mais articulação com a associação de moradores, ou seja, com os recursos que o território oferece, e aí precisa aumentar a própria equipe porque vai ter equipes que vão ter que se deslocar do CAPS; vai ter que ter investimento em carro, daí vai ter que ter um motorista, os próprios agentes comunitários tem que ter essa parceria, isso tudo implica em financiamento. [...] como eu sempre digo, território é onde a vida acontece, onde a cultura é produzida, onde as manifestações de vida, elas estão mais visíveis [...], mas investir lá no território, a equipe tem que estar inserida lá, estar toda hora pensando e discutindo [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

De acordo com as recomendações da política do Ministério da Saúde, as ações de saúde mental devem obedecer a um modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas. São ações que envolvem práticas de reabilitação psicossocial, promoção da cidadania, construção da autonomia possível dos usuários no ambiente em que eles vivem, e que necessitam de uma equipe multidisciplinar capaz de trabalhar sobre a ótica da interdisciplinaridade (BRASIL, 2004).

Necessariamente, a mudança de um modelo assistencial requer a análise de sua estrutura de financiamento. Isso significa que as características singulares e diferentes dos CAPS, em relação aos modelos tradicionais de assistenciais, e a complexidade das ações desenvolvidas por estes serviços necessita vir acompanhada de uma mudança na lógica de alocação de recursos financeiros.

Atualmente, o principal órgão financiador dos CAPS é o Ministério da Saúde (MS). Com a publicação da Portaria GM/MS nº 336/2002 os CAPS passam a fazer parte das ações estratégicas do MS. Esses serviços são incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e a remuneração é através do sistema APAC/SIA¹². Baseado na fatura que o prestador de serviços de saúde apresenta ao SUS, correspondente aos seus gastos

¹² A Portaria GM/MS nº 336/2002 descreve os procedimentos objeto de remuneração, classificando-os em intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Para essas três modalidades de atendimento, a Portaria GM/MS nº 189/2002 fixou o número máximo de atendimentos mensais para cada modalidade, de acordo com cada tipo de CAPS, sendo que para cada tipo de procedimento é destinado um valor diferenciado. Nos CAPS II, um procedimento intensivo custa R\$ 25,40; um semi-intensivo, R\$ 16,30; e um não-intensivo, R\$ 14,85 (BRASIL, 2002).

mensais com a produção de atendimentos aos usuários dos CAPS, o Ministério da Saúde repassa, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, o montante equivalente à sua produção. A inovação introduzida por este modelo de pagamento refere-se à fonte de financiamento, ou seja, ao acréscimo de recursos financeiros repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estadual e Municipal de Saúde (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, pp.129-132).

Sobre este aspecto, perguntamos aos entrevistados qual conhecimento possuem sobre o repasse dos recursos financeiros para o CAPS. Na sua maioria, eles referiram saber sobre os recursos originados a partir das APACs, contudo, relataram não saber sobre o controle do uso desse recurso, conforme expresso nas falas relacionadas:

[...] tem o valor, o montante desse valor que é produzido dos atendimentos pagos pelo Ministério (MS), então, tem isso mensal, a gente tem o valor que chegou, somou, vamos dizer assim, esse montante que a gente somou dos atendimentos feitos no mês, isso a gente sabe, porque as APACs são geradas aqui no CAPS, mas o repasse disso via Fundo Municipal, esse controle eu não sei, eu sei do valor que tem que receber mensalmente (VIK, 24/3/2006).

Bom, formalmente, eu desconheço qualquer..., todas as formas de recursos. O dinheiro da produtividade referente as APACs vai para o Fundo Municipal de Saúde e nunca teve prestação de contas disso. Na verdade a gente não sabe qual é o destino que é dado nem quanto vem; tem o nosso levantamento interno da produtividade, mas não sabemos o que é feito desse recurso (F, 12/4/2006).

Alguns profissionais referiram-se ao fato de o município não ter gestão plena do SUS,

Bom, eu tenho algum, pouco do que é repassado, a gente sabe o que foi recolhido, por exemplo, através das APACs, que são os atendimentos feitos aqui, então eu sei quantos atendimentos foram, qual seria o valor que essas APACs dariam, mas eu não sei qual o valor que a gente acaba recebendo, que fica num fundo perdido, no sentido de que é um fundo único por não ser gestão plena (J, 22/3/2006).

O conhecimento que eu possuo é muito irregular e insatisfatório, assim, a relação APAC, por exemplo, o repasse do dinheiro que viria do Ministério da Saúde a gente acaba..., nós não somos gestão plena então vai pra secretaria (municipal) de saúde e ali é passado pra compra de alimento..., enfim, mas nós não temos autonomia sobre esse dinheiro, então, uma vez que você não tem autonomia o teu conhecimento fica restrito. Está na mão da secretaria mesmo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais discorreu detalhadamente sobre a forma como os recursos são gerados e repassados à unidade gestora (SMS), referindo-se que todas as diretrizes sobre financiamento do serviço são preconizadas pelo Ministério da Saúde através de portarias.

Os recursos financeiros do CAPS são obtidos através de APACs, Autorização de Procedimento de Alto Custo; pra se preencher uma APAC é necessário que haja uma organização do serviço em cima de modalidades de atendimento; as modalidades de atendimento podem ser: semi-intensivo, intensivo e não-intensivo, cada um tem um determinado valor em relação a esse procedimento, ou seja, todas as diretrizes em relação a financiamento, o Ministério preconiza isso em portaria, então, os conhecimentos que eu possuo em relação aos recursos financeiros do Caps são os conhecimentos que já estão preconizados em relação ao Ministério da Saúde; essa APAC uma vez preenchida ela é computada, ela é repassada pro governo federal e este repassa o dinheiro fundo a fundo; esse dinheiro vem pro Fundo Municipal de Saúde, e é esse dinheiro que é aplicado na saúde mental pra ter a gestão do serviço [...] aqui acontece da seguinte forma: cada gestor municipal, como a política é municipalizada, eles criam um protocolo, nesse protocolo eles colocam de que forma esse dinheiro pode ser gastado na saúde mental; então, existe um documento no município dizendo, olha na saúde mental você pode gastar tanto com a associação de usuários, tanto pra comprar materiais, tanto pra gastar em vale transporte; então, existe um protocolo dizendo no que você pode gastar esse dinheiro que vem na saúde mental; é um dinheiro que vem do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde; esse dinheiro cai nessa conta e ali existe um acordo de como se gastar; esse dinheiro é manejado pelo gestor municipal de saúde (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme apontam Freire, Ugá e Amarante (2005, pp. 131-133), o modelo de alocação de recursos dos CAPS (sistema de remuneração por APAC) trás contribuições à política nacional de saúde mental ao inserir os CAPS no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) do MS, pois proporciona maiores incentivos financeiros, haja vista a alocação de recursos municipais extra-teto para a manutenção de serviços já existentes e a implantação de novos serviços.

Contudo, os mesmos autores ressaltam que há de se perceber que a lógica da remuneração que o SUS imprime aos CAPS vincula-se, preponderantemente, à doença. Ou seja, as unidades assistenciais do SUS seguem um sistema de remuneração vinculado a um diagnóstico, mais especificamente, a um episódio de doença, internação, contidos na tabela de procedimentos hospitalares (SIH/SUS) ou a ações ambulatoriais, inscritas na tabela de procedimentos ambulatoriais (SIA/SUS). Desta forma, “o sistema de saúde encontra-se, em sua quase totalidade, voltado para a produção de atos vinculados a doença, isto é, atos

curativos, valorizando, em consequência, intervenções predominantemente individuais, que são remuneradas pela venda de procedimentos, diárias e atos médicos-assistenciais de natureza privatizante” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p 133).

Amarante (2003, pp. 62-63) considera que os CAPS, como os serviços integrantes do SUS, também foram capturados pela lógica da *inampização*, ou seja, pela lógica do pagamento por procedimento. Para o autor, “o modelo prevalente dos CAPS é o herdeiro mais autêntico e legítimo da lógica do antigo INAMPS, onde a saúde era reduzida a doença, ao mesmo tempo em que o sistema de saúde era reduzido a assistência médico-curativa”.

Portanto, o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. Pelo contrário, tente a prejudicar a complexidade de ações dos CAPS, na medida em que não é previsto financiamento das diversas relações que podem ser estabelecidas com a comunidade, com as lideranças e associações comunitárias. Tais ações, dentre muitas outras possibilidades de intervenção territorial, “são inerentes a esse tipo de serviço e objetivariam imprimir um processo de transformação cultural nos diversos segmentos da sociedade, no lidar e no acolhimento das pessoas em sofrimento mental” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 135).

Sobre a forma de repasse dos recursos financeiros ao CAPS, os profissionais entrevistados relataram não existir descentralização administrativa. Os recursos chegam ao serviço na forma de materiais. Alguns profissionais observaram que até a gestão administrativa da secretaria municipal de saúde anterior eles tinham acesso a uma verba de R\$ 500,00 que utilizavam na compra de material para as oficinas. A partir da atual gestão esse dinheiro não foi mais repassado. A compra do material passou a ser feita através de orçamento encaminhado à secretaria, que faz o pagamento, e os profissionais retiram os materiais.

Não, a gente não tem acesso a esse recurso diretamente, a gente não é uma unidade que gere o seu recurso; ele vai pra secretaria e a secretaria... por exemplo: toda a compra de... o pagamento dos almoços, lanches, etc.. é a secretaria que faz; a gente não tem autonomia; o único recurso que a gente manuseia são os R\$ 500,00, que vem para as oficinas; isso é dividido, as Oficinas fazem um rateio, cada oficina compra o seu material, mas até parece..., da última compra fui eu que comprei, ela (SMS de Florianópolis) determinou, já colocou a empresa que vai fornecer; não sei se foi mediante licitação, já fez o pagamento direto, a gente só foi lá escolher e pegar os produtos que tinham sido

solicitados; então..., de outras vezes, por exemplo, a gente pegava o cheque ia lá comprava, pagava naquele valor, agora isso não foi feito dessa forma (P, 17/3/2006).

Desde que começou essa administração (Gestão Municipal 2004-2008) acabou esse repasse; então atualmente a única vez que a gente conseguiu material pras oficinas foi através de empenho que a própria secretaria fez..., então, permanece centralizado, a única coisa que a gente teve que fazer foi ir nas lojas fazer orçamento, passar pra secretaria, a secretaria emitiu as notas, e aí a gente foi buscar o material com essas notas, mas não com o dinheiro (F, 12/4/2006).

Não, não existe, porque, na gestão passada (Gestão Municipal 2000-2004) ainda vinha uma verba de dois em dois meses, tipo quinhentos reais pra compra de material pra oficinas; nós comprávamos, apresentávamos as notas e depois eles colocavam o dinheiro; nessa gestão (Gestão Municipal 2004-2008; Gestão da Secretaria de Saúde de 2004 até abril de 2006) não existe nada, então, a pergunta se existe descentralização administrativa dos recursos financeiros, não, não existe (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais referiu-se a descentralização não apenas como repasse de recursos financeiros e funções administrativas, mas como compartilhamento de poder na gestão do serviço.

Essa descentralização, eu estou entendendo como um compartilhamento de poder; não existe esse compartilhamento de poder na hora de gerir os recursos, assim, o CAPS possui CNPJ, mas ele não possui uma conta específica pra vir dinheiro pro CAPS, não existe isso, existe esse acordo que eu te falei, que vem do fundo a fundo e esse dinheiro vai pra saúde mental e o CAPS tem uma vertente pro CAPS, o dinheiro não é só pro CAPS, ela vai pra saúde mental, e aí o CAPS acaba utilizando esse dinheiro, então, quando pergunta sobre a descentralização eu faço a avaliação de que é o compartilhamento de poder, então, não tem isso, é o gestor que acaba se apoderando desse sistema de financeiro, a gente não interfere (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ao considerarmos a questão da descentralização político-administrativa dos recursos financeiros, temos a intenção de destacar que a transferência desta prática às unidades prestadoras de serviços em saúde nos municípios poderia estar favorecendo uma melhor utilização e adequação dos recursos às necessidades reais do serviço, bem como possibilitar maior agilidade na compra dos materiais e viabilizar um processo de gestão democrática e participativa, entre técnicos trabalhadores, usuários e gestores. Essa prática traduz-se, por sua vez, em um exercício político-pedagógico de construção da democracia, objetivando uma atuação com transparência na administração da coisa pública.

Quando questionados sobre se a descentralização financeira dos recursos possibilitaria o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, os

profissionais, na sua maioria, disseram que sim, com algumas ressalvas feitas para a necessidade de mudanças na forma de gestão administrativa do serviço, conforme expresso nas falas que seguem:

Sem dúvida, sim sem dúvida, isso é um equívoco assim porque..., justamente porque a gente não sabe qual é o destino dado a esse dinheiro. A gente acredita que se a gente tivesse mais transparência nesse processo a gente poderia pelo menos priorizar certas coisas que são de fato importante e garantir que elas fossem..., que a gente conseguisse obter essas coisas, enfim, o investimento necessário (F, 12/4/2006).

A melhor utilização sim acho que o planejamento teria que ser anterior, mas sim, acredito que utilizar no sentido até..., porque muitas vezes, como vai para esse Fundo que é pra todos, pra toda a saúde, você acaba sem saber, igual agora, que a gente já tem o dinheiro da supervisão disponível na secretaria, mas não tem como a gente começar amanhã, embora o dinheiro já esteja lá., porquê? porque a gente não sabe como esse dinheiro vai sair e entrar na mão do terapeuta que vai fazer a supervisão da equipe e isso pode demorar um mês, dois meses, vai saber, seria melhor, claro (J, 22/3/2006).

Sim, com certeza, porque nos iríamos sentar e ver as necessidades, por exemplo, esse ano nós ficamos desde o ano passado até um mês atrás sem material nenhum pras oficinas e as oficinas que mais tinham, capitalizavam usuários e não tínhamos material, nós tivemos que suspender as oficinas; então nós sabemos das necessidades, as necessidades dos usuários, quais as oficinas tem mais usuários, pra gente pode administrar e vê onde pode estar investindo (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que sim porque ficaria mais próximo da própria administração do CAPS, porém, ia surgir a necessidade de ter todo um aparato administrativo pra poder gerenciar isso, mas assim, na medida que aqui no CAPS a gente tem uma gestão participativa, em que os usuários estão reunidos semanalmente pra pensar as regras do CAPS, as necessidades do CAPS, enfim, seria mais interessante talvez, esse repasse direto tu quer dizer, é... não sei assim, a princípio..., hoje a gente tem uma estrutura de conselho que prevê o controle social através do Fundo Municipal de Saúde, o Conselho Municipal tem essa ligação também, e aí a gente está lá também, de certa forma representado (VIK, 24/3/2006).

Olha, eu acho que teria que mudar um pouco a nossa dinâmica de funcionamento; não deixa de ter um lado...bom, é uma faca de dois gumes, poderia facilitar a gente fazer um processo mais rápido talvez, não faltaria coisa, porque as vezes faltam coisas básicas, agora, por exemplo, faltam copos, se você tivesse o recurso você ia ali e comprava uns pacotes de copos, não teria essa... essa falha; agora é saber que é mais uma tarefa também que acumularia em termos administrativos, financeiros, quer dizer, não sei se você não está ali também inchando o processo burocrático aqui dentro do CAPS; eu acho que pode ter vantagens, mas pode ter desvantagens; eu teria que pensar melhor, nunca pensei nessa possibilidade; assim, acho que o dinheiro da Oficina, puxa, se a gente tivesse aqui uma verba seria mais fácil, as vezes faltam coisas

pequenas que você não tem como estar repondo aqui, tem que esperar uma nova verba, de repente pra.... (P, 17/3/2006).

Um dos profissionais observou sobre as questões práticas e políticas que envolvem a descentralização no contexto do SUS:

Esse compartilhamento de poder ele só pode ser discutido dentro da lógica do SUS, universalização, integralização, etc., dentro dos preceitos do SUS tem o controle social, essa descentralização só pode ser discutida quando acontece o controle social. Hoje essa descentralização ela tem que ser discutida no Conselho Municipal de Saúde e mais precisamente no conselho gestor dentro do CAPS; agora, porque não ocorre isso? Porque não tem a clareza da necessidade; eu acredito que as pessoas que acabam estando na prática, principalmente no CAPS, se sobrecarregando com as coisas, e acabam não tendo a clareza, ou não querendo assumir mais um encargo trabalhista; então, esse é um dos grandes problemas que existe, a sobrecarga de trabalho, as condições de trabalho, aí você acaba tendo que lutar por tudo isso; isso aí eu vejo que tem muito a ver com a questão da militância, pessoas que já estão, lá na época ou do ensino médio, que já começam ir pros grêmios, depois a pessoa acaba indo pra militância no movimento estudantil, e quando vão pros serviços de saúde são profissionais mais críticos, que acabam tendo essa visão mais ampla da saúde e da política; então, as pessoas que acabam chegando no serviço com um pouco desse ideal de controle social eu diria, acabam questionando mais essa questão da descentralização; voltando a tua pergunta sobre a descentralização financeira, ela poderia sim possibilitar um melhor planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, se houver o controle social dentro dessa descentralização financeira (GIRASSOL, 20/3/2006).

Cabe destacar que a proposta da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, na regionalização e na hierarquização da rede de serviços, constante entre os princípios e diretrizes do SUS, coloca o município como lugar privilegiado para o desenvolvimento de uma política de financiamento das ações em saúde, com critérios transparentes, e que respeite as particularidades da realidade local. O Ministério da Saúde continua a ser a instância que, na administração do Fundo Nacional de Saúde (FNS), acompanha a aplicação dos recursos que são repassados aos estados e municípios. Estes, por sua vez, são obrigados a constituir os seus respectivos fundos de saúde e conselhos estaduais e municipais, elaborar planos de ação e apresentar relatórios de gestão, garantindo também a existência de contrapartida de recursos para a saúde nos seus orçamentos (COSTA, 2002).

Embora a descentralização seja uma prática com vistas a aumentar o poder decisório de aplicação dos recursos na esfera local, esta ainda apresenta muitos problemas, na medida que não consegue alcançar efetividade, dados os impasses de ordem burocrática e administrativa. Por si só a descentralização não garante maior controle social ou uma prática democrática. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada que abarque as especificidades da área da saúde mental.

Nesse sentido, a lógica fundamental da estrutura de financiamento exigida é a de que os recursos financeiros devem ser centrados nas pessoas e não nos serviços. O financiamento deve contemplar todas as ações necessárias e decorrentes da implantação, implementação e sustentação de uma nova política de saúde mental (BRASIL, 2002a). O que deve ser colocado em pauta é a viabilidade de se financiar o CAPS como um todo, envolvendo todas as suas ações e especificidades, permitindo-se que cada serviço tenha flexibilidade para realizar seu trabalho de acordo com as necessidades locais, desvinculando o financiamento da relação de compra e venda de serviços e da noção de doença (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 136).

3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico

Os profissionais que trabalham nos CAPS compõem um grupo de diferentes técnicos de formação de nível superior e nível médio, e integram uma equipe multidisciplinar. Todas as unidades de serviço devem obedecer a exigência da diversidade profissional e cada CAPS tem suas próprias características quanto ao tipo e a quantidade de profissionais. A equipe mínima indicada para os CAPS II é composta por médico psiquiatra, enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior de outras categorias profissionais entre psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro necessário ao projeto terapêutico e seis profissionais de nível médio entre técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).

O papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. As equipes devem organizar-se para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação

psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e poder equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas (BRASIL, 2004).

Neste item nos propomos a descrever e analisar a composição e perfil da equipe técnica do CAPS Ponta do Coral, bem como as dificuldades e facilidades do trabalho em equipe consideradas pelos profissionais, a existência de práticas interdisciplinares no atendimento ao usuário, de projeto terapêutico e planejamento das ações da unidade de serviço¹³. Ao final do item consideramos os apontamentos dos profissionais sobre as diferenças do atendimento prestado no CAPS em relação ao realizado nas instituições tradicionais/hospitais psiquiátricos.

3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental

O CAPS Ponta do Coral conta com uma equipe de profissionais multidisciplinar que atua diretamente no atendimento aos usuários. São profissionais com formação de nível superior nas áreas de psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Entre os de formação de nível médio estão dois técnicos em enfermagem e um auxiliar administrativo. Compõem a equipe, ainda, os profissionais de apoio, vigilantes e auxiliar de limpeza, e estagiários de psicologia, serviço social e enfermagem.

¹³ É importante destacar que o perfil bem como a opinião dos profissionais sobre o serviço varia, no decorrer do tempo histórico, de acordo com a composição da equipe naquele determinado momento. Outros trabalhos já realizados identificam o perfil da equipe, a percepção dos profissionais sobre o trabalho no CAPS, o significado e o processo de inserção no serviço, a concepção sobre o modelo assistencial e práticas de desinstitucionalização, em épocas anteriores. Entre estes ver: GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003; FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial** - percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004; NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental:** em busca da articulação e qualificação das ações em saúde. Monografia (Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Lato Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

A maioria dos técnicos de nível superior concluiu a graduação na década de 1980. Metade deles possui capacitação específica na área de saúde mental, em geral, cursos de formação e aperfeiçoamento, especialização em terapia cognitiva comportamental, saúde pública, clínica, psicoterapia, psicanálise, atenção psicossocial. Três profissionais possuem mestrado nas áreas de enfermagem, sociologia política, artes cênicas; um fez residência médica em psiquiatria e cursa mestrado na mesma área; uma profissional tem doutorado em sociologia política.

Mais da metade dos profissionais (58,3%) possuem experiências de atuação profissional em outras instituições da área de saúde mental como clínica de internação, hospital psiquiátrico, centro comunitário de saúde mental, serviços de atenção à dependentes químicos e centro de atenção psicossocial. A maioria (66,7%) atua na área de saúde mental a partir da segunda metade da década de 1990. Cinco profissionais identificaram ter experiência de atuação em outras instituições que não da área de saúde mental.

Com relação ao tempo de serviço no CAPS, quatro profissionais atuam desde a implantação do serviço, em 1996, três ingressaram na equipe entre os anos de 2001 e 2002, e quatro profissionais passaram a fazer parte da equipe recentemente, a partir de meados de 2004. Quanto ao tipo de vínculo empregatício, a maioria, 75% (9 profissionais), é servidor público concursado, dois são contrato temporário e um ingressou no serviço público municipal através de indicação técnica. Nove profissionais possuem regime de trabalho de 30 horas semanais e 3 deles trabalham 40 horas semanais.

Com relação a capacitação específica em saúde mental para atuar no CAPS, todos os entrevistados consideram esse quesito de grande importância. Entre as razões apresentadas estão: a necessidade de compreensão e entendimento comum do que é um CAPS e o entendimento do tipo de assistência que este serviço deve oferecer; a preocupação com a diferença no atendimento que o CAPS deve oferecer em relação aquele prestado em outros serviços de saúde mental; a necessidade da capacitação para suprir as defasagens da formação acadêmica, que, em geral, não abarca as especificidades do campo da saúde mental.

Na opinião dos entrevistados,

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS, não tem a qualificação pra atuar, então ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então é necessária a questão da capacitação... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ah sem dúvida, sem dúvida, principalmente porque o que a gente está propondo é uma reformulação no modo da assistência em saúde mental, então é preciso que quem venha trabalhar num CAPS entenda essa lógica, que não venha pra cá com a mesma mentalidade do que se faz no hospital psiquiátrico, do que se faz em ambulatório, é outra coisa também diferente da atenção básica, então o CAPS precisa disso, precisa que o profissional tenha essa.., esse tipo de orientação, esse tipo de compreensão da sua finalidade (F, 12/4/2006).

Muito, muito importante, justamente por isso que eu estou te falando, porque assim, o profissional que trabalha no campo psicossocial, de qualquer área, ele necessariamente precisa quebrar a prática estereotipada pra poder entrar num serviço como esse porque o assistente social de um CAPS ele não é aquele assistente social de um hospital psiquiátrico, ele muda, ele faz outras coisas, ele se coloca de outro jeito, assim também é o médico, assim também é o psicólogo, o enfermeiro, então, uma formação específica pra essa área é bastante adequado porque vai tratar especificamente das necessidades que se colocam no cotidiano (VIK, 24/3/2006).

Considero, considero sim. É interessante que cada um tenha um saber, que traga o seu saber pela sua formação, da sua prática, do seu bairro, da sua comunidade, mas trabalhar no CAPS não é trabalhar em ambulatório, trabalhar no CAPS é ter um conhecimento sim do que é uma Reforma Psiquiátrica, do que significa um CAPS num panorama hospitalocêntrico. É toda essa questão política que tem por trás, questão financeira também, que é um serviço que se propõem substituir sim progressivamente os hospitais. Em muitos lugares isso já é feito, já conseguem fazer internação zero, outros lugares não; então, uma abordagem no CAPS precisa sim ter capacitação (LÉLI, 4/4/2006).

Sim, até por que o que é o CAPS? O quê um CAPS deveria ser? Cada um tem a sua idéia do que é um CAPS, mas ela não é uma idéia homogênea, então a minha experiência do que é um CAPS em outros lugares, que eu já tive em outros lugares especificamente, é muito diferente do que eu chego aqui e encontro as pessoas falando o que é um CAPS. é claro que a capacitação para um CAPS, para o que é o trabalho em CAPS podia homogeneizar, pelo menos todo mundo iria estar falando a mesma língua (J, 22/3/2006).

Sobre este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005, p. 30), observam que “os profissionais de saúde mental são, ainda em grande parte, formados a partir da prática cotidiana que caracteriza a lógica manicomial”. Hospitais e clínicas psiquiátricas constituem-se ainda os espaços onde “são oferecidos treinamentos em serviço (sob a forma de estágios e residências) aos profissionais que irão, no futuro, tentar materializar a nova lógica dos serviços substitutivos”.

Os autores destacam que “do sucesso da forma de organização da produção e transmissão do conhecimento pode depender o sucesso da própria reforma psiquiátrica” (OLIVEIRA; DORNELES, 2005, p. 32). Neste sentido, é importante que seja colocado na

cena do debate o funcionamento das instituições de aprendizado profissional sob a ótica da reflexão sobre as práticas e não apenas sobre o discurso das propostas dos cursos de formação. Os centros de formação devem se programar, planejar e garantir aprendizado e treinamento supervisionado, em que se pratique e construa espaços de práticas genuinamente terapêutica.

Na mesma direção, um dos entrevistados expressou sua preocupação com relação a seleção dos profissionais que vão atuar no CAPS, argumentando que os resultados do trabalho também dependem desse aspecto.

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS não tem a qualificação pra atuar, então, ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então, é necessária a questão da capacitação [...]. o processo de inclusão do profissional na área da saúde mental hoje, como se dá? Ele se dá por indicação política, seleção por contrato temporário e por concurso público. A indicação política pode ofertar profissionais desqualificados, pode! O contrato temporário, se não tiver um rigor no perfil que se quer pra trabalhar em CAPS vai acontecer a mesma coisa, um profissional desqualificado, o concurso público a mesma coisa, se não tiver um perfil, se não tiver o que se gostaria realmente, qual profissional que você gostaria de estar atuando hoje no CAPS, então, enquanto não se superar a forma de inserção no trabalho do CAPS, enquanto não se superar a discussão da saúde mental nos currículos acadêmicos vai continuar sendo sempre necessária a questão da capacitação [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Com relação a formação das equipes técnicas para atuar nos CAPS, as indicações aprovadas na e pela III CNSM apontam para a necessidade de que a contratação de profissionais deva ser realizada exclusivamente por meio de concursos públicos, e em caso de urgência, através da CLT, mas com seleção pública. E, ainda, os concursos devem exigir os pré-requisitos necessários e adequados à proposta de trabalho em saúde mental, alinhada teórica e conceitualmente aos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2002a).

Assim, é necessário considerar, quando da seleção dos profissionais, o perfil para trabalhar junto ao portador de sofrimento psíquico, bem como a existência de uma dimensão subjetiva, humanizante, solidária e fraterna como componente fundamental do perfil dos trabalhadores em saúde mental. Nesta direção, uma das participantes da pesquisa destacou a questão da opção política por este tipo de trabalho, associada a necessidade de competência técnica para atuar na área.

Eu acho que a gente trabalha com situações que requerem um estudo permanente, formação permanente, [...] eu acho que este é um dos vícios da saúde pública. Muitas vezes se confunde um pouco o tratamento ético ou moralmente responsável com uma qualidade também técnica. Eu acho que as duas coisas têm que estar associadas, tem que ter uma empatia pela causa da saúde pública, que aí entra na questão ética, moral de cada um, valores que você tem quando você vem pra esse tipo de trabalho; muitas pessoas que vem pra saúde pública quase que tem uma vocação religiosa. Mas ao mesmo tempo você também tem que ter uma competência técnica; não basta você tratar bem o paciente, você acolher, você precisa saber como intervir dentro da linha de trabalho que cada um escolhe, isso é fundamental (P, 17/3/2006).

Os profissionais, na sua maioria, indicaram ter recebido capacitação para atuar no CAPS. Referiram-se, especificamente, a um treinamento/capacitação realizado em novembro de 2005, com duração aproximada de 20 horas, organizado pela Assessoria Técnica de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde¹⁴. Contudo, alguns observaram que foi um treinamento tipo encontro, de curta duração, com trocas de experiências, e que não chegou a ser muito significativo.

Com relação a política de saúde mental, a maioria dos profissionais (83,3%) afirmou ter no mínimo algum conhecimento de sua organização e diretrizes. Entre os entrevistados, todos consideraram importante saber sobre os princípios, a estrutura e forma de organização da política de saúde mental para o trabalho do CAPS. Todos indicaram haver disponibilidade de material didático relativo a política na unidade de serviço.

Sim, precisa conhecer a política porque o atendimento está dentro dessa política, dessa lógica. (LÉLI, 4/4/2006).

Claro! é vital, pra poder planejar o seu trabalho, pra poder saber como é que a gente se liga com outros serviços, como é que a gente pode montar a rede, isso é fundamental porque o trabalho não se encerra aqui dentro, não pode ficar aqui dentro só, ele tem que poder justamente se expandir (F, 12/4/2006).

Sim é muito importante, até pra saber o que está acontecendo, o que pode ser feito, quais são os recursos disponíveis, o que precisa melhorar. Acredito que, fora a sua capacitação individual, eu acho que isso é uma outra premissa pra você iniciar no serviço [...] (J, 22/3/2006).

É importantíssimo conhecer, primeiro saber se ela existe, primeiro a pessoa tem que ter a curiosidade, tem que ter o desejo e a clareza de que é essencial ter os parâmetros ou diretrizes políticas de saúde mental pra

¹⁴ O município não tem o cargo de Coordenador de Saúde Mental. Em novembro de 2005 foi nomeada Assessora Técnica em Saúde Mental a enfermeira Lílian Pagliuca, que permanece na função até a data da presente pesquisa.

poder acompanhar, se orientar, e, segundo, conhecer sobre essa política (GIRASSOL, 20/3/2006).

Muito importante porque hoje a gente tem acesso a isso, aqui no CAPS a gente tem a legislação de saúde mental e pra gente poder entender porque, assim, a gente está na gestão da política também, por ser participativa, por estar junto nas decisões, então é preciso que a gente entenda, e tem muito detalhamento, são muitas portarias, o sistema de financiamento também é bastante complexo [...] (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que claro, porque a gente está dentro de um braço da política nacional de saúde; tanto pra você ter noção de qual é a perspectiva, em nome de que esse serviço está sendo mantido, também pra você poder avaliar a possibilidade desse ideais, dessas prerrogativas, que são pensadas a nível geral e nacional, serem realmente eficaz em termos práticos, porque muitas vezes você tem uma boa idéia, mas nem sempre uma boa idéia traz um bom resultado [...] (P, 17/3/2006).

Nesse sentido, a construção e consolidação de uma política de saúde mental, coerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o estabelecimento de uma política adequada de recursos humanos, que valorize e considere a importância do trabalhador de saúde mental na produção dos atos de cuidar. Para isso, deve-se garantir a capacitação e qualificação continuadas; a remuneração justa dos profissionais; a garantia de condições de trabalho e de planos de cargos, carreira e salários; a democratização das relações e das discussões em todos os níveis de gestão; a incorporação das questões de segurança, saúde e saúde mental do trabalhador; a garantia de supervisão clínica e institucional; a avaliação de desempenho e garantia da jornada de trabalho adequada para todos os profissionais de nível superior, bem como a isonomia salarial entre eles (BRASIL, 2002a).

3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário

De acordo com as indicações aprovadas na III CNSM, a política de recursos humanos para a saúde mental deve visar implantar, em todos os níveis de atenção, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, na perspectiva do rompimento dos especialismos e da construção de um novo trabalhador em saúde mental, atento e sensível

aos diversos aspectos do cuidado, ou seja, com uma visão integral e não fragmentada da saúde (BRASIL, 2002 a).

Segundo 83,3% dos profissionais o trabalho no CAPS Ponta do Coral é realizado em equipe. A maioria considera que existem dificuldades na realização das atividades. Uma delas está relacionada, conforme identificado por eles, ao fato de que nem todos compartilham das mesmas referências com relação à Reforma Psiquiátrica, à saúde pública e ao projeto do CAPS.

Bom, são várias, mas o que eu vejo de mais complicado é o fato de que nem toda a equipe compartilha das mesmas referências em relação ao que seja a Reforma Psiquiátrica, a função de um CAPS, as necessidades que o CAPS tem pra alcançar esses objetivos. Isso se deve em parte a diversidade da formação, e também às convicções pessoais. O problema não é a diversidade em termos da formação profissional em si, mas o modo, o fato de que você tem uma equipe multiprofissional por exemplo, isso gera alguma dificuldade na troca, na possibilidade de produzir um conhecimento novo a partir dessas experiências que são de diferentes disciplinas, diferentes áreas. Mas eu diria que é mais no sentido da Reforma Psiquiátrica mesmo, naquilo que ela aponta, então parece que esse é um problema a mais; outro que tem se tornado mais evidente pra mim ultimamente é a falta de formação de grande parte dos profissionais sobre o que seja saúde pública, boa parte deles não conhece o sistema de saúde pública, apesar de trabalhar num serviço de saúde pública, mas não conhece o sistema, não sabe a lógica, não sabe como é que ele funciona, então acaba tomando decisões muitas vezes administrativas que são equivocadas, que não levam em conta o modo de funcionamento da saúde pública (F, 12/4/2006).

Tem sim várias dificuldades, entre elas, existem diferenças de formação e, portanto, ideológicas. Alguns momentos a gente vê, assim, o CAPS tem um projeto de não internação, de autonomia do usuário, de gestão plena do usuário, e, as vezes, a equipe, algumas pessoas acabam esbarrando com isso. O entendimento disso é muito difícil também, as vezes é uma linha muito tênue entre o que é o assistencialismo, a autonomia, o que é dar o limite do ponto de vista terapêutico e o que é dar o limite porque você não quer se incomodar. Então, algumas pessoas não vêm de uma postura da Reforma Psiquiátrica, não sabe o que é uma Reforma Psiquiátrica, não tem uma noção, [...] é uma luta política também e algumas pessoas não sabem o que é [...] (LÉLI, 4/4/2006).

Em outras falas, foi apontada como uma das dificuldades do trabalho em equipe questões relacionadas a uma suposta divisão entre o grupo de técnicos.

A relação com a equipe tem uma certa peculiaridade, eu acho que as pessoas, a equipe que começou anteriormente, já desde a formação ou no começo do CAPS, eles se intitulam como a equipe do CAPS. Os que chegaram depois, em geral, não são bem acolhidos, ou são muito pouco,

tanto que as próprias atividades em equipe, em grupo, dificilmente, essas pessoas novas são incorporadas ao que já existe; então, acaba criando aí até a equipe da manhã, a equipe da tarde, mais ou menos, embora eu estou aqui todo o período, mas tem essa divisão... e eu acho que assim o ponto de partida é esse, a sensação é que quem não estava aqui desde o começo não fez parte da história (J, 22/3/2006).

A equipe que iniciou lá em 96 (1996) veio com algumas questões conceituais amarradas. Por quê? Porque a pessoa que estava pensando, planejando o CAPS ela vinha do Movimento da Luta Antimanicomial, era uma das representantes em nível nacional aqui em Floripa, Santa Catarina; então tinha algumas coisas amarradas na estrutura de atendimento do CAPS, que era muito pra poder implantar o sonho da Reforma Psiquiátrica aqui em Floripa, criar um serviço, do município, que de fato evitasse internação, que de fato fosse continente pros usuários com transtorno mental grave, e isso se mantém, porém, com a chegada dos técnicos que foram sendo substituídos, alguns saíram, técnicos novos entraram, a equipe de profissionais foi se modificando, a gente tem uma distância conceitual por mais que a gente pretende uma proposta multiprofissional, e a gente consegue, ao longo do tempo a gente conseguiu, é muito interessante o jeito como nós trabalhamos, porque de fato conseguimos trabalhar cada profissional lado a lado, dividindo o mesmo grupo, a mesma oficina terapêutica, então, assim, isso é possível, mas hoje, a gente, assim, tenta manter esse paradigma da Reforma Psiquiátrica, da desospitalização, do fortalecimento dos serviços territorializados, de um modelo que é um modelo multiprofissional, com a gestão participativa dos usuários, contra o modelo hospitalocêntrico, médico centrado, mas existem diferenças na questão conceitual da equipe, isso é falho, inclusive pra própria equipe (VIK, 24/3/2006).

A importância da unidade da equipe no atendimento ao usuário e na organização do trabalho recai sobre a qualidade do tratamento terapêutico ofertado. A mudança de paradigma epistemológico com relação a saúde mental não garante por si só a alteração das práticas assistenciais. Os conflitos e problemas de equipe existentes precisam ser trabalhados nas supervisões institucionais de forma que os técnicos consigam superar as dificuldades que obstaculizam a união do grupo em torno de um objetivo comum, sejam elas ideológicas, de formação, de concepção e/ou de afinidade com os colegas.

Um dos entrevistados apontou a questão das relações de poder e diferenças nos valores pessoais e nas relações interpessoais como dificuldades do trabalho em equipe.

Primeiro, a relação de poder, eu acho que é um grande problema, uma dificuldade que existe. Essa relação de poder, ela emana, que eu tenho percebido, da psicanálise, da teoria psicanalítica e da teoria psiquiátrica; então, os profissionais detentores desse conhecimento acabam, sutilmente, estabelecendo poder frente aos profissionais não-psi diria; essa relação de poder pelo saber é um dos problemas ou uma das dificuldades que eu encontro pra trabalhar em equipe no CAPS; outra

dificuldade, acho que é a própria experiência de vida das pessoas, aquelas pessoas em que parece que não estão claros os valores humanos como solidariedade, amor, justiça, sabedoria, a práxis, o repensar a prática, profissionais que não fazem a autocrítica da sua prática, pra mim, eu acho que é uma dificuldade trabalhar em equipe devido a isso; então, seria esse poder pela teoria e essa questão um pouco mais pessoal que é a relação de lidar com o outro, as relações interpessoais, são dificuldades que eu vejo em equipe (GIRASSOL, 20/3/2006).

A partir da fala profissional é possível pensar sobre as relações de poder que se estabelecem pelo saber. Conforme nos ensina Foucault (1979), os poderes se exercem em níveis variados e em pontos diferentes da vida social. Neste complexo, existem os micropoderes que estão intimamente relacionados com a produção de determinados saberes (sobre o criminoso, a sexualidade, a doença, a loucura). Assim, o poder não é algo que se detém como uma coisa, como uma propriedade, que se possui ou não. O poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona, como uma máquina social que não está situada em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda estrutura social (MACHADO, 1979 p. XIV).

De acordo com Foucault (1979), todo conhecimento, seja ele científico ou ideológico, só pode existir a partir de condições políticas, que são as condições para que se formem tanto o sujeito quanto os domínios de saber. Para o autor não há saber neutro, todo saber é político. Dessa forma, saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber. E, em contrapartida, todo saber assegura o exercício de um poder (MACHADO, 1979 p. XXI - XXII).

Na seqüência, a entrevistada aponta de forma geral algumas das questões cotidianas como dificuldade no trabalho em equipe.

Bom, eu acho que as vezes a gente é muito trefista, a gente não tem o tempo suficiente que a gente gostaria para estar parando para discutir os casos, se ater a cada paciente; tem diferenças na equipe também, tem conflitos [...] mas assim, a gente ainda tem, as vezes, coisas assim muito imediatistas, que não nos propiciam fazer realmente um estudo de caso mais integrado, ter uma intervenção, as vezes, mais articulada; a gente tem tentado em alguns momentos, mas assim, não é uma coisa que tem um peso forte como eu acho que deveria ter (P, 17/3/2006).

Dessa forma, a intensidade das demandas colocadas aos profissionais, especialmente na atualidade, provocam o desenvolvimento de ações pragmatistas, muitas

vezes sem uma reflexão maior. Isso vem acontecendo em vários contextos institucionais e com diferentes profissões. Ou seja, na medida que aumentam as necessidades humanas e as demandas para satisfazê-las, não ocorre no mesmo ritmo, o aumento da oferta de equipamentos e serviços assistenciais capazes de dar conta da complexidade dos problemas decorrentes da emergência das novas relações sociais, econômicas, culturais, advindas com a modernidade.

A precarização das condições de trabalho também foi apontada pelos entrevistados como mais um dos fatores que, por vezes, dificultam a convivência e o trabalho em equipe. Eles se referem a questão da diferença na remuneração salarial entre os profissionais que trabalham no CAPS, principalmente do médico para as outras profissões. A desproporção salarial chega a diferença de até quatro vezes mais entre o que recebe o profissional médico e o salário dos demais técnicos. Associadas a esta situação estão a diferença na carga horária de trabalho, a condição de contratação temporária, a falta de reconhecimento por parte da SMS, no apoio e incentivo à participação em eventos científicos e de militância política na área, entre outras.

Os profissionais indicaram que contam com supervisão institucional para lidar com as questões do trabalho no cotidiano. A supervisão institucional existente era, até o início deste ano (2006), paga pelos próprios profissionais, mas nem todos participavam. A partir do mês de abril do corrente esta passou a ser financiada com recursos provenientes do Ministério da Saúde. Além deste tipo de supervisão, foi relacionado como outro recurso existente para abordar essas questões as reuniões de equipe, realizadas mensalmente, as reuniões clínicas, realizadas semanalmente, e foi citada pelos técnicos em enfermagem, a supervisão realizada com profissional da área.

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que as políticas de formação e capacitação em saúde mental devem criar espaços de trocas baseados na realidade local, com valorização dos diversos saberes e metodologia participativa. A supervisão clínica e institucional permanentes deve ser estendida a todas as pessoas que trabalham com portadores de transtorno mental: equipes de PSF e PACS, trabalhadores da urgência e emergência, do hospital geral, dos serviços substitutivos e dispositivos residenciais, cuidadores de saúde mental, profissionais de nível médio e superior da rede de saúde mental. A referida Conferência destaca, ainda, a necessidade de implantação da NOB – Recursos Humanos do SUS, salientando a importância da garantia da capacitação para todos os níveis, supervisão permanente, interdisciplinaridade e isonomia salarial (BRASIL, 2002a).

Com relação as potencialidades que o trabalho em equipe possibilita os profissionais destacam a relevância deste no atendimento ao usuário, a possibilidade de trocas entre as varias áreas e a oferta de um atendimento multidimensional.

Entendo que essa é uma clínica multidisciplinar e isso (trabalho em equipe) é importante pela complexidade mesmo do tipo de fenômeno com o qual a gente trabalha, então, a gente precisa, é necessário ter uma oferta de serviços e de formas de atenção, que seja a mais diversificada possível, pra que a gente possa atender a uma série de necessidades que as profissões nas suas especialidades não dão conta; então essa é a grande vantagem, você pode fazer essa atenção multidimensional, isso é interessante (F, 12/4/2006).

A vantagem é justamente a estrutura coletiva de resposta à uma situação que chega pra você; vem a psiquiatria trazer um conhecimento, a psicanálise traz outro, [...] a enfermagem acaba dando a sua contribuição quando discute realmente a relação, vem o serviço social discute essa articulação que a pessoa tem com o social, e essas pessoas (profissionais), com seus conhecimentos, vão socializando esse conhecimento pra dar a resposta às fragilidades ou às potencialidades de vida que essa pessoa traz (GIRASSOL, 20/3/2006).

Acho que a grande vantagem é que a gente quebra a lógica hospitalocêntrica que era muito centrada no médico, na figura do médico, naquilo que o próprio médico decidia do tratamento, hoje quem decide é a equipe multiprofissional [...] (VIK, 24/3/2006).

Ah! Muitas, eu acho, em primeiro lugar, essa possibilidade da troca interdisciplinar; porque eu acho que cada um tem um tipo de contribuição diferente, um saber que te ajuda a pensar com mais amplitude o próprio trabalho, o próprio paciente, e, eu acho que quebra um pouco certas relações de poder; também, assim, o fato de a gente lidar com situações que são muito pesadas para alguém estar lidando sozinho, então quando você sente essa coisa da equipe, quando tem um paciente que está muito comprometido ou que tem risco de vida, a gente se sente muitas vezes angustiada por aquele paciente e você tem a equipe pra te dar um respaldo, pra estar pensando junto. Acho que isso é, sem duvida, algo que gratifica também (P, 17/3/2006).

Primeiro, agregar conhecimentos, se a equipe for multidisciplinar, que não quer dizer interdisciplinar, mas a princípio se ela for multidisciplinar a possibilidade de trocas de conhecimento de várias áreas realmente acaba sendo muito rica; são vários olhares sobre uma mesma questão, vários pontos de vista. Quando o trabalho de equipe é interdisciplinar, as pessoas acabam trocando mesmo, saindo, as vezes, do seu campo de formação, podendo estar se estendendo em outros campos, acaba sendo mais rico ainda. Num trabalho como o CAPS é necessário (o trabalho em equipe). Eu não consigo ver o trabalho que não seja em equipe porque pra você atender um usuário você precisa de uma equipe, pra você abordar o usuário, uma família, receber uma família precisa de vários olhares, enfim, de várias formações, vários olhares técnicos, da parte de

enfermagem, psicologia, da arte, serviço social, então, isso é importante (LÉLI, 4/4/2006).

O reconhecimento de outras dimensões no processo saúde-enfermidade, que não estritamente a biológica, traz a tona a questão da interdisciplinaridade¹⁵, pois na busca da integralidade da assistência a atuação de um único saber profissional não é suficiente. No processo da Reforma Psiquiátrica o campo da saúde mental é chamado a refazer-se por inteiro, ampliando o seu foco de abordagem e procurando romper com as delimitações dos saberes tradicionais na área. Busca-se uma nova recomposição de conhecimentos, sustentados sobre um conjunto de rupturas e novas premissas, e não apenas um novo somatório ou rearranjo simples dos saberes especializados. Desta forma, diversos campos de saber, implicados na assistência em saúde mental, são envolvidos na teorização e nas novas práticas de cuidado (VASCONCELOS, 2000a).

A pesquisa realizada indicou que 66,3% (correspondente a oito dos doze profissionais que responderam o formulário) dos profissionais consideram que existe interdisciplinaridade no atendimento ao usuário no CAPS Ponta do Coral. As falas relacionadas na seqüência apresentam a concepção dos profissionais sobre interdisciplinaridade e indicam a respectiva compreensão sobre a importância desta no atendimento ao usuário.

A gente poder ter o que a gente chama de clínica ampliada, essa multidimensionalidade que nos permite atacar o problema de várias formas e, portanto, oferecer diversas formas de atendimento, desde o medicamentoso até o serviço social, as oficinas, as oficinas expressivas, a arte, etc. (F, 12/4/2006).

Eu acho que em primeiro lugar isso, assim, é um olhar mais amplo para a condição daquele paciente. Cada profissional tem um aspecto que acentua, pela sua vida, pela sua formação; o educador artístico tem uma outra estratégia, por exemplo, pra lidar com aquela queixa do paciente, o assistente social tem uma, o psicólogo tem outro olhar, assim, eu acho que pra mim soma, eu acho que é uma forma da gente também aprender, enriquecer a nossa análise, a nossa possibilidade de intervir; sem dúvida que é rico (P, 17/3/2006).

Alguns profissionais expressaram sua concepção de interdisciplinaridade observando que esta não é sinônimo de multidisciplinaridade e que nem sempre é possível fazer práticas interdisciplinares.

É justamente isso, poder compartilhar o conhecimento que cada disciplina traz, essa inter, mas realmente compartilhar isso e não a

¹⁵ Sobre os conceitos de multi, inter e transdisciplinaridade ver, entre outros, Vasconcelos, 2000a.

multidisciplinaridade; é pensar, coletivamente, saídas pra enriquecer a vida da pessoa e aí é sempre um pensar e repensar (GIRASSOL, 20/3/2006).

Então, essa idéia dessa troca de conhecimento pra poder ajudar o usuário, pra poder a equipe ter um suporte também, pra poder, num estudo de caso, por exemplo, trocar os vários conhecimentos, os vários pontos de vista e poder estar entrelaçando; então, é importante, mas nem sempre se consegue fazer (LÉLI, 4/4/2006).

Já nas falas que seguem é possível perceber a concepção de interdisciplinaridade mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade.

Cada profissional tem a sua especialização, e ele foi formado para atender determinadas características que aquele usuário precise, ou informações, e a própria atenção, e cada um tem uma formação específica e diferenciada; então, eu acho que quanto mais ampla, mais amplamente ele for avaliado, e receber essas informações, e esse tratamento, vai ser melhor pra ele; então, desde o serviço social, desde o atendimento psicológico, o atendimento médico, enfim, até ah! eu cortei meu dedinho, o que eu faço? Então, vai poder ser atendido ali, ser acolhido pelo técnico de enfermagem (J, 22/3/2006).

É muito importante porque cada profissão tem o seu conhecimento específico e contribui aí com o seu conhecimento. É necessário que cada um de nós tenha muito claro o seu papel aqui dentro pra que não vire uma salada mista e se dilua o que cada um faz, que é específico de cada um. Então, é importante que a gente tenha boa formação técnica, específica da saúde mental pra que a gente possa chegar numa equipe que trabalha sob o paradigma do campo psicossocial, e que de fato possa ser multi, no sentido do atendimento, e aí, assim, no campo psicossocial, aqui no CAPS, por exemplo, a gente vê a necessidade de os profissionais trocarem mesmo, porque surgem muitas demandas, são muitas necessidades do usuário, é um campo novo. Então, assim, tem n coisas que vai se descobrindo, que cada área contribui diferentemente, mas ao mesmo tempo de forma conjunta. Então, o psicólogo, obviamente, ele tem mais elementos pra entender a parte clínica, o assistente social tem mais elementos pra entender a parte previdenciária, da assistência social desse usuário, que também é importante, muito importante pra ele, o médico tem o conhecimento sobre os psicofarmacos, sobre essa parte mais específica da medicação, e assim a gente vai trocando (VIK, 24/3/2006).

Com relação a este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005) observam que, no Brasil, a interdisciplinaridade faz parte do discurso politicamente correto, garantindo seu estabelecimento como princípio, traduzido na expansão cada vez maior dos territórios profissionais e na fusão dos saberes. O discurso da multi e da transdisciplinaridade é relativamente bem conhecido e aceito em nível intelectual, mas as práticas institucionais apontam, paradoxalmente, para fortes resistências, isolamento e hiperespecialização.

De acordo com os autores, para que estas ações multidisciplinares se tornem efetivas há necessidade de estratégias e planos, que visem a harmonização da convivência para que esta não seja imposta, mas compreendida e desejada pelos profissionais. Na prática, o momento é de impasse, pois multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade existem em tese e como imposição de comando, mas não se concretizam, ainda, como prática planejada, efetiva e eficaz (OLIVEIRA; DORNELES, 2005).

Ainda segundo os referidos autores, uma verdadeira transdisciplinaridade não está nem mesmo no horizonte das instituições de saúde mental brasileiras. Este é um dilema fundamental no processo da reforma psiquiátrica, que depende de ações integradas (órgãos reguladores do ensino superior, programas universitários, instituições e serviços de atendimento) para cumprir sua missão de transcender as práticas manicomial e os territórios de dominação e poder estabelecidos entre as disciplinas que formam a saúde mental.

3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações

A importância do projeto terapêutico dos CAPS recai sobre a responsabilidade de que todo o trabalho desenvolvido em cada unidade deve ser realizado em um ambiente terapêutico. Isto significa que tanto os atendimentos individuais, grupais como a convivência no serviço tem finalidade terapêutica. Cada CAPS deve ter um projeto terapêutico, que leve em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais, as iniciativas de familiares e usuários e o território onde se situa, com sua identidade, sua cultura local e regional (BRASIL, 2004).

O CAPS Ponta do Coral conta com projeto terapêutico do serviço, o qual, segundo 75% dos profissionais que responderam ao formulário, foi planejado em equipe. Três profissionais referiram não saber sobre o planejamento em equipe por não fazerem parte desta a época.

O sistema atual de atendimento no CAPS Ponta do Coral difere da maioria do adotado pelos serviços desta natureza. Em geral, os CAPS realizam a assistência ao usuário

no modelo de TR¹⁶. O CAPS Ponta do Coral oferece atendimento sob a ótica da regionalização. Ou seja, como o serviço não é territorializado, é o único na modalidade, na cidade e no município, a equipe técnica foi subdividida em pequenos grupos ou mini-equipes de dois e/ou três profissionais, sendo cada uma destes responsáveis por uma das regionais, que é onde o usuário mora. Esta proposta foi pensada e implementada há quase dois anos, quando os profissionais identificaram dificuldades em atender no sistema de Terapeuta de Referência (TR) toda a demanda existente. Tal estratégia utiliza-se do sistema de divisão por regionais da Secretaria Municipal de Saúde. Ao total são cinco Regionais de Saúde, Leste, Norte, Sul, Centro, Continente, distribuídas espacialmente na área geográfica do município. Nestas regionais, foram implantadas, recentemente (a partir do final do ano de 2005 e início de 2006), equipes de atenção em saúde mental, compostas por um médico psiquiatra e duas ou três psicólogas em cada uma das Regionais de Saúde.

De acordo com o projeto terapêutico do serviço, as atividades desenvolvidas são: psicoterapia, atenção medicamentosa, atendimentos de emergência, grupo terapêutico, oficinas terapêuticas¹⁷, assembléia de técnicos, usuários e familiares, visitas domiciliares, articulação com entidade, programas e serviço, atividades de formação e pesquisa, reuniões de equipe, reuniões clínicas de casos¹⁸.

Conforme as determinações da Portaria GM/MS Nº 336/2002, a assistência prestada ao usuário no CAPS deve incluir atendimento individual, em grupo, atendimento à família, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades comunitárias, enfocando a integração do portador de transtorno mental na comunidade e sua (re)inserção familiar e

¹⁶ Este sistema de atendimento é desenvolvido na maioria dos CAPS e constitui-se do acolhimento da pessoa quando de sua chegada ao serviço por um dos profissionais da equipe. A partir daí é traçado um projeto terapêutico com o usuário e o profissional que o acolheu passará a ser uma referência para ele. O Terapeuta de Referência (TR) tem a responsabilidade de monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo as atividades e a frequência de participação. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, discutindo com o usuário e com a equipe técnica do CAPS (BRASIL, 2004, p. 16).

¹⁷ São oferecidas as seguintes oficinas: oficina de cerâmica, oficina de artes plásticas, oficina de mosaico, oficina de jogos, esportes e lazer, oficina de tapeçaria, oficina de trabalhos manuais, oficina da terra, oficina de jornal, oficina de velas, oficina de leitura, oficina de música, oficina brechó, oficina de teatro, oficina de formação política, oficina de fotografia. Destas, as oficinas de cerâmica, velas e mosaico são produtivas, ou seja, sua produção é comercializada. Cabe destacar que algumas oficinas podem estar em funcionamento ou não, em determinado período de tempo, de acordo com a disponibilidade de técnicos para acompanhar, de condições materiais para o funcionamento e da demanda de usuários.

¹⁸ A descrição e o objetivo de cada atividade pode ser consultado no Projeto Terapêutico do CAPS II Ponta do Coral (2004), ou a partir do projeto de Estágio curricular em Serviço Social de Stuari (2005).

social. A depender do projeto terapêutico de cada usuário, o CAPS poderá oferecer as seguintes modalidades de atendimento: atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo¹⁹.

Já com relação ao planejamento das ações, 50% dos profissionais consideram que este existe. Cabe lembrar que ao questionarmos os participantes da pesquisa sobre este fator, estamos nos referindo ao planejamento estratégico, aquele voltado para uma visão ampla, global e de longo alcance da organização/instituição, baseado na análise do contexto e com a finalidade de buscar alternativas de ação. No entanto, alguns dos entrevistados observaram estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação objetivo e sistemático dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declararam não existir processo de planejamento e avaliação das ações do serviço, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

As falas relacionadas a seguir demonstram o tipo de planejamento existente no CAPS e como este acontece.

Bom, o planejamento é feito mais ou menos assim: chega uma época do ano em que a Secretaria (SMS de Florianópolis) nos pede um planejamento e aí, geralmente isso é com uma semana no máximo de antecedência, é aquela correria, a gente monta um plano básico de trabalho etc., mas é muito mais pra cumprir a obrigação. A gente tem um projeto terapêutico que é amplo, que é do serviço todo, e a gente vai, com esse projeto terapêutico a gente vai ajustando as atividades e aquilo que a gente pretende alcançar, mas não há um planejamento muito formalizado, não há um processo de planejamento, até porque é tudo muito fragmentado, o que a gente planeja aqui, boa parte depende desse recurso financeiro, depende do apoio da Secretaria, que é sempre uma coisa incerta. Então, em termos de planejamento a coisa fica sempre muito precária. Em termos de avaliação é mais precário ainda, a gente não tem indicadores; novamente, no final do ano, aí a Secretaria pede um relatório do que foi feito, a gente faz um levantamento geral, mas ele é descritivo, ele não é avaliativo, a gente não sabe de fato quais são

¹⁹*Atendimento intensivo* – atendimento diário, oferecido à pessoa que se encontra em grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento semi-intensivo - nessa modalidade, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Este tipo de atendimento é oferecido quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento não intensivo – oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até 3 dias no mês. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário (BRASIL, 2004, p. 16).

os efeitos que a nossa intervenção produz; claro, a gente tem uma certa dimensão pelo contato direto com os usuários, fulano que não interna a tanto tempo, ou fulano que voltou a trabalhar, ou que resolveu pelo menos algumas coisas que eram mais complicadas na sua vida, isso a gente tem, mas não tem um processo de avaliação estruturado que nos permita dados com visibilidade maior (F, 12/4/2006).

Neste sentido, destacamos que, a nosso entender, a função planejamento deve orientar todas as ações no dia-a-dia das organizações. O planejamento é o processo de estabelecer antecipadamente a finalidade da organização/instituição, definir os objetivos e prever as atividades e os recursos necessários para atingi-los. Planejar é uma forma de pensar o futuro da organização/instituição, definindo o que fazer, como, quando e com recursos. Nesse processo, é importante considerar que as organizações/instituições estão inseridas num contexto constituído pela sociedade, pelo Estado e por outras instituições que influenciam suas decisões (TENÓRIO, 2000).

Alguns profissionais referiram-se, especificamente, ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, reuniões clínicas e na supervisão de equipe. Segundo estes, é na reunião de equipe mensal que se planejam mais as ações, estas entendidas como a definição dos grupos terapêuticos ou oficinas que vão ter, o objetivo e a finalidade destes, a demanda etc..

Mensalmente, a gente tem uma reunião de equipe, que tem um pouco esse objetivo, de planejar e avaliar o que é feito. Além dessa reunião mensal a gente tem dois outros momentos semanais, que é um na quarta-feira outro na quinta-feira, que a gente chama de reunião técnica, [...] mas isso se dá muito no cotidiano também, na assembléia geral do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Ele acontece em reunião de equipe, uma reunião mensal, a gente planeja grupos, planeja..., então.., acontece, primeiro tem uma reunião mensal da equipe e reunião duas vezes por semana, que são os estudos de caso; agora, a avaliação, acontece em reunião de equipe mais; o planejamento, por exemplo, como abordar um determinado caso, como ajudar, de como servir a família, o trabalho, é feito durante a semana nos estudos de caso, e nós temos a supervisão, que é um espaço que também acaba se fazendo uma avaliação, a supervisão de equipe (LÉLI, 4/4/2006).

Outras falas detalharam as conseqüências da falta de um processo sistemático de planejamento e avaliação das ações, inclusive fazendo análise dessa problemática em relação as instituições públicas em geral.

Eu acho que esse é um problema, acho que falta muito; por exemplo, se você esta aqui fazendo a avaliação da política a partir do olhar dos profissionais, eu, nesse momento, tenho tido muito incomodo diante da

necessidade que eu vejo de avaliar as ações, de avaliar os pacientes, e a gente não tem uma forma sistemática de fazer isso; por exemplo, a gente não tem um instrumento de captação do trajeto do paciente dentro do CAPS, a gente não anota algumas coisas, os prontuários também deixam muito..., as vezes a gente não faz registro nos prontuários e mesmo quando a gente faz ele não tem, assim, por exemplo, uma sistematicidade, o que é que eu vou enxergar, como é que eu vou ver se aquele paciente está melhor ou está pior depois que ele está aqui, então, a gente não tem esse instrumento; e, o planejamento, é feito um planejamento terapêutico com o paciente; o planejamento do nosso serviço é mais ou menos...., funciona, assim, com as oficinas, não é um planejamento rigoroso, a cada período a gente senta e reorganiza não, tem algumas diretrizes gerais, eu acho que em termos práticos falta muito dos dois lados, planejamento das nossas atividades, por exemplo, as vezes naquele roldão a gente vai fazendo, vai fazendo, e, também, a avaliação da eficácia, do que realmente aquilo está resultando pra vida do sujeito, se ele está realmente conseguindo chegar mais próximos desses lugares que a gente apregoa como princípios da saúde mental - autonomia, dessas coisas que a gente também fala: relação com o trabalho, relações, laços sociais; então, a gente não tem esse (instrumento de planejamento e avaliação), eu acho que falta (planejamento e avaliação) [...] Na verdade eu acho que esse é um problema das instituições públicas em geral, eu acho que tem uma grande resistência no Brasil a qualquer critério de avaliação, porque, esse discurso, a retórica da igualdade, ela exatamente vai na contramão de um processo meritocrático, ou seja, você avaliar também por mérito; você tem que criar esse tipo de instrumento; a prefeitura não tem, nunca teve uma avaliação nos anos que estou aqui que medisse o desempenho profissional, principalmente aqui, que a gente lida com pessoas que estão aqui pra se tratar, e a gente não sabe se a pessoa...., a gente vai olhando um caso ou outro; não existe um processo institucional de avaliação, nesse sentido (P, 17/3/2006).

Em geral, as organizações precisam de um processo de avaliação que realize uma revisão dos objetivos e metas alcançados e daqueles a serem atingidos. O planejamento e a avaliação são a oportunidade de fazer uma pausa e examinar a situação da instituição.

Não obstante, as políticas públicas no Brasil vêm se estruturando de forma descentralizada, com responsabilidades de organização e financiamento partilhadas entre a União, Estados e Municípios, cabendo a estes últimos a execução dos serviços de atenção direta à população. Deste modo, os processos de avaliação de serviços de saúde mental devem ocorrer no âmbito municipal. Segundo Dias (2002, p. 2)²⁰, este desafio coloca no debate o aspecto de como avaliar o funcionamento de um serviço de saúde mental, que está

²⁰ A autora realizou um trabalho de construção coletiva de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental junto aos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre; uma apresentação resumida dos resultados pode ser consultada em DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental.** In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

inserido num novo patamar conceitual e tem como tarefa não reproduzir uma prática de tutela, com ênfase na patologia, mas de incluir o sujeito portador de transtorno psíquico no planejamento e na execução das ações terapêuticas, numa nova relação que garanta a viabilidade do exercício da cidadania numa sociedade desigual. Ou seja, as dimensões de mudança conceitual, realidade social e política pública de saúde de âmbito municipal, tornam complexa a adoção de processos de avaliação.

A fala descrita na seqüência especifica o processo de planejamento e avaliação no que se refere a ação interventiva profissional no tratamento ao usuário, destacando que não existe um processo sistemático de planejamento e avaliação com relação as ações do CAPS.

O planejamento e a avaliação das ações do CAPS, eles acontecem só de uma forma muito primária ainda, nós temos [...] o planejamento e avaliação da ação do profissional a título de intervenção em relação ao usuário existe de três formas: primeiro, casos clínicos, que aqui nós fazemos reuniões de casos clínicos, quarta-feira das 8 às 9 horas e quinta-feira das 11h30min às 12h30min pra discutir a questão do caso clínico de pessoas; outra forma, construção de projetos terapêuticos ou revisão dos projetos terapêuticos na reunião da regional, cada regional, que são cinco, fazem suas reuniões pra discutir o planejamento e avaliar a vida dessa pessoa nas regionais, e a outra, especificamente do CAPS, a título de gestão, é a reunião de equipe, que você presenciou semana passada, aí é um outro momento de planejar e avaliar, porém, ressalvo, não se tem algo mais fidedigno, ou academicamente falando, que nos ampare pra fazer essa avaliação; então, é extremamente necessário nós termos supervisão, termos pesquisadores, que nos ampare no sentido de avaliar o serviço, avaliar nossa prática, avaliar a autonomia do usuário; a grosso modo nós temos, mas é muito de senso comum; então, precisa cientificar ou legitimar, regularizar, tornar mais fiel esse tipo de avaliação, a grosso modo temos, agora, com mais rigor, por escrito, não temos (GIRASSOL, 20/3/2006).

Sabe-se que a ausência de um processo de planejamento estratégico e avaliação sistemática comprometem a efetividade dos objetivos propostos. Conforme destaca Dias (2002), o cenário da Reforma Psiquiátrica requer tanto uma multiplicidade de respostas à sua plena implantação como para a avaliação de seus resultados. Contudo, é importante ressaltar que a especificidade das ações em saúde mental demanda a adoção de um método participativo, com o fim de superar o caráter unidimensional, comum em avaliações tradicionais.

A avaliação participativa já é uma exigência nas políticas sociais, decorrentes da pressão social pela garantia de acesso a bens e serviços públicos. Por analogia, a

construção de indicadores de avaliação também pode ser participativa, com a contribuição dos sujeitos inseridos na esfera municipal, responsável pela execução da atenção em saúde mental. Para a autora, apesar de certa reserva científica pela adoção desta sistemática metodológica, o seu valor está no alcance social de incluir os responsáveis pela execução de determinada ação, na sua construção e sistematização (DIAS, 2002).

3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento

Conforme já destacado neste trabalho os hospitais psiquiátricos são instituições representativas do modo asilar enquanto os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico de exercício das práticas de atenção psicossocial, do modo psicossocial.

O modelo de assistência do modo psicossocial destaca-se por seus meios básicos de tratamento (rede diversificada de serviços territorializados), e pela importância decisiva que se atribui ao sujeito na sua mobilização como participante principal do tratamento. Neste, considera-se o indivíduo como pertencente a um grupo familiar e social, o que supõe que se deve trabalhar, também, a família e o grupo social, como agentes das mudanças buscadas.

Já no modo asilar a organização institucional é marcada por estratificações de poder e saber, no âmbito das relações profissionais e da instituição, as quais transladam para a relação com os usuários e a população. Estes são excluídos de qualquer forma de participação, enquanto que no modo psicossocial, participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais.

Na pesquisa realizada, a maioria dos profissionais entrevistados referiu conhecer sobre a forma de atendimento no hospital psiquiátrico, seja por visitas, atuação profissional, contatos institucionais, relato dos usuários que estiveram internados.

No que se refere as diferenças no atendimento prestado pelo CAPS em relação ao hospital psiquiátricos, os entrevistados consideraram que existem diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência de um só discurso, o médico psiquiátrico do hospital e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial em contraposição ao tratamento igual para todos

das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Eu acho que é diferente em vários aspectos, primeiro, são essas diferenças que eu digo que são de base, sobre a Reforma Psiquiátrica e a função de um CAPS nesse processo de reforma. Existe por parte da maioria da equipe uma convicção de que a nossa função é evitar a internação e de uma certa maneira poder fazer substituição a essas instituições tradicionais; deslocar a centralidade do sistema pra um serviço aberto, que seja interdisciplinar, ou seja, onde você não tenha um discurso único dando a orientação, que no caso é o discurso psiquiátrico nas instituições (tradicionais); você tem essa multidimensionalidade então você pode compartilhar o discurso; em relação ao próprio atendimento, começa na forma do acolhimento, eu acho que o nosso acolhimento é bom, ele tem condições de receber a pessoa, de entender o que ela está procurando, o que ela está precisando, quais são as suas necessidades; a gente tenta de alguma maneira envolver família embora com dificuldades, mas a gente tenta e tenta principalmente manter a vinculação ou criar novos vínculos desse usuário; o projeto terapêutico que é individualizado também é outra coisa fundamental, que aí a gente quebra com a lógica tradicional de que todos recebem o mesmo tratamento, é a mesma medicação, são os mesmos horários, são as mesmas atividades pra todo mundo, não, a gente procura justamente ao levar em consideração essas características que são mais individuais, são mais singulares, a gente procura atender e levar em conta esses aspectos, então, isso pra mim já é muito diferente, além do que a gente procura o tempo todo ou minimizar ou quebrar mesmo a hierarquia, instituindo certas formas que evitam que a hierarquia se cristalice de maneira muito brutal, pra você não ter um deslocamento de poder dentro do serviço, que seja prejudicial pra todo mundo, igual no hospital (F, 12/4/2006).

A relação entre profissional e usuário foi destacada como diferencial por todos os entrevistados, conforme pode ser observado a seguir.

A relação entre o profissional e o usuário, pra mim, a maior diferença é essa relação interinstitucional ou interpessoal; é a forma como se dá, porque as ações também são diferentes, porque existem oficinas terapêuticas, existem os grupos terapêuticos, existem os atendimentos, mas esse modelo de atendimento pode também ocorrer numa outra instituição, ou mesmo num CAPS, mas se a relação de profissional e usuário não estiver pautada no respeito, uma relação sujeito-sujeito onde se possa esse serviço, obviamente, quando ele estiver num bom nível de participação, num bom nível de reabilitação, mas também..., o fundamental é isso, é estar pra além da instituição, estar pra relação do usuário com o profissional, e claro, o espaço também, o espaço físico tem que ter qualidade, a gente vê aqui um espaço super bom aqui no caso, as propostas de atendimento, como que são colocadas, como que é olhado esse usuário, esse usuário está junto no pensar da instituição, mas a cima de tudo assim, entender como cidadão de direitos, de respeitá-lo (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que tem um maior reconhecimento da condição subjetiva do paciente, acho que um certo respeito. Hoje, a Colônia Santana tem tido mudanças, tem uma política que também..., na verdade a política do Ministério também visa atingir as instituições mais asilares, os hospitais também estão mudando..., talvez seja mais lenta, aqui, a gente já chegou com uma outra perspectiva de trabalho; eu acho que a equipe toda, de forma geral, tem uma sensibilidade pra esse respeito pelo paciente, pelo outro, procura, na medida do possível, não estabelecer uma relação de poder; eu acho que aqui, por exemplo, a recepção é muito bem feita, os vigias também são pessoas que entraram no clima, assim, talvez já seja deles, mas entraram no clima do CAPS; acho que todos têm um compromisso com isso, um valor digamos; também, talvez seja deste CAPS, eu não conheço tantos outros CAPSs; eu acho que é uma relação diferenciada, na medida que você está aqui com esse objetivo de que a pessoa assuma a própria vida, contribuir para que isso aconteça; isso implica em ter pelo menos um respeito, um reconhecimento do outro (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p.10) destacam que o papel do técnico se transforma quando ele se coloca sob outros princípios; “se ele faz funcionar a tecnologia da doença mental, fortalece o dispositivo psiquiátrico. Mas, se transforma sua forma de intervenção, trabalha no sentido da desmontagem desse dispositivo”. Segundo os autores, isso significa pôr em funcionamento um dispositivo de desinstitucionalização e reinserir a complexidade dos problemas com os quais lida. Significa ainda abrir mão das interpretações da loucura segundo erro, incapacidade, inferioridade, doença mental, e potencializá-la como diferença, um modo diferente de relação com o mundo. Enfim, não usar o saber como técnica normativa, mas como possibilidade de criação de subjetividades. A técnica deixa de ser instrumento da violência quando a prática funciona como uma desconstrução da clínica.

As falas que seguem referem-se ao atendimento aberto e as possibilidades de escolha que o CAPS oferece em contraposição ao isolamento e segregação gerados pela internação hospitalar prolongada.

Em primeiro lugar o atendimento no CAPS é um atendimento, vou usar a palavra, aberto, ou seja, pra começar o usuário ele não fica internado aqui, mesmo se em algum momento tiver o CAPS III, é diferente. Ele vem, ele faz o trabalho dele, a sua terapia, durante o dia, e ele volta, quando, no caso tem família, pra casa; então, primeiro lugar a idéia do CAPS, o trabalho do CAPS não é segregar e isolar; quando o usuário vai para o hospital, eu acho que seja ele em qualquer campo da saúde, mas vai para o hospital e fica internado trinta dias, quinze dias, ele já esta sendo isolado do convívio com a família, do convívio social, ou seja, acaba perdendo progressivamente o contato com as pessoas e com o grupo social mesmo, e acaba sendo destituído das suas práticas pequenas, como desde pegar um ônibus, fazer sua comida, ir no

supermercado; no momento em que uma pessoa é colocada em um hospital e fica um mês, ele acaba perdendo o contato com essas mínimas..., não é nem com o mundo lá fora, mas com as mínimas coisas que ele teria em casa, na sua casa, enfim, ele perde tudo isso como se fosse realmente uma pessoa que não tem possibilidade nenhuma de fazer nem um café, enquanto o CAPS possibilita isso, acho que o CAPS ele, independente dos problemas que tem, acho que ele mostra que não, você ainda, apesar da sua crise, com a sua crise, com todas as limitações que as vezes um surto pode oferecer do ponto de vista cotidiano, você ainda pode fazer algumas coisas sim, como pegar um ônibus pra ir e voltar pra casa, fazer a escolha do seu planejamento terapêutico, vem aqui escolhe, em parte, o que gostaria de participar (LÉLI, 4/4/2006).

Assim, a possibilidade do usuário no CAPS de ter voz ela é muito maior do que nas outras instituições, as outras eu não vou generalizar, mas em algumas, as asilares, esses hospitais são.., enfim, crônicos até pela dificuldade mesmo de antes você pensar em ter outra alternativa que não a trancar e deixar lá e não tem medicação, não tem nada disso, estou falando de bem bastante tempo atrás, e isso ficou e se perpetuou, então, eu acho que a possibilidade do usuário aqui, no CAPS, nos CAPS, e até mesmo nos ambulatórios, acho que hoje em dia não é só CAPS que permite isso, é fazer parte como contribuinte do próprio tratamento, então isso é o que diferencia do paciente internado, vamos dizer assim, em São Paulo, no Vera Cruz, que é um hospital e tal, diferente de outros, tem algumas dessas internações que são diferentes, mas essa relação aí de profissional e usuário ela é mais aberta, é mais ampla, além do CAPS, especificamente, oferecer algumas possibilidades; então, a possibilidade de trabalhar em uma oficina, dessa oficina ter uma renda, que, assim, é um entrave no sentido que eles se sentem muito limitados e não só se sentem como eu acho que muitas doenças incapacitam mesmo, são incapacitantes, a esquizofrenia é uma delas, e é a nossa clientela aqui, a maior parte é de pacientes com esquizofrenia; a própria esquizofrenia já altera, vamos dizer assim, na cognição, na parte de planejamento, de você conseguir realmente se estruturar para trabalhar; tem umas pessoas que não conseguem nem ter o início, a iniciativa, ela é minada com a esquizofrenia, e aqui tem uma possibilidade, mesmo que essa possibilidade seja fazer oficina e ganhar uma renda, mesmo que, assim, seja só..., não é o valor que importa, é simbólico (J,22/3/2006).

O relato a seguir explicita epistemologicamente e em termos técnico-assistencial a diferença entre o modelo de atenção tradicional/hospitalar e o modelo de atenção psicossocial.

Primeiro, em relação a concepção da pessoa e em relação a concepção dos próprios meios de trabalho; na instituição psiquiátrica predomina o modelo manicomial/asilar como a gente chama, que daí vai olhar a pessoa enquanto doença, enquanto diagnóstico, aqui, no CAPS, a gente olha os seres humanos enquanto pessoas, enquanto a existência de um sofrimento, o que podemos fazer pra minimizar esse sofrimento da pessoa, então, essa é a primeira diferença que tem, quem é essa pessoa, que no modelo manicomial acaba sendo vista mais como diagnóstico, como um doente, isso que eu sempre falo, essa iatrogênia que o modelo

manicomial acaba inserindo na pessoa, você é um doente, vai ter que tomar remédio pra vida toda, e o máximo que você pode chegar é um portador de transtorno mental em recuperação, isso é uma das diferenças, outra é a própria concepção de saúde/doença que existe; as formas de organização dos dois modelos, são modelos diferentes, um é mais centralizado no psiquiatra, na instituição psiquiátrica, o no CAPS seria mais centralizado na equipe e, principalmente, nos usuários; a forma de relação com a clientela ou com o usuário, no modelo manicomial, é sempre uma relação hierárquica, de cima pra baixo, no CAPS, sempre uma relação, ou a gente tenta sempre ter uma relação horizontal; e a própria questão do que é bom ou não é bom pra pessoa, a pessoa tem que dizer o que é bom pra ela e, as vezes, no hospital, são os profissionais que já dizem o que deva ser bom pra ela, ou seja, a grande diferença que existe é: quem decide o que? No hospital as pessoas decidem sobre a vida da pessoa, eu acho que no modelo psicossocial é a pessoa que compartilha a decisão da sua vida (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme destaca Rotelli (1990), no manicômio (modelo/tradicional) a sociabilidade é reduzida a zero. A tutela, a internação tem a única finalidade de subtração das trocas, de estabelecer relações de mera dependência pessoal. Enquanto que a emancipação terapêutica (que se torna o objetivo substituto da "cura") só pode ser (cientemente) a mobilização de ações e de comportamentos que emancipem a estrutura inteira do campo terapêutico. Assim, o problema que se coloca aos novos serviços (CAPS) não é cura (a vida produtiva), mas sim a produção de vida, de sentido, de sociabilidade.

Neste aspecto, pode-se considerar a proposta basagliana de *colocar a doença entre parênteses* para assim direcionar o olhar ao sujeito em sofrimento e não à doença. Essa é uma questão fundamental, pois é o movimento de *tomada de responsabilidade* (DELL'ACQUA, 1992) individual e coletiva que se constitui como meio para a transformação institucional e para o processo de desconstrução. A cura cede espaço à emancipação, mudando a natureza do ato terapêutico, que agora se centra em outra finalidade: produzir autonomia, cidadania ativa, desconstruindo a relação de tutela e o lugar de objeto que captura a possibilidade de ser sujeito (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3 Participação do usuário e da família no tratamento

De acordo com as diretrizes da atenção em saúde mental do modelo psicossocial, o protagonismo dos usuários é fundamental para que seja alcançado o objetivo do CAPS de se constituir como dispositivo de promoção da saúde e da reabilitação psicossocial. Os

usuários e familiares devem ser chamados a participar das discussões sobre as atividades terapêuticas do serviço. A equipe técnica deve trabalhar de forma a estimulá-los a participar de forma ativa do tratamento e da construção de laços sociais. Entre os tipos de atendimento que o CAPS pode oferecer está o atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, de lazer com familiares (BRASIL, 2004).

Na seqüência deste item analisaremos as formas criadas pelo CAPS Ponta do Coral para envolver ativamente usuários e familiares no processo terapêutico, seja com relação ao projeto terapêutico individual, ao atendimento e a participação das famílias no tratamento.

3.3.1 Planejamento terapêutico individual

Conforme as determinações da política de atenção em saúde mental, cada usuário deve ter um projeto terapêutico individual, composto por um conjunto de atendimentos personalizado, que respeite as particularidades, necessidades de cada pessoa e proponha atividades durante a permanência diária na unidade e fora dela (BRASIL, 2004).

O atendimento no CAPS oferece projeto terapêutico de tratamento individualizado, o qual é pensado e avaliado com a participação do usuário. A fala relacionada a seguir detalha como acontece o planejamento do tratamento.

O primeiro passo desse projeto terapêutico ele é feito na entrevista inicial, que é basicamente a entrada desse usuário no serviço; então, a gente pensa uma programação mínima, levando em conta as necessidades, as condições, os limites e as capacidades do usuário e, quando a gente pode contar, com a família também. Além disso, uma vez por mês, [...] tem o encontro da Regional, e os usuários dessa Regional podem reelaborar o seu projeto terapêutico, a gente faz a revisão, a gente discute como é que está sendo esse projeto, se está sendo interessante, que ganhos, se está havendo ganhos ou não, se a pessoa está se sentindo contemplada de alguma maneira e tal, e aí a gente faz as alterações que a gente discute e acha necessário (F, 12/4/2006).

Com relação a forma como o usuário participa do processo de planejamento do seu tratamento, os entrevistados colocaram que é através da manifestação das preferências,

opções e desejos dele, dentro das possibilidades que o CAPS oferece. Nas falas relacionadas é explicitado qual a participação do usuário e do profissional no planejamento do projeto terapêutico de tratamento.

Quando o usuário chega no serviço, encaminhado de algum outro (serviço), ou de um hospital, ou de uma unidade local de saúde, ou por demanda espontânea é feito o acolhimento, onde a gente usa uma entrevista inicial pra fazer uma coleta de dados, ali resgata um pouco da história que o próprio usuário vai estar contando, e, então, nesse momento é feito o projeto terapêutico; inicia-se o projeto terapêutico, não que ele tenha que se esgotar nesse momento inicial; uma pergunta que a gente sempre faz pra ele é do que ele precisa, como a gente vai poder ajudar, então, a partir daí a gente oferece o nosso leque de atendimentos, o nosso projeto terapêutico do CAPS, e aí vai se construindo dessa forma (VIK, 24/3/2006).

Em geral a gente faz isso quando ele chega, na entrevista inicial, a gente pede pra que ele diga, a gente apresenta o que a gente tem; a gente pede que ele diga o que ele gostaria de estar fazendo, o que ele fazia, quais as preferências que ele têm, se ele não sabe, em algumas situações, a gente sugere que ele venha participar de algumas oficinas para ele, por exemplo, escolher; então, assim, é feito muito respeitando o desejo do paciente, o que ele gosta mais, as preferências dele; agora, se a gente vê que o paciente está muito ansioso, se ele precisa, a gente sugere um grupo terapêutico ou as vezes o atendimento individual; assim, não tem uma uniformidade, em geral a gente age assim (P, 17/3/2006).

Ele tem, esse projeto terapêutico, ele tem um primeiro momento, quando o usuário chega e faz a entrevista inicial é colocado com ele e oferecido, mostrado as possibilidades, o que o CAPS oferece em termos de terapia, desde grupos terapêuticos, atendimento individual e oficina, mas não é só oferecido, é também feito uma avaliação do técnico, o que ele pensa que, naquele momento, poderia estar ajudando aquele usuário, e é conversado com o usuário, muitas vezes acaba o usuário escolhendo tudo, escolhendo o que ele quer e o técnico tem pouca interferência, outras vezes o usuário quer algo que talvez naquele momento, por exemplo, atendimento individual, mas não tem vaga, não tem, os técnicos estão todos..., se tem alguém fazendo atendimento individual já não tem horário, então se entra em um acordo das possibilidades, dos desejos do usuário, e das possibilidades que o serviço oferece; isso é o primeiro momento, no segundo momento, ao longo do período do usuário aqui, vão tendo transformações, muitas vezes ele abandona aquele grupo ou oficina, que não era aquilo que ele achava que era bom, que ele gostava, abandona formalmente ou informalmente, simplesmente não vai, ou ele entrou em surto não veio mais, uma série de questões, então isso tudo é retomado, a gente tenta fazer a retomada na reunião das Regionais, reunião mensal, como é que está o tempo dele aqui, o que ainda se mantém fazendo, como ele está se sentindo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos entrevistados destacou que o projeto terapêutico de tratamento do usuário

é sempre pensado a partir da necessidade dele, o que ele traz de necessidade, o que ele traz de sonho, de vontade, de sofrimento, de

tristeza, então, o projeto terapêutico é sempre pensado, repensado, analisado, refletido, em cima da necessidade da pessoa (GIRASSOL, 20/3/2006).

É importante destacar que o planejamento do projeto terapêutico deve envolver o portador de transtorno mental como sujeito deste processo. A participação ativa do usuário na escolha do que fazer e na expressão de suas necessidades favorece a adesão e continuidade no tratamento, confere-lhe o exercício da liberdade de escolha e da cidadania. Neste processo, o ato terapêutico, quando não é mais fundado sobre a doença e não provém da autoridade médica, torna-se a própria organização coletiva, convertendo-se em *tomada de responsabilidade* e produção de subjetividade (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral

No plano teórico, a relação da família com o portador de transtorno mental é construída a partir do alienismo, como produto da sociedade moderna/burguesa. No interior desta perspectiva concentram-se dois entendimentos polarizadores: “o da família ameaçada pela eclosão da enfermidade, portanto, sofrendo suas conseqüências ou causadora da emergência do transtorno mental, assim culpabilizada por sua etiologia” (ROSA, 2002, p. 139). Historicamente, o segundo entendimento foi o que prevaleceu na maioria das abordagens teóricas na área da saúde mental, com uma relativa diminuição nos anos 1970, seguido de uma complexificação da compreensão do grupo familiar e de sua dinâmica, a partir dos avanços teóricos da leitura feminista e marxista. “Contemporaneamente, a inclusão do grupo familiar nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental; a assunção de sua condição de parceira e co-responsável dos serviços e a exigência de constituição de uma nova pedagogia institucional em sua abordagem atravessam a construção de uma nova relação entre o louco e a sociedade” (ROSA, 2002, p. 139).

Nesta direção, um dos objetivos do CAPS é incentivar as famílias a participar do cotidiano do serviço. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas importantes para o trabalho dos CAPS. Eles podem participar de diversas maneiras, incentivando o usuário a se envolver no projeto

terapêutico, participando diretamente das atividades do serviço, nas reuniões, assembléias, nas associações de usuários, técnicos e familiares, trazendo dúvidas, sugestões. A participação pode acontecer tanto nas atividades internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. (BRASIL, 2004).

A Portaria /GM nº 251/2002 constitui-se como mais um dispositivo na mudança das relações entre os serviços de saúde mental e a família à medida que prevê, no desenvolvimento dos projetos terapêuticos, o preparo para o retorno à residência/inserção domiciliar e uma abordagem dirigida à família no sentido de garantir orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento.

O atendimento aos familiares é uma das formas para que as famílias participem, conheçam o trabalho dos CAPS e passem a se envolver ativamente no processo terapêutico. Neste sentido, a família ganha visibilidade como protagonista, parceira dos serviços e co-responsável no provimento de cuidados do portador de transtorno mental.

Além disso, o avanço dos conhecimentos e entendimento de que os fenômenos humanos comportam uma multiplicidade de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos e éticos, inter-relacionados entre si, possibilitou mudanças na assistência às pessoas em estado de sofrimento psíquico. Essas puderam ser compreendidas na totalidade de sua condição existencial. E, o sofrimento, antes tomado apenas como algo individual, passou a ser visto como parte de um contexto onde outras pessoas estão envolvidas e também merecem cuidado e atenção.

No CAPS Ponta do Coral, na sua maioria, os profissionais afirmam que existe atendimento familiar, com ressalvas de um deles que referiu não existir atendimento familiar sistemático e outro que observou que existe atendimento familiar individual. As falas relacionadas expressam de que forma a família participa no tratamento do seu membro no CAPS.

A família participa não como uma preconização ou uma exigência do serviço; o que eu tenho visto é que a família participa aqui no CAPS na medida em que há uma necessidade, quando há necessidade do serviço conversar com a família ela é incluída, quando há uma necessidade da família pelo serviço ela procura, mas não é uma rotina todas as pessoas que vem aqui a família ser atendida, as vezes o usuário não quer saber da família, as vezes a família não quer saber do usuário e assim sucessivamente, ou seja, a família participa na medida que temos a clareza da necessidade, mas não é uma prática oficial do serviço (GIRASSOL, 20/3/2006).

Alguns casos sim, em alguns casos eles vem para a reunião mensal da Regional, ou vem para uma consulta com a psiquiatra, ou vem pra trazer o usuário que não consegue ainda vir sozinho, mas é muito restrita a

participação da família, normalmente ela vem mesmo quando a coisa está apertando, quando o usuário surtou, não está conseguindo segurar, quando ele está já nas últimas (LÉLI, 4/4/2006).

Os profissionais que afirmam a existência da participação da família no tratamento explicitam como esta acontece e como se dá o atendimento no serviço, observando o cuidado que existe em atender a família e o usuário juntos.

Sim, tem alguns usuários que vem acompanhado de familiares, as vezes nós chamamos a família, quando existe necessidade, e isso acontece assim no cotidiano, conforme realmente surge a necessidade; geralmente há uma relação muito conflituosa entre o usuário e família, geralmente o familiar mais próximo, referência mais próxima e aí a gente intervém, mais ou menos com dois objetivos, assim, um de pensar essa relação conflituosa, o que pode ser negociado aí pra viverem melhor, pra ter mais qualidade de vida nesse ambiente, que moram juntos, e o outro pra poder então capacitar, colocar elementos pro familiar sobre o tratamento, sobre os transtornos mentais, pra que ele possa ser um cuidador também, o que ele é, pra que ele possa se qualificar; então, uma outra coisa que eu penso é que esse atendimento familiar ele sempre tem que privilegiar a participação do usuário porque fica complicado falar do usuário sem ele estar presente (VIK, 24/3/2006).

Sim, a família participa, claro, na medida de cada caso; em geral, assim, a gente tem a disponibilidade de atender a família, então, muitas vezes, precisa de o paciente vir com a família em várias situações, e esse atendimento é dado; o grupo de família, também está tendo o grupo de família, as vezes é dado (o atendimento) a família daquele paciente; mas sempre a gente tem o cuidado de receber a família e atendê-la junto com o paciente, nunca assim..., não gerar essas fantasias perseguitórias por parte do paciente “tá falando o que de mim”; isso é mais ou menos quase uma regra aqui no CAPS, a gente atende junto com o paciente (P, 17/3/2006).

Os trechos das entrevistas relacionados a seguir descrevem as formas criadas pelo CAPS para oportunizar a participação da família no tratamento. Alguns profissionais referiram-se a um grupo de famílias que chegou a ser iniciado, mas que pela falta de adesão e outras dificuldades não funcionou mais.

Um pouco assim, o acolhimento na segunda-feira é um espaço que a família pode participar junto com o usuário pra relatar como é que foi o final de semana e pra relatar e como estão as atividades no CAPS; o outro espaço são as reuniões das Regionais de equipe, fora o trabalho individual, que, assim, eu acabo chamando muitas vezes, eu quero atender você na presença de um familiar, as vezes você precisa até forçar nesse sentido, de que a família compareça, faço cartinha, mando e aí atendo em consulta individual, mas não em grupo, não é uma abordagem psicoterápica, é mais no sentido de psicoeducação do que de terapia (J, 22/3/2006).

[...] existe um planejamento pra se atender família, um grupo de familiares a serem atendidos por psicóloga [...]; então, as formas criadas para oportunizar a participação da família é justamente quando ela vem, acompanha, que é aberto para os familiares participarem das oficinas junto com o usuário, então, sempre tem essa oportunidade e grupos específicos pra famílias que estão se tornando real (GIRASSOL, 20/3/2006).

É mais ou menos como eu te falei; então, assim, as vezes a gente chama pra um atendimento individual, e também ela participa dos eventos acontecidos aqui no CAPS, promovidos pelo CAPS, de festas, geralmente o dia nacional da Luta Antimanicomial, quando a gente comemora, que faz uma confraternização, as festas sempre tem a presença de familiares também, festa de natal, festa junina (VIK, 24/3/2006).

As reuniões das Regionais por exemplo, uma vez por mês, e tem alguns técnicos que fazem reuniões com as famílias, discutindo, por exemplo, aquele usuário em que a família está implicada diretamente, tem problema com a família, então chama a família pra trabalhar; já teve grupo de família, mas foi fechado porque as pessoas ficaram um tempo, mas as famílias, segundo as técnicas que fizeram, muito pouco se apropriavam, vinham, se utilizavam desse espaço (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre este aspecto, cabe destacar que o deslocamento do eixo da compreensão do problema individual para o familiar/social, que tem como consequência o acolhimento da família como uma unidade que necessita de cuidado tanto quanto o paciente individual, pressupõe um novo olhar sobre as possibilidades das famílias para enfrentarem suas crises e atuarem como suporte terapêutico. Nessa perspectiva, se impõe a necessidade de não só reconhecer o atendimento ao grupo familiar, mas de oferecer uma atenção singular que leve em conta, por um lado, as especificidades de cada família, considerando a história, a estrutura, a dinâmica, bem como a inserção desta no contexto social. Por outro lado, deve-se avaliar a realidade e as possibilidades das famílias para usufruírem das formas de atenção que lhes são propostas (MIOTO, 1998, pp. 25-26).

Nesta direção, dois dos participantes da pesquisa identificaram como uma das dificuldades em realizar o atendimento familiar, a falta de profissionais qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades, conforme pode ser observado nas falas a seguir.

A maior dificuldade que eu vejo é que não existe ninguém capacitado aqui dentro para lidar com a família, é claro que, assim, eu faço um atendimento com o usuário a família vai estar junto eu vou estar explicando, mas quando você vai pensar em trabalhar com a família, trabalhar no sentido psicoterápico, isso não existe, agora informar a família, tentar com que a família faça parte do planejamento, a gente

tenta e incentiva, estimula que eles venham nas reuniões das Regionais, mas o que eu percebo, assim, a equipe ela é muito pequena pra dar conta de tudo, então a maioria das vezes o paciente chega, a família está ali fora, mas todo mundo tem a sua atividade, estão todas na oficina e isso me sobrecarrega muito porque eu tenho que dar conta de tudo, inclusive da família que chegou, do atestado que está faltando, e a família que quer saber porque que o remédio..., mas não existe um espaço pra ela, não existe um espaço que acolhe a família (J, 22/3/2006).

Profissionais qualificados, eu acho que necessita de profissionais que tenha um pouco mais de experiência, de conhecimento pra estar lidando com família, que toda a família tem sempre os seus nós górdios, tem sempre questões de fundo, que as vezes precisa de um certo conhecimento, experiência pra estar lidando com isso; até que ponto é vítima ou réu, então, acredito que profissionais que tenham experiência, que tenham a qualificação teórica, [...] possa estar oportunizando uma melhor relação no atendimento CAPS com família, então, a qualidade do profissional para estar realizando essa participação (GIRASSOL, 20/3/2006).

Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que é um transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, foram relatados pelos profissionais.

Acho que tem uma junção, eu acho que tem uma coisa primeiro que é o entendimento, a família, muitos familiares, querem deixar o usuário aqui, e querem fazer sua vida, até por questão de sobrevivência; o que eles alegam muito é que eles precisam trabalhar, então não pode faltar ao trabalho uma vez semana pra poder estar aqui porque mesmo que tenha atestado pra poder estar aqui, acaba perdendo o trabalho, não tem como justificar; e a outra questão é o próprio entendimento de que é na família o espaço em que o usuário pode ser tratado, porque a idéia de tratamento é uma idéia também que se direciona, que acaba sendo entendida como médica, hospitalar ou clínica, ou então, agora tem o CAPS; e o lugar de tratamento, digamos tratamento como restituição, como reinserção, também é na família (LÉLI, 4/4/2006).

É, chega um momento que as vezes de fato a relação se esgota, assim, são tantos conflitos, são tantas brigas, tantas dificuldades de convivência, de relacionamento, que já vem desde a infância, que chega em momentos quando, geralmente, o usuário tem as primeiras crises, isso gera um isolamento, assim, o usuário fica isolado nesse ambiente, nesse contexto familiar, realmente é muito difícil; as vezes tem uma mãe muito controladora e que aí o usuário não quer muito aproximação do serviço com essa referência porque o serviço passa a ser então um lugar de acolhimento pra ele que ele não tinha até então, porém, a gente busca a família, pra que a família possa cumprir essa função da referência (VIK, 24/3/2006).

Neste sentido, deve-se considerar que no contexto brasileiro, pela própria ausência ou precariedade da intervenção estatal por meio das políticas públicas de corte social, a família torna-se a principal garantidora da reprodução da força de trabalho. As famílias, para suportar, todas as funções que lhes são atribuídas e enfrentar as situações de risco social, buscam dividir com o Estado o encargo dos cuidados com seu ente enfermo. Mesmo assim, configuram-se, para elas, condições deficitárias de atendimento, em particular no caso da atenção em saúde mental (ROSA, 2003, p. 192).

Na seqüência, o entrevistado realiza uma análise das várias situações singulares e sociais que envolvem as dificuldades do serviço, das famílias e dos usuários, em realizar um tratamento integrado na relação usuário/família/CAPS.

Então, também envolve vários aspectos, eu vou apontar alguns; assim, em primeiro lugar, a gente vê que boa parte das famílias vê o CAPS como um lugar pra poder deixar o seu familiar, é um lugar onde ela não vai precisar cuidar dele durante um certo tempo, então, eles até participam de algumas entrevistas iniciais, hoje, por exemplo, eu tenho uma (entrevista inicial) que a pessoa veio sozinha, não veio família; é bastante freqüente que venha o usuário sem acompanhante familiar algum, esse é um aspecto, a família de uma certa maneira toma o CAPS como um lugar pra deixar o seu familiar, nós por outro lado, não criamos estratégias pra fixar essa família, pra trazer essa família mais perto; tem um grupo de família que funciona de maneira meio irregular, mas que a gente vê cada vez mais a necessidade de tornar isso algo mais organizado, poder atender a família, a gente faz o acompanhamento com família, geralmente, quando há um pedido específico ou do usuário ou da própria família, aí a gente procura fazer, mas é mais individualizado, é uma questão mais individualizada, e há também, por parte dos usuários há o desejo de que a família não participe, isso ficou muito evidente na organização da associação, que é uma associação de usuários, familiares e técnicos, e quando a gente estava organizando a associação, toda vez que se falava na participação dos familiares havia uma certa resistência por parte dos próprios usuários que os familiares participassem; a gente entende isso como uma maneira de buscar uma certa autonomia, uma certa distância dessa família, que é, as vezes, bastante complicado de fato tê-los muito próximos, aí precisa de um outro tipo de abordagem, não dá pra incluir, como a gente fazia no início por exemplo, a gente fazia grupos de usuários e familiares, mas a família atrapalhava mais do que ajudava nesses grupos, aí a gente resolveu começar a separar, deixar o espaço específico para o usuário, porque a família vinha e tomava o espaço, e falava, e ficava reclamando da pessoa, do que ele não fazia, de todas as dificuldades etc..., então, a gente achou melhor botar um pouco uma barreira, botar um filtro ali pra que tivesse espaço do usuário e que ele pudesse aproveitar isso da melhor maneira possível (F, 12/4/2006).

No entanto, cabe destacar que, numa visão mais abrangente e totalizante, a família é entendida, no cerne das condições de reprodução social do portador de transtorno

mental, como um sujeito que procura reconstruir relações cotidianas, criar novos sentidos, manter e fortalecer laços de sociabilidade. É percebida, positivamente, em suas possibilidades, potencialidades e recursos, como elemento fundamental à manutenção do poder contratual, à autonomia e à emancipação do portador de transtorno mental (ROSA, 2002, pp. 152-153).

As falas relacionadas a seguir apresentam a compreensão dos entrevistados com relação às possibilidades da participação da família no tratamento, e as dificuldades do CAPS em realizar esse tipo de atendimento. Um deles argumenta que o acompanhamento à família é essencial para minimizar os efeitos da convivência com o portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Acho que o atendimento familiar assim como ele pode ter dificuldades ele também pode te ajudar um monte, então, assim, tem os dois lados, as dificuldades eu acho que é porque também ele vai estar trazendo, vai sobrecarregando com mais, digamos assim, mais queixas, vai estar trazendo.., as vezes nem está relacionado ao usuário os problemas e as situações, embora eu acredito que na maioria das vezes ela ajuda, ela ajuda porque é que está convivendo com o usuário lá fora o tempo inteiro, que tem mais os dados, quem pode inclusive, ah! ele está muito sedado, vamos tirar esse remédio, esse remédio só faz mal, então, a família se ela não é bem orientada ela acaba, assim, tentando fazer o bem ela acaba fazendo o mal pro paciente, ah! não aquela atividade lá, ficar só batendo palminha, musiquinha, aquilo lá não vai ajudar você, é melhor eu.., vou te colocar de novo na escola porque se não você não vai trabalhar nunca, então todas as ansiedades da família, que se elas forem bem trabalhadas o usuário só tem a ganhar, agora, as dificuldades é: um espaço em que essa família seja acolhida, que ela seja realmente trabalhada e uma equipe, a formação, alguém com formação pra fazer isso, isso não tem (J, 22/3/2006).

Eu acho que o acompanhamento com a família ele é extremamente necessário pra elaborar a imagem que essa pessoa acabou deixando pra essa família; a família ela ainda tem uma imagem, ela tem o imaginário social em relação o que ela de repente produziu; então, há uma necessidade de se ter um acompanhamento com os familiares pra estar elaborando as relações, o dia-a-dia que ela tem com o portador de transtorno mental; as vezes se investe muito em acompanhamento com usuário e não se investe muito no acompanhamento com a família, a família está sobrecarregada, tem que se discutir a questão dos encargos familiares, porque as vezes ter um portador de transtorno mental junto com a família é extremamente estressante, e as vezes a família acaba colocando o portador de transtorno mental no hospital pra descansar, porque as vezes é complicado, tem um portador de transtorno mental que canta o dia inteiro, ou que não dorme durante a noite, dorme de dia, ou que quer ver televisão a todo momento, ou que fica conversando com a vizinhança a todo o momento, tem o portador de transtorno mental que com o seu sofrimento incomoda muito a família, então, tem de haver um profissional articulado ou apaziguador ou que provoque alguma

resolução nessa prática; [...] se não dá pro portador de transtorno mental morar com a família então que se haja (encontre) um espaço harmônico, mas a família tem que ser acompanhada sim (GIRASSOL, 20/3/2006).

Entre as dificuldades que os profissionais identificam na (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e estigma da loucura, ainda presentes no imaginário social das pessoas. Relacionamos na seqüência as respostas dos entrevistados, nas quais é expressa a relação com alguns dos aspectos enfrentados no cotidiano da vida dessas pessoas, em suas relações com a família, as instituições e a sociedade.

Em primeiro lugar a dificuldade de a família compreender o que a pessoa tem, pelo que ela passa, muitas vezes, a idéia é de que é um vagabundo, que o cara não quer trabalhar porque é vagabundo, não quer fazer nada só quer ficar em casa fumando, na frente da televisão porque é vagabundo; então, tem essa dificuldade de poder dar ou ter um certo olhar pra essa pessoa, pra esse usuário que não seja esse da discriminação; tem também o medo, o medo de que essa pessoa venha cometer algum crime, que é um pouco o mito da loucura, é o que envolve o mito da loucura, de ser alguém que é imprevisível e violento, o mito da loucura está muito marcado por isso, muitas vezes a família vem contaminada por isso, eu atendo uma mãe, por exemplo, que apesar de ser uma pessoa que contribui muito, mas ela tem medo do filho, ela tem medo, e ela reconhece isso, diz isso claramente, ela tem medo, agora menos, depois de um tempo isso está começando a se flexibilizar, ela está começando a entender um pouco diferente, mas ela tinha muito medo do que esse filho poderia fazer com ela, então, isso é algo que é bastante comum, mas isso é uma dificuldade; o outro aspecto da resistência é a idéia de que ele se tornou uma pessoa inútil, o usuário se tornou uma pessoa inútil, porque ele não pode trabalhar, que nunca vai fazer nada a não ser ficar como um louco, ficar como uma pessoa que não pode assumir responsabilidades, que não contribui, o aspecto financeiro é um problema; o Programa de Volta pra Casa não resolve isso integralmente porque ele é destinado pra pessoas que estão no mínimo há dois anos internadas, então, aqueles que não tem internação prolongada não têm acesso a esse recurso, então, ele passa a se tornar um peso econômico pra família e aí todos os outros problemas que são decorrentes disso (F, 12/4/2006).

Muitas vezes ele acaba sendo o membro da família rejeitado, ele tem o quartinho dele no fundinho. Bom, eu acho que é o próprio estigma de ter um doente mental, tem ah ele é doente mental, deixa ele quietinho lá porque se não ele vai incomodar, vai surtar, vai xingar e, que vergonha, aí os vizinhos; então, é o estigma do usuário, do paciente com transtorno mental, como muitas famílias não entendem elas tem até crenças de que isso é o demônio, isso é um castigo, ou é porque ele era uma pessoa ruim na vida passada, então, vem com mil, vamos dizer assim, explicações, que só atrapalham e impedem que aquilo seja encarado como..., ok isso aí é uma doença, e como é que a gente vai

fazer pra ajudar e tratar isso; então, os conhecimentos, a ignorância nesse sentido, [...] uma parte eu acho que seja pelo próprio desconhecimento do que é um transtorno mental, e do estigma de que o louco é o que rasga dinheiro e, enfim, isso dificulta, e aí quando você não tem um suporte pra dar à essas famílias aqui dentro, você só reforça lá fora esse estigma; então, claro, a pessoa chama a atenção da população, os pacientes que conseguem lá fora trabalhar e não ficar só dentro do CAPS, então, as oficinas que possam vir a dar renda, que elas sejam trabalhadas lá fora, até pra lá fora você convive com eles, percebe que eles não são os loucos que rasgam dinheiro, saem quebrando tudo e matando todo mundo, esse é o medo da população e acaba sendo o medo da família (J, 22/3/2006).

A questão da diferença do “louco” para o “não louco”, que na sociedade capitalista, é determinada pela relação produtivo/não produtivo, ou seja, aquele que detêm poder de consumo e aquele que não tem poder de consumo, também foi expressa pelos profissionais entrevistados como uma das dificuldades para a (re)inserção social do portador de transtorno mental, na família e na sociedade.

Eu acho que os limites do usuário; tem a coisa do preconceito, da loucura, ele, o usuário, ele não é alguém produtivo na família, ele não leva dinheiro pra casa, ele, ao contrário, ele só gasta, ainda tem que buscar remédio, ele dá mais trabalho ainda, ele não é produtivo, de maneira geral, então, isso já agrega um preconceito maior ainda, além de ter o preconceito da loucura, de ser..., enfim, alguém que tem uma “deficiência”, alguém que é muito dependente, ainda tem isso, então, ele não soma nada à família a não ser o incomodo; daí, geralmente, é uma mãe que até acolhe, ou pai, por questões afetivas, mas sempre está lidando com esse limite do usuário; tem famílias que não querem, tem muitas famílias carentes que não querem mais um problema, e quando a pessoa, então, saiu da família, que foi internada, e ficou um longo tempo fora, a família já se estruturou de forma a não contar com aquele usuário, então, já não conta mais com ele, passou três, quatro, cinco meses, aí vem uma pessoa trazendo toda uma dependência e que não é somar, ou as vezes as próprias crises dentro de casa, então, é difícil um cara que faz xixi no chão, um cara que toma um café e deixa sua xícara, um cara que quebra, que uma vez por mês quebra tudo, que bate nas pessoas dentro de casa, ninguém tem essa tolerância, tem que ser mais de uma pessoa pra suportar e, as vezes, uma pessoa, que é a mãe, suporta, mas os outros irmãos não entendem, não conseguem lidar com a questão, que é difícil mesmo, o nível de dependência, os limites, o risco que, enfim, pode correr o usuário (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Rosa (2003, p. 192), a família, apesar de procurar dividir com o Estado as demandas de cuidado do portador de transtorno mental, ainda é o principal agente responsável pelo seu provimento. Para implementá-lo, na divisão sexual do trabalho do grupo doméstico, seu ônus recai sobre a mulher. Todavia, diferente das demais

enfermidades, o transtorno mental se particulariza pelo fato de seu portador não se reconhecer como enfermo e por seu prognóstico figurar como uma incógnita, sem ter uma temporalidade previsível. Desta forma, em geral, o provimento de cuidados e o tratamento tornam-se impositivos para o portador de transtorno mental, que pouco colabora conscientemente no seu processo de recuperação. Por sua vez, o provedor de cuidado, com frequência a mulher, mãe, tem que ter uma disponibilidade de tempo, periódica ou indefinidamente, para exercer o seu papel. E, para satisfazer as necessidades individuais do portador de transtorno mental e as exigências de sua enfermidade, a mulher, mãe tem seu espaço de vida invadido, seus projetos de vida obstruídos pelas necessidades de prestar cuidado.

3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares

No contexto da Reforma Psiquiátrica, as organizações de usuários, técnicos e/ou familiares tem cumprido um importante papel na mudança do modelo assistencial em saúde mental, participando ativamente das discussões sobre os serviços e promovendo atividades que visam maior inserção social, geração de renda e trabalho e a garantia de direitos sociais. Essas associações constituem-se em importante instrumento de promoção da saúde e da cidadania de todos os envolvidos (BRASIL, 2004)

O CAPS Ponta do Coral conta com uma associação de usuários, familiares e técnicos. Apesar de estatutariamente estar prevista a participação e filiação de familiares e técnicos, atualmente, na prática, esta se tornou, efetivamente, uma associação de usuários. Em gestões anteriores, já teve em sua diretoria a participação de técnicos do serviço. Atualmente, dois técnicos acompanham as atividades desta, mas a diretoria da gestão atual (2006) é composta somente por usuários.

Com relação a participação dos usuários no planejamento das atividades do CAPS, os profissionais referem que esta acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, realizada semanalmente, na qual são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Contudo, os entrevistados observam que

existem dificuldades em realizar um processo de planejamento das ações do serviço, seja por particularidades dos usuários, seja por limitações e/ou problemas institucionais.

Assim, existem alguns espaços em que essas ações são tomadas em conjunto, a assembléia dos usuários, aqui é feita de terça-feira, em que é discutido desde a limpeza, o lanche, qual é o próximo passeio, o que vai ser de reunião, o que está sendo feito, quais são os informes em relação a saúde mental, em relação a congressos, encontros, comissões. O que eu percebo é que embora isso seja estimulado há pouca, baixíssima, aderência e quando há, em geral, são daqueles mais saudáveis no sentido de que de repente nem seriam usuários CAPS, mas eu acredito que isso seja também o próprio sintoma, de a dificuldade de lá fora conseguir um emprego, a dificuldade de iniciar uma atividade, iniciar um curso, é também pra se engajar na própria luta deles; o que eu percebo é que a família, em geral, quando pega isso vai adiante, os usuários tem poucos estímulos próprios, vamos dizer, pra continuar, pra se manter; então, na reunião da Comissão Ampliada²¹, aí participa um, mas depois a semana que vem já não vem; então, são poucos os que realmente conseguem dar conta, eu coloco a palavra no sentido de ser capaz para, tem essa dificuldade, eu acho que é própria condição (J, 22/3/2006).

Então, a gente procura estabelecer parcerias com a associação porque tem muitas coisas que pelo fato de a gente estar submetido a um organograma e a hierarquia, e aí os limites do serviço público, a gente não pode fazer; por exemplo, a questão da venda do material das oficinas, isso é algo que o CAPS não pode assumir, por conta mesmo da legislação que impede a gente de fazer esse tipo de atividade; então apesar de ter uma participação grande, o material vendido é o material das oficinas do CAPS, mas quem faz essa tarefa é a associação, é a associação que se encarrega da venda, de levar o material, de receber dinheiro etc.; além disso a associação se tornou efetivamente uma associação de usuários, apesar de o estatuto dela prever a participação e filiação de familiares e técnicos ela é uma associação de usuários na prática, e como articuladora de um projeto político e de reivindicação dos direitos do usuário dos serviços de saúde mental, como um instrumento pra viabilizar inserção no mercado de trabalho por exemplo, parece que são essas as funções da associação; com os usuários o que a gente tem é uma assembléia semanal onde são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; esse aspecto do planejamento da atividade ele de fato não tem a participação dos usuários até porque nem nós, como te falei no início, o nosso planejamento também é meio caótico, assim, a gente não tem um processo organizado de planejamento pra um ano ou mesmo pra seis meses, então, aí os usuários não chegam a participar desse planejamento, eles participam sim da discussão do funcionamento que é na assembléia,

²¹ A Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental (CPASM) é uma instância do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, criada através da Resolução N°1/CMS/2006, cuja finalidade é assessorar o plenário do conselho no que compete a formulação, implantação, implementação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas, ações e projetos em Saúde Mental, assim como prestar assessoria técnica ao gestor municipal. A CPASM é constituída por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde, e usuários e familiares da saúde mental (nota da pesquisadora).

que é toda semana, e aí se trata das coisas do dia-a-dia, é mais cotidiano (F, 12/4/2006).

A presença e participação dos usuários nas discussões e no planejamento das ações pertinentes à saúde mental vêm se ampliando progressivamente nos últimos anos. O processo de inserção inicia-se com o protagonismo dado ao sujeito na definição de seu projeto terapêutico, estende-se na organização de associações e na representatividade destas nos fóruns deliberativos (Conselhos de Saúde, Conferências, Comissões de Saúde Mental), e na participação em eventos científicos e espaços de militância política pertinentes à área da saúde mental. Essa é uma das formas em que a condição de cidadão dos portadores de transtornos mentais é resgatada. Segundo Rodrigues (2005, p. 80), “a participação política e militância de usuários e familiares em instâncias deliberativas ganham efetividade quando politicamente organizados”.

Neste sentido, a construção coletiva do protagonismo requer a saída da condição de usuário-objeto e a criação de formas concretas que produzam um usuário-ator, sujeito político. Isso vem ocorrendo através de inúmeras iniciativas de reinvenção da cidadania e *empowerment*, como atenta Vasconcelos (2000b), por meio de intervenções via associações de usuários ou de cooperativas sociais, ou ainda da participação política de tais atores nos mais importantes fóruns sociais de formulação de políticas da área, tal como nos conselhos de saúde e comissões de saúde mental.

Nas falas que seguem, os participantes da pesquisa destacam as dificuldades encontradas na organização, na articulação e no funcionamento da Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral²², bem como seus objetivos e principais lutas políticas por direitos.

Assim, eu acho que os usuários têm esse espaço da assembléia junto com os técnicos. É um espaço interessante, onde eles podem estar opinando, mais do que o da associação; o da associação é muito mais difícil de levar adiante; eu também já fiquei um tempo ajudando a associação, já fui até, uma época, da própria gestão, da própria diretoria, e a gente tem

²² Importante estudo sobre a Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral foi realizado por Rodrigues em dois trabalhos: RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral: desvelando sua significação**. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004; e RODRIGUES, J. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

que estar puxando muito como técnico, parece que deixar por conta deles a coisa não anda e, as vezes, a gente vê que fica mais um desejo nosso de que as coisas aconteçam do que deles; então, a assembléia pelo menos é um espaço que eu ainda acho que se consegue ter uma presença, agora a presença dos familiares no planejamento é muito pequena, poucos que vem, vem um ou outro, pai de alguém; dos usuários, eu acho que é mais nesse espaço da assembléia que acontece (P, 17/3/2006).

Os usuários, nós temos a assembléia dos usuários; então, na assembléia se discute algumas questões, por exemplo, as vezes o planejamento, funcionamento da casa, por outro lado nem tudo é discutido na assembléia, [...] tem uma atuação limitada, ela não é totalmente participativa. A associação, ela tem histórias de altos e baixos; teve momentos que a associação tinha uma diretoria, mas ninguém participava, não se articulava; tem momentos que a associação se integra mais, quando ela se integra a coisa fica também mais rica; nós temos aproximação, por exemplo, na questão do vale transporte, as reivindicações, sobretudo do vale transporte, de veículos pra passeio, pra participar de um evento, muito mais do que planejamento das ações, digamos assim, mais no sentido de luta por direitos e reivindicações (LÉLI, 4/4/2006).

A associação de usuários possui cinco objetivos: controle social, ajuda mútua, suporte mútuo, defesa dos direitos, geração de renda; em cima desse objetivos a associação realiza seu movimento e sua luta. Em termos do papel dos usuários no planejamento das ações do CAPS seria discutir esses objetivos em relação ao CAPS. Hoje, o que acontece, a associação de usuários acaba discutindo um pouco mais controle social; ela expressa a representatividade dos usuários na luta social, na dignidade humana, e também na geração de renda; outra coisa muito importante que a gente fala é a luta contra o preconceito, então, a associação ela participa mais nesse sentido, controle social, geração de renda e luta contra o preconceito no CAPS; esse é o papel dos usuários, realizar o controle social, participar da geração de renda e a luta contra o preconceito; a luta contra o preconceito significa realizar teatro, levar pras Academias, levar pra comunidade, mostrar que a história do louco no imaginário social das pessoas ela é transformada, pode-se reverter isso, e isso se reverte com música, cultura e arte (GIRASSOL, 20/3/2006).

O papel da associação no planejamento, é porque assim, a associação ela não é o CAPS, ela é uma entidade separada, a assembléia é uma assembléia geral do CAPS, é um mecanismo facilitador da participação dos usuários e técnicos na gestão do serviço; a associação é uma entidade, sem fins lucrativos, que foi criada e pensada pra que os usuários e familiares se organizem pela luta da política, pela luta da implantação da política de saúde mental, pela luta dos direitos, pela luta da implantação da Reforma Psiquiátrica, pela melhoria do serviço, então, assim, a associação ela caminha, mas ela é muito nova e aí se é muito nova tem uma estrutura um pouco frágil, então assim, a tua pergunta é se ela participa das ações do CAPS, ela participa sim, tem um elo de participação aí, tem um canal de participação, mas é frágil, é muito frágil, eu penso que é muito frágil porque aparece pouco (VIK, 24/3/2006).

Rodrigues (2005, pp. 81-82) destaca que as associações de usuários, enquanto dispositivos, possibilitam uma atitude política que oferece visibilidade ao usuário como ser cidadão e não apenas como portador de um transtorno. Segundo o autor, quando o usuário passa a ver, sentir, e ver sentido em suas ações associativas, sua prática organizativa torna-se efetiva e com empenho. Por isso, as associações precisam desenvolver estratégias mais amplas de adesão, visando revigorar seus quadros associativos. Nesta direção, a profissionalização e formação política dos dirigentes é vista como uma possibilidade para estimular a participação.

A compreensão das associações civis como relacionadas e condicionadas pelas associações políticas leva ao entendimento de que há uma sinergia entre a sociedade civil e a democracia política. Segundo Fleury (2004), a dimensão cívica da cidadania diz respeito à condição de inclusão ativa dos cidadãos à comunidade política, compartilhando um sistema de crenças com relação aos poderes públicos, à sociedade e ao conjunto de direitos e deveres que são atribuídos ao status de cidadão. Como dimensão pública dos indivíduos a cidadania pressupõe um modelo de integração e de sociabilidade, que transcende os interesses egoístas do indivíduo no mercado, em direção à uma atitude generosa e solidária.

A fala a seguir relaciona algumas dificuldades cotidianas vivenciadas na e pela associação de usuários do CAPS Ponta do Coral. Apresenta algumas possibilidades de atuação deste tipo de organização da sociedade civil, tanto com relação a parcerias com outras entidades, para o desenvolvimento de ações que visem a profissionalização e inserção no mundo do trabalho, quanto no processo de politização e conscientização de seus usuários com relação aos direitos de cidadania.

Eu acho que ela tem um papel relevante, a dificuldade é de incrementar esse papel relevante; os familiares vêm muito poucos; bom, talvez a gente não esteja também instigando, muitas vezes a gente convida, mas eu acho que, também, as vezes, falta um pouco de investimento da equipe para que os familiares estejam mais no CAPS; agora, a associação poderia fazer muitas coisas, desde convênios para cursos com esses órgãos que a gente tem, SENAI, SESC; poderia tentar uma penetração, mas isso seria uma outra realidade a ser criada; cada vez que entra uma gestão nova, a gente diz quem sabe agora; desde as pequenas coisas, até divulgar a lojinha aqui, é difícil, a gente uma vez fez uns folders pra distribuir aqui na vizinhança, uma vez a gente tentava vender as verduras que produzia, não conseguia muito, conseguia ali, vendia uma ou outra; agora em termos de espaço de fazer política eu acho que ela tem um peso, deveria realmente crescer, por mais que as pessoas tenham dificuldades; eu acho que tem que continuar existindo, tem que continuar batalhando para que eles possam estar assumindo um pouco

mais esse papel político, essa conexão com outras instâncias da sociedade; por exemplo, na questão até de trabalho, de poder a associação também ajudar nessa abertura de espaços de trabalho; teve uma vez que tentaram no Angeloni (supermercado), depois quando souberam que era portadores de transtorno mental não quiseram; eu acho que a gente precisava mostrar um pouco pra sociedade o que é o paciente psiquiátrico; assim, através desses recursos, não dá pra esperar vamos pra mídia, porque, assim, tem umas coisas que são boas, ótimas, mas são meio ideais, a gente tem que tentar começar com essas pequenas coisas que pode fazer: divulgar a lojinha, sei lá, fazer um contrato lá com o CIC pra fazer cursos, por exemplo, de pintura, coisas que são mais próximas da realidade exequível (P, 17/3/2006).

Para Rodrigues (2005) dois aspectos são importantes para compreender as dificuldades de falta de adesão e continuidade na participação dos membros da associação. Um deles refere-se aos elementos motivadores para a participação. Neste caso, é preciso considerar que a prática política de militância possui seus campos de conflito e tensões, que dentro da especificidade da loucura pode não conferir uma participação freqüente. O outro relaciona-se ao significado da associação na vida dos integrantes. Muitos usuários vêem a associação como possibilidade de geração de recursos financeiros, haja vista que o fator trabalho/vínculo empregatício é algo marcante na vida dos portadores de transtornos mentais, em decorrência de a maioria não possuir fonte de renda própria.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacaram o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário.

A primeira delas é a questão do controle social, a associação tem potencialmente essa função, não só dentro do serviço, mas também nas outras instâncias, conselho municipal de saúde, conselho local, aqui em Florianópolis estamos organizando uma Comissão Permanente, que é consultiva do Conselho Municipal de Saúde, é uma comissão de saúde mental, no estado (SC), a gente tem o Colegiado de Políticas Públicas e Atenção Psicossocial, que tem representação dos usuários; então, novamente, na questão da defesa dos direitos, na questão do resgate da cidadania, as vezes nem é resgate porque o cara nunca teve cidadania alguma, mas da possibilidade de instituir um certo nível de cidadania; eu vejo que a possibilidade de o usuário poder participar politicamente é algo que tem um efeito sobre a sua dinâmica, como tem efeito sobre a dinâmica de qualquer um que descobre um dia que tem essa possibilidade de participar politicamente, da vida política, e pro usuário de saúde mental isso muitas vezes é uma descoberta que representa uma guinada muito grande na sua vida, então, vamos dizer assim, tem um efeito terapêutico, um efeito clínico nesse sentido, além, obviamente, dos

efeitos políticos que isso representa, mas, mais individualmente tem esse efeito, da articulação com as outras pessoas, enfim, tem uma terapêutica aí que é função, mesmo que não reconhecida, mas é função das associações (F, 12/4/2006).

O principal papel das associações é não tornar que os serviços se tornem manicômios; a associação é a vida, é organização, é luta, é enriquecimento, é sentido de vida; tenho escutado muito de pessoas que tiveram suas vidas arruinadas que quando passaram a militar em associações de usuários passaram a ter um sentido de vida, passaram a conceber a razão da sua existência em vida; então, a principal importância das associações é não deixar que o serviço se torne manicômio, é tornar o serviço um pouco mais rico, com mais vida, é organizar a questão política, é falar em nome dos próprios usuários; então, a importância das associações de usuários é levar a boa nova aos CAPS, levar a boa nova aos serviços de saúde mental, levar a boa nova do modelo psicossocial, ou seja, discutir o controle da loucura, ou seja, a maior importância das associações é levar a discussão da liberdade, liberdade e dignidade dos portadores de transtornos mentais (GIRASSOL, 20/3/2006).

Além do tratamento e dos serviços, eu acho importante que a associação possa se fortalecer enquanto movimento popular de luta pela Reforma Psiquiátrica, que os usuários possam se conscientizar dessa importância de estarem articulados, lutando pela implantação da política, da política de saúde mental sob esse novo paradigma da Reforma Psiquiátrica; eu acho que essa é a maior importância, acho que essa é a maior tarefa da associação; claro que isso se reflete na micro política institucional no próprio CAPS; a associação vai estar lutando, a nossa associação aqui, por exemplo, já lutou pelo próprio vale transporte dos usuários, de ir até a secretaria (Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis) conversar com o secretário e reivindicar enquanto essa democracia representativa dos próprios usuários, técnicos e familiares; pela própria manutenção desta casa na época que houve a questão da construção da via de acesso ao Hospital Infantil, existia um projeto da outra via passar também por aqui, os usuários batalharam que essa casa se mantivesse aqui, que o CAPS se mantivesse aqui e conseguiram; então, acho que essa luta maior de articulação que exige uma consciência política dos líderes que estão na associação, dos usuários como um todo, é que é a grande tarefa da associação, só que isso se faz num trabalho de formiguinha, num trabalho miúdo (VIK, 24/3/2006).

Cabe destacar que o controle social compreende a participação da população na perspectiva da interferência na gestão da política pública de saúde, colocando as ações e serviços na direção dos interesses da comunidade e estabelecendo uma nova relação entre Estado e sociedade. Conforme Correia (2002, p. 212), controle social “é a atuação da sociedade civil organizada na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam às demandas e aos interesses das classes subalternas”.

A III CNSM ressalta a importância do controle social, através dos mecanismos já existentes (Conselhos, Conferências e Comissões de Saúde Mental, organizações da

sociedade civil e movimentos sociais), como forma de garantir o avanço da Reforma Psiquiátrica. Os indicativos da Referida Conferência destacam que o controle social deve constituir-se com a representação dos três segmentos – usuários, familiares e profissionais de saúde, na perspectiva de induzir uma ação de acompanhamento da construção das políticas municipais, estaduais e nacional de saúde mental. As Comissões de Saúde Mental em ação conjunta com os Conselhos de Saúde devem exercer seu papel de controle e fiscalização das políticas públicas, o que inclui o orçamento e a destinação de verbas para a saúde mental, em todos os níveis (BRASIL, 2002a).

A ação da sociedade civil e dos movimentos sociais é ressaltada visando a garantir que os programas de saúde mental não sofram descontinuidade por ocasião de mudanças de gestão administrativa e/ou política. Para tanto, devem ser criadas estratégias para a viabilização de maior envolvimento dos diferentes atores sociais com as questões da saúde mental. Entre estas, destacamos o papel das associações de usuários, técnicos e familiares e dos núcleos estaduais e/ou municipais do movimento da luta antimanicomial, na gestão dos serviços e na fiscalização das práticas de saúde mental (BRASIL, 2002a, p. 142).

3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia

A desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial são dois dos pressupostos teórico-epistemológicos orientadores das práticas assistenciais indicadas na e pela Reforma Psiquiátrica. Tendo isso em conta, perguntamos aos participantes da pesquisa se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas para a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referiram que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras.

As falas relacionadas na seqüência explicitam a percepção dos entrevistados sobre a questão e indicam algumas possibilidades que, segundo eles, poderiam favorecer o desenvolvimento de ações de reabilitação psicossocial.

Em parte sim, em parte; eu acho que como a gente não tem um sistema de avaliação a gente não consegue medir isso muito bem; a nossa intenção é essa, o que não quer dizer que as nossas ações consigam de fato alcançar; acho que a gente poderia fazer mais, a gente poderia ter uma articulação mais intensa e mais constante com outras instituições, com outros sistemas de atenção, além claro da própria rede de saúde, que não existe; em Florianópolis a gente não tem rede, até está se formando, dá pra dizer que está se formando, mas não funciona como rede ainda, efetivamente não funciona; a gente tem pouco contato com a atenção básica, com o PSF, que seria um parceiro importante, a gente tem pouco contato com os outros CAPS também em termos de troca, enfim, com outras instituições de saúde, então, acho que a gente ainda continua isolado, e aí pensar em reabilitação psicossocial com essas condições é um pouco mais complicado; a gente vê alguns efeitos, que a gente mede pelo usuário em si, que é o fato de que ele consegue evitar internação, que ele consegue muitas vezes voltar a trabalhar, sua participação nas oficinas passa a ser bastante diferente, enfim, mas são coisas que a gente não tem um instrumento pra avaliar (F, 12/4/2006).

Eu penso que sim, apesar de que hoje o programa de saúde mental não conta com uma rede completa de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, então, assim, a gente tem essa dificuldade; se existisse isso de forma mais estruturada, de forma mais incrementada seria mais fácil a reinserção social; por exemplo, a gente não tem leitos psiquiátricos no HU, um hospital geral, que já tem um ambulatório de psiquiatria, poderia ter um serviço de emergência, facilitaria, evitaria internações, um mercado protegido, um projeto de geração de renda também não temos, não temos os CAPS territorializados ainda, então, tem uma série de dificuldades colocadas aí que impedem essa reinserção social num tempo menor do que acontece hoje; acho que hoje o tempo que o usuário fica dentro do CAPS ainda é muito grande por conta de a gente não ter essa rede completa, que possa dar esse suporte extra CAPS. [...] eu não sei se isso acabaria institucionalizando, de certa forma sim, mas assim, isso está na pauta, e se isso está na pauta não está institucionalizando, você entende o que eu quero dizer? isso está sendo falado pro próprio usuário, isso está sendo dito pra ele, olha tu já está aqui muito tempo, o nosso objetivo pra ti, nosso projeto terapêutico pra ti seria de tu poder estar fazendo isso, isso e isso lá fora, então assim, não diria institucionalizado porque talvez institucionalizado seria quando a gente não se desse conta disso, ah não isso está rolando, o usuário está aqui há anos, ninguém está fazendo nada, continua na mesma, aí sim estaria cronificando, mas acho que não nesse sentido, de que isso está na perspectiva, a gente está querendo a inserção, a gente está querendo a rede extra hospitalar, a territorialização dos CAPS, só que a gente não tem uma série de elementos necessários pra fazer a reinserção, a política, o programa de saúde mental, aliás ele está sendo implantado, incrementado muito mais agora recentemente (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que sim, mas muito pouco ainda; elas se encaminham, elas têm como ideal, elas desejam, mas na prática isso é muito pouco feito; eu vejo que nesse CAPS a equipe acaba estando muito fragmentada porque faz milhões de coisas também, desde a parte administrativa, parte clínica, oficina, se divide; eu acho que deveria ter a equipe como um todo trabalhar nisso, mas ter também grupos de atuação, como a gente

chama de atuação local, então, ainda para o que necessita está muito pouco assim, muito aquém [...] A primeira proposta começaria via Regionais, nas Regionais; por exemplo, as pessoas iriam para os seus bairros, ver qual é a possibilidade, as possibilidades que existem pro usuário se inserir, mas não só a Regional, poderia ter um grupo mesmo, sair com o usuário, fazer a coisa mais concreta, ela é feita, mas é feito muito pontualmente (LÉLI, 4/4/2006).

Em geral sim, mas tem alguns pacientes que, por exemplo, circulam no CAPS e que não tem nenhuma indicação de estar no CAPS, então ele acaba sendo um lugar de institucionalização ou de capsização. Tem isso; isso acaba acontecendo, mas em geral não é isso; em geral eu acho que todas as nossas ações, o que a gente discute em equipe é até a tentativa de diminuir essa dependência, esse vínculo de dependência, que em algum momento ela pode ser muito importante, mas em outros ela é excessiva e acaba aprisionando o paciente dentro do CAPS, e aí o CAPS passa a ter o mesmo papel e a mesma função do hospital; e como isso é o que eles conhecem, esse repertório é o que se conhece, é mais fácil de se acostumar com ele do que ter uma nova postura, uma postura de que, não, aqui eu vou tomar conta do meu tratamento, eu vou lá fora procurar o que é meu...; não, (o usuário) acaba esperando, ah o que você falar está bom, e aí essa atitude bem passiva, que ela é muitas vezes muito cômoda pra todos nós em muitos momentos, pra uns mais que outros, essa atitude de comodismo, de esperar, é ótimo, e aí isso acontece, acaba acontecendo, embora as práticas, elas tem a idéia de que não seja voltada pra isso; não é o objetivo, mas a gente observa que as vezes é falho (J, 22/3/2006).

Essa pergunta é muito difícil [...]; eu acho que não mudou muito meu olhar, a gente tende a sustentar a institucionalização, a gente não consegue dar alta, o paciente não consegue ter alta, não consegue sair; assim, digo um paciente que realmente talvez esteja até mais comprometido com esse tempo aqui, tem paciente que está aqui desde o início; eu acho que a gente acaba reforçando um pouco isso por mais que a gente tem o desejo de que fosse o contrário; existe uma certa comodidade pro paciente também, aqui ele tem atenção, ele é aceito, não tem assim uma grande briga por ele ficar aqui; então, isso me preocupa muito, eu fico pensando: é uma contradição porque ao mesmo tempo que o nosso trabalho é voltado pra isso parece que a nossa ação acaba revertendo o contrário; a questão da cidadania, a questão da construção de outros laços, criação de outros espaços, eu acho que é muito precária ainda [...]; por isso que eu acho que a gente precisa também de ter formas de avaliação dos pacientes, muitas vezes fica assim um exemplo ou outro que você tem, aquela pessoa foi, está lá trabalhando, talvez ela não tenha também construído um elo tão pesado, tão forte com a instituição, que ela já veio, ficou um tempo, saiu, voltou a fazer outras coisas da vida; eu acho que a gente ainda está institucionalizando mais do que desinstitucionalizando [...] (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p. 14) observam que um dos caminhos mais importantes para o qual aponta a desinstitucionalização é o da criação de novas relações com a loucura. Estas se processam a partir da mudança das relações institucionais internas e de

desmontagem dos dispositivos da clínica e da psiquiatria, mas certamente não se restringe a isto. Novas subjetividades e um novo lugar para o sujeito louco só são produzidos em relação com o social. O trabalho de desconstrução da institucionalização, necessariamente, extravasa o contexto institucional específico, atingindo seu objetivo mais amplo de questionamento das instituições e subjetividades capitalísticas, a desconstrução como transformação cultural. Para os autores, através do trabalho no campo social a desinstitucionalização atinge seu sentido mais abrangente, como processo social amplo e complexo de participação popular, territorialização dos serviços, envolvimento de diferentes atores sociais, e mudança da relação social com o fenômeno da loucura.

Sobre este aspecto cabe destacar que a desconstrução do paradigma da institucionalização e a construção do paradigma da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial envolve um conjunto de ações teórico-epistemológicas e de práticas assistenciais, amparadas por um sistema jurídico-político capaz de criar e garantir direitos aos portadores de transtorno mental. De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (1987), a reabilitação psicossocial é o conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários (OMS 1987 apud PITTA, 2001).

Nesta direção, a formulação da política de saúde mental, orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais nos campos da educação, cultura, habitação, assistência social, esporte, trabalho, lazer e a articulação de parcerias com universidades, Ministério Público, organizações não governamentais (ONGs), visando a melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania do portador de transtorno mental (BRASIL, 2002a).

Com o objetivo de saber se existem e identificar quais são as práticas de reabilitação psicossocial desenvolvidas no e pelo CAPS Ponta do Coral, perguntamos aos participantes da pesquisa se existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer. Do total de profissionais que responderam ao formulário, a maioria (66,7%), disse não existir, dois referiram não saber responder, e dois destacaram que existem. Dentre os que responderam que não existem tais práticas, um observou não ter conhecimento, oficialmente, das parcerias, um deles destacou que existem poucas e de acordo com o planejamento terapêutico do usuário, e um outro disse que tem em momentos específicos, mas não de forma contínua. Entre os que

responderam que sim, um referiu-se a experiências muito pontuais como por exemplo o uso da quadra de esportes próxima, e outro identificou parcerias com fundações municipais e estaduais de cultura.

Neste aspecto, os indicativos aprovados na e pela III CNSM ressaltam a necessidade de se priorizar, no âmbito da assistência em saúde mental, políticas que fomentem a autonomia dos portadores de transtornos mentais, incentivando o exercício da cidadania plena. Devem-se buscar parcerias entre o poder público e organizações civis para o desenvolvimento de projetos sociais e comunitários, de geração de renda e de acesso a todos os direitos, que possam funcionar como apoio na (re)inserção social destas pessoas.

No estudo realizado, perguntamos aos profissionais se as práticas assistenciais desenvolvidas no e pelo CAPS possibilitam ao usuário a construção de sua autonomia. Os entrevistados destacaram a necessidade de refletir conceitualmente sobre o que seja a autonomia do portador de transtorno mental, como avaliar a autonomia da pessoa. Referiram que, em geral, o serviço consegue cumprir com a função de estimular o usuário à conquista de sua autonomia.

A questão é discutir o que é autonomia, eu sempre parto do princípio de que autonomia não é independência, autonomia na verdade é a possibilidade de a gente poder ampliar as dependências, que é a vida de todo mundo, ou seja, eu pra viver eu dependo de um monte de gente, um que paga meu salário, outro que falo aqui, outro com quem eu me ligo afetivamente, enfim, eu dependo de uma porção de gente e isso me dá autonomia porque eu posso depender de muitas pessoas e de muitas instituições, muitos sistemas; o problema do usuário de serviço de saúde mental, paciente psiquiátrico é que ele, geralmente, depende ou das mesmas pessoas ou das mesmas instituições, ou seja, a capacidade de autonomia dele está muito reduzida porque ele não tem como circular socialmente, ele ou está sempre dentro de casa ou de casa pra uma instituição, seja ela o CAPS ou hospital psiquiátrico; então, pra mim autonomia é isso, é essa possibilidade de você ir ampliando os vínculos pra que você possa depender de muitas pessoas ou de muitas coisas ou de muitas instituições porque afinal de contas, em última instância, essa autonomia tomada como independência ela é imaginária, ela é irreal, não existe; então, eu acho que a gente consegue isso, a gente consegue ampliar a autonomia dessa maneira, primeiro porque o CAPS acaba se tornando um centro de convivência, então, o efeito imediato é que a pessoa deixa de ficar sozinha ou só com a família e passa a conviver com outras pessoas, esse é o efeito imediato, passa a ter outras relações que muitas vezes se desdobram, saem daqui, as pessoas fazem programas juntos fora, pinta relacionamentos amorosos ou só relação sexual, que seja, mas enfim, é uma oportunidade nova que o cara não tinha, encontrar alguém mesmo que seja só pra transar, então, isso já é um ganho também, já implica na ampliação de autonomia; eu vejo que muita gente aprende a lidar com o serviço público, aprende a correr atrás dos seus direitos, aprende a lidar com outros serviços de saúde, passa a

procurar o posto de saúde onde mora ou passa a ir pegar medicação em tal lugar sozinho, por conta própria etc.; eu acho que a gente consegue essa função, a gente consegue autonomia nesse sentido, mas pode ser melhor, na medida que a gente tiver uma rede, que a gente se inserir nessa articulação com outras instituições, com outras instâncias, a gente consegue fazer isso de maneira mais eficaz (F, 12/4/2006).

Em alguns casos sim, eu acredito que alguns casos quando não há uma limitação interna eu acho que sim, que é possível, através até da participação nas oficinas, nos grupos terapêuticos, da adesão ao tratamento médico; muitos conseguem realmente; passaram por um episódio, uma crise, conseguiram ficar bem e voltar para as suas atividades diárias, eu acho que quando eles aderem ao tratamento, quando há essa adesão, quando eu digo ao tratamento é ao projeto terapêutico deles, e não tem uma limitação, vou colocar entre aspas “uma seqüela” da própria doença muito forte, há essa possibilidade; em alguns outros casos eu acho que é difícil, assim, não é tão fácil medir isso, o que, quem melhora, quem não melhora, aquele que consegue voltar, aquele que não consegue, as vezes alguém que tem até uma doença mais incapacitante consegue, outros não, depende, depende do apoio que ele tem, do externo, da família, ou da própria sociedade, da comunidade em que ele é inserido, isso tudo faz diferença, que tem o background do que ele era antes, isso também faz a diferença, ele consegue resgatar; quando já não se tem muito o que resgatar aí fica mais difícil trabalhar; é individualizada essa resposta, mas eu acredito que em alguns casos sim, consegue essa (re)inserção de uma maneira muito boa e gratificante para os dois, pro usuário e para os profissionais (J, 22/3/2006).

[...] dependendo de como o serviço é gerido, dependo de dentro de que política de saúde mental esse CAPS está inserido, ele pode ao invés de estabelecer uma autonomia, mesmo que ele tenha uma boa vontade de estabelecer autonomia, ele acaba tornando a pessoa mais dependente ainda do serviço; então, é uma grande armadilha a construção da autonomia, não só especificamente pro CAPS Ponta do Coral, mas pra todos os CAPS que eu tenho visto; então, a gente volta novamente na questão da avaliação, novamente na discussão dos termos, eu acho que a questão dos conceitos ela tem que estar muito clara, o que significa cada conceito, eu sempre tenho batido muito nisso; o que é autonomia? É a pessoa ter minimamente condição de governar a sua própria vida, gerir sua própria vida, Ok! a gente estimula a pessoa a fazer isso, trabalha nesse sentido com a questão da autonomia, agora, quais são os parâmetros que nós vamos utilizar pra avaliar essa autonomia, isso a gente não tem muito claro ainda, acho que necessita; então, o CAPS possibilita autonomia, mas ao mesmo tempo não tem uma análise crítica [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Não obstante, cabe-nos destacar que a compreensão sobre autonomia que orienta este trabalho refere-se “a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente”. Neste caso, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas

relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001, p. 57).

As falas relacionadas a seguir destacam como o atendimento no CAPS Ponta do Coral possibilita a construção da autonomia do usuário.

Eu acho que em formas gerais sim, na relação que os técnicos tem com o paciente; agora, as vezes, a gente tem uma postura muito assistencialista em muitas situações, um assistencialismo que acaba prendendo o paciente, institucionalizando; são situações, eu acho que as vezes a gente repensa sobre elas, não foi bem por aí, mas, assim, eu vejo as pessoas contando a história do CAPS, teve muitas experiências que foram positivas também, que chegaram a um resultado, assim, sem muito recurso, sem muito com que contar fora da própria equipe, fizeram coisas que são surpreendentes em relação a tantos pacientes; eu acho que essa maneira de você poder dar voz, poder valorizar aquilo que a pessoa faz, consegue fazer em uma Oficina por exemplo, eu acho que essa é uma maneira de você conferir uma posição mais sujeita, mais ativa mesmo (P, 17/3/2006).

Sim, eu acho que sim, só que eu acho que a gente possibilita em alguns casos, não tem uma história linear de possibilitar a todos, eu acho que tem um projeto de possibilitar, mas isso não acontece o tempo todo, porque também isso não é uma via de mão única; hoje, eu já fui mais ingênua em relação a isso, muitas vezes uma pessoa que ficou trinta anos, vinte anos no hospital psiquiátrico, eu não sei mais se ele quer ter mais autonomia, muitas vezes ele quer, não quer; se a gente entender autonomia como trabalhar, seja em qualquer lugar, com uma bolsa trabalho, entender autonomia como decidir ir final de semana para uma praia, autonomia como ir ao supermercado, escolher o que vai comer, até certo ponto sim; por exemplo, se tenta até que muitos usuários saiam no final de semana, a gente na reunião das Regionais combina que eles possam ir, no final de semana, para um passeio, e eles não vão, eles ficam em casa, só vão se o técnico for, no dia de semana; então, acaba ficando um outro processo de não autonomia; então, a luta, a intenção é que isso se dê de outra forma, que também não fique dependendo do CAPS; existe uma construção pra isso e isso acontece, em certa medida acontece, mas ainda não como gostaríamos, porque nós também temos uma idealização de autonomia [...] alguns casos tem sim, vão até um certo ponto da autonomia que é possível pra pessoa, e outros vão mais além, outros regridem (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre as possibilidades de construção da autonomia do portador de transtorno mental, Kinoshita (2001, pp. 56-57) considera que a contratualidade do usuário, primeiramente vai estar determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Estes podem emprestar seu poder contratual para possibilitar relações e

experiências renovadas ao usuário, através de seu prestígio, de sua delegação social, do saber reconhecido pela sociedade. O referido autor destaca que aos profissionais é dada a capacidade de elaborar projetos, isto é, ações práticas que venham a modificar as condições concretas de vida do usuário.

A entrevista citada na seqüência relaciona a construção da autonomia do usuário a ações que envolvem outros serviços e outras políticas sociais como uma possibilidade para que o portador de transtorno mental adquira sua independência econômica. No caso, a profissional refere-se a Política de Assistência Social, através do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Outro recurso financeiro que pode ser acessado pelos egressos de internações psiquiátricas prolongadas é auxílio reabilitação psicossocial instituído com o Programa de Volta Pra Casa, através da Lei Federal N° 10.708/2003.

[...] um outro elemento pra isso (autonomia) são os usuários que estão totalmente desprovidos de qualquer recurso material que conseguem o BPC e isso garante autonomia porque ele tem o mínimo pra poder dar conta das suas necessidades materiais; então, muitas vezes, ele está numa condição muito vulnerável e aí passa a poder comprar aquilo que ele deseja, minimamente, porque é muito pouco o valor, mas consegue algumas coisas e isso garante essa autonomia, porque as vezes ele fica na família, fica sendo aquele peso que só incomoda, que não tem recurso financeiro nenhum porque ele está fora do mercado de trabalho mesmo, então, aí o benefício da previdência social também é um elemento de autonomia e de reconstrução da cidadania, mas entre todos esses outro que eu falei, do próprio material que ele tem contato na oficina terapêutica que ele consegue produzir algo; aquele usuário que é egresso do hospital psiquiátrico de polireincidência nas internações que consegue produzir uma peça bonita e que essa peça é vendida e que depois recebe o dinheiro dessa venda, também confere autonomia, confere cidadania, auto-estima (VIK, 24/3/2006).

Entendemos que a possibilidade de ter recurso financeiro próprio favorece sim a independência econômica do portador de transtorno mental, possibilitando-lhe uma vida com maior autonomia. Contudo, conforme destacou a entrevistada este é só um dos elementos que compõem o rol das necessidades humanas. A reabilitação psicossocial é um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia (KINOSHITA, 2001). Neste sentido, reabilitação e construção da autonomia caminham lado a lado.

3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental

A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos entrevistados como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista jurídico-política dos direitos do portador de transtorno mental.

Eu acho que hoje a gente já tem uma rede assistencial muito mais capacitada e quantitativamente significativa; no Brasil já são 800 CAPS; o fato de que tem recurso financeiro do Ministério da Saúde destinado, especificamente, à saúde mental, isso facilita a criação do serviço no município; em termos das modificações em relação ao que seja a loucura, o que seja o transtorno psíquico, acho que apesar das dificuldades a gente já conseguiu avançar com relação a isso, a gente já conseguiu trazer a discussão pra sociedade de uma outra maneira, levantando a necessidade de olhar isso também de uma outra forma; a medida que as pessoas começam a sair dos hospitais e voltam a morar seja em residências terapêuticas, seja com a sua família, e conseguem se manter bem dessa maneira isso também vai mudando o olhar das pessoas, pelo menos daquelas que o cercam; os projetos que a gente chama de modificação da cultura, a modificação da cultura manicomial, isso eu percebo que há um avanço, gradual, lento, tem um monte de resistência, mas a gente consegue, conseguiu, tem conseguido, e isso implica também no avanço político, no sentido da garantia do direito, no sentido de ter algumas prerrogativas preservadas com relação ao direito do usuário; então, eu vejo que de uma maneira geral a gente tem avanços e avanços muito significativos se a gente compara o que era transtorno mental há vinte, trinta anos, nesse país, tem coisas muito importantes que eu identifico (F, 12/4/2006).

Acho que a própria existência de CAPS, os hospitais dia, de ambulatórios de saúde mental, próximos as casas de onde o paciente mora, o Programa de Volta pra Casa, a possibilidade de uma residência terapêutica, são todas medidas atuais e dispositivos atuais que possibilitam essa nova forma de encarar o que alguém portador de transtorno mental pode ocupar, o que eles podem ocupar; então, eles podem ocupar os espaços, eles podem começar a fazer parte daquela comunidade (J, 22/3/2006).

A fala a seguir expressa como foi, historicamente, se alterando a forma de assistência ao portador de transtorno mental e de atenção em saúde mental na política de saúde do município.

Eu acho que a questão de criar um espaço que é aberto já é uma conquista; eu acho que hoje a gente tem essas possibilidades de CAPS, no posto de saúde mesmo; [...] quando eu comecei a trabalhar na prefeitura, há 20 anos atrás, assim, era uma equipe de um psiquiatra com mais um monte de estagiários de psicologia que saía em uma Kombi velha pra fazer alguma coisa, quando pintava um problema lá com um paciente do Campeche por exemplo [...]; não tinha nada na prefeitura há 20 anos atrás de saúde mental, então, hoje já tem, está se criando uma rede, tem profissionais nos postos, tem psicólogos, se pensa em fazer treinamento de agente de saúde, treinamento de clínico geral, já se fez algumas coisas; eu acho que isso, imagino que alguém que fica confinado dentro de um espaço, ele ter a possibilidade de circular, mesmo o pessoal do HCTP, eu acho que pra eles, assim, tem uns que não querem muito mais que isso na vida, pelo menos eles não estão tendo que trabalhar duramente como trabalhavam quando eram crianças, vem aqui, circulam, comem uma comida, anda aqui, vê televisão, bom! talvez essa seja a vida que eles querem, talvez seja...., já sai lá daquela estrutura fechada (P, 17/3/2006).

Na seqüência, a entrevistada relaciona algumas formas de exercício da cidadania que o usuário pode acessar com o tratamento no CAPS.

É, se for pensar que muitos usuários eles tiveram uma história, antes do surto, de uma vida organizada socialmente, trabalhando, talvez seria a reconstrução da cidadania, mas a medida que vem todo o isolamento propiciado pelo hospital psiquiátrico, todo o estigma do transtorno mental que a própria comunidade coloca, realmente de fato foi perdida; quando ele chega no CAPS e se propõe a se beneficiar desse espaço, assim, de fato se vincula ao projeto terapêutico dele, acho que ele consegue reconstruir elementos pra essa cidadania, num primeiro momento autonomia, acho que o cartão do vale transporte, o exemplo que eu posso dar, o cartão do vale transporte que é oferecido no período que ele tem tratamento aqui é o mesmo cartão do cidadão que vai comprar lá no SETUF, então, aquele usuário que é estigmatizado, eu já presenciei essa cena, um usuário de uma comunidade de periferia que era o louco do bairro, ele entrou dentro do ônibus com o mesmo cartão que qualquer outra pessoa, passou o seu cartão, veio pro CAPS, depois foi embora pra sua casa, então, isso já é um elemento, muito pequeno, mas é um primeiro elemento talvez, que começa aí, de ele se reconhecer enquanto sujeito, enquanto cidadão, e depois aqui também, a possibilidade de participação, no momento que ele consegue produzir algo numa Oficina, no momento quando ele consegue, na clínica, se dar conta dos seus conflitos e ter mais qualidade de vida nas relações [...] (VIK, 24/3/2006).

Uma das entrevistadas fez destaque às formas de atuação que, na sua opinião, representam conquistas significativas e correspondem a práticas que favorecem o exercício da cidadania do portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Avanços, pra começar, acho que o grande avanço foi a Reforma Psiquiátrica, a construção do CAPS, dos CAPS, as portarias que fazem com que os hospitais psiquiátricos sejam substituídos por vários CAPS, esse foi o grande avanço em primeiro lugar, porque é o momento de tirada das pessoas desses castelos, dessas muralhas, não só porque ficaram ali presas, mas de todo aquele sofrimento mesmo, de miséria, enfim, como os últimos dos últimos, então, eu acho que esse é o primeiro ponto, é que os sofredores de transtorno psíquicos e mentais não ficassem segregados, mas poder estarem sendo mostrados e expostos - uma parte da sociedade, são pessoas que podem transitar, que estão aí, não necessariamente precisam ser escondidos como uma vergonha; junto aos CAPS, isso não caminha sozinho, tem a construção as redes de atenção básica também; [...] mas quando fala em cidadania acho que tem três eixos: um é a construção do CAPS, de serviços como o CAPS, outro são as residências terapêuticas e o outro a economia solidária; hoje eu vejo como isso, assim, esses três projetos, que foram feitos com luta, porque a primeira luta foi dos hospitais, então, tem as portarias que substituiu os hospitais por CAPS, progressivamente, tem toda a luta do movimento antimanicomial, tem as leis que protegem, tem esses três eixos; residência terapêutica é um lugar de resgate à cidadania porque a pessoa vai poder estar numa casa, vai poder comprar um bombril pra limpar a panela, vai poder comprar tomate e batata, vai começar a transitar no meio de outras pessoas, com a vizinhança, a se autogerir, poder fazer escolhas para sua casa, onde ele quer botar um quadro, onde ele quer botar o guarda-roupa, sua roupa, com outros colegas, mas enfim...; tem também a economia solidária que é o momento de autogestão, de fazer escolhas também, de decidir sobre sua vida, em uma certa instância, porque em última instância, em última análise ninguém daqui decide sobre a sua vida, nem eu, nem tu, a gente já nasce num sistema que te absorve e a gente é o que em última análise o capitalismo quer que a gente seja mesmo, nossa roupinha, nossa comida, nosso padrão de beleza, tudo a gente faz como é vendido; eu acho que essas iniciativas, porque a economia solidária não é só cooperativa, não é só associação, não é somente, é uma outra forma de produzir trabalho e discutir sobre esse lucro, que antes estava na mão de algumas pessoas, então, é dividir, eu também decido sobre o que é o meu trabalho, eu não me alieno dele, mas eu sei onde é que vai o meu trabalho (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Fleury (2004, p. 4), os grupos excluídos estão, em geral, impossibilitados de participar das relações econômicas predominantes no mercado, como produtores e/ou consumidores, e das relações políticas vigentes, os direitos de cidadania. Segundo a autora, esta situação é agravada pela transformação das políticas públicas de proteção social, afastando-se de um modelo de seguridade social, que buscava assegurar coletivamente o mínimo vital para todos os cidadãos, em direção à individualização da pobreza e da exclusão.

Conforme aponta Pitta (2001), o homem moderno, acriticamente, persegue formas de inclusão social pelo trabalho, desconsiderando o fato do trabalho não ser nem

tão disponível nem tão flexível para suportar as diferentes demandas individuais e coletivas que a sociedade moderna impõe. Não obstante, a tradição asilar e assistencialista das instituições psiquiátricas, historicamente, caracterizou-se pela função de excluir os marginalizados, produtos das disfunções do modo de produção capitalista e da divisão social do trabalho. Em geral, a população internada, e muitos dos egressos de hospitais psiquiátricos atendidos nos CAPS, está cronificada, com poucas chances de retorno ao mundo do trabalho capitalista.

A fala relacionada a seguir traz a compressão e reflexão, do profissional entrevistado, com relação ao conceito de cidadania e as implicações práticas deste quando se tem como parâmetro uma concepção e um modelo de cidadania pautado na lógica da racionalidade.

Eu tenho visto que está se percebendo uma maior clareza da necessidade dessa cidadania do portador de transtorno mental, porém ainda falta um pouco mais de discussão em nome de que direitos o portador de transtorno mental tem pra fazer cidadania, porque é assim, a cidadania dentro desse modelo francês - igualdade, fraternidade, liberdade, ela exige muito a questão da razão, pra você exercer cidadania você tem que falar em nome da razão, e muitas vezes o usuário, quando está em crise acaba não falando numa razão, acaba falando uma desrazão, e aí como fazer? como dar conta disso? ainda não temos resposta, em nome de que cidadania é reinventada uma cidadania para os loucos, mas tudo bem, isso é pra gente pensar; então, o avanço que tem em relação a construção da cidadania é quanto mais ter associação de usuários em que se discuta cidadania, mais vai ter cidadania, que eu não acredito que os CAPS tenham trabalhado muito nessa lógica, porque acaba não discutindo a questão da cidadania, que cidadania é essa, o que se entende por cidadania, o que é o ser cidadão [...](GIRASSOL, 20/3/2006).

A cidadania integra as exigências de justiça e exercício democrático do poder; o sentimento de pertencer a uma comunidade e de estar integrado a uma dada coletividade social, em determinado espaço territorial (FLEURY, 2004). A idéia de direitos do cidadão – civis, políticos e sociais – remete a construção dos Estados nações, em que o princípio das nacionalidades precede o ideal filosófico cidadania universal. A cidadania, definida pelos princípios da democracia, constitui-se na criação de espaços sociais de luta (movimentos sociais) e na criação de instituições permanentes para a expressão política; significa, necessariamente, conquista e consolidação social e política (VIEIRA, 2002, p. 40). Ainda, a cidadania passiva, outorgada pelo Estado, se diferencia da cidadania ativa, na qual o cidadão, portador de direitos e deveres, é essencialmente criador de direitos para abrir novos espaços de participação política.

Diversos são os obstáculos para o exercício da cidadania do portador de transtorno mental entre estes a vinculação dos direitos a racionalidade instrumental-cognitiva da ciência; a vinculação da sua prática a inclusão controlada no mundo do trabalho, modelo este que, no caso brasileiro, é denominado por Santos (1979) de cidadania regulada. Vasconcelos (2000b, p. 191) indica que, para aqueles que assumiram a proposta da desinstitucionalização e reinvenção da cidadania no campo da saúde mental, há de considerar que estamos diante de um terreno de relações de forças complexo e paradoxal, em que a manutenção do caráter democrático nas relações exige abandonar esquemas conceituais lineares, onipotentes, que queiram garantir de antemão a sua eficácia.

Fleury (2004, p. 12), observa que “a mediação entre os indivíduos e o Estado, através da igualização realizada na cidadania só é efetiva, na medida em que a sociedade civil seja capaz de realizar as funções de agregação dos interesses, reconhecimento dos sujeitos e sua inserção na esfera pública. Só assim a cidadania deixa de ser um invólucro legal e passa a ser um exercício na vida social”. Portanto, uma visão mais ativa de cidadania requer um sentido de sociedade civil como uma esfera pública onde os cidadãos se encontram em reconhecimento mútuo, e isto faz possível a sociedade plural.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referiram que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental substitutivos ao modelo tradicional/asilar. As falas a seguir identificam estas dificuldades fazendo uma análise da questão na realidade da sociedade capitalista atual.

Tem o mito de louco, do louco perigoso, do louco imprevisível, é algo que pesa muito [...], que é a lógica do mercado; pra nós, basicamente, estar inserido na sociedade é estar trabalhando, a gente se pauta muito por isso, pra poder se considerar inserido, vinculado no mundo você tem que estar no mercado de trabalho e, muitas vezes, essa lógica enlouqueceu muita gente, e as pessoas não conseguem, principalmente os usuários dos serviços de saúde mental, os psicóticos em particular, tem muita dificuldade em entrar nessa lógica, e se submeter a ela, coisa que pra qualquer um tem um custo muito alto em termos de saúde, eu digo quem está inserido mesmo no mercado de trabalho, em termos de saúde, de relação com a sua família, com as pessoas que gosta, com os amigos etc., isso tem...; viver para o trabalho é algo que pra nós é insalubre de uma certa maneira, a gente não faz outra coisa a não ser trabalhar; então, pra essas pessoas que estão fora do mercado de trabalho

é muito complicado poder voltar, o que sobra é uma rede de assistência que na nossa realidade é sempre capenga, sempre parcial, tem dificuldade em aceitar o louco por conta desses mitos, e, também, da própria resistência do usuário, da pessoa com esse tipo de dificuldade de entrar nessa lógica, no que ele de uma certa maneira faz muito bem, algo que cria outros problemas pra ele (F, 12/4/2006).

São tantas, é assim, primeiro lugar, eu vejo assim, com todo o preconceito que tem da loucura, tem uma coisa no nosso sistema capitalista que é a questão da produção, produção de capital, produção de bens, e inserção no comércio, no mercado de trabalho, então, o portador de transtorno, sofrimento mental, ele a princípio, quando ele está nesse estado, ele não é produtivo, produtivo pra esse sistema capitalista, ele não trabalha, ele não consome muito, porque ele não vai ter dinheiro, portanto, isso de maneira geral, a gente sabe que as pessoas de posse, que a loucura, o sofrimento psíquico ele atravessa qualquer classe, mas 90% tem isso; então, a princípio existe a exclusão, já existe esse preconceito também, mas muito mais que isso, que a sociedade de fato ela é dividida entre os que produzem, os que fazem a engrenagem funcionar e os que estão a margem, então, o usuário é mais um que está a margem, assim como o menino de rua, os rapazes do morro, então, ele é mais um, também, que causa incomodo, e ele no Estado, das políticas públicas do Estado ele seria como só o gasto, não seria mais uma produção; além de ser uma sociedade racionalista que tem toda a sua formação no discurso, no discurso reto, no discurso racional, na fala, a fala racional, na linguagem articulada como o único meio privilegiado de comunicação, e o usuário, muitas vezes, não tem esse instrumento, por conta da sua fragmentação, da sua história, da sua medicação, da própria coisa do delírio, muitas vezes ele não tem o tempo todo essa fala coerente, esse discurso, dessa forma já faz com que ele não seja inserido, uma vez que ele é a minoria digamos assim (LÉLI, 4/4/2006).

Hoje, a gente fala muito em rede de atenção psicossocial; eu percebo que é uma rede que ela tem que estar instituída, que são locais de proteção para o portador de transtorno mental, são as certezas, são os caminhos certos que os usuários teriam, a rede; o problema a começar é que nós não temos essa rede instituída, entendo por rede: emergência psiquiátrica ou emergência em atenção psicossocial em hospital geral, CAPS III, CAPS II, CAPS criança e adolescente, CAPS álcool e droga, associação de usuários, escritório jurídico para amparar o direito do portador de transtorno mental, atenção primária em saúde mental, equipes volantes, centros de convivência, enfim, tudo o que preconiza a rede em atenção psicossocial, esse seria o primeiro passo; então, essa dificuldade, não temos a rede em atenção psicossocial, esse é um passo; segundo, o próprio imaginário social das pessoas em relação a loucura e ao louco, isso é uma outra dificuldade, que daí entra em cena o estigma e o preconceito, onde o portador de transtorno mental passa a não ter crédito na comunidade, e isso ainda é uma dificuldade; e, claro, depois tem toda a questão do trabalho, as cooperativas de trabalho, que ainda não se discute muito em Santa Catarina, não conheço nenhuma cooperativa social de trabalho para portadores de transtorno mental, que é uma forma de gerar trabalho diferente dessa preconizada pelo modo de produção capitalista, que você tem que produzir pra receber, isso é uma outra dificuldade, a dificuldade em cima da questão do trabalho, do emprego, que muitos acabam tendo seu reconhecimento, sua valorização em cima

do dinheiro que tem no bolso, o poder contratual que a pessoa possa ter, as vezes, na sociedade, é o quanto ela tem no bolso, e a maioria dos usuários não possui isso, e é aonde muitos acabam querendo se aposentar para poder ter o seu dinheiro, que não tem outra alternativa ou clareza do que fazer pra ter dinheiro, então, esse é um problema enorme na questão da reinserção social (GIRASSOL, 20/3/2006).

Os participantes da pesquisa apontaram que uma das possibilidades para a (re)inserção familiar e social pode ser a separação das oficinas produtivas da área física do CAPS. Esta proposta e os projetos de geração de renda via economia solidária foram apontadas por alguns dos entrevistados como uma das alternativas para a realização de uma maior integração do serviço com a comunidade, bem como a melhor adequação do próprio espaço físico do CAPS.

[...] a questão do projeto de geração de renda, que eu acho que de fato está faltando, inclusive a gente já está também se mobilizando pra tentar criar um projeto nesse sentido, porque os usuários aqui, nas oficinas terapêuticas produtivas, eles conseguem ter acesso ao material específico de cada oficina produtiva, também, a técnica de produzir o artesanato, mas não tem mercado; eles conseguem vender as peças, conseguem resgatar uma grana, mas não é suficiente pra poder manter ele, manter as condições de sobrevivência; então, precisa implantar essa geração de renda, de fato acho que vai dar um gás pra essa (re)inserção dos usuários que estão sendo tratados do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Já para uma das profissionais entrevistada as dificuldades na (re)inserção social estão mais relacionadas a questões de singularidades dos portadores de transtorno mental.

Eu acredito que volta de novo pro estigma, vai voltar pra própria incapacidade, pra própria dificuldade do usuário, do paciente; muitas vezes eles poderiam fazer algo muito mais do que fazem, e aí tem o medo, o medo deles, o medo de eles terem de enfrentar a própria doença, de eles terem que enfrentar os outros, e a hora que eles conseguem fazer esse movimento aí vem o medo do outro, aí é mais fácil ficar parado, aí volta pro comodismo, mas de alguma forma se a gente consegue..., aí não precisa de grandes movimentos, eu imagino que pequenos movimentos dentro da comunidade, que seja, alguém ir conversar com o diretor da escola, ir conversar, aí a diretora consegue conversar na sala, vamos supor que tem alguns pacientes, mais jovens, que pelo surto psicótico deixaram de ir e aí não retomam, não retomam porque tem medo, porque as vezes vão rir dele porque ele é louco; então, pequenas intervenções, elas tornam possível mudar um pouco essa inserção, essa reinserção, mas a gente esbarra de novo na falta de técnicos pra fazer isso e também acho que até por uma falta de equipe, aí volta pra equipe, entende, não tem uma equipe que pense isso em conjunto, que age em conjunto e aí como fica muito personalizado, individualizado os atendimentos, cada um vai pra..., eu vou pro meu consultório, outro vai pra oficina e aí não tem a equipe (J, 22/3/2006).

Outra entrevistada referiu-se ao estigma e preconceito existente por falta de conhecimento e divulgação, exposição, seja nas universidades ou por parte dos próprios serviços de atenção, sobre saúde mental.

Bom, eu acho que entre elas a questão do estigma, do preconceito, e não é um preconceito.... a gente sabe que tem riscos em algumas situações, a gente também as vezes tem medo de algum paciente, te dizem ah fulano matou três pessoas..., não é um preconceito que nasce do nada, muitas vezes é um preconceito que de alguma forma é compreensível, mas você não pode ah então ta...; eu acho que não existe muito, você não vê muito nos meios de comunicação uma campanha em torno da desestigmatização, você vê de outras coisas, com relação a aleitamento materno, outras questões da política de saúde; com relação a saúde mental eu acho que se fala pouco na sociedade, se discute pouco; por exemplo, na universidade, até não sei se lá na saúde pública o pessoal da saúde mental tem feito mais coisa, até os alunos que vem fazer residência aqui, a primeira reação deles é: a gente está aqui e tem medo, nem eles foram preparados pra isso, então, você começa a avaliar que tem uma falta..., não se fala muito no assunto, acho que assim, não se fala no assunto na sociedade; assim como se faz grupos de mulheres lá nos postos de saúde pra tratar de questões de sexualidade, muitas vezes faz sala de espera pra tarar de questões..., não se faz uma sala de espera pra falar de saúde mental; então, eu acho que talvez assim, a gente pensar, bom! nós estamos nisso (na saúde mental) e nós nunca fomos fazer uma sala de espera no posto de saúde da Agrônômica pra falar de saúde mental, pra falar do CAPS, quem sabe a gente também precisasse fazer algumas coisas assim, começar uma divulgação maior; acho que pouca gente de fora do serviço, fora das pessoas que trabalham na saúde mental sabem da política do Ministério pra saúde mental, que existe uma política de criação residências terapêuticas; eu li relatos de pessoas no Rio (RJ) que tiveram muita dificuldade de alugar pra se fazer uma residência terapêutica, num prédio então, quando ficaram sabendo que eram pessoas que vinham de hospital psiquiátrico ninguém quis; então é muito difícil, e ao mesmo tempo tem experiências positivas, tem pessoas que estão na residência e diz que a vizinhança viu que eles não são bichos, que eles podem interagir, podem estabelecer laços de vizinhança, então, tem algumas experiências boas e algumas experiências que são difíceis (P, 17/3/2006).

No contexto do estudo foi perguntado aos profissionais entrevistados se a atual organização dos serviços de saúde mental favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais. Conforme pode ser observado nas falas relacionadas, as opiniões foram divergentes. Dois deles observaram sobre a necessidade da existência de diversas instituições e serviços articulados e integrados à proposta da rede de saúde mental para que seja possível favorecer a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental

Embora a estrutura se localize no município, pelo menos eu estou pensando em termos de utilização da rede; então, a gente tem no Brasil inteiro muita diversidade, tem cidades onde a rede está montada, foi instituída e funciona legal, não é o caso de Florianópolis, a gente tem dá pra dizer poucos serviços, são só três CAPS que deveriam estar regionalizados ou territorializados, mas não estão, e tem algumas equipes de saúde mental nas Regionais, nas sedes das regionais, então, eu vejo assim, tem uma rede a ser constituída, ela precisa criar os mecanismos pra que a pessoa possa usar isso como rede, isso em termos de atenção à saúde, quando eu falo em rede eu também não estou pensando só em serviço de saúde, estou pensando que há uma possibilidade de a gente ter uma rede que inclua outros serviços, que não sejam só os de saúde, só os especializados, que eu acho que é a nossa necessidade, você incluir outras instituições, outros programas, enfim, que tenham vinculação com a cultura, com o trabalho, com a arte, produção do conhecimento, com as universidades por exemplo, as universidades são um campo excelente, seriam um campo excelente pra gente poder trocar um monte de coisas, pelos programas de extensão que eles tem, pelos projetos comunitários etc., a gente podia estar fazendo parceria com as universidades, mas não conseguimos, não sai, não rola; [...] a saúde mental eu acho que é o melhor exemplo desse distanciamento porque é difícil encontrar uma universidade onde a Reforma Psiquiátrica esteja incluída, ou mesmo os temas da reabilitação psicossocial estejam incluídos nos currículos dos cursos de saúde, é raríssimo (F, 12/4/2006).

Então, essa rede montada de forma territorializada, principalmente, eu acho que esse aspecto da territorialização é fundamental, é chave pra conseguir a reinserção social, não só por facilitar o acesso do usuário, mas pelo fato de o serviço estar ali no seu território, isso é fundamental, além disso, o projeto de geração de renda, as vagas, os leitos psiquiátricos no hospital geral, é todo esse contexto que precisa ser implantado para de fato poder facilitar o trabalho de cada instituição dessas, seja do CAPS, seja do projeto de geração de renda, ou do próprio hospital geral, como um todo, assim, essa engrenagem funcionando bem aí sim vai ser mais rápida a reinserção social do usuário portador de transtorno mental (VIK, 24/3/2006).

A partir das colocações dos participantes da pesquisa, destaca-se a importância da rede de serviços na construção da cidadania das pessoas atendidas pelas políticas de ativação, as quais, segundo Fleury (2004), tem como objetivo a inclusão social de conjuntos populacionais definidos a partir da territorialidade. Tal proposta pretende tratar o território como um componente, tanto material como simbólico, da esfera pública. Neste sentido, a construção da cidadania passa, necessariamente, pela reconstrução das cidades e potencialização da rede de serviços na valorização das características objetivas e subjetivas da demanda local.

Na seqüência, um dos entrevistados enfatiza que a forma como são pensados e estão organizados os serviços de atenção não favorece a construção da cidadania dos usuários.

Não, não favorece, porque, primeiro, os serviços de saúde mental estão sendo construídos pra quê? Não tem muito claro ainda pra quê que se tem atenção básica em saúde mental hoje, pra quê se constrói centro de convivência, pra quê tem o CAPS? acho que o objetivo do serviço parece não estar muito claro, talvez eu esteja enganado; veja bem, a atenção básica é mais no sentido pra estar discutindo os seus conflitos, minimizando os “sintomas psiquiátricos”, e aí acaba não tendo um trabalho de reflexão sobre o contexto que a pessoa está inserida; [...] a questão da cidadania tem a haver..., quanto mais articulada for a pessoa, quanto mais ela se envolver com as lutas sociais, mais cidadania ela vai exercer, quanto mais clareza, mas crítica, mais conhecimento ela vai ter, ela vai desenvolver cidadania; então, a forma hoje como os serviços estão organizados, ela acaba não favorecendo essa questão da construção da cidadania porque ainda vem de uma lógica de modelo centrado no transtorno mental (GIRASSOL, 20/3/2006).

Uma outra profissional considerou ser difícil avaliar a questão pelo fato de a rede de serviços não estar implantada por completo, e por não ter avaliações sistemáticas dos resultados.

Olha, eu não sei se a gente já tem condições de fazer uma avaliação, a rede está meio que andando [...] assim, qualquer coisa que eu vá dizer é, assim, referente uma experiência ou outra, não sei se a gente tem condições de fazer uma avaliação enquanto rede; por exemplo, eu vi muitas experiência positivas em cidades como Campinas (SP) que eles já tem há mais tempo, por exemplo, residências terapêuticas, tem desde o começo dos anos 1990, tem muitas experiências boas de pessoas que conseguem transitar na vida, tem gente que está trabalhando; [...] eu acho que a gente precisa além de ter a política, de ter a carta de intenções, a gente precisa ter avaliações também, eu acho que uma questão dessa eu sinto que precisa ter uma forma mais sistemática de avaliar, qualquer coisa é uma coisa mais ou menos um olhar particular pra aqui pra ali, acho que no todo a gente não tem (avaliação sistemática), pelo menos eu não conheço ainda, pode ser que estão fazendo e eu não saiba ainda (P, 17/3/2006).

Já para duas das entrevistadas, a atual organização da rede de serviços na política de saúde mental favorece sim a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental.

Sim, eu acredito que sim, na teoria ela é muito importante e acho que trabalhando em todas as instâncias, se a gente for pensar naqueles mapinhas, os ambulatórios, os CAPS, hospitais dia, a escola, e os centros comunitários, os postos de saúde, todos capacitados; eu acredito que sim, a rede ela é bem estruturada e ela possibilita aos portadores de doença

mental, enfim, terem uma reinserção melhor e maior na sociedade, e também de entendimento do que ele tem, do que ele pode fazer, quais são os recursos que ele tem também pra lidar, dentro dessa rede (J, 22/3/2006).

Acho que sim, favorece, se tu me perguntasse se ela resolve, eu diria que não claro, ou até que ponto ela resolve, mas favorece sim, eu acho que tem um favorecimento relacionado a forma que as pessoas eram tratadas, acho que favorece muito mais (LÉLI, 4/4/2006).

É possível perceber nas falas relacionadas acima a preocupação com a efetiva implantação da rede de serviços em saúde. As redes, conforme proposto na política de saúde mental, possuem muitos centros, muitos nós que as compõem e as tornam complexas e resistentes. Estão embasadas na noção de território, como um sistema de relações e estruturas, muito mais que um simples espaço geográfico. O fundamental neste processo é que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento.

Neste sentido, torna-se de fundamental importância refletir sobre o exercício da cidadania no contexto das políticas públicas, cada vez mais segmentadas e focalizadas. Para Fleury (2004, p. 2), “as políticas atuais de inserção buscam reafirmar a natureza contratual do elo social em novas bases, com a revalorização do local e comunitário e a transformação do Estado em um animador e mobilizador de recursos societários. Reduzido a mantenedor da estabilidade de uma ordem econômica que produz a fragmentação e a exclusão social, o Estado, busca atuar de maneira compensatória e focalizada, atendendo aos grupos mais vulneráveis e/ou potencialmente ameaçadores da ordem social, por meio da convocatória da solidariedade lançada aos diferentes setores inseridos na ordem econômica. No entanto, a incapacidade de alterar as condições estruturais de produção da exclusão mostra os limites das políticas de ativação, cuja promessa de inserção social carece de expectativas de emancipação dos sujeitos e coletividades beneficiários”.

3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica

Os CAPS compõem o rol de serviços do modelo psicossocial de atenção em saúde mental proposto na e pela Reforma Psiquiátrica. Perguntamos aos entrevistados qual seria o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica e obtivemos como

resposta que este teria a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos ideais da própria Reforma.

Eu acho que a função imediata ela é servir como um ponto de articulação, porque a gente consegue criar um ambiente que é relativamente protegido e que dá ao usuário as condições de ele poder participar de outros circuitos; fundamentalmente é essa a função, de articulação; eu lembro de uma discussão que a gente fazia, em Brasília, uma vez, sobre essa importância excessiva que os CAPS acabaram adquirindo, como quase que o central do sistema hoje é o CAPS, mas ao mesmo tempo a necessidade de se ter um espaço como esse, principalmente, pra quem está vindo de uma internação prolongada ou pra quem sempre passou a vida dentro de um hospital psiquiátrico, se tem que ter um pólo, uma instância articuladora pra poder fazer a passagem, porque o cara não vai sair do hospital e retomar sua vida imediatamente, não vai, ele tem uma série de dificuldades que ele não consegue vencer, e o CAPS, nesse sentido, a função seria essa, de poder..., tem uma expressão que eu acho interessante que é: emprestar poder de contratualidade, ou seja, poder dá um certo aval de que esse sujeito pode participar novamente ou pode participar pela primeira vez dos circuitos sociais, pode fazer laços com outras pessoas, com outras entidade, outras instituições, esse é o aval que eu acho que um CAPS pode fornecer e essa é sua principal função (F, 12/4/2006).

É pensar o CAPS como um espaço em que o paciente vai estar usando e tendo apoio para os momentos de crise, e fora os momentos de crise, também, que não seja hospital, e aí, dentro da Reforma eu acho que o CAPS ele é fundamental, assim como os hospitais dia, é que aqui em Florianópolis a gente não tem hospital dia, mas eu acho que os moldes do CAPS (eles estão) é muito próximos, as vezes até é difícil dizer o que é um o que é outro; esse momento de transição do hospital para a sociedade, nesse momento o CAPS é algo muito importante, ele dá, é capaz de conter, dar uma continência pra o usuário, isso a gente percebe mesmo quando não tem nada, o paciente já está muito bem, eles voltam quando estão em crise, sem ter nada marcado, e só de estar aqui pra muitos já é confortante, então, a gente percebe que essa continência, esse acolhimento, e saber que ninguém vai vir aqui e amarrar e conter, porque acho que esse é o medo, de todo mundo, acho que isso já possibilita a procura, eu estou mal vou lá, vou buscar a ajuda do CAPS (J, 22/3/2006).

Eu diria que o CAPS seria o pensador da estruturação da rede de saúde mental, que via de regra o CAPS acaba sendo pra municípios de médio porte o primeiro serviço a ser instituído no território, no município, aí o CAPS acaba assumindo essa responsabilidade, a portaria fala bem disso, a 336, do que compete ao CAPS, e tem vários itens lá, entre eles organizar a rede de saúde mental no município, porém, acaba sobrecarregando os profissionais de saúde mental que atuam nesse CAPS; então, a importância do CAPS na operacionalização da Reforma, ele é importante enquanto um dispositivo crítico, ou seja, se o CAPS não ter a clareza do que seja a Reforma Psiquiátrica ele não vai

operacionalizar, ele só vai operacionalizar a Reforma Psiquiátrica quando ele entender que Reforma Psiquiátrica é o processo social complexo que se configura pelas quatro dimensões, enquanto ele não repensar, refletir a sua prática, o que ele está fazendo, o que não está fazendo, ter mais autocrítica, ele não vai conseguir operacionalizar a Reforma Psiquiátrica; ele tem importância porque tem vários atores, vários profissionais, é um time de pessoas, muito rico, envolvidas que estão no CAPS; agora, enquanto não ter claro o que é Reforma Psiquiátrica, esse processo, não vai conseguir fazer nada; ele é importante, mas se não tiver clareza de Reforma... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Na medida que o CAPS é a primeira, digamos, unidade, primeiro serviço que se propõem a substituir o hospital psiquiátrico já existe nisso por si só a sua importância; é substituição e não que a pessoa não possa ser internada, mas a idéia é que seja nos hospitais gerais, em algum leito nos hospitais gerais, então, bom, o CAPS é o primeiro ponto, é o primeiro lugar onde a pessoa vai passar o dia, onde vai ser tratado de outra forma o seu sofrimento, então, a importância dele está nisso, na importância política e clínica também (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que o CAPS, fundamentalmente, ele faz a clínica; se tem essa rede montada o CAPS faz a clínica, ele faz o atendimento psicossocial do usuário portador de transtorno mental, ele atende as questões mais subjetivas, e de fato toda esse mix de previdência social, a medicação, o atendimento psicológico, atendimento de enfermagem, mas se existe essa rede montada e aí vamos ter um projeto de geração de renda, aí ele vai fazer geração de renda, todas as Oficinas vão acontecer ali e não dentro do CAPS, o CAPS deveria estar na comunidade ele deveria estar territorializado (VIK, 24/3/2006).

Acho que todo mundo gostaria que ele pudesse ser um eixo desencadeador de todos esses ideais da Reforma Psiquiátrica, que a partir disso se experimentasse uma nova relação, que o paciente pudesse estar se soltando mais pra vida, pra construir seus projetos, seus ideais; acho que é muito importante poder retirar pessoas que estão enclausuradas há anos, criar esses mecanismos como residências, etc. pra pessoas que não vão resgatar os vínculos familiares, tem que procurar outras alternativas; acho que o CAPS ainda é uma instituição que é fundamental nessa política, ainda acho que ela pode fazer um papel importante; no dia-a-dia é um pouco mais difícil porque as vezes a gente não tem tantos mecanismos de avaliações, muitas coisas que também a gente vai capengando; quando você vê algumas experiências de pessoas que estão conseguindo dar conta da sua vida, saem, aí você vê que, bom! tem algumas coisas boas que estão acontecendo, o CAPS também está contribuindo; então, no meio dos prós e dos contras eu acho que os prós ainda são maiores, eu acho que é muito mais humano, muito mais um fator de justiça social você ter um espaço assim do que você ter uma pessoa enclausurada no hospital (P, 17/3/2006).

Neste sentido, conforme inscrito na Política Nacional de Saúde Mental, os CAPS devem assumir seu papel estratégico na articulação e no “tecimento” das redes de atenção em saúde mental. Tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da

rede de serviços, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, ONGs, empresas etc. (BRASIL, 2004, p. 12)

3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde

A proposta do progressivo deslocamento dos centros de cuidados em saúde mental para fora do hospital psiquiátrico, em direção à comunidade, colocada na e pela Reforma psiquiátrica tem nos CAPS o dispositivo estratégico desse movimento. Neste sentido, a rede básica de saúde torna-se o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os portadores de transtorno mental.

Essa rede é formada pelos centros ou unidades locais e/ou regionais de saúde, Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, que atuam na comunidade de sua área de abrangência. Os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, pois tem um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Por sua proximidade com as famílias e comunidades, as equipes de atenção básica são um recurso fundamental para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso de substâncias psicoativas e diversas formas de sofrimento psíquico. Neste sentido, é importante e necessária a integração e articulação dos CAPS com a atenção básica. Assumir esse compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção da saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo (BRASIL, 2004).

As atuais diretrizes da política de saúde mental do Ministério da Saúde orientam que, onde houver cobertura do PSF, deverá haver uma equipe de apoio matricial em saúde mental para no mínimo seis e no máximo nove equipes de PSF. E, que as ações de saúde mental na atenção básica devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2004).

No que se refere à relação existente entre o CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município e qual o tipo de relação existente, os dados coletados na

pesquisa indicam que: a maioria (91,7%) respondeu que sim, com ressalva de que é muito pouco, funciona de maneira precária e confusa, e que está num processo preliminar ainda. O profissional que respondeu não, observou que a rede está em processo de formação. Os profissionais cujas respostas foram positivas identificaram que a relação é de encaminhamentos, atendimentos em conjunto com as equipes de saúde mental das Regionais de Saúde, ajuda em atendimentos nas unidades locais de saúde, com os agentes comunitários de saúde, de referência, de acompanhamento, visitas domiciliares, encontro mensal dos trabalhadores de saúde mental da rede e encontro mensal dos psiquiatras da rede.

Sobre a relação do CAPS com as equipes de PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência alguns entrevistados observaram que a relação é pouca ou mínima, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda²³. Foram apontadas como justificativas o fato de o CAPS Ponta do Coral não estar territorializado, deste ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta do município, e a ausência de um planejamento e de estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente.

O CAPS como ele é único, então, ele é de toda a região; então, eu poderia até estar te respondendo que a gente tem um Posto aqui de cima do CAPS, que é o Posto da Agrônômica, ali tem o Programa de Saúde da Família implantado, com a presença dos residentes do Programa Saúde da Família e o contato que eu tenho, ele é meu, não existe nenhum outro programa ou vamos dizer convênio do CAPS com a Agrônômica, é meu aqui, assim como talvez seja da psicóloga em outro momento quando há essa partilha de paciente quando faz parte dos dois, então, eu só sei do que eu tenho, mas é muito pouco, eu tenho contato com alguns residentes que atendem alguns pacientes daqui, e eles precisam de algumas dicas ou, enfim, de se interar do que acontece, e eu também preciso saber como é que anda o acompanhamento deles lá, e aí entra em contato, as vezes vem aqui ou eu vou lá, mas são essas formas isoladas e depende daquele momento e da necessidade daquele usuário, não é algo que seja programado, que seja antecipado, institucionalizado, no sentido de firmar essas relações de uma forma.., não há; e, assim, o contato é com os residentes, não tem o contato com quem realmente vai ficar, porque os residentes passam depois de dois anos, eu também não tenho contato de quem é o médico, quem é o enfermeiro do Programa Saúde da Família, quem é o agente comunitário que vai na casa desses usuários, isso não tem, acho isso muito ruim, é muito falho, embora, volta pra aquela questão da equipe, que as coisas não são compartilhadas, você nunca sabe direito, é muito fragmentado, o que já foi feito, o que não está sendo feito; também não é delegado a função à ninguém de fazer, não há um planejamento pra isso (J, 22/3/2006).

²³ Em estudo sobre o CAPS de Palhoça/SC, Franco (2005) encontrou situação semelhante na relação do CAPS com o PSF e demais serviços de atenção básica municipais.

É mínima, é mínimo o contato, assim, as vezes, quando a gente necessita a gente vai atrás, tenta achar alguém que se interessa, que tenha alguma afinidade com a saúde mental, as vezes um agente de saúde que consegue se aproximar mais daquele usuário que mora lá e que resolve dá uma força, mas é assim, depende de uma série de coisas, da disponibilidade pessoal, da sorte de encontrar alguém etc., quer dizer é falta mesmo da articulação em rede, porque se a gente tivesse essa articulação o PSF automaticamente já seria acionado, e a gente não tem isso; claro, quando a gente precisa a gente até encontra uma boa resposta das equipes do PSF, mas pode não encontrar, tem um risco[...] não, isso não existe (articulação institucional CAPS – PSF), isso tem que ser construído, tem que ser proposto (F, 12/4/2006).

A relação que o CAPS tem é principalmente pra acompanhamento, a relação é essa, relação de acompanhamento, as vezes precisa realizar alguma busca ativa e não temos a possibilidade no momento, então, tem essa relação, a relação que a gente tem é mais no sentido de acompanhamento do próprio usuário; o que seria ideal, seria um pouco mais de estreitamento, discutir junto com o Programa de Saúde da Família alguns casos, nós irmos aonde os agentes comunitários estão, discutir algumas situações e isso não tem acontecido ainda; com essa lógica aí das regionalizações tem essa possibilidade; então, hoje existe uma relação, só que uma relação muito esporádica de situações isoladas e que precisa ser superada; o maior problema que existe é devido ao CAPS não ser territorializado, o CAPS II Ponta do Coral ele tem que atender uma demanda muito grande, basta ver o IBGE hoje, tem 400 e poucas mil pessoas em Florianópolis, então, é um CAPS II pra atender toda a demanda adulta do município, talvez o ideal seria um CAPS I em cada região, nas cinco regionais, e transformar esse CAPS num CAPS III no caso, e aí repensar depois toda a rede; então, a relação, ela se compromete com o Programa Saúde da Família devido a não territorialização do CAPS Ponta do Coral, a relação que existe é a relação de acompanhamentos isolados (GIRASSOL, 20/3/2006).

É uma relação ainda muito inicial ainda, um pouco precária; com os agentes comunitários a gente tem mais proximidade, no momento da visita domiciliar e no momento de fazer o resgate dos usuários que abandonaram, por algum motivo, o atendimento, mas acho que a relação poderia ser melhorada se o CAPS fosse territorializado, como a gente está aqui, é no centro pra todo o município, fica muito difícil, então, a nossa relação é muito mais com as referências regionais de saúde mental da atenção básica do que com as próprias equipes de PSF das unidades locais de saúde (VIK, 24/3/2006).

É isso que eu falei, essa perspectiva da regionalização que começou aqui visava uma maior articulação com a rede; eu acho que isso é um projeto que está ainda meio que na sua infância, ele está começando e, assim, o que eu te falei, a gente precisa sair mais daqui, no Norte (Regional Norte) a gente vai tentar essa experiência agora (realizar as reuniões da regional nos postos de saúde) de contato e incluir, por exemplo, os agentes comunitários nos processos de reunião com os pacientes daqui, tentar ver se eles podem estar acompanhando o paciente lá; tem uma paciente que está aqui que a gente esteve lá no Posto do Saco Grande pedindo pra equipe assumir alguns cuidados com essa paciente, eles se

dispuseram, mas assim, por enquanto ta muito mais alguma iniciativa aqui, ali, do que um processo mais amplo, não sei assim como isso vai caminhar com a história de já ter, por exemplo, profissionais regionalizados, isso também vai poder ser incrementado, esse é um desejo que eu tenho (P, 17/3/2006).

É muito pequena, muito, muito, muito, muito; eu não sei nem te dizer, em uma escala de um a dez acho que fica em dois, está muito pequena, está muito além do que poderia ser, eu acho que talvez com a implantação agora dos serviços na rede, nós temos em cada Regional um psiquiatra, dois psicólogos, uma média assim, está existindo mais aproximação, mas do CAPS não, muito pouco, muito pouco. [...] quando tu pergunta, hoje, qual é a relação do CAPS? eu não posso te mentir, pra mim é quase zero (LÉLI, 4/4/2006).

Buscando explorar as informações sobre a relação do CAPS com a rede municipal de serviços de saúde, perguntamos aos profissionais se o serviço realiza algum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. A maioria deles (75%) respondeu que não, dois referiram não saber responder e um respondeu que sim. Dentre os que responderam que não, um justificou que o CAPS não tem estrutura para atender mais esta demanda. Dois dos profissionais entrevistados disseram estar pensando neste tipo de trabalho. Um deles falou sobre a existência de um projeto, conforme relatado na fala que segue.

[...] a gente tem um projeto aqui que é de formação de acompanhantes terapêuticos, e no ano passado a gente formalizou esse projeto e mandamos pro Ministério da Saúde, ele foi aprovado e até hoje estamos esperando a liberação de dinheiro, mas enfim, o projeto foi aprovado, e a idéia era justamente transformar o agente comunitário de saúde num acompanhante terapêutico, e aí a gente faria a formação, uma capacitação, um curso de capacitação aqui, e depois faria o segmento com supervisões regulares, é uma forma de dar formação em saúde mental pra atenção básica e manter essa que é uma função do CAPS de dar supervisão e a formação mesmo pra esse nível da atenção; [...] a gente está esperando o dinheiro do Ministério da Saúde, ta lá pendurado, a gente olha o nome do projeto na internet, está lá, mas não tem nem empenho ainda, significa que não tem dinheiro destinado (F, 12/4/2006).

Para que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas na atenção básica é fundamental a capacitação destas equipes. A orientação é que as equipes de saúde mental de apoio á atenção básica incorporem ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. Conforme aparece na fala do profissional, são previstos recursos para o financiamento deste tipo de ações, embora, muitas vezes, a dependência de orçamento, a morosidade burocrática e/ou

ausência de decisão política, que justificam a longa demora, acabam por desestimular, dificultar, inviabilizar as iniciativas dos profissionais.

Repetidamente, temos ressaltado neste trabalho que os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico para a organização da rede de atenção em saúde mental, conforme é indicado nas diretrizes políticas da Reforma Psiquiátrica. Nesta direção, questionamos os técnicos da equipe do CAPS Ponta do Coral sobre qual o lugar que o serviço ocupa na rede municipal de atenção em saúde, em Florianópolis. As falas transcritas na seqüência destacam o fato deste não estar territorializado e, portanto, não se constituir no serviço regulador da porta de entrada para o atendimento em saúde mental. As equipes de saúde mental nas referências das Regionais de Saúde é que, atualmente, constituem-se no serviço primeiro de atenção em saúde mental. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhados pessoas com transtorno mental grave.

Seria esse serviço que articula, que regulamenta; não necessariamente ele é uma porta aberta que entra qualquer um; eu acho que ele pode até ser a articulação e a regulação, pode ser feita até capacitações nas equipes locais de unidades básicas, que a partir daí você vai poder em um caso de uma ansiedade ou uma briga com o namorado, “eu tomei 4 aspirinas”, não vai chegar aqui no CAPS; vai chegar aqui no CAPS realmente aquilo que for um caso mais grave, e só há possibilidade de isso acontecer a partir do momento em que as unidades locais estejam todas capacitadas e entendendo, até porque assim diminui o trânsito desse paciente; vamos supor: ele sai de uma cidade, vem pra Florianópolis, daí diz: onde é que eu vou num psiquiatra? Ah! vai lá no CAPS, aí alguém fala: mas tem que passar no clínico antes, aí passa no clínico, aí o clínico encaminha pro psiquiatra, daí ele não sabe onde vai procurar o psiquiátrica - vem pro CAPS, não vem pro CAPS, aí vem pro CAPS, mas é que na verdade ele toma fluoxetina há 2 anos, está em tratamento de manutenção porque ele tem um quadro de depressão recorrente, não é caso CAPS, então, isso já poderia ter sido triado lá no começo, o paciente já poderia estar tendo as consultas desde o início, todas acertadas, sem precisar ficar correndo de um lado pro outro [...]; então, eu acho que ele tem esse papel, tem essa função de regular, de saber o que está acontecendo no hospital, na Colônia, e ter esse contato, uma ligação sempre com a Colônia, e com os Postos de saúde [...]. (hoje, o CAPS faz isso?) algumas coisas, bem isoladas, de novo, é meio como um apaga fogueira; por exemplo, hoje, a gente foi fazer uma visita domiciliar lá no Saco Grande (bairro de Florianópolis) porque o paciente estava em tratamento psiquiátrico particular e parou de tomar o remédio, e aí a gente foi lá, só que o paciente não queria falar com a gente, mas, assim, eu chego lá, converso com a equipe que está lá naquele local e muitas vezes é só a psicóloga; também tem um certo descaso, no sentido de que ah! agora eu não posso falar, porque não percebe que conversando sobre aquele caso vai possibilitar que isso seja ampliado pra outros casos, pensam-se saídas semelhantes pra outro momentos, mas, assim, acaba virando um apaga fogo, e toda hora você tem que ir

apagar um fogo; então, existe um pouco, mas não de uma forma bem usada (J, 22/3/2006).

É atenção secundária como se diz; ele regula e não regula; [...] tudo vai passar muito pela clareza que os profissionais que estão na saúde mental tem em relação a própria epistemologia, tem em relação a própria política, tem em relação a própria noção de SUS, a própria noção de controle social, a própria noção dos princípios do SUS; então, tudo vai passar por isso, porque que eu estou dizendo isso, o CAPS é uma atenção secundária como a gente chama, eu acho ainda que o atendimento mais complexo, o atendimento terciário, deveria ser no território, acho que centrar as forças no território [...]; então, [...] a atenção básica é onde deveria regular isso, a regulação dessa entrada nesse sistema de saúde mental, nessa rede de saúde mental ela teria que ser prioritariamente atenção primária em saúde; então, as vezes, por necessidades especiais, por situações específicas, a pessoa acaba vindo direto pra cá, direto pro CAPS e aqui a gente atende, e, as vezes, essa pessoa não é indicada pra estar no CAPS, aí volta pra atenção básica, então, tem essa dificuldade, ou seja, o lugar que o CAPS ocupa na rede municipal de atenção em saúde é uma atenção secundária à pessoa com transtorno mental grave, já avaliada pela atenção primária em saúde, aquela pessoa que corre risco de suicídio, que acaba prejudicando a vida de outras pessoas, que está muito mal, nesse sentido (GIRASSOL, 20/3/2006).

Regulador da porta de entrada: não; como não é territorializado, a gente tem esse problema de ser serviço de referência pra onde vem os pacientes já encaminhados, ele passou pela porta de entrada do sistema lá no Posto, ele vem encaminhado pra cá ou através dos hospitais psiquiátricos, que é também uma outra forma de encaminhamento, mas a gente não faz a regulação da entrada; hoje, também, como tem equipes mínimas de saúde mental nas regionais, elas também funcionam muito mais como a reguladora do que nós; a porta de entrada é pelas equipes de saúde mental das regionais (F, 12/4/2006).

Eu acho que são várias coisas, por ser o único CAPS, pela rede não estar estruturada ainda, e pelas pessoas não conhecerem o serviço da rede, existe uma mistura, assim, o que é pra ir lá pro psiquiatra do Sul (regional de saúde), o que é pra vir pro CAPS; qual é o papel do CAPS, é a não internação, mas não tem CAPS III, então, a noite o cara não tem pra onde ir, na verdade, o CAPS ele é um espaço que regula a entrada do usuário sim, num primeiro momento sim, porque todos os que foram para a atenção básica muitos foram daqui, muito mais que a procura de fora daqui, primeiro eles vem pra cá, depois eles vão pra lá, agora o processo até está sendo inverso, já estão procurando a atenção básica porque eles já estão conhecendo, mas antes era daqui pra atenção básica, e é o único espaço, programa que acolhe o usuário psicótico, com transtornos mentais graves, porque a rede básica, ela não atende, se o cara tem um surto psicótico, está com qualquer surto, que está mal, ou ele tem um embotamento, ele não fala, está na família há anos, está lá segregado, está lá no quatinho dos fundos, não é caso de atenção básica é caso CAPS, então, ele é o único serviço de Florianópolis que se propõem a atender o usuário, o portador de sofrimento psíquico fora de hospital (LÉLI, 4/4/2006).

Ele é o primeiro serviço de saúde mental do município, primeiro serviço estruturado, credenciado no Ministério da Saúde, eu penso que ele tem um papel importante, ele serve como uma referência de atendimento em saúde mental a usuários portadores de transtornos mentais; dentro da rede, hoje, a gente tem as referências regionais de atenção em saúde mental na atenção básica, nas ULS, que são as unidades locais de saúde, então o CAPS serve como referência de atendimento a usuários com transtornos mentais graves do município de Florianópolis, é pra isso, essa é a função (VIK, 24/3/2006).

Pelas falas dos profissionais evidencia-se que Florianópolis não tem uma política municipal de saúde mental estruturada. A rede de serviços está em processo de formação e implementação. As ações ainda são muito isoladas e fragmentadas, sem uma direção comum. É notório que um único CAPS para atender a totalidade da demanda adulta do município é insuficiente. As possibilidades de atuação do serviço na prevenção e promoção da saúde mental, na capacitação e supervisão das equipes de atenção básica ficam, assim, prejudicadas e/ou inviabilizadas.

No processo de operacionalização da Reforma Psiquiátrica, conforme as orientações da Política Nacional de Saúde Mental e as propostas aprovadas na III CNSM, é necessário que os gestores estaduais e municipais estabeleçam mecanismos efetivos para o controle das internações psiquiátricas. De acordo com a Portaria GM/MS n ° 336/02, os CAPS devem possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou modulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local (BRASIL, 2002a). Com base nisto, perguntamos aos entrevistados se o CAPS tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Eles referiram que não, contudo, divergiram sobre como o serviço fica sabendo quando ocorre internação de seus usuários.

Não tem. A gente fica sabendo quando a família comunica ou quando é usuário de atenção intensiva, ou ele fez uma crise ou ele desapareceu do serviço, aí pela falta mesmo, pela ausência que ele provoca a gente vai atrás e fica sabendo que ele foi internado, mas a gente não tem instrumentos de controle sobre isso; a gente faz, no momento da internação, a gente procura manter pelo menos uma visita da equipe da Regional pra não perder o vínculo etc., mas nada formalizado, assim, no momento que aparece, que a gente fica sabendo; geralmente, a gente sabe, hoje é relativamente fácil, não acontece daquilo... fulano desapareceu e de repente aparece ele dois meses depois aqui novamente..., sai da internação ontem e tal, isso não acontece mais, geralmente a gente consegue ficar sabendo (F, 12/4/2006).

Não. Na realidade a família leva pra internar e pronto, as vezes comunica, as vezes a gente fica sabendo quando a gente vai fazer uma visita lá, muitas vezes a gente nem sabe que o paciente ficou internado, a não ser quando a gente liga, e aí o que está acontecendo, não está vindo, mas ele foi internado; então, não há esse controle e também quando é internado lá, dificilmente, alguém entra em contato, nunca vi, entra em contato olha fulano de tal está internado aqui com a gente, não tem essa comunicação (J, 22/3/2006).

Em relação ao controle das internações psiquiátricas, oficial e formal, nós não temos; estou falando enquanto profissional que atende uma determinada regional de saúde, isso nós não temos; o que poderia ser feito: um maior estreitamento com o “manicômio”, com o IPQ ou o São José (hospitais psiquiátricos), que quando internasse pessoas lá teria esse contato aqui, pra gente já ir conversando, já acompanhando juntamente com a equipe do hospital psiquiátrico essa pessoa, porque final de semana ou depois das 18 horas o serviço não atende, as vezes as pessoas entram em crise e a gente não tem como acompanhar isso, não tem como saber; o acompanhamento que tem é, as vezes, os familiares nos avisam que a pessoa está internada, quando a gente acompanha essa pessoa e fica sabendo que ela acabou internando; então, não tem uma política mais estreita de acompanhamento de internação psiquiátrica, isso não tem. (GIRASSOL, 20/3/2006).

Da área de abrangência seria toda a cidade, isso não, mas dos usuários aqui sim, atendidos aqui sim; [...] geralmente, assim, quando o usuário está iniciando um surto a gente tenta fazer o atendimento pra prevenir a internação, pra evitar de fato a internação psiquiátrica, só que nós estamos aqui até as 6 horas da tarde e não estamos final de semana, então, a gente não está nem a noite nem final de semana, e aí acontece de a família internar, isso acontece pouco, muito pouco, e quando acontece a gente faz o atendimento no próprio hospital, a gente vai até lá faz o atendimento, mas é pouco assim, agora da cidade como o todo a gente não tem (VIK, 24/3/2006).

O controle ele tem pelo prontuário, não poderia te dizer que tem um controle do ponto vista de uma escala, ah anualmente quanto a gente tinha e quantos foram internados, [...] o usuário se ele foi internado a gente não soube, se está internado, aí ele aparece aqui depois da internação, um mês ou dois meses, a gente tem escrito no prontuário, esse é digamos o que a gente fica sabendo (LÉLI, 4/4/2006).

Não, eu digo por nós, eu acho que, as vezes, a gente... ah o paciente foi internado, como acontece de a gente saber, e as vezes a gente vai lá fazer uma visita, as vezes tem a questão do carro (o CAPS tem um carro a disposição somente um dia por semana), e a gente fica...; sempre que acontece e tal, as vezes, a gente nem fica sabendo, quando vê o paciente já está de volta, as vezes acontece essa situação; eu fui tentar fazer um pequeno levantamento pra fazer essa avaliação e percebi que a gente não tem registro de quantos dias o paciente ficou internado, se ele ficou internado quantas vezes durante o tempo que está em tratamento aqui, falta um registro melhor e um acompanhamento melhor dos técnicos; (como ficam sabendo da internação) as vezes o paciente volta já depois, as vezes a família liga avisando, [...] o hospital não me lembro se eles ligaram, só se precisar de alguma coisa, em geral, eles não ligam; então,

assim, o paciente saiu aí eles trazem de novo aquele encaminhamento, ou ele vem pra cá porque, normalmente, ele já estava aqui, mas assim, a gente tenta ao máximo que ele não precise ser internado, essa política existe, segurar a crise (P, 17/3/2006).

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que a internação e a reinternação psiquiátrica deverão ocorrer após avaliação da equipe técnica de saúde mental dos serviços substitutivos, devendo ser estabelecidas formas de controle único para a emissão de AIH, assegurando que todas as internações necessárias sejam autorizadas pelo serviço público, preferencialmente de base territorial (BRASIL, 2002a).

Conforme pode ser observado nas falas dos participantes da pesquisa, a insuficiência do CAPS em exercer o controle das internações referente a sua clientela e a demanda no município refere-se ao fato de o serviço não estar territorializado, sendo inviável cumprir com tal exigência no âmbito da totalidade de uma população de aproximadamente quatrocentos mil habitantes, distribuídos numa área geográfica de 436,5 Km². Com a implantação das equipes de saúde mental nas Regionais de Saúde, estas passam a ser as responsáveis pela regulação da porta de entrada no sistema de atendimento. O CAPS II Ponta do Coral passa a ser a referência para onde são encaminhadas pessoas com transtornos mentais graves, egressos de hospitais psiquiátricos, internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). A falta de controle das internações psiquiátricas é uma realidade também de outros centros de atenção psicossocial, conforme verificado por Franco (2005), em seu estudo sobre o CAPS do município vizinho de Palhoça/SC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha deste tema de pesquisa está relacionada à minha trajetória de estudos no Curso de Graduação em Serviço Social e à minha inserção como pesquisadora no Núcleo de Estudos e Pesquisas Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas (NESPP) do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. A esta trajetória soma-se a experiência de Estágio Curricular em Serviço Social, realizada no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis, em 2003, da qual resultou o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Programa Alta Progressiva: uma contribuição para o processo de reabilitação psicossocial no HCTP de Florianópolis”. Com o referido Estágio foi possível vivenciar o contato direto com a realidade de algumas instituições como hospitais psiquiátricos e centros de atenção psicossocial da rede municipal e estadual de serviços de atenção em saúde mental, fato este que estimulou a busca de novos conhecimentos e o desejo de atuação profissional na área. A continuidade dos estudos foi possibilitada por meio da entrada como mestranda no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da mesma universidade. Sendo assim, o trabalho que apresentado nesta dissertação tem estreita relação com meu percurso profissional e meu desejo pessoal.

Conforme destacamos no decorrer do estudo, a reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

A implantação de uma nova política de atenção, com as implicações socioculturais da proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira passa pela necessidade de articulação intersetorial e por ações que contribuam para alterar as representações sociais sobre a loucura e os direitos dos portadores de transtornos mentais. A transformação do modelo assistencial e de um conceito teórico em diretrizes operacionais é um processo complexo e depende de vários fatores para que se mantenha a direcionalidade pretendida pelos diferentes atores sociais, participantes do jogo social.

Especificamente, no caso do CAPS estudado, as dificuldades de concretização dessa nova lógica de atenção em saúde mental perpassam e se inter-relacionam nos diferentes eixos que compuseram a presente pesquisa.

No que se refere a estrutura física, os profissionais indicam que o CAPS conta com espaço e equipamentos adequados às necessidades do serviço. Entre os anos de 2003 a 2004, o CAPS passou por uma reforma em suas instalações, ficando estas, adequadas aos objetivos da unidade. As condições poderiam ser melhores se as oficinas produtivas fossem realizadas em outro local, pois além de favorecer a utilização do espaço hoje ocupado para outras atividades, possibilitaria a inserção dos usuários em outro ambiente, favorecendo-lhes sua sociabilidade.

Em relação aos materiais de consumo, os problemas vão desde a ausência total de objetos e utilidades básicas à manutenção do serviço até o recorrente atraso no repasse dos materiais necessários às oficinas terapêuticas e de produtividade. As oficinas ficam prejudicadas e até mesmo paralisadas por conta das faltas de recursos e dificuldades de gestão adequada do serviço. Esta situação coloca em prejuízo o projeto terapêutico de tratamento dos usuários e a eficácia e efetividade dos propósitos da nova política de atenção em saúde mental.

No campo da gestão do CAPS, apesar da histórica escassez de recursos destinados à saúde, foram evidenciadas situações problemáticas, principalmente no processo de descentralização político-administrativa, que poderiam ser melhoradas a partir dos recursos existentes. De acordo com os resultados da pesquisa, 50% do grupo de técnicos afirmam que existe planejamento e avaliação das ações. Alguns deles observam estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação, objetiva e sistemática, dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declaram não existir processo de planejamento e avaliação das ações, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

Sobre este aspecto, cabe destacar que as técnicas disponíveis na área de planejamento e avaliação de serviços de saúde têm mostrado bons resultados quando aliadas à vontade política de mudar a situação. Apesar dos dados demonstrarem uma divisão entre os técnicos no que se refere a afirmação sobre a existência de planejamento e avaliação, destacamos que as poucas ações que acontecem giram em torno das atividades que são e aquelas que poderão ser realizadas, e na discussão sobre as dificuldades cotidianas do trabalho na unidade. As avaliações são informais, realizadas na reunião

mensal da equipe técnica e nas reuniões clínicas semanais, sendo notório a ausência de um processo de planejamento estratégico, sistemático e contínuo do projeto terapêutico do CAPS, bem como, de avaliação de indicadores.

Com relação aos recursos financeiros, os resultados da pesquisa apontam para o que já vem sendo denunciado por autores como Amarante (2003; 2005): o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. O pagamento pelo sistema de procedimentos realizados, por meio das APACs, condiciona a existência de recursos à produtividade do serviço. Quando os CAPS não estão articulados com outras políticas sociais necessárias à sobrevivência do usuário e a adesão dele ao projeto de vida que o serviço deve-lhe oferecer, a tendência é fracassar.

Para que a pessoa possa freqüentar o CAPS ela precisa de condições materiais e psicossociais básicas, como moradia, transporte, alimentação, auto-estima, estímulo, desejo, etc.. Quando o usuário não desfruta de tais condições as chances dele se vincular ao projeto terapêutico são menores e, conseqüentemente, sem a participação ativa dos usuários o CAPS não terá produtividade. Ainda, nem todas as ações realizadas no CAPS constam na tabela de procedimentos pagos pelo atual sistema do SUS, dificultando as atividades de ressocialização que envolvem trabalhos na comunidade e na sociedade.

Os profissionais afirmam que os usuários participam do planejamento das atividades do CAPS. Referem que isso acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Neste caso, foi possível perceber que a participação dos usuários em geral diz respeito mais a questões cotidianas do funcionamento do serviço. A associação participa diretamente da comercialização dos produtos confeccionados nas oficinas e na realização de alguns convênios com entidades da área da cultura, lazer, ensino, etc. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada, que abarque as especificidades da área da saúde mental e envolva os usuários, os familiares e os técnicos como sujeitos partícipes do processo de gestão do serviço.

No eixo recursos humanos e projeto terapêutico existem contradições explícitas e implícitas que perpassam o discurso e as práticas dos técnicos que prestam assistência aos usuários do serviço. Eles reconhecem e destacam a relevância do trabalho em equipe, argumentam que este traz a possibilidade de trocas entre as várias áreas do conhecimento e a conseqüente oferta de um atendimento multidimensional. Contudo, relatam dificuldades

na realização deste trabalho, devido a uma suposta diferença de formação profissional e de concepção, com relação ao que sejam os objetivos do CAPS e da Reforma Psiquiátrica. Indicam existir interdisciplinaridade no atendimento ao usuário, no entanto, percebeu-se que a concepção de interdisciplinaridade aparece muito mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade, estando ainda distante dos ideais da intertransdisciplinaridade.

Sendo assim, cabe destacar que sem a devida clareza e consciência do que exatamente deve mudar corre-se o risco de que, fundamentalmente, se modifiquem os espaços de realização do tratamento, transferindo-se e conservando-se as práticas de exclusão e discriminação. É preciso se ter em conta que toda dimensão técnica tem também uma dimensão política. Dessa forma, faz-se necessário questionar-se sobre o que se pretende com o “fazer” nos novos serviços de atenção à saúde mental e que valores estão presentes nas ações executadas. O usuário precisa ser percebido como sujeito do processo saúde-enfermidade, e não como objeto e instrumento do exercício das relações de poder disciplinar.

Com relação ao eixo participação do usuário e da família no tratamento, os participantes da pesquisa identificam dificuldades em realizar o atendimento familiar no CAPS. Os profissionais relacionam como justificativas, a falta de técnicos qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades da equipe. Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que seja o transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, também foram relatados pelos entrevistados. Entre os obstáculos para a (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e o estigma da loucura ainda presentes no imaginário social das pessoas.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacam o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário. Neste aspecto queremos destacar a necessidade de se reconhecer, no processo de implantação da Reforma e da política de saúde mental, um projeto ético-político social, capaz de reavaliar, substancialmente, o conceito tradicional de

“doença/saúde mental” e, conseqüentemente, a forma de como lidar as diferenças em sociedade.

No eixo (re)inserção social procuramos identificar se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas à desinstitucionalização e à reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referem que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras. A maioria deles afirma que não existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer.

Tais dados nos remetem ao questionamento sobre como a Reforma Psiquiátrica, em sua aplicação prática, apresenta certa inércia política. Existe uma lacuna entre o referencial teórico do novo modelo de atenção e as práticas que se efetivam no cotidiano dos serviços. Com isso, queremos chamar a atenção para a necessidade urgente de se construírem ações de atenção que favoreçam o conhecimento de si, reforcem a autonomia, o cuidado de si e a emancipação do sofredor psíquico.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referem que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental. A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos profissionais como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista político-jurídica dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico. Na visão dos participantes da pesquisa, o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica relaciona-se a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos pressupostos da própria Reforma. Não obstante, destacamos aqui a necessidade de se refletir sobre o descompasso entre a vitória no campo jurídico, o novo discurso da Reforma Psiquiátrica e um fazer prático que parecem ainda negar a emancipação do portador de transtorno mental.

No eixo integração do CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município, os dados coletados na pesquisa indicam que a relação existente é pouca, funciona de maneira precária e confusa, e que ainda está num processo preliminar. A articulação com as equipes de PSF e PACS também é insuficiente, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda. A unidade não realiza nenhum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. Apenas dois profissionais referiram estar pensando neste tipo de trabalho.

Foram apontadas como justificativas para esta situação o fato do CAPS não estar territorializado, de ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta de todo o município, e a ausência de um planejamento e estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhadas pessoas com transtorno mental grave. E, segundo os entrevistados, não tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Neste aspecto, vê-se a urgência na redefinição da abordagem em saúde mental, fazendo-se necessário a construção de estratégias de atenção integral, dentro dos princípios do SUS, que envolvam o portador de transtorno mental como cidadão, a família, o Estado e a sociedade.

De acordo com os profissionais existem diferenças no atendimento prestado no e pelo CAPS em relação aos hospitais psiquiátricos. Eles se referem às diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência do discurso médico psiquiátrico do hospital, e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e as necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial, em contraposição ao tratamento igual para todos das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Por fim, os dados coletados na presente pesquisa indicam que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes, prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a relação eficácia/efetividade dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Concluimos, com este estudo, que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é ainda um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológica, técnico-assistencial, político-jurídico e sócio-cultural.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____, P. (coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995a.

_____, P.. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. vol.11, no.3, jul./set. 1995b, p.491-494. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 14/09/2005.

_____, P. A (clínica) e a Reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. pp. 45-65.

_____, P. **A epistemologia e a Clínica da Reforma**. Conferência proferida no IV Encontro Catarinense de Saúde Mental. Florianópolis, 30 de junho a 2 de julho de 2005. (anotações manuscritas).

BASAGLIA F. (coord.) **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 3ª ed. Tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002a, 213 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em Saúde Mental 1990-2002**. 3ª ed. revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAPS II PONTA DO CORAL. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. **Projeto Terapêutico**. Florianópolis, 2004.

CORREIA, M. V.C..Que controle social na política de Assistência Social? **Revista Serviço Social & Sociedade**. N. 72. São Paulo: Cortez, nov. 2002, pp. 119-144.

COSTA, R. C. R. da.. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia e Política** Nº 18: 49-71 JUN. 2002

COSTA –ROSA, A. da; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. p. 13-44.

COSTA-ROSA, A. da.. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asialr. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. p. 141-168.

CHIZZOTTI, A.. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R.. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

DESVIAT, M.. **A Reforma Psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental**. In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

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

FLEURY, S.. **Espaço, território e cidadania**: a cidade dos cidadãos. Trabalho apresentado no VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra (16,17,18 de setembro), 2004. Disponível em: <www.ces.uc.pt/LAB2004>. Acessado em 20 de fevereiro de 2006.

_____, S.. (org.). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989.

FREIRE, F. H. M. de A.; UGÁ, M.A.D.; AMARANTE, P. Os centros de atenção psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

FRANCO, S. de O.. **Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de caso**. 2005. 110f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Florianópolis, 2005. 110f.

FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial**. Percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004.

GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E.. **A pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, R.. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M.. **Microfísica do poder**. Trad. de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graaal, 1979.

MINAYO, M. C. de S.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC; ABRASCO, 1994.

MIOTO, R.C.T.. Família e saúde mental: contribuições para reflexão sobre os processos familiares. **Revista Katalysis**. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico. Departamento de Serviço Social. N.2 Florianópolis: Editora da UFSC, 1998.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental: em busca da articulação e qualificação das ações em saúde**. Monografia

(Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Latu Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

OLIVEIRA, W. F.; DORNELES, P.. Patrimônio e ambiente da loucura: a formação do profissional de saúde mental e o dialogo com a vida da cidade. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

PITTTA A.. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje. In: PITTA. A.(org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral**: desvelando sua significação. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

_____. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

ROSA, L.C.dos S.. Os saberes construídos sobre a família na área da saúde mental. **Revista Serviço Social & Sociedade**. N° 71. Ano XXIII. São Paulo: Cortez, set de 2002, pp. 138-164.

_____. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, F., et. al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SANTOS, W.G.. **Cidadania e Justiça**. Rio de Janeiro: Editora Campos, 1979.

SARACENO, B.. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SOUZA, W. da S.. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. jul./ago. 2001, vol.17, no.4

p.933-939. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 19/10/2005.

SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Teses em Enfermagem, 42).

STUANI, D.. **Projeto de Estágio**. (Projeto de Estágio Curricular apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina). Florianópolis, 2005. texto digit.

TENÓRIO, F. G. (org.). **Gestão de ONGs**: principais funções gerenciais. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

TORRE, E.H. G; AMARANTE, P.. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. [online]. 2001, vol.6, no.1 [citado 05 Dezembro 2005], p.73-85. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br> >. ISSN 1413-8123.

TRIVIÑOS, A.N. S.. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. (org.). **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000a.

_____, E. M. Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000b. p. 169-194.

VIEIRA, L. **Cidadania e globalização**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Formulário a ser aplicado a todos os profissionais da equipe do CAPS.

Identificação

Nome:

Apelido:

Formação:

Ano:

Capacitação específica na área: Sim Não

Nível: residência especialização mestrado doutorado

Tempo de serviço na instituição:

Tipo de vínculo empregatício: Servidor público concursado contrato temporário

Outro. Especifique _____

Regime de trabalho: _____ (horas semanais)

Tempo de atuação na área:

Experiência de atuação profissional em outra instituição: Sim Não

Qual:

Tempo:

Principais perguntas

- 1) A área física do Caps é suficiente para o atendimento da demanda? Sim Não
- 2) As instalações são adequadas para a realização das atividades propostas? Sim Não
- 3) Os equipamentos disponíveis são suficientes? Sim Não
- 4) Estão em bom estado de utilização? Sim Não
- 5) Os materiais disponíveis são suficientes? Sim Não
- 6) Existem dificuldades na realização das atividades do Caps Sim Não. Em caso de resposta afirmativa, especifique as cinco principais? _____

- 7) O trabalho é realizado em equipe? () Sim () Não.
- 8) Existe algum tipo de supervisão de equipe ou outro recurso para acompanhar e discutir as questões do trabalho em equipe? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual?
-

9) Participa ou já participou de capacitação específica para atuar no Caps? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual? _____

10) Durante o tempo em que está trabalhando na instituição houve algum treinamento ou capacitação? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quando? _____(ano). De quantas horas? _____. Organizado por quem? _____

11) Na sua opinião, existe interdisciplinaridade no trabalho no Caps? () Sim () Não

12) Você conhece a política de saúde mental? () Sim () Não.

13) No Caps, existe disponibilidade de material didático e documentos sobre a política de saúde mental? () Sim () Não.

14) Existe planejamento e avaliação das ações do Caps? () Sim () Não

15) Existe projeto terapêutico de trabalho da instituição? () Sim () Não. Em caso afirmativo, foi planejado em equipe? () Sim () Não.

16) O serviço adota projeto terapêutico individualizado? () Sim () Não.

17) O usuário participa do planejamento do seu tratamento? () Sim () Não.

18) Existe atendimento familiar? () Sim () Não.

19) Existem ações intersetoriais do Caps e outras instituições que envolvam: educação, trabalho, esporte, cultura e lazer? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quais?

20) Existe relação do Caps com a rede básica de saúde municipal? () Sim () Não.

Que tipo? _____

21) O Caps realiza algum trabalho de educação permanente (capacitação e supervisão) sobre saúde mental em cooperação com as equipes de atenção básica? () Sim () Não.

Que tipo? _____

Outras observações:

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Entrevista a ser realizada com os profissionais da equipe do CAPS, segundo o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de nível superior entre as existentes na unidade. Em caso de mais de um profissional na área será realizado sorteio.

Identificação

Nome:

Apelido:

Temas e principais perguntas

1 Estrutura e recursos financeiros

- 1) Qual conhecimento possui sobre o repasse dos recursos financeiros para o Caps?
- 2) Conhece a forma de financiamento do serviço? O que você acha?
- 3) Como são administrados os recursos repassados? Existe planejamento?
- 4) Na sua opinião, a descentralização administrativa dos recursos possibilita o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do Caps? Quais as vantagens e desvantagens identifica?
- 5) Na sua opinião, os recursos repassados (gerados pelo serviço) são suficientes para realizar as atividades do Caps? Em caso de resposta negativa, quais atividades ficam prejudicadas e/ou poderiam ser realizadas se houvessem recursos?
- 6) Existem dificuldades no funcionamento do Caps com relação a falta de recursos financeiros? Quais identifica?

2 Recursos humanos e projeto terapêutico

- 1) Quais dificuldades identifica no trabalho em equipe no Caps?
- 2) Na sua opinião, quais vantagens o trabalho em equipe possibilita?
- 3) Considera importante a capacitação específica em saúde mental para atuar no Caps? Fale sobre.

- 4) Na sua opinião, qual a importância da interdisciplinaridade no atendimento ao usuário de saúde mental?
- 5) Considera importante conhecer sobre a política de saúde mental, seus princípios, sua estrutura e organização para o trabalho do Caps?
- 6) Como acontece o planejamento e a avaliação das ações do Caps?
- 7) Na sua opinião, em relação ao atendimento nas instituições tradicionais/asilares (hospitais psiquiátricos), como é o atendimento ao usuário no Caps?

3 Participação do usuário e da família no tratamento

- 1) Como é pensado o projeto terapêutico de tratamento do usuário?
- 2) Como o usuário participa do planejamento do seu tratamento?
- 3) Quais as formas criadas para oportunizar a participação do usuário no planejamento do seu tratamento?
- 4) A família participa do tratamento? Em caso de resposta afirmativa, de que forma? Em caso de resposta negativa, por quê?
- 5) Quais as formas criadas para oportunizar a participação da família no tratamento?
- 6) Quais dificuldades identifica com relação a realização do atendimento familiar?
- 7) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção familiar do portador de transtornos mentais?
- 8) Qual o papel dos usuários (ou da associação de usuários e familiares) no planejamento das ações do Caps?
- 9) Na sua opinião, qual a importância das associações de usuários e familiares para o tratamento do portador de transtornos mentais e para os serviços de saúde mental?

4 Inserção social

- 1) Na sua opinião, as práticas assistenciais realizadas no Caps encaminham-se na direção da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial?
- 2) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção social do portador de transtornos mentais?
- 3) Quais avanços e conquistas identifica com relação a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais?
- 4) Na sua opinião, o atendimento no Caps possibilita ao usuário a construção da sua autonomia? Como?

- 5) Na sua opinião, a organização atual dos serviços de saúde mental (da política de saúde mental) favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais? Qual a importância do caps nesse contexto?

5 Integração com a rede municipal de assistência em saúde

- 1) Qual a relação do Caps com a(s) equipe(s) de Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência?
- 2) O Caps tem controle das internações psiquiátricas no seu território? Em caso afirmativo, como ocorre este controle?
- 3) Na sua opinião, qual o lugar que o Caps ocupa na rede de atenção em saúde? Constitui-se no serviço que regula a porta de entrada para o atendimento em saúde mental?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este instrumento tem a intenção de obter o seu consentimento por escrito para participar do estudo “A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis”, durante o período de 01 a 31 de março de 2006, com o intuito de contribuir para o levantamento de dados para a elaboração do referido trabalho.

O estudo tem como objetivo geral analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Ao propormos a presente pesquisa esperamos contribuir com a produção de conhecimentos e saberes sobre as novas práticas de atenção e cuidado ao portador de transtornos mentais.

Os relatos obtidos serão confidenciais e, portanto, não será utilizado o nome dos participantes em nenhum momento, garantindo sempre o sigilo da pesquisa e os preceitos éticos da profissão. Os depoimentos serão referenciados pelo apelido a ser escolhido pelo próprio entrevistado

Certa de sua colaboração, agradeço sua disponibilidade em participar do estudo.

Eu _____,
consinto em participar desta pesquisa, desde que respeitadas as respectivas proposições contidas neste termo.

Florianópolis, março de 2006.

Assinatura do entrevistado.

ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

FERNANDA SCALZAVARA

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Serviço Social** - Área de concentração: Serviço Social, Direitos Humanos e Questão Social.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ivete Simionatto.

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de **Mestre em Serviço Social**, e aprovada na sua forma final, em 31/7/2006, atendendo as normas vigentes no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e na Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof^a Dr^a Catarina Maria Schmickler
Coordenadora do PPGSS/UFSC

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Ivete Simionatto, Dr^a.
Departamento de Serviço Social/UFSC
Presidente

Prof^o Walter Ferreira de Oliveira, Ph.D.
Departamento de Saúde Pública/UFSC
Membro

Prof^o Jonas Salomão Spricigo, Dr.
Departamento de Enfermagem/UFSC
Membro

Prof^o Mário Teixeira, Dr.
Departamento de Clínica Médica/UFSC
Membro Suplente

*Aos profissionais e aos usuários do CAPS
Ponta do Coral de Florianópolis.*

AGRADECIMENTOS

Desejo expressar meus sinceros agradecimentos aos profissionais do CAPS Ponta do Coral, pela receptividade, atenção, acolhimento e colaboração na fase mais importante desta pesquisa, assim como pela consideração ao meu trabalho profissional. Também, aos usuários desta unidade de serviço, pela forma carinhosa e acolhedora com que sempre me receberam.

À professora Ivete Simionatto por ter aceitado a orientação do trabalho; agradeço a oportunidade de poder ter desenvolvido a pesquisa de meu interesse e desejo profissional.

Aos professores Jonas Spricigo e Mário Teixeira pela atenção, disponibilidade e colaboração, essenciais na definição e elaboração do projeto de dissertação. Igualmente, ao professor Walter Ferreira de Oliveira pelas considerações e contribuições no exame de qualificação.

À sempre Mestre, amiga e professora Iliane Kohler, pela relação de ensino-aprendizado humana, saudável, mantida no decorrer de toda a minha vida acadêmica; pelas ajudas concretas nos momentos de dificuldades, pelos conselhos, orientações e *encaminhamentos* necessários nos instantes, nas horas, nas fases de incerteza, insegurança, angústia, desespero.

Aos profissionais Mara Regina de Oliveira e Antônio Heinzen Filho, pelo suporte terapêutico necessário nos últimos anos da minha vida; especialmente por terem me ajudado a transformar as dificuldades, os obstáculos, as conquistas cotidianas no *Mestrado da Vida*.

Às profissionais e amigas Maria Sirene Cordioli e Maria Inês Bernardino, pela relação profissional responsável, ética, competente, que me impulsionou para os estudos na área da saúde mental; pela amizade acolhedora, carinhosa, fraterna, pelas comemorações e pelos momentos de descontração.

Aos meus pais e à minha família, base dos meus valores ético-morais.

Às minhas amigas e aos meus amigos, que de perto ou de longe, acompanham minha trajetória, acreditam e torcem por mim.

Formalmente, agradeço as instituições públicas CAPES e UFSC, através dos programas PROF e PGSS, pelo financiamento da bolsa que permitiu a dedicação profissional integral para a realização deste trabalho.

RESUMO

O presente trabalho tem como objeto de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. Constitui-se como objetivo geral da presente pesquisa analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Os procedimentos metodológicos da pesquisa constaram de: pesquisa empírica na coleta das informações, através de entrevistas semi-estruturadas, gravadas, realizadas com um profissional de cada área de formação de nível superior, dentre as existentes no CAPS, e aplicação de formulário, com questões fechadas, a todos os profissionais que compõem a equipe. As informações coletadas foram sistematizadas e organizadas em itens correspondentes aos eixos que nortearam a coleta dos dados, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde. A análise final foi realizada com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os resultados obtidos nos permitem concluir que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a efetividade e eficácia dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial. De maneira geral, podemos afirmar que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológico, técnico assistencial, político-jurídico, social cultural.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, política de saúde mental, serviços substitutivos.

ABSTRACT

The objective of present work is to study the operationalization of the Psychiatric Reformation in the city of Florianopolis, Brazil, based on one specific institutional model - the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral. The general objective of the present research is to analyze the institutional reality at the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral, Florianopolis, related to the operational process of mental health politics, based on the requirements of the Brazilian Psychiatric Reformation. The research methodological procedures have consisted of: empirical research and data collection, through semi-structured interviews, recorded, realized under the presence and supervision of a professional of each field, plus de existing data from the CAPS, and filled application, with closed questions, to all the professionals who compose the team. The data colleted was systematized and organized in items and events that are surrounded the data collection, which are: financial structure and resources, human resources and therapeutic project, participation of the user and the family in the treatment, social insertion, and integration of the service with the municipal network of assistance in health. The final analysis was based on theoretical production on mental health and the Psychiatric Reformation. The results allowed us to conclude that in scope of management of CAPS, the limited number of studies and the difficulties to transfer and administer them harmed the functioning of the service. The contributing factors were lack of strategic planning and systematic evaluation of actions. The difficulties associated with teamwork compromised the effectiveness and efficacy of the objectives. The absence of a municipal network dedicated to structure and articulate mental health appears as an obstacle to the practice of desinstitutionalization and psychosocial rehabilitation. In general, we can affirm that the changes in the assistance model, directed for Psychiatric Reformation is one of the challenges to the concretization to mental health politics in a new interaction between society and people with psychological illnesses. The operationalizational political difficulties of mental health go through different fronts of performance which constitute the complexity of social processes associated with Reformation in its different dimensions. These dimensions are: theoretic-epistemological, technical assistance, politic-legal and socio-cultural.

Keywords: Psychiatric Reformation, mental health politics, substitute services.

LISTA DE SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
APAC - Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CPASM - Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental
CMS – Conselho Municipal de Saúde
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FNS – Fundo Nacional de Saúde
INAMPS – Instituto Nacional de Aposentadorias e Pensões
IPQ – Instituto de Psiquiatria Catarinense
MS – Ministério da Saúde
MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS – Organização Mundial para a Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF - Programa de Saúde da Família
RP – Reforma Psiquiátrica
SIH - Sistema de Informação Hospitalar
SAI – Sistema de Informação Ambulatorial
SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
SUS – Sistema Único de Saúde
TR – Terapeuta de Referência
ULS – Unidade Local de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Procedimentos metodológicos	18
2 REFORMA PSIQUIÁTRICA	222
2.1 O Modo Psicossocial	26
2.1.2 Atenção Psicossocial.....	28
2.2 Desinstitucionalização	30
2.3 Reabilitação psicossocial	32
3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA	344
3.1 Estrutura e recursos financeiros	344
3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico	45
3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental	46
3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário	51
3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações.....	59
3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento.....	65
3.3 Participação do usuário e da família no tratamento	69
3.3.1 Planejamento terapêutico individual.....	70
3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral.....	72
3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares	81
3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia.....	88
3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental.....	96
3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica	106
3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde...	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
REFERÊNCIAS.....	125
APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS.....	130
ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica.....	136

1 INTRODUÇÃO

O processo de mobilização, organização e luta pela Reforma Psiquiátrica brasileira origina-se no contexto dos movimentos sociais, no período de redemocratização do país (décadas de 1970/1980), e tem como base os pressupostos da Reforma Sanitária brasileira e da Psiquiatria Democrática italiana. Tal movimento esteve direcionado no sentido da crítica e desconstrução gradativa da assistência existente, embasada no saber psiquiátrico, que justificava as práticas decorrentes do modelo asilar e, ao mesmo tempo, buscava a construção de propostas de superação deste modelo.

Os anos de luta pela transformação do modelo assistencial tradicional (asilar), centrado na internação hospitalar, culminaram com a criação e regulamentação de leis e portarias relativas à implantação de uma rede de serviços substitutivos a este. A partir da década de 1990 um conjunto de leis, portarias, decretos, resoluções define novas exigências em relação à assistência psiquiátrica prestada aos portadores de transtorno mental¹, incluindo a adequação das condições físicas das instituições de atendimento, a existência de projeto terapêutico, equipe multidisciplinar e outros dispositivos que garantam maior qualidade assistencial.

A Reforma Psiquiátrica é um processo em construção, que envolve tanto a sociedade civil, através dos diferentes os movimentos sociais, os profissionais, os usuários, bem como os órgãos gestores das políticas públicas. Estes são os responsáveis pela operacionalização das ações com relação a mudança de paradigma e prática em saúde mental. Nessa trajetória, aos profissionais cabe exercer o papel de sujeitos e críticos do processo de implantação da Reforma Psiquiátrica; aos gestores da política de saúde compete a decisão política com vistas a assegurar as condições técnicas para a implementação e operacionalização dos serviços de atenção; aos movimentos sociais fica a luta política pela construção social de um outro sentido para lidar com a "loucura" e com o "louco", a partir de uma transformação na relação sociedade/loucura.

¹ Cabe destacar que a expressão “portador de transtorno mental” é adotada neste estudo por acreditar-se que a palavra portador traz em si um caráter mutante. Ou seja, secundariza o transtorno mental e resgata o sujeito envolvido na condição de enfermo, como um ser dinâmico. Por sua vez, o termo transtorno mental traz um caráter psicossociológico, dinâmico, mutável, diferente do termo doença mental, muito embora não seja menos controvertido do que este último (ROSA, 2003, pp. 37-38). E, também, por ser “portador de transtorno mental” a expressão utilizada na linguagem técnica constante na política de saúde mental do Ministério da Saúde.

No curso das transformações operadas na e pela Reforma Psiquiátrica destacamos como marco significativo recente a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM)². Em seu documento conclusivo reafirma-se que as políticas de saúde mental devem respeitar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das leis Federal e estaduais, priorizando a construção da rede de atenção integral em saúde mental. Tais políticas devem ter como pressupostos básicos a inclusão social e a reabilitação psicossocial, estar integradas com outras políticas sociais, como educação, trabalho, lazer, cultura, esporte e habilitação profissional, visando garantir o exercício pleno da cidadania (BRASIL, 2002a).

O mesmo documento ressalta que a reorientação do modelo assistencial deve estar direcionada para concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e de promoção da saúde. Nesse sentido, é fundamental que as novas modalidades assistenciais desenvolvam práticas pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a auto-estima, a autonomia e a cidadania, buscando superar a relação de tutela e reprodução da institucionalização e/ou cronificação (BRASIL, 2002a).

A mudança do modelo assistencial é um dos desafios da Reforma Psiquiátrica. Busca-se, no âmbito da gestão pública, a construção de um novo pacto para transferir os recursos aplicados no modelo hospitalar para uma assistência comunitária. Entretanto, a mudança da lógica de atenção em saúde mental requer, também, uma mudança de paradigma. No bojo dos novos dispositivos de cuidado necessariamente deve estar uma nova ética do cuidar, baseada na premissa básica da autonomia possível e dos direitos humanos dos portadores de sofrimento psíquico. Isso significa considerar que as possibilidades de novas práticas terapêuticas devem caminhar ao lado da preocupação com a mudança das representações simbólicas do “louco” na sociedade, e com a produção de outros saberes.

Na atualidade, todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, bem como a literatura da área, referem-se a desconstrução como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade das ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Tal proposição tem como base a

² Realizada em Brasília, de 11 a 15 de dezembro de 2001. A I Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em 1987 e a II em 1992.

incapacidade da psiquiatria em explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (TORRE; AMARANTE, 2001).

O modelo manicomial tem seu fundamento na noção de que a experiência de sofrimento psíquico diversa (delírio, alucinação) é sinônima de erro. Um dos aspectos mais importantes no processo de transformação radical deste é a superação do conceito de doença. Conforme apontam Torre e Amarante (2001, p.73-85), “não se trata, obviamente, de negar a diversidade da experiência do delírio ou da alucinação, mas de não utilizar o conceito de doença (igual a erro) na relação com o sujeito”. Nesta direção, Rotelli (1990) propõe, no lugar do objeto “doença mental”, o objeto “existência-sofrimento” do sujeito em sua relação com o corpo social.

Segundo Costa-Rosa (et. al., 2003, p. 28), “ao se buscar a superação do saber psiquiátrico, sobretudo do paradigma doença-cura, procurou-se romper com práticas identificadas com o modelo clínico, por considerá-las ineficazes, segregadoras”. Busca-se no modo psicossocial estabelecer-se “a construção de uma relação de contrato com o sujeito que substitua a relação de tutela instaurada pela psiquiatria” (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 73-85). Como oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar surge, no contexto da Reforma Psiquiátrica, a atenção psicossocial como paradigma do modo psicossocial.

A origem das práticas de atenção psicossocial, como designação de experiências significativas no contexto da saúde mental, está relacionada às contribuições das diferentes experiências históricas de reforma, que incluem as Comunidades Terapêuticas e a Antipsiquiatria, na Inglaterra, a Psicoterapia Institucional, na França, a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, nos Estados Unidos e a Psiquiatria Democrática, na Itália³. No caso brasileiro somam-se as contribuições das políticas públicas e das experiências locais pioneiras dos centros e núcleos de atenção psicossocial, em Santos, São Paulo.

O modelo psicossocial vem ganhando elementos tanto em termos teórico e técnico quanto ideológicos e éticos, aptos a constituírem um novo paradigma para as práticas em saúde mental, capaz de substituir o paradigma psiquiátrico que ainda é dominante. Costa-Rosa (et al., 2003, p.31), observa que de modo geral os elementos teóricos subjacentes a essas experiências passam principalmente pelas idéias sociológicas e psicológicas, pelo materialismo histórico, pela psicanálise e pela filosofia da diferença. Nesse sentido, é importante indicar que o lugar social da saúde mental é um lugar de

³ Estudos sobre estas experiências encontram-se em DESVIAT (1999); ROTELLI (2001).

conflito, confronto e contradição. Entender a saúde mental dessa forma implica em reconhecê-la como expressão e resultante de relações e situações sociais concretas. “Por qualquer perspectiva que se olhe, tratar-se-á sempre de um eterno confronto: pulsações de vida/pulsações mortíferas; inclusão/exclusão; tolerância/intolerância” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p. 29).

A operacionalização da Reforma Psiquiátrica, através da implantação da rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, territorializados e integrados à rede de saúde, tem sido uma construção lenta e difícil, perpassada por interesses políticos e econômicos. Muitas vezes são privilegiados procedimentos técnico-burocráticos, assistenciais, em prejuízo de um serviço que tenha como foco o tratamento da pessoa humana na sua dimensão integral. Por outras, a Reforma Psiquiátrica é entendida como sinônimo de reestruturação de serviços; introdução ou modernização de novas tecnologias de tratamento e cuidado; promulgação de uma nova legislação. Em geral, os problemas passam pela tendência de tornar a Reforma a implantação de centros de atenção psicossocial, de forma a banalizar o serviço, fazendo com que estes sejam uma extensão do hospital psiquiátrico (AMARANTE, 2005).

Não obstante, a transformação do modelo de atenção tradicional requer a construção de uma rede de atendimento ampla, com serviços diversificados e complementares, substitutivos das práticas asilares. O modelo substitutivo não significa alternativo, paralelo, complementar ou intermediário do sistema tradicional. Trata-se de um serviço forte, que comporta uma estrutura complexa em que o sentido das práticas deve ser alterado do “eixo da clínica” para o “eixo da cidadania”. Isso significa olhar para a pessoa-sujeito e não unicamente para a doença (AMARANTE, 2005).

Pensar a mudança do paradigma teórico-conceitual clássico significa provocar uma transformação na cultura da forma tradicional de ver e lidar com a loucura, buscar a construção de um outro lugar social para a loucura e a doença mental, a partir de uma transformação das relações sociedade-loucura/doença mental.

Nesse processo, os centros de atenção psicossocial (CAPS) constituem-se no “braço” do modelo psicossocial. Tornam-se serviços privilegiados para o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial e dispositivos estratégicos para a mudança da atenção em saúde mental.

De acordo com as normatizações do Ministério da Saúde, são atribuições dos CAPS: organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; prestar atendimento em regime de atenção diária; oferecer cuidado clínico eficiente e personalizado; realizar a

dispensação de medicamentos; acompanhar usuários que moram em residências terapêuticas; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, assessorando o trabalho dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território ou área de abrangência (BRASIL, 2004).

No sentido de favorecer o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, bem como estimular a mudança da lógica de ver e lidar com a “doença” e o “doente mental”, o direcionamento da Política Nacional de Saúde Mental preconiza que os projetos terapêuticos dos CAPS podem ultrapassar a estrutura física da unidade, em busca da rede de suporte social comunitária. O atendimento prestado deve ser através de projeto terapêutico individualizado, construído conjuntamente com o usuário. A preocupação principal não deve ser o estabelecimento de um diagnóstico clínico, mas sim o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2004).

Com base no exposto, a presente dissertação de mestrado tem como recorte de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - O Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. A escolha deste CAPS deve-se ao fato de ser este um serviço público de atendimento diário a portadores de transtornos mentais adultos, único nesta modalidade no município. A população de Florianópolis conta com outros dois centros de atenção psicossocial, um para atendimento de crianças e adolescentes (CAPSi) e outro para atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (CAPSad).

O CAPS Ponta do Coral constitui-se no principal serviço de atendimento extra-hospitalar na realidade local, desempenhando um papel central na assistência a portadores de transtornos mentais graves. A rede municipal de atenção em saúde mental é incipiente, com poucos recursos e o CAPS enfrenta diversas dificuldades na realização de suas atividades, concentrando uma demanda de atendimento superior a sua capacidade.

Destacamos a relevância deste estudo na medida em que está em curso no país uma reforma nos serviços de assistência em saúde mental, em que a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos pelo cuidado comunitário/ambulatorial tem sido a

diretriz básica para a reorganização da política de saúde mental, desde o nível federal aos níveis estadual e municipal.

A reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

O processo de reestruturação dos serviços de saúde mental está baseado na organização de uma rede comunitária de cuidados. Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esportes etc), culturais, religiosos e de lazer são convocados para potencializar as equipes de saúde na tarefa de realizar ações de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004).

Fazem parte desta rede de serviços de saúde mental os centros de atenção psicossocial, os núcleos de atenção psicossocial (NAPS), os serviços residenciais terapêuticos (SRTs), os hospitais gerais, os centros locais de saúde, as equipes de saúde da família e agente comunitários de saúde, entre outros. Particularmente, neste trabalho, nos interessamos por estudar os CAPS por estes assumirem um papel central na organização da rede, constituindo-se em serviços de atenção que “almejam à outra lógica, outra fundamentação teórica-técnica e outra ética, que não mais a do paradigma psiquiátrico” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.19).

Os CAPS foram criados para serem substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos, oferecendo atendimento em saúde mental à população de sua área de abrangência. São atendidas pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, incluindo aquelas que apresentam transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e crianças e adolescentes. As práticas realizadas neste tipo de serviço devem caracterizar-se por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro, na comunidade.

Oficialmente os CAPS foram instituídos pela Portaria GM/MS N°224/1992 e definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam uma população adscrita definida pelo nível local e oferecem atendimento de cuidados intermediários entre

o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (BRASIL, 2002b).

Atualmente, os CAPS são regulamentados pela Portaria GM/MS N° 336/2002 e integram a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta portaria estabelece critérios de porte/complexidade e abrangência populacional aos CAPS, classificando-os nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad⁴. A classificação dos diversos tipos de CAPS difere, basicamente, quanto ao tamanho da população pela qual se responsabilizam e quanto ao regime de funcionamento.

Os profissionais que trabalham nos CAPS integram uma equipe multiprofissional. São técnicos de nível superior e nível médio, de diferentes áreas de formação. Os profissionais de nível superior são médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física entre outros necessários para as atividades oferecidas, de acordo com o projeto terapêutico do CAPS. Os profissionais de nível médio podem ser técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores, artesãos, profissionais de limpeza e cozinha (BRASIL, 2004).

As equipes técnicas possuem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. Cabe aos profissionais a tarefa de organizar-se para realizar o acolhimento dos usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, realizar as atividades de reabilitação psicossocial, equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas.

Ao considerarmos as práticas em saúde mental de um centro de atenção psicossocial nosso objeto de estudo estamos entendemos que é a partir delas que a mudança de paradigma se torna possível, haja vista que a estruturação de uma rede de

⁴ O CAPS I tem capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e deve funcionar das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira; o CAPS II atende municípios com população entre 70.000 e 200.000, deve funcionar das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas; o CAPS III atende municípios com população acima de 200.000 habitantes, funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana. Já os CAPSi e os CAPSad possuem características diferenciadas dos demais. O CAPSi é referência para municípios com população acima de 200.000 habitantes e constitui-se em um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período até 21 horas. Os CAPSad destinam-se a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. É indicado em municípios com população acima de 100.000 habitantes, funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas (BRASIL, 2002b).

novos serviços de saúde mental não constitui por si só uma ruptura com o paradigma das práticas asilares, da segregação e da tutela do portador de transtorno mental. Contudo, sabemos que analisar uma realidade institucional é uma tarefa difícil, principalmente quando nos propomos olhar esta realidade em movimento, permeada de contradições e como fruto de um processo sócio-histórico.

Nesse sentido, elegemos como sujeitos informantes os profissionais que atuam no Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, por entendermos que a eles cabe a tarefa de realizar as atividades institucionais cotidianas. Esses profissionais integram uma equipe multiprofissional e assumem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. A nosso ver, constituem-se atores sociais centrais no processo de implementação e operacionalização da Reforma Psiquiátrica na realidade local.

Com isso queremos destacar que os profissionais de saúde mental exercem um papel relevante para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, seja como partícipes dos movimentos sociais, como gestores da política de saúde mental e/ou como trabalhadores (técnicos) nos serviços de assistência. Particularmente, aos profissionais dos CAPS cabe o compromisso de operacionalizar a mudança da lógica da assistência, na medida que estão atuando em um serviço considerado um dispositivo estratégico da rede de assistência em saúde mental. Esses profissionais estão diretamente ligados aos usuários do serviço e a implementação da política de saúde mental, função que os coloca na linha de frente de um cenário novo que vem passando por formulações e reformulações nos campos “político-jurídico, técnico-assistencial, epistemológico e sociocultural” (AMARANTE, 2003).

Torna-se pertinente ressaltar que o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) teve forte influência nos avanços ocorridos na mudança da assistência psiquiátrica. Constituído inicialmente de técnicos de saúde mental buscava a melhoria da assistência psiquiátrica e denunciava a situação precária dos manicômios. O MTSM posicionou-se em relação à assistência prestada, politizou a questão da Reforma, construiu uma linha de pensamento crítica no campo da saúde mental. Organizados, os trabalhadores criaram fóruns de discussões locais de caráter técnico e político e defenderam as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Posteriormente, o movimento ampliou-se no sentido de ultrapassar sua natureza técnico-científica, organizou sua estrutura administrativa como fórum nacional e passou a ser designado Movimento da Luta Antimanicomial, tornando-se um movimento social que passou a englobar várias entidades como associações de usuários

e familiares⁵, ONGs, entre outras (AMARANTE, 1994, 1995a; SOUZA, 2001; VASCONCELOS, 2000b, 2004).

Assim, nos parece certo que os profissionais de saúde mental são atores sociais influentes na efetivação da Reforma Psiquiátrica. Razões significativas para pesquisar e valorizar suas experiências e opiniões, na medida em que seus relatos podem indicar como vem se realizando no dia-a-dia a Reforma, bem como contribuir para a construção de novas práticas e a produção de novos saberes. E, entendemos como Foucault, que os saberes não são apenas conhecimentos acadêmicos, produções que se autodenominam científicas. Os saberes também estão onde são produzidos, pois sempre criam visões de mundo, produzem histórias e História.

Dessa forma, a presente pesquisa tem a finalidade específica de contribuir para a análise das práticas locais de saúde mental, a partir do estudo da realidade vivenciada no CAPS de Florianópolis e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Lembramos, ainda, que neste ano de 2006 o CAPS Ponta do Coral completa dez anos de atividades, fato que nos leva a destacar a importância de um estudo que identifique as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação deste serviço. No geral, busca-se fornecer subsídios para os avanços nas políticas de saúde mental e contribuir para a produção de conhecimentos sobre a realidade da prática das políticas públicas de saúde mental. Para tanto, elegemos como eixos de estudo e análise cinco pontos, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social e integração com a rede municipal de assistência em saúde.

Constitui-se como objetivo geral do presente estudo a análise da realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Para alcançarmos este definimos como objetivos específicos: 1) caracterizar a estrutura e os recursos financeiros disponibilizados

⁵ Cabe registrar que no campo da saúde mental encontram-se associações de composição variada. Há associações de usuários; associações de familiares; associações de usuários e familiares; associações de usuários, familiares e técnicos; associações de usuários e técnicos; e associações de técnicos e familiares. Em sua maior parte, o processo organizativo das associações é conduzido por elementos de constituição de laços de solidariedade e ajuda mútua. Contudo, existem associações que são favoráveis à agenda de inovações da assistência colocada pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e, outras, que se caracterizam como uma comunidade de veto em relação à mesma agenda (SOUZA, 2001).

e sua adequação às atividades do Caps; 2) conhecer as práticas assistenciais desenvolvidas pelo CAPS com relação ao projeto terapêutico e como se organiza o trabalho da equipe técnica; 3) identificar como ocorrem as práticas institucionais de participação do usuário e da família no tratamento e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica; 4) identificar se existem e quais são as ações institucionais, intersetoriais e/ou outras criadas com relação a inserção social do portador de transtornos mentais; 5) descrever e analisar a relação existente entre o CAPS e a rede municipal de assistência em saúde com relação a operacionalização da política de saúde mental e do SUS; 6) identificar quais as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação do CAPS, pontos positivos e negativos.

1.1 Procedimentos metodológicos

Para operacionalizar os objetivos do nosso estudo foi realizada uma pesquisa de caráter qualitativo, do tipo estudo de caso. Segundo Minayo (1994), a pesquisa qualitativa, nas ciências sociais, responde a questões particulares, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Isso significa considerar que trabalhamos com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que correspondem a pontos mais profundos das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser quantificáveis. E, segundo Chizzotti (2003, p. 104), em geral, a pesquisa qualitativa objetiva provocar o esclarecimento de uma situação para uma tomada de consciência pelos próprios pesquisados dos seus problemas e das condições que os geram, a fim de elaborar meios e estratégias de resolvê-los.

Dentre os tipos de pesquisa qualitativa, o estudo de caso talvez seja um dos mais relevantes. É uma modalidade que propicia retratar uma realidade de forma ampla e profunda, de forma a revelar a multiplicidade de dimensões presentes numa determinada situação e contextualizar o objeto para melhor compreendê-lo (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Nesta forma de estudo, o caso é tomado como unidade significativa do todo porque tanto retrata uma determinada realidade quanto revela a multiplicidade de aspectos globais presentes em uma dada situação (CHIZZOTTI, 2003). A principal função do estudo de caso é a explicação sistemática de fatos que ocorrem no contexto social e geralmente se

relacionam com uma multiplicidade de variáveis. Essa técnica caracteriza-se por ser um estudo intensivo, o qual deve considerar a compreensão geral do assunto investigado (FACHINI, 2001).

O local escolhido para a realização do estudo, o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, é um serviço público, municipal, cadastrado na modalidade CAPS II, situado à rua Rui Barbosa, 713 (fundos), no bairro Agrônômica, Florianópolis/SC. CAPS Ponta do Coral funciona das 8h às 18hs e atende uma demanda média diária de 40 usuários. O serviço foi criado em março de 1996 e funciona neste endereço desde o mês de dezembro do mesmo ano⁶.

A principal fonte de informação da presente pesquisa constituiu-se das falas dos profissionais, de formação de nível superior, e, no resultado do formulário aplicado a todos os membros da equipe do CAPS Ponta do Coral. Utilizamos para a coleta de informações a entrevista semi-estruturada, gravada, com questões abertas, e a aplicação de formulário com questões fechadas (Apêndices A e B). As entrevistas foram orientadas por um roteiro com perguntas estruturadas e agrupadas em cinco blocos correspondentes aos eixos de estudo da pesquisa. De acordo com Trivinos (1987), a entrevista semi-estruturada geralmente parte de certos questionamentos básicos, de perguntas fundamentais derivadas da teoria que é adotada para a pesquisa e de informações que o pesquisador possui sobre o tema a ser pesquisado.

Na pesquisa qualitativa, a entrevista é uma das técnicas mais utilizadas na coleta do material empírico. No tipo de estudo escolhido, foi possível perceber que a entrevista constituiu-se na ferramenta capaz de possibilitar a obtenção de dados mais profundos da realidade, os quais só podem ser obtidos com a contribuição dos sujeitos envolvidos.

O trabalho empírico para coleta dos dados e das informações na Instituição foi realizado entre a segunda quinzena do mês de março e a primeira quinzena do mês de abril de 2006 (16/3/2006 a 13/4/2006). A coleta teve início após a apresentação e solicitação de autorização para a realização da pesquisa à coordenação da Instituição. O projeto foi encaminhado à Comissão de Ensino e Pesquisa do CAPS II Ponta do Coral e à Direção de

⁶ A implantação do serviço foi efetivada em 25/3/1996, ficando instalado, provisoriamente, junto ao Centro de Saúde II do Centro de Florianópolis (atual ULS Centro), na Avenida Rio Branco. Em dezembro do mesmo ano foi transferido para o atual endereço, passando a ser chamado NAPS Ponta do Coral. Seu credenciamento no Ministério da Saúde aconteceu ao longo do ano de 1997. Em 2002, a Portaria GM n° 336 regulamentou a denominação dos antigos NAPS para CAPS (STUANI, 2005).

Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis para parecer. Mediante o parecer favorável (Anexo A) das referidas instâncias, foi realizada, em reunião de equipe, a apresentação do projeto aos profissionais do CAPS Ponta do Coral. Concluída esta etapa, foi realizada a entrevista pré-teste. A escolha do profissional observou os critérios constantes da metodologia do projeto. A entrevistada foi uma profissional da área da psicologia (área que tem mais de um profissional no CAPS) que tinha disponibilidade para a realização da entrevista na data escolhida. A partir desta entrevista, foram realizadas pequenas alterações no roteiro, com vistas a agrupar algumas perguntas, no sentido de diminuir o tempo necessário à efetivação da mesma. A referida entrevista teve a duração aproximada de uma hora e vinte minutos, acrescida de mais quinze minutos para a aplicação do formulário, totalizando uma hora e trinta e cinco minutos.

No total, foram realizadas seis entrevistas e aplicados doze formulários, de acordo com a metodologia estabelecida, a qual privilegiou, para a entrevista, o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de ensino superior, dentre as existentes no CAPS Ponta do Coral, quais sejam: psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Os formulários foram aplicados a todos os profissionais de formação de nível superior e de formação de nível médio. Foi necessário realizar sorteio do profissional a ser entrevistado apenas com relação a área da psicologia, por esta ter quatro profissionais atuando na equipe do CAPS. Como utilizamos um deles para a realização do pré-teste, participaram do sorteio apenas os outros três. O sorteio foi realizado na presença de outras duas profissionais da equipe.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos profissionais. A aplicação dos formulários foi simultânea e obedeceu ao mesmo critério. No caso de três dos profissionais entrevistados não foi possível realizar a aplicação do formulário no momento da entrevista, a pedido dos mesmos, devido a limitações de tempo. As entrevistas foram gravadas em fitas cassete, com a autorização prévia dos entrevistados, e, posteriormente, as falas foram transcritas.

As informações e os dados coletados foram sistematizados e classificados, de acordo com os eixos de pesquisa, e posteriormente analisados com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os dados originados dos formulários foram analisados e tratados descritivamente, ou seja, reduzidos a termos descritivos. Para efeito de padronização e de comparação foi adotado o método da porcentagem.

A análise final, que, segundo Minayo (1994), corresponde a um movimento contínuo entre o empírico e o teórico e vice-versa para fazer do caos aparente das

informações revelações da sua especificidade, foi construída pela síntese das informações coletadas em cada eixo de estudo, previamente definidos.

As questões éticas foram consideradas em todas as etapas do estudo, especialmente, na relação com os entrevistados, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) e dentro do que determina a Resolução N° 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde e o Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina. Os profissionais foram informados e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa quando da apresentação do projeto em reunião de equipe e individualmente antes da realização da entrevista. Foi preservado o anonimato dos entrevistado ao se utilizar codinomes para referenciar as falas no trabalho, destacando-se que os mesmos escolheram livremente seu próprio apelido quando da realização da entrevista. Apenas uma das entrevistadas optou por deixar a cargo da pesquisadora a escolha do codinome.

O trabalho que ora apresentamos está organizado de forma a contemplar, neste primeiro capítulo, a introdução do tema e a metodologia utilizada na pesquisa; no segundo capítulo descrevemos, sistematizadamente, o norte teórico utilizado como referência para a análise dos dados e das informações coletadas; no terceiro capítulo trazemos os resultados e as análises da pesquisa. Ao final, resgatamos os principais tópicos relacionados aos eixos de estudo e expomos nossas considerações finais sobre o tema.

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA

Procuramos expor neste capítulo uma síntese das análises de alguns autores que têm contribuído para o avanço nas discussões sobre a Reforma Psiquiátrica, bem como a definição do que vem a ser este outro modelo de atenção em saúde mental – o Modo Psicossocial, tanto em seus aspectos prático-assistenciais quanto em suas exigências éticas e teóricas, no sentido de construirmos o norte teórico orientador das análises da presente pesquisa.

Todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, na atualidade, bem como a literatura da área estabelecem a categoria teórico-prática “desconstrução” como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade nas ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Reiteram, também, a incapacidade da psiquiatria de explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (BASAGLIA, 1985; ROTELLI, 1990). Neste sentido, a proposta da Reforma Psiquiátrica objetiva criar experiências alternativas ao hospital psiquiátrico e ao modelo de suas práticas, através da extinção desse tipo de instituição e sua substituição por recursos que sejam capazes de rever tanto as concepções do “objeto” quanto dos “meios” e modos da sua intervenção nessa área.

A partir das contribuições colocadas por Fleury (et. al., 1989), com relação ao conceito de Reforma Sanitária como um “processo de transformação estrutural”, e da noção de *processo social complexo* proposta por Rotelli (1990), Paulo Amarante (2003, p.49), define Reforma Psiquiátrica como:

um processo social complexo que se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade.

Nessa concepção, o autor observa que processo indica algo em permanente movimento, que não tem um fim predeterminado, nem um objetivo último ou ótimo. E, a idéia de complexidade é posta não como sinônimo de complicação, mas sim como uma atitude epistemológica no sentido de reabrir a possibilidade de recomplexificação do fenômeno, proposição oposta a naturalização/objetualização da noção de doença. Neste sentido, a doença deixaria de ser reduzida a uma alteração biológica, para tornar-se um

processo de saúde/enfermidade. Em outras palavras, “a doença não é um objeto, mas uma experiência nas vidas de sujeitos distintos” (AMARANTE, 2003, p.53).

Na continuidade de suas análises sobre a Reforma Psiquiátrica Amarante (2000, 2003) designa quatro dimensões para as transformações operadas na e pelas práticas da Reforma, quais sejam: teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural.

A dimensão teórico-conceitual ou epistemológica contempla o conjunto de questões que dizem respeito a produção de conhecimentos e saberes que irão subsidiar as práticas. É uma dimensão que vai desde a reflexão dos conceitos mais fundamentais do campo das ciências até os conceitos produzidos pela psiquiatria: alienação, doença mental, normalidade/anormalidade, terapêutica e cura. Um aspecto muito importante desta dimensão refere-se ao desafio de se repensar as relações entre conhecimento e objeto (AMARANTE, 2003).

Na interpretação de Costa-Rosa (et al., 2003, p. 32), o campo teórico-conceitual pauta-se na desconstrução de conceitos e práticas, sustentados pela psiquiatria e pela psicologia nas suas visões acerca da doença mental. Propõe-se como contrapartida a construção de noções e conceitos como “existência-sofrimento” do sujeito na sua relação com o corpo social, acolhimento, cuidado, emancipação e contratualidade social. Nesse âmbito, pode-se entender que o conceito de existência-sofrimento impulsiona a Reforma Psiquiátrica na direção de uma revolução paradigmática, uma vez que questiona a tão cara relação sujeito-objeto e o próprio paradigma doença-cura. Tal conceito aparece por contraposição ao paradigma doença-cura, expressando a exigência de se dar ao sujeito a centralidade da cena.

Como exemplo desse campo Amarante (2003, p. 50) destaca o processo de desconstrução do conceito de clínica, que deixaria de ser o isolamento terapêutico ou o tratamento moral para tornar-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades; a desconstrução do conceito de doença produzido pela psiquiatria, em que o sujeito, não mais visto como alteridade incompreensível, possibilitará outras formas de conhecimento, que produzirão novas práticas clínicas e sociais.

Cabe destacar que quando um conceito é submetido ao processo de desconstrução é possível supor que as relações entre as pessoas envolvidas também serão transformadas, assim como os serviços, os dispositivos e os espaços. Conseqüentemente, mudam, ainda, os conceitos e as práticas jurídicas que eram adotadas pelos conceitos desconstruídos.

Para Basaglia (1985) e Rotelli (1990), desconstrução está relacionada à noção de *invenção*, de construção do real, de produção da subjetividade, recolocando em discussão a ciência e a psiquiatria. Os autores referem-se a “desconstrução” do dispositivo psiquiátrico e clínico em seus paradigmas fundantes e suas técnicas de poder-saber, entendendo-a como uma ação prática de dismantelamento das incrustações institucionais que cobriam a doença. A desconstrução questiona as bases do dispositivo psiquiátrico, em sua competência para atuar frente à loucura.

Entende-se desconstrução como um processo social complexo, de desmontagem do dispositivo psiquiátrico, que não tem fim, ou não pretende constituir, um modelo ideal, mas sim dar novo significado às relações e colocar questões imanentes às situações-problema. Nesse sentido, é um processo que precisa, por definição, ser reinventado incessantemente, e questionar também o conjunto dos segmentos sociais que deveria ser [...] objeto de uma verdadeira "revolução molecular", quer dizer, de uma re-invenção permanente (GUATTARI, 1992 apud TORRE; AMARANTE, 2001, p. 14).

A dimensão político-jurídica passa pela criação e alterações na legislação com relação aos direitos e a assistência ao portador de transtornos mentais. O âmbito jurídico é decorrente do fato de a psiquiatria ter instituído a noção de relação entre loucura, periculosidade, irracionalidade, incapacidade, irresponsabilidade civil. No plano político luta-se pela extinção dos manicômios e sua substituição por instituições abertas, pela revisão das legislações sanitárias, civil e penal referente a doença mental, para possibilitar o exercício dos direitos à cidadania, ao trabalho e à inclusão social. Importa nessa dimensão rediscutir e redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais (AMARANTE, 2003, p. 53; COSTA-ROSA, et al., 2003, p. 33).

No âmbito da dimensão técnico-assistencial está o modelo assistencial. É nesse campo que, na realidade brasileira, aparecem mais visivelmente as inovações com relação as práticas assistenciais em saúde mental, concomitante a reconstrução dos conceitos. As transformações vêm acontecendo tanto na concepção de novos serviços (CAPS, oficinas terapêuticas e de reintegração sociocultural, cooperativas de trabalho) quanto na sua forma de organização e gestão (instituições abertas com participação e co-gestão com os usuários e a população).

Nos últimos anos têm-se objetivado construir uma rede de novos serviços, concebidos como espaços de sociabilidade, de trocas, em que se enfatiza a produção de saúde como produção de subjetividades. Essas mudanças indicam para uma mudança nas práticas de atenção e tem significado *colocar a doença entre parênteses*, propiciando

contato com o sujeito, rompendo com as práticas disciplinares; aumentando a possibilidade de recuperação do seu estatuto de sujeito de direitos (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 32-33; AMARANTE, 2003, p.51).

A expressão *colocar a doença entre parênteses* é atribuída a Basaglia, significa a suspensão do conceito e implica na possibilidade de novos contatos empíricos com o fenômeno em questão. Para o autor, a psiquiatria colocou o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença como fenômeno da natureza. Assim, Basaglia propõe uma inversão, isto é, colocar a doença entre parênteses para tornar-se possível lidar com o sujeito e não com a doença.

Amarante (2003) chama a atenção para o fato de a atitude epistemológica de colocar a doença entre parênteses não significa a negação da doença no sentido do não se reconhecer que experiências de sofrimento ou diversidade fazem parte da realidade concreta da saúde mental. Nas palavras do autor:

não significa a recusa em aceitar que exista uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar. Significa, isto sim, a recusa a explicação da psiquiatria, para dar conta daquela experiência, como se esta pudesse ser explicada pelo simples fato de ser nomeada como doença. A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia social e política da exclusão, e a ruptura epistemológica com o saber da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para objetivar conhecer a subjetividade (AMARANTE, 2003, p. 56).

A dimensão sociocultural expressa o objetivo maior da Reforma Psiquiátrica, haja vista que pretende transformar o *lugar social* da loucura no imaginário social, transformando as relações entre a sociedade e a loucura. Muito do imaginário social é decorrente da ideologia psiquiátrica que tornou senso comum a relação da loucura à incapacidade do sujeito de estabelecer trocas sociais e simbólicas (AMARANTE, 2003, p. 53).

Para tanto se têm estimulado uma série de práticas sociais visando transformar o imaginário social relacionado a loucura, a doença mental e a anormalidade. Está em processo de mudança a imagem da loucura e do louco, a imagem da instituição e a da relação dos usuários e a população com ela. A intencionalidade passa pela construção de uma imagem das instituições de atendimento como espaços abertos de circulação e pólos de exercício estético, e uma imagem do “louco” como cidadão que deve almejar poder de contratualidade social (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 33).

Pensar a Reforma Psiquiátrica como um processo complexo implica desconstruir, superar conceitos; pensar, refletir sobre as ações no campo da saúde mental e os efeitos de

suas práticas; criar, construir novas práticas e produzir outros saberes. Trata-se, portanto, de um processo contínuo em que os verbos transformar, produzir, desconstruir, desmontar, emancipar, reconstruir devem estar no cotidiano do fazer em saúde mental.

2.1 O Modo Psicossocial

A elaboração das práticas do modo psicossocial é tributária de diferentes movimentos sociais científicos e vários campos teóricos. Sob esse aspecto, Abílio da Costa-Rosa (2000; 2003), busca especificar elementos básicos do novo paradigma traçando um paralelo de análise entre as práticas constitutivas do modo asilar e aquelas exigidas ao modo psicossocial⁷.

As principais características do modo asilar são: ênfase na consideração de determinantes orgânicos nos problemas que se pretende tratar, o que implica que o seu meio básico seja medicamentoso; pouca ou nenhuma consideração da existência do sujeito, o que implica que não se insista na sua mobilização como participante do tratamento. O indivíduo continua sendo visto como doente, tanto em relação à família quanto em um contexto social mais amplo. Daí decorre que a intervenção seja quase exclusivamente centrada nele. As aproximações da família, quando ocorrem, costumam ter caráter apenas pedagógico e assistencial. Dessa consideração do indivíduo como centro do problema, entre outros fatores, decorre também seu isolamento em relação ao meio familiar e social.

Ainda, com relação as práticas assistenciais, no modo asilar, o trabalho é realizado sem que os profissionais se encontrem para conversar sobre a atividade comum. O prontuário é considerado o elo de interconexão entre os profissionais da equipe. Mesmo no caso em que o meio é multiprofissional, a determinação fundamental dos problemas continua, na prática, sendo biológica. Portanto, a eficácia do tratamento espera-se que venha da química. Sua instituição típica continua sendo o hospital psiquiátrico fechado,

⁷ O autor observa que esta análise tem uma dimensão histórica, na medida que inclui uma consideração dos avanços que tem ocorrido nas práticas concretas até o presente; e outra dimensão lógica, visto que decorre da dedução realizada, através do método de análise, das características imprescindíveis a um determinado dispositivo para que ele configure uma lógica contraditória com a dos dispositivos que pretende superar e substituir (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.36).

ainda que nas últimas décadas esse venha sendo alvo de reformas democratizantes, intermitentes e esteja acompanhado de dispositivos chamados extra-asilares.

No modo psicossocial a concepção do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos sustentados para lidar com esse processo requer a desinstitucionalização do paradigma “doença-cura” e sua substituição pelo “existência-sofrimento”, conjuntamente com a configuração de práticas de trabalho transdisciplinares.

Destacam-se como principais exigências ao modo psicossocial: a determinação e consistência psíquica e sociocultural dos problemas, e não orgânica; a desospitalização e a desmedicalização, o que significa desconsiderar a medicação como resposta única ou preponderante e a priori; o exercício da “clínica da escuta e da criação de si”, e não a clínica da observação e da retomada do estado anterior às crises; a horizontalização das relações intrainstitucionais; a participação dos usuários e da população em forma de autogestão e co-gestão; o livre trânsito dos usuários e da população; a ética do reposicionamento do sujeito, que significa reconhecer a implicação subjetiva como forma de singularização e não supressão sintomática.

Os dispositivos institucionais típicos do modo psicossocial são os centros e núcleos de atenção psicossocial, o Hospital-Dia, ambulatorios de saúde mental; equipes multiprofissionais de saúde mental, inseridas em Centros de Saúde; setores para tratamento em saúde mental, inseridos em hospitais gerais. Seus meios básicos de tratamento são a psicoterapia, a laboterapia, as socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural, além da medicação.

É decisiva a importância que se atribui ao sujeito, daí que se insista de maneira fundamental na sua mobilização como participante principal do tratamento. Não se deixa de considerar, por isso, a sua dimensão de indivíduo (orgânico e sócio-cultural). Dá-se ênfase à consideração da pertinência do indivíduo a um grupo familiar e social. Supõe-se que se deve trabalhar também a família e o grupo social como agentes das mudanças buscadas.

Da consideração de que não é o indivíduo o único problemático, sugere-se que se inclua no tratamento também a família e eventualmente um grupo mais ampliado. As formas de participação da família e do grupo ampliado no tratamento são várias e superam, em muito, as posturas assistencial e orientadora, características do modo asilar. As associações de usuários e familiares criadas no modo psicossocial são reflexos dessa nova postura em relação aos usuários.

No modo psicossocial, espera-se que as diferentes possibilidades de ação se estendam desde a continência do indivíduo, durante a crise, até o reconhecimento da implicação familiar e social nos mesmos problemas. Espera-se, portanto, que tanto uns quanto outros possam assumir a parte de seu compromisso na atenção e no apoio. Além disso, dá-se acentuada ênfase à reinserção social do indivíduo, sem perder de vista que, muitas vezes, não é a problemática com a qual ele chegou a responsável pela sua saída da circulação sociocultural.

Quanto às formas de organização institucional, no modo asilar estas são marcadas por estratificações de poder e saber no âmbito do pessoal da instituição, que se transladam para a relação com os usuários e a população, os quais estão excluídos de qualquer participação que não seja a do objeto inerte e o mundo. Já os dispositivos do modo psicossocial tem suas práticas fundamentadas na lógica da Psicoterapia Institucional e da Comunidade Terapêutica e, geralmente, estas são instrumentadas por meio de assembleias de usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental. Participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais no modo psicossocial, por oposição à estratificação e interdição institucionais à heterogestão e à disciplina das especialidades que dominam no modo asilar.

Neste sentido, o autor propõe designar a Atenção Psicossocial como paradigma do modo psicossocial, em oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar.

2.1.2 Atenção Psicossocial

O termo Atenção, no contexto da Reforma Psiquiátrica, assume o conceito de “dar e prestar atenção, acolher, receber com atenção, tomar em consideração, levar em conta e escutar atentamente”. Designa uma parte fundamental do contorno que se pretende imprimir às ações de Atenção Psicossocial nas práticas em saúde mental. Expressa certos princípios relativos, sobretudo, à forma das relações dos agentes institucionais e das próprias instituições como dispositivos, com os sujeitos usuários e suas demandas (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 22).

Já o conceito Psicossocial designa as práticas em Saúde Mental Coletiva que se inscrevem como transição paradigmática da psiquiatria; enquanto que o termo psicossocial

agrega ao 'objeto' das práticas em saúde mental aspectos psíquicos e sociais, e tem a função de designar experiências reformadoras em sentido amplo (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 19).

Segundo o autor, ao somatizar aspectos sociais e psíquicos aos aspectos biológicos do paradigma e do objeto da psiquiatria a Atenção Psicossocial vai promover transformações nas concepções do objeto, nos modos de conceber e estruturar a instituição como dispositivo e, sobretudo, na forma de conceber e estruturar as relações terapêuticas, que tem, por sua vez, implicações éticas radicalmente distintas das práticas asilares.

A Atenção Psicossocial subentende ações diferenciadas das contidas no paradigma asilar e psiquiátrico. Na definição de Costa-Rosa Luzio e Yasui (2003, pp. 34-36):

a Atenção Psicossocial parece configurar um campo capaz de congrega e nomear todo o conjunto das práticas substitutivas ao Modo Asilar, conservando ao mesmo tempo a abertura necessária para a inclusão das inovações que ainda estão se processando e para outras que certamente virão. [...] As práticas de Atenção Psicossocial representam a sedimentação de um vasto conjunto de variações teórico-técnicas e éticas, mais ou menos radicais, conforme o caso, em relação às práticas vigentes e dominantes, que estão no lugar estrutural de sua alteridade necessária.

Os autores argumentam que a Atenção Psicossocial tem sustentado um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas norteadas pela aspiração de substituírem o modo asilar, e algumas vezes o próprio paradigma da psiquiatria. As ações na esfera político-ideológica trabalham em sintonia com os movimentos sociais que lutam pelo resgate da dignidade humana e dos direitos individuais e coletivos de cidadania. As ações teórico-técnicas referem-se à produção de novas formas de intervenção que possibilitem a construção de novos dispositivos que trabalhem pela transformação radical dos modelos institucionalizados e da ética em que se pautam.

Atenção Psicossocial, entendida como paradigma do modo psicossocial, designa concepções contrárias ao modo asilar. Quando referida as políticas públicas de saúde mental aspira a inclusão de aspectos políticos, econômicos, sociais, culturais e outros relacionados com ações que visam a construção de práticas de emancipação para a cidadania. Neste trabalho, se refere ao modelo de atenção em saúde mental que deve nortear as práticas dos serviços substitutivos, especificamente, a dos centros de atenção psicossocial.

Dessa forma, a complexidade e amplitude das práticas de Atenção Psicossocial inclui como seus componentes necessários, os conceitos e as práticas englobadas na desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, a partir de uma perspectiva baseada no aumento da contratualidade social dos usuários das instituições.

2.2 Desinstitucionalização

A desinstitucionalização tem sua origem nas experiências desenvolvidas por Franco Rotelli (1990), na Psiquiatria Democrática italiana. Segundo o autor, o primeiro passo da desinstitucionalização consiste em desmontar a relação problema-solução, renunciando a busca da solução racional (tendencialmente ótima) que no caso da psiquiatria é a normalidade plenamente restabelecida.

“O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de “cura” mas no projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente” (ROTELLI, 1990, p.30). Neste sentido, trata-se de um processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito doente. A desinstitucionalização traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação na qual exista reciprocidade entre sujeitos - uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade.

Nas palavras do autor,

A desinstitucionalização é, sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. [...] Depois de ter descartado a ‘solução-cura’ se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento (ROTELLI, 1990, p.33).

Em sua origem, os pressupostos da desinstitucionalização encaminham-se no sentido da restituição da subjetividade do indivíduo, possibilitando-lhes a recuperação de sua contratualidade, isto é, da posse de recursos para trocas sociais e, por conseguinte, para a cidadania social. Contudo, alguns estudos sobre as mudanças operadas na assistência no

âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira apontam para a compreensão da desinstitucionalização como desospitalização⁸.

Segundo Spricigo (2001), a desinstitucionalização, não correlata da desospitalização, torna-se a um só tempo, processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito adoecido. Traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação em que exista reciprocidade entre sujeitos, uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade. Isso gera a necessidade de invenção de novas modalidades de mediação, não somente médicas, mas principalmente políticas, sociais e culturais.

Sobre esta questão, Amarante (1995b) enfatiza que a mudança desejada na assistência em saúde mental não corresponde simplesmente ao fechamento de hospitais psiquiátricos e o conseqüente abandono das pessoas em suas famílias ou nas ruas, nem no fechamento de leitos para reduzir custos, no sentido do neoliberalismo ou no sentido do enxugamento do Estado. Segundo o autor,

desinstitucionalização não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativo. Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social (AMARANTE, 1995b, p. 491-494).

⁸ Ver SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Série Teses em Enfermagem, n° 42)

Neste sentido, a proposta da desinstitucionalização está centrada em uma mudança completa do paradigma de saber em saúde mental e, do ponto de vista assistencial, na constatação de que o hospital psiquiátrico tradicional é antiterapêutico. Assim, a estratégia de conversão do sistema de cuidado deve partir da substituição do hospital psiquiátrico por um amplo rol de serviços abertos e comunitários, capazes de assistir o usuário desde a crise aguda até às necessidades mais amplas de caráter social. Nestes novos serviços, a reabilitação psicossocial vem se configurando como um lineamento para o desenvolvimento de programas, eticamente responsáveis, no sentido de dar conta da totalidade das demandas que os problemas mentais severos e persistentes requerem.

2.3 Reabilitação psicossocial

Na definição da Organização Mundial de Saúde (1987 apud PITTA, 2001) reabilitação psicossocial é o conjunto de atividade capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários.

Segundo Pitta (2001), a reabilitação psicossocial, no seu sentido instrumental, é representada por um conjunto de meios (programas e serviços) que são desenvolvidos para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes, ou seja, um processo para facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. Tal processo enfatiza as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo e a cada situação de modo personalizado.

Para Saraceno (2001), a reabilitação psicossocial prevê um processo de restituição e reconstrução de direitos políticos legais e sociais para o cidadão. Para tal, projetos de ressocialização devem promover o reconhecimento do portador de transtorno mental.

Para Kinoshita (2001), reabilitar é reconstruir valores, aumentar o poder contratual, criar condições de possibilidade para que um paciente possa, de alguma

maneira, participar do processo de trocas sociais, produzir dispositivos que, desde uma situação de desvalor quase absoluto (pressuposto), possa passar por experimentações, mediações que busquem adjudicar valores aptos para o intercâmbio, ou seja, modificar o pressuposto de desvalor natural para um pressuposto de valor possível proposto, explícito.

O autor considera que reabilitar pode ser entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia. Sendo que, a contratualidade do usuário vai estar, primeiramente, determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Se estes podem usar de seu poder para aumentar o poder do usuário ou não. Depois pela capacidade de se elaborar projetos, isto é, ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida.

Ainda, diretamente ligada a questão da reabilitação de pacientes está a necessidade de se estabelecerem diversificadas redes de relações, as quais melhor capacitariam os indivíduos a compreenderem quais determinações influenciam sua vida cotidiana, ampliando sua autonomia.

O conceito de autonomia aqui referenciado é entendido como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001).

3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Apresentamos, a seguir, os resultados e as análises da pesquisa realizada, a partir dos eixos que nortearam a coleta dos dados e das informações: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde.

3.1 Estrutura e recursos financeiros

O conjunto de serviços substitutivos ao modelo de atenção em saúde mental tradicional (manicomial/asilar), do qual os centros de atenção psicossocial fazem parte, é, atualmente, regulamentado pela Portaria GM/MS N° 336/2002. Esta portaria estabelece portes diferenciados, a partir de critérios populacionais, para abrangência, financiamento e tipo de serviço prestado, de acordo com cada modalidade de CAPS.

Com relação a estrutura física, os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender a sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado. Para tanto, devem estar equipados com consultórios individuais para consultas, entrevistas, terapias, salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitório, sanitários, área externa para oficinas, recreação e esportes (BRASIL, 2004).

Neste aspecto, O CAPS Ponta do Coral tem uma estrutura que compreende um terreno com área física total aproximada de 1.936,00m², destes, aproximadamente 421m² são de área construída. Fazem parte das instalações, uma casa com dois pavimentos, um anexo, utilizado como sala do brechó, área de lazer e estar externa, e estacionamento. O pavimento superior da casa comporta 2 varandas, sala de recepção, sala de espera, 2 áreas de circulação (corredores), sala de administração, 2 consultórios, sendo que no momento um é utilizado como sala administrativa para realização de procedimentos relacionados ao preenchimento das APACs⁹, 2 salas para atividades grupais com WC, sala de depósito de

⁹ Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo.

material, cozinha com despensa, refeitório com churrasqueira, sala ampla (auditório) equipada com multimídia, sala de enfermagem, sala de repouso, e 7 banheiros distribuídos no espaço físico do pavimento superior. No pavimento inferior encontra-se a sala utilizada pela associação de usuários, 2 salas para a realização de oficinas (com passagem de uma para outra), sala com forno, sala de depósito de material e lavanderia¹⁰.

De acordo a pesquisa realizada, 83,3% dos profissionais considera a área física do CAPS suficiente para o atendimento da demanda e 66,7% consideram as instalações adequadas para a realização das atividades propostas; apenas um profissional observou que considera a estrutura do CAPS suficiente desde que as oficinas produtivas sejam realizadas fora da unidade. A mesma porcentagem (66,7%) considera os equipamentos disponíveis suficientes. Neste âmbito, o serviço conta com computador com impressora, aparelho de telefone e fone/faz, televisão, mesas de escritório, cadeiras, quadro branco, maca para atendimento em enfermagem, camas de repouso, fogão industrial, pia, mesas e bancos no refeitório, bancos para estar e descanso, entre outros. Metade dos profissionais respondeu que os equipamentos estão em bom estado de utilização, com ressalvas para salas com pouca ventilação no pavimento inferior.

Já com relação aos materiais de consumo, 91,7%, correspondente a onze dos doze profissionais que responderam ao formulário, consideram que os materiais de consumo não são suficientes. Eles se referem à falta e irregularidade no recebimento de materiais básicos à manutenção do serviço, tais como copo descartável para água, papel higiênico, e, principalmente, material específico para uso nas oficinas terapêuticas e de produtividade. Esta situação pode ser observada nas falas dos profissionais, que identificam as dificuldades no funcionamento do CAPS com relação a falta de recursos materiais e financeiros:

[...] essa falta de recursos é isso que eu te digo, desde a parte administrativa, nós precisamos de papel, carbono, copo pra tomar água, por exemplo, agora nós somos uma Unidade Local de Saúde que não tem copo descartável, já faz quase quinze dias, vinte dias, não tem copo descartável; falta água, aí nós temos que esperar, sendo que é um lugar que transita muitos usuários, eles tomam medicação e precisam tomar água, eles tomam muita água, e acaba não tendo água potável; por exemplo, teve época que faltou papel higiênico, em um serviço onde os usuários chegam fazem lanche, almoçam, fazem lanche da tarde, eles passam o dia aqui, então precisa ter uma estrutura mínima de atendimento (LÉLI, 4/4/2006).

¹⁰ Conforme Planta Baixa da unidade constante no projeto de reforma e ampliação executado em 2003/2004.

[...] a gente tem também o problema de fornecimento de material de consumo já há algum tempo, também desde que essa administração começou (Gestão Municipal e da Secretaria de Saúde), o fornecimento de material de consumo é interrompido, a gente fica sem tinta pra impressora, sem papel, sem papel higiênico...; tem diversos itens desses que são necessários, fazem parte do funcionamento do dia-a-dia do serviço (F, 12/4/2006).

[...] as oficinas terapêuticas e produtivas, requerem um material específico que precisa de dinheiro, e aqui, na política específica do município não tem uma regularização quanto ao repasse desse dinheiro [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

[...] a falta de agilidade no fornecimento das reservas para as oficinas, tudo isso resulta em um prejuízo para o trabalho; ficou quase uns dois meses a oficina fechada por falta de material, por exemplo [...] (P, 17/3/2006).

Outra dificuldade mencionada pelos profissionais no funcionamento do serviço é o vale transporte dos usuários:

[...] o funcionamento em geral fica prejudicado porque na medida em que falta vale transporte o usuário não vem, não consegue se deslocar para vir até aqui, aí interrompe aquele projeto terapêutico que havia sido feito com o usuário [...] (VIK, 24/3/2006).

[...] a questão, por exemplo, da dificuldade que a gente tem aqui: o transporte dos pacientes, a questão do passe, é muito irregular; então, isso reduz a nossa produtividade também, porque os pacientes acabam não vindo. Muitas vezes a gente não pode, por exemplo, contar com aquele paciente que veio para uma entrevista inicial porque ele não tem como estar vindo no curto prazo, então, acho que isso, a questão do custo que é o transporte em Florianópolis, também acaba afetando o nosso trabalho, então, nesse sentido, a falta de regularidade no passe [...] (P, 17/3/2006).

A partir dessa relação entre as diversas necessidades para o funcionamento do serviço é possível perceber que os profissionais assumem como princípio uma concepção de saúde ampliada, na qual não basta somente o atendimento terapêutico. Outros fatores estão interligados e contribuem para que a assistência efetivamente ocorra. Contudo, a concepção e prática setorializada das políticas sociais brasileiras provoca situações dessa natureza, na medida em que não se trabalha a inter-relação entre elas. Esta forma de setorialização das políticas sociais, no entanto, não é característica apenas da realidade brasileira, mas uma “modalidade do Estado burguês” que traduz as expressões da questão social mediante a tipificação das políticas sociais (NETTO, 1992).

Várias iniciativas têm buscado romper com esta perspectiva como a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), que reafirmou a necessidade de se garantir e melhorar o acesso aos bens e serviços da sociedade: prover trabalho, creches, profissionalização, educação, lazer, escolas, habitação, transporte, segurança pública, saneamento básico. Também, destacou ser fundamental enfatizar a questão do transporte urbano acessível aos usuários, a fim de que seja garantido o deslocamento entre os serviços de saúde e sua moradia (BRASIL, 2002a).

Na seqüência da pesquisa realizada, dois entrevistados referiram que a falta e as dificuldades no fornecimento dos recursos materiais necessários estão mais acentuadas na atual gestão administrativa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)¹¹. Foram relacionadas, ainda, como dificuldades, a falta de um carro disponível para o CAPS, a falta de terapeuta ocupacional, de outro médico psiquiatra e outros profissionais de nível médio (auxiliar administrativo, pessoa para limpeza). Outras questões listadas estão relacionadas aos recursos humanos e as necessidades de integração do serviço na política municipal de saúde. Os profissionais relatam a existência de dificuldades de interação da equipe, falta de capacitação, supervisão institucional, falta de apoio institucional, falta de efetivação de uma rede de saúde mental e/ou a existência de uma rede de atenção ainda incipiente, em processo de formação, falta de estrutura para atenção às urgências, dificuldades do gestor em compreender a lógica da saúde mental, salários incompatíveis com as funções.

Os problemas relatados pelos profissionais aparecem diretamente relacionados à insuficiência dos recursos financeiros de custeio do serviço. Todos os entrevistados referiram que os recursos gerados pelo serviço, através das APACs, não são suficientes para a realização das atividades do CAPS. Dentre as atividades prejudicadas, o trabalho nas oficinas foi apontado como o principal, conforme aparece na fala a seguir:

o que requer mais recursos, atualmente, são as oficinas produtivas, por exemplo, houve uma paralisação de muitas das oficinas quando faltou recurso. O recurso não é exatamente suficiente. Eu acho que os R\$ 500,00 por mês é um recurso pequeno [...] acho que o recurso poderia ser maior, pelas necessidades ele acaba sendo reduzido, não é uma coisa que você possa comprar a vontade, assim, é limitado, muitas vezes, a oficina tira de uma pra passar pra outra (P, 17/3/2006).

¹¹ Gestão Municipal 2004/2008; a Gestão da Secretaria de Saúde referida é a de 2004 a abril de 2006 que teve como gestor o vereador Walter da Luz; à época da coleta dos dados empíricos houve mudança do gestor municipal de saúde, assumindo o cargo o ex-secretário estadual de saúde João José Cândido da Silva.

Um dos profissionais apontou como principal atividade prejudicada pela falta de recursos financeiros a questão do território. Segundo este, a falta de recursos interfere no atendimento prestado, no sentido de que não é possível realizar o acompanhamento, a inclusão e avaliação do usuário em seu território. De acordo com este profissional,

o dinheiro do CAPS pode ser melhor gerido se investir no território. Investir no território seria elaborar projetos, ter mais articulação com a associação de moradores, ou seja, com os recursos que o território oferece, e aí precisa aumentar a própria equipe porque vai ter equipes que vão ter que se deslocar do CAPS; vai ter que ter investimento em carro, daí vai ter que ter um motorista, os próprios agentes comunitários tem que ter essa parceria, isso tudo implica em financiamento. [...] como eu sempre digo, território é onde a vida acontece, onde a cultura é produzida, onde as manifestações de vida, elas estão mais visíveis [...], mas investir lá no território, a equipe tem que estar inserida lá, estar toda hora pensando e discutindo [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

De acordo com as recomendações da política do Ministério da Saúde, as ações de saúde mental devem obedecer a um modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas. São ações que envolvem práticas de reabilitação psicossocial, promoção da cidadania, construção da autonomia possível dos usuários no ambiente em que eles vivem, e que necessitam de uma equipe multidisciplinar capaz de trabalhar sobre a ótica da interdisciplinaridade (BRASIL, 2004).

Necessariamente, a mudança de um modelo assistencial requer a análise de sua estrutura de financiamento. Isso significa que as características singulares e diferentes dos CAPS, em relação aos modelos tradicionais de assistenciais, e a complexidade das ações desenvolvidas por estes serviços necessita vir acompanhada de uma mudança na lógica de alocação de recursos financeiros.

Atualmente, o principal órgão financiador dos CAPS é o Ministério da Saúde (MS). Com a publicação da Portaria GM/MS nº 336/2002 os CAPS passam a fazer parte das ações estratégicas do MS. Esses serviços são incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e a remuneração é através do sistema APAC/SIA¹². Baseado na fatura que o prestador de serviços de saúde apresenta ao SUS, correspondente aos seus gastos

¹² A Portaria GM/MS nº 336/2002 descreve os procedimentos objeto de remuneração, classificando-os em intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Para essas três modalidades de atendimento, a Portaria GM/MS nº 189/2002 fixou o número máximo de atendimentos mensais para cada modalidade, de acordo com cada tipo de CAPS, sendo que para cada tipo de procedimento é destinado um valor diferenciado. Nos CAPS II, um procedimento intensivo custa R\$ 25,40; um semi-intensivo, R\$ 16,30; e um não-intensivo, R\$ 14,85 (BRASIL, 2002).

mensais com a produção de atendimentos aos usuários dos CAPS, o Ministério da Saúde repassa, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, o montante equivalente à sua produção. A inovação introduzida por este modelo de pagamento refere-se à fonte de financiamento, ou seja, ao acréscimo de recursos financeiros repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estadual e Municipal de Saúde (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, pp.129-132).

Sobre este aspecto, perguntamos aos entrevistados qual conhecimento possuem sobre o repasse dos recursos financeiros para o CAPS. Na sua maioria, eles referiram saber sobre os recursos originados a partir das APACs, contudo, relataram não saber sobre o controle do uso desse recurso, conforme expresso nas falas relacionadas:

[...] tem o valor, o montante desse valor que é produzido dos atendimentos pagos pelo Ministério (MS), então, tem isso mensal, a gente tem o valor que chegou, somou, vamos dizer assim, esse montante que a gente somou dos atendimentos feitos no mês, isso a gente sabe, porque as APACs são geradas aqui no CAPS, mas o repasse disso via Fundo Municipal, esse controle eu não sei, eu sei do valor que tem que receber mensalmente (VIK, 24/3/2006).

Bom, formalmente, eu desconheço qualquer..., todas as formas de recursos. O dinheiro da produtividade referente as APACs vai para o Fundo Municipal de Saúde e nunca teve prestação de contas disso. Na verdade a gente não sabe qual é o destino que é dado nem quanto vem; tem o nosso levantamento interno da produtividade, mas não sabemos o que é feito desse recurso (F, 12/4/2006).

Alguns profissionais referiram-se ao fato de o município não ter gestão plena do SUS,

Bom, eu tenho algum, pouco do que é repassado, a gente sabe o que foi recolhido, por exemplo, através das APACs, que são os atendimentos feitos aqui, então eu sei quantos atendimentos foram, qual seria o valor que essas APACs dariam, mas eu não sei qual o valor que a gente acaba recebendo, que fica num fundo perdido, no sentido de que é um fundo único por não ser gestão plena (J, 22/3/2006).

O conhecimento que eu possuo é muito irregular e insatisfatório, assim, a relação APAC, por exemplo, o repasse do dinheiro que viria do Ministério da Saúde a gente acaba..., nós não somos gestão plena então vai pra secretaria (municipal) de saúde e ali é passado pra compra de alimento..., enfim, mas nós não temos autonomia sobre esse dinheiro, então, uma vez que você não tem autonomia o teu conhecimento fica restrito. Está na mão da secretaria mesmo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais discorreu detalhadamente sobre a forma como os recursos são gerados e repassados à unidade gestora (SMS), referindo-se que todas as diretrizes sobre financiamento do serviço são preconizadas pelo Ministério da Saúde através de portarias.

Os recursos financeiros do CAPS são obtidos através de APACs, Autorização de Procedimento de Alto Custo; pra se preencher uma APAC é necessário que haja uma organização do serviço em cima de modalidades de atendimento; as modalidades de atendimento podem ser: semi-intensivo, intensivo e não-intensivo, cada um tem um determinado valor em relação a esse procedimento, ou seja, todas as diretrizes em relação a financiamento, o Ministério preconiza isso em portaria, então, os conhecimentos que eu possuo em relação aos recursos financeiros do Caps são os conhecimentos que já estão preconizados em relação ao Ministério da Saúde; essa APAC uma vez preenchida ela é computada, ela é repassada pro governo federal e este repassa o dinheiro fundo a fundo; esse dinheiro vem pro Fundo Municipal de Saúde, e é esse dinheiro que é aplicado na saúde mental pra ter a gestão do serviço [...] aqui acontece da seguinte forma: cada gestor municipal, como a política é municipalizada, eles criam um protocolo, nesse protocolo eles colocam de que forma esse dinheiro pode ser gastado na saúde mental; então, existe um documento no município dizendo, olha na saúde mental você pode gastar tanto com a associação de usuários, tanto pra comprar materiais, tanto pra gastar em vale transporte; então, existe um protocolo dizendo no que você pode gastar esse dinheiro que vem na saúde mental; é um dinheiro que vem do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde; esse dinheiro cai nessa conta e ali existe um acordo de como se gastar; esse dinheiro é manejado pelo gestor municipal de saúde (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme apontam Freire, Ugá e Amarante (2005, pp. 131-133), o modelo de alocação de recursos dos CAPS (sistema de remuneração por APAC) trás contribuições à política nacional de saúde mental ao inserir os CAPS no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) do MS, pois proporciona maiores incentivos financeiros, haja vista a alocação de recursos municipais extra-teto para a manutenção de serviços já existentes e a implantação de novos serviços.

Contudo, os mesmos autores ressaltam que há de se perceber que a lógica da remuneração que o SUS imprime aos CAPS vincula-se, preponderantemente, à doença. Ou seja, as unidades assistenciais do SUS seguem um sistema de remuneração vinculado a um diagnóstico, mais especificamente, a um episódio de doença, internação, contidos na tabela de procedimentos hospitalares (SIH/SUS) ou a ações ambulatoriais, inscritas na tabela de procedimentos ambulatoriais (SIA/SUS). Desta forma, “o sistema de saúde encontra-se, em sua quase totalidade, voltado para a produção de atos vinculados a doença, isto é, atos

curativos, valorizando, em consequência, intervenções predominantemente individuais, que são remuneradas pela venda de procedimentos, diárias e atos médicos-assistenciais de natureza privatizante” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p 133).

Amarante (2003, pp. 62-63) considera que os CAPS, como os serviços integrantes do SUS, também foram capturados pela lógica da *inampização*, ou seja, pela lógica do pagamento por procedimento. Para o autor, “o modelo prevalente dos CAPS é o herdeiro mais autêntico e legítimo da lógica do antigo INAMPS, onde a saúde era reduzida a doença, ao mesmo tempo em que o sistema de saúde era reduzido a assistência médico-curativa”.

Portanto, o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. Pelo contrário, tente a prejudicar a complexidade de ações dos CAPS, na medida em que não é previsto financiamento das diversas relações que podem ser estabelecidas com a comunidade, com as lideranças e associações comunitárias. Tais ações, dentre muitas outras possibilidades de intervenção territorial, “são inerentes a esse tipo de serviço e objetivariam imprimir um processo de transformação cultural nos diversos segmentos da sociedade, no lidar e no acolhimento das pessoas em sofrimento mental” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 135).

Sobre a forma de repasse dos recursos financeiros ao CAPS, os profissionais entrevistados relataram não existir descentralização administrativa. Os recursos chegam ao serviço na forma de materiais. Alguns profissionais observaram que até a gestão administrativa da secretaria municipal de saúde anterior eles tinham acesso a uma verba de R\$ 500,00 que utilizavam na compra de material para as oficinas. A partir da atual gestão esse dinheiro não foi mais repassado. A compra do material passou a ser feita através de orçamento encaminhado à secretaria, que faz o pagamento, e os profissionais retiram os materiais.

Não, a gente não tem acesso a esse recurso diretamente, a gente não é uma unidade que gere o seu recurso; ele vai pra secretaria e a secretaria... por exemplo: toda a compra de... o pagamento dos almoços, lanches, etc.. é a secretaria que faz; a gente não tem autonomia; o único recurso que a gente manuseia são os R\$ 500,00, que vem para as oficinas; isso é dividido, as Oficinas fazem um rateio, cada oficina compra o seu material, mas até parece..., da última compra fui eu que comprei, ela (SMS de Florianópolis) determinou, já colocou a empresa que vai fornecer; não sei se foi mediante licitação, já fez o pagamento direto, a gente só foi lá escolher e pegar os produtos que tinham sido

solicitados; então..., de outras vezes, por exemplo, a gente pegava o cheque ia lá comprava, pagava naquele valor, agora isso não foi feito dessa forma (P, 17/3/2006).

Desde que começou essa administração (Gestão Municipal 2004-2008) acabou esse repasse; então atualmente a única vez que a gente conseguiu material pras oficinas foi através de empenho que a própria secretaria fez..., então, permanece centralizado, a única coisa que a gente teve que fazer foi ir nas lojas fazer orçamento, passar pra secretaria, a secretaria emitiu as notas, e aí a gente foi buscar o material com essas notas, mas não com o dinheiro (F, 12/4/2006).

Não, não existe, porque, na gestão passada (Gestão Municipal 2000-2004) ainda vinha uma verba de dois em dois meses, tipo quinhentos reais pra compra de material pra oficinas; nós comprávamos, apresentávamos as notas e depois eles colocavam o dinheiro; nessa gestão (Gestão Municipal 2004-2008; Gestão da Secretaria de Saúde de 2004 até abril de 2006) não existe nada, então, a pergunta se existe descentralização administrativa dos recursos financeiros, não, não existe (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais referiu-se a descentralização não apenas como repasse de recursos financeiros e funções administrativas, mas como compartilhamento de poder na gestão do serviço.

Essa descentralização, eu estou entendendo como um compartilhamento de poder; não existe esse compartilhamento de poder na hora de gerir os recursos, assim, o CAPS possui CNPJ, mas ele não possui uma conta específica pra vir dinheiro pro CAPS, não existe isso, existe esse acordo que eu te falei, que vem do fundo a fundo e esse dinheiro vai pra saúde mental e o CAPS tem uma vertente pro CAPS, o dinheiro não é só pro CAPS, ela vai pra saúde mental, e aí o CAPS acaba utilizando esse dinheiro, então, quando pergunta sobre a descentralização eu faço a avaliação de que é o compartilhamento de poder, então, não tem isso, é o gestor que acaba se apoderando desse sistema de financeiro, a gente não interfere (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ao considerarmos a questão da descentralização político-administrativa dos recursos financeiros, temos a intenção de destacar que a transferência desta prática às unidades prestadoras de serviços em saúde nos municípios poderia estar favorecendo uma melhor utilização e adequação dos recursos às necessidades reais do serviço, bem como possibilitar maior agilidade na compra dos materiais e viabilizar um processo de gestão democrática e participativa, entre técnicos trabalhadores, usuários e gestores. Essa prática traduz-se, por sua vez, em um exercício político-pedagógico de construção da democracia, objetivando uma atuação com transparência na administração da coisa pública.

Quando questionados sobre se a descentralização financeira dos recursos possibilitaria o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, os

profissionais, na sua maioria, disseram que sim, com algumas ressalvas feitas para a necessidade de mudanças na forma de gestão administrativa do serviço, conforme expresso nas falas que seguem:

Sem dúvida, sim sem dúvida, isso é um equívoco assim porque..., justamente porque a gente não sabe qual é o destino dado a esse dinheiro. A gente acredita que se a gente tivesse mais transparência nesse processo a gente poderia pelo menos priorizar certas coisas que são de fato importante e garantir que elas fossem..., que a gente conseguisse obter essas coisas, enfim, o investimento necessário (F, 12/4/2006).

A melhor utilização sim acho que o planejamento teria que ser anterior, mas sim, acredito que utilizar no sentido até..., porque muitas vezes, como vai para esse Fundo que é pra todos, pra toda a saúde, você acaba sem saber, igual agora, que a gente já tem o dinheiro da supervisão disponível na secretaria, mas não tem como a gente começar amanhã, embora o dinheiro já esteja lá., porquê? porque a gente não sabe como esse dinheiro vai sair e entrar na mão do terapeuta que vai fazer a supervisão da equipe e isso pode demorar um mês, dois meses, vai saber, seria melhor, claro (J, 22/3/2006).

Sim, com certeza, porque nos iríamos sentar e ver as necessidades, por exemplo, esse ano nós ficamos desde o ano passado até um mês atrás sem material nenhum pras oficinas e as oficinas que mais tinham, capitalizavam usuários e não tínhamos material, nós tivemos que suspender as oficinas; então nós sabemos das necessidades, as necessidades dos usuários, quais as oficinas tem mais usuários, pra gente pode administrar e vê onde pode estar investindo (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que sim porque ficaria mais próximo da própria administração do CAPS, porém, ia surgir a necessidade de ter todo um aparato administrativo pra poder gerenciar isso, mas assim, na medida que aqui no CAPS a gente tem uma gestão participativa, em que os usuários estão reunidos semanalmente pra pensar as regras do CAPS, as necessidades do CAPS, enfim, seria mais interessante talvez, esse repasse direto tu quer dizer, é... não sei assim, a princípio..., hoje a gente tem uma estrutura de conselho que prevê o controle social através do Fundo Municipal de Saúde, o Conselho Municipal tem essa ligação também, e aí a gente está lá também, de certa forma representado (VIK, 24/3/2006).

Olha, eu acho que teria que mudar um pouco a nossa dinâmica de funcionamento; não deixa de ter um lado...bom, é uma faca de dois gumes, poderia facilitar a gente fazer um processo mais rápido talvez, não faltaria coisa, porque as vezes faltam coisas básicas, agora, por exemplo, faltam copos, se você tivesse o recurso você ia ali e comprava uns pacotes de copos, não teria essa... essa falha; agora é saber que é mais uma tarefa também que acumularia em termos administrativos, financeiros, quer dizer, não sei se você não está ali também inchando o processo burocrático aqui dentro do CAPS; eu acho que pode ter vantagens, mas pode ter desvantagens; eu teria que pensar melhor, nunca pensei nessa possibilidade; assim, acho que o dinheiro da Oficina, puxa, se a gente tivesse aqui uma verba seria mais fácil, as vezes faltam coisas

pequenas que você não tem como estar repondo aqui, tem que esperar uma nova verba, de repente pra.... (P, 17/3/2006).

Um dos profissionais observou sobre as questões práticas e políticas que envolvem a descentralização no contexto do SUS:

Esse compartilhamento de poder ele só pode ser discutido dentro da lógica do SUS, universalização, integralização, etc., dentro dos preceitos do SUS tem o controle social, essa descentralização só pode ser discutida quando acontece o controle social. Hoje essa descentralização ela tem que ser discutida no Conselho Municipal de Saúde e mais precisamente no conselho gestor dentro do CAPS; agora, porque não ocorre isso? Porque não tem a clareza da necessidade; eu acredito que as pessoas que acabam estando na prática, principalmente no CAPS, se sobrecarregando com as coisas, e acabam não tendo a clareza, ou não querendo assumir mais um encargo trabalhista; então, esse é um dos grandes problemas que existe, a sobrecarga de trabalho, as condições de trabalho, aí você acaba tendo que lutar por tudo isso; isso aí eu vejo que tem muito a ver com a questão da militância, pessoas que já estão, lá na época ou do ensino médio, que já começam ir pros grêmios, depois a pessoa acaba indo pra militância no movimento estudantil, e quando vão pros serviços de saúde são profissionais mais críticos, que acabam tendo essa visão mais ampla da saúde e da política; então, as pessoas que acabam chegando no serviço com um pouco desse ideal de controle social eu diria, acabam questionando mais essa questão da descentralização; voltando a tua pergunta sobre a descentralização financeira, ela poderia sim possibilitar um melhor planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, se houver o controle social dentro dessa descentralização financeira (GIRASSOL, 20/3/2006).

Cabe destacar que a proposta da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, na regionalização e na hierarquização da rede de serviços, constante entre os princípios e diretrizes do SUS, coloca o município como lugar privilegiado para o desenvolvimento de uma política de financiamento das ações em saúde, com critérios transparentes, e que respeite as particularidades da realidade local. O Ministério da Saúde continua a ser a instância que, na administração do Fundo Nacional de Saúde (FNS), acompanha a aplicação dos recursos que são repassados aos estados e municípios. Estes, por sua vez, são obrigados a constituir os seus respectivos fundos de saúde e conselhos estaduais e municipais, elaborar planos de ação e apresentar relatórios de gestão, garantindo também a existência de contrapartida de recursos para a saúde nos seus orçamentos (COSTA, 2002).

Embora a descentralização seja uma prática com vistas a aumentar o poder decisório de aplicação dos recursos na esfera local, esta ainda apresenta muitos problemas, na medida que não consegue alcançar efetividade, dados os impasses de ordem burocrática e administrativa. Por si só a descentralização não garante maior controle social ou uma prática democrática. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada que abarque as especificidades da área da saúde mental.

Nesse sentido, a lógica fundamental da estrutura de financiamento exigida é a de que os recursos financeiros devem ser centrados nas pessoas e não nos serviços. O financiamento deve contemplar todas as ações necessárias e decorrentes da implantação, implementação e sustentação de uma nova política de saúde mental (BRASIL, 2002a). O que deve ser colocado em pauta é a viabilidade de se financiar o CAPS como um todo, envolvendo todas as suas ações e especificidades, permitindo-se que cada serviço tenha flexibilidade para realizar seu trabalho de acordo com as necessidades locais, desvinculando o financiamento da relação de compra e venda de serviços e da noção de doença (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 136).

3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico

Os profissionais que trabalham nos CAPS compõem um grupo de diferentes técnicos de formação de nível superior e nível médio, e integram uma equipe multidisciplinar. Todas as unidades de serviço devem obedecer a exigência da diversidade profissional e cada CAPS tem suas próprias características quanto ao tipo e a quantidade de profissionais. A equipe mínima indicada para os CAPS II é composta por médico psiquiatra, enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior de outras categorias profissionais entre psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro necessário ao projeto terapêutico e seis profissionais de nível médio entre técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).

O papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. As equipes devem organizar-se para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação

psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e poder equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas (BRASIL, 2004).

Neste item nos propomos a descrever e analisar a composição e perfil da equipe técnica do CAPS Ponta do Coral, bem como as dificuldades e facilidades do trabalho em equipe consideradas pelos profissionais, a existência de práticas interdisciplinares no atendimento ao usuário, de projeto terapêutico e planejamento das ações da unidade de serviço¹³. Ao final do item consideramos os apontamentos dos profissionais sobre as diferenças do atendimento prestado no CAPS em relação ao realizado nas instituições tradicionais/hospitais psiquiátricos.

3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental

O CAPS Ponta do Coral conta com uma equipe de profissionais multidisciplinar que atua diretamente no atendimento aos usuários. São profissionais com formação de nível superior nas áreas de psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Entre os de formação de nível médio estão dois técnicos em enfermagem e um auxiliar administrativo. Compõem a equipe, ainda, os profissionais de apoio, vigilantes e auxiliar de limpeza, e estagiários de psicologia, serviço social e enfermagem.

¹³ É importante destacar que o perfil bem como a opinião dos profissionais sobre o serviço varia, no decorrer do tempo histórico, de acordo com a composição da equipe naquele determinado momento. Outros trabalhos já realizados identificam o perfil da equipe, a percepção dos profissionais sobre o trabalho no CAPS, o significado e o processo de inserção no serviço, a concepção sobre o modelo assistencial e práticas de desinstitucionalização, em épocas anteriores. Entre estes ver: GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003; FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial** - percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004; NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental:** em busca da articulação e qualificação das ações em saúde. Monografia (Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Lato Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

A maioria dos técnicos de nível superior concluiu a graduação na década de 1980. Metade deles possui capacitação específica na área de saúde mental, em geral, cursos de formação e aperfeiçoamento, especialização em terapia cognitiva comportamental, saúde pública, clínica, psicoterapia, psicanálise, atenção psicossocial. Três profissionais possuem mestrado nas áreas de enfermagem, sociologia política, artes cênicas; um fez residência médica em psiquiatria e cursa mestrado na mesma área; uma profissional tem doutorado em sociologia política.

Mais da metade dos profissionais (58,3%) possuem experiências de atuação profissional em outras instituições da área de saúde mental como clínica de internação, hospital psiquiátrico, centro comunitário de saúde mental, serviços de atenção à dependentes químicos e centro de atenção psicossocial. A maioria (66,7%) atua na área de saúde mental a partir da segunda metade da década de 1990. Cinco profissionais identificaram ter experiência de atuação em outras instituições que não da área de saúde mental.

Com relação ao tempo de serviço no CAPS, quatro profissionais atuam desde a implantação do serviço, em 1996, três ingressaram na equipe entre os anos de 2001 e 2002, e quatro profissionais passaram a fazer parte da equipe recentemente, a partir de meados de 2004. Quanto ao tipo de vínculo empregatício, a maioria, 75% (9 profissionais), é servidor público concursado, dois são contrato temporário e um ingressou no serviço público municipal através de indicação técnica. Nove profissionais possuem regime de trabalho de 30 horas semanais e 3 deles trabalham 40 horas semanais.

Com relação a capacitação específica em saúde mental para atuar no CAPS, todos os entrevistados consideram esse quesito de grande importância. Entre as razões apresentadas estão: a necessidade de compreensão e entendimento comum do que é um CAPS e o entendimento do tipo de assistência que este serviço deve oferecer; a preocupação com a diferença no atendimento que o CAPS deve oferecer em relação aquele prestado em outros serviços de saúde mental; a necessidade da capacitação para suprir as defasagens da formação acadêmica, que, em geral, não abarca as especificidades do campo da saúde mental.

Na opinião dos entrevistados,

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS, não tem a qualificação pra atuar, então ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então é necessária a questão da capacitação... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ah sem dúvida, sem dúvida, principalmente porque o que a gente está propondo é uma reformulação no modo da assistência em saúde mental, então é preciso que quem venha trabalhar num CAPS entenda essa lógica, que não venha pra cá com a mesma mentalidade do que se faz no hospital psiquiátrico, do que se faz em ambulatório, é outra coisa também diferente da atenção básica, então o CAPS precisa disso, precisa que o profissional tenha essa.., esse tipo de orientação, esse tipo de compreensão da sua finalidade (F, 12/4/2006).

Muito, muito importante, justamente por isso que eu estou te falando, porque assim, o profissional que trabalha no campo psicossocial, de qualquer área, ele necessariamente precisa quebrar a prática estereotipada pra poder entrar num serviço como esse porque o assistente social de um CAPS ele não é aquele assistente social de um hospital psiquiátrico, ele muda, ele faz outras coisas, ele se coloca de outro jeito, assim também é o médico, assim também é o psicólogo, o enfermeiro, então, uma formação específica pra essa área é bastante adequado porque vai tratar especificamente das necessidades que se colocam no cotidiano (VIK, 24/3/2006).

Considero, considero sim. É interessante que cada um tenha um saber, que traga o seu saber pela sua formação, da sua prática, do seu bairro, da sua comunidade, mas trabalhar no CAPS não é trabalhar em ambulatório, trabalhar no CAPS é ter um conhecimento sim do que é uma Reforma Psiquiátrica, do que significa um CAPS num panorama hospitalocêntrico. É toda essa questão política que tem por trás, questão financeira também, que é um serviço que se propõem substituir sim progressivamente os hospitais. Em muitos lugares isso já é feito, já conseguem fazer internação zero, outros lugares não; então, uma abordagem no CAPS precisa sim ter capacitação (LÉLI, 4/4/2006).

Sim, até por que o que é o CAPS? O quê um CAPS deveria ser? Cada um tem a sua idéia do que é um CAPS, mas ela não é uma idéia homogênea, então a minha experiência do que é um CAPS em outros lugares, que eu já tive em outros lugares especificamente, é muito diferente do que eu chego aqui e encontro as pessoas falando o que é um CAPS. é claro que a capacitação para um CAPS, para o que é o trabalho em CAPS podia homogeneizar, pelo menos todo mundo iria estar falando a mesma língua (J, 22/3/2006).

Sobre este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005, p. 30), observam que “os profissionais de saúde mental são, ainda em grande parte, formados a partir da prática cotidiana que caracteriza a lógica manicomial”. Hospitais e clínicas psiquiátricas constituem-se ainda os espaços onde “são oferecidos treinamentos em serviço (sob a forma de estágios e residências) aos profissionais que irão, no futuro, tentar materializar a nova lógica dos serviços substitutivos”.

Os autores destacam que “do sucesso da forma de organização da produção e transmissão do conhecimento pode depender o sucesso da própria reforma psiquiátrica” (OLIVEIRA; DORNELES, 2005, p. 32). Neste sentido, é importante que seja colocado na

cena do debate o funcionamento das instituições de aprendizado profissional sob a ótica da reflexão sobre as práticas e não apenas sobre o discurso das propostas dos cursos de formação. Os centros de formação devem se programar, planejar e garantir aprendizado e treinamento supervisionado, em que se pratique e construa espaços de práticas genuinamente terapêutica.

Na mesma direção, um dos entrevistados expressou sua preocupação com relação a seleção dos profissionais que vão atuar no CAPS, argumentando que os resultados do trabalho também dependem desse aspecto.

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS não tem a qualificação pra atuar, então, ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então, é necessária a questão da capacitação [...]. o processo de inclusão do profissional na área da saúde mental hoje, como se dá? Ele se dá por indicação política, seleção por contrato temporário e por concurso público. A indicação política pode ofertar profissionais desqualificados, pode! O contrato temporário, se não tiver um rigor no perfil que se quer pra trabalhar em CAPS vai acontecer a mesma coisa, um profissional desqualificado, o concurso público a mesma coisa, se não tiver um perfil, se não tiver o que se gostaria realmente, qual profissional que você gostaria de estar atuando hoje no CAPS, então, enquanto não se superar a forma de inserção no trabalho do CAPS, enquanto não se superar a discussão da saúde mental nos currículos acadêmicos vai continuar sendo sempre necessária a questão da capacitação [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Com relação a formação das equipes técnicas para atuar nos CAPS, as indicações aprovadas na e pela III CNSM apontam para a necessidade de que a contratação de profissionais deva ser realizada exclusivamente por meio de concursos públicos, e em caso de urgência, através da CLT, mas com seleção pública. E, ainda, os concursos devem exigir os pré-requisitos necessários e adequados à proposta de trabalho em saúde mental, alinhada teórica e conceitualmente aos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2002a).

Assim, é necessário considerar, quando da seleção dos profissionais, o perfil para trabalhar junto ao portador de sofrimento psíquico, bem como a existência de uma dimensão subjetiva, humanizante, solidária e fraterna como componente fundamental do perfil dos trabalhadores em saúde mental. Nesta direção, uma das participantes da pesquisa destacou a questão da opção política por este tipo de trabalho, associada a necessidade de competência técnica para atuar na área.

Eu acho que a gente trabalha com situações que requerem um estudo permanente, formação permanente, [...] eu acho que este é um dos vícios da saúde pública. Muitas vezes se confunde um pouco o tratamento ético ou moralmente responsável com uma qualidade também técnica. Eu acho que as duas coisas têm que estar associadas, tem que ter uma empatia pela causa da saúde pública, que aí entra na questão ética, moral de cada um, valores que você tem quando você vem pra esse tipo de trabalho; muitas pessoas que vem pra saúde pública quase que tem uma vocação religiosa. Mas ao mesmo tempo você também tem que ter uma competência técnica; não basta você tratar bem o paciente, você acolher, você precisa saber como intervir dentro da linha de trabalho que cada um escolhe, isso é fundamental (P, 17/3/2006).

Os profissionais, na sua maioria, indicaram ter recebido capacitação para atuar no CAPS. Referiram-se, especificamente, a um treinamento/capacitação realizado em novembro de 2005, com duração aproximada de 20 horas, organizado pela Assessoria Técnica de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde¹⁴. Contudo, alguns observaram que foi um treinamento tipo encontro, de curta duração, com trocas de experiências, e que não chegou a ser muito significativo.

Com relação a política de saúde mental, a maioria dos profissionais (83,3%) afirmou ter no mínimo algum conhecimento de sua organização e diretrizes. Entre os entrevistados, todos consideram importante saber sobre os princípios, a estrutura e forma de organização da política de saúde mental para o trabalho do CAPS. Todos indicaram haver disponibilidade de material didático relativo a política na unidade de serviço.

Sim, precisa conhecer a política porque o atendimento está dentro dessa política, dessa lógica. (LÉLI, 4/4/2006).

Claro! é vital, pra poder planejar o seu trabalho, pra poder saber como é que a gente se liga com outros serviços, como é que a gente pode montar a rede, isso é fundamental porque o trabalho não se encerra aqui dentro, não pode ficar aqui dentro só, ele tem que poder justamente se expandir (F, 12/4/2006).

Sim é muito importante, até pra saber o que está acontecendo, o que pode ser feito, quais são os recursos disponíveis, o que precisa melhorar. Acredito que, fora a sua capacitação individual, eu acho que isso é uma outra premissa pra você iniciar no serviço [...] (J, 22/3/2006).

É importantíssimo conhecer, primeiro saber se ela existe, primeiro a pessoa tem que ter a curiosidade, tem que ter o desejo e a clareza de que é essencial ter os parâmetros ou diretrizes políticas de saúde mental pra

¹⁴ O município não tem o cargo de Coordenador de Saúde Mental. Em novembro de 2005 foi nomeada Assessora Técnica em Saúde Mental a enfermeira Lílian Pagliuca, que permanece na função até a data da presente pesquisa.

poder acompanhar, se orientar, e, segundo, conhecer sobre essa política (GIRASSOL, 20/3/2006).

Muito importante porque hoje a gente tem acesso a isso, aqui no CAPS a gente tem a legislação de saúde mental e pra gente poder entender porque, assim, a gente está na gestão da política também, por ser participativa, por estar junto nas decisões, então é preciso que a gente entenda, e tem muito detalhamento, são muitas portarias, o sistema de financiamento também é bastante complexo [...] (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que claro, porque a gente está dentro de um braço da política nacional de saúde; tanto pra você ter noção de qual é a perspectiva, em nome de que esse serviço está sendo mantido, também pra você poder avaliar a possibilidade desses ideais, dessas prerrogativas, que são pensadas a nível geral e nacional, serem realmente eficaz em termos práticos, porque muitas vezes você tem uma boa idéia, mas nem sempre uma boa idéia traz um bom resultado [...] (P, 17/3/2006).

Nesse sentido, a construção e consolidação de uma política de saúde mental, coerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o estabelecimento de uma política adequada de recursos humanos, que valorize e considere a importância do trabalhador de saúde mental na produção dos atos de cuidar. Para isso, deve-se garantir a capacitação e qualificação continuadas; a remuneração justa dos profissionais; a garantia de condições de trabalho e de planos de cargos, carreira e salários; a democratização das relações e das discussões em todos os níveis de gestão; a incorporação das questões de segurança, saúde e saúde mental do trabalhador; a garantia de supervisão clínica e institucional; a avaliação de desempenho e garantia da jornada de trabalho adequada para todos os profissionais de nível superior, bem como a isonomia salarial entre eles (BRASIL, 2002a).

3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário

De acordo com as indicações aprovadas na III CNSM, a política de recursos humanos para a saúde mental deve visar implantar, em todos os níveis de atenção, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, na perspectiva do rompimento dos especialismos e da construção de um novo trabalhador em saúde mental, atento e sensível

aos diversos aspectos do cuidado, ou seja, com uma visão integral e não fragmentada da saúde (BRASIL, 2002 a).

Segundo 83,3% dos profissionais o trabalho no CAPS Ponta do Coral é realizado em equipe. A maioria considera que existem dificuldades na realização das atividades. Uma delas está relacionada, conforme identificado por eles, ao fato de que nem todos compartilham das mesmas referências com relação à Reforma Psiquiátrica, à saúde pública e ao projeto do CAPS.

Bom, são várias, mas o que eu vejo de mais complicado é o fato de que nem toda a equipe compartilha das mesmas referências em relação ao que seja a Reforma Psiquiátrica, a função de um CAPS, as necessidades que o CAPS tem pra alcançar esses objetivos. Isso se deve em parte a diversidade da formação, e também às convicções pessoais. O problema não é a diversidade em termos da formação profissional em si, mas o modo, o fato de que você tem uma equipe multiprofissional por exemplo, isso gera alguma dificuldade na troca, na possibilidade de produzir um conhecimento novo a partir dessas experiências que são de diferentes disciplinas, diferentes áreas. Mas eu diria que é mais no sentido da Reforma Psiquiátrica mesmo, naquilo que ela aponta, então parece que esse é um problema a mais; outro que tem se tornado mais evidente pra mim ultimamente é a falta de formação de grande parte dos profissionais sobre o que seja saúde pública, boa parte deles não conhece o sistema de saúde pública, apesar de trabalhar num serviço de saúde pública, mas não conhece o sistema, não sabe a lógica, não sabe como é que ele funciona, então acaba tomando decisões muitas vezes administrativas que são equivocadas, que não levam em conta o modo de funcionamento da saúde pública (F, 12/4/2006).

Tem sim várias dificuldades, entre elas, existem diferenças de formação e, portanto, ideológicas. Alguns momentos a gente vê, assim, o CAPS tem um projeto de não internação, de autonomia do usuário, de gestão plena do usuário, e, as vezes, a equipe, algumas pessoas acabam esbarrando com isso. O entendimento disso é muito difícil também, as vezes é uma linha muito tênue entre o que é o assistencialismo, a autonomia, o que é dar o limite do ponto de vista terapêutico e o que é dar o limite porque você não quer se incomodar. Então, algumas pessoas não vêm de uma postura da Reforma Psiquiátrica, não sabe o que é uma Reforma Psiquiátrica, não tem uma noção, [...] é uma luta política também e algumas pessoas não sabem o que é [...] (LÉLI, 4/4/2006).

Em outras falas, foi apontada como uma das dificuldades do trabalho em equipe questões relacionadas a uma suposta divisão entre o grupo de técnicos.

A relação com a equipe tem uma certa peculiaridade, eu acho que as pessoas, a equipe que começou anteriormente, já desde a formação ou no começo do CAPS, eles se intitulam como a equipe do CAPS. Os que chegaram depois, em geral, não são bem acolhidos, ou são muito pouco,

tanto que as próprias atividades em equipe, em grupo, dificilmente, essas pessoas novas são incorporadas ao que já existe; então, acaba criando aí até a equipe da manhã, a equipe da tarde, mais ou menos, embora eu estou aqui todo o período, mas tem essa divisão... e eu acho que assim o ponto de partida é esse, a sensação é que quem não estava aqui desde o começo não fez parte da história (J, 22/3/2006).

A equipe que iniciou lá em 96 (1996) veio com algumas questões conceituais amarradas. Por quê? Porque a pessoa que estava pensando, planejando o CAPS ela vinha do Movimento da Luta Antimanicomial, era uma das representantes em nível nacional aqui em Floripa, Santa Catarina; então tinha algumas coisas amarradas na estrutura de atendimento do CAPS, que era muito pra poder implantar o sonho da Reforma Psiquiátrica aqui em Floripa, criar um serviço, do município, que de fato evitasse internação, que de fato fosse continente pros usuários com transtorno mental grave, e isso se mantém, porém, com a chegada dos técnicos que foram sendo substituídos, alguns saíram, técnicos novos entraram, a equipe de profissionais foi se modificando, a gente tem uma distância conceitual por mais que a gente pretende uma proposta multiprofissional, e a gente consegue, ao longo do tempo a gente conseguiu, é muito interessante o jeito como nós trabalhamos, porque de fato conseguimos trabalhar cada profissional lado a lado, dividindo o mesmo grupo, a mesma oficina terapêutica, então, assim, isso é possível, mas hoje, a gente, assim, tenta manter esse paradigma da Reforma Psiquiátrica, da desospitalização, do fortalecimento dos serviços territorializados, de um modelo que é um modelo multiprofissional, com a gestão participativa dos usuários, contra o modelo hospitalocêntrico, médico centrado, mas existem diferenças na questão conceitual da equipe, isso é falho, inclusive pra própria equipe (VIK, 24/3/2006).

A importância da unidade da equipe no atendimento ao usuário e na organização do trabalho recai sobre a qualidade do tratamento terapêutico ofertado. A mudança de paradigma epistemológico com relação a saúde mental não garante por si só a alteração das práticas assistenciais. Os conflitos e problemas de equipe existentes precisam ser trabalhados nas supervisões institucionais de forma que os técnicos consigam superar as dificuldades que obstaculizam a união do grupo em torno de um objetivo comum, sejam elas ideológicas, de formação, de concepção e/ou de afinidade com os colegas.

Um dos entrevistados apontou a questão das relações de poder e diferenças nos valores pessoais e nas relações interpessoais como dificuldades do trabalho em equipe.

Primeiro, a relação de poder, eu acho que é um grande problema, uma dificuldade que existe. Essa relação de poder, ela emana, que eu tenho percebido, da psicanálise, da teoria psicanalítica e da teoria psiquiátrica; então, os profissionais detentores desse conhecimento acabam, sutilmente, estabelecendo poder frente aos profissionais não-psi diria; essa relação de poder pelo saber é um dos problemas ou uma das dificuldades que eu encontro pra trabalhar em equipe no CAPS; outra

dificuldade, acho que é a própria experiência de vida das pessoas, aquelas pessoas em que parece que não estão claros os valores humanos como solidariedade, amor, justiça, sabedoria, a práxis, o repensar a prática, profissionais que não fazem a autocrítica da sua prática, pra mim, eu acho que é uma dificuldade trabalhar em equipe devido a isso; então, seria esse poder pela teoria e essa questão um pouco mais pessoal que é a relação de lidar com o outro, as relações interpessoais, são dificuldades que eu vejo em equipe (GIRASSOL, 20/3/2006).

A partir da fala profissional é possível pensar sobre as relações de poder que se estabelecem pelo saber. Conforme nos ensina Foucault (1979), os poderes se exercem em níveis variados e em pontos diferentes da vida social. Neste complexo, existem os micropoderes que estão intimamente relacionados com a produção de determinados saberes (sobre o criminoso, a sexualidade, a doença, a loucura). Assim, o poder não é algo que se detém como uma coisa, como uma propriedade, que se possui ou não. O poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona, como uma máquina social que não está situada em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda estrutura social (MACHADO, 1979 p. XIV).

De acordo com Foucault (1979), todo conhecimento, seja ele científico ou ideológico, só pode existir a partir de condições políticas, que são as condições para que se formem tanto o sujeito quanto os domínios de saber. Para o autor não há saber neutro, todo saber é político. Dessa forma, saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber. E, em contrapartida, todo saber assegura o exercício de um poder (MACHADO, 1979 p. XXI - XXII).

Na seqüência, a entrevistada aponta de forma geral algumas das questões cotidianas como dificuldade no trabalho em equipe.

Bom, eu acho que as vezes a gente é muito trefista, a gente não tem o tempo suficiente que a gente gostaria para estar parando para discutir os casos, se ater a cada paciente; tem diferenças na equipe também, tem conflitos [...] mas assim, a gente ainda tem, as vezes, coisas assim muito imediatistas, que não nos propiciam fazer realmente um estudo de caso mais integrado, ter uma intervenção, as vezes, mais articulada; a gente tem tentado em alguns momentos, mas assim, não é uma coisa que tem um peso forte como eu acho que deveria ter (P, 17/3/2006).

Dessa forma, a intensidade das demandas colocadas aos profissionais, especialmente na atualidade, provocam o desenvolvimento de ações pragmatistas, muitas

vezes sem uma reflexão maior. Isso vem acontecendo em vários contextos institucionais e com diferentes profissões. Ou seja, na medida que aumentam as necessidades humanas e as demandas para satisfazê-las, não ocorre no mesmo ritmo, o aumento da oferta de equipamentos e serviços assistenciais capazes de dar conta da complexidade dos problemas decorrentes da emergência das novas relações sociais, econômicas, culturais, advindas com a modernidade.

A precarização das condições de trabalho também foi apontada pelos entrevistados como mais um dos fatores que, por vezes, dificultam a convivência e o trabalho em equipe. Eles se referem a questão da diferença na remuneração salarial entre os profissionais que trabalham no CAPS, principalmente do médico para as outras profissões. A desproporção salarial chega a diferença de até quatro vezes mais entre o que recebe o profissional médico e o salário dos demais técnicos. Associadas a esta situação estão a diferença na carga horária de trabalho, a condição de contratação temporária, a falta de reconhecimento por parte da SMS, no apoio e incentivo à participação em eventos científicos e de militância política na área, entre outras.

Os profissionais indicaram que contam com supervisão institucional para lidar com as questões do trabalho no cotidiano. A supervisão institucional existente era, até o início deste ano (2006), paga pelos próprios profissionais, mas nem todos participavam. A partir do mês de abril do corrente esta passou a ser financiada com recursos provenientes do Ministério da Saúde. Além deste tipo de supervisão, foi relacionado como outro recurso existente para abordar essas questões as reuniões de equipe, realizadas mensalmente, as reuniões clínicas, realizadas semanalmente, e foi citada pelos técnicos em enfermagem, a supervisão realizada com profissional da área.

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que as políticas de formação e capacitação em saúde mental devem criar espaços de trocas baseados na realidade local, com valorização dos diversos saberes e metodologia participativa. A supervisão clínica e institucional permanentes deve ser estendida a todas as pessoas que trabalham com portadores de transtorno mental: equipes de PSF e PACS, trabalhadores da urgência e emergência, do hospital geral, dos serviços substitutivos e dispositivos residenciais, cuidadores de saúde mental, profissionais de nível médio e superior da rede de saúde mental. A referida Conferência destaca, ainda, a necessidade de implantação da NOB – Recursos Humanos do SUS, salientando a importância da garantia da capacitação para todos os níveis, supervisão permanente, interdisciplinaridade e isonomia salarial (BRASIL, 2002a).

Com relação as potencialidades que o trabalho em equipe possibilita os profissionais destacam a relevância deste no atendimento ao usuário, a possibilidade de trocas entre as varias áreas e a oferta de um atendimento multidimensional.

Entendo que essa é uma clínica multidisciplinar e isso (trabalho em equipe) é importante pela complexidade mesmo do tipo de fenômeno com o qual a gente trabalha, então, a gente precisa, é necessário ter uma oferta de serviços e de formas de atenção, que seja a mais diversificada possível, pra que a gente possa atender a uma série de necessidades que as profissões nas suas especialidades não dão conta; então essa é a grande vantagem, você pode fazer essa atenção multidimensional, isso é interessante (F, 12/4/2006).

A vantagem é justamente a estrutura coletiva de resposta à uma situação que chega pra você; vem a psiquiatria trazer um conhecimento, a psicanálise traz outro, [...] a enfermagem acaba dando a sua contribuição quando discute realmente a relação, vem o serviço social discute essa articulação que a pessoa tem com o social, e essas pessoas (profissionais), com seus conhecimentos, vão socializando esse conhecimento pra dar a resposta às fragilidades ou às potencialidades de vida que essa pessoa traz (GIRASSOL, 20/3/2006).

Acho que a grande vantagem é que a gente quebra a lógica hospitalocêntrica que era muito centrada no médico, na figura do médico, naquilo que o próprio médico decidia do tratamento, hoje quem decide é a equipe multiprofissional [...] (VIK, 24/3/2006).

Ah! Muitas, eu acho, em primeiro lugar, essa possibilidade da troca interdisciplinar; porque eu acho que cada um tem um tipo de contribuição diferente, um saber que te ajuda a pensar com mais amplitude o próprio trabalho, o próprio paciente, e, eu acho que quebra um pouco certas relações de poder; também, assim, o fato de a gente lidar com situações que são muito pesadas para alguém estar lidando sozinho, então quando você sente essa coisa da equipe, quando tem um paciente que está muito comprometido ou que tem risco de vida, a gente se sente muitas vezes angustiada por aquele paciente e você tem a equipe pra te dar um respaldo, pra estar pensando junto. Acho que isso é, sem duvida, algo que gratifica também (P, 17/3/2006).

Primeiro, agregar conhecimentos, se a equipe for multidisciplinar, que não quer dizer interdisciplinar, mas a princípio se ela for multidisciplinar a possibilidade de trocas de conhecimento de várias áreas realmente acaba sendo muito rica; são vários olhares sobre uma mesma questão, vários pontos de vista. Quando o trabalho de equipe é interdisciplinar, as pessoas acabam trocando mesmo, saindo, as vezes, do seu campo de formação, podendo estar se estendendo em outros campos, acaba sendo mais rico ainda. Num trabalho como o CAPS é necessário (o trabalho em equipe). Eu não consigo ver o trabalho que não seja em equipe porque pra você atender um usuário você precisa de uma equipe, pra você abordar o usuário, uma família, receber uma família precisa de vários olhares, enfim, de várias formações, vários olhares técnicos, da parte de

enfermagem, psicologia, da arte, serviço social, então, isso é importante (LÉLI, 4/4/2006).

O reconhecimento de outras dimensões no processo saúde-enfermidade, que não estritamente a biológica, traz a tona a questão da interdisciplinaridade¹⁵, pois na busca da integralidade da assistência a atuação de um único saber profissional não é suficiente. No processo da Reforma Psiquiátrica o campo da saúde mental é chamado a refazer-se por inteiro, ampliando o seu foco de abordagem e procurando romper com as delimitações dos saberes tradicionais na área. Busca-se uma nova recomposição de conhecimentos, sustentados sobre um conjunto de rupturas e novas premissas, e não apenas um novo somatório ou rearranjo simples dos saberes especializados. Desta forma, diversos campos de saber, implicados na assistência em saúde mental, são envolvidos na teorização e nas novas práticas de cuidado (VASCONCELOS, 2000a).

A pesquisa realizada indicou que 66,3% (correspondente a oito dos doze profissionais que responderam o formulário) dos profissionais consideram que existe interdisciplinaridade no atendimento ao usuário no CAPS Ponta do Coral. As falas relacionadas na seqüência apresentam a concepção dos profissionais sobre interdisciplinaridade e indicam a respectiva compreensão sobre a importância desta no atendimento ao usuário.

A gente poder ter o que a gente chama de clínica ampliada, essa multidimensionalidade que nos permite atacar o problema de várias formas e, portanto, oferecer diversas formas de atendimento, desde o medicamentoso até o serviço social, as oficinas, as oficinas expressivas, a arte, etc. (F, 12/4/2006).

Eu acho que em primeiro lugar isso, assim, é um olhar mais amplo para a condição daquele paciente. Cada profissional tem um aspecto que acentua, pela sua vida, pela sua formação; o educador artístico tem uma outra estratégia, por exemplo, pra lidar com aquela queixa do paciente, o assistente social tem uma, o psicólogo tem outro olhar, assim, eu acho que pra mim soma, eu acho que é uma forma da gente também aprender, enriquecer a nossa análise, a nossa possibilidade de intervir; sem dúvida que é rico (P, 17/3/2006).

Alguns profissionais expressaram sua concepção de interdisciplinaridade observando que esta não é sinônimo de multidisciplinaridade e que nem sempre é possível fazer práticas interdisciplinares.

É justamente isso, poder compartilhar o conhecimento que cada disciplina traz, essa inter, mas realmente compartilhar isso e não a

¹⁵ Sobre os conceitos de multi, inter e transdisciplinaridade ver, entre outros, Vasconcelos, 2000a.

multidisciplinaridade; é pensar, coletivamente, saídas pra enriquecer a vida da pessoa e aí é sempre um pensar e repensar (GIRASSOL, 20/3/2006).

Então, essa idéia dessa troca de conhecimento pra poder ajudar o usuário, pra poder a equipe ter um suporte também, pra poder, num estudo de caso, por exemplo, trocar os vários conhecimentos, os vários pontos de vista e poder estar entrelaçando; então, é importante, mas nem sempre se consegue fazer (LÉLI, 4/4/2006).

Já nas falas que seguem é possível perceber a concepção de interdisciplinaridade mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade.

Cada profissional tem a sua especialização, e ele foi formado para atender determinadas características que aquele usuário precise, ou informações, e a própria atenção, e cada um tem uma formação específica e diferenciada; então, eu acho que quanto mais ampla, mais amplamente ele for avaliado, e receber essas informações, e esse tratamento, vai ser melhor pra ele; então, desde o serviço social, desde o atendimento psicológico, o atendimento médico, enfim, até ah! eu cortei meu dedinho, o que eu faço? Então, vai poder ser atendido ali, ser acolhido pelo técnico de enfermagem (J, 22/3/2006).

É muito importante porque cada profissão tem o seu conhecimento específico e contribui aí com o seu conhecimento. É necessário que cada um de nós tenha muito claro o seu papel aqui dentro pra que não vire uma salada mista e se dilua o que cada um faz, que é específico de cada um. Então, é importante que a gente tenha boa formação técnica, específica da saúde mental pra que a gente possa chegar numa equipe que trabalha sob o paradigma do campo psicossocial, e que de fato possa ser multi, no sentido do atendimento, e aí, assim, no campo psicossocial, aqui no CAPS, por exemplo, a gente vê a necessidade de os profissionais trocarem mesmo, porque surgem muitas demandas, são muitas necessidades do usuário, é um campo novo. Então, assim, tem n coisas que vai se descobrindo, que cada área contribui diferentemente, mas ao mesmo tempo de forma conjunta. Então, o psicólogo, obviamente, ele tem mais elementos pra entender a parte clínica, o assistente social tem mais elementos pra entender a parte previdenciária, da assistência social desse usuário, que também é importante, muito importante pra ele, o médico tem o conhecimento sobre os psicofarmacos, sobre essa parte mais específica da medicação, e assim a gente vai trocando (VIK, 24/3/2006).

Com relação a este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005) observam que, no Brasil, a interdisciplinaridade faz parte do discurso politicamente correto, garantindo seu estabelecimento como princípio, traduzido na expansão cada vez maior dos territórios profissionais e na fusão dos saberes. O discurso da multi e da transdisciplinaridade é relativamente bem conhecido e aceito em nível intelectual, mas as práticas institucionais apontam, paradoxalmente, para fortes resistências, isolamento e hiperespecialização.

De acordo com os autores, para que estas ações multidisciplinares se tornem efetivas há necessidade de estratégias e planos, que visem a harmonização da convivência para que esta não seja imposta, mas compreendida e desejada pelos profissionais. Na prática, o momento é de impasse, pois multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade existem em tese e como imposição de comando, mas não se concretizam, ainda, como prática planejada, efetiva e eficaz (OLIVEIRA; DORNELES, 2005).

Ainda segundo os referidos autores, uma verdadeira transdisciplinaridade não está nem mesmo no horizonte das instituições de saúde mental brasileiras. Este é um dilema fundamental no processo da reforma psiquiátrica, que depende de ações integradas (órgãos reguladores do ensino superior, programas universitários, instituições e serviços de atendimento) para cumprir sua missão de transcender as práticas manicomial e os territórios de dominação e poder estabelecidos entre as disciplinas que formam a saúde mental.

3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações

A importância do projeto terapêutico dos CAPS recai sobre a responsabilidade de que todo o trabalho desenvolvido em cada unidade deve ser realizado em um ambiente terapêutico. Isto significa que tanto os atendimentos individuais, grupais como a convivência no serviço tem finalidade terapêutica. Cada CAPS deve ter um projeto terapêutico, que leve em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais, as iniciativas de familiares e usuários e o território onde se situa, com sua identidade, sua cultura local e regional (BRASIL, 2004).

O CAPS Ponta do Coral conta com projeto terapêutico do serviço, o qual, segundo 75% dos profissionais que responderam ao formulário, foi planejado em equipe. Três profissionais referiram não saber sobre o planejamento em equipe por não fazerem parte desta a época.

O sistema atual de atendimento no CAPS Ponta do Coral difere da maioria do adotado pelos serviços desta natureza. Em geral, os CAPS realizam a assistência ao usuário

no modelo de TR¹⁶. O CAPS Ponta do Coral oferece atendimento sob a ótica da regionalização. Ou seja, como o serviço não é territorializado, é o único na modalidade, na cidade e no município, a equipe técnica foi subdividida em pequenos grupos ou mini-equipes de dois e/ou três profissionais, sendo cada uma destes responsáveis por uma das regionais, que é onde o usuário mora. Esta proposta foi pensada e implementada há quase dois anos, quando os profissionais identificaram dificuldades em atender no sistema de Terapeuta de Referência (TR) toda a demanda existente. Tal estratégia utiliza-se do sistema de divisão por regionais da Secretaria Municipal de Saúde. Ao total são cinco Regionais de Saúde, Leste, Norte, Sul, Centro, Continente, distribuídas espacialmente na área geográfica do município. Nestas regionais, foram implantadas, recentemente (a partir do final do ano de 2005 e início de 2006), equipes de atenção em saúde mental, compostas por um médico psiquiatra e duas ou três psicólogas em cada uma das Regionais de Saúde.

De acordo com o projeto terapêutico do serviço, as atividades desenvolvidas são: psicoterapia, atenção medicamentosa, atendimentos de emergência, grupo terapêutico, oficinas terapêuticas¹⁷, assembléia de técnicos, usuários e familiares, visitas domiciliares, articulação com entidade, programas e serviço, atividades de formação e pesquisa, reuniões de equipe, reuniões clínicas de casos¹⁸.

Conforme as determinações da Portaria GM/MS Nº 336/2002, a assistência prestada ao usuário no CAPS deve incluir atendimento individual, em grupo, atendimento à família, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades comunitárias, enfocando a integração do portador de transtorno mental na comunidade e sua (re)inserção familiar e

¹⁶ Este sistema de atendimento é desenvolvido na maioria dos CAPS e constitui-se do acolhimento da pessoa quando de sua chegada ao serviço por um dos profissionais da equipe. A partir daí é traçado um projeto terapêutico com o usuário e o profissional que o acolheu passará a ser uma referência para ele. O Terapeuta de Referência (TR) tem a responsabilidade de monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo as atividades e a frequência de participação. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, discutindo com o usuário e com a equipe técnica do CAPS (BRASIL, 2004, p. 16).

¹⁷ São oferecidas as seguintes oficinas: oficina de cerâmica, oficina de artes plásticas, oficina de mosaico, oficina de jogos, esportes e lazer, oficina de tapeçaria, oficina de trabalhos manuais, oficina da terra, oficina de jornal, oficina de velas, oficina de leitura, oficina de música, oficina brechó, oficina de teatro, oficina de formação política, oficina de fotografia. Destas, as oficinas de cerâmica, velas e mosaico são produtivas, ou seja, sua produção é comercializada. Cabe destacar que algumas oficinas podem estar em funcionamento ou não, em determinado período de tempo, de acordo com a disponibilidade de técnicos para acompanhar, de condições materiais para o funcionamento e da demanda de usuários.

¹⁸ A descrição e o objetivo de cada atividade pode ser consultado no Projeto Terapêutico do CAPS II Ponta do Coral (2004), ou a partir do projeto de Estágio curricular em Serviço Social de Stuaní (2005).

social. A depender do projeto terapêutico de cada usuário, o CAPS poderá oferecer as seguintes modalidades de atendimento: atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo¹⁹.

Já com relação ao planejamento das ações, 50% dos profissionais consideram que este existe. Cabe lembrar que ao questionarmos os participantes da pesquisa sobre este fator, estamos nos referindo ao planejamento estratégico, aquele voltado para uma visão ampla, global e de longo alcance da organização/instituição, baseado na análise do contexto e com a finalidade de buscar alternativas de ação. No entanto, alguns dos entrevistados observaram estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação objetivo e sistemático dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declararam não existir processo de planejamento e avaliação das ações do serviço, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

As falas relacionadas a seguir demonstram o tipo de planejamento existente no CAPS e como este acontece.

Bom, o planejamento é feito mais ou menos assim: chega uma época do ano em que a Secretaria (SMS de Florianópolis) nos pede um planejamento e aí, geralmente isso é com uma semana no máximo de antecedência, é aquela correria, a gente monta um plano básico de trabalho etc., mas é muito mais pra cumprir a obrigação. A gente tem um projeto terapêutico que é amplo, que é do serviço todo, e a gente vai, com esse projeto terapêutico a gente vai ajustando as atividades e aquilo que a gente pretende alcançar, mas não há um planejamento muito formalizado, não há um processo de planejamento, até porque é tudo muito fragmentado, o que a gente planeja aqui, boa parte depende desse recurso financeiro, depende do apoio da Secretaria, que é sempre uma coisa incerta. Então, em termos de planejamento a coisa fica sempre muito precária. Em termos de avaliação é mais precário ainda, a gente não tem indicadores; novamente, no final do ano, aí a Secretaria pede um relatório do que foi feito, a gente faz um levantamento geral, mas ele é descritivo, ele não é avaliativo, a gente não sabe de fato quais são

¹⁹*Atendimento intensivo* – atendimento diário, oferecido à pessoa que se encontra em grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento semi-intensivo - nessa modalidade, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Este tipo de atendimento é oferecido quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento não intensivo – oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até 3 dias no mês. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário (BRASIL, 2004, p. 16).

os efeitos que a nossa intervenção produz; claro, a gente tem uma certa dimensão pelo contato direto com os usuários, fulano que não interna a tanto tempo, ou fulano que voltou a trabalhar, ou que resolveu pelo menos algumas coisas que eram mais complicadas na sua vida, isso a gente tem, mas não tem um processo de avaliação estruturado que nos permita dados com visibilidade maior (F, 12/4/2006).

Neste sentido, destacamos que, a nosso entender, a função planejamento deve orientar todas as ações no dia-a-dia das organizações. O planejamento é o processo de estabelecer antecipadamente a finalidade da organização/instituição, definir os objetivos e prever as atividades e os recursos necessários para atingi-los. Planejar é uma forma de pensar o futuro da organização/instituição, definindo o que fazer, como, quando e com recursos. Nesse processo, é importante considerar que as organizações/instituições estão inseridas num contexto constituído pela sociedade, pelo Estado e por outras instituições que influenciam suas decisões (TENÓRIO, 2000).

Alguns profissionais referiram-se, especificamente, ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, reuniões clínicas e na supervisão de equipe. Segundo estes, é na reunião de equipe mensal que se planejam mais as ações, estas entendidas como a definição dos grupos terapêuticos ou oficinas que vão ter, o objetivo e a finalidade destes, a demanda etc..

Mensalmente, a gente tem uma reunião de equipe, que tem um pouco esse objetivo, de planejar e avaliar o que é feito. Além dessa reunião mensal a gente tem dois outros momentos semanais, que é um na quarta-feira outro na quinta-feira, que a gente chama de reunião técnica, [...] mas isso se dá muito no cotidiano também, na assembléia geral do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Ele acontece em reunião de equipe, uma reunião mensal, a gente planeja grupos, planeja..., então.., acontece, primeiro tem uma reunião mensal da equipe e reunião duas vezes por semana, que são os estudos de caso; agora, a avaliação, acontece em reunião de equipe mais; o planejamento, por exemplo, como abordar um determinado caso, como ajudar, de como servir a família, o trabalho, é feito durante a semana nos estudos de caso, e nós temos a supervisão, que é um espaço que também acaba se fazendo uma avaliação, a supervisão de equipe (LÉLI, 4/4/2006).

Outras falas detalharam as conseqüências da falta de um processo sistemático de planejamento e avaliação das ações, inclusive fazendo análise dessa problemática em relação as instituições públicas em geral.

Eu acho que esse é um problema, acho que falta muito; por exemplo, se você esta aqui fazendo a avaliação da política a partir do olhar dos profissionais, eu, nesse momento, tenho tido muito incomodo diante da

necessidade que eu vejo de avaliar as ações, de avaliar os pacientes, e a gente não tem uma forma sistemática de fazer isso; por exemplo, a gente não tem um instrumento de captação do trajeto do paciente dentro do CAPS, a gente não anota algumas coisas, os prontuários também deixam muito..., as vezes a gente não faz registro nos prontuários e mesmo quando a gente faz ele não tem, assim, por exemplo, uma sistematicidade, o que é que eu vou enxergar, como é que eu vou ver se aquele paciente está melhor ou está pior depois que ele está aqui, então, a gente não tem esse instrumento; e, o planejamento, é feito um planejamento terapêutico com o paciente; o planejamento do nosso serviço é mais ou menos...., funciona, assim, com as oficinas, não é um planejamento rigoroso, a cada período a gente senta e reorganiza não, tem algumas diretrizes gerais, eu acho que em termos práticos falta muito dos dois lados, planejamento das nossas atividades, por exemplo, as vezes naquele roldão a gente vai fazendo, vai fazendo, e, também, a avaliação da eficácia, do que realmente aquilo está resultando pra vida do sujeito, se ele está realmente conseguindo chegar mais próximos desses lugares que a gente apregoa como princípios da saúde mental - autonomia, dessas coisas que a gente também fala: relação com o trabalho, relações, laços sociais; então, a gente não tem esse (instrumento de planejamento e avaliação), eu acho que falta (planejamento e avaliação) [...] Na verdade eu acho que esse é um problema das instituições públicas em geral, eu acho que tem uma grande resistência no Brasil a qualquer critério de avaliação, porque, esse discurso, a retórica da igualdade, ela exatamente vai na contramão de um processo meritocrático, ou seja, você avaliar também por mérito; você tem que criar esse tipo de instrumento; a prefeitura não tem, nunca teve uma avaliação nos anos que estou aqui que medisse o desempenho profissional, principalmente aqui, que a gente lida com pessoas que estão aqui pra se tratar, e a gente não sabe se a pessoa...., a gente vai olhando um caso ou outro; não existe um processo institucional de avaliação, nesse sentido (P, 17/3/2006).

Em geral, as organizações precisam de um processo de avaliação que realize uma revisão dos objetivos e metas alcançados e daqueles a serem atingidos. O planejamento e a avaliação são a oportunidade de fazer uma pausa e examinar a situação da instituição.

Não obstante, as políticas públicas no Brasil vêm se estruturando de forma descentralizada, com responsabilidades de organização e financiamento partilhadas entre a União, Estados e Municípios, cabendo a estes últimos a execução dos serviços de atenção direta à população. Deste modo, os processos de avaliação de serviços de saúde mental devem ocorrer no âmbito municipal. Segundo Dias (2002, p. 2)²⁰, este desafio coloca no debate o aspecto de como avaliar o funcionamento de um serviço de saúde mental, que está

²⁰ A autora realizou um trabalho de construção coletiva de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental junto aos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre; uma apresentação resumida dos resultados pode ser consultada em DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental.** In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

inserido num novo patamar conceitual e tem como tarefa não reproduzir uma prática de tutela, com ênfase na patologia, mas de incluir o sujeito portador de transtorno psíquico no planejamento e na execução das ações terapêuticas, numa nova relação que garanta a viabilidade do exercício da cidadania numa sociedade desigual. Ou seja, as dimensões de mudança conceitual, realidade social e política pública de saúde de âmbito municipal, tornam complexa a adoção de processos de avaliação.

A fala descrita na seqüência especifica o processo de planejamento e avaliação no que se refere a ação interventiva profissional no tratamento ao usuário, destacando que não existe um processo sistemático de planejamento e avaliação com relação as ações do CAPS.

O planejamento e a avaliação das ações do CAPS, eles acontecem só de uma forma muito primária ainda, nós temos [...] o planejamento e avaliação da ação do profissional a título de intervenção em relação ao usuário existe de três formas: primeiro, casos clínicos, que aqui nós fazemos reuniões de casos clínicos, quarta-feira das 8 às 9 horas e quinta-feira das 11h30min às 12h30min pra discutir a questão do caso clínico de pessoas; outra forma, construção de projetos terapêuticos ou revisão dos projetos terapêuticos na reunião da regional, cada regional, que são cinco, fazem suas reuniões pra discutir o planejamento e avaliar a vida dessa pessoa nas regionais, e a outra, especificamente do CAPS, a título de gestão, é a reunião de equipe, que você presenciou semana passada, aí é um outro momento de planejar e avaliar, porém, ressalvo, não se tem algo mais fidedigno, ou academicamente falando, que nos ampare pra fazer essa avaliação; então, é extremamente necessário nós termos supervisão, termos pesquisadores, que nos ampare no sentido de avaliar o serviço, avaliar nossa prática, avaliar a autonomia do usuário; a grosso modo nós temos, mas é muito de senso comum; então, precisa cientificar ou legitimar, regularizar, tornar mais fiel esse tipo de avaliação, a grosso modo temos, agora, com mais rigor, por escrito, não temos (GIRASSOL, 20/3/2006).

Sabe-se que a ausência de um processo de planejamento estratégico e avaliação sistemática comprometem a efetividade dos objetivos propostos. Conforme destaca Dias (2002), o cenário da Reforma Psiquiátrica requer tanto uma multiplicidade de respostas à sua plena implantação como para a avaliação de seus resultados. Contudo, é importante ressaltar que a especificidade das ações em saúde mental demanda a adoção de um método participativo, com o fim de superar o caráter unidimensional, comum em avaliações tradicionais.

A avaliação participativa já é uma exigência nas políticas sociais, decorrentes da pressão social pela garantia de acesso a bens e serviços públicos. Por analogia, a

construção de indicadores de avaliação também pode ser participativa, com a contribuição dos sujeitos inseridos na esfera municipal, responsável pela execução da atenção em saúde mental. Para a autora, apesar de certa reserva científica pela adoção desta sistemática metodológica, o seu valor está no alcance social de incluir os responsáveis pela execução de determinada ação, na sua construção e sistematização (DIAS, 2002).

3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento

Conforme já destacado neste trabalho os hospitais psiquiátricos são instituições representativas do modo asilar enquanto os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico de exercício das práticas de atenção psicossocial, do modo psicossocial.

O modelo de assistência do modo psicossocial destaca-se por seus meios básicos de tratamento (rede diversificada de serviços territorializados), e pela importância decisiva que se atribui ao sujeito na sua mobilização como participante principal do tratamento. Neste, considera-se o indivíduo como pertencente a um grupo familiar e social, o que supõe que se deve trabalhar, também, a família e o grupo social, como agentes das mudanças buscadas.

Já no modo asilar a organização institucional é marcada por estratificações de poder e saber, no âmbito das relações profissionais e da instituição, as quais transladam para a relação com os usuários e a população. Estes são excluídos de qualquer forma de participação, enquanto que no modo psicossocial, participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais.

Na pesquisa realizada, a maioria dos profissionais entrevistados referiu conhecer sobre a forma de atendimento no hospital psiquiátrico, seja por visitas, atuação profissional, contatos institucionais, relato dos usuários que estiveram internados.

No que se refere as diferenças no atendimento prestado pelo CAPS em relação ao hospital psiquiátricos, os entrevistados consideraram que existem diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência de um só discurso, o médico psiquiátrico do hospital e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial em contraposição ao tratamento igual para todos

das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Eu acho que é diferente em vários aspectos, primeiro, são essas diferenças que eu digo que são de base, sobre a Reforma Psiquiátrica e a função de um CAPS nesse processo de reforma. Existe por parte da maioria da equipe uma convicção de que a nossa função é evitar a internação e de uma certa maneira poder fazer substituição a essas instituições tradicionais; deslocar a centralidade do sistema pra um serviço aberto, que seja interdisciplinar, ou seja, onde você não tenha um discurso único dando a orientação, que no caso é o discurso psiquiátrico nas instituições (tradicionais); você tem essa multidimensionalidade então você pode compartilhar o discurso; em relação ao próprio atendimento, começa na forma do acolhimento, eu acho que o nosso acolhimento é bom, ele tem condições de receber a pessoa, de entender o que ela está procurando, o que ela está precisando, quais são as suas necessidades; a gente tenta de alguma maneira envolver família embora com dificuldades, mas a gente tenta e tenta principalmente manter a vinculação ou criar novos vínculos desse usuário; o projeto terapêutico que é individualizado também é outra coisa fundamental, que aí a gente quebra com a lógica tradicional de que todos recebem o mesmo tratamento, é a mesma medicação, são os mesmos horários, são as mesmas atividades pra todo mundo, não, a gente procura justamente ao levar em consideração essas características que são mais individuais, são mais singulares, a gente procura atender e levar em conta esses aspectos, então, isso pra mim já é muito diferente, além do que a gente procura o tempo todo ou minimizar ou quebrar mesmo a hierarquia, instituindo certas formas que evitam que a hierarquia se cristalize de maneira muito brutal, pra você não ter um deslocamento de poder dentro do serviço, que seja prejudicial pra todo mundo, igual no hospital (F, 12/4/2006).

A relação entre profissional e usuário foi destacada como diferencial por todos os entrevistados, conforme pode ser observado a seguir.

A relação entre o profissional e o usuário, pra mim, a maior diferença é essa relação interinstitucional ou interpessoal; é a forma como se dá, porque as ações também são diferentes, porque existem oficinas terapêuticas, existem os grupos terapêuticos, existem os atendimentos, mas esse modelo de atendimento pode também ocorrer numa outra instituição, ou mesmo num CAPS, mas se a relação de profissional e usuário não estiver pautada no respeito, uma relação sujeito-sujeito onde se possa esse serviço, obviamente, quando ele estiver num bom nível de participação, num bom nível de reabilitação, mas também..., o fundamental é isso, é estar pra além da instituição, estar pra relação do usuário com o profissional, e claro, o espaço também, o espaço físico tem que ter qualidade, a gente vê aqui um espaço super bom aqui no caso, as propostas de atendimento, como que são colocadas, como que é olhado esse usuário, esse usuário está junto no pensar da instituição, mas a cima de tudo assim, entender como cidadão de direitos, de respeitá-lo (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que tem um maior reconhecimento da condição subjetiva do paciente, acho que um certo respeito. Hoje, a Colônia Santana tem tido mudanças, tem uma política que também..., na verdade a política do Ministério também visa atingir as instituições mais asilares, os hospitais também estão mudando..., talvez seja mais lenta, aqui, a gente já chegou com uma outra perspectiva de trabalho; eu acho que a equipe toda, de forma geral, tem uma sensibilidade pra esse respeito pelo paciente, pelo outro, procura, na medida do possível, não estabelecer uma relação de poder; eu acho que aqui, por exemplo, a recepção é muito bem feita, os vigias também são pessoas que entraram no clima, assim, talvez já seja deles, mas entraram no clima do CAPS; acho que todos têm um compromisso com isso, um valor digamos; também, talvez seja deste CAPS, eu não conheço tantos outros CAPSs; eu acho que é uma relação diferenciada, na medida que você está aqui com esse objetivo de que a pessoa assuma a própria vida, contribuir para que isso aconteça; isso implica em ter pelo menos um respeito, um reconhecimento do outro (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p.10) destacam que o papel do técnico se transforma quando ele se coloca sob outros princípios; “se ele faz funcionar a tecnologia da doença mental, fortalece o dispositivo psiquiátrico. Mas, se transforma sua forma de intervenção, trabalha no sentido da desmontagem desse dispositivo”. Segundo os autores, isso significa pôr em funcionamento um dispositivo de desinstitucionalização e reinserir a complexidade dos problemas com os quais lida. Significa ainda abrir mão das interpretações da loucura segundo erro, incapacidade, inferioridade, doença mental, e potencializá-la como diferença, um modo diferente de relação com o mundo. Enfim, não usar o saber como técnica normativa, mas como possibilidade de criação de subjetividades. A técnica deixa de ser instrumento da violência quando a prática funciona como uma desconstrução da clínica.

As falas que seguem referem-se ao atendimento aberto e as possibilidades de escolha que o CAPS oferece em contraposição ao isolamento e segregação gerados pela internação hospitalar prolongada.

Em primeiro lugar o atendimento no CAPS é um atendimento, vou usar a palavra, aberto, ou seja, pra começar o usuário ele não fica internado aqui, mesmo se em algum momento tiver o CAPS III, é diferente. Ele vem, ele faz o trabalho dele, a sua terapia, durante o dia, e ele volta, quando, no caso tem família, pra casa; então, primeiro lugar a idéia do CAPS, o trabalho do CAPS não é segregar e isolar; quando o usuário vai para o hospital, eu acho que seja ele em qualquer campo da saúde, mas vai para o hospital e fica internado trinta dias, quinze dias, ele já esta sendo isolado do convívio com a família, do convívio social, ou seja, acaba perdendo progressivamente o contato com as pessoas e com o grupo social mesmo, e acaba sendo destituído das suas práticas pequenas, como desde pegar um ônibus, fazer sua comida, ir no

supermercado; no momento em que uma pessoa é colocada em um hospital e fica um mês, ele acaba perdendo o contato com essas mínimas..., não é nem com o mundo lá fora, mas com as mínimas coisas que ele teria em casa, na sua casa, enfim, ele perde tudo isso como se fosse realmente uma pessoa que não tem possibilidade nenhuma de fazer nem um café, enquanto o CAPS possibilita isso, acho que o CAPS ele, independente dos problemas que tem, acho que ele mostra que não, você ainda, apesar da sua crise, com a sua crise, com todas as limitações que as vezes um surto pode oferecer do ponto de vista cotidiano, você ainda pode fazer algumas coisas sim, como pegar um ônibus pra ir e voltar pra casa, fazer a escolha do seu planejamento terapêutico, vem aqui escolhe, em parte, o que gostaria de participar (LÉLI, 4/4/2006).

Assim, a possibilidade do usuário no CAPS de ter voz ela é muito maior do que nas outras instituições, as outras eu não vou generalizar, mas em algumas, as asilares, esses hospitais são..., enfim, crônicos até pela dificuldade mesmo de antes você pensar em ter outra alternativa que não a trancar e deixar lá e não tem medicação, não tem nada disso, estou falando de bem bastante tempo atrás, e isso ficou e se perpetuou, então, eu acho que a possibilidade do usuário aqui, no CAPS, nos CAPS, e até mesmo nos ambulatórios, acho que hoje em dia não é só CAPS que permite isso, é fazer parte como contribuinte do próprio tratamento, então isso é o que diferencia do paciente internado, vamos dizer assim, em São Paulo, no Vera Cruz, que é um hospital e tal, diferente de outros, tem algumas dessas internações que são diferentes, mas essa relação aí de profissional e usuário ela é mais aberta, é mais ampla, além do CAPS, especificamente, oferecer algumas possibilidades; então, a possibilidade de trabalhar em uma oficina, dessa oficina ter uma renda, que, assim, é um entrave no sentido que eles se sentem muito limitados e não só se sentem como eu acho que muitas doenças incapacitam mesmo, são incapacitantes, a esquizofrenia é uma delas, e é a nossa clientela aqui, a maior parte é de pacientes com esquizofrenia; a própria esquizofrenia já altera, vamos dizer assim, na cognição, na parte de planejamento, de você conseguir realmente se estruturar para trabalhar; tem umas pessoas que não conseguem nem ter o início, a iniciativa, ela é minada com a esquizofrenia, e aqui tem uma possibilidade, mesmo que essa possibilidade seja fazer oficina e ganhar uma renda, mesmo que, assim, seja só..., não é o valor que importa, é simbólico (J,22/3/2006).

O relato a seguir explicita epistemologicamente e em termos técnico-assistencial a diferença entre o modelo de atenção tradicional/hospitalar e o modelo de atenção psicossocial.

Primeiro, em relação a concepção da pessoa e em relação a concepção dos próprios meios de trabalho; na instituição psiquiátrica predomina o modelo manicomial/asilar como a gente chama, que daí vai olhar a pessoa enquanto doença, enquanto diagnóstico, aqui, no CAPS, a gente olha os seres humanos enquanto pessoas, enquanto a existência de um sofrimento, o que podemos fazer pra minimizar esse sofrimento da pessoa, então, essa é a primeira diferença que tem, quem é essa pessoa, que no modelo manicomial acaba sendo vista mais como diagnóstico, como um doente, isso que eu sempre falo, essa iatrogênia que o modelo

manicomial acaba inserindo na pessoa, você é um doente, vai ter que tomar remédio pra vida toda, e o máximo que você pode chegar é um portador de transtorno mental em recuperação, isso é uma das diferenças, outra é a própria concepção de saúde/doença que existe; as formas de organização dos dois modelos, são modelos diferentes, um é mais centralizado no psiquiatra, na instituição psiquiátrica, o no CAPS seria mais centralizado na equipe e, principalmente, nos usuários; a forma de relação com a clientela ou com o usuário, no modelo manicomial, é sempre uma relação hierárquica, de cima pra baixo, no CAPS, sempre uma relação, ou a gente tenta sempre ter uma relação horizontal; e a própria questão do que é bom ou não é bom pra pessoa, a pessoa tem que dizer o que é bom pra ela e, as vezes, no hospital, são os profissionais que já dizem o que deva ser bom pra ela, ou seja, a grande diferença que existe é: quem decide o que? No hospital as pessoas decidem sobre a vida da pessoa, eu acho que no modelo psicossocial é a pessoa que compartilha a decisão da sua vida (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme destaca Rotelli (1990), no manicômio (modelo/tradicional) a sociabilidade é reduzida a zero. A tutela, a internação tem a única finalidade de subtração das trocas, de estabelecer relações de mera dependência pessoal. Enquanto que a emancipação terapêutica (que se torna o objetivo substituto da "cura") só pode ser (cientemente) a mobilização de ações e de comportamentos que emancipem a estrutura inteira do campo terapêutico. Assim, o problema que se coloca aos novos serviços (CAPS) não é cura (a vida produtiva), mas sim a produção de vida, de sentido, de sociabilidade.

Neste aspecto, pode-se considerar a proposta basagliana de *colocar a doença entre parênteses* para assim direcionar o olhar ao sujeito em sofrimento e não à doença. Essa é uma questão fundamental, pois é o movimento de *tomada de responsabilidade* (DELL'ACQUA, 1992) individual e coletiva que se constitui como meio para a transformação institucional e para o processo de desconstrução. A cura cede espaço à emancipação, mudando a natureza do ato terapêutico, que agora se centra em outra finalidade: produzir autonomia, cidadania ativa, desconstruindo a relação de tutela e o lugar de objeto que captura a possibilidade de ser sujeito (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3 Participação do usuário e da família no tratamento

De acordo com as diretrizes da atenção em saúde mental do modelo psicossocial, o protagonismo dos usuários é fundamental para que seja alcançado o objetivo do CAPS de se constituir como dispositivo de promoção da saúde e da reabilitação psicossocial. Os

usuários e familiares devem ser chamados a participar das discussões sobre as atividades terapêuticas do serviço. A equipe técnica deve trabalhar de forma a estimulá-los a participar de forma ativa do tratamento e da construção de laços sociais. Entre os tipos de atendimento que o CAPS pode oferecer está o atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, de lazer com familiares (BRASIL, 2004).

Na seqüência deste item analisaremos as formas criadas pelo CAPS Ponta do Coral para envolver ativamente usuários e familiares no processo terapêutico, seja com relação ao projeto terapêutico individual, ao atendimento e a participação das famílias no tratamento.

3.3.1 Planejamento terapêutico individual

Conforme as determinações da política de atenção em saúde mental, cada usuário deve ter um projeto terapêutico individual, composto por um conjunto de atendimentos personalizado, que respeite as particularidades, necessidades de cada pessoa e proponha atividades durante a permanência diária na unidade e fora dela (BRASIL, 2004).

O atendimento no CAPS oferece projeto terapêutico de tratamento individualizado, o qual é pensado e avaliado com a participação do usuário. A fala relacionada a seguir detalha como acontece o planejamento do tratamento.

O primeiro passo desse projeto terapêutico ele é feito na entrevista inicial, que é basicamente a entrada desse usuário no serviço; então, a gente pensa uma programação mínima, levando em conta as necessidades, as condições, os limites e as capacidades do usuário e, quando a gente pode contar, com a família também. Além disso, uma vez por mês, [...] tem o encontro da Regional, e os usuários dessa Regional podem reelaborar o seu projeto terapêutico, a gente faz a revisão, a gente discute como é que está sendo esse projeto, se está sendo interessante, que ganhos, se está havendo ganhos ou não, se a pessoa está se sentindo contemplada de alguma maneira e tal, e aí a gente faz as alterações que a gente discute e acha necessário (F, 12/4/2006).

Com relação a forma como o usuário participa do processo de planejamento do seu tratamento, os entrevistados colocaram que é através da manifestação das preferências,

opções e desejos dele, dentro das possibilidades que o CAPS oferece. Nas falas relacionadas é explicitado qual a participação do usuário e do profissional no planejamento do projeto terapêutico de tratamento.

Quando o usuário chega no serviço, encaminhado de algum outro (serviço), ou de um hospital, ou de uma unidade local de saúde, ou por demanda espontânea é feito o acolhimento, onde a gente usa uma entrevista inicial pra fazer uma coleta de dados, ali resgata um pouco da história que o próprio usuário vai estar contando, e, então, nesse momento é feito o projeto terapêutico; inicia-se o projeto terapêutico, não que ele tenha que se esgotar nesse momento inicial; uma pergunta que a gente sempre faz pra ele é do que ele precisa, como a gente vai poder ajudar, então, a partir daí a gente oferece o nosso leque de atendimentos, o nosso projeto terapêutico do CAPS, e aí vai se construindo dessa forma (VIK, 24/3/2006).

Em geral a gente faz isso quando ele chega, na entrevista inicial, a gente pede pra que ele diga, a gente apresenta o que a gente tem; a gente pede que ele diga o que ele gostaria de estar fazendo, o que ele fazia, quais as preferências que ele têm, se ele não sabe, em algumas situações, a gente sugere que ele venha participar de algumas oficinas para ele, por exemplo, escolher; então, assim, é feito muito respeitando o desejo do paciente, o que ele gosta mais, as preferências dele; agora, se a gente vê que o paciente está muito ansioso, se ele precisa, a gente sugere um grupo terapêutico ou as vezes o atendimento individual; assim, não tem uma uniformidade, em geral a gente age assim (P, 17/3/2006).

Ele tem, esse projeto terapêutico, ele tem um primeiro momento, quando o usuário chega e faz a entrevista inicial é colocado com ele e oferecido, mostrado as possibilidades, o que o CAPS oferece em termos de terapia, desde grupos terapêuticos, atendimento individual e oficina, mas não é só oferecido, é também feito uma avaliação do técnico, o que ele pensa que, naquele momento, poderia estar ajudando aquele usuário, e é conversado com o usuário, muitas vezes acaba o usuário escolhendo tudo, escolhendo o que ele quer e o técnico tem pouca interferência, outras vezes o usuário quer algo que talvez naquele momento, por exemplo, atendimento individual, mas não tem vaga, não tem, os técnicos estão todos..., se tem alguém fazendo atendimento individual já não tem horário, então se entra em um acordo das possibilidades, dos desejos do usuário, e das possibilidades que o serviço oferece; isso é o primeiro momento, no segundo momento, ao longo do período do usuário aqui, vão tendo transformações, muitas vezes ele abandona aquele grupo ou oficina, que não era aquilo que ele achava que era bom, que ele gostava, abandona formalmente ou informalmente, simplesmente não vai, ou ele entrou em surto não veio mais, uma série de questões, então isso tudo é retomado, a gente tenta fazer a retomada na reunião das Regionais, reunião mensal, como é que está o tempo dele aqui, o que ainda se mantém fazendo, como ele está se sentindo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos entrevistados destacou que o projeto terapêutico de tratamento do usuário

é sempre pensado a partir da necessidade dele, o que ele traz de necessidade, o que ele traz de sonho, de vontade, de sofrimento, de

tristeza, então, o projeto terapêutico é sempre pensado, repensado, analisado, refletido, em cima da necessidade da pessoa (GIRASSOL, 20/3/2006).

É importante destacar que o planejamento do projeto terapêutico deve envolver o portador de transtorno mental como sujeito deste processo. A participação ativa do usuário na escolha do que fazer e na expressão de suas necessidades favorece a adesão e continuidade no tratamento, confere-lhe o exercício da liberdade de escolha e da cidadania. Neste processo, o ato terapêutico, quando não é mais fundado sobre a doença e não provém da autoridade médica, torna-se a própria organização coletiva, convertendo-se em *tomada de responsabilidade* e produção de subjetividade (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral

No plano teórico, a relação da família com o portador de transtorno mental é construída a partir do alienismo, como produto da sociedade moderna/burguesa. No interior desta perspectiva concentram-se dois entendimentos polarizadores: “o da família ameaçada pela eclosão da enfermidade, portanto, sofrendo suas conseqüências ou causadora da emergência do transtorno mental, assim culpabilizada por sua etiologia” (ROSA, 2002, p. 139). Historicamente, o segundo entendimento foi o que prevaleceu na maioria das abordagens teóricas na área da saúde mental, com uma relativa diminuição nos anos 1970, seguido de uma complexificação da compreensão do grupo familiar e de sua dinâmica, a partir dos avanços teóricos da leitura feminista e marxista. “Contemporaneamente, a inclusão do grupo familiar nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental; a assunção de sua condição de parceira e co-responsável dos serviços e a exigência de constituição de uma nova pedagogia institucional em sua abordagem atravessam a construção de uma nova relação entre o louco e a sociedade” (ROSA, 2002, p. 139).

Nesta direção, um dos objetivos do CAPS é incentivar as famílias a participar do cotidiano do serviço. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas importantes para o trabalho dos CAPS. Eles podem participar de diversas maneiras, incentivando o usuário a se envolver no projeto

terapêutico, participando diretamente das atividades do serviço, nas reuniões, assembléias, nas associações de usuários, técnicos e familiares, trazendo dúvidas, sugestões. A participação pode acontecer tanto nas atividades internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. (BRASIL, 2004).

A Portaria /GM nº 251/2002 constitui-se como mais um dispositivo na mudança das relações entre os serviços de saúde mental e a família à medida que prevê, no desenvolvimento dos projetos terapêuticos, o preparo para o retorno à residência/inserção domiciliar e uma abordagem dirigida à família no sentido de garantir orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento.

O atendimento aos familiares é uma das formas para que as famílias participem, conheçam o trabalho dos CAPS e passem a se envolver ativamente no processo terapêutico. Neste sentido, a família ganha visibilidade como protagonista, parceira dos serviços e co-responsável no provimento de cuidados do portador de transtorno mental.

Além disso, o avanço dos conhecimentos e entendimento de que os fenômenos humanos comportam uma multiplicidade de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos e éticos, inter-relacionados entre si, possibilitou mudanças na assistência às pessoas em estado de sofrimento psíquico. Essas puderam ser compreendidas na totalidade de sua condição existencial. E, o sofrimento, antes tomado apenas como algo individual, passou a ser visto como parte de um contexto onde outras pessoas estão envolvidas e também merecem cuidado e atenção.

No CAPS Ponta do Coral, na sua maioria, os profissionais afirmam que existe atendimento familiar, com ressalvas de um deles que referiu não existir atendimento familiar sistemático e outro que observou que existe atendimento familiar individual. As falas relacionadas expressam de que forma a família participa no tratamento do seu membro no CAPS.

A família participa não como uma preconização ou uma exigência do serviço; o que eu tenho visto é que a família participa aqui no CAPS na medida em que há uma necessidade, quando há necessidade do serviço conversar com a família ela é incluída, quando há uma necessidade da família pelo serviço ela procura, mas não é uma rotina todas as pessoas que vem aqui a família ser atendida, as vezes o usuário não quer saber da família, as vezes a família não quer saber do usuário e assim sucessivamente, ou seja, a família participa na medida que temos a clareza da necessidade, mas não é uma prática oficial do serviço (GIRASSOL, 20/3/2006).

Alguns casos sim, em alguns casos eles vem para a reunião mensal da Regional, ou vem para uma consulta com a psiquiatra, ou vem pra trazer o usuário que não consegue ainda vir sozinho, mas é muito restrita a

participação da família, normalmente ela vem mesmo quando a coisa está apertando, quando o usuário surtou, não está conseguindo segurar, quando ele está já nas últimas (LÉLI, 4/4/2006).

Os profissionais que afirmam a existência da participação da família no tratamento explicitam como esta acontece e como se dá o atendimento no serviço, observando o cuidado que existe em atender a família e o usuário juntos.

Sim, tem alguns usuários que vem acompanhado de familiares, as vezes nós chamamos a família, quando existe necessidade, e isso acontece assim no cotidiano, conforme realmente surge a necessidade; geralmente há uma relação muito conflituosa entre o usuário e família, geralmente o familiar mais próximo, referência mais próxima e aí a gente intervém, mais ou menos com dois objetivos, assim, um de pensar essa relação conflituosa, o que pode ser negociado aí pra viverem melhor, pra ter mais qualidade de vida nesse ambiente, que moram juntos, e o outro pra poder então capacitar, colocar elementos pro familiar sobre o tratamento, sobre os transtornos mentais, pra que ele possa ser um cuidador também, o que ele é, pra que ele possa se qualificar; então, uma outra coisa que eu penso é que esse atendimento familiar ele sempre tem que privilegiar a participação do usuário porque fica complicado falar do usuário sem ele estar presente (VIK, 24/3/2006).

Sim, a família participa, claro, na medida de cada caso; em geral, assim, a gente tem a disponibilidade de atender a família, então, muitas vezes, precisa de o paciente vir com a família em várias situações, e esse atendimento é dado; o grupo de família, também está tendo o grupo de família, as vezes é dado (o atendimento) a família daquele paciente; mas sempre a gente tem o cuidado de receber a família e atendê-la junto com o paciente, nunca assim..., não gerar essas fantasias perseguitórias por parte do paciente “tá falando o que de mim”; isso é mais ou menos quase uma regra aqui no CAPS, a gente atende junto com o paciente (P, 17/3/2006).

Os trechos das entrevistas relacionados a seguir descrevem as formas criadas pelo CAPS para oportunizar a participação da família no tratamento. Alguns profissionais referiram-se a um grupo de famílias que chegou a ser iniciado, mas que pela falta de adesão e outras dificuldades não funcionou mais.

Um pouco assim, o acolhimento na segunda-feira é um espaço que a família pode participar junto com o usuário pra relatar como é que foi o final de semana e pra relatar e como estão as atividades no CAPS; o outro espaço são as reuniões das Regionais de equipe, fora o trabalho individual, que, assim, eu acabo chamando muitas vezes, eu quero atender você na presença de um familiar, as vezes você precisa até forçar nesse sentido, de que a família compareça, faço cartinha, mando e aí atendo em consulta individual, mas não em grupo, não é uma abordagem psicoterápica, é mais no sentido de psicoeducação do que de terapia (J, 22/3/2006).

[...] existe um planejamento pra se atender família, um grupo de familiares a serem atendidos por psicóloga [...]; então, as formas criadas para oportunizar a participação da família é justamente quando ela vem, acompanha, que é aberto para os familiares participarem das oficinas junto com o usuário, então, sempre tem essa oportunidade e grupos específicos pra famílias que estão se tornando real (GIRASSOL, 20/3/2006).

É mais ou menos como eu te falei; então, assim, as vezes a gente chama pra um atendimento individual, e também ela participa dos eventos acontecidos aqui no CAPS, promovidos pelo CAPS, de festas, geralmente o dia nacional da Luta Antimanicomial, quando a gente comemora, que faz uma confraternização, as festas sempre tem a presença de familiares também, festa de natal, festa junina (VIK, 24/3/2006).

As reuniões das Regionais por exemplo, uma vez por mês, e tem alguns técnicos que fazem reuniões com as famílias, discutindo, por exemplo, aquele usuário em que a família está implicada diretamente, tem problema com a família, então chama a família pra trabalhar; já teve grupo de família, mas foi fechado porque as pessoas ficaram um tempo, mas as famílias, segundo as técnicas que fizeram, muito pouco se apropriavam, vinham, se utilizavam desse espaço (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre este aspecto, cabe destacar que o deslocamento do eixo da compreensão do problema individual para o familiar/social, que tem como consequência o acolhimento da família como uma unidade que necessita de cuidado tanto quanto o paciente individual, pressupõe um novo olhar sobre as possibilidades das famílias para enfrentarem suas crises e atuarem como suporte terapêutico. Nessa perspectiva, se impõe a necessidade de não só reconhecer o atendimento ao grupo familiar, mas de oferecer uma atenção singular que leve em conta, por um lado, as especificidades de cada família, considerando a história, a estrutura, a dinâmica, bem como a inserção desta no contexto social. Por outro lado, deve-se avaliar a realidade e as possibilidades das famílias para usufruírem das formas de atenção que lhes são propostas (MIOTO, 1998, pp. 25-26).

Nesta direção, dois dos participantes da pesquisa identificaram como uma das dificuldades em realizar o atendimento familiar, a falta de profissionais qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades, conforme pode ser observado nas falas a seguir.

A maior dificuldade que eu vejo é que não existe ninguém capacitado aqui dentro para lidar com a família, é claro que, assim, eu faço um atendimento com o usuário a família vai estar junto eu vou estar explicando, mas quando você vai pensar em trabalhar com a família, trabalhar no sentido psicoterápico, isso não existe, agora informar a família, tentar com que a família faça parte do planejamento, a gente

tenta e incentiva, estimula que eles venham nas reuniões das Regionais, mas o que eu percebo, assim, a equipe ela é muito pequena pra dar conta de tudo, então a maioria das vezes o paciente chega, a família está ali fora, mas todo mundo tem a sua atividade, estão todas na oficina e isso me sobrecarrega muito porque eu tenho que dar conta de tudo, inclusive da família que chegou, do atestado que está faltando, e a família que quer saber porque que o remédio..., mas não existe um espaço pra ela, não existe um espaço que acolhe a família (J, 22/3/2006).

Profissionais qualificados, eu acho que necessita de profissionais que tenha um pouco mais de experiência, de conhecimento pra estar lidando com família, que toda a família tem sempre os seus nós górdios, tem sempre questões de fundo, que as vezes precisa de um certo conhecimento, experiência pra estar lidando com isso; até que ponto é vítima ou réu, então, acredito que profissionais que tenham experiência, que tenham a qualificação teórica, [...] possa estar oportunizando uma melhor relação no atendimento CAPS com família, então, a qualidade do profissional para estar realizando essa participação (GIRASSOL, 20/3/2006).

Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que é um transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, foram relatados pelos profissionais.

Acho que tem uma junção, eu acho que tem uma coisa primeiro que é o entendimento, a família, muitos familiares, querem deixar o usuário aqui, e querem fazer sua vida, até por questão de sobrevivência; o que eles alegam muito é que eles precisam trabalhar, então não pode faltar ao trabalho uma vez semana pra poder estar aqui porque mesmo que tenha atestado pra poder estar aqui, acaba perdendo o trabalho, não tem como justificar; e a outra questão é o próprio entendimento de que é na família o espaço em que o usuário pode ser tratado, porque a idéia de tratamento é uma idéia também que se direciona, que acaba sendo entendida como médica, hospitalar ou clínica, ou então, agora tem o CAPS; e o lugar de tratamento, digamos tratamento como restituição, como reinserção, também é na família (LÉLI, 4/4/2006).

É, chega um momento que as vezes de fato a relação se esgota, assim, são tantos conflitos, são tantas brigas, tantas dificuldades de convivência, de relacionamento, que já vem desde a infância, que chega em momentos quando, geralmente, o usuário tem as primeiras crises, isso gera um isolamento, assim, o usuário fica isolado nesse ambiente, nesse contexto familiar, realmente é muito difícil; as vezes tem uma mãe muito controladora e que aí o usuário não quer muito aproximação do serviço com essa referência porque o serviço passa a ser então um lugar de acolhimento pra ele que ele não tinha até então, porém, a gente busca a família, pra que a família possa cumprir essa função da referência (VIK, 24/3/2006).

Neste sentido, deve-se considerar que no contexto brasileiro, pela própria ausência ou precariedade da intervenção estatal por meio das políticas públicas de corte social, a família torna-se a principal garantidora da reprodução da força de trabalho. As famílias, para suportar, todas as funções que lhes são atribuídas e enfrentar as situações de risco social, buscam dividir com o Estado o encargo dos cuidados com seu ente enfermo. Mesmo assim, configuram-se, para elas, condições deficitárias de atendimento, em particular no caso da atenção em saúde mental (ROSA, 2003, p. 192).

Na seqüência, o entrevistado realiza uma análise das várias situações singulares e sociais que envolvem as dificuldades do serviço, das famílias e dos usuários, em realizar um tratamento integrado na relação usuário/família/CAPS.

Então, também envolve vários aspectos, eu vou apontar alguns; assim, em primeiro lugar, a gente vê que boa parte das famílias vê o CAPS como um lugar pra poder deixar o seu familiar, é um lugar onde ela não vai precisar cuidar dele durante um certo tempo, então, eles até participam de algumas entrevistas iniciais, hoje, por exemplo, eu tenho uma (entrevista inicial) que a pessoa veio sozinha, não veio família; é bastante freqüente que venha o usuário sem acompanhante familiar algum, esse é um aspecto, a família de uma certa maneira toma o CAPS como um lugar pra deixar o seu familiar, nós por outro lado, não criamos estratégias pra fixar essa família, pra trazer essa família mais perto; tem um grupo de família que funciona de maneira meio irregular, mas que a gente vê cada vez mais a necessidade de tornar isso algo mais organizado, poder atender a família, a gente faz o acompanhamento com família, geralmente, quando há um pedido específico ou do usuário ou da própria família, aí a gente procura fazer, mas é mais individualizado, é uma questão mais individualizada, e há também, por parte dos usuários há o desejo de que a família não participe, isso ficou muito evidente na organização da associação, que é uma associação de usuários, familiares e técnicos, e quando a gente estava organizando a associação, toda vez que se falava na participação dos familiares havia uma certa resistência por parte dos próprios usuários que os familiares participassem; a gente entende isso como uma maneira de buscar uma certa autonomia, uma certa distância dessa família, que é, as vezes, bastante complicado de fato tê-los muito próximos, aí precisa de um outro tipo de abordagem, não dá pra incluir, como a gente fazia no início por exemplo, a gente fazia grupos de usuários e familiares, mas a família atrapalhava mais do que ajudava nesses grupos, aí a gente resolveu começar a separar, deixar o espaço específico para o usuário, porque a família vinha e tomava o espaço, e falava, e ficava reclamando da pessoa, do que ele não fazia, de todas as dificuldades etc..., então, a gente achou melhor botar um pouco uma barreira, botar um filtro ali pra que tivesse espaço do usuário e que ele pudesse aproveitar isso da melhor maneira possível (F, 12/4/2006).

No entanto, cabe destacar que, numa visão mais abrangente e totalizante, a família é entendida, no cerne das condições de reprodução social do portador de transtorno

mental, como um sujeito que procura reconstruir relações cotidianas, criar novos sentidos, manter e fortalecer laços de sociabilidade. É percebida, positivamente, em suas possibilidades, potencialidades e recursos, como elemento fundamental à manutenção do poder contratual, à autonomia e à emancipação do portador de transtorno mental (ROSA, 2002, pp. 152-153).

As falas relacionadas a seguir apresentam a compreensão dos entrevistados com relação às possibilidades da participação da família no tratamento, e as dificuldades do CAPS em realizar esse tipo de atendimento. Um deles argumenta que o acompanhamento à família é essencial para minimizar os efeitos da convivência com o portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Acho que o atendimento familiar assim como ele pode ter dificuldades ele também pode te ajudar um monte, então, assim, tem os dois lados, as dificuldades eu acho que é porque também ele vai estar trazendo, vai sobrecarregando com mais, digamos assim, mais queixas, vai estar trazendo.., as vezes nem está relacionado ao usuário os problemas e as situações, embora eu acredito que na maioria das vezes ela ajuda, ela ajuda porque é que está convivendo com o usuário lá fora o tempo inteiro, que tem mais os dados, quem pode inclusive, ah! ele está muito sedado, vamos tirar esse remédio, esse remédio só faz mal, então, a família se ela não é bem orientada ela acaba, assim, tentando fazer o bem ela acaba fazendo o mal pro paciente, ah! não aquela atividade lá, ficar só batendo palminha, musiquinha, aquilo lá não vai ajudar você, é melhor eu.., vou te colocar de novo na escola porque se não você não vai trabalhar nunca, então todas as ansiedades da família, que se elas forem bem trabalhadas o usuário só tem a ganhar, agora, as dificuldades é: um espaço em que essa família seja acolhida, que ela seja realmente trabalhada e uma equipe, a formação, alguém com formação pra fazer isso, isso não tem (J, 22/3/2006).

Eu acho que o acompanhamento com a família ele é extremamente necessário pra elaborar a imagem que essa pessoa acabou deixando pra essa família; a família ela ainda tem uma imagem, ela tem o imaginário social em relação o que ela de repente produziu; então, há uma necessidade de se ter um acompanhamento com os familiares pra estar elaborando as relações, o dia-a-dia que ela tem com o portador de transtorno mental; as vezes se investe muito em acompanhamento com usuário e não se investe muito no acompanhamento com a família, a família está sobrecarregada, tem que se discutir a questão dos encargos familiares, porque as vezes ter um portador de transtorno mental junto com a família é extremamente estressante, e as vezes a família acaba colocando o portador de transtorno mental no hospital pra descansar, porque as vezes é complicado, tem um portador de transtorno mental que canta o dia inteiro, ou que não dorme durante a noite, dorme de dia, ou que quer ver televisão a todo momento, ou que fica conversando com a vizinhança a todo o momento, tem o portador de transtorno mental que com o seu sofrimento incomoda muito a família, então, tem de haver um profissional articulado ou apaziguador ou que provoque alguma

resolução nessa prática; [...] se não dá pro portador de transtorno mental morar com a família então que se haja (encontre) um espaço harmônico, mas a família tem que ser acompanhada sim (GIRASSOL, 20/3/2006).

Entre as dificuldades que os profissionais identificam na (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e estigma da loucura, ainda presentes no imaginário social das pessoas. Relacionamos na seqüência as respostas dos entrevistados, nas quais é expressa a relação com alguns dos aspectos enfrentados no cotidiano da vida dessas pessoas, em suas relações com a família, as instituições e a sociedade.

Em primeiro lugar a dificuldade de a família compreender o que a pessoa tem, pelo que ela passa, muitas vezes, a idéia é de que é um vagabundo, que o cara não quer trabalhar porque é vagabundo, não quer fazer nada só quer ficar em casa fumando, na frente da televisão porque é vagabundo; então, tem essa dificuldade de poder dar ou ter um certo olhar pra essa pessoa, pra esse usuário que não seja esse da discriminação; tem também o medo, o medo de que essa pessoa venha cometer algum crime, que é um pouco o mito da loucura, é o que envolve o mito da loucura, de ser alguém que é imprevisível e violento, o mito da loucura está muito marcado por isso, muitas vezes a família vem contaminada por isso, eu atendo uma mãe, por exemplo, que apesar de ser uma pessoa que contribui muito, mas ela tem medo do filho, ela tem medo, e ela reconhece isso, diz isso claramente, ela tem medo, agora menos, depois de um tempo isso está começando a se flexibilizar, ela está começando a entender um pouco diferente, mas ela tinha muito medo do que esse filho poderia fazer com ela, então, isso é algo que é bastante comum, mas isso é uma dificuldade; o outro aspecto da resistência é a idéia de que ele se tornou uma pessoa inútil, o usuário se tornou uma pessoa inútil, porque ele não pode trabalhar, que nunca vai fazer nada a não ser ficar como um louco, ficar como uma pessoa que não pode assumir responsabilidades, que não contribui, o aspecto financeiro é um problema; o Programa de Volta pra Casa não resolve isso integralmente porque ele é destinado pra pessoas que estão no mínimo há dois anos internadas, então, aqueles que não tem internação prolongada não têm acesso a esse recurso, então, ele passa a se tornar um peso econômico pra família e aí todos os outros problemas que são decorrentes disso (F, 12/4/2006).

Muitas vezes ele acaba sendo o membro da família rejeitado, ele tem o quartinho dele no fundinho. Bom, eu acho que é o próprio estigma de ter um doente mental, tem ah ele é doente mental, deixa ele quietinho lá porque se não ele vai incomodar, vai surtar, vai xingar e, que vergonha, aí os vizinhos; então, é o estigma do usuário, do paciente com transtorno mental, como muitas famílias não entendem elas tem até crenças de que isso é o demônio, isso é um castigo, ou é porque ele era uma pessoa ruim na vida passada, então, vem com mil, vamos dizer assim, explicações, que só atrapalham e impedem que aquilo seja encarado como..., ok isso aí é uma doença, e como é que a gente vai

fazer pra ajudar e tratar isso; então, os conhecimentos, a ignorância nesse sentido, [...] uma parte eu acho que seja pelo próprio desconhecimento do que é um transtorno mental, e do estigma de que o louco é o que rasga dinheiro e, enfim, isso dificulta, e aí quando você não tem um suporte pra dar à essas famílias aqui dentro, você só reforça lá fora esse estigma; então, claro, a pessoa chama a atenção da população, os pacientes que conseguem lá fora trabalhar e não ficar só dentro do CAPS, então, as oficinas que possam vir a dar renda, que elas sejam trabalhadas lá fora, até pra lá fora você convive com eles, percebe que eles não são os loucos que rasgam dinheiro, saem quebrando tudo e matando todo mundo, esse é o medo da população e acaba sendo o medo da família (J, 22/3/2006).

A questão da diferença do “louco” para o “não louco”, que na sociedade capitalista, é determinada pela relação produtivo/não produtivo, ou seja, aquele que detêm poder de consumo e aquele que não tem poder de consumo, também foi expressa pelos profissionais entrevistados como uma das dificuldades para a (re)inserção social do portador de transtorno mental, na família e na sociedade.

Eu acho que os limites do usuário; tem a coisa do preconceito, da loucura, ele, o usuário, ele não é alguém produtivo na família, ele não leva dinheiro pra casa, ele, ao contrário, ele só gasta, ainda tem que buscar remédio, ele dá mais trabalho ainda, ele não é produtivo, de maneira geral, então, isso já agrega um preconceito maior ainda, além de ter o preconceito da loucura, de ser..., enfim, alguém que tem uma “deficiência”, alguém que é muito dependente, ainda tem isso, então, ele não soma nada à família a não ser o incomodo; daí, geralmente, é uma mãe que até acolhe, ou pai, por questões afetivas, mas sempre está lidando com esse limite do usuário; tem famílias que não querem, tem muitas famílias carentes que não querem mais um problema, e quando a pessoa, então, saiu da família, que foi internada, e ficou um longo tempo fora, a família já se estruturou de forma a não contar com aquele usuário, então, já não conta mais com ele, passou três, quatro, cinco meses, aí vem uma pessoa trazendo toda uma dependência e que não é somar, ou as vezes as próprias crises dentro de casa, então, é difícil um cara que faz xixi no chão, um cara que toma um café e deixa sua xícara, um cara que quebra, que uma vez por mês quebra tudo, que bate nas pessoas dentro de casa, ninguém tem essa tolerância, tem que ser mais de uma pessoa pra suportar e, as vezes, uma pessoa, que é a mãe, suporta, mas os outros irmãos não entendem, não conseguem lidar com a questão, que é difícil mesmo, o nível de dependência, os limites, o risco que, enfim, pode correr o usuário (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Rosa (2003, p. 192), a família, apesar de procurar dividir com o Estado as demandas de cuidado do portador de transtorno mental, ainda é o principal agente responsável pelo seu provimento. Para implementá-lo, na divisão sexual do trabalho do grupo doméstico, seu ônus recai sobre a mulher. Todavia, diferente das demais

enfermidades, o transtorno mental se particulariza pelo fato de seu portador não se reconhecer como enfermo e por seu prognóstico figurar como uma incógnita, sem ter uma temporalidade previsível. Desta forma, em geral, o provimento de cuidados e o tratamento tornam-se impositivos para o portador de transtorno mental, que pouco colabora conscientemente no seu processo de recuperação. Por sua vez, o provedor de cuidado, com frequência a mulher, mãe, tem que ter uma disponibilidade de tempo, periódica ou indefinidamente, para exercer o seu papel. E, para satisfazer as necessidades individuais do portador de transtorno mental e as exigências de sua enfermidade, a mulher, mãe tem seu espaço de vida invadido, seus projetos de vida obstruídos pelas necessidades de prestar cuidado.

3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares

No contexto da Reforma Psiquiátrica, as organizações de usuários, técnicos e/ou familiares tem cumprido um importante papel na mudança do modelo assistencial em saúde mental, participando ativamente das discussões sobre os serviços e promovendo atividades que visam maior inserção social, geração de renda e trabalho e a garantia de direitos sociais. Essas associações constituem-se em importante instrumento de promoção da saúde e da cidadania de todos os envolvidos (BRASIL, 2004)

O CAPS Ponta do Coral conta com uma associação de usuários, familiares e técnicos. Apesar de estatutariamente estar prevista a participação e filiação de familiares e técnicos, atualmente, na prática, esta se tornou, efetivamente, uma associação de usuários. Em gestões anteriores, já teve em sua diretoria a participação de técnicos do serviço. Atualmente, dois técnicos acompanham as atividades desta, mas a diretoria da gestão atual (2006) é composta somente por usuários.

Com relação a participação dos usuários no planejamento das atividades do CAPS, os profissionais referem que esta acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, realizada semanalmente, na qual são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Contudo, os entrevistados observam que

existem dificuldades em realizar um processo de planejamento das ações do serviço, seja por particularidades dos usuários, seja por limitações e/ou problemas institucionais.

Assim, existem alguns espaços em que essas ações são tomadas em conjunto, a assembléia dos usuários, aqui é feita de terça-feira, em que é discutido desde a limpeza, o lanche, qual é o próximo passeio, o que vai ser de reunião, o que está sendo feito, quais são os informes em relação a saúde mental, em relação a congressos, encontros, comissões. O que eu percebo é que embora isso seja estimulado há pouca, baixíssima, aderência e quando há, em geral, são daqueles mais saudáveis no sentido de que de repente nem seriam usuários CAPS, mas eu acredito que isso seja também o próprio sintoma, de a dificuldade de lá fora conseguir um emprego, a dificuldade de iniciar uma atividade, iniciar um curso, é também pra se engajar na própria luta deles; o que eu percebo é que a família, em geral, quando pega isso vai adiante, os usuários tem poucos estímulos próprios, vamos dizer, pra continuar, pra se manter; então, na reunião da Comissão Ampliada²¹, aí participa um, mas depois a semana que vem já não vem; então, são poucos os que realmente conseguem dar conta, eu coloco a palavra no sentido de ser capaz para, tem essa dificuldade, eu acho que é própria condição (J, 22/3/2006).

Então, a gente procura estabelecer parcerias com a associação porque tem muitas coisas que pelo fato de a gente estar submetido a um organograma e a hierarquia, e aí os limites do serviço público, a gente não pode fazer; por exemplo, a questão da venda do material das oficinas, isso é algo que o CAPS não pode assumir, por conta mesmo da legislação que impede a gente de fazer esse tipo de atividade; então apesar de ter uma participação grande, o material vendido é o material das oficinas do CAPS, mas quem faz essa tarefa é a associação, é a associação que se encarrega da venda, de levar o material, de receber dinheiro etc.; além disso a associação se tornou efetivamente uma associação de usuários, apesar de o estatuto dela prever a participação e filiação de familiares e técnicos ela é uma associação de usuários na prática, e como articuladora de um projeto político e de reivindicação dos direitos do usuário dos serviços de saúde mental, como um instrumento pra viabilizar inserção no mercado de trabalho por exemplo, parece que são essas as funções da associação; com os usuários o que a gente tem é uma assembléia semanal onde são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; esse aspecto do planejamento da atividade ele de fato não tem a participação dos usuários até porque nem nós, como te falei no início, o nosso planejamento também é meio caótico, assim, a gente não tem um processo organizado de planejamento pra um ano ou mesmo pra seis meses, então, aí os usuários não chegam a participar desse planejamento, eles participam sim da discussão do funcionamento que é na assembléia,

²¹ A Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental (CPASM) é uma instância do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, criada através da Resolução N°1/CMS/2006, cuja finalidade é assessorar o plenário do conselho no que compete a formulação, implantação, implementação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas, ações e projetos em Saúde Mental, assim como prestar assessoria técnica ao gestor municipal. A CPASM é constituída por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde, e usuários e familiares da saúde mental (nota da pesquisadora).

que é toda semana, e aí se trata das coisas do dia-a-dia, é mais cotidiano (F, 12/4/2006).

A presença e participação dos usuários nas discussões e no planejamento das ações pertinentes à saúde mental vêm se ampliando progressivamente nos últimos anos. O processo de inserção inicia-se com o protagonismo dado ao sujeito na definição de seu projeto terapêutico, estende-se na organização de associações e na representatividade destas nos fóruns deliberativos (Conselhos de Saúde, Conferências, Comissões de Saúde Mental), e na participação em eventos científicos e espaços de militância política pertinentes à área da saúde mental. Essa é uma das formas em que a condição de cidadão dos portadores de transtornos mentais é resgatada. Segundo Rodrigues (2005, p. 80), “a participação política e militância de usuários e familiares em instâncias deliberativas ganham efetividade quando politicamente organizados”.

Neste sentido, a construção coletiva do protagonismo requer a saída da condição de usuário-objeto e a criação de formas concretas que produzam um usuário-ator, sujeito político. Isso vem ocorrendo através de inúmeras iniciativas de reinvenção da cidadania e *empowerment*, como atenta Vasconcelos (2000b), por meio de intervenções via associações de usuários ou de cooperativas sociais, ou ainda da participação política de tais atores nos mais importantes fóruns sociais de formulação de políticas da área, tal como nos conselhos de saúde e comissões de saúde mental.

Nas falas que seguem, os participantes da pesquisa destacam as dificuldades encontradas na organização, na articulação e no funcionamento da Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral²², bem como seus objetivos e principais lutas políticas por direitos.

Assim, eu acho que os usuários têm esse espaço da assembléia junto com os técnicos. É um espaço interessante, onde eles podem estar opinando, mais do que o da associação; o da associação é muito mais difícil de levar adiante; eu também já fiquei um tempo ajudando a associação, já fui até, uma época, da própria gestão, da própria diretoria, e a gente tem

²² Importante estudo sobre a Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral foi realizado por Rodrigues em dois trabalhos: RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral: desvelando sua significação**. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004; e RODRIGUES, J. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

que estar puxando muito como técnico, parece que deixar por conta deles a coisa não anda e, as vezes, a gente vê que fica mais um desejo nosso de que as coisas aconteçam do que deles; então, a assembléia pelo menos é um espaço que eu ainda acho que se consegue ter uma presença, agora a presença dos familiares no planejamento é muito pequena, poucos que vem, vem um ou outro, pai de alguém; dos usuários, eu acho que é mais nesse espaço da assembléia que acontece (P, 17/3/2006).

Os usuários, nós temos a assembléia dos usuários; então, na assembléia se discute algumas questões, por exemplo, as vezes o planejamento, funcionamento da casa, por outro lado nem tudo é discutido na assembléia, [...] tem uma atuação limitada, ela não é totalmente participativa. A associação, ela tem histórias de altos e baixos; teve momentos que a associação tinha uma diretoria, mas ninguém participava, não se articulava; tem momentos que a associação se integra mais, quando ela se integra a coisa fica também mais rica; nós temos aproximação, por exemplo, na questão do vale transporte, as reivindicações, sobretudo do vale transporte, de veículos pra passeio, pra participar de um evento, muito mais do que planejamento das ações, digamos assim, mais no sentido de luta por direitos e reivindicações (LÉLI, 4/4/2006).

A associação de usuários possui cinco objetivos: controle social, ajuda mútua, suporte mútuo, defesa dos direitos, geração de renda; em cima desse objetivos a associação realiza seu movimento e sua luta. Em termos do papel dos usuários no planejamento das ações do CAPS seria discutir esses objetivos em relação ao CAPS. Hoje, o que acontece, a associação de usuários acaba discutindo um pouco mais controle social; ela expressa a representatividade dos usuários na luta social, na dignidade humana, e também na geração de renda; outra coisa muito importante que a gente fala é a luta contra o preconceito, então, a associação ela participa mais nesse sentido, controle social, geração de renda e luta contra o preconceito no CAPS; esse é o papel dos usuários, realizar o controle social, participar da geração de renda e a luta contra o preconceito; a luta contra o preconceito significa realizar teatro, levar pras Academias, levar pra comunidade, mostrar que a história do louco no imaginário social das pessoas ela é transformada, pode-se reverter isso, e isso se reverte com música, cultura e arte (GIRASSOL, 20/3/2006).

O papel da associação no planejamento, é porque assim, a associação ela não é o CAPS, ela é uma entidade separada, a assembléia é uma assembléia geral do CAPS, é um mecanismo facilitador da participação dos usuários e técnicos na gestão do serviço; a associação é uma entidade, sem fins lucrativos, que foi criada e pensada pra que os usuários e familiares se organizem pela luta da política, pela luta da implantação da política de saúde mental, pela luta dos direitos, pela luta da implantação da Reforma Psiquiátrica, pela melhoria do serviço, então, assim, a associação ela caminha, mas ela é muito nova e aí se é muito nova tem uma estrutura um pouco frágil, então assim, a tua pergunta é se ela participa das ações do CAPS, ela participa sim, tem um elo de participação aí, tem um canal de participação, mas é frágil, é muito frágil, eu penso que é muito frágil porque aparece pouco (VIK, 24/3/2006).

Rodrigues (2005, pp. 81-82) destaca que as associações de usuários, enquanto dispositivos, possibilitam uma atitude política que oferece visibilidade ao usuário como ser cidadão e não apenas como portador de um transtorno. Segundo o autor, quando o usuário passa a ver, sentir, e ver sentido em suas ações associativas, sua prática organizativa torna-se efetiva e com empenho. Por isso, as associações precisam desenvolver estratégias mais amplas de adesão, visando revigorar seus quadros associativos. Nesta direção, a profissionalização e formação política dos dirigentes é vista como uma possibilidade para estimular a participação.

A compreensão das associações civis como relacionadas e condicionadas pelas associações políticas leva ao entendimento de que há uma sinergia entre a sociedade civil e a democracia política. Segundo Fleury (2004), a dimensão cívica da cidadania diz respeito à condição de inclusão ativa dos cidadãos à comunidade política, compartilhando um sistema de crenças com relação aos poderes públicos, à sociedade e ao conjunto de direitos e deveres que são atribuídos ao status de cidadão. Como dimensão pública dos indivíduos a cidadania pressupõe um modelo de integração e de sociabilidade, que transcende os interesses egoístas do indivíduo no mercado, em direção à uma atitude generosa e solidária.

A fala a seguir relaciona algumas dificuldades cotidianas vivenciadas na e pela associação de usuários do CAPS Ponta do Coral. Apresenta algumas possibilidades de atuação deste tipo de organização da sociedade civil, tanto com relação a parcerias com outras entidades, para o desenvolvimento de ações que visem a profissionalização e inserção no mundo do trabalho, quanto no processo de politização e conscientização de seus usuários com relação aos direitos de cidadania.

Eu acho que ela tem um papel relevante, a dificuldade é de incrementar esse papel relevante; os familiares vêm muito poucos; bom, talvez a gente não esteja também instigando, muitas vezes a gente convida, mas eu acho que, também, as vezes, falta um pouco de investimento da equipe para que os familiares estejam mais no CAPS; agora, a associação poderia fazer muitas coisas, desde convênios para cursos com esses órgãos que a gente tem, SENAI, SESC; poderia tentar uma penetração, mas isso seria uma outra realidade a ser criada; cada vez que entra uma gestão nova, a gente diz quem sabe agora; desde as pequenas coisas, até divulgar a lojinha aqui, é difícil, a gente uma vez fez uns folders pra distribuir aqui na vizinhança, uma vez a gente tentava vender as verduras que produzia, não conseguia muito, conseguia ali, vendia uma ou outra; agora em termos de espaço de fazer política eu acho que ela tem um peso, deveria realmente crescer, por mais que as pessoas tenham dificuldades; eu acho que tem que continuar existindo, tem que continuar batalhando para que eles possam estar assumindo um pouco

mais esse papel político, essa conexão com outras instâncias da sociedade; por exemplo, na questão até de trabalho, de poder a associação também ajudar nessa abertura de espaços de trabalho; teve uma vez que tentaram no Angeloni (supermercado), depois quando souberam que era portadores de transtorno mental não quiseram; eu acho que a gente precisava mostrar um pouco pra sociedade o que é o paciente psiquiátrico; assim, através desses recursos, não dá pra esperar vamos pra mídia, porque, assim, tem umas coisas que são boas, ótimas, mas são meio ideais, a gente tem que tentar começar com essas pequenas coisas que pode fazer: divulgar a lojinha, sei lá, fazer um contrato lá com o CIC pra fazer cursos, por exemplo, de pintura, coisas que são mais próximas da realidade exequível (P, 17/3/2006).

Para Rodrigues (2005) dois aspectos são importantes para compreender as dificuldades de falta de adesão e continuidade na participação dos membros da associação. Um deles refere-se aos elementos motivadores para a participação. Neste caso, é preciso considerar que a prática política de militância possui seus campos de conflito e tensões, que dentro da especificidade da loucura pode não conferir uma participação freqüente. O outro relaciona-se ao significado da associação na vida dos integrantes. Muitos usuários vêem a associação como possibilidade de geração de recursos financeiros, haja vista que o fator trabalho/vínculo empregatício é algo marcante na vida dos portadores de transtornos mentais, em decorrência de a maioria não possuir fonte de renda própria.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacaram o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário.

A primeira delas é a questão do controle social, a associação tem potencialmente essa função, não só dentro do serviço, mas também nas outras instâncias, conselho municipal de saúde, conselho local, aqui em Florianópolis estamos organizando uma Comissão Permanente, que é consultiva do Conselho Municipal de Saúde, é uma comissão de saúde mental, no estado (SC), a gente tem o Colegiado de Políticas Públicas e Atenção Psicossocial, que tem representação dos usuários; então, novamente, na questão da defesa dos direitos, na questão do resgate da cidadania, as vezes nem é resgate porque o cara nunca teve cidadania alguma, mas da possibilidade de instituir um certo nível de cidadania; eu vejo que a possibilidade de o usuário poder participar politicamente é algo que tem um efeito sobre a sua dinâmica, como tem efeito sobre a dinâmica de qualquer um que descobre um dia que tem essa possibilidade de participar politicamente, da vida política, e pro usuário de saúde mental isso muitas vezes é uma descoberta que representa uma guinada muito grande na sua vida, então, vamos dizer assim, tem um efeito terapêutico, um efeito clínico nesse sentido, além, obviamente, dos

efeitos políticos que isso representa, mas, mais individualmente tem esse efeito, da articulação com as outras pessoas, enfim, tem uma terapêutica aí que é função, mesmo que não reconhecida, mas é função das associações (F, 12/4/2006).

O principal papel das associações é não tornar que os serviços se tornem manicômios; a associação é a vida, é organização, é luta, é enriquecimento, é sentido de vida; tenho escutado muito de pessoas que tiveram suas vidas arruinadas que quando passaram a militar em associações de usuários passaram a ter um sentido de vida, passaram a conceber a razão da sua existência em vida; então, a principal importância das associações é não deixar que o serviço se torne manicômio, é tornar o serviço um pouco mais rico, com mais vida, é organizar a questão política, é falar em nome dos próprios usuários; então, a importância das associações de usuários é levar a boa nova aos CAPS, levar a boa nova aos serviços de saúde mental, levar a boa nova do modelo psicossocial, ou seja, discutir o controle da loucura, ou seja, a maior importância das associações é levar a discussão da liberdade, liberdade e dignidade dos portadores de transtornos mentais (GIRASSOL, 20/3/2006).

Além do tratamento e dos serviços, eu acho importante que a associação possa se fortalecer enquanto movimento popular de luta pela Reforma Psiquiátrica, que os usuários possam se conscientizar dessa importância de estarem articulados, lutando pela implantação da política, da política de saúde mental sob esse novo paradigma da Reforma Psiquiátrica; eu acho que essa é a maior importância, acho que essa é a maior tarefa da associação; claro que isso se reflete na micro política institucional no próprio CAPS; a associação vai estar lutando, a nossa associação aqui, por exemplo, já lutou pelo próprio vale transporte dos usuários, de ir até a secretaria (Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis) conversar com o secretário e reivindicar enquanto essa democracia representativa dos próprios usuários, técnicos e familiares; pela própria manutenção desta casa na época que houve a questão da construção da via de acesso ao Hospital Infantil, existia um projeto da outra via passar também por aqui, os usuários batalharam que essa casa se mantivesse aqui, que o CAPS se mantivesse aqui e conseguiram; então, acho que essa luta maior de articulação que exige uma consciência política dos líderes que estão na associação, dos usuários como um todo, é que é a grande tarefa da associação, só que isso se faz num trabalho de formiguinha, num trabalho miúdo (VIK, 24/3/2006).

Cabe destacar que o controle social compreende a participação da população na perspectiva da interferência na gestão da política pública de saúde, colocando as ações e serviços na direção dos interesses da comunidade e estabelecendo uma nova relação entre Estado e sociedade. Conforme Correia (2002, p. 212), controle social “é a atuação da sociedade civil organizada na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam às demandas e aos interesses das classes subalternas”.

A III CNSM ressalta a importância do controle social, através dos mecanismos já existentes (Conselhos, Conferências e Comissões de Saúde Mental, organizações da

sociedade civil e movimentos sociais), como forma de garantir o avanço da Reforma Psiquiátrica. Os indicativos da Referida Conferência destacam que o controle social deve constituir-se com a representação dos três segmentos – usuários, familiares e profissionais de saúde, na perspectiva de induzir uma ação de acompanhamento da construção das políticas municipais, estaduais e nacional de saúde mental. As Comissões de Saúde Mental em ação conjunta com os Conselhos de Saúde devem exercer seu papel de controle e fiscalização das políticas públicas, o que inclui o orçamento e a destinação de verbas para a saúde mental, em todos os níveis (BRASIL, 2002a).

A ação da sociedade civil e dos movimentos sociais é ressaltada visando a garantir que os programas de saúde mental não sofram descontinuidade por ocasião de mudanças de gestão administrativa e/ou política. Para tanto, devem ser criadas estratégias para a viabilização de maior envolvimento dos diferentes atores sociais com as questões da saúde mental. Entre estas, destacamos o papel das associações de usuários, técnicos e familiares e dos núcleos estaduais e/ou municipais do movimento da luta antimanicomial, na gestão dos serviços e na fiscalização das práticas de saúde mental (BRASIL, 2002a, p. 142).

3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia

A desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial são dois dos pressupostos teórico-epistemológicos orientadores das práticas assistenciais indicadas na e pela Reforma Psiquiátrica. Tendo isso em conta, perguntamos aos participantes da pesquisa se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas para a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referiram que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras.

As falas relacionadas na seqüência explicitam a percepção dos entrevistados sobre a questão e indicam algumas possibilidades que, segundo eles, poderiam favorecer o desenvolvimento de ações de reabilitação psicossocial.

Em parte sim, em parte; eu acho que como a gente não tem um sistema de avaliação a gente não consegue medir isso muito bem; a nossa intenção é essa, o que não quer dizer que as nossas ações consigam de fato alcançar; acho que a gente poderia fazer mais, a gente poderia ter uma articulação mais intensa e mais constante com outras instituições, com outros sistemas de atenção, além claro da própria rede de saúde, que não existe; em Florianópolis a gente não tem rede, até está se formando, dá pra dizer que está se formando, mas não funciona como rede ainda, efetivamente não funciona; a gente tem pouco contato com a atenção básica, com o PSF, que seria um parceiro importante, a gente tem pouco contato com os outros CAPS também em termos de troca, enfim, com outras instituições de saúde, então, acho que a gente ainda continua isolado, e aí pensar em reabilitação psicossocial com essas condições é um pouco mais complicado; a gente vê alguns efeitos, que a gente mede pelo usuário em si, que é o fato de que ele consegue evitar internação, que ele consegue muitas vezes voltar a trabalhar, sua participação nas oficinas passa a ser bastante diferente, enfim, mas são coisas que a gente não tem um instrumento pra avaliar (F, 12/4/2006).

Eu penso que sim, apesar de que hoje o programa de saúde mental não conta com uma rede completa de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, então, assim, a gente tem essa dificuldade; se existisse isso de forma mais estruturada, de forma mais incrementada seria mais fácil a reinserção social; por exemplo, a gente não tem leitos psiquiátricos no HU, um hospital geral, que já tem um ambulatório de psiquiatria, poderia ter um serviço de emergência, facilitaria, evitaria internações, um mercado protegido, um projeto de geração de renda também não temos, não temos os CAPS territorializados ainda, então, tem uma série de dificuldades colocadas aí que impedem essa reinserção social num tempo menor do que acontece hoje; acho que hoje o tempo que o usuário fica dentro do CAPS ainda é muito grande por conta de a gente não ter essa rede completa, que possa dar esse suporte extra CAPS. [...] eu não sei se isso acabaria institucionalizando, de certa forma sim, mas assim, isso está na pauta, e se isso está na pauta não está institucionalizando, você entende o que eu quero dizer? isso está sendo falado pro próprio usuário, isso está sendo dito pra ele, olha tu já está aqui muito tempo, o nosso objetivo pra ti, nosso projeto terapêutico pra ti seria de tu poder estar fazendo isso, isso e isso lá fora, então assim, não diria institucionalizado porque talvez institucionalizado seria quando a gente não se desse conta disso, ah não isso está rolando, o usuário está aqui há anos, ninguém está fazendo nada, continua na mesma, aí sim estaria cronificando, mas acho que não nesse sentido, de que isso está na perspectiva, a gente está querendo a inserção, a gente está querendo a rede extra hospitalar, a territorialização dos CAPS, só que a gente não tem uma série de elementos necessários pra fazer a reinserção, a política, o programa de saúde mental, aliás ele está sendo implantado, incrementado muito mais agora recentemente (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que sim, mas muito pouco ainda; elas se encaminham, elas têm como ideal, elas desejam, mas na prática isso é muito pouco feito; eu vejo que nesse CAPS a equipe acaba estando muito fragmentada porque faz milhões de coisas também, desde a parte administrativa, parte clínica, oficina, se divide; eu acho que deveria ter a equipe como um todo trabalhar nisso, mas ter também grupos de atuação, como a gente

chama de atuação local, então, ainda para o que necessita está muito pouco assim, muito aquém [...] A primeira proposta começaria via Regionais, nas Regionais; por exemplo, as pessoas iriam para os seus bairros, ver qual é a possibilidade, as possibilidades que existem pro usuário se inserir, mas não só a Regional, poderia ter um grupo mesmo, sair com o usuário, fazer a coisa mais concreta, ela é feita, mas é feito muito pontualmente (LÉLI, 4/4/2006).

Em geral sim, mas tem alguns pacientes que, por exemplo, circulam no CAPS e que não tem nenhuma indicação de estar no CAPS, então ele acaba sendo um lugar de institucionalização ou de capsização. Tem isso; isso acaba acontecendo, mas em geral não é isso; em geral eu acho que todas as nossas ações, o que a gente discute em equipe é até a tentativa de diminuir essa dependência, esse vínculo de dependência, que em algum momento ela pode ser muito importante, mas em outros ela é excessiva e acaba aprisionando o paciente dentro do CAPS, e aí o CAPS passa a ter o mesmo papel e a mesma função do hospital; e como isso é o que eles conhecem, esse repertório é o que se conhece, é mais fácil de se acostumar com ele do que ter uma nova postura, uma postura de que, não, aqui eu vou tomar conta do meu tratamento, eu vou lá fora procurar o que é meu...; não, (o usuário) acaba esperando, ah o que você falar está bom, e aí essa atitude bem passiva, que ela é muitas vezes muito cômoda pra todos nós em muitos momentos, pra uns mais que outros, essa atitude de comodismo, de esperar, é ótimo, e aí isso acontece, acaba acontecendo, embora as práticas, elas tem a idéia de que não seja voltada pra isso; não é o objetivo, mas a gente observa que as vezes é falho (J, 22/3/2006).

Essa pergunta é muito difícil [...]; eu acho que não mudou muito meu olhar, a gente tende a sustentar a institucionalização, a gente não consegue dar alta, o paciente não consegue ter alta, não consegue sair; assim, digo um paciente que realmente talvez esteja até mais comprometido com esse tempo aqui, tem paciente que está aqui desde o início; eu acho que a gente acaba reforçando um pouco isso por mais que a gente tem o desejo de que fosse o contrário; existe uma certa comodidade pro paciente também, aqui ele tem atenção, ele é aceito, não tem assim uma grande briga por ele ficar aqui; então, isso me preocupa muito, eu fico pensando: é uma contradição porque ao mesmo tempo que o nosso trabalho é voltado pra isso parece que a nossa ação acaba revertendo o contrário; a questão da cidadania, a questão da construção de outros laços, criação de outros espaços, eu acho que é muito precária ainda [...]; por isso que eu acho que a gente precisa também de ter formas de avaliação dos pacientes, muitas vezes fica assim um exemplo ou outro que você tem, aquela pessoa foi, está lá trabalhando, talvez ela não tenha também construído um elo tão pesado, tão forte com a instituição, que ela já veio, ficou um tempo, saiu, voltou a fazer outras coisas da vida; eu acho que a gente ainda está institucionalizando mais do que desinstitucionalizando [...] (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p. 14) observam que um dos caminhos mais importantes para o qual aponta a desinstitucionalização é o da criação de novas relações com a loucura. Estas se processam a partir da mudança das relações institucionais internas e de

desmontagem dos dispositivos da clínica e da psiquiatria, mas certamente não se restringe a isto. Novas subjetividades e um novo lugar para o sujeito louco só são produzidos em relação com o social. O trabalho de desconstrução da institucionalização, necessariamente, extravasa o contexto institucional específico, atingindo seu objetivo mais amplo de questionamento das instituições e subjetividades capitalísticas, a desconstrução como transformação cultural. Para os autores, através do trabalho no campo social a desinstitucionalização atinge seu sentido mais abrangente, como processo social amplo e complexo de participação popular, territorialização dos serviços, envolvimento de diferentes atores sociais, e mudança da relação social com o fenômeno da loucura.

Sobre este aspecto cabe destacar que a desconstrução do paradigma da institucionalização e a construção do paradigma da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial envolve um conjunto de ações teórico-epistemológicas e de práticas assistenciais, amparadas por um sistema jurídico-político capaz de criar e garantir direitos aos portadores de transtorno mental. De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (1987), a reabilitação psicossocial é o conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários (OMS 1987 apud PITTA, 2001).

Nesta direção, a formulação da política de saúde mental, orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais nos campos da educação, cultura, habitação, assistência social, esporte, trabalho, lazer e a articulação de parcerias com universidades, Ministério Público, organizações não governamentais (ONGs), visando a melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania do portador de transtorno mental (BRASIL, 2002a).

Com o objetivo de saber se existem e identificar quais são as práticas de reabilitação psicossocial desenvolvidas no e pelo CAPS Ponta do Coral, perguntamos aos participantes da pesquisa se existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer. Do total de profissionais que responderam ao formulário, a maioria (66,7%), disse não existir, dois referiram não saber responder, e dois destacaram que existem. Dentre os que responderam que não existem tais práticas, um observou não ter conhecimento, oficialmente, das parcerias, um deles destacou que existem poucas e de acordo com o planejamento terapêutico do usuário, e um outro disse que tem em momentos específicos, mas não de forma contínua. Entre os que

responderam que sim, um referiu-se a experiências muito pontuais como por exemplo o uso da quadra de esportes próxima, e outro identificou parcerias com fundações municipais e estaduais de cultura.

Neste aspecto, os indicativos aprovados na e pela III CNSM ressaltam a necessidade de se priorizar, no âmbito da assistência em saúde mental, políticas que fomentem a autonomia dos portadores de transtornos mentais, incentivando o exercício da cidadania plena. Devem-se buscar parcerias entre o poder público e organizações civis para o desenvolvimento de projetos sociais e comunitários, de geração de renda e de acesso a todos os direitos, que possam funcionar como apoio na (re)inserção social destas pessoas.

No estudo realizado, perguntamos aos profissionais se as práticas assistenciais desenvolvidas no e pelo CAPS possibilitam ao usuário a construção de sua autonomia. Os entrevistados destacaram a necessidade de refletir conceitualmente sobre o que seja a autonomia do portador de transtorno mental, como avaliar a autonomia da pessoa. Referiram que, em geral, o serviço consegue cumprir com a função de estimular o usuário à conquista de sua autonomia.

A questão é discutir o que é autonomia, eu sempre parto do princípio de que autonomia não é independência, autonomia na verdade é a possibilidade de a gente poder ampliar as dependências, que é a vida de todo mundo, ou seja, eu pra viver eu dependo de um monte de gente, um que paga meu salário, outro que falo aqui, outro com quem eu me ligo afetivamente, enfim, eu dependo de uma porção de gente e isso me dá autonomia porque eu posso depender de muitas pessoas e de muitas instituições, muitos sistemas; o problema do usuário de serviço de saúde mental, paciente psiquiátrico é que ele, geralmente, depende ou das mesmas pessoas ou das mesmas instituições, ou seja, a capacidade de autonomia dele está muito reduzida porque ele não tem como circular socialmente, ele ou está sempre dentro de casa ou de casa pra uma instituição, seja ela o CAPS ou hospital psiquiátrico; então, pra mim autonomia é isso, é essa possibilidade de você ir ampliando os vínculos pra que você possa depender de muitas pessoas ou de muitas coisas ou de muitas instituições porque afinal de contas, em última instância, essa autonomia tomada como independência ela é imaginária, ela é irreal, não existe; então, eu acho que a gente consegue isso, a gente consegue ampliar a autonomia dessa maneira, primeiro porque o CAPS acaba se tornando um centro de convivência, então, o efeito imediato é que a pessoa deixa de ficar sozinha ou só com a família e passa a conviver com outras pessoas, esse é o efeito imediato, passa a ter outras relações que muitas vezes se desdobram, saem daqui, as pessoas fazem programas juntos fora, pinta relacionamentos amorosos ou só relação sexual, que seja, mas enfim, é uma oportunidade nova que o cara não tinha, encontrar alguém mesmo que seja só pra transar, então, isso já é um ganho também, já implica na ampliação de autonomia; eu vejo que muita gente aprende a lidar com o serviço público, aprende a correr atrás dos seus direitos, aprende a lidar com outros serviços de saúde, passa a

procurar o posto de saúde onde mora ou passa a ir pegar medicação em tal lugar sozinho, por conta própria etc.; eu acho que a gente consegue essa função, a gente consegue autonomia nesse sentido, mas pode ser melhor, na medida que a gente tiver uma rede, que a gente se inserir nessa articulação com outras instituições, com outras instâncias, a gente consegue fazer isso de maneira mais eficaz (F, 12/4/2006).

Em alguns casos sim, eu acredito que alguns casos quando não há uma limitação interna eu acho que sim, que é possível, através até da participação nas oficinas, nos grupos terapêuticos, da adesão ao tratamento médico; muitos conseguem realmente; passaram por um episódio, uma crise, conseguiram ficar bem e voltar para as suas atividades diárias, eu acho que quando eles aderem ao tratamento, quando há essa adesão, quando eu digo ao tratamento é ao projeto terapêutico deles, e não tem uma limitação, vou colocar entre aspas “uma seqüela” da própria doença muito forte, há essa possibilidade; em alguns outros casos eu acho que é difícil, assim, não é tão fácil medir isso, o que, quem melhora, quem não melhora, aquele que consegue voltar, aquele que não consegue, as vezes alguém que tem até uma doença mais incapacitante consegue, outros não, depende, depende do apoio que ele tem, do externo, da família, ou da própria sociedade, da comunidade em que ele é inserido, isso tudo faz diferença, que tem o background do que ele era antes, isso também faz a diferença, ele consegue resgatar; quando já não se tem muito o que resgatar aí fica mais difícil trabalhar; é individualizada essa resposta, mas eu acredito que em alguns casos sim, consegue essa (re)inserção de uma maneira muito boa e gratificante para os dois, pro usuário e para os profissionais (J, 22/3/2006).

[...] dependendo de como o serviço é gerido, dependo de dentro de que política de saúde mental esse CAPS está inserido, ele pode ao invés de estabelecer uma autonomia, mesmo que ele tenha uma boa vontade de estabelecer autonomia, ele acaba tornando a pessoa mais dependente ainda do serviço; então, é uma grande armadilha a construção da autonomia, não só especificamente pro CAPS Ponta do Coral, mas pra todos os CAPS que eu tenho visto; então, a gente volta novamente na questão da avaliação, novamente na discussão dos termos, eu acho que a questão dos conceitos ela tem que estar muito clara, o que significa cada conceito, eu sempre tenho batido muito nisso; o que é autonomia? É a pessoa ter minimamente condição de governar a sua própria vida, gerir sua própria vida, Ok! a gente estimula a pessoa a fazer isso, trabalha nesse sentido com a questão da autonomia, agora, quais são os parâmetros que nós vamos utilizar pra avaliar essa autonomia, isso a gente não tem muito claro ainda, acho que necessita; então, o CAPS possibilita autonomia, mas ao mesmo tempo não tem uma análise crítica [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Não obstante, cabe-nos destacar que a compreensão sobre autonomia que orienta este trabalho refere-se “a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente”. Neste caso, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas

relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001, p. 57).

As falas relacionadas a seguir destacam como o atendimento no CAPS Ponta do Coral possibilita a construção da autonomia do usuário.

Eu acho que em formas gerais sim, na relação que os técnicos tem com o paciente; agora, as vezes, a gente tem uma postura muito assistencialista em muitas situações, um assistencialismo que acaba prendendo o paciente, institucionalizando; são situações, eu acho que as vezes a gente repensa sobre elas, não foi bem por aí, mas, assim, eu vejo as pessoas contando a história do CAPS, teve muitas experiências que foram positivas também, que chegaram a um resultado, assim, sem muito recurso, sem muito com que contar fora da própria equipe, fizeram coisas que são surpreendentes em relação a tantos pacientes; eu acho que essa maneira de você poder dar voz, poder valorizar aquilo que a pessoa faz, consegue fazer em uma Oficina por exemplo, eu acho que essa é uma maneira de você conferir uma posição mais sujeita, mais ativa mesmo (P, 17/3/2006).

Sim, eu acho que sim, só que eu acho que a gente possibilita em alguns casos, não tem uma história linear de possibilitar a todos, eu acho que tem um projeto de possibilitar, mas isso não acontece o tempo todo, porque também isso não é uma via de mão única; hoje, eu já fui mais ingênua em relação a isso, muitas vezes uma pessoa que ficou trinta anos, vinte anos no hospital psiquiátrico, eu não sei mais se ele quer ter mais autonomia, muitas vezes ele quer, não quer; se a gente entender autonomia como trabalhar, seja em qualquer lugar, com uma bolsa trabalho, entender autonomia como decidir ir final de semana para uma praia, autonomia como ir ao supermercado, escolher o que vai comer, até certo ponto sim; por exemplo, se tenta até que muitos usuários saiam no final de semana, a gente na reunião das Regionais combina que eles possam ir, no final de semana, para um passeio, e eles não vão, eles ficam em casa, só vão se o técnico for, no dia de semana; então, acaba ficando um outro processo de não autonomia; então, a luta, a intenção é que isso se dê de outra forma, que também não fique dependendo do CAPS; existe uma construção pra isso e isso acontece, em certa medida acontece, mas ainda não como gostaríamos, porque nós também temos uma idealização de autonomia [...] alguns casos tem sim, vão até um certo ponto da autonomia que é possível pra pessoa, e outros vão mais além, outros regridem (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre as possibilidades de construção da autonomia do portador de transtorno mental, Kinoshita (2001, pp. 56-57) considera que a contratualidade do usuário, primeiramente vai estar determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Estes podem emprestar seu poder contratual para possibilitar relações e

experiências renovadas ao usuário, através de seu prestígio, de sua delegação social, do saber reconhecido pela sociedade. O referido autor destaca que aos profissionais é dada a capacidade de elaborar projetos, isto é, ações práticas que venham a modificar as condições concretas de vida do usuário.

A entrevista citada na seqüência relaciona a construção da autonomia do usuário a ações que envolvem outros serviços e outras políticas sociais como uma possibilidade para que o portador de transtorno mental adquira sua independência econômica. No caso, a profissional refere-se a Política de Assistência Social, através do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Outro recurso financeiro que pode ser acessado pelos egressos de internações psiquiátricas prolongadas é auxílio reabilitação psicossocial instituído com o Programa de Volta Pra Casa, através da Lei Federal N° 10.708/2003.

[...] um outro elemento pra isso (autonomia) são os usuários que estão totalmente desprovidos de qualquer recurso material que conseguem o BPC e isso garante autonomia porque ele tem o mínimo pra poder dar conta das suas necessidades materiais; então, muitas vezes, ele está numa condição muito vulnerável e aí passa a poder comprar aquilo que ele deseja, minimamente, porque é muito pouco o valor, mas consegue algumas coisas e isso garante essa autonomia, porque as vezes ele fica na família, fica sendo aquele peso que só incomoda, que não tem recurso financeiro nenhum porque ele está fora do mercado de trabalho mesmo, então, aí o benefício da previdência social também é um elemento de autonomia e de reconstrução da cidadania, mas entre todos esses outro que eu falei, do próprio material que ele tem contato na oficina terapêutica que ele consegue produzir algo; aquele usuário que é egresso do hospital psiquiátrico de polireincidência nas internações que consegue produzir uma peça bonita e que essa peça é vendida e que depois recebe o dinheiro dessa venda, também confere autonomia, confere cidadania, auto-estima (VIK, 24/3/2006).

Entendemos que a possibilidade de ter recurso financeiro próprio favorece sim a independência econômica do portador de transtorno mental, possibilitando-lhe uma vida com maior autonomia. Contudo, conforme destacou a entrevistada este é só um dos elementos que compõem o rol das necessidades humanas. A reabilitação psicossocial é um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia (KINOSHITA, 2001). Neste sentido, reabilitação e construção da autonomia caminham lado a lado.

3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental

A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos entrevistados como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista jurídico-política dos direitos do portador de transtorno mental.

Eu acho que hoje a gente já tem uma rede assistencial muito mais capacitada e quantitativamente significativa; no Brasil já são 800 CAPS; o fato de que tem recurso financeiro do Ministério da Saúde destinado, especificamente, à saúde mental, isso facilita a criação do serviço no município; em termos das modificações em relação ao que seja a loucura, o que seja o transtorno psíquico, acho que apesar das dificuldades a gente já conseguiu avançar com relação a isso, a gente já conseguiu trazer a discussão pra sociedade de uma outra maneira, levantando a necessidade de olhar isso também de uma outra forma; a medida que as pessoas começam a sair dos hospitais e voltam a morar seja em residências terapêuticas, seja com a sua família, e conseguem se manter bem dessa maneira isso também vai mudando o olhar das pessoas, pelo menos daquelas que o cercam; os projetos que a gente chama de modificação da cultura, a modificação da cultura manicomial, isso eu percebo que há um avanço, gradual, lento, tem um monte de resistência, mas a gente consegue, conseguiu, tem conseguido, e isso implica também no avanço político, no sentido da garantia do direito, no sentido de ter algumas prerrogativas preservadas com relação ao direito do usuário; então, eu vejo que de uma maneira geral a gente tem avanços e avanços muito significativos se a gente compara o que era transtorno mental há vinte, trinta anos, nesse país, tem coisas muito importantes que eu identifico (F, 12/4/2006).

Acho que a própria existência de CAPS, os hospitais dia, de ambulatórios de saúde mental, próximos as casas de onde o paciente mora, o Programa de Volta pra Casa, a possibilidade de uma residência terapêutica, são todas medidas atuais e dispositivos atuais que possibilitam essa nova forma de encarar o que alguém portador de transtorno mental pode ocupar, o que eles podem ocupar; então, eles podem ocupar os espaços, eles podem começar a fazer parte daquela comunidade (J, 22/3/2006).

A fala a seguir expressa como foi, historicamente, se alterando a forma de assistência ao portador de transtorno mental e de atenção em saúde mental na política de saúde do município.

Eu acho que a questão de criar um espaço que é aberto já é uma conquista; eu acho que hoje a gente tem essas possibilidades de CAPS, no posto de saúde mesmo; [...] quando eu comecei a trabalhar na prefeitura, há 20 anos atrás, assim, era uma equipe de um psiquiatra com mais um monte de estagiários de psicologia que saía em uma Kombi velha pra fazer alguma coisa, quando pintava um problema lá com um paciente do Campeche por exemplo [...]; não tinha nada na prefeitura há 20 anos atrás de saúde mental, então, hoje já tem, está se criando uma rede, tem profissionais nos postos, tem psicólogos, se pensa em fazer treinamento de agente de saúde, treinamento de clínico geral, já se fez algumas coisas; eu acho que isso, imagino que alguém que fica confinado dentro de um espaço, ele ter a possibilidade de circular, mesmo o pessoal do HCTP, eu acho que pra eles, assim, tem uns que não querem muito mais que isso na vida, pelo menos eles não estão tendo que trabalhar duramente como trabalhavam quando eram crianças, vem aqui, circulam, comem uma comida, anda aqui, vê televisão, bom! talvez essa seja a vida que eles querem, talvez seja...., já sai lá daquela estrutura fechada (P, 17/3/2006).

Na seqüência, a entrevistada relaciona algumas formas de exercício da cidadania que o usuário pode acessar com o tratamento no CAPS.

É, se for pensar que muitos usuários eles tiveram uma história, antes do surto, de uma vida organizada socialmente, trabalhando, talvez seria a reconstrução da cidadania, mas a medida que vem todo o isolamento propiciado pelo hospital psiquiátrico, todo o estigma do transtorno mental que a própria comunidade coloca, realmente de fato foi perdida; quando ele chega no CAPS e se propõe a se beneficiar desse espaço, assim, de fato se vincula ao projeto terapêutico dele, acho que ele consegue reconstruir elementos pra essa cidadania, num primeiro momento autonomia, acho que o cartão do vale transporte, o exemplo que eu posso dar, o cartão do vale transporte que é oferecido no período que ele tem tratamento aqui é o mesmo cartão do cidadão que vai comprar lá no SETUF, então, aquele usuário que é estigmatizado, eu já presenciei essa cena, um usuário de uma comunidade de periferia que era o louco do bairro, ele entrou dentro do ônibus com o mesmo cartão que qualquer outra pessoa, passou o seu cartão, veio pro CAPS, depois foi embora pra sua casa, então, isso já é um elemento, muito pequeno, mas é um primeiro elemento talvez, que começa aí, de ele se reconhecer enquanto sujeito, enquanto cidadão, e depois aqui também, a possibilidade de participação, no momento que ele consegue produzir algo numa Oficina, no momento quando ele consegue, na clínica, se dar conta dos seus conflitos e ter mais qualidade de vida nas relações [...] (VIK, 24/3/2006).

Uma das entrevistadas fez destaque às formas de atuação que, na sua opinião, representam conquistas significativas e correspondem a práticas que favorecem o exercício da cidadania do portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Avanços, pra começar, acho que o grande avanço foi a Reforma Psiquiátrica, a construção do CAPS, dos CAPS, as portarias que fazem com que os hospitais psiquiátricos sejam substituídos por vários CAPS, esse foi o grande avanço em primeiro lugar, porque é o momento de tirada das pessoas desses castelos, dessas muralhas, não só porque ficaram ali presas, mas de todo aquele sofrimento mesmo, de miséria, enfim, como os últimos dos últimos, então, eu acho que esse é o primeiro ponto, é que os sofredores de transtorno psíquicos e mentais não ficassem segregados, mas poder estarem sendo mostrados e expostos - uma parte da sociedade, são pessoas que podem transitar, que estão aí, não necessariamente precisam ser escondidos como uma vergonha; junto aos CAPS, isso não caminha sozinho, tem a construção as redes de atenção básica também; [...] mas quando fala em cidadania acho que tem três eixos: um é a construção do CAPS, de serviços como o CAPS, outro são as residências terapêuticas e o outro a economia solidária; hoje eu vejo como isso, assim, esses três projetos, que foram feitos com luta, porque a primeira luta foi dos hospitais, então, tem as portarias que substituiu os hospitais por CAPS, progressivamente, tem toda a luta do movimento antimanicomial, tem as leis que protegem, tem esses três eixos; residência terapêutica é um lugar de resgate à cidadania porque a pessoa vai poder estar numa casa, vai poder comprar um bombril pra limpar a panela, vai poder comprar tomate e batata, vai começar a transitar no meio de outras pessoas, com a vizinhança, a se autogerir, poder fazer escolhas para sua casa, onde ele quer botar um quadro, onde ele quer botar o guarda-roupa, sua roupa, com outros colegas, mas enfim...; tem também a economia solidária que é o momento de autogestão, de fazer escolhas também, de decidir sobre sua vida, em uma certa instância, porque em última instância, em última análise ninguém daqui decide sobre a sua vida, nem eu, nem tu, a gente já nasce num sistema que te absorve e a gente é o que em última análise o capitalismo quer que a gente seja mesmo, nossa roupinha, nossa comida, nosso padrão de beleza, tudo a gente faz como é vendido; eu acho que essas iniciativas, porque a economia solidária não é só cooperativa, não é só associação, não é somente, é uma outra forma de produzir trabalho e discutir sobre esse lucro, que antes estava na mão de algumas pessoas, então, é dividir, eu também decido sobre o que é o meu trabalho, eu não me alieno dele, mas eu sei onde é que vai o meu trabalho (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Fleury (2004, p. 4), os grupos excluídos estão, em geral, impossibilitados de participar das relações econômicas predominantes no mercado, como produtores e/ou consumidores, e das relações políticas vigentes, os direitos de cidadania. Segundo a autora, esta situação é agravada pela transformação das políticas públicas de proteção social, afastando-se de um modelo de seguridade social, que buscava assegurar coletivamente o mínimo vital para todos os cidadãos, em direção à individualização da pobreza e da exclusão.

Conforme aponta Pitta (2001), o homem moderno, acriticamente, persegue formas de inclusão social pelo trabalho, desconsiderando o fato do trabalho não ser nem

tão disponível nem tão flexível para suportar as diferentes demandas individuais e coletivas que a sociedade moderna impõe. Não obstante, a tradição asilar e assistencialista das instituições psiquiátricas, historicamente, caracterizou-se pela função de excluir os marginalizados, produtos das disfunções do modo de produção capitalista e da divisão social do trabalho. Em geral, a população internada, e muitos dos egressos de hospitais psiquiátricos atendidos nos CAPS, está cronificada, com poucas chances de retorno ao mundo do trabalho capitalista.

A fala relacionada a seguir traz a compressão e reflexão, do profissional entrevistado, com relação ao conceito de cidadania e as implicações práticas deste quando se tem como parâmetro uma concepção e um modelo de cidadania pautado na lógica da racionalidade.

Eu tenho visto que está se percebendo uma maior clareza da necessidade dessa cidadania do portador de transtorno mental, porém ainda falta um pouco mais de discussão em nome de que direitos o portador de transtorno mental tem pra fazer cidadania, porque é assim, a cidadania dentro desse modelo francês - igualdade, fraternidade, liberdade, ela exige muito a questão da razão, pra você exercer cidadania você tem que falar em nome da razão, e muitas vezes o usuário, quando está em crise acaba não falando numa razão, acaba falando uma desrazão, e aí como fazer? como dar conta disso? ainda não temos resposta, em nome de que cidadania é reinventada uma cidadania para os loucos, mas tudo bem, isso é pra gente pensar; então, o avanço que tem em relação a construção da cidadania é quanto mais ter associação de usuários em que se discuta cidadania, mais vai ter cidadania, que eu não acredito que os CAPS tenham trabalhado muito nessa lógica, porque acaba não discutindo a questão da cidadania, que cidadania é essa, o que se entende por cidadania, o que é o ser cidadão [...](GIRASSOL, 20/3/2006).

A cidadania integra as exigências de justiça e exercício democrático do poder; o sentimento de pertencer a uma comunidade e de estar integrado a uma dada coletividade social, em determinado espaço territorial (FLEURY, 2004). A idéia de direitos do cidadão – civis, políticos e sociais – remete a construção dos Estados nações, em que o princípio das nacionalidades precede o ideal filosófico cidadania universal. A cidadania, definida pelos princípios da democracia, constitui-se na criação de espaços sociais de luta (movimentos sociais) e na criação de instituições permanentes para a expressão política; significa, necessariamente, conquista e consolidação social e política (VIEIRA, 2002, p. 40). Ainda, a cidadania passiva, outorgada pelo Estado, se diferencia da cidadania ativa, na qual o cidadão, portador de direitos e deveres, é essencialmente criador de direitos para abrir novos espaços de participação política.

Diversos são os obstáculos para o exercício da cidadania do portador de transtorno mental entre estes a vinculação dos direitos a racionalidade instrumental-cognitiva da ciência; a vinculação da sua prática a inclusão controlada no mundo do trabalho, modelo este que, no caso brasileiro, é denominado por Santos (1979) de cidadania regulada. Vasconcelos (2000b, p. 191) indica que, para aqueles que assumiram a proposta da desinstitucionalização e reinvenção da cidadania no campo da saúde mental, há de considerar que estamos diante de um terreno de relações de forças complexo e paradoxal, em que a manutenção do caráter democrático nas relações exige abandonar esquemas conceituais lineares, onipotentes, que queiram garantir de antemão a sua eficácia.

Fleury (2004, p. 12), observa que “a mediação entre os indivíduos e o Estado, através da igualização realizada na cidadania só é efetiva, na medida em que a sociedade civil seja capaz de realizar as funções de agregação dos interesses, reconhecimento dos sujeitos e sua inserção na esfera pública. Só assim a cidadania deixa de ser um invólucro legal e passa a ser um exercício na vida social”. Portanto, uma visão mais ativa de cidadania requer um sentido de sociedade civil como uma esfera pública onde os cidadãos se encontram em reconhecimento mútuo, e isto faz possível a sociedade plural.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referiram que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental substitutivos ao modelo tradicional/asilar. As falas a seguir identificam estas dificuldades fazendo uma análise da questão na realidade da sociedade capitalista atual.

Tem o mito de louco, do louco perigoso, do louco imprevisível, é algo que pesa muito [...], que é a lógica do mercado; pra nós, basicamente, estar inserido na sociedade é estar trabalhando, a gente se pauta muito por isso, pra poder se considerar inserido, vinculado no mundo você tem que estar no mercado de trabalho e, muitas vezes, essa lógica enlouqueceu muita gente, e as pessoas não conseguem, principalmente os usuários dos serviços de saúde mental, os psicóticos em particular, tem muita dificuldade em entrar nessa lógica, e se submeter a ela, coisa que pra qualquer um tem um custo muito alto em termos de saúde, eu digo quem está inserido mesmo no mercado de trabalho, em termos de saúde, de relação com a sua família, com as pessoas que gosta, com os amigos etc., isso tem...; viver para o trabalho é algo que pra nós é insalubre de uma certa maneira, a gente não faz outra coisa a não ser trabalhar; então, pra essas pessoas que estão fora do mercado de trabalho

é muito complicado poder voltar, o que sobra é uma rede de assistência que na nossa realidade é sempre capenga, sempre parcial, tem dificuldade em aceitar o louco por conta desses mitos, e, também, da própria resistência do usuário, da pessoa com esse tipo de dificuldade de entrar nessa lógica, no que ele de uma certa maneira faz muito bem, algo que cria outros problemas pra ele (F, 12/4/2006).

São tantas, é assim, primeiro lugar, eu vejo assim, com todo o preconceito que tem da loucura, tem uma coisa no nosso sistema capitalista que é a questão da produção, produção de capital, produção de bens, e inserção no comércio, no mercado de trabalho, então, o portador de transtorno, sofrimento mental, ele a princípio, quando ele está nesse estado, ele não é produtivo, produtivo pra esse sistema capitalista, ele não trabalha, ele não consome muito, porque ele não vai ter dinheiro, portanto, isso de maneira geral, a gente sabe que as pessoas de posse, que a loucura, o sofrimento psíquico ele atravessa qualquer classe, mas 90% tem isso; então, a princípio existe a exclusão, já existe esse preconceito também, mas muito mais que isso, que a sociedade de fato ela é dividida entre os que produzem, os que fazem a engrenagem funcionar e os que estão a margem, então, o usuário é mais um que está a margem, assim como o menino de rua, os rapazes do morro, então, ele é mais um, também, que causa incomodo, e ele no Estado, das políticas públicas do Estado ele seria como só o gasto, não seria mais uma produção; além de ser uma sociedade racionalista que tem toda a sua formação no discurso, no discurso reto, no discurso racional, na fala, a fala racional, na linguagem articulada como o único meio privilegiado de comunicação, e o usuário, muitas vezes, não tem esse instrumento, por conta da sua fragmentação, da sua história, da sua medicação, da própria coisa do delírio, muitas vezes ele não tem o tempo todo essa fala coerente, esse discurso, dessa forma já faz com que ele não seja inserido, uma vez que ele é a minoria digamos assim (LÉLI, 4/4/2006).

Hoje, a gente fala muito em rede de atenção psicossocial; eu percebo que é uma rede que ela tem que estar instituída, que são locais de proteção para o portador de transtorno mental, são as certezas, são os caminhos certos que os usuários teriam, a rede; o problema a começar é que nós não temos essa rede instituída, entendo por rede: emergência psiquiátrica ou emergência em atenção psicossocial em hospital geral, CAPS III, CAPS II, CAPS criança e adolescente, CAPS álcool e droga, associação de usuários, escritório jurídico para amparar o direito do portador de transtorno mental, atenção primária em saúde mental, equipes volantes, centros de convivência, enfim, tudo o que preconiza a rede em atenção psicossocial, esse seria o primeiro passo; então, essa dificuldade, não temos a rede em atenção psicossocial, esse é um passo; segundo, o próprio imaginário social das pessoas em relação a loucura e ao louco, isso é uma outra dificuldade, que daí entra em cena o estigma e o preconceito, onde o portador de transtorno mental passa a não ter crédito na comunidade, e isso ainda é uma dificuldade; e, claro, depois tem toda a questão do trabalho, as cooperativas de trabalho, que ainda não se discute muito em Santa Catarina, não conheço nenhuma cooperativa social de trabalho para portadores de transtorno mental, que é uma forma de gerar trabalho diferente dessa preconizada pelo modo de produção capitalista, que você tem que produzir pra receber, isso é uma outra dificuldade, a dificuldade em cima da questão do trabalho, do emprego, que muitos acabam tendo seu reconhecimento, sua valorização em cima

do dinheiro que tem no bolso, o poder contratual que a pessoa possa ter, as vezes, na sociedade, é o quanto ela tem no bolso, e a maioria dos usuários não possui isso, e é aonde muitos acabam querendo se aposentar para poder ter o seu dinheiro, que não tem outra alternativa ou clareza do que fazer pra ter dinheiro, então, esse é um problema enorme na questão da reinserção social (GIRASSOL, 20/3/2006).

Os participantes da pesquisa apontaram que uma das possibilidades para a (re)inserção familiar e social pode ser a separação das oficinas produtivas da área física do CAPS. Esta proposta e os projetos de geração de renda via economia solidária foram apontadas por alguns dos entrevistados como uma das alternativas para a realização de uma maior integração do serviço com a comunidade, bem como a melhor adequação do próprio espaço físico do CAPS.

[...] a questão do projeto de geração de renda, que eu acho que de fato está faltando, inclusive a gente já está também se mobilizando pra tentar criar um projeto nesse sentido, porque os usuários aqui, nas oficinas terapêuticas produtivas, eles conseguem ter acesso ao material específico de cada oficina produtiva, também, a técnica de produzir o artesanato, mas não tem mercado; eles conseguem vender as peças, conseguem resgatar uma grana, mas não é suficiente pra poder manter ele, manter as condições de sobrevivência; então, precisa implantar essa geração de renda, de fato acho que vai dar um gás pra essa (re)inserção dos usuários que estão sendo tratados do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Já para uma das profissionais entrevistada as dificuldades na (re)inserção social estão mais relacionadas a questões de singularidades dos portadores de transtorno mental.

Eu acredito que volta de novo pro estigma, vai voltar pra própria incapacidade, pra própria dificuldade do usuário, do paciente; muitas vezes eles poderiam fazer algo muito mais do que fazem, e aí tem o medo, o medo deles, o medo de eles terem de enfrentar a própria doença, de eles terem que enfrentar os outros, e a hora que eles conseguem fazer esse movimento aí vem o medo do outro, aí é mais fácil ficar parado, aí volta pro comodismo, mas de alguma forma se a gente consegue..., aí não precisa de grandes movimentos, eu imagino que pequenos movimentos dentro da comunidade, que seja, alguém ir conversar com o diretor da escola, ir conversar, aí a diretora consegue conversar na sala, vamos supor que tem alguns pacientes, mais jovens, que pelo surto psicótico deixaram de ir e aí não retomam, não retomam porque tem medo, porque as vezes vão rir dele porque ele é louco; então, pequenas intervenções, elas tornam possível mudar um pouco essa inserção, essa reinserção, mas a gente esbarra de novo na falta de técnicos pra fazer isso e também acho que até por uma falta de equipe, aí volta pra equipe, entende, não tem uma equipe que pense isso em conjunto, que age em conjunto e aí como fica muito personalizado, individualizado os atendimentos, cada um vai pra..., eu vou pro meu consultório, outro vai pra oficina e aí não tem a equipe (J, 22/3/2006).

Outra entrevistada referiu-se ao estigma e preconceito existente por falta de conhecimento e divulgação, exposição, seja nas universidades ou por parte dos próprios serviços de atenção, sobre saúde mental.

Bom, eu acho que entre elas a questão do estigma, do preconceito, e não é um preconceito.... a gente sabe que tem riscos em algumas situações, a gente também as vezes tem medo de algum paciente, te dizem ah fulano matou três pessoas..., não é um preconceito que nasce do nada, muitas vezes é um preconceito que de alguma forma é compreensível, mas você não pode ah então ta...; eu acho que não existe muito, você não vê muito nos meios de comunicação uma campanha em torno da desestigmatização, você vê de outras coisas, com relação a aleitamento materno, outras questões da política de saúde; com relação a saúde mental eu acho que se fala pouco na sociedade, se discute pouco; por exemplo, na universidade, até não sei se lá na saúde pública o pessoal da saúde mental tem feito mais coisa, até os alunos que vem fazer residência aqui, a primeira reação deles é: a gente está aqui e tem medo, nem eles foram preparados pra isso, então, você começa a avaliar que tem uma falta..., não se fala muito no assunto, acho que assim, não se fala no assunto na sociedade; assim como se faz grupos de mulheres lá nos postos de saúde pra tratar de questões de sexualidade, muitas vezes faz sala de espera pra tarar de questões..., não se faz uma sala de espera pra falar de saúde mental; então, eu acho que talvez assim, a gente pensar, bom! nós estamos nisso (na saúde mental) e nós nunca fomos fazer uma sala de espera no posto de saúde da Agrônômica pra falar de saúde mental, pra falar do CAPS, quem sabe a gente também precisasse fazer algumas coisas assim, começar uma divulgação maior; acho que pouca gente de fora do serviço, fora das pessoas que trabalham na saúde mental sabem da política do Ministério pra saúde mental, que existe uma política de criação residências terapêuticas; eu li relatos de pessoas no Rio (RJ) que tiveram muita dificuldade de alugar pra se fazer uma residência terapêutica, num prédio então, quando ficaram sabendo que eram pessoas que vinham de hospital psiquiátrico ninguém quis; então é muito difícil, e ao mesmo tempo tem experiências positivas, tem pessoas que estão na residência e diz que a vizinhança viu que eles não são bichos, que eles podem interagir, podem estabelecer laços de vizinhança, então, tem algumas experiências boas e algumas experiências que são difíceis (P, 17/3/2006).

No contexto do estudo foi perguntado aos profissionais entrevistados se a atual organização dos serviços de saúde mental favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais. Conforme pode ser observado nas falas relacionadas, as opiniões foram divergentes. Dois deles observaram sobre a necessidade da existência de diversas instituições e serviços articulados e integrados à proposta da rede de saúde mental para que seja possível favorecer a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental

Embora a estrutura se localize no município, pelo menos eu estou pensando em termos de utilização da rede; então, a gente tem no Brasil inteiro muita diversidade, tem cidades onde a rede está montada, foi instituída e funciona legal, não é o caso de Florianópolis, a gente tem dá pra dizer poucos serviços, são só três CAPS que deveriam estar regionalizados ou territorializados, mas não estão, e tem algumas equipes de saúde mental nas Regionais, nas sedes das regionais, então, eu vejo assim, tem uma rede a ser constituída, ela precisa criar os mecanismos pra que a pessoa possa usar isso como rede, isso em termos de atenção à saúde, quando eu falo em rede eu também não estou pensando só em serviço de saúde, estou pensando que há uma possibilidade de a gente ter uma rede que inclua outros serviços, que não sejam só os de saúde, só os especializados, que eu acho que é a nossa necessidade, você incluir outras instituições, outros programas, enfim, que tenham vinculação com a cultura, com o trabalho, com a arte, produção do conhecimento, com as universidades por exemplo, as universidades são um campo excelente, seriam um campo excelente pra gente poder trocar um monte de coisas, pelos programas de extensão que eles tem, pelos projetos comunitários etc., a gente podia estar fazendo parceria com as universidades, mas não conseguimos, não sai, não rola; [...] a saúde mental eu acho que é o melhor exemplo desse distanciamento porque é difícil encontrar uma universidade onde a Reforma Psiquiátrica esteja incluída, ou mesmo os temas da reabilitação psicossocial estejam incluídos nos currículos dos cursos de saúde, é raríssimo (F, 12/4/2006).

Então, essa rede montada de forma territorializada, principalmente, eu acho que esse aspecto da territorialização é fundamental, é chave pra conseguir a reinserção social, não só por facilitar o acesso do usuário, mas pelo fato de o serviço estar ali no seu território, isso é fundamental, além disso, o projeto de geração de renda, as vagas, os leitos psiquiátricos no hospital geral, é todo esse contexto que precisa ser implantado para de fato poder facilitar o trabalho de cada instituição dessas, seja do CAPS, seja do projeto de geração de renda, ou do próprio hospital geral, como um todo, assim, essa engrenagem funcionando bem aí sim vai ser mais rápida a reinserção social do usuário portador de transtorno mental (VIK, 24/3/2006).

A partir das colocações dos participantes da pesquisa, destaca-se a importância da rede de serviços na construção da cidadania das pessoas atendidas pelas políticas de ativação, as quais, segundo Fleury (2004), tem como objetivo a inclusão social de conjuntos populacionais definidos a partir da territorialidade. Tal proposta pretende tratar o território como um componente, tanto material como simbólico, da esfera pública. Neste sentido, a construção da cidadania passa, necessariamente, pela reconstrução das cidades e potencialização da rede de serviços na valorização das características objetivas e subjetivas da demanda local.

Na seqüência, um dos entrevistados enfatiza que a forma como são pensados e estão organizados os serviços de atenção não favorece a construção da cidadania dos usuários.

Não, não favorece, porque, primeiro, os serviços de saúde mental estão sendo construídos pra quê? Não tem muito claro ainda pra quê que se tem atenção básica em saúde mental hoje, pra quê se constrói centro de convivência, pra quê tem o CAPS? acho que o objetivo do serviço parece não estar muito claro, talvez eu esteja enganado; veja bem, a atenção básica é mais no sentido pra estar discutindo os seus conflitos, minimizando os “sintomas psiquiátricos”, e aí acaba não tendo um trabalho de reflexão sobre o contexto que a pessoa está inserida; [...] a questão da cidadania tem a haver..., quanto mais articulada for a pessoa, quanto mais ela se envolver com as lutas sociais, mais cidadania ela vai exercer, quanto mais clareza, mas crítica, mais conhecimento ela vai ter, ela vai desenvolver cidadania; então, a forma hoje como os serviços estão organizados, ela acaba não favorecendo essa questão da construção da cidadania porque ainda vem de uma lógica de modelo centrado no transtorno mental (GIRASSOL, 20/3/2006).

Uma outra profissional considerou ser difícil avaliar a questão pelo fato de a rede de serviços não estar implantada por completo, e por não ter avaliações sistemáticas dos resultados.

Olha, eu não sei se a gente já tem condições de fazer uma avaliação, a rede está meio que andando [...] assim, qualquer coisa que eu vá dizer é, assim, referente uma experiência ou outra, não sei se a gente tem condições de fazer uma avaliação enquanto rede; por exemplo, eu vi muitas experiência positivas em cidades como Campinas (SP) que eles já tem há mais tempo, por exemplo, residências terapêuticas, tem desde o começo dos anos 1990, tem muitas experiências boas de pessoas que conseguem transitar na vida, tem gente que está trabalhando; [...] eu acho que a gente precisa além de ter a política, de ter a carta de intenções, a gente precisa ter avaliações também, eu acho que uma questão dessa eu sinto que precisa ter uma forma mais sistemática de avaliar, qualquer coisa é uma coisa mais ou menos um olhar particular pra aqui pra ali, acho que no todo a gente não tem (avaliação sistemática), pelo menos eu não conheço ainda, pode ser que estão fazendo e eu não saiba ainda (P, 17/3/2006).

Já para duas das entrevistadas, a atual organização da rede de serviços na política de saúde mental favorece sim a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental.

Sim, eu acredito que sim, na teoria ela é muito importante e acho que trabalhando em todas as instâncias, se a gente for pensar naqueles mapinhas, os ambulatórios, os CAPS, hospitais dia, a escola, e os centros comunitários, os postos de saúde, todos capacitados; eu acredito que sim, a rede ela é bem estruturada e ela possibilita aos portadores de doença

mental, enfim, terem uma reinserção melhor e maior na sociedade, e também de entendimento do que ele tem, do que ele pode fazer, quais são os recursos que ele tem também pra lidar, dentro dessa rede (J, 22/3/2006).

Acho que sim, favorece, se tu me perguntasse se ela resolve, eu diria que não claro, ou até que ponto ela resolve, mas favorece sim, eu acho que tem um favorecimento relacionado a forma que as pessoas eram tratadas, acho que favorece muito mais (LÉLI, 4/4/2006).

É possível perceber nas falas relacionadas acima a preocupação com a efetiva implantação da rede de serviços em saúde. As redes, conforme proposto na política de saúde mental, possuem muitos centros, muitos nós que as compõem e as tornam complexas e resistentes. Estão embasadas na noção de território, como um sistema de relações e estruturas, muito mais que um simples espaço geográfico. O fundamental neste processo é que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento.

Neste sentido, torna-se de fundamental importância refletir sobre o exercício da cidadania no contexto das políticas públicas, cada vez mais segmentadas e focalizadas. Para Fleury (2004, p. 2), “as políticas atuais de inserção buscam reafirmar a natureza contratual do elo social em novas bases, com a revalorização do local e comunitário e a transformação do Estado em um animador e mobilizador de recursos societários. Reduzido a mantenedor da estabilidade de uma ordem econômica que produz a fragmentação e a exclusão social, o Estado, busca atuar de maneira compensatória e focalizada, atendendo aos grupos mais vulneráveis e/ou potencialmente ameaçadores da ordem social, por meio da convocatória da solidariedade lançada aos diferentes setores inseridos na ordem econômica. No entanto, a incapacidade de alterar as condições estruturais de produção da exclusão mostra os limites das políticas de ativação, cuja promessa de inserção social carece de expectativas de emancipação dos sujeitos e coletividades beneficiários”.

3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica

Os CAPS compõem o rol de serviços do modelo psicossocial de atenção em saúde mental proposto na e pela Reforma Psiquiátrica. Perguntamos aos entrevistados qual seria o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica e obtivemos como

resposta que este teria a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos ideais da própria Reforma.

Eu acho que a função imediata ela é servir como um ponto de articulação, porque a gente consegue criar um ambiente que é relativamente protegido e que dá ao usuário as condições de ele poder participar de outros circuitos; fundamentalmente é essa a função, de articulação; eu lembro de uma discussão que a gente fazia, em Brasília, uma vez, sobre essa importância excessiva que os CAPS acabaram adquirindo, como quase que o central do sistema hoje é o CAPS, mas ao mesmo tempo a necessidade de se ter um espaço como esse, principalmente, pra quem está vindo de uma internação prolongada ou pra quem sempre passou a vida dentro de um hospital psiquiátrico, se tem que ter um pólo, uma instância articuladora pra poder fazer a passagem, porque o cara não vai sair do hospital e retomar sua vida imediatamente, não vai, ele tem uma série de dificuldades que ele não consegue vencer, e o CAPS, nesse sentido, a função seria essa, de poder..., tem uma expressão que eu acho interessante que é: emprestar poder de contratualidade, ou seja, poder dá um certo aval de que esse sujeito pode participar novamente ou pode participar pela primeira vez dos circuitos sociais, pode fazer laços com outras pessoas, com outras entidade, outras instituições, esse é o aval que eu acho que um CAPS pode fornecer e essa é sua principal função (F, 12/4/2006).

É pensar o CAPS como um espaço em que o paciente vai estar usando e tendo apoio para os momentos de crise, e fora os momentos de crise, também, que não seja hospital, e aí, dentro da Reforma eu acho que o CAPS ele é fundamental, assim como os hospitais dia, é que aqui em Florianópolis a gente não tem hospital dia, mas eu acho que os moldes do CAPS (eles estão) é muito próximos, as vezes até é difícil dizer o que é um o que é outro; esse momento de transição do hospital para a sociedade, nesse momento o CAPS é algo muito importante, ele dá, é capaz de conter, dar uma continência pra o usuário, isso a gente percebe mesmo quando não tem nada, o paciente já está muito bem, eles voltam quando estão em crise, sem ter nada marcado, e só de estar aqui pra muitos já é confortante, então, a gente percebe que essa continência, esse acolhimento, e saber que ninguém vai vir aqui e amarrar e conter, porque acho que esse é o medo, de todo mundo, acho que isso já possibilita a procura, eu estou mal vou lá, vou buscar a ajuda do CAPS (J, 22/3/2006).

Eu diria que o CAPS seria o pensador da estruturação da rede de saúde mental, que via de regra o CAPS acaba sendo pra municípios de médio porte o primeiro serviço a ser instituído no território, no município, aí o CAPS acaba assumindo essa responsabilidade, a portaria fala bem disso, a 336, do que compete ao CAPS, e tem vários itens lá, entre eles organizar a rede de saúde mental no município, porém, acaba sobrecarregando os profissionais de saúde mental que atuam nesse CAPS; então, a importância do CAPS na operacionalização da Reforma, ele é importante enquanto um dispositivo crítico, ou seja, se o CAPS não ter a clareza do que seja a Reforma Psiquiátrica ele não vai

operacionalizar, ele só vai operacionalizar a Reforma Psiquiátrica quando ele entender que Reforma Psiquiátrica é o processo social complexo que se configura pelas quatro dimensões, enquanto ele não repensar, refletir a sua prática, o que ele está fazendo, o que não está fazendo, ter mais autocrítica, ele não vai conseguir operacionalizar a Reforma Psiquiátrica; ele tem importância porque tem vários atores, vários profissionais, é um time de pessoas, muito rico, envolvidas que estão no CAPS; agora, enquanto não ter claro o que é Reforma Psiquiátrica, esse processo, não vai conseguir fazer nada; ele é importante, mas se não tiver clareza de Reforma... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Na medida que o CAPS é a primeira, digamos, unidade, primeiro serviço que se propõem a substituir o hospital psiquiátrico já existe nisso por si só a sua importância; é substituição e não que a pessoa não possa ser internada, mas a idéia é que seja nos hospitais gerais, em algum leito nos hospitais gerais, então, bom, o CAPS é o primeiro ponto, é o primeiro lugar onde a pessoa vai passar o dia, onde vai ser tratado de outra forma o seu sofrimento, então, a importância dele está nisso, na importância política e clínica também (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que o CAPS, fundamentalmente, ele faz a clínica; se tem essa rede montada o CAPS faz a clínica, ele faz o atendimento psicossocial do usuário portador de transtorno mental, ele atende as questões mais subjetivas, e de fato toda esse mix de previdência social, a medicação, o atendimento psicológico, atendimento de enfermagem, mas se existe essa rede montada e aí vamos ter um projeto de geração de renda, aí ele vai fazer geração de renda, todas as Oficinas vão acontecer ali e não dentro do CAPS, o CAPS deveria estar na comunidade ele deveria estar territorializado (VIK, 24/3/2006).

Acho que todo mundo gostaria que ele pudesse ser um eixo desencadeador de todos esses ideais da Reforma Psiquiátrica, que a partir disso se experimentasse uma nova relação, que o paciente pudesse estar se soltando mais pra vida, pra construir seus projetos, seus ideais; acho que é muito importante poder retirar pessoas que estão enclausuradas há anos, criar esses mecanismos como residências, etc. pra pessoas que não vão resgatar os vínculos familiares, tem que procurar outras alternativas; acho que o CAPS ainda é uma instituição que é fundamental nessa política, ainda acho que ela pode fazer um papel importante; no dia-a-dia é um pouco mais difícil porque as vezes a gente não tem tantos mecanismos de avaliações, muitas coisas que também a gente vai capengando; quando você vê algumas experiências de pessoas que estão conseguindo dar conta da sua vida, saem, aí você vê que, bom! tem algumas coisas boas que estão acontecendo, o CAPS também está contribuindo; então, no meio dos prós e dos contras eu acho que os prós ainda são maiores, eu acho que é muito mais humano, muito mais um fator de justiça social você ter um espaço assim do que você ter uma pessoa enclausurada no hospital (P, 17/3/2006).

Neste sentido, conforme inscrito na Política Nacional de Saúde Mental, os CAPS devem assumir seu papel estratégico na articulação e no “tecimento” das redes de atenção em saúde mental. Tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da

rede de serviços, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, ONGs, empresas etc. (BRASIL, 2004, p. 12)

3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde

A proposta do progressivo deslocamento dos centros de cuidados em saúde mental para fora do hospital psiquiátrico, em direção à comunidade, colocada na e pela Reforma psiquiátrica tem nos CAPS o dispositivo estratégico desse movimento. Neste sentido, a rede básica de saúde torna-se o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os portadores de transtorno mental.

Essa rede é formada pelos centros ou unidades locais e/ou regionais de saúde, Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, que atuam na comunidade de sua área de abrangência. Os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, pois tem um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Por sua proximidade com as famílias e comunidades, as equipes de atenção básica são um recurso fundamental para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso de substâncias psicoativas e diversas formas de sofrimento psíquico. Neste sentido, é importante e necessária a integração e articulação dos CAPS com a atenção básica. Assumir esse compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção da saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo (BRASIL, 2004).

As atuais diretrizes da política de saúde mental do Ministério da Saúde orientam que, onde houver cobertura do PSF, deverá haver uma equipe de apoio matricial em saúde mental para no mínimo seis e no máximo nove equipes de PSF. E, que as ações de saúde mental na atenção básica devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2004).

No que se refere à relação existente entre o CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município e qual o tipo de relação existente, os dados coletados na

pesquisa indicam que: a maioria (91,7%) respondeu que sim, com ressalva de que é muito pouco, funciona de maneira precária e confusa, e que está num processo preliminar ainda. O profissional que respondeu não, observou que a rede está em processo de formação. Os profissionais cujas respostas foram positivas identificaram que a relação é de encaminhamentos, atendimentos em conjunto com as equipes de saúde mental das Regionais de Saúde, ajuda em atendimentos nas unidades locais de saúde, com os agentes comunitários de saúde, de referência, de acompanhamento, visitas domiciliares, encontro mensal dos trabalhadores de saúde mental da rede e encontro mensal dos psiquiatras da rede.

Sobre a relação do CAPS com as equipes de PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência alguns entrevistados observaram que a relação é pouca ou mínima, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda²³. Foram apontadas como justificativas o fato de o CAPS Ponta do Coral não estar territorializado, deste ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta do município, e a ausência de um planejamento e de estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente.

O CAPS como ele é único, então, ele é de toda a região; então, eu poderia até estar te respondendo que a gente tem um Posto aqui de cima do CAPS, que é o Posto da Agrônômica, ali tem o Programa de Saúde da Família implantado, com a presença dos residentes do Programa Saúde da Família e o contato que eu tenho, ele é meu, não existe nenhum outro programa ou vamos dizer convênio do CAPS com a Agrônômica, é meu aqui, assim como talvez seja da psicóloga em outro momento quando há essa partilha de paciente quando faz parte dos dois, então, eu só sei do que eu tenho, mas é muito pouco, eu tenho contato com alguns residentes que atendem alguns pacientes daqui, e eles precisam de algumas dicas ou, enfim, de se interar do que acontece, e eu também preciso saber como é que anda o acompanhamento deles lá, e aí entra em contato, as vezes vem aqui ou eu vou lá, mas são essas formas isoladas e depende daquele momento e da necessidade daquele usuário, não é algo que seja programado, que seja antecipado, institucionalizado, no sentido de firmar essas relações de uma forma.., não há; e, assim, o contato é com os residentes, não tem o contato com quem realmente vai ficar, porque os residentes passam depois de dois anos, eu também não tenho contato de quem é o médico, quem é o enfermeiro do Programa Saúde da Família, quem é o agente comunitário que vai na casa desses usuários, isso não tem, acho isso muito ruim, é muito falho, embora, volta pra aquela questão da equipe, que as coisas não são compartilhadas, você nunca sabe direito, é muito fragmentado, o que já foi feito, o que não está sendo feito; também não é delegado a função à ninguém de fazer, não há um planejamento pra isso (J, 22/3/2006).

²³ Em estudo sobre o CAPS de Palhoça/SC, Franco (2005) encontrou situação semelhante na relação do CAPS com o PSF e demais serviços de atenção básica municipais.

É mínima, é mínimo o contato, assim, as vezes, quando a gente necessita a gente vai atrás, tenta achar alguém que se interessa, que tenha alguma afinidade com a saúde mental, as vezes um agente de saúde que consegue se aproximar mais daquele usuário que mora lá e que resolve dá uma força, mas é assim, depende de uma série de coisas, da disponibilidade pessoal, da sorte de encontrar alguém etc., quer dizer é falta mesmo da articulação em rede, porque se a gente tivesse essa articulação o PSF automaticamente já seria acionado, e a gente não tem isso; claro, quando a gente precisa a gente até encontra uma boa resposta das equipes do PSF, mas pode não encontrar, tem um risco[...] não, isso não existe (articulação institucional CAPS – PSF), isso tem que ser construído, tem que ser proposto (F, 12/4/2006).

A relação que o CAPS tem é principalmente pra acompanhamento, a relação é essa, relação de acompanhamento, as vezes precisa realizar alguma busca ativa e não temos a possibilidade no momento, então, tem essa relação, a relação que a gente tem é mais no sentido de acompanhamento do próprio usuário; o que seria ideal, seria um pouco mais de estreitamento, discutir junto com o Programa de Saúde da Família alguns casos, nós irmos aonde os agentes comunitários estão, discutir algumas situações e isso não tem acontecido ainda; com essa lógica aí das regionalizações tem essa possibilidade; então, hoje existe uma relação, só que uma relação muito esporádica de situações isoladas e que precisa ser superada; o maior problema que existe é devido ao CAPS não ser territorializado, o CAPS II Ponta do Coral ele tem que atender uma demanda muito grande, basta ver o IBGE hoje, tem 400 e poucas mil pessoas em Florianópolis, então, é um CAPS II pra atender toda a demanda adulta do município, talvez o ideal seria um CAPS I em cada região, nas cinco regionais, e transformar esse CAPS num CAPS III no caso, e aí repensar depois toda a rede; então, a relação, ela se compromete com o Programa Saúde da Família devido a não territorialização do CAPS Ponta do Coral, a relação que existe é a relação de acompanhamentos isolados (GIRASSOL, 20/3/2006).

É uma relação ainda muito inicial ainda, um pouco precária; com os agentes comunitários a gente tem mais proximidade, no momento da visita domiciliar e no momento de fazer o resgate dos usuários que abandonaram, por algum motivo, o atendimento, mas acho que a relação poderia ser melhorada se o CAPS fosse territorializado, como a gente está aqui, é no centro pra todo o município, fica muito difícil, então, a nossa relação é muito mais com as referências regionais de saúde mental da atenção básica do que com as próprias equipes de PSF das unidades locais de saúde (VIK, 24/3/2006).

É isso que eu falei, essa perspectiva da regionalização que começou aqui visava uma maior articulação com a rede; eu acho que isso é um projeto que está ainda meio que na sua infância, ele está começando e, assim, o que eu te falei, a gente precisa sair mais daqui, no Norte (Regional Norte) a gente vai tentar essa experiência agora (realizar as reuniões da regional nos postos de saúde) de contato e incluir, por exemplo, os agentes comunitários nos processos de reunião com os pacientes daqui, tentar ver se eles podem estar acompanhando o paciente lá; tem uma paciente que está aqui que a gente esteve lá no Posto do Saco Grande pedindo pra equipe assumir alguns cuidados com essa paciente, eles se

dispuseram, mas assim, por enquanto ta muito mais alguma iniciativa aqui, ali, do que um processo mais amplo, não sei assim como isso vai caminhar com a história de já ter, por exemplo, profissionais regionalizados, isso também vai poder ser incrementado, esse é um desejo que eu tenho (P, 17/3/2006).

É muito pequena, muito, muito, muito, muito; eu não sei nem te dizer, em uma escala de um a dez acho que fica em dois, está muito pequena, está muito além do que poderia ser, eu acho que talvez com a implantação agora dos serviços na rede, nós temos em cada Regional um psiquiatra, dois psicólogos, uma média assim, está existindo mais aproximação, mas do CAPS não, muito pouco, muito pouco. [...] quando tu pergunta, hoje, qual é a relação do CAPS? eu não posso te mentir, pra mim é quase zero (LÉLI, 4/4/2006).

Buscando explorar as informações sobre a relação do CAPS com a rede municipal de serviços de saúde, perguntamos aos profissionais se o serviço realiza algum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. A maioria deles (75%) respondeu que não, dois referiram não saber responder e um respondeu que sim. Dentre os que responderam que não, um justificou que o CAPS não tem estrutura para atender mais esta demanda. Dois dos profissionais entrevistados disseram estar pensando neste tipo de trabalho. Um deles falou sobre a existência de um projeto, conforme relatado na fala que segue.

[...] a gente tem um projeto aqui que é de formação de acompanhantes terapêuticos, e no ano passado a gente formalizou esse projeto e mandamos pro Ministério da Saúde, ele foi aprovado e até hoje estamos esperando a liberação de dinheiro, mas enfim, o projeto foi aprovado, e a idéia era justamente transformar o agente comunitário de saúde num acompanhante terapêutico, e aí a gente faria a formação, uma capacitação, um curso de capacitação aqui, e depois faria o segmento com supervisões regulares, é uma forma de dar formação em saúde mental pra atenção básica e manter essa que é uma função do CAPS de dar supervisão e a formação mesmo pra esse nível da atenção; [...] a gente está esperando o dinheiro do Ministério da Saúde, ta lá pendurado, a gente olha o nome do projeto na internet, está lá, mas não tem nem empenho ainda, significa que não tem dinheiro destinado (F, 12/4/2006).

Para que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas na atenção básica é fundamental a capacitação destas equipes. A orientação é que as equipes de saúde mental de apoio á atenção básica incorporem ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. Conforme aparece na fala do profissional, são previstos recursos para o financiamento deste tipo de ações, embora, muitas vezes, a dependência de orçamento, a morosidade burocrática e/ou

ausência de decisão política, que justificam a longa demora, acabam por desestimular, dificultar, inviabilizar as iniciativas dos profissionais.

Repetidamente, temos ressaltado neste trabalho que os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico para a organização da rede de atenção em saúde mental, conforme é indicado nas diretrizes políticas da Reforma Psiquiátrica. Nesta direção, questionamos os técnicos da equipe do CAPS Ponta do Coral sobre qual o lugar que o serviço ocupa na rede municipal de atenção em saúde, em Florianópolis. As falas transcritas na seqüência destacam o fato deste não estar territorializado e, portanto, não se constituir no serviço regulador da porta de entrada para o atendimento em saúde mental. As equipes de saúde mental nas referências das Regionais de Saúde é que, atualmente, constituem-se no serviço primeiro de atenção em saúde mental. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhados pessoas com transtorno mental grave.

Seria esse serviço que articula, que regulamenta; não necessariamente ele é uma porta aberta que entra qualquer um; eu acho que ele pode até ser a articulação e a regulação, pode ser feita até capacitações nas equipes locais de unidades básicas, que a partir daí você vai poder em um caso de uma ansiedade ou uma briga com o namorado, “eu tomei 4 aspirinas”, não vai chegar aqui no CAPS; vai chegar aqui no CAPS realmente aquilo que for um caso mais grave, e só há possibilidade de isso acontecer a partir do momento em que as unidades locais estejam todas capacitadas e entendendo, até porque assim diminui o trânsito desse paciente; vamos supor: ele sai de uma cidade, vem pra Florianópolis, daí diz: onde é que eu vou num psiquiatra? Ah! vai lá no CAPS, aí alguém fala: mas tem que passar no clínico antes, aí passa no clínico, aí o clínico encaminha pro psiquiatra, daí ele não sabe onde vai procurar o psiquiátrica - vem pro CAPS, não vem pro CAPS, aí vem pro CAPS, mas é que na verdade ele toma fluoxetina há 2 anos, está em tratamento de manutenção porque ele tem um quadro de depressão recorrente, não é caso CAPS, então, isso já poderia ter sido triado lá no começo, o paciente já poderia estar tendo as consultas desde o início, todas acertadas, sem precisar ficar correndo de um lado pro outro [...]; então, eu acho que ele tem esse papel, tem essa função de regular, de saber o que está acontecendo no hospital, na Colônia, e ter esse contato, uma ligação sempre com a Colônia, e com os Postos de saúde [...]. (hoje, o CAPS faz isso?) algumas coisas, bem isoladas, de novo, é meio como um apaga fogueira; por exemplo, hoje, a gente foi fazer uma visita domiciliar lá no Saco Grande (bairro de Florianópolis) porque o paciente estava em tratamento psiquiátrico particular e parou de tomar o remédio, e aí a gente foi lá, só que o paciente não queria falar com a gente, mas, assim, eu chego lá, converso com a equipe que está lá naquele local e muitas vezes é só a psicóloga; também tem um certo descaso, no sentido de que ah! agora eu não posso falar, porque não percebe que conversando sobre aquele caso vai possibilitar que isso seja ampliado pra outros casos, pensam-se saídas semelhantes pra outro momentos, mas, assim, acaba virando um apaga fogo, e toda hora você tem que ir

apagar um fogo; então, existe um pouco, mas não de uma forma bem usada (J, 22/3/2006).

É atenção secundária como se diz; ele regula e não regula; [...] tudo vai passar muito pela clareza que os profissionais que estão na saúde mental tem em relação a própria epistemologia, tem em relação a própria política, tem em relação a própria noção de SUS, a própria noção de controle social, a própria noção dos princípios do SUS; então, tudo vai passar por isso, porque que eu estou dizendo isso, o CAPS é uma atenção secundária como a gente chama, eu acho ainda que o atendimento mais complexo, o atendimento terciário, deveria ser no território, acho que centrar as forças no território [...]; então, [...] a atenção básica é onde deveria regular isso, a regulação dessa entrada nesse sistema de saúde mental, nessa rede de saúde mental ela teria que ser prioritariamente atenção primária em saúde; então, as vezes, por necessidades especiais, por situações específicas, a pessoa acaba vindo direto pra cá, direto pro CAPS e aqui a gente atende, e, as vezes, essa pessoa não é indicada pra estar no CAPS, aí volta pra atenção básica, então, tem essa dificuldade, ou seja, o lugar que o CAPS ocupa na rede municipal de atenção em saúde é uma atenção secundária à pessoa com transtorno mental grave, já avaliada pela atenção primária em saúde, aquela pessoa que corre risco de suicídio, que acaba prejudicando a vida de outras pessoas, que está muito mal, nesse sentido (GIRASSOL, 20/3/2006).

Regulador da porta de entrada: não; como não é territorializado, a gente tem esse problema de ser serviço de referência pra onde vem os pacientes já encaminhados, ele passou pela porta de entrada do sistema lá no Posto, ele vem encaminhado pra cá ou através dos hospitais psiquiátricos, que é também uma outra forma de encaminhamento, mas a gente não faz a regulação da entrada; hoje, também, como tem equipes mínimas de saúde mental nas regionais, elas também funcionam muito mais como a reguladora do que nós; a porta de entrada é pelas equipes de saúde mental das regionais (F, 12/4/2006).

Eu acho que são várias coisas, por ser o único CAPS, pela rede não estar estruturada ainda, e pelas pessoas não conhecerem o serviço da rede, existe uma mistura, assim, o que é pra ir lá pro psiquiatra do Sul (regional de saúde), o que é pra vir pro CAPS; qual é o papel do CAPS, é a não internação, mas não tem CAPS III, então, a noite o cara não tem pra onde ir, na verdade, o CAPS ele é um espaço que regula a entrada do usuário sim, num primeiro momento sim, porque todos os que foram para a atenção básica muitos foram daqui, muito mais que a procura de fora daqui, primeiro eles vem pra cá, depois eles vão pra lá, agora o processo até está sendo inverso, já estão procurando a atenção básica porque eles já estão conhecendo, mas antes era daqui pra atenção básica, e é o único espaço, programa que acolhe o usuário psicótico, com transtornos mentais graves, porque a rede básica, ela não atende, se o cara tem um surto psicótico, está com qualquer surto, que está mal, ou ele tem um embotamento, ele não fala, está na família há anos, está lá segregado, está lá no quatinho dos fundos, não é caso de atenção básica é caso CAPS, então, ele é o único serviço de Florianópolis que se propõem a atender o usuário, o portador de sofrimento psíquico fora de hospital (LÉLI, 4/4/2006).

Ele é o primeiro serviço de saúde mental do município, primeiro serviço estruturado, credenciado no Ministério da Saúde, eu penso que ele tem um papel importante, ele serve como uma referência de atendimento em saúde mental a usuários portadores de transtornos mentais; dentro da rede, hoje, a gente tem as referências regionais de atenção em saúde mental na atenção básica, nas ULS, que são as unidades locais de saúde, então o CAPS serve como referência de atendimento a usuários com transtornos mentais graves do município de Florianópolis, é pra isso, essa é a função (VIK, 24/3/2006).

Pelas falas dos profissionais evidencia-se que Florianópolis não tem uma política municipal de saúde mental estruturada. A rede de serviços está em processo de formação e implementação. As ações ainda são muito isoladas e fragmentadas, sem uma direção comum. É notório que um único CAPS para atender a totalidade da demanda adulta do município é insuficiente. As possibilidades de atuação do serviço na prevenção e promoção da saúde mental, na capacitação e supervisão das equipes de atenção básica ficam, assim, prejudicadas e/ou inviabilizadas.

No processo de operacionalização da Reforma Psiquiátrica, conforme as orientações da Política Nacional de Saúde Mental e as propostas aprovadas na III CNSM, é necessário que os gestores estaduais e municipais estabeleçam mecanismos efetivos para o controle das internações psiquiátricas. De acordo com a Portaria GM/MS n ° 336/02, os CAPS devem possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou modulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local (BRASIL, 2002a). Com base nisto, perguntamos aos entrevistados se o CAPS tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Eles referiram que não, contudo, divergiram sobre como o serviço fica sabendo quando ocorre internação de seus usuários.

Não tem. A gente fica sabendo quando a família comunica ou quando é usuário de atenção intensiva, ou ele fez uma crise ou ele desapareceu do serviço, aí pela falta mesmo, pela ausência que ele provoca a gente vai atrás e fica sabendo que ele foi internado, mas a gente não tem instrumentos de controle sobre isso; a gente faz, no momento da internação, a gente procura manter pelo menos uma visita da equipe da Regional pra não perder o vínculo etc., mas nada formalizado, assim, no momento que aparece, que a gente fica sabendo; geralmente, a gente sabe, hoje é relativamente fácil, não acontece daquilo... fulano desapareceu e de repente aparece ele dois meses depois aqui novamente..., sai da internação ontem e tal, isso não acontece mais, geralmente a gente consegue ficar sabendo (F, 12/4/2006).

Não. Na realidade a família leva pra internar e pronto, as vezes comunica, as vezes a gente fica sabendo quando a gente vai fazer uma visita lá, muitas vezes a gente nem sabe que o paciente ficou internado, a não ser quando a gente liga, e aí o que está acontecendo, não está vindo, mas ele foi internado; então, não há esse controle e também quando é internado lá, dificilmente, alguém entra em contato, nunca vi, entra em contato olha fulano de tal está internado aqui com a gente, não tem essa comunicação (J, 22/3/2006).

Em relação ao controle das internações psiquiátricas, oficial e formal, nós não temos; estou falando enquanto profissional que atende uma determinada regional de saúde, isso nós não temos; o que poderia ser feito: um maior estreitamento com o “manicômio”, com o IPQ ou o São José (hospitais psiquiátricos), que quando internasse pessoas lá teria esse contato aqui, pra gente já ir conversando, já acompanhando juntamente com a equipe do hospital psiquiátrico essa pessoa, porque final de semana ou depois das 18 horas o serviço não atende, as vezes as pessoas entram em crise e a gente não tem como acompanhar isso, não tem como saber; o acompanhamento que tem é, as vezes, os familiares nos avisam que a pessoa está internada, quando a gente acompanha essa pessoa e fica sabendo que ela acabou internando; então, não tem uma política mais estreita de acompanhamento de internação psiquiátrica, isso não tem. (GIRASSOL, 20/3/2006).

Da área de abrangência seria toda a cidade, isso não, mas dos usuários aqui sim, atendidos aqui sim; [...] geralmente, assim, quando o usuário está iniciando um surto a gente tenta fazer o atendimento pra prevenir a internação, pra evitar de fato a internação psiquiátrica, só que nós estamos aqui até as 6 horas da tarde e não estamos final de semana, então, a gente não está nem a noite nem final de semana, e aí acontece de a família internar, isso acontece pouco, muito pouco, e quando acontece a gente faz o atendimento no próprio hospital, a gente vai até lá faz o atendimento, mas é pouco assim, agora da cidade como o todo a gente não tem (VIK, 24/3/2006).

O controle ele tem pelo prontuário, não poderia te dizer que tem um controle do ponto vista de uma escala, ah anualmente quanto a gente tinha e quantos foram internados, [...] o usuário se ele foi internado a gente não soube, se está internado, aí ele aparece aqui depois da internação, um mês ou dois meses, a gente tem escrito no prontuário, esse é digamos o que a gente fica sabendo (LÉLI, 4/4/2006).

Não, eu digo por nós, eu acho que, as vezes, a gente... ah o paciente foi internado, como acontece de a gente saber, e as vezes a gente vai lá fazer uma visita, as vezes tem a questão do carro (o CAPS tem um carro a disposição somente um dia por semana), e a gente fica...; sempre que acontece e tal, as vezes, a gente nem fica sabendo, quando vê o paciente já está de volta, as vezes acontece essa situação; eu fui tentar fazer um pequeno levantamento pra fazer essa avaliação e percebi que a gente não tem registro de quantos dias o paciente ficou internado, se ele ficou internado quantas vezes durante o tempo que está em tratamento aqui, falta um registro melhor e um acompanhamento melhor dos técnicos; (como ficam sabendo da internação) as vezes o paciente volta já depois, as vezes a família liga avisando, [...] o hospital não me lembro se eles ligaram, só se precisar de alguma coisa, em geral, eles não ligam; então,

assim, o paciente saiu aí eles trazem de novo aquele encaminhamento, ou ele vem pra cá porque, normalmente, ele já estava aqui, mas assim, a gente tenta ao máximo que ele não precise ser internado, essa política existe, segurar a crise (P, 17/3/2006).

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que a internação e a reinternação psiquiátrica deverão ocorrer após avaliação da equipe técnica de saúde mental dos serviços substitutivos, devendo ser estabelecidas formas de controle único para a emissão de AIH, assegurando que todas as internações necessárias sejam autorizadas pelo serviço público, preferencialmente de base territorial (BRASIL, 2002a).

Conforme pode ser observado nas falas dos participantes da pesquisa, a insuficiência do CAPS em exercer o controle das internações referente a sua clientela e a demanda no município refere-se ao fato de o serviço não estar territorializado, sendo inviável cumprir com tal exigência no âmbito da totalidade de uma população de aproximadamente quatrocentos mil habitantes, distribuídos numa área geográfica de 436,5 Km². Com a implantação das equipes de saúde mental nas Regionais de Saúde, estas passam a ser as responsáveis pela regulação da porta de entrada no sistema de atendimento. O CAPS II Ponta do Coral passa a ser a referência para onde são encaminhadas pessoas com transtornos mentais graves, egressos de hospitais psiquiátricos, internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). A falta de controle das internações psiquiátricas é uma realidade também de outros centros de atenção psicossocial, conforme verificado por Franco (2005), em seu estudo sobre o CAPS do município vizinho de Palhoça/SC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha deste tema de pesquisa está relacionada à minha trajetória de estudos no Curso de Graduação em Serviço Social e à minha inserção como pesquisadora no Núcleo de Estudos e Pesquisas Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas (NESPP) do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. A esta trajetória soma-se a experiência de Estágio Curricular em Serviço Social, realizada no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis, em 2003, da qual resultou o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Programa Alta Progressiva: uma contribuição para o processo de reabilitação psicossocial no HCTP de Florianópolis”. Com o referido Estágio foi possível vivenciar o contato direto com a realidade de algumas instituições como hospitais psiquiátricos e centros de atenção psicossocial da rede municipal e estadual de serviços de atenção em saúde mental, fato este que estimulou a busca de novos conhecimentos e o desejo de atuação profissional na área. A continuidade dos estudos foi possibilitada por meio da entrada como mestranda no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da mesma universidade. Sendo assim, o trabalho que apresentado nesta dissertação tem estreita relação com meu percurso profissional e meu desejo pessoal.

Conforme destacamos no decorrer do estudo, a reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

A implantação de uma nova política de atenção, com as implicações socioculturais da proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira passa pela necessidade de articulação intersetorial e por ações que contribuam para alterar as representações sociais sobre a loucura e os direitos dos portadores de transtornos mentais. A transformação do modelo assistencial e de um conceito teórico em diretrizes operacionais é um processo complexo e depende de vários fatores para que se mantenha a direcionalidade pretendida pelos diferentes atores sociais, participantes do jogo social.

Especificamente, no caso do CAPS estudado, as dificuldades de concretização dessa nova lógica de atenção em saúde mental perpassam e se inter-relacionam nos diferentes eixos que compuseram a presente pesquisa.

No que se refere a estrutura física, os profissionais indicam que o CAPS conta com espaço e equipamentos adequados às necessidades do serviço. Entre os anos de 2003 a 2004, o CAPS passou por uma reforma em suas instalações, ficando estas, adequadas aos objetivos da unidade. As condições poderiam ser melhores se as oficinas produtivas fossem realizadas em outro local, pois além de favorecer a utilização do espaço hoje ocupado para outras atividades, possibilitaria a inserção dos usuários em outro ambiente, favorecendo-lhes sua sociabilidade.

Em relação aos materiais de consumo, os problemas vão desde a ausência total de objetos e utilidades básicas à manutenção do serviço até o recorrente atraso no repasse dos materiais necessários às oficinas terapêuticas e de produtividade. As oficinas ficam prejudicadas e até mesmo paralisadas por conta das faltas de recursos e dificuldades de gestão adequada do serviço. Esta situação coloca em prejuízo o projeto terapêutico de tratamento dos usuários e a eficácia e efetividade dos propósitos da nova política de atenção em saúde mental.

No campo da gestão do CAPS, apesar da histórica escassez de recursos destinados à saúde, foram evidenciadas situações problemáticas, principalmente no processo de descentralização político-administrativa, que poderiam ser melhoradas a partir dos recursos existentes. De acordo com os resultados da pesquisa, 50% do grupo de técnicos afirmam que existe planejamento e avaliação das ações. Alguns deles observam estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação, objetiva e sistemática, dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declaram não existir processo de planejamento e avaliação das ações, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

Sobre este aspecto, cabe destacar que as técnicas disponíveis na área de planejamento e avaliação de serviços de saúde têm mostrado bons resultados quando aliadas à vontade política de mudar a situação. Apesar dos dados demonstrarem uma divisão entre os técnicos no que se refere a afirmação sobre a existência de planejamento e avaliação, destacamos que as poucas ações que acontecem giram em torno das atividades que são e aquelas que poderão ser realizadas, e na discussão sobre as dificuldades cotidianas do trabalho na unidade. As avaliações são informais, realizadas na reunião

mensal da equipe técnica e nas reuniões clínicas semanais, sendo notório a ausência de um processo de planejamento estratégico, sistemático e contínuo do projeto terapêutico do CAPS, bem como, de avaliação de indicadores.

Com relação aos recursos financeiros, os resultados da pesquisa apontam para o que já vem sendo denunciado por autores como Amarante (2003; 2005): o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. O pagamento pelo sistema de procedimentos realizados, por meio das APACs, condiciona a existência de recursos à produtividade do serviço. Quando os CAPS não estão articulados com outras políticas sociais necessárias à sobrevivência do usuário e a adesão dele ao projeto de vida que o serviço deve-lhe oferecer, a tendência é fracassar.

Para que a pessoa possa freqüentar o CAPS ela precisa de condições materiais e psicossociais básicas, como moradia, transporte, alimentação, auto-estima, estímulo, desejo, etc.. Quando o usuário não desfruta de tais condições as chances dele se vincular ao projeto terapêutico são menores e, conseqüentemente, sem a participação ativa dos usuários o CAPS não terá produtividade. Ainda, nem todas as ações realizadas no CAPS constam na tabela de procedimentos pagos pelo atual sistema do SUS, dificultando as atividades de ressocialização que envolvem trabalhos na comunidade e na sociedade.

Os profissionais afirmam que os usuários participam do planejamento das atividades do CAPS. Referem que isso acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Neste caso, foi possível perceber que a participação dos usuários em geral diz respeito mais a questões cotidianas do funcionamento do serviço. A associação participa diretamente da comercialização dos produtos confeccionados nas oficinas e na realização de alguns convênios com entidades da área da cultura, lazer, ensino, etc. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada, que abarque as especificidades da área da saúde mental e envolva os usuários, os familiares e os técnicos como sujeitos partícipes do processo de gestão do serviço.

No eixo recursos humanos e projeto terapêutico existem contradições explícitas e implícitas que perpassam o discurso e as práticas dos técnicos que prestam assistência aos usuários do serviço. Eles reconhecem e destacam a relevância do trabalho em equipe, argumentam que este traz a possibilidade de trocas entre as várias áreas do conhecimento e a conseqüente oferta de um atendimento multidimensional. Contudo, relatam dificuldades

na realização deste trabalho, devido a uma suposta diferença de formação profissional e de concepção, com relação ao que sejam os objetivos do CAPS e da Reforma Psiquiátrica. Indicam existir interdisciplinaridade no atendimento ao usuário, no entanto, percebeu-se que a concepção de interdisciplinaridade aparece muito mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade, estando ainda distante dos ideais da intertransdisciplinaridade.

Sendo assim, cabe destacar que sem a devida clareza e consciência do que exatamente deve mudar corre-se o risco de que, fundamentalmente, se modifiquem os espaços de realização do tratamento, transferindo-se e conservando-se as práticas de exclusão e discriminação. É preciso se ter em conta que toda dimensão técnica tem também uma dimensão política. Dessa forma, faz-se necessário questionar-se sobre o que se pretende com o “fazer” nos novos serviços de atenção à saúde mental e que valores estão presentes nas ações executadas. O usuário precisa ser percebido como sujeito do processo saúde-enfermidade, e não como objeto e instrumento do exercício das relações de poder disciplinar.

Com relação ao eixo participação do usuário e da família no tratamento, os participantes da pesquisa identificam dificuldades em realizar o atendimento familiar no CAPS. Os profissionais relacionam como justificativas, a falta de técnicos qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades da equipe. Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que seja o transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, também foram relatados pelos entrevistados. Entre os obstáculos para a (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e o estigma da loucura ainda presentes no imaginário social das pessoas.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacam o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário. Neste aspecto queremos destacar a necessidade de se reconhecer, no processo de implantação da Reforma e da política de saúde mental, um projeto ético-político social, capaz de reavaliar, substancialmente, o conceito tradicional de

“doença/saúde mental” e, conseqüentemente, a forma de como lidar as diferenças em sociedade.

No eixo (re)inserção social procuramos identificar se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas à desinstitucionalização e à reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referem que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras. A maioria deles afirma que não existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer.

Tais dados nos remetem ao questionamento sobre como a Reforma Psiquiátrica, em sua aplicação prática, apresenta certa inércia política. Existe uma lacuna entre o referencial teórico do novo modelo de atenção e as práticas que se efetivam no cotidiano dos serviços. Com isso, queremos chamar a atenção para a necessidade urgente de se construírem ações de atenção que favoreçam o conhecimento de si, reforcem a autonomia, o cuidado de si e a emancipação do sofredor psíquico.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referem que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental. A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos profissionais como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista político-jurídica dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico. Na visão dos participantes da pesquisa, o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica relaciona-se a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos pressupostos da própria Reforma. Não obstante, destacamos aqui a necessidade de se refletir sobre o descompasso entre a vitória no campo jurídico, o novo discurso da Reforma Psiquiátrica e um fazer prático que parecem ainda negar a emancipação do portador de transtorno mental.

No eixo integração do CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município, os dados coletados na pesquisa indicam que a relação existente é pouca, funciona de maneira precária e confusa, e que ainda está num processo preliminar. A articulação com as equipes de PSF e PACS também é insuficiente, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda. A unidade não realiza nenhum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. Apenas dois profissionais referiram estar pensando neste tipo de trabalho.

Foram apontadas como justificativas para esta situação o fato do CAPS não estar territorializado, de ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta de todo o município, e a ausência de um planejamento e estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhadas pessoas com transtorno mental grave. E, segundo os entrevistados, não tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Neste aspecto, vê-se a urgência na redefinição da abordagem em saúde mental, fazendo-se necessário a construção de estratégias de atenção integral, dentro dos princípios do SUS, que envolvam o portador de transtorno mental como cidadão, a família, o Estado e a sociedade.

De acordo com os profissionais existem diferenças no atendimento prestado no e pelo CAPS em relação aos hospitais psiquiátricos. Eles se referem às diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência do discurso médico psiquiátrico do hospital, e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e as necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial, em contraposição ao tratamento igual para todos das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Por fim, os dados coletados na presente pesquisa indicam que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes, prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a relação eficácia/efetividade dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Concluimos, com este estudo, que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é ainda um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológica, técnico-assistencial, político-jurídico e sócio-cultural.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____, P. (coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995a.

_____, P.. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. vol.11, no.3, jul./set. 1995b, p.491-494. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 14/09/2005.

_____, P. A (clínica) e a Reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. pp. 45-65.

_____, P. **A epistemologia e a Clínica da Reforma**. Conferência proferida no IV Encontro Catarinense de Saúde Mental. Florianópolis, 30 de junho a 2 de julho de 2005. (anotações manuscritas).

BASAGLIA F. (coord.) **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 3ª ed. Tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002a, 213 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em Saúde Mental 1990-2002**. 3ª ed. revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAPS II PONTA DO CORAL. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. **Projeto Terapêutico**. Florianópolis, 2004.

CORREIA, M. V.C..Que controle social na política de Assistência Social? **Revista Serviço Social & Sociedade**. N. 72. São Paulo: Cortez, nov. 2002, pp. 119-144.

COSTA, R. C. R. da.. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia e Política** Nº 18: 49-71 JUN. 2002

COSTA –ROSA, A. da; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. p. 13-44.

COSTA-ROSA, A. da.. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asialr. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. p. 141-168.

CHIZZOTTI, A.. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R.. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

DESVIAT, M.. **A Reforma Psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental**. In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

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

FLEURY, S.. **Espaço, território e cidadania**: a cidade dos cidadãos. Trabalho apresentado no VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra (16,17,18 de setembro), 2004. Disponível em: <www.ces.uc.pt/LAB2004>. Acessado em 20 de fevereiro de 2006.

_____, S.. (org.). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989.

FREIRE, F. H. M. de A.; UGÁ, M.A.D.; AMARANTE, P. Os centros de atenção psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

FRANCO, S. de O.. **Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de caso**. 2005. 110f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Florianópolis, 2005. 110f.

FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial**. Percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004.

GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E.. **A pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, R.. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M.. **Microfísica do poder**. Trad. de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graaal, 1979.

MINAYO, M. C. de S.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC; ABRASCO, 1994.

MIOTO, R.C.T.. Família e saúde mental: contribuições para reflexão sobre os processos familiares. **Revista Katalysis**. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico. Departamento de Serviço Social. N.2 Florianópolis: Editora da UFSC, 1998.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental: em busca da articulação e qualificação das ações em saúde**. Monografia

(Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Latu Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

OLIVEIRA, W. F.; DORNELES, P.. Patrimônio e ambiente da loucura: a formação do profissional de saúde mental e o dialogo com a vida da cidade. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

PITTTA A.. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje. In: PITTA. A.(org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral**: desvelando sua significação. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

_____. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

ROSA, L.C.dos S.. Os saberes construídos sobre a família na área da saúde mental. **Revista Serviço Social & Sociedade**. N° 71. Ano XXIII. São Paulo: Cortez, set de 2002, pp. 138-164.

_____. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, F., et. al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SANTOS, W.G.. **Cidadania e Justiça**. Rio de Janeiro: Editora Campos, 1979.

SARACENO, B.. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SOUZA, W. da S.. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. jul./ago. 2001, vol.17, no.4

p.933-939. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 19/10/2005.

SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Teses em Enfermagem, 42).

STUANI, D.. **Projeto de Estágio**. (Projeto de Estágio Curricular apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina). Florianópolis, 2005. texto digit.

TENÓRIO, F. G. (org.). **Gestão de ONGs**: principais funções gerenciais. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

TORRE, E.H. G; AMARANTE, P.. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. [online]. 2001, vol.6, no.1 [citado 05 Dezembro 2005], p.73-85. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br> >. ISSN 1413-8123.

TRIVIÑOS, A.N. S.. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. (org.). **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000a.

_____, E. M. Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000b. p. 169-194.

VIEIRA, L. **Cidadania e globalização**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Formulário a ser aplicado a todos os profissionais da equipe do CAPS.

Identificação

Nome:

Apelido:

Formação:

Ano:

Capacitação específica na área: Sim Não

Nível: residência especialização mestrado doutorado

Tempo de serviço na instituição:

Tipo de vínculo empregatício: Servidor público concursado contrato temporário

Outro. Especifique _____

Regime de trabalho: _____ (horas semanais)

Tempo de atuação na área:

Experiência de atuação profissional em outra instituição: Sim Não

Qual:

Tempo:

Principais perguntas

- 1) A área física do Caps é suficiente para o atendimento da demanda? Sim Não
- 2) As instalações são adequadas para a realização das atividades propostas? Sim Não
- 3) Os equipamentos disponíveis são suficientes? Sim Não
- 4) Estão em bom estado de utilização? Sim Não
- 5) Os materiais disponíveis são suficientes? Sim Não
- 6) Existem dificuldades na realização das atividades do Caps Sim Não. Em caso de resposta afirmativa, especifique as cinco principais? _____

- 7) O trabalho é realizado em equipe? () Sim () Não.
- 8) Existe algum tipo de supervisão de equipe ou outro recurso para acompanhar e discutir as questões do trabalho em equipe? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual?

- 9) Participa ou já participou de capacitação específica para atuar no Caps? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual? _____
- 10) Durante o tempo em que está trabalhando na instituição houve algum treinamento ou capacitação? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quando? _____(ano). De quantas horas? _____. Organizado por quem? _____
- 11) Na sua opinião, existe interdisciplinaridade no trabalho no Caps? () Sim () Não
- 12) Você conhece a política de saúde mental? () Sim () Não.
- 13) No Caps, existe disponibilidade de material didático e documentos sobre a política de saúde mental? () Sim () Não.
- 14) Existe planejamento e avaliação das ações do Caps? () Sim () Não
- 15) Existe projeto terapêutico de trabalho da instituição? () Sim () Não. Em caso afirmativo, foi planejado em equipe? () Sim () Não.
- 16) O serviço adota projeto terapêutico individualizado? () Sim () Não.
- 17) O usuário participa do planejamento do seu tratamento? () Sim () Não.
- 18) Existe atendimento familiar? () Sim () Não.
- 19) Existem ações intersetoriais do Caps e outras instituições que envolvam: educação, trabalho, esporte, cultura e lazer? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quais?

- 20) Existe relação do Caps com a rede básica de saúde municipal? () Sim () Não.
Que tipo? _____
- 21) O Caps realiza algum trabalho de educação permanente (capacitação e supervisão) sobre saúde mental em cooperação com as equipes de atenção básica? () Sim () Não.
Que tipo? _____

Outras observações:

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Entrevista a ser realizada com os profissionais da equipe do CAPS, segundo o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de nível superior entre as existentes na unidade. Em caso de mais de um profissional na área será realizado sorteio.

Identificação

Nome:

Apelido:

Temas e principais perguntas

1 Estrutura e recursos financeiros

- 1) Qual conhecimento possui sobre o repasse dos recursos financeiros para o Caps?
- 2) Conhece a forma de financiamento do serviço? O que você acha?
- 3) Como são administrados os recursos repassados? Existe planejamento?
- 4) Na sua opinião, a descentralização administrativa dos recursos possibilita o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do Caps? Quais as vantagens e desvantagens identifica?
- 5) Na sua opinião, os recursos repassados (gerados pelo serviço) são suficientes para realizar as atividades do Caps? Em caso de resposta negativa, quais atividades ficam prejudicadas e/ou poderiam ser realizadas se houvessem recursos?
- 6) Existem dificuldades no funcionamento do Caps com relação a falta de recursos financeiros? Quais identifica?

2 Recursos humanos e projeto terapêutico

- 1) Quais dificuldades identifica no trabalho em equipe no Caps?
- 2) Na sua opinião, quais vantagens o trabalho em equipe possibilita?
- 3) Considera importante a capacitação específica em saúde mental para atuar no Caps? Fale sobre.

- 4) Na sua opinião, qual a importância da interdisciplinaridade no atendimento ao usuário de saúde mental?
- 5) Considera importante conhecer sobre a política de saúde mental, seus princípios, sua estrutura e organização para o trabalho do Caps?
- 6) Como acontece o planejamento e a avaliação das ações do Caps?
- 7) Na sua opinião, em relação ao atendimento nas instituições tradicionais/asilares (hospitais psiquiátricos), como é o atendimento ao usuário no Caps?

3 Participação do usuário e da família no tratamento

- 1) Como é pensado o projeto terapêutico de tratamento do usuário?
- 2) Como o usuário participa do planejamento do seu tratamento?
- 3) Quais as formas criadas para oportunizar a participação do usuário no planejamento do seu tratamento?
- 4) A família participa do tratamento? Em caso de resposta afirmativa, de que forma? Em caso de resposta negativa, por quê?
- 5) Quais as formas criadas para oportunizar a participação da família no tratamento?
- 6) Quais dificuldades identifica com relação a realização do atendimento familiar?
- 7) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção familiar do portador de transtornos mentais?
- 8) Qual o papel dos usuários (ou da associação de usuários e familiares) no planejamento das ações do Caps?
- 9) Na sua opinião, qual a importância das associações de usuários e familiares para o tratamento do portador de transtornos mentais e para os serviços de saúde mental?

4 Inserção social

- 1) Na sua opinião, as práticas assistenciais realizadas no Caps encaminham-se na direção da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial?
- 2) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção social do portador de transtornos mentais?
- 3) Quais avanços e conquistas identifica com relação a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais?
- 4) Na sua opinião, o atendimento no Caps possibilita ao usuário a construção da sua autonomia? Como?

- 5) Na sua opinião, a organização atual dos serviços de saúde mental (da política de saúde mental) favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais? Qual a importância do caps nesse contexto?

5 Integração com a rede municipal de assistência em saúde

- 1) Qual a relação do Caps com a(s) equipe(s) de Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência?
- 2) O Caps tem controle das internações psiquiátricas no seu território? Em caso afirmativo, como ocorre este controle?
- 3) Na sua opinião, qual o lugar que o Caps ocupa na rede de atenção em saúde? Constitui-se no serviço que regula a porta de entrada para o atendimento em saúde mental?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este instrumento tem a intenção de obter o seu consentimento por escrito para participar do estudo “A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis”, durante o período de 01 a 31 de março de 2006, com o intuito de contribuir para o levantamento de dados para a elaboração do referido trabalho.

O estudo tem como objetivo geral analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Ao propormos a presente pesquisa esperamos contribuir com a produção de conhecimentos e saberes sobre as novas práticas de atenção e cuidado ao portador de transtornos mentais.

Os relatos obtidos serão confidenciais e, portanto, não será utilizado o nome dos participantes em nenhum momento, garantindo sempre o sigilo da pesquisa e os preceitos éticos da profissão. Os depoimentos serão referenciados pelo apelido a ser escolhido pelo próprio entrevistado

Certa de sua colaboração, agradeço sua disponibilidade em participar do estudo.

Eu _____,
consinto em participar desta pesquisa, desde que respeitadas as respectivas proposições contidas neste termo.

Florianópolis, março de 2006.

Assinatura do entrevistado.

ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

FERNANDA SCALZAVARA

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Serviço Social** - Área de concentração: Serviço Social, Direitos Humanos e Questão Social.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ivete Simionatto.

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de **Mestre em Serviço Social**, e aprovada na sua forma final, em 31/7/2006, atendendo as normas vigentes no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e na Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof^a Dr^a Catarina Maria Schmickler
Coordenadora do PPGSS/UFSC

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Ivete Simionatto, Dr^a.
Departamento de Serviço Social/UFSC
Presidente

Prof^o Walter Ferreira de Oliveira, Ph.D.
Departamento de Saúde Pública/UFSC
Membro

Prof^o Jonas Salomão Spricigo, Dr.
Departamento de Enfermagem/UFSC
Membro

Prof^o Mário Teixeira, Dr.
Departamento de Clínica Médica/UFSC
Membro Suplente

*Aos profissionais e aos usuários do CAPS
Ponta do Coral de Florianópolis.*

AGRADECIMENTOS

Desejo expressar meus sinceros agradecimentos aos profissionais do CAPS Ponta do Coral, pela receptividade, atenção, acolhimento e colaboração na fase mais importante desta pesquisa, assim como pela consideração ao meu trabalho profissional. Também, aos usuários desta unidade de serviço, pela forma carinhosa e acolhedora com que sempre me receberam.

À professora Ivete Simionatto por ter aceitado a orientação do trabalho; agradeço a oportunidade de poder ter desenvolvido a pesquisa de meu interesse e desejo profissional.

Aos professores Jonas Spricigo e Mário Teixeira pela atenção, disponibilidade e colaboração, essenciais na definição e elaboração do projeto de dissertação. Igualmente, ao professor Walter Ferreira de Oliveira pelas considerações e contribuições no exame de qualificação.

À sempre Mestre, amiga e professora Iliane Kohler, pela relação de ensino-aprendizado humana, saudável, mantida no decorrer de toda a minha vida acadêmica; pelas ajudas concretas nos momentos de dificuldades, pelos conselhos, orientações e *encaminhamentos* necessários nos instantes, nas horas, nas fases de incerteza, insegurança, angústia, desespero.

Aos profissionais Mara Regina de Oliveira e Antônio Heinzen Filho, pelo suporte terapêutico necessário nos últimos anos da minha vida; especialmente por terem me ajudado a transformar as dificuldades, os obstáculos, as conquistas cotidianas no *Mestrado da Vida*.

Às profissionais e amigas Maria Sirene Cordioli e Maria Inês Bernardino, pela relação profissional responsável, ética, competente, que me impulsionou para os estudos na área da saúde mental; pela amizade acolhedora, carinhosa, fraterna, pelas comemorações e pelos momentos de descontração.

Aos meus pais e à minha família, base dos meus valores ético-morais.

Às minhas amigas e aos meus amigos, que de perto ou de longe, acompanham minha trajetória, acreditam e torcem por mim.

Formalmente, agradeço as instituições públicas CAPES e UFSC, através dos programas PROF e PGSS, pelo financiamento da bolsa que permitiu a dedicação profissional integral para a realização deste trabalho.

RESUMO

O presente trabalho tem como objeto de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. Constitui-se como objetivo geral da presente pesquisa analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Os procedimentos metodológicos da pesquisa constaram de: pesquisa empírica na coleta das informações, através de entrevistas semi-estruturadas, gravadas, realizadas com um profissional de cada área de formação de nível superior, dentre as existentes no CAPS, e aplicação de formulário, com questões fechadas, a todos os profissionais que compõem a equipe. As informações coletadas foram sistematizadas e organizadas em itens correspondentes aos eixos que nortearam a coleta dos dados, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde. A análise final foi realizada com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os resultados obtidos nos permitem concluir que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a efetividade e eficácia dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial. De maneira geral, podemos afirmar que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológico, técnico assistencial, político-jurídico, social cultural.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, política de saúde mental, serviços substitutivos.

ABSTRACT

The objective of present work is to study the operationalization of the Psychiatric Reformation in the city of Florianopolis, Brazil, based on one specific institutional model - the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral. The general objective of the present research is to analyze the institutional reality at the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral, Florianopolis, related to the operational process of mental health politics, based on the requirements of the Brazilian Psychiatric Reformation. The research methodological procedures have consisted of: empirical research and data collection, through semi-structured interviews, recorded, realized under the presence and supervision of a professional of each field, plus de existing data from the CAPS, and filled application, with closed questions, to all the professionals who compose the team. The data colleted was systematized and organized in items and events that are surrounded the data collection, which are: financial structure and resources, human resources and therapeutic project, participation of the user and the family in the treatment, social insertion, and integration of the service with the municipal network of assistance in health. The final analysis was based on theoretical production on mental health and the Psychiatric Reformation. The results allowed us to conclude that in scope of management of CAPS, the limited number of studies and the difficulties to transfer and administer them harmed the functioning of the service. The contributing factors were lack of strategic planning and systematic evaluation of actions. The difficulties associated with teamwork compromised the effectiveness and efficacy of the objectives. The absence of a municipal network dedicated to structure and articulate mental health appears as an obstacle to the practice of desinstitutionalization and psychosocial rehabilitation. In general, we can affirm that the changes in the assistance model, directed for Psychiatric Reformation is one of the challenges to the concretization to mental health politics in a new interaction between society and people with psychological illnesses. The operationalizational political difficulties of mental health go through different fronts of performance which constitute the complexity of social processes associated with Reformation in its different dimensions. These dimensions are: theoretic-epistemological, technical assistance, politic-legal and socio-cultural.

Keywords: Psychiatric Reformation, mental health politics, substitute services.

LISTA DE SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
APAC - Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CPASM - Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental
CMS – Conselho Municipal de Saúde
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FNS – Fundo Nacional de Saúde
INAMPS – Instituto Nacional de Aposentadorias e Pensões
IPQ – Instituto de Psiquiatria Catarinense
MS – Ministério da Saúde
MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS – Organização Mundial para a Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF - Programa de Saúde da Família
RP – Reforma Psiquiátrica
SIH - Sistema de Informação Hospitalar
SAI – Sistema de Informação Ambulatorial
SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
SUS – Sistema Único de Saúde
TR – Terapeuta de Referência
ULS – Unidade Local de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Procedimentos metodológicos	18
2 REFORMA PSIQUIÁTRICA	222
2.1 O Modo Psicossocial	26
2.1.2 Atenção Psicossocial.....	28
2.2 Desinstitucionalização	30
2.3 Reabilitação psicossocial	32
3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA	344
3.1 Estrutura e recursos financeiros	344
3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico	45
3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental	46
3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário	51
3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações.....	59
3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento.....	65
3.3 Participação do usuário e da família no tratamento	69
3.3.1 Planejamento terapêutico individual.....	70
3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral.....	72
3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares	81
3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia.....	88
3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental.....	96
3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica	106
3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde...	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
REFERÊNCIAS.....	125
APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS.....	130
ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica.....	136

1 INTRODUÇÃO

O processo de mobilização, organização e luta pela Reforma Psiquiátrica brasileira origina-se no contexto dos movimentos sociais, no período de redemocratização do país (décadas de 1970/1980), e tem como base os pressupostos da Reforma Sanitária brasileira e da Psiquiatria Democrática italiana. Tal movimento esteve direcionado no sentido da crítica e desconstrução gradativa da assistência existente, embasada no saber psiquiátrico, que justificava as práticas decorrentes do modelo asilar e, ao mesmo tempo, buscava a construção de propostas de superação deste modelo.

Os anos de luta pela transformação do modelo assistencial tradicional (asilar), centrado na internação hospitalar, culminaram com a criação e regulamentação de leis e portarias relativas à implantação de uma rede de serviços substitutivos a este. A partir da década de 1990 um conjunto de leis, portarias, decretos, resoluções define novas exigências em relação à assistência psiquiátrica prestada aos portadores de transtorno mental¹, incluindo a adequação das condições físicas das instituições de atendimento, a existência de projeto terapêutico, equipe multidisciplinar e outros dispositivos que garantam maior qualidade assistencial.

A Reforma Psiquiátrica é um processo em construção, que envolve tanto a sociedade civil, através dos diferentes os movimentos sociais, os profissionais, os usuários, bem como os órgãos gestores das políticas públicas. Estes são os responsáveis pela operacionalização das ações com relação a mudança de paradigma e prática em saúde mental. Nessa trajetória, aos profissionais cabe exercer o papel de sujeitos e críticos do processo de implantação da Reforma Psiquiátrica; aos gestores da política de saúde compete a decisão política com vistas a assegurar as condições técnicas para a implementação e operacionalização dos serviços de atenção; aos movimentos sociais fica a luta política pela construção social de um outro sentido para lidar com a "loucura" e com o "louco", a partir de uma transformação na relação sociedade/loucura.

¹ Cabe destacar que a expressão “portador de transtorno mental” é adotada neste estudo por acreditar-se que a palavra portador traz em si um caráter mutante. Ou seja, secundariza o transtorno mental e resgata o sujeito envolvido na condição de enfermo, como um ser dinâmico. Por sua vez, o termo transtorno mental traz um caráter psicossociológico, dinâmico, mutável, diferente do termo doença mental, muito embora não seja menos controvertido do que este último (ROSA, 2003, pp. 37-38). E, também, por ser “portador de transtorno mental” a expressão utilizada na linguagem técnica constante na política de saúde mental do Ministério da Saúde.

No curso das transformações operadas na e pela Reforma Psiquiátrica destacamos como marco significativo recente a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM)². Em seu documento conclusivo reafirma-se que as políticas de saúde mental devem respeitar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das leis Federal e estaduais, priorizando a construção da rede de atenção integral em saúde mental. Tais políticas devem ter como pressupostos básicos a inclusão social e a reabilitação psicossocial, estar integradas com outras políticas sociais, como educação, trabalho, lazer, cultura, esporte e habilitação profissional, visando garantir o exercício pleno da cidadania (BRASIL, 2002a).

O mesmo documento ressalta que a reorientação do modelo assistencial deve estar direcionada para concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e de promoção da saúde. Nesse sentido, é fundamental que as novas modalidades assistenciais desenvolvam práticas pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a auto-estima, a autonomia e a cidadania, buscando superar a relação de tutela e reprodução da institucionalização e/ou cronificação (BRASIL, 2002a).

A mudança do modelo assistencial é um dos desafios da Reforma Psiquiátrica. Busca-se, no âmbito da gestão pública, a construção de um novo pacto para transferir os recursos aplicados no modelo hospitalar para uma assistência comunitária. Entretanto, a mudança da lógica de atenção em saúde mental requer, também, uma mudança de paradigma. No bojo dos novos dispositivos de cuidado necessariamente deve estar uma nova ética do cuidar, baseada na premissa básica da autonomia possível e dos direitos humanos dos portadores de sofrimento psíquico. Isso significa considerar que as possibilidades de novas práticas terapêuticas devem caminhar ao lado da preocupação com a mudança das representações simbólicas do “louco” na sociedade, e com a produção de outros saberes.

Na atualidade, todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, bem como a literatura da área, referem-se a desconstrução como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade das ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Tal proposição tem como base a

² Realizada em Brasília, de 11 a 15 de dezembro de 2001. A I Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em 1987 e a II em 1992.

incapacidade da psiquiatria em explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (TORRE; AMARANTE, 2001).

O modelo manicomial tem seu fundamento na noção de que a experiência de sofrimento psíquico diversa (delírio, alucinação) é sinônima de erro. Um dos aspectos mais importantes no processo de transformação radical deste é a superação do conceito de doença. Conforme apontam Torre e Amarante (2001, p.73-85), “não se trata, obviamente, de negar a diversidade da experiência do delírio ou da alucinação, mas de não utilizar o conceito de doença (igual a erro) na relação com o sujeito”. Nesta direção, Rotelli (1990) propõe, no lugar do objeto “doença mental”, o objeto “existência-sofrimento” do sujeito em sua relação com o corpo social.

Segundo Costa-Rosa (et. al., 2003, p. 28), “ao se buscar a superação do saber psiquiátrico, sobretudo do paradigma doença-cura, procurou-se romper com práticas identificadas com o modelo clínico, por considerá-las ineficazes, segregadoras”. Busca-se no modo psicossocial estabelecer-se “a construção de uma relação de contrato com o sujeito que substitua a relação de tutela instaurada pela psiquiatria” (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 73-85). Como oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar surge, no contexto da Reforma Psiquiátrica, a atenção psicossocial como paradigma do modo psicossocial.

A origem das práticas de atenção psicossocial, como designação de experiências significativas no contexto da saúde mental, está relacionada às contribuições das diferentes experiências históricas de reforma, que incluem as Comunidades Terapêuticas e a Antipsiquiatria, na Inglaterra, a Psicoterapia Institucional, na França, a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, nos Estados Unidos e a Psiquiatria Democrática, na Itália³. No caso brasileiro somam-se as contribuições das políticas públicas e das experiências locais pioneiras dos centros e núcleos de atenção psicossocial, em Santos, São Paulo.

O modelo psicossocial vem ganhando elementos tanto em termos teórico e técnico quanto ideológicos e éticos, aptos a constituírem um novo paradigma para as práticas em saúde mental, capaz de substituir o paradigma psiquiátrico que ainda é dominante. Costa-Rosa (et al., 2003, p.31), observa que de modo geral os elementos teóricos subjacentes a essas experiências passam principalmente pelas idéias sociológicas e psicológicas, pelo materialismo histórico, pela psicanálise e pela filosofia da diferença. Nesse sentido, é importante indicar que o lugar social da saúde mental é um lugar de

³ Estudos sobre estas experiências encontram-se em DESVIAT (1999); ROTELLI (2001).

conflito, confronto e contradição. Entender a saúde mental dessa forma implica em reconhecê-la como expressão e resultante de relações e situações sociais concretas. “Por qualquer perspectiva que se olhe, tratar-se-á sempre de um eterno confronto: pulsações de vida/pulsações mortíferas; inclusão/exclusão; tolerância/intolerância” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p. 29).

A operacionalização da Reforma Psiquiátrica, através da implantação da rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, territorializados e integrados à rede de saúde, tem sido uma construção lenta e difícil, perpassada por interesses políticos e econômicos. Muitas vezes são privilegiados procedimentos técnico-burocráticos, assistenciais, em prejuízo de um serviço que tenha como foco o tratamento da pessoa humana na sua dimensão integral. Por outras, a Reforma Psiquiátrica é entendida como sinônimo de reestruturação de serviços; introdução ou modernização de novas tecnologias de tratamento e cuidado; promulgação de uma nova legislação. Em geral, os problemas passam pela tendência de tornar a Reforma a implantação de centros de atenção psicossocial, de forma a banalizar o serviço, fazendo com que estes sejam uma extensão do hospital psiquiátrico (AMARANTE, 2005).

Não obstante, a transformação do modelo de atenção tradicional requer a construção de uma rede de atendimento ampla, com serviços diversificados e complementares, substitutivos das práticas asilares. O modelo substitutivo não significa alternativo, paralelo, complementar ou intermediário do sistema tradicional. Trata-se de um serviço forte, que comporta uma estrutura complexa em que o sentido das práticas deve ser alterado do “eixo da clínica” para o “eixo da cidadania”. Isso significa olhar para a pessoa-sujeito e não unicamente para a doença (AMARANTE, 2005).

Pensar a mudança do paradigma teórico-conceitual clássico significa provocar uma transformação na cultura da forma tradicional de ver e lidar com a loucura, buscar a construção de um outro lugar social para a loucura e a doença mental, a partir de uma transformação das relações sociedade-loucura/doença mental.

Nesse processo, os centros de atenção psicossocial (CAPS) constituem-se no “braço” do modelo psicossocial. Tornam-se serviços privilegiados para o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial e dispositivos estratégicos para a mudança da atenção em saúde mental.

De acordo com as normatizações do Ministério da Saúde, são atribuições dos CAPS: organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; prestar atendimento em regime de atenção diária; oferecer cuidado clínico eficiente e personalizado; realizar a

dispensação de medicamentos; acompanhar usuários que moram em residências terapêuticas; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, assessorando o trabalho dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território ou área de abrangência (BRASIL, 2004).

No sentido de favorecer o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, bem como estimular a mudança da lógica de ver e lidar com a “doença” e o “doente mental”, o direcionamento da Política Nacional de Saúde Mental preconiza que os projetos terapêuticos dos CAPS podem ultrapassar a estrutura física da unidade, em busca da rede de suporte social comunitária. O atendimento prestado deve ser através de projeto terapêutico individualizado, construído conjuntamente com o usuário. A preocupação principal não deve ser o estabelecimento de um diagnóstico clínico, mas sim o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2004).

Com base no exposto, a presente dissertação de mestrado tem como recorte de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - O Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. A escolha deste CAPS deve-se ao fato de ser este um serviço público de atendimento diário a portadores de transtornos mentais adultos, único nesta modalidade no município. A população de Florianópolis conta com outros dois centros de atenção psicossocial, um para atendimento de crianças e adolescentes (CAPSi) e outro para atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (CAPSad).

O CAPS Ponta do Coral constitui-se no principal serviço de atendimento extra-hospitalar na realidade local, desempenhando um papel central na assistência a portadores de transtornos mentais graves. A rede municipal de atenção em saúde mental é incipiente, com poucos recursos e o CAPS enfrenta diversas dificuldades na realização de suas atividades, concentrando uma demanda de atendimento superior a sua capacidade.

Destacamos a relevância deste estudo na medida em que está em curso no país uma reforma nos serviços de assistência em saúde mental, em que a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos pelo cuidado comunitário/ambulatorial tem sido a

diretriz básica para a reorganização da política de saúde mental, desde o nível federal aos níveis estadual e municipal.

A reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

O processo de reestruturação dos serviços de saúde mental está baseado na organização de uma rede comunitária de cuidados. Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esportes etc), culturais, religiosos e de lazer são convocados para potencializar as equipes de saúde na tarefa de realizar ações de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004).

Fazem parte desta rede de serviços de saúde mental os centros de atenção psicossocial, os núcleos de atenção psicossocial (NAPS), os serviços residenciais terapêuticos (SRTs), os hospitais gerais, os centros locais de saúde, as equipes de saúde da família e agente comunitários de saúde, entre outros. Particularmente, neste trabalho, nos interessamos por estudar os CAPS por estes assumirem um papel central na organização da rede, constituindo-se em serviços de atenção que “almejam à outra lógica, outra fundamentação teórica-técnica e outra ética, que não mais a do paradigma psiquiátrico” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.19).

Os CAPS foram criados para serem substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos, oferecendo atendimento em saúde mental à população de sua área de abrangência. São atendidas pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, incluindo aquelas que apresentam transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e crianças e adolescentes. As práticas realizadas neste tipo de serviço devem caracterizar-se por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro, na comunidade.

Oficialmente os CAPS foram instituídos pela Portaria GM/MS N°224/1992 e definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam uma população adscrita definida pelo nível local e oferecem atendimento de cuidados intermediários entre

o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (BRASIL, 2002b).

Atualmente, os CAPS são regulamentados pela Portaria GM/MS N° 336/2002 e integram a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta portaria estabelece critérios de porte/complexidade e abrangência populacional aos CAPS, classificando-os nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad⁴. A classificação dos diversos tipos de CAPS difere, basicamente, quanto ao tamanho da população pela qual se responsabilizam e quanto ao regime de funcionamento.

Os profissionais que trabalham nos CAPS integram uma equipe multiprofissional. São técnicos de nível superior e nível médio, de diferentes áreas de formação. Os profissionais de nível superior são médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física entre outros necessários para as atividades oferecidas, de acordo com o projeto terapêutico do CAPS. Os profissionais de nível médio podem ser técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores, artesãos, profissionais de limpeza e cozinha (BRASIL, 2004).

As equipes técnicas possuem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. Cabe aos profissionais a tarefa de organizar-se para realizar o acolhimento dos usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, realizar as atividades de reabilitação psicossocial, equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas.

Ao considerarmos as práticas em saúde mental de um centro de atenção psicossocial nosso objeto de estudo estamos entendemos que é a partir delas que a mudança de paradigma se torna possível, haja vista que a estruturação de uma rede de

⁴ O CAPS I tem capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e deve funcionar das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira; o CAPS II atende municípios com população entre 70.000 e 200.000, deve funcionar das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas; o CAPS III atende municípios com população acima de 200.000 habitantes, funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana. Já os CAPSi e os CAPSad possuem características diferenciadas dos demais. O CAPSi é referência para municípios com população acima de 200.000 habitantes e constitui-se em um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período até 21 horas. Os CAPSad destinam-se a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. É indicado em municípios com população acima de 100.000 habitantes, funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas (BRASIL, 2002b).

novos serviços de saúde mental não constitui por si só uma ruptura com o paradigma das práticas asilares, da segregação e da tutela do portador de transtorno mental. Contudo, sabemos que analisar uma realidade institucional é uma tarefa difícil, principalmente quando nos propomos olhar esta realidade em movimento, permeada de contradições e como fruto de um processo sócio-histórico.

Nesse sentido, elegemos como sujeitos informantes os profissionais que atuam no Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, por entendermos que a eles cabe a tarefa de realizar as atividades institucionais cotidianas. Esses profissionais integram uma equipe multiprofissional e assumem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. A nosso ver, constituem-se atores sociais centrais no processo de implementação e operacionalização da Reforma Psiquiátrica na realidade local.

Com isso queremos destacar que os profissionais de saúde mental exercem um papel relevante para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, seja como partícipes dos movimentos sociais, como gestores da política de saúde mental e/ou como trabalhadores (técnicos) nos serviços de assistência. Particularmente, aos profissionais dos CAPS cabe o compromisso de operacionalizar a mudança da lógica da assistência, na medida que estão atuando em um serviço considerado um dispositivo estratégico da rede de assistência em saúde mental. Esses profissionais estão diretamente ligados aos usuários do serviço e a implementação da política de saúde mental, função que os coloca na linha de frente de um cenário novo que vem passando por formulações e reformulações nos campos “político-jurídico, técnico-assistencial, epistemológico e sociocultural” (AMARANTE, 2003).

Torna-se pertinente ressaltar que o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) teve forte influência nos avanços ocorridos na mudança da assistência psiquiátrica. Constituído inicialmente de técnicos de saúde mental buscava a melhoria da assistência psiquiátrica e denunciava a situação precária dos manicômios. O MTSM posicionou-se em relação à assistência prestada, politizou a questão da Reforma, construiu uma linha de pensamento crítica no campo da saúde mental. Organizados, os trabalhadores criaram fóruns de discussões locais de caráter técnico e político e defenderam as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Posteriormente, o movimento ampliou-se no sentido de ultrapassar sua natureza técnico-científica, organizou sua estrutura administrativa como fórum nacional e passou a ser designado Movimento da Luta Antimanicomial, tornando-se um movimento social que passou a englobar várias entidades como associações de usuários

e familiares⁵, ONGs, entre outras (AMARANTE, 1994, 1995a; SOUZA, 2001; VASCONCELOS, 2000b, 2004).

Assim, nos parece certo que os profissionais de saúde mental são atores sociais influentes na efetivação da Reforma Psiquiátrica. Razões significativas para pesquisar e valorizar suas experiências e opiniões, na medida em que seus relatos podem indicar como vem se realizando no dia-a-dia a Reforma, bem como contribuir para a construção de novas práticas e a produção de novos saberes. E, entendemos como Foucault, que os saberes não são apenas conhecimentos acadêmicos, produções que se autodenominam científicas. Os saberes também estão onde são produzidos, pois sempre criam visões de mundo, produzem histórias e História.

Dessa forma, a presente pesquisa tem a finalidade específica de contribuir para a análise das práticas locais de saúde mental, a partir do estudo da realidade vivenciada no CAPS de Florianópolis e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Lembramos, ainda, que neste ano de 2006 o CAPS Ponta do Coral completa dez anos de atividades, fato que nos leva a destacar a importância de um estudo que identifique as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação deste serviço. No geral, busca-se fornecer subsídios para os avanços nas políticas de saúde mental e contribuir para a produção de conhecimentos sobre a realidade da prática das políticas públicas de saúde mental. Para tanto, elegemos como eixos de estudo e análise cinco pontos, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social e integração com a rede municipal de assistência em saúde.

Constitui-se como objetivo geral do presente estudo a análise da realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Para alcançarmos este definimos como objetivos específicos: 1) caracterizar a estrutura e os recursos financeiros disponibilizados

⁵ Cabe registrar que no campo da saúde mental encontram-se associações de composição variada. Há associações de usuários; associações de familiares; associações de usuários e familiares; associações de usuários, familiares e técnicos; associações de usuários e técnicos; e associações de técnicos e familiares. Em sua maior parte, o processo organizativo das associações é conduzido por elementos de constituição de laços de solidariedade e ajuda mútua. Contudo, existem associações que são favoráveis à agenda de inovações da assistência colocada pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e, outras, que se caracterizam como uma comunidade de veto em relação à mesma agenda (SOUZA, 2001).

e sua adequação às atividades do Caps; 2) conhecer as práticas assistenciais desenvolvidas pelo CAPS com relação ao projeto terapêutico e como se organiza o trabalho da equipe técnica; 3) identificar como ocorrem as práticas institucionais de participação do usuário e da família no tratamento e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica; 4) identificar se existem e quais são as ações institucionais, intersetoriais e/ou outras criadas com relação a inserção social do portador de transtornos mentais; 5) descrever e analisar a relação existente entre o CAPS e a rede municipal de assistência em saúde com relação a operacionalização da política de saúde mental e do SUS; 6) identificar quais as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação do CAPS, pontos positivos e negativos.

1.1 Procedimentos metodológicos

Para operacionalizar os objetivos do nosso estudo foi realizada uma pesquisa de caráter qualitativo, do tipo estudo de caso. Segundo Minayo (1994), a pesquisa qualitativa, nas ciências sociais, responde a questões particulares, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Isso significa considerar que trabalhamos com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que correspondem a pontos mais profundos das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser quantificáveis. E, segundo Chizzotti (2003, p. 104), em geral, a pesquisa qualitativa objetiva provocar o esclarecimento de uma situação para uma tomada de consciência pelos próprios pesquisados dos seus problemas e das condições que os geram, a fim de elaborar meios e estratégias de resolvê-los.

Dentre os tipos de pesquisa qualitativa, o estudo de caso talvez seja um dos mais relevantes. É uma modalidade que propicia retratar uma realidade de forma ampla e profunda, de forma a revelar a multiplicidade de dimensões presentes numa determinada situação e contextualizar o objeto para melhor compreendê-lo (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Nesta forma de estudo, o caso é tomado como unidade significativa do todo porque tanto retrata uma determinada realidade quanto revela a multiplicidade de aspectos globais presentes em uma dada situação (CHIZZOTTI, 2003). A principal função do estudo de caso é a explicação sistemática de fatos que ocorrem no contexto social e geralmente se

relacionam com uma multiplicidade de variáveis. Essa técnica caracteriza-se por ser um estudo intensivo, o qual deve considerar a compreensão geral do assunto investigado (FACHINI, 2001).

O local escolhido para a realização do estudo, o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, é um serviço público, municipal, cadastrado na modalidade CAPS II, situado à rua Rui Barbosa, 713 (fundos), no bairro Agrônômica, Florianópolis/SC. CAPS Ponta do Coral funciona das 8h às 18hs e atende uma demanda média diária de 40 usuários. O serviço foi criado em março de 1996 e funciona neste endereço desde o mês de dezembro do mesmo ano⁶.

A principal fonte de informação da presente pesquisa constituiu-se das falas dos profissionais, de formação de nível superior, e, no resultado do formulário aplicado a todos os membros da equipe do CAPS Ponta do Coral. Utilizamos para a coleta de informações a entrevista semi-estruturada, gravada, com questões abertas, e a aplicação de formulário com questões fechadas (Apêndices A e B). As entrevistas foram orientadas por um roteiro com perguntas estruturadas e agrupadas em cinco blocos correspondentes aos eixos de estudo da pesquisa. De acordo com Trivinos (1987), a entrevista semi-estruturada geralmente parte de certos questionamentos básicos, de perguntas fundamentais derivadas da teoria que é adotada para a pesquisa e de informações que o pesquisador possui sobre o tema a ser pesquisado.

Na pesquisa qualitativa, a entrevista é uma das técnicas mais utilizadas na coleta do material empírico. No tipo de estudo escolhido, foi possível perceber que a entrevista constituiu-se na ferramenta capaz de possibilitar a obtenção de dados mais profundos da realidade, os quais só podem ser obtidos com a contribuição dos sujeitos envolvidos.

O trabalho empírico para coleta dos dados e das informações na Instituição foi realizado entre a segunda quinzena do mês de março e a primeira quinzena do mês de abril de 2006 (16/3/2006 a 13/4/2006). A coleta teve início após a apresentação e solicitação de autorização para a realização da pesquisa à coordenação da Instituição. O projeto foi encaminhado à Comissão de Ensino e Pesquisa do CAPS II Ponta do Coral e à Direção de

⁶ A implantação do serviço foi efetivada em 25/3/1996, ficando instalado, provisoriamente, junto ao Centro de Saúde II do Centro de Florianópolis (atual ULS Centro), na Avenida Rio Branco. Em dezembro do mesmo ano foi transferido para o atual endereço, passando a ser chamado NAPS Ponta do Coral. Seu credenciamento no Ministério da Saúde aconteceu ao longo do ano de 1997. Em 2002, a Portaria GM n° 336 regulamentou a denominação dos antigos NAPS para CAPS (STUANI, 2005).

Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis para parecer. Mediante o parecer favorável (Anexo A) das referidas instâncias, foi realizada, em reunião de equipe, a apresentação do projeto aos profissionais do CAPS Ponta do Coral. Concluída esta etapa, foi realizada a entrevista pré-teste. A escolha do profissional observou os critérios constantes da metodologia do projeto. A entrevistada foi uma profissional da área da psicologia (área que tem mais de um profissional no CAPS) que tinha disponibilidade para a realização da entrevista na data escolhida. A partir desta entrevista, foram realizadas pequenas alterações no roteiro, com vistas a agrupar algumas perguntas, no sentido de diminuir o tempo necessário à efetivação da mesma. A referida entrevista teve a duração aproximada de uma hora e vinte minutos, acrescida de mais quinze minutos para a aplicação do formulário, totalizando uma hora e trinta e cinco minutos.

No total, foram realizadas seis entrevistas e aplicados doze formulários, de acordo com a metodologia estabelecida, a qual privilegiou, para a entrevista, o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de ensino superior, dentre as existentes no CAPS Ponta do Coral, quais sejam: psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Os formulários foram aplicados a todos os profissionais de formação de nível superior e de formação de nível médio. Foi necessário realizar sorteio do profissional a ser entrevistado apenas com relação a área da psicologia, por esta ter quatro profissionais atuando na equipe do CAPS. Como utilizamos um deles para a realização do pré-teste, participaram do sorteio apenas os outros três. O sorteio foi realizado na presença de outras duas profissionais da equipe.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos profissionais. A aplicação dos formulários foi simultânea e obedeceu ao mesmo critério. No caso de três dos profissionais entrevistados não foi possível realizar a aplicação do formulário no momento da entrevista, a pedido dos mesmos, devido a limitações de tempo. As entrevistas foram gravadas em fitas cassete, com a autorização prévia dos entrevistados, e, posteriormente, as falas foram transcritas.

As informações e os dados coletados foram sistematizados e classificados, de acordo com os eixos de pesquisa, e posteriormente analisados com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os dados originados dos formulários foram analisados e tratados descritivamente, ou seja, reduzidos a termos descritivos. Para efeito de padronização e de comparação foi adotado o método da porcentagem.

A análise final, que, segundo Minayo (1994), corresponde a um movimento contínuo entre o empírico e o teórico e vice-versa para fazer do caos aparente das

informações revelações da sua especificidade, foi construída pela síntese das informações coletadas em cada eixo de estudo, previamente definidos.

As questões éticas foram consideradas em todas as etapas do estudo, especialmente, na relação com os entrevistados, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) e dentro do que determina a Resolução N° 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde e o Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina. Os profissionais foram informados e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa quando da apresentação do projeto em reunião de equipe e individualmente antes da realização da entrevista. Foi preservado o anonimato dos entrevistado ao se utilizar codinomes para referenciar as falas no trabalho, destacando-se que os mesmos escolheram livremente seu próprio apelido quando da realização da entrevista. Apenas uma das entrevistadas optou por deixar a cargo da pesquisadora a escolha do codinome.

O trabalho que ora apresentamos está organizado de forma a contemplar, neste primeiro capítulo, a introdução do tema e a metodologia utilizada na pesquisa; no segundo capítulo descrevemos, sistematizadamente, o norte teórico utilizado como referência para a análise dos dados e das informações coletadas; no terceiro capítulo trazemos os resultados e as análises da pesquisa. Ao final, resgatamos os principais tópicos relacionados aos eixos de estudo e expomos nossas considerações finais sobre o tema.

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA

Procuramos expor neste capítulo uma síntese das análises de alguns autores que têm contribuído para o avanço nas discussões sobre a Reforma Psiquiátrica, bem como a definição do que vem a ser este outro modelo de atenção em saúde mental – o Modo Psicossocial, tanto em seus aspectos prático-assistenciais quanto em suas exigências éticas e teóricas, no sentido de construirmos o norte teórico orientador das análises da presente pesquisa.

Todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, na atualidade, bem como a literatura da área estabelecem a categoria teórico-prática “desconstrução” como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade nas ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Reiteram, também, a incapacidade da psiquiatria de explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (BASAGLIA, 1985; ROTELLI, 1990). Neste sentido, a proposta da Reforma Psiquiátrica objetiva criar experiências alternativas ao hospital psiquiátrico e ao modelo de suas práticas, através da extinção desse tipo de instituição e sua substituição por recursos que sejam capazes de rever tanto as concepções do “objeto” quanto dos “meios” e modos da sua intervenção nessa área.

A partir das contribuições colocadas por Fleury (et. al., 1989), com relação ao conceito de Reforma Sanitária como um “processo de transformação estrutural”, e da noção de *processo social complexo* proposta por Rotelli (1990), Paulo Amarante (2003, p.49), define Reforma Psiquiátrica como:

um processo social complexo que se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade.

Nessa concepção, o autor observa que processo indica algo em permanente movimento, que não tem um fim predeterminado, nem um objetivo último ou ótimo. E, a idéia de complexidade é posta não como sinônimo de complicação, mas sim como uma atitude epistemológica no sentido de reabrir a possibilidade de recomplexificação do fenômeno, proposição oposta a naturalização/objetualização da noção de doença. Neste sentido, a doença deixaria de ser reduzida a uma alteração biológica, para tornar-se um

processo de saúde/enfermidade. Em outras palavras, “a doença não é um objeto, mas uma experiência nas vidas de sujeitos distintos” (AMARANTE, 2003, p.53).

Na continuidade de suas análises sobre a Reforma Psiquiátrica Amarante (2000, 2003) designa quatro dimensões para as transformações operadas na e pelas práticas da Reforma, quais sejam: teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural.

A dimensão teórico-conceitual ou epistemológica contempla o conjunto de questões que dizem respeito a produção de conhecimentos e saberes que irão subsidiar as práticas. É uma dimensão que vai desde a reflexão dos conceitos mais fundamentais do campo das ciências até os conceitos produzidos pela psiquiatria: alienação, doença mental, normalidade/anormalidade, terapêutica e cura. Um aspecto muito importante desta dimensão refere-se ao desafio de se repensar as relações entre conhecimento e objeto (AMARANTE, 2003).

Na interpretação de Costa-Rosa (et al., 2003, p. 32), o campo teórico-conceitual pauta-se na desconstrução de conceitos e práticas, sustentados pela psiquiatria e pela psicologia nas suas visões acerca da doença mental. Propõe-se como contrapartida a construção de noções e conceitos como “existência-sofrimento” do sujeito na sua relação com o corpo social, acolhimento, cuidado, emancipação e contratualidade social. Nesse âmbito, pode-se entender que o conceito de existência-sofrimento impulsiona a Reforma Psiquiátrica na direção de uma revolução paradigmática, uma vez que questiona a tão cara relação sujeito-objeto e o próprio paradigma doença-cura. Tal conceito aparece por contraposição ao paradigma doença-cura, expressando a exigência de se dar ao sujeito a centralidade da cena.

Como exemplo desse campo Amarante (2003, p. 50) destaca o processo de desconstrução do conceito de clínica, que deixaria de ser o isolamento terapêutico ou o tratamento moral para tornar-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades; a desconstrução do conceito de doença produzido pela psiquiatria, em que o sujeito, não mais visto como alteridade incompreensível, possibilitará outras formas de conhecimento, que produzirão novas práticas clínicas e sociais.

Cabe destacar que quando um conceito é submetido ao processo de desconstrução é possível supor que as relações entre as pessoas envolvidas também serão transformadas, assim como os serviços, os dispositivos e os espaços. Conseqüentemente, mudam, ainda, os conceitos e as práticas jurídicas que eram adotadas pelos conceitos desconstruídos.

Para Basaglia (1985) e Rotelli (1990), desconstrução está relacionada à noção de *invenção*, de construção do real, de produção da subjetividade, recolocando em discussão a ciência e a psiquiatria. Os autores referem-se a “desconstrução” do dispositivo psiquiátrico e clínico em seus paradigmas fundantes e suas técnicas de poder-saber, entendendo-a como uma ação prática de dismantelamento das incrustações institucionais que cobriam a doença. A desconstrução questiona as bases do dispositivo psiquiátrico, em sua competência para atuar frente à loucura.

Entende-se desconstrução como um processo social complexo, de desmontagem do dispositivo psiquiátrico, que não tem fim, ou não pretende constituir, um modelo ideal, mas sim dar novo significado às relações e colocar questões imanentes às situações-problema. Nesse sentido, é um processo que precisa, por definição, ser reinventado incessantemente, e questionar também o conjunto dos segmentos sociais que deveria ser [...] objeto de uma verdadeira "revolução molecular", quer dizer, de uma re-invenção permanente (GUATTARI, 1992 apud TORRE; AMARANTE, 2001, p. 14).

A dimensão político-jurídica passa pela criação e alterações na legislação com relação aos direitos e a assistência ao portador de transtornos mentais. O âmbito jurídico é decorrente do fato de a psiquiatria ter instituído a noção de relação entre loucura, periculosidade, irracionalidade, incapacidade, irresponsabilidade civil. No plano político luta-se pela extinção dos manicômios e sua substituição por instituições abertas, pela revisão das legislações sanitárias, civil e penal referente a doença mental, para possibilitar o exercício dos direitos à cidadania, ao trabalho e à inclusão social. Importa nessa dimensão rediscutir e redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais (AMARANTE, 2003, p. 53; COSTA-ROSA, et al., 2003, p. 33).

No âmbito da dimensão técnico-assistencial está o modelo assistencial. É nesse campo que, na realidade brasileira, aparecem mais visivelmente as inovações com relação as práticas assistenciais em saúde mental, concomitante a reconstrução dos conceitos. As transformações vêm acontecendo tanto na concepção de novos serviços (CAPS, oficinas terapêuticas e de reintegração sociocultural, cooperativas de trabalho) quanto na sua forma de organização e gestão (instituições abertas com participação e co-gestão com os usuários e a população).

Nos últimos anos têm-se objetivado construir uma rede de novos serviços, concebidos como espaços de sociabilidade, de trocas, em que se enfatiza a produção de saúde como produção de subjetividades. Essas mudanças indicam para uma mudança nas práticas de atenção e tem significado *colocar a doença entre parênteses*, propiciando

contato com o sujeito, rompendo com as práticas disciplinares; aumentando a possibilidade de recuperação do seu estatuto de sujeito de direitos (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 32-33; AMARANTE, 2003, p.51).

A expressão *colocar a doença entre parênteses* é atribuída a Basaglia, significa a suspensão do conceito e implica na possibilidade de novos contatos empíricos com o fenômeno em questão. Para o autor, a psiquiatria colocou o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença como fenômeno da natureza. Assim, Basaglia propõe uma inversão, isto é, colocar a doença entre parênteses para tornar-se possível lidar com o sujeito e não com a doença.

Amarante (2003) chama a atenção para o fato de a atitude epistemológica de colocar a doença entre parênteses não significa a negação da doença no sentido do não se reconhecer que experiências de sofrimento ou diversidade fazem parte da realidade concreta da saúde mental. Nas palavras do autor:

não significa a recusa em aceitar que exista uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar. Significa, isto sim, a recusa a explicação da psiquiatria, para dar conta daquela experiência, como se esta pudesse ser explicada pelo simples fato de ser nomeada como doença. A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia social e política da exclusão, e a ruptura epistemológica com o saber da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para objetivar conhecer a subjetividade (AMARANTE, 2003, p. 56).

A dimensão sociocultural expressa o objetivo maior da Reforma Psiquiátrica, haja vista que pretende transformar o *lugar social* da loucura no imaginário social, transformando as relações entre a sociedade e a loucura. Muito do imaginário social é decorrente da ideologia psiquiátrica que tornou senso comum a relação da loucura à incapacidade do sujeito de estabelecer trocas sociais e simbólicas (AMARANTE, 2003, p. 53).

Para tanto se têm estimulado uma série de práticas sociais visando transformar o imaginário social relacionado a loucura, a doença mental e a anormalidade. Está em processo de mudança a imagem da loucura e do louco, a imagem da instituição e a da relação dos usuários e a população com ela. A intencionalidade passa pela construção de uma imagem das instituições de atendimento como espaços abertos de circulação e pólos de exercício estético, e uma imagem do “louco” como cidadão que deve almejar poder de contratualidade social (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 33).

Pensar a Reforma Psiquiátrica como um processo complexo implica desconstruir, superar conceitos; pensar, refletir sobre as ações no campo da saúde mental e os efeitos de

suas práticas; criar, construir novas práticas e produzir outros saberes. Trata-se, portanto, de um processo contínuo em que os verbos transformar, produzir, desconstruir, desmontar, emancipar, reconstruir devem estar no cotidiano do fazer em saúde mental.

2.1 O Modo Psicossocial

A elaboração das práticas do modo psicossocial é tributária de diferentes movimentos sociais científicos e vários campos teóricos. Sob esse aspecto, Abílio da Costa-Rosa (2000; 2003), busca especificar elementos básicos do novo paradigma traçando um paralelo de análise entre as práticas constitutivas do modo asilar e aquelas exigidas ao modo psicossocial⁷.

As principais características do modo asilar são: ênfase na consideração de determinantes orgânicos nos problemas que se pretende tratar, o que implica que o seu meio básico seja medicamentoso; pouca ou nenhuma consideração da existência do sujeito, o que implica que não se insista na sua mobilização como participante do tratamento. O indivíduo continua sendo visto como doente, tanto em relação à família quanto em um contexto social mais amplo. Daí decorre que a intervenção seja quase exclusivamente centrada nele. As aproximações da família, quando ocorrem, costumam ter caráter apenas pedagógico e assistencial. Dessa consideração do indivíduo como centro do problema, entre outros fatores, decorre também seu isolamento em relação ao meio familiar e social.

Ainda, com relação as práticas assistenciais, no modo asilar, o trabalho é realizado sem que os profissionais se encontrem para conversar sobre a atividade comum. O prontuário é considerado o elo de interconexão entre os profissionais da equipe. Mesmo no caso em que o meio é multiprofissional, a determinação fundamental dos problemas continua, na prática, sendo biológica. Portanto, a eficácia do tratamento espera-se que venha da química. Sua instituição típica continua sendo o hospital psiquiátrico fechado,

⁷ O autor observa que esta análise tem uma dimensão histórica, na medida que inclui uma consideração dos avanços que tem ocorrido nas práticas concretas até o presente; e outra dimensão lógica, visto que decorre da dedução realizada, através do método de análise, das características imprescindíveis a um determinado dispositivo para que ele configure uma lógica contraditória com a dos dispositivos que pretende superar e substituir (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.36).

ainda que nas últimas décadas esse venha sendo alvo de reformas democratizantes, intermitentes e esteja acompanhado de dispositivos chamados extra-asilares.

No modo psicossocial a concepção do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos sustentados para lidar com esse processo requer a desinstitucionalização do paradigma “doença-cura” e sua substituição pelo “existência-sofrimento”, conjuntamente com a configuração de práticas de trabalho transdisciplinares.

Destacam-se como principais exigências ao modo psicossocial: a determinação e consistência psíquica e sociocultural dos problemas, e não orgânica; a desospitalização e a desmedicalização, o que significa desconsiderar a medicação como resposta única ou preponderante e a priori; o exercício da “clínica da escuta e da criação de si”, e não a clínica da observação e da retomada do estado anterior às crises; a horizontalização das relações intrainstitucionais; a participação dos usuários e da população em forma de autogestão e co-gestão; o livre trânsito dos usuários e da população; a ética do reposicionamento do sujeito, que significa reconhecer a implicação subjetiva como forma de singularização e não supressão sintomática.

Os dispositivos institucionais típicos do modo psicossocial são os centros e núcleos de atenção psicossocial, o Hospital-Dia, ambulatórios de saúde mental; equipes multiprofissionais de saúde mental, inseridas em Centros de Saúde; setores para tratamento em saúde mental, inseridos em hospitais gerais. Seus meios básicos de tratamento são a psicoterapia, a laboterapia, as socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural, além da medicação.

É decisiva a importância que se atribui ao sujeito, daí que se insista de maneira fundamental na sua mobilização como participante principal do tratamento. Não se deixa de considerar, por isso, a sua dimensão de indivíduo (orgânico e sócio-cultural). Dá-se ênfase à consideração da pertinência do indivíduo a um grupo familiar e social. Supõe-se que se deve trabalhar também a família e o grupo social como agentes das mudanças buscadas.

Da consideração de que não é o indivíduo o único problemático, sugere-se que se inclua no tratamento também a família e eventualmente um grupo mais ampliado. As formas de participação da família e do grupo ampliado no tratamento são várias e superam, em muito, as posturas assistencial e orientadora, características do modo asilar. As associações de usuários e familiares criadas no modo psicossocial são reflexos dessa nova postura em relação aos usuários.

No modo psicossocial, espera-se que as diferentes possibilidades de ação se estendam desde a continência do indivíduo, durante a crise, até o reconhecimento da implicação familiar e social nos mesmos problemas. Espera-se, portanto, que tanto uns quanto outros possam assumir a parte de seu compromisso na atenção e no apoio. Além disso, dá-se acentuada ênfase à reinserção social do indivíduo, sem perder de vista que, muitas vezes, não é a problemática com a qual ele chegou a responsável pela sua saída da circulação sociocultural.

Quanto às formas de organização institucional, no modo asilar estas são marcadas por estratificações de poder e saber no âmbito do pessoal da instituição, que se transladam para a relação com os usuários e a população, os quais estão excluídos de qualquer participação que não seja a do objeto inerte e o mundo. Já os dispositivos do modo psicossocial tem suas práticas fundamentadas na lógica da Psicoterapia Institucional e da Comunidade Terapêutica e, geralmente, estas são instrumentadas por meio de assembleias de usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental. Participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais no modo psicossocial, por oposição à estratificação e interdição institucionais à heterogestão e à disciplina das especialidades que dominam no modo asilar.

Neste sentido, o autor propõe designar a Atenção Psicossocial como paradigma do modo psicossocial, em oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar.

2.1.2 Atenção Psicossocial

O termo Atenção, no contexto da Reforma Psiquiátrica, assume o conceito de “dar e prestar atenção, acolher, receber com atenção, tomar em consideração, levar em conta e escutar atentamente”. Designa uma parte fundamental do contorno que se pretende imprimir às ações de Atenção Psicossocial nas práticas em saúde mental. Expressa certos princípios relativos, sobretudo, à forma das relações dos agentes institucionais e das próprias instituições como dispositivos, com os sujeitos usuários e suas demandas (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 22).

Já o conceito Psicossocial designa as práticas em Saúde Mental Coletiva que se inscrevem como transição paradigmática da psiquiatria; enquanto que o termo psicossocial

agrega ao 'objeto' das práticas em saúde mental aspectos psíquicos e sociais, e tem a função de designar experiências reformadoras em sentido amplo (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 19).

Segundo o autor, ao somatizar aspectos sociais e psíquicos aos aspectos biológicos do paradigma e do objeto da psiquiatria a Atenção Psicossocial vai promover transformações nas concepções do objeto, nos modos de conceber e estruturar a instituição como dispositivo e, sobretudo, na forma de conceber e estruturar as relações terapêuticas, que tem, por sua vez, implicações éticas radicalmente distintas das práticas asilares.

A Atenção Psicossocial subentende ações diferenciadas das contidas no paradigma asilar e psiquiátrico. Na definição de Costa-Rosa Luzio e Yasui (2003, pp. 34-36):

a Atenção Psicossocial parece configurar um campo capaz de congrega e nomear todo o conjunto das práticas substitutivas ao Modo Asilar, conservando ao mesmo tempo a abertura necessária para a inclusão das inovações que ainda estão se processando e para outras que certamente virão. [...] As práticas de Atenção Psicossocial representam a sedimentação de um vasto conjunto de variações teórico-técnicas e éticas, mais ou menos radicais, conforme o caso, em relação às práticas vigentes e dominantes, que estão no lugar estrutural de sua alteridade necessária.

Os autores argumentam que a Atenção Psicossocial tem sustentado um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas norteadas pela aspiração de substituírem o modo asilar, e algumas vezes o próprio paradigma da psiquiatria. As ações na esfera político-ideológica trabalham em sintonia com os movimentos sociais que lutam pelo resgate da dignidade humana e dos direitos individuais e coletivos de cidadania. As ações teórico-técnicas referem-se à produção de novas formas de intervenção que possibilitem a construção de novos dispositivos que trabalhem pela transformação radical dos modelos institucionalizados e da ética em que se pautam.

Atenção Psicossocial, entendida como paradigma do modo psicossocial, designa concepções contrárias ao modo asilar. Quando referida as políticas públicas de saúde mental aspira a inclusão de aspectos políticos, econômicos, sociais, culturais e outros relacionados com ações que visam a construção de práticas de emancipação para a cidadania. Neste trabalho, se refere ao modelo de atenção em saúde mental que deve nortear as práticas dos serviços substitutivos, especificamente, a dos centros de atenção psicossocial.

Dessa forma, a complexidade e amplitude das práticas de Atenção Psicossocial inclui como seus componentes necessários, os conceitos e as práticas englobadas na desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, a partir de uma perspectiva baseada no aumento da contratualidade social dos usuários das instituições.

2.2 Desinstitucionalização

A desinstitucionalização tem sua origem nas experiências desenvolvidas por Franco Rotelli (1990), na Psiquiatria Democrática italiana. Segundo o autor, o primeiro passo da desinstitucionalização consiste em desmontar a relação problema-solução, renunciando a busca da solução racional (tendencialmente ótima) que no caso da psiquiatria é a normalidade plenamente restabelecida.

“O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de “cura” mas no projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente” (ROTELLI, 1990, p.30). Neste sentido, trata-se de um processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito doente. A desinstitucionalização traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação na qual exista reciprocidade entre sujeitos - uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade.

Nas palavras do autor,

A desinstitucionalização é, sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. [...] Depois de ter descartado a ‘solução-cura’ se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento (ROTELLI, 1990, p.33).

Em sua origem, os pressupostos da desinstitucionalização encaminham-se no sentido da restituição da subjetividade do indivíduo, possibilitando-lhes a recuperação de sua contratualidade, isto é, da posse de recursos para trocas sociais e, por conseguinte, para a cidadania social. Contudo, alguns estudos sobre as mudanças operadas na assistência no

âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira apontam para a compreensão da desinstitucionalização como desospitalização⁸.

Segundo Spricigo (2001), a desinstitucionalização, não correlata da desospitalização, torna-se a um só tempo, processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito adoecido. Traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação em que exista reciprocidade entre sujeitos, uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade. Isso gera a necessidade de invenção de novas modalidades de mediação, não somente médicas, mas principalmente políticas, sociais e culturais.

Sobre esta questão, Amarante (1995b) enfatiza que a mudança desejada na assistência em saúde mental não corresponde simplesmente ao fechamento de hospitais psiquiátricos e o conseqüente abandono das pessoas em suas famílias ou nas ruas, nem no fechamento de leitos para reduzir custos, no sentido do neoliberalismo ou no sentido do enxugamento do Estado. Segundo o autor,

desinstitucionalização não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativo. Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social (AMARANTE, 1995b, p. 491-494).

⁸ Ver SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Série Teses em Enfermagem, n° 42)

Neste sentido, a proposta da desinstitucionalização está centrada em uma mudança completa do paradigma de saber em saúde mental e, do ponto de vista assistencial, na constatação de que o hospital psiquiátrico tradicional é antiterapêutico. Assim, a estratégia de conversão do sistema de cuidado deve partir da substituição do hospital psiquiátrico por um amplo rol de serviços abertos e comunitários, capazes de assistir o usuário desde a crise aguda até às necessidades mais amplas de caráter social. Nestes novos serviços, a reabilitação psicossocial vem se configurando como um lineamento para o desenvolvimento de programas, eticamente responsáveis, no sentido de dar conta da totalidade das demandas que os problemas mentais severos e persistentes requerem.

2.3 Reabilitação psicossocial

Na definição da Organização Mundial de Saúde (1987 apud PITTA, 2001) reabilitação psicossocial é o conjunto de atividade capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários.

Segundo Pitta (2001), a reabilitação psicossocial, no seu sentido instrumental, é representada por um conjunto de meios (programas e serviços) que são desenvolvidos para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes, ou seja, um processo para facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. Tal processo enfatiza as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo e a cada situação de modo personalizado.

Para Saraceno (2001), a reabilitação psicossocial prevê um processo de restituição e reconstrução de direitos políticos legais e sociais para o cidadão. Para tal, projetos de ressocialização devem promover o reconhecimento do portador de transtorno mental.

Para Kinoshita (2001), reabilitar é reconstruir valores, aumentar o poder contratual, criar condições de possibilidade para que um paciente possa, de alguma

maneira, participar do processo de trocas sociais, produzir dispositivos que, desde uma situação de desvalor quase absoluto (pressuposto), possa passar por experimentações, mediações que busquem adjudicar valores aptos para o intercâmbio, ou seja, modificar o pressuposto de desvalor natural para um pressuposto de valor possível proposto, explícito.

O autor considera que reabilitar pode ser entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia. Sendo que, a contratualidade do usuário vai estar, primeiramente, determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Se estes podem usar de seu poder para aumentar o poder do usuário ou não. Depois pela capacidade de se elaborar projetos, isto é, ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida.

Ainda, diretamente ligada a questão da reabilitação de pacientes está a necessidade de se estabelecerem diversificadas redes de relações, as quais melhor capacitariam os indivíduos a compreenderem quais determinações influenciam sua vida cotidiana, ampliando sua autonomia.

O conceito de autonomia aqui referenciado é entendido como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001).

3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Apresentamos, a seguir, os resultados e as análises da pesquisa realizada, a partir dos eixos que nortearam a coleta dos dados e das informações: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde.

3.1 Estrutura e recursos financeiros

O conjunto de serviços substitutivos ao modelo de atenção em saúde mental tradicional (manicomial/asilar), do qual os centros de atenção psicossocial fazem parte, é, atualmente, regulamentado pela Portaria GM/MS N° 336/2002. Esta portaria estabelece portes diferenciados, a partir de critérios populacionais, para abrangência, financiamento e tipo de serviço prestado, de acordo com cada modalidade de CAPS.

Com relação a estrutura física, os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender a sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado. Para tanto, devem estar equipados com consultórios individuais para consultas, entrevistas, terapias, salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitório, sanitários, área externa para oficinas, recreação e esportes (BRASIL, 2004).

Neste aspecto, O CAPS Ponta do Coral tem uma estrutura que compreende um terreno com área física total aproximada de 1.936,00m², destes, aproximadamente 421m² são de área construída. Fazem parte das instalações, uma casa com dois pavimentos, um anexo, utilizado como sala do brechó, área de lazer e estar externa, e estacionamento. O pavimento superior da casa comporta 2 varandas, sala de recepção, sala de espera, 2 áreas de circulação (corredores), sala de administração, 2 consultórios, sendo que no momento um é utilizado como sala administrativa para realização de procedimentos relacionados ao preenchimento das APACs⁹, 2 salas para atividades grupais com WC, sala de depósito de

⁹ Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo.

material, cozinha com despensa, refeitório com churrasqueira, sala ampla (auditório) equipada com multimídia, sala de enfermagem, sala de repouso, e 7 banheiros distribuídos no espaço físico do pavimento superior. No pavimento inferior encontra-se a sala utilizada pela associação de usuários, 2 salas para a realização de oficinas (com passagem de uma para outra), sala com forno, sala de depósito de material e lavanderia¹⁰.

De acordo a pesquisa realizada, 83,3% dos profissionais considera a área física do CAPS suficiente para o atendimento da demanda e 66,7% consideram as instalações adequadas para a realização das atividades propostas; apenas um profissional observou que considera a estrutura do CAPS suficiente desde que as oficinas produtivas sejam realizadas fora da unidade. A mesma porcentagem (66,7%) considera os equipamentos disponíveis suficientes. Neste âmbito, o serviço conta com computador com impressora, aparelho de telefone e fone/faz, televisão, mesas de escritório, cadeiras, quadro branco, maca para atendimento em enfermagem, camas de repouso, fogão industrial, pia, mesas e bancos no refeitório, bancos para estar e descanso, entre outros. Metade dos profissionais respondeu que os equipamentos estão em bom estado de utilização, com ressalvas para salas com pouca ventilação no pavimento inferior.

Já com relação aos materiais de consumo, 91,7%, correspondente a onze dos doze profissionais que responderam ao formulário, consideram que os materiais de consumo não são suficientes. Eles se referem à falta e irregularidade no recebimento de materiais básicos à manutenção do serviço, tais como copo descartável para água, papel higiênico, e, principalmente, material específico para uso nas oficinas terapêuticas e de produtividade. Esta situação pode ser observada nas falas dos profissionais, que identificam as dificuldades no funcionamento do CAPS com relação a falta de recursos materiais e financeiros:

[...] essa falta de recursos é isso que eu te digo, desde a parte administrativa, nós precisamos de papel, carbono, copo pra tomar água, por exemplo, agora nós somos uma Unidade Local de Saúde que não tem copo descartável, já faz quase quinze dias, vinte dias, não tem copo descartável; falta água, aí nós temos que esperar, sendo que é um lugar que transita muitos usuários, eles tomam medicação e precisam tomar água, eles tomam muita água, e acaba não tendo água potável; por exemplo, teve época que faltou papel higiênico, em um serviço onde os usuários chegam fazem lanche, almoçam, fazem lanche da tarde, eles passam o dia aqui, então precisa ter uma estrutura mínima de atendimento (LÉLI, 4/4/2006).

¹⁰ Conforme Planta Baixa da unidade constante no projeto de reforma e ampliação executado em 2003/2004.

[...] a gente tem também o problema de fornecimento de material de consumo já há algum tempo, também desde que essa administração começou (Gestão Municipal e da Secretaria de Saúde), o fornecimento de material de consumo é interrompido, a gente fica sem tinta pra impressora, sem papel, sem papel higiênico...; tem diversos itens desses que são necessários, fazem parte do funcionamento do dia-a-dia do serviço (F, 12/4/2006).

[...] as oficinas terapêuticas e produtivas, requerem um material específico que precisa de dinheiro, e aqui, na política específica do município não tem uma regularização quanto ao repasse desse dinheiro [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

[...] a falta de agilidade no fornecimento das reservas para as oficinas, tudo isso resulta em um prejuízo para o trabalho; ficou quase uns dois meses a oficina fechada por falta de material, por exemplo [...] (P, 17/3/2006).

Outra dificuldade mencionada pelos profissionais no funcionamento do serviço é o vale transporte dos usuários:

[...] o funcionamento em geral fica prejudicado porque na medida em que falta vale transporte o usuário não vem, não consegue se deslocar para vir até aqui, aí interrompe aquele projeto terapêutico que havia sido feito com o usuário [...] (VIK, 24/3/2006).

[...] a questão, por exemplo, da dificuldade que a gente tem aqui: o transporte dos pacientes, a questão do passe, é muito irregular; então, isso reduz a nossa produtividade também, porque os pacientes acabam não vindo. Muitas vezes a gente não pode, por exemplo, contar com aquele paciente que veio para uma entrevista inicial porque ele não tem como estar vindo no curto prazo, então, acho que isso, a questão do custo que é o transporte em Florianópolis, também acaba afetando o nosso trabalho, então, nesse sentido, a falta de regularidade no passe [...] (P, 17/3/2006).

A partir dessa relação entre as diversas necessidades para o funcionamento do serviço é possível perceber que os profissionais assumem como princípio uma concepção de saúde ampliada, na qual não basta somente o atendimento terapêutico. Outros fatores estão interligados e contribuem para que a assistência efetivamente ocorra. Contudo, a concepção e prática setorializada das políticas sociais brasileiras provoca situações dessa natureza, na medida em que não se trabalha a inter-relação entre elas. Esta forma de setorialização das políticas sociais, no entanto, não é característica apenas da realidade brasileira, mas uma “modalidade do Estado burguês” que traduz as expressões da questão social mediante a tipificação das políticas sociais (NETTO, 1992).

Várias iniciativas têm buscado romper com esta perspectiva como a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), que reafirmou a necessidade de se garantir e melhorar o acesso aos bens e serviços da sociedade: prover trabalho, creches, profissionalização, educação, lazer, escolas, habitação, transporte, segurança pública, saneamento básico. Também, destacou ser fundamental enfatizar a questão do transporte urbano acessível aos usuários, a fim de que seja garantido o deslocamento entre os serviços de saúde e sua moradia (BRASIL, 2002a).

Na seqüência da pesquisa realizada, dois entrevistados referiram que a falta e as dificuldades no fornecimento dos recursos materiais necessários estão mais acentuadas na atual gestão administrativa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)¹¹. Foram relacionadas, ainda, como dificuldades, a falta de um carro disponível para o CAPS, a falta de terapeuta ocupacional, de outro médico psiquiatra e outros profissionais de nível médio (auxiliar administrativo, pessoa para limpeza). Outras questões listadas estão relacionadas aos recursos humanos e as necessidades de integração do serviço na política municipal de saúde. Os profissionais relatam a existência de dificuldades de interação da equipe, falta de capacitação, supervisão institucional, falta de apoio institucional, falta de efetivação de uma rede de saúde mental e/ou a existência de uma rede de atenção ainda incipiente, em processo de formação, falta de estrutura para atenção às urgências, dificuldades do gestor em compreender a lógica da saúde mental, salários incompatíveis com as funções.

Os problemas relatados pelos profissionais aparecem diretamente relacionados à insuficiência dos recursos financeiros de custeio do serviço. Todos os entrevistados referiram que os recursos gerados pelo serviço, através das APACs, não são suficientes para a realização das atividades do CAPS. Dentre as atividades prejudicadas, o trabalho nas oficinas foi apontado como o principal, conforme aparece na fala a seguir:

o que requer mais recursos, atualmente, são as oficinas produtivas, por exemplo, houve uma paralisação de muitas das oficinas quando faltou recurso. O recurso não é exatamente suficiente. Eu acho que os R\$ 500,00 por mês é um recurso pequeno [...] acho que o recurso poderia ser maior, pelas necessidades ele acaba sendo reduzido, não é uma coisa que você possa comprar a vontade, assim, é limitado, muitas vezes, a oficina tira de uma pra passar pra outra (P, 17/3/2006).

¹¹ Gestão Municipal 2004/2008; a Gestão da Secretaria de Saúde referida é a de 2004 a abril de 2006 que teve como gestor o vereador Walter da Luz; à época da coleta dos dados empíricos houve mudança do gestor municipal de saúde, assumindo o cargo o ex-secretário estadual de saúde João José Cândido da Silva.

Um dos profissionais apontou como principal atividade prejudicada pela falta de recursos financeiros a questão do território. Segundo este, a falta de recursos interfere no atendimento prestado, no sentido de que não é possível realizar o acompanhamento, a inclusão e avaliação do usuário em seu território. De acordo com este profissional,

o dinheiro do CAPS pode ser melhor gerido se investir no território. Investir no território seria elaborar projetos, ter mais articulação com a associação de moradores, ou seja, com os recursos que o território oferece, e aí precisa aumentar a própria equipe porque vai ter equipes que vão ter que se deslocar do CAPS; vai ter que ter investimento em carro, daí vai ter que ter um motorista, os próprios agentes comunitários tem que ter essa parceria, isso tudo implica em financiamento. [...] como eu sempre digo, território é onde a vida acontece, onde a cultura é produzida, onde as manifestações de vida, elas estão mais visíveis [...], mas investir lá no território, a equipe tem que estar inserida lá, estar toda hora pensando e discutindo [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

De acordo com as recomendações da política do Ministério da Saúde, as ações de saúde mental devem obedecer a um modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas. São ações que envolvem práticas de reabilitação psicossocial, promoção da cidadania, construção da autonomia possível dos usuários no ambiente em que eles vivem, e que necessitam de uma equipe multidisciplinar capaz de trabalhar sobre a ótica da interdisciplinaridade (BRASIL, 2004).

Necessariamente, a mudança de um modelo assistencial requer a análise de sua estrutura de financiamento. Isso significa que as características singulares e diferentes dos CAPS, em relação aos modelos tradicionais de assistenciais, e a complexidade das ações desenvolvidas por estes serviços necessita vir acompanhada de uma mudança na lógica de alocação de recursos financeiros.

Atualmente, o principal órgão financiador dos CAPS é o Ministério da Saúde (MS). Com a publicação da Portaria GM/MS nº 336/2002 os CAPS passam a fazer parte das ações estratégicas do MS. Esses serviços são incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e a remuneração é através do sistema APAC/SIA¹². Baseado na fatura que o prestador de serviços de saúde apresenta ao SUS, correspondente aos seus gastos

¹² A Portaria GM/MS nº 336/2002 descreve os procedimentos objeto de remuneração, classificando-os em intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Para essas três modalidades de atendimento, a Portaria GM/MS nº 189/2002 fixou o número máximo de atendimentos mensais para cada modalidade, de acordo com cada tipo de CAPS, sendo que para cada tipo de procedimento é destinado um valor diferenciado. Nos CAPS II, um procedimento intensivo custa R\$ 25,40; um semi-intensivo, R\$ 16,30; e um não-intensivo, R\$ 14,85 (BRASIL, 2002).

mensais com a produção de atendimentos aos usuários dos CAPS, o Ministério da Saúde repassa, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, o montante equivalente à sua produção. A inovação introduzida por este modelo de pagamento refere-se à fonte de financiamento, ou seja, ao acréscimo de recursos financeiros repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estadual e Municipal de Saúde (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, pp.129-132).

Sobre este aspecto, perguntamos aos entrevistados qual conhecimento possuem sobre o repasse dos recursos financeiros para o CAPS. Na sua maioria, eles referiram saber sobre os recursos originados a partir das APACs, contudo, relataram não saber sobre o controle do uso desse recurso, conforme expresso nas falas relacionadas:

[...] tem o valor, o montante desse valor que é produzido dos atendimentos pagos pelo Ministério (MS), então, tem isso mensal, a gente tem o valor que chegou, somou, vamos dizer assim, esse montante que a gente somou dos atendimentos feitos no mês, isso a gente sabe, porque as APACs são geradas aqui no CAPS, mas o repasse disso via Fundo Municipal, esse controle eu não sei, eu sei do valor que tem que receber mensalmente (VIK, 24/3/2006).

Bom, formalmente, eu desconheço qualquer..., todas as formas de recursos. O dinheiro da produtividade referente as APACs vai para o Fundo Municipal de Saúde e nunca teve prestação de contas disso. Na verdade a gente não sabe qual é o destino que é dado nem quanto vem; tem o nosso levantamento interno da produtividade, mas não sabemos o que é feito desse recurso (F, 12/4/2006).

Alguns profissionais referiram-se ao fato de o município não ter gestão plena do SUS,

Bom, eu tenho algum, pouco do que é repassado, a gente sabe o que foi recolhido, por exemplo, através das APACs, que são os atendimentos feitos aqui, então eu sei quantos atendimentos foram, qual seria o valor que essas APACs dariam, mas eu não sei qual o valor que a gente acaba recebendo, que fica num fundo perdido, no sentido de que é um fundo único por não ser gestão plena (J, 22/3/2006).

O conhecimento que eu possuo é muito irregular e insatisfatório, assim, a relação APAC, por exemplo, o repasse do dinheiro que viria do Ministério da Saúde a gente acaba..., nós não somos gestão plena então vai pra secretaria (municipal) de saúde e ali é passado pra compra de alimento..., enfim, mas nós não temos autonomia sobre esse dinheiro, então, uma vez que você não tem autonomia o teu conhecimento fica restrito. Está na mão da secretaria mesmo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais discorreu detalhadamente sobre a forma como os recursos são gerados e repassados à unidade gestora (SMS), referindo-se que todas as diretrizes sobre financiamento do serviço são preconizadas pelo Ministério da Saúde através de portarias.

Os recursos financeiros do CAPS são obtidos através de APACs, Autorização de Procedimento de Alto Custo; pra se preencher uma APAC é necessário que haja uma organização do serviço em cima de modalidades de atendimento; as modalidades de atendimento podem ser: semi-intensivo, intensivo e não-intensivo, cada um tem um determinado valor em relação a esse procedimento, ou seja, todas as diretrizes em relação a financiamento, o Ministério preconiza isso em portaria, então, os conhecimentos que eu possuo em relação aos recursos financeiros do Caps são os conhecimentos que já estão preconizados em relação ao Ministério da Saúde; essa APAC uma vez preenchida ela é computada, ela é repassada pro governo federal e este repassa o dinheiro fundo a fundo; esse dinheiro vem pro Fundo Municipal de Saúde, e é esse dinheiro que é aplicado na saúde mental pra ter a gestão do serviço [...] aqui acontece da seguinte forma: cada gestor municipal, como a política é municipalizada, eles criam um protocolo, nesse protocolo eles colocam de que forma esse dinheiro pode ser gastado na saúde mental; então, existe um documento no município dizendo, olha na saúde mental você pode gastar tanto com a associação de usuários, tanto pra comprar materiais, tanto pra gastar em vale transporte; então, existe um protocolo dizendo no que você pode gastar esse dinheiro que vem na saúde mental; é um dinheiro que vem do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde; esse dinheiro cai nessa conta e ali existe um acordo de como se gastar; esse dinheiro é manejado pelo gestor municipal de saúde (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme apontam Freire, Ugá e Amarante (2005, pp. 131-133), o modelo de alocação de recursos dos CAPS (sistema de remuneração por APAC) trás contribuições à política nacional de saúde mental ao inserir os CAPS no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) do MS, pois proporciona maiores incentivos financeiros, haja vista a alocação de recursos municipais extra-teto para a manutenção de serviços já existentes e a implantação de novos serviços.

Contudo, os mesmos autores ressaltam que há de se perceber que a lógica da remuneração que o SUS imprime aos CAPS vincula-se, preponderantemente, à doença. Ou seja, as unidades assistenciais do SUS seguem um sistema de remuneração vinculado a um diagnóstico, mais especificamente, a um episódio de doença, internação, contidos na tabela de procedimentos hospitalares (SIH/SUS) ou a ações ambulatoriais, inscritas na tabela de procedimentos ambulatoriais (SIA/SUS). Desta forma, “o sistema de saúde encontra-se, em sua quase totalidade, voltado para a produção de atos vinculados a doença, isto é, atos

curativos, valorizando, em consequência, intervenções predominantemente individuais, que são remuneradas pela venda de procedimentos, diárias e atos médicos-assistenciais de natureza privatizante” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p 133).

Amarante (2003, pp. 62-63) considera que os CAPS, como os serviços integrantes do SUS, também foram capturados pela lógica da *inampização*, ou seja, pela lógica do pagamento por procedimento. Para o autor, “o modelo prevalente dos CAPS é o herdeiro mais autêntico e legítimo da lógica do antigo INAMPS, onde a saúde era reduzida a doença, ao mesmo tempo em que o sistema de saúde era reduzido a assistência médico-curativa”.

Portanto, o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. Pelo contrário, tente a prejudicar a complexidade de ações dos CAPS, na medida em que não é previsto financiamento das diversas relações que podem ser estabelecidas com a comunidade, com as lideranças e associações comunitárias. Tais ações, dentre muitas outras possibilidades de intervenção territorial, “são inerentes a esse tipo de serviço e objetivariam imprimir um processo de transformação cultural nos diversos segmentos da sociedade, no lidar e no acolhimento das pessoas em sofrimento mental” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 135).

Sobre a forma de repasse dos recursos financeiros ao CAPS, os profissionais entrevistados relataram não existir descentralização administrativa. Os recursos chegam ao serviço na forma de materiais. Alguns profissionais observaram que até a gestão administrativa da secretaria municipal de saúde anterior eles tinham acesso a uma verba de R\$ 500,00 que utilizavam na compra de material para as oficinas. A partir da atual gestão esse dinheiro não foi mais repassado. A compra do material passou a ser feita através de orçamento encaminhado à secretaria, que faz o pagamento, e os profissionais retiram os materiais.

Não, a gente não tem acesso a esse recurso diretamente, a gente não é uma unidade que gere o seu recurso; ele vai pra secretaria e a secretaria... por exemplo: toda a compra de... o pagamento dos almoços, lanches, etc.. é a secretaria que faz; a gente não tem autonomia; o único recurso que a gente manuseia são os R\$ 500,00, que vem para as oficinas; isso é dividido, as Oficinas fazem um rateio, cada oficina compra o seu material, mas até parece..., da última compra fui eu que comprei, ela (SMS de Florianópolis) determinou, já colocou a empresa que vai fornecer; não sei se foi mediante licitação, já fez o pagamento direto, a gente só foi lá escolher e pegar os produtos que tinham sido

solicitados; então..., de outras vezes, por exemplo, a gente pegava o cheque ia lá comprava, pagava naquele valor, agora isso não foi feito dessa forma (P, 17/3/2006).

Desde que começou essa administração (Gestão Municipal 2004-2008) acabou esse repasse; então atualmente a única vez que a gente conseguiu material pras oficinas foi através de empenho que a própria secretaria fez..., então, permanece centralizado, a única coisa que a gente teve que fazer foi ir nas lojas fazer orçamento, passar pra secretaria, a secretaria emitiu as notas, e aí a gente foi buscar o material com essas notas, mas não com o dinheiro (F, 12/4/2006).

Não, não existe, porque, na gestão passada (Gestão Municipal 2000-2004) ainda vinha uma verba de dois em dois meses, tipo quinhentos reais pra compra de material pra oficinas; nós comprávamos, apresentávamos as notas e depois eles colocavam o dinheiro; nessa gestão (Gestão Municipal 2004-2008; Gestão da Secretaria de Saúde de 2004 até abril de 2006) não existe nada, então, a pergunta se existe descentralização administrativa dos recursos financeiros, não, não existe (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais referiu-se a descentralização não apenas como repasse de recursos financeiros e funções administrativas, mas como compartilhamento de poder na gestão do serviço.

Essa descentralização, eu estou entendendo como um compartilhamento de poder; não existe esse compartilhamento de poder na hora de gerir os recursos, assim, o CAPS possui CNPJ, mas ele não possui uma conta específica pra vir dinheiro pro CAPS, não existe isso, existe esse acordo que eu te falei, que vem do fundo a fundo e esse dinheiro vai pra saúde mental e o CAPS tem uma vertente pro CAPS, o dinheiro não é só pro CAPS, ela vai pra saúde mental, e aí o CAPS acaba utilizando esse dinheiro, então, quando pergunta sobre a descentralização eu faço a avaliação de que é o compartilhamento de poder, então, não tem isso, é o gestor que acaba se apoderando desse sistema de financeiro, a gente não interfere (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ao considerarmos a questão da descentralização político-administrativa dos recursos financeiros, temos a intenção de destacar que a transferência desta prática às unidades prestadoras de serviços em saúde nos municípios poderia estar favorecendo uma melhor utilização e adequação dos recursos às necessidades reais do serviço, bem como possibilitar maior agilidade na compra dos materiais e viabilizar um processo de gestão democrática e participativa, entre técnicos trabalhadores, usuários e gestores. Essa prática traduz-se, por sua vez, em um exercício político-pedagógico de construção da democracia, objetivando uma atuação com transparência na administração da coisa pública.

Quando questionados sobre se a descentralização financeira dos recursos possibilitaria o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, os

profissionais, na sua maioria, disseram que sim, com algumas ressalvas feitas para a necessidade de mudanças na forma de gestão administrativa do serviço, conforme expresso nas falas que seguem:

Sem dúvida, sim sem dúvida, isso é um equívoco assim porque..., justamente porque a gente não sabe qual é o destino dado a esse dinheiro. A gente acredita que se a gente tivesse mais transparência nesse processo a gente poderia pelo menos priorizar certas coisas que são de fato importante e garantir que elas fossem..., que a gente conseguisse obter essas coisas, enfim, o investimento necessário (F, 12/4/2006).

A melhor utilização sim acho que o planejamento teria que ser anterior, mas sim, acredito que utilizar no sentido até..., porque muitas vezes, como vai para esse Fundo que é pra todos, pra toda a saúde, você acaba sem saber, igual agora, que a gente já tem o dinheiro da supervisão disponível na secretaria, mas não tem como a gente começar amanhã, embora o dinheiro já esteja lá., porquê? porque a gente não sabe como esse dinheiro vai sair e entrar na mão do terapeuta que vai fazer a supervisão da equipe e isso pode demorar um mês, dois meses, vai saber, seria melhor, claro (J, 22/3/2006).

Sim, com certeza, porque nos iríamos sentar e ver as necessidades, por exemplo, esse ano nós ficamos desde o ano passado até um mês atrás sem material nenhum pras oficinas e as oficinas que mais tinham, capitalizavam usuários e não tínhamos material, nós tivemos que suspender as oficinas; então nós sabemos das necessidades, as necessidades dos usuários, quais as oficinas tem mais usuários, pra gente pode administrar e vê onde pode estar investindo (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que sim porque ficaria mais próximo da própria administração do CAPS, porém, ia surgir a necessidade de ter todo um aparato administrativo pra poder gerenciar isso, mas assim, na medida que aqui no CAPS a gente tem uma gestão participativa, em que os usuários estão reunidos semanalmente pra pensar as regras do CAPS, as necessidades do CAPS, enfim, seria mais interessante talvez, esse repasse direto tu quer dizer, é... não sei assim, a princípio..., hoje a gente tem uma estrutura de conselho que prevê o controle social através do Fundo Municipal de Saúde, o Conselho Municipal tem essa ligação também, e aí a gente está lá também, de certa forma representado (VIK, 24/3/2006).

Olha, eu acho que teria que mudar um pouco a nossa dinâmica de funcionamento; não deixa de ter um lado...bom, é uma faca de dois gumes, poderia facilitar a gente fazer um processo mais rápido talvez, não faltaria coisa, porque as vezes faltam coisas básicas, agora, por exemplo, faltam copos, se você tivesse o recurso você ia ali e comprava uns pacotes de copos, não teria essa... essa falha; agora é saber que é mais uma tarefa também que acumularia em termos administrativos, financeiros, quer dizer, não sei se você não está ali também inchando o processo burocrático aqui dentro do CAPS; eu acho que pode ter vantagens, mas pode ter desvantagens; eu teria que pensar melhor, nunca pensei nessa possibilidade; assim, acho que o dinheiro da Oficina, puxa, se a gente tivesse aqui uma verba seria mais fácil, as vezes faltam coisas

pequenas que você não tem como estar repondo aqui, tem que esperar uma nova verba, de repente pra.... (P, 17/3/2006).

Um dos profissionais observou sobre as questões práticas e políticas que envolvem a descentralização no contexto do SUS:

Esse compartilhamento de poder ele só pode ser discutido dentro da lógica do SUS, universalização, integralização, etc., dentro dos preceitos do SUS tem o controle social, essa descentralização só pode ser discutida quando acontece o controle social. Hoje essa descentralização ela tem que ser discutida no Conselho Municipal de Saúde e mais precisamente no conselho gestor dentro do CAPS; agora, porque não ocorre isso? Porque não tem a clareza da necessidade; eu acredito que as pessoas que acabam estando na prática, principalmente no CAPS, se sobrecarregando com as coisas, e acabam não tendo a clareza, ou não querendo assumir mais um encargo trabalhista; então, esse é um dos grandes problemas que existe, a sobrecarga de trabalho, as condições de trabalho, aí você acaba tendo que lutar por tudo isso; isso aí eu vejo que tem muito a ver com a questão da militância, pessoas que já estão, lá na época ou do ensino médio, que já começam ir pros grêmios, depois a pessoa acaba indo pra militância no movimento estudantil, e quando vão pros serviços de saúde são profissionais mais críticos, que acabam tendo essa visão mais ampla da saúde e da política; então, as pessoas que acabam chegando no serviço com um pouco desse ideal de controle social eu diria, acabam questionando mais essa questão da descentralização; voltando a tua pergunta sobre a descentralização financeira, ela poderia sim possibilitar um melhor planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, se houver o controle social dentro dessa descentralização financeira (GIRASSOL, 20/3/2006).

Cabe destacar que a proposta da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, na regionalização e na hierarquização da rede de serviços, constante entre os princípios e diretrizes do SUS, coloca o município como lugar privilegiado para o desenvolvimento de uma política de financiamento das ações em saúde, com critérios transparentes, e que respeite as particularidades da realidade local. O Ministério da Saúde continua a ser a instância que, na administração do Fundo Nacional de Saúde (FNS), acompanha a aplicação dos recursos que são repassados aos estados e municípios. Estes, por sua vez, são obrigados a constituir os seus respectivos fundos de saúde e conselhos estaduais e municipais, elaborar planos de ação e apresentar relatórios de gestão, garantindo também a existência de contrapartida de recursos para a saúde nos seus orçamentos (COSTA, 2002).

Embora a descentralização seja uma prática com vistas a aumentar o poder decisório de aplicação dos recursos na esfera local, esta ainda apresenta muitos problemas, na medida que não consegue alcançar efetividade, dados os impasses de ordem burocrática e administrativa. Por si só a descentralização não garante maior controle social ou uma prática democrática. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada que abarque as especificidades da área da saúde mental.

Nesse sentido, a lógica fundamental da estrutura de financiamento exigida é a de que os recursos financeiros devem ser centrados nas pessoas e não nos serviços. O financiamento deve contemplar todas as ações necessárias e decorrentes da implantação, implementação e sustentação de uma nova política de saúde mental (BRASIL, 2002a). O que deve ser colocado em pauta é a viabilidade de se financiar o CAPS como um todo, envolvendo todas as suas ações e especificidades, permitindo-se que cada serviço tenha flexibilidade para realizar seu trabalho de acordo com as necessidades locais, desvinculando o financiamento da relação de compra e venda de serviços e da noção de doença (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 136).

3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico

Os profissionais que trabalham nos CAPS compõem um grupo de diferentes técnicos de formação de nível superior e nível médio, e integram uma equipe multidisciplinar. Todas as unidades de serviço devem obedecer a exigência da diversidade profissional e cada CAPS tem suas próprias características quanto ao tipo e a quantidade de profissionais. A equipe mínima indicada para os CAPS II é composta por médico psiquiatra, enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior de outras categorias profissionais entre psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro necessário ao projeto terapêutico e seis profissionais de nível médio entre técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).

O papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. As equipes devem organizar-se para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação

psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e poder equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas (BRASIL, 2004).

Neste item nos propomos a descrever e analisar a composição e perfil da equipe técnica do CAPS Ponta do Coral, bem como as dificuldades e facilidades do trabalho em equipe consideradas pelos profissionais, a existência de práticas interdisciplinares no atendimento ao usuário, de projeto terapêutico e planejamento das ações da unidade de serviço¹³. Ao final do item consideramos os apontamentos dos profissionais sobre as diferenças do atendimento prestado no CAPS em relação ao realizado nas instituições tradicionais/hospitais psiquiátricos.

3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental

O CAPS Ponta do Coral conta com uma equipe de profissionais multidisciplinar que atua diretamente no atendimento aos usuários. São profissionais com formação de nível superior nas áreas de psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Entre os de formação de nível médio estão dois técnicos em enfermagem e um auxiliar administrativo. Compõem a equipe, ainda, os profissionais de apoio, vigilantes e auxiliar de limpeza, e estagiários de psicologia, serviço social e enfermagem.

¹³ É importante destacar que o perfil bem como a opinião dos profissionais sobre o serviço varia, no decorrer do tempo histórico, de acordo com a composição da equipe naquele determinado momento. Outros trabalhos já realizados identificam o perfil da equipe, a percepção dos profissionais sobre o trabalho no CAPS, o significado e o processo de inserção no serviço, a concepção sobre o modelo assistencial e práticas de desinstitucionalização, em épocas anteriores. Entre estes ver: GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003; FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial** - percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004; NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental:** em busca da articulação e qualificação das ações em saúde. Monografia (Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Lato Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

A maioria dos técnicos de nível superior concluiu a graduação na década de 1980. Metade deles possui capacitação específica na área de saúde mental, em geral, cursos de formação e aperfeiçoamento, especialização em terapia cognitiva comportamental, saúde pública, clínica, psicoterapia, psicanálise, atenção psicossocial. Três profissionais possuem mestrado nas áreas de enfermagem, sociologia política, artes cênicas; um fez residência médica em psiquiatria e cursa mestrado na mesma área; uma profissional tem doutorado em sociologia política.

Mais da metade dos profissionais (58,3%) possuem experiências de atuação profissional em outras instituições da área de saúde mental como clínica de internação, hospital psiquiátrico, centro comunitário de saúde mental, serviços de atenção à dependentes químicos e centro de atenção psicossocial. A maioria (66,7%) atua na área de saúde mental a partir da segunda metade da década de 1990. Cinco profissionais identificaram ter experiência de atuação em outras instituições que não da área de saúde mental.

Com relação ao tempo de serviço no CAPS, quatro profissionais atuam desde a implantação do serviço, em 1996, três ingressaram na equipe entre os anos de 2001 e 2002, e quatro profissionais passaram a fazer parte da equipe recentemente, a partir de meados de 2004. Quanto ao tipo de vínculo empregatício, a maioria, 75% (9 profissionais), é servidor público concursado, dois são contrato temporário e um ingressou no serviço público municipal através de indicação técnica. Nove profissionais possuem regime de trabalho de 30 horas semanais e 3 deles trabalham 40 horas semanais.

Com relação a capacitação específica em saúde mental para atuar no CAPS, todos os entrevistados consideram esse quesito de grande importância. Entre as razões apresentadas estão: a necessidade de compreensão e entendimento comum do que é um CAPS e o entendimento do tipo de assistência que este serviço deve oferecer; a preocupação com a diferença no atendimento que o CAPS deve oferecer em relação aquele prestado em outros serviços de saúde mental; a necessidade da capacitação para suprir as defasagens da formação acadêmica, que, em geral, não abarca as especificidades do campo da saúde mental.

Na opinião dos entrevistados,

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS, não tem a qualificação pra atuar, então ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então é necessária a questão da capacitação... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ah sem dúvida, sem dúvida, principalmente porque o que a gente está propondo é uma reformulação no modo da assistência em saúde mental, então é preciso que quem venha trabalhar num CAPS entenda essa lógica, que não venha pra cá com a mesma mentalidade do que se faz no hospital psiquiátrico, do que se faz em ambulatório, é outra coisa também diferente da atenção básica, então o CAPS precisa disso, precisa que o profissional tenha essa.., esse tipo de orientação, esse tipo de compreensão da sua finalidade (F, 12/4/2006).

Muito, muito importante, justamente por isso que eu estou te falando, porque assim, o profissional que trabalha no campo psicossocial, de qualquer área, ele necessariamente precisa quebrar a prática estereotipada pra poder entrar num serviço como esse porque o assistente social de um CAPS ele não é aquele assistente social de um hospital psiquiátrico, ele muda, ele faz outras coisas, ele se coloca de outro jeito, assim também é o médico, assim também é o psicólogo, o enfermeiro, então, uma formação específica pra essa área é bastante adequado porque vai tratar especificamente das necessidades que se colocam no cotidiano (VIK, 24/3/2006).

Considero, considero sim. É interessante que cada um tenha um saber, que traga o seu saber pela sua formação, da sua prática, do seu bairro, da sua comunidade, mas trabalhar no CAPS não é trabalhar em ambulatório, trabalhar no CAPS é ter um conhecimento sim do que é uma Reforma Psiquiátrica, do que significa um CAPS num panorama hospitalocêntrico. É toda essa questão política que tem por trás, questão financeira também, que é um serviço que se propõem substituir sim progressivamente os hospitais. Em muitos lugares isso já é feito, já conseguem fazer internação zero, outros lugares não; então, uma abordagem no CAPS precisa sim ter capacitação (LÉLI, 4/4/2006).

Sim, até por que o que é o CAPS? O quê um CAPS deveria ser? Cada um tem a sua idéia do que é um CAPS, mas ela não é uma idéia homogênea, então a minha experiência do que é um CAPS em outros lugares, que eu já tive em outros lugares especificamente, é muito diferente do que eu chego aqui e encontro as pessoas falando o que é um CAPS. é claro que a capacitação para um CAPS, para o que é o trabalho em CAPS podia homogeneizar, pelo menos todo mundo iria estar falando a mesma língua (J, 22/3/2006).

Sobre este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005, p. 30), observam que “os profissionais de saúde mental são, ainda em grande parte, formados a partir da prática cotidiana que caracteriza a lógica manicomial”. Hospitais e clínicas psiquiátricas constituem-se ainda os espaços onde “são oferecidos treinamentos em serviço (sob a forma de estágios e residências) aos profissionais que irão, no futuro, tentar materializar a nova lógica dos serviços substitutivos”.

Os autores destacam que “do sucesso da forma de organização da produção e transmissão do conhecimento pode depender o sucesso da própria reforma psiquiátrica” (OLIVEIRA; DORNELES, 2005, p. 32). Neste sentido, é importante que seja colocado na

cena do debate o funcionamento das instituições de aprendizado profissional sob a ótica da reflexão sobre as práticas e não apenas sobre o discurso das propostas dos cursos de formação. Os centros de formação devem se programar, planejar e garantir aprendizado e treinamento supervisionado, em que se pratique e construa espaços de práticas genuinamente terapêutica.

Na mesma direção, um dos entrevistados expressou sua preocupação com relação a seleção dos profissionais que vão atuar no CAPS, argumentando que os resultados do trabalho também dependem desse aspecto.

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS não tem a qualificação pra atuar, então, ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então, é necessária a questão da capacitação [...]. o processo de inclusão do profissional na área da saúde mental hoje, como se dá? Ele se dá por indicação política, seleção por contrato temporário e por concurso público. A indicação política pode ofertar profissionais desqualificados, pode! O contrato temporário, se não tiver um rigor no perfil que se quer pra trabalhar em CAPS vai acontecer a mesma coisa, um profissional desqualificado, o concurso público a mesma coisa, se não tiver um perfil, se não tiver o que se gostaria realmente, qual profissional que você gostaria de estar atuando hoje no CAPS, então, enquanto não se superar a forma de inserção no trabalho do CAPS, enquanto não se superar a discussão da saúde mental nos currículos acadêmicos vai continuar sendo sempre necessária a questão da capacitação [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Com relação a formação das equipes técnicas para atuar nos CAPS, as indicações aprovadas na e pela III CNSM apontam para a necessidade de que a contratação de profissionais deva ser realizada exclusivamente por meio de concursos públicos, e em caso de urgência, através da CLT, mas com seleção pública. E, ainda, os concursos devem exigir os pré-requisitos necessários e adequados à proposta de trabalho em saúde mental, alinhada teórica e conceitualmente aos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2002a).

Assim, é necessário considerar, quando da seleção dos profissionais, o perfil para trabalhar junto ao portador de sofrimento psíquico, bem como a existência de uma dimensão subjetiva, humanizante, solidária e fraterna como componente fundamental do perfil dos trabalhadores em saúde mental. Nesta direção, uma das participantes da pesquisa destacou a questão da opção política por este tipo de trabalho, associada a necessidade de competência técnica para atuar na área.

Eu acho que a gente trabalha com situações que requerem um estudo permanente, formação permanente, [...] eu acho que este é um dos vícios da saúde pública. Muitas vezes se confunde um pouco o tratamento ético ou moralmente responsável com uma qualidade também técnica. Eu acho que as duas coisas têm que estar associadas, tem que ter uma empatia pela causa da saúde pública, que aí entra na questão ética, moral de cada um, valores que você tem quando você vem pra esse tipo de trabalho; muitas pessoas que vem pra saúde pública quase que tem uma vocação religiosa. Mas ao mesmo tempo você também tem que ter uma competência técnica; não basta você tratar bem o paciente, você acolher, você precisa saber como intervir dentro da linha de trabalho que cada um escolhe, isso é fundamental (P, 17/3/2006).

Os profissionais, na sua maioria, indicaram ter recebido capacitação para atuar no CAPS. Referiram-se, especificamente, a um treinamento/capacitação realizado em novembro de 2005, com duração aproximada de 20 horas, organizado pela Assessoria Técnica de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde¹⁴. Contudo, alguns observaram que foi um treinamento tipo encontro, de curta duração, com trocas de experiências, e que não chegou a ser muito significativo.

Com relação a política de saúde mental, a maioria dos profissionais (83,3%) afirmou ter no mínimo algum conhecimento de sua organização e diretrizes. Entre os entrevistados, todos consideraram importante saber sobre os princípios, a estrutura e forma de organização da política de saúde mental para o trabalho do CAPS. Todos indicaram haver disponibilidade de material didático relativo a política na unidade de serviço.

Sim, precisa conhecer a política porque o atendimento está dentro dessa política, dessa lógica. (LÉLI, 4/4/2006).

Claro! é vital, pra poder planejar o seu trabalho, pra poder saber como é que a gente se liga com outros serviços, como é que a gente pode montar a rede, isso é fundamental porque o trabalho não se encerra aqui dentro, não pode ficar aqui dentro só, ele tem que poder justamente se expandir (F, 12/4/2006).

Sim é muito importante, até pra saber o que está acontecendo, o que pode ser feito, quais são os recursos disponíveis, o que precisa melhorar. Acredito que, fora a sua capacitação individual, eu acho que isso é uma outra premissa pra você iniciar no serviço [...] (J, 22/3/2006).

É importantíssimo conhecer, primeiro saber se ela existe, primeiro a pessoa tem que ter a curiosidade, tem que ter o desejo e a clareza de que é essencial ter os parâmetros ou diretrizes políticas de saúde mental pra

¹⁴ O município não tem o cargo de Coordenador de Saúde Mental. Em novembro de 2005 foi nomeada Assessora Técnica em Saúde Mental a enfermeira Lílian Pagliuca, que permanece na função até a data da presente pesquisa.

poder acompanhar, se orientar, e, segundo, conhecer sobre essa política (GIRASSOL, 20/3/2006).

Muito importante porque hoje a gente tem acesso a isso, aqui no CAPS a gente tem a legislação de saúde mental e pra gente poder entender porque, assim, a gente está na gestão da política também, por ser participativa, por estar junto nas decisões, então é preciso que a gente entenda, e tem muito detalhamento, são muitas portarias, o sistema de financiamento também é bastante complexo [...] (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que claro, porque a gente está dentro de um braço da política nacional de saúde; tanto pra você ter noção de qual é a perspectiva, em nome de que esse serviço está sendo mantido, também pra você poder avaliar a possibilidade desse ideais, dessas prerrogativas, que são pensadas a nível geral e nacional, serem realmente eficaz em termos práticos, porque muitas vezes você tem uma boa idéia, mas nem sempre uma boa idéia traz um bom resultado [...] (P, 17/3/2006).

Nesse sentido, a construção e consolidação de uma política de saúde mental, coerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o estabelecimento de uma política adequada de recursos humanos, que valorize e considere a importância do trabalhador de saúde mental na produção dos atos de cuidar. Para isso, deve-se garantir a capacitação e qualificação continuadas; a remuneração justa dos profissionais; a garantia de condições de trabalho e de planos de cargos, carreira e salários; a democratização das relações e das discussões em todos os níveis de gestão; a incorporação das questões de segurança, saúde e saúde mental do trabalhador; a garantia de supervisão clínica e institucional; a avaliação de desempenho e garantia da jornada de trabalho adequada para todos os profissionais de nível superior, bem como a isonomia salarial entre eles (BRASIL, 2002a).

3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário

De acordo com as indicações aprovadas na III CNSM, a política de recursos humanos para a saúde mental deve visar implantar, em todos os níveis de atenção, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, na perspectiva do rompimento dos especialismos e da construção de um novo trabalhador em saúde mental, atento e sensível

aos diversos aspectos do cuidado, ou seja, com uma visão integral e não fragmentada da saúde (BRASIL, 2002 a).

Segundo 83,3% dos profissionais o trabalho no CAPS Ponta do Coral é realizado em equipe. A maioria considera que existem dificuldades na realização das atividades. Uma delas está relacionada, conforme identificado por eles, ao fato de que nem todos compartilham das mesmas referências com relação à Reforma Psiquiátrica, à saúde pública e ao projeto do CAPS.

Bom, são várias, mas o que eu vejo de mais complicado é o fato de que nem toda a equipe compartilha das mesmas referências em relação ao que seja a Reforma Psiquiátrica, a função de um CAPS, as necessidades que o CAPS tem pra alcançar esses objetivos. Isso se deve em parte a diversidade da formação, e também às convicções pessoais. O problema não é a diversidade em termos da formação profissional em si, mas o modo, o fato de que você tem uma equipe multiprofissional por exemplo, isso gera alguma dificuldade na troca, na possibilidade de produzir um conhecimento novo a partir dessas experiências que são de diferentes disciplinas, diferentes áreas. Mas eu diria que é mais no sentido da Reforma Psiquiátrica mesmo, naquilo que ela aponta, então parece que esse é um problema a mais; outro que tem se tornado mais evidente pra mim ultimamente é a falta de formação de grande parte dos profissionais sobre o que seja saúde pública, boa parte deles não conhece o sistema de saúde pública, apesar de trabalhar num serviço de saúde pública, mas não conhece o sistema, não sabe a lógica, não sabe como é que ele funciona, então acaba tomando decisões muitas vezes administrativas que são equivocadas, que não levam em conta o modo de funcionamento da saúde pública (F, 12/4/2006).

Tem sim várias dificuldades, entre elas, existem diferenças de formação e, portanto, ideológicas. Alguns momentos a gente vê, assim, o CAPS tem um projeto de não internação, de autonomia do usuário, de gestão plena do usuário, e, as vezes, a equipe, algumas pessoas acabam esbarrando com isso. O entendimento disso é muito difícil também, as vezes é uma linha muito tênue entre o que é o assistencialismo, a autonomia, o que é dar o limite do ponto de vista terapêutico e o que é dar o limite porque você não quer se incomodar. Então, algumas pessoas não vêm de uma postura da Reforma Psiquiátrica, não sabe o que é uma Reforma Psiquiátrica, não tem uma noção, [...] é uma luta política também e algumas pessoas não sabem o que é [...] (LÉLI, 4/4/2006).

Em outras falas, foi apontada como uma das dificuldades do trabalho em equipe questões relacionadas a uma suposta divisão entre o grupo de técnicos.

A relação com a equipe tem uma certa peculiaridade, eu acho que as pessoas, a equipe que começou anteriormente, já desde a formação ou no começo do CAPS, eles se intitulam como a equipe do CAPS. Os que chegaram depois, em geral, não são bem acolhidos, ou são muito pouco,

tanto que as próprias atividades em equipe, em grupo, dificilmente, essas pessoas novas são incorporadas ao que já existe; então, acaba criando aí até a equipe da manhã, a equipe da tarde, mais ou menos, embora eu estou aqui todo o período, mas tem essa divisão... e eu acho que assim o ponto de partida é esse, a sensação é que quem não estava aqui desde o começo não fez parte da história (J, 22/3/2006).

A equipe que iniciou lá em 96 (1996) veio com algumas questões conceituais amarradas. Por quê? Porque a pessoa que estava pensando, planejando o CAPS ela vinha do Movimento da Luta Antimanicomial, era uma das representantes em nível nacional aqui em Floripa, Santa Catarina; então tinha algumas coisas amarradas na estrutura de atendimento do CAPS, que era muito pra poder implantar o sonho da Reforma Psiquiátrica aqui em Floripa, criar um serviço, do município, que de fato evitasse internação, que de fato fosse continente pros usuários com transtorno mental grave, e isso se mantém, porém, com a chegada dos técnicos que foram sendo substituídos, alguns saíram, técnicos novos entraram, a equipe de profissionais foi se modificando, a gente tem uma distância conceitual por mais que a gente pretende uma proposta multiprofissional, e a gente consegue, ao longo do tempo a gente conseguiu, é muito interessante o jeito como nós trabalhamos, porque de fato conseguimos trabalhar cada profissional lado a lado, dividindo o mesmo grupo, a mesma oficina terapêutica, então, assim, isso é possível, mas hoje, a gente, assim, tenta manter esse paradigma da Reforma Psiquiátrica, da desospitalização, do fortalecimento dos serviços territorializados, de um modelo que é um modelo multiprofissional, com a gestão participativa dos usuários, contra o modelo hospitalocêntrico, médico centrado, mas existem diferenças na questão conceitual da equipe, isso é falho, inclusive pra própria equipe (VIK, 24/3/2006).

A importância da unidade da equipe no atendimento ao usuário e na organização do trabalho recai sobre a qualidade do tratamento terapêutico ofertado. A mudança de paradigma epistemológico com relação a saúde mental não garante por si só a alteração das práticas assistenciais. Os conflitos e problemas de equipe existentes precisam ser trabalhados nas supervisões institucionais de forma que os técnicos consigam superar as dificuldades que obstaculizam a união do grupo em torno de um objetivo comum, sejam elas ideológicas, de formação, de concepção e/ou de afinidade com os colegas.

Um dos entrevistados apontou a questão das relações de poder e diferenças nos valores pessoais e nas relações interpessoais como dificuldades do trabalho em equipe.

Primeiro, a relação de poder, eu acho que é um grande problema, uma dificuldade que existe. Essa relação de poder, ela emana, que eu tenho percebido, da psicanálise, da teoria psicanalítica e da teoria psiquiátrica; então, os profissionais detentores desse conhecimento acabam, sutilmente, estabelecendo poder frente aos profissionais não-psi diria; essa relação de poder pelo saber é um dos problemas ou uma das dificuldades que eu encontro pra trabalhar em equipe no CAPS; outra

dificuldade, acho que é a própria experiência de vida das pessoas, aquelas pessoas em que parece que não estão claros os valores humanos como solidariedade, amor, justiça, sabedoria, a práxis, o repensar a prática, profissionais que não fazem a autocrítica da sua prática, pra mim, eu acho que é uma dificuldade trabalhar em equipe devido a isso; então, seria esse poder pela teoria e essa questão um pouco mais pessoal que é a relação de lidar com o outro, as relações interpessoais, são dificuldades que eu vejo em equipe (GIRASSOL, 20/3/2006).

A partir da fala profissional é possível pensar sobre as relações de poder que se estabelecem pelo saber. Conforme nos ensina Foucault (1979), os poderes se exercem em níveis variados e em pontos diferentes da vida social. Neste complexo, existem os micropoderes que estão intimamente relacionados com a produção de determinados saberes (sobre o criminoso, a sexualidade, a doença, a loucura). Assim, o poder não é algo que se detém como uma coisa, como uma propriedade, que se possui ou não. O poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona, como uma máquina social que não está situada em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda estrutura social (MACHADO, 1979 p. XIV).

De acordo com Foucault (1979), todo conhecimento, seja ele científico ou ideológico, só pode existir a partir de condições políticas, que são as condições para que se formem tanto o sujeito quanto os domínios de saber. Para o autor não há saber neutro, todo saber é político. Dessa forma, saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber. E, em contrapartida, todo saber assegura o exercício de um poder (MACHADO, 1979 p. XXI - XXII).

Na seqüência, a entrevistada aponta de forma geral algumas das questões cotidianas como dificuldade no trabalho em equipe.

Bom, eu acho que as vezes a gente é muito trefista, a gente não tem o tempo suficiente que a gente gostaria para estar parando para discutir os casos, se ater a cada paciente; tem diferenças na equipe também, tem conflitos [...] mas assim, a gente ainda tem, as vezes, coisas assim muito imediatistas, que não nos propiciam fazer realmente um estudo de caso mais integrado, ter uma intervenção, as vezes, mais articulada; a gente tem tentado em alguns momentos, mas assim, não é uma coisa que tem um peso forte como eu acho que deveria ter (P, 17/3/2006).

Dessa forma, a intensidade das demandas colocadas aos profissionais, especialmente na atualidade, provocam o desenvolvimento de ações pragmatistas, muitas

vezes sem uma reflexão maior. Isso vem acontecendo em vários contextos institucionais e com diferentes profissões. Ou seja, na medida que aumentam as necessidades humanas e as demandas para satisfazê-las, não ocorre no mesmo ritmo, o aumento da oferta de equipamentos e serviços assistenciais capazes de dar conta da complexidade dos problemas decorrentes da emergência das novas relações sociais, econômicas, culturais, advindas com a modernidade.

A precarização das condições de trabalho também foi apontada pelos entrevistados como mais um dos fatores que, por vezes, dificultam a convivência e o trabalho em equipe. Eles se referem a questão da diferença na remuneração salarial entre os profissionais que trabalham no CAPS, principalmente do médico para as outras profissões. A desproporção salarial chega a diferença de até quatro vezes mais entre o que recebe o profissional médico e o salário dos demais técnicos. Associadas a esta situação estão a diferença na carga horária de trabalho, a condição de contratação temporária, a falta de reconhecimento por parte da SMS, no apoio e incentivo à participação em eventos científicos e de militância política na área, entre outras.

Os profissionais indicaram que contam com supervisão institucional para lidar com as questões do trabalho no cotidiano. A supervisão institucional existente era, até o início deste ano (2006), paga pelos próprios profissionais, mas nem todos participavam. A partir do mês de abril do corrente esta passou a ser financiada com recursos provenientes do Ministério da Saúde. Além deste tipo de supervisão, foi relacionado como outro recurso existente para abordar essas questões as reuniões de equipe, realizadas mensalmente, as reuniões clínicas, realizadas semanalmente, e foi citada pelos técnicos em enfermagem, a supervisão realizada com profissional da área.

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que as políticas de formação e capacitação em saúde mental devem criar espaços de trocas baseados na realidade local, com valorização dos diversos saberes e metodologia participativa. A supervisão clínica e institucional permanentes deve ser estendida a todas as pessoas que trabalham com portadores de transtorno mental: equipes de PSF e PACS, trabalhadores da urgência e emergência, do hospital geral, dos serviços substitutivos e dispositivos residenciais, cuidadores de saúde mental, profissionais de nível médio e superior da rede de saúde mental. A referida Conferência destaca, ainda, a necessidade de implantação da NOB – Recursos Humanos do SUS, salientando a importância da garantia da capacitação para todos os níveis, supervisão permanente, interdisciplinaridade e isonomia salarial (BRASIL, 2002a).

Com relação as potencialidades que o trabalho em equipe possibilita os profissionais destacam a relevância deste no atendimento ao usuário, a possibilidade de trocas entre as varias áreas e a oferta de um atendimento multidimensional.

Entendo que essa é uma clínica multidisciplinar e isso (trabalho em equipe) é importante pela complexidade mesmo do tipo de fenômeno com o qual a gente trabalha, então, a gente precisa, é necessário ter uma oferta de serviços e de formas de atenção, que seja a mais diversificada possível, pra que a gente possa atender a uma série de necessidades que as profissões nas suas especialidades não dão conta; então essa é a grande vantagem, você pode fazer essa atenção multidimensional, isso é interessante (F, 12/4/2006).

A vantagem é justamente a estrutura coletiva de resposta à uma situação que chega pra você; vem a psiquiatria trazer um conhecimento, a psicanálise traz outro, [...] a enfermagem acaba dando a sua contribuição quando discute realmente a relação, vem o serviço social discute essa articulação que a pessoa tem com o social, e essas pessoas (profissionais), com seus conhecimentos, vão socializando esse conhecimento pra dar a resposta às fragilidades ou às potencialidades de vida que essa pessoa traz (GIRASSOL, 20/3/2006).

Acho que a grande vantagem é que a gente quebra a lógica hospitalocêntrica que era muito centrada no médico, na figura do médico, naquilo que o próprio médico decidia do tratamento, hoje quem decide é a equipe multiprofissional [...] (VIK, 24/3/2006).

Ah! Muitas, eu acho, em primeiro lugar, essa possibilidade da troca interdisciplinar; porque eu acho que cada um tem um tipo de contribuição diferente, um saber que te ajuda a pensar com mais amplitude o próprio trabalho, o próprio paciente, e, eu acho que quebra um pouco certas relações de poder; também, assim, o fato de a gente lidar com situações que são muito pesadas para alguém estar lidando sozinho, então quando você sente essa coisa da equipe, quando tem um paciente que está muito comprometido ou que tem risco de vida, a gente se sente muitas vezes angustiada por aquele paciente e você tem a equipe pra te dar um respaldo, pra estar pensando junto. Acho que isso é, sem duvida, algo que gratifica também (P, 17/3/2006).

Primeiro, agregar conhecimentos, se a equipe for multidisciplinar, que não quer dizer interdisciplinar, mas a princípio se ela for multidisciplinar a possibilidade de trocas de conhecimento de várias áreas realmente acaba sendo muito rica; são vários olhares sobre uma mesma questão, vários pontos de vista. Quando o trabalho de equipe é interdisciplinar, as pessoas acabam trocando mesmo, saindo, as vezes, do seu campo de formação, podendo estar se estendendo em outros campos, acaba sendo mais rico ainda. Num trabalho como o CAPS é necessário (o trabalho em equipe). Eu não consigo ver o trabalho que não seja em equipe porque pra você atender um usuário você precisa de uma equipe, pra você abordar o usuário, uma família, receber uma família precisa de vários olhares, enfim, de várias formações, vários olhares técnicos, da parte de

enfermagem, psicologia, da arte, serviço social, então, isso é importante (LÉLI, 4/4/2006).

O reconhecimento de outras dimensões no processo saúde-enfermidade, que não estritamente a biológica, traz a tona a questão da interdisciplinaridade¹⁵, pois na busca da integralidade da assistência a atuação de um único saber profissional não é suficiente. No processo da Reforma Psiquiátrica o campo da saúde mental é chamado a refazer-se por inteiro, ampliando o seu foco de abordagem e procurando romper com as delimitações dos saberes tradicionais na área. Busca-se uma nova recomposição de conhecimentos, sustentados sobre um conjunto de rupturas e novas premissas, e não apenas um novo somatório ou rearranjo simples dos saberes especializados. Desta forma, diversos campos de saber, implicados na assistência em saúde mental, são envolvidos na teorização e nas novas práticas de cuidado (VASCONCELOS, 2000a).

A pesquisa realizada indicou que 66,3% (correspondente a oito dos doze profissionais que responderam o formulário) dos profissionais consideram que existe interdisciplinaridade no atendimento ao usuário no CAPS Ponta do Coral. As falas relacionadas na seqüência apresentam a concepção dos profissionais sobre interdisciplinaridade e indicam a respectiva compreensão sobre a importância desta no atendimento ao usuário.

A gente poder ter o que a gente chama de clínica ampliada, essa multidimensionalidade que nos permite atacar o problema de várias formas e, portanto, oferecer diversas formas de atendimento, desde o medicamentoso até o serviço social, as oficinas, as oficinas expressivas, a arte, etc. (F, 12/4/2006).

Eu acho que em primeiro lugar isso, assim, é um olhar mais amplo para a condição daquele paciente. Cada profissional tem um aspecto que acentua, pela sua vida, pela sua formação; o educador artístico tem uma outra estratégia, por exemplo, pra lidar com aquela queixa do paciente, o assistente social tem uma, o psicólogo tem outro olhar, assim, eu acho que pra mim soma, eu acho que é uma forma da gente também aprender, enriquecer a nossa análise, a nossa possibilidade de intervir; sem dúvida que é rico (P, 17/3/2006).

Alguns profissionais expressaram sua concepção de interdisciplinaridade observando que esta não é sinônimo de multidisciplinaridade e que nem sempre é possível fazer práticas interdisciplinares.

É justamente isso, poder compartilhar o conhecimento que cada disciplina traz, essa inter, mas realmente compartilhar isso e não a

¹⁵ Sobre os conceitos de multi, inter e transdisciplinaridade ver, entre outros, Vasconcelos, 2000a.

multidisciplinaridade; é pensar, coletivamente, saídas pra enriquecer a vida da pessoa e aí é sempre um pensar e repensar (GIRASSOL, 20/3/2006).

Então, essa idéia dessa troca de conhecimento pra poder ajudar o usuário, pra poder a equipe ter um suporte também, pra poder, num estudo de caso, por exemplo, trocar os vários conhecimentos, os vários pontos de vista e poder estar entrelaçando; então, é importante, mas nem sempre se consegue fazer (LÉLI, 4/4/2006).

Já nas falas que seguem é possível perceber a concepção de interdisciplinaridade mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade.

Cada profissional tem a sua especialização, e ele foi formado para atender determinadas características que aquele usuário precise, ou informações, e a própria atenção, e cada um tem uma formação específica e diferenciada; então, eu acho que quanto mais ampla, mais amplamente ele for avaliado, e receber essas informações, e esse tratamento, vai ser melhor pra ele; então, desde o serviço social, desde o atendimento psicológico, o atendimento médico, enfim, até ah! eu cortei meu dedinho, o que eu faço? Então, vai poder ser atendido ali, ser acolhido pelo técnico de enfermagem (J, 22/3/2006).

É muito importante porque cada profissão tem o seu conhecimento específico e contribui aí com o seu conhecimento. É necessário que cada um de nós tenha muito claro o seu papel aqui dentro pra que não vire uma salada mista e se dilua o que cada um faz, que é específico de cada um. Então, é importante que a gente tenha boa formação técnica, específica da saúde mental pra que a gente possa chegar numa equipe que trabalha sob o paradigma do campo psicossocial, e que de fato possa ser multi, no sentido do atendimento, e aí, assim, no campo psicossocial, aqui no CAPS, por exemplo, a gente vê a necessidade de os profissionais trocarem mesmo, porque surgem muitas demandas, são muitas necessidades do usuário, é um campo novo. Então, assim, tem n coisas que vai se descobrindo, que cada área contribui diferentemente, mas ao mesmo tempo de forma conjunta. Então, o psicólogo, obviamente, ele tem mais elementos pra entender a parte clínica, o assistente social tem mais elementos pra entender a parte previdenciária, da assistência social desse usuário, que também é importante, muito importante pra ele, o médico tem o conhecimento sobre os psicofarmacos, sobre essa parte mais específica da medicação, e assim a gente vai trocando (VIK, 24/3/2006).

Com relação a este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005) observam que, no Brasil, a interdisciplinaridade faz parte do discurso politicamente correto, garantindo seu estabelecimento como princípio, traduzido na expansão cada vez maior dos territórios profissionais e na fusão dos saberes. O discurso da multi e da transdisciplinaridade é relativamente bem conhecido e aceito em nível intelectual, mas as práticas institucionais apontam, paradoxalmente, para fortes resistências, isolamento e hiperespecialização.

De acordo com os autores, para que estas ações multidisciplinares se tornem efetivas há necessidade de estratégias e planos, que visem a harmonização da convivência para que esta não seja imposta, mas compreendida e desejada pelos profissionais. Na prática, o momento é de impasse, pois multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade existem em tese e como imposição de comando, mas não se concretizam, ainda, como prática planejada, efetiva e eficaz (OLIVEIRA; DORNELES, 2005).

Ainda segundo os referidos autores, uma verdadeira transdisciplinaridade não está nem mesmo no horizonte das instituições de saúde mental brasileiras. Este é um dilema fundamental no processo da reforma psiquiátrica, que depende de ações integradas (órgãos reguladores do ensino superior, programas universitários, instituições e serviços de atendimento) para cumprir sua missão de transcender as práticas manicomial e os territórios de dominação e poder estabelecidos entre as disciplinas que formam a saúde mental.

3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações

A importância do projeto terapêutico dos CAPS recai sobre a responsabilidade de que todo o trabalho desenvolvido em cada unidade deve ser realizado em um ambiente terapêutico. Isto significa que tanto os atendimentos individuais, grupais como a convivência no serviço tem finalidade terapêutica. Cada CAPS deve ter um projeto terapêutico, que leve em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais, as iniciativas de familiares e usuários e o território onde se situa, com sua identidade, sua cultura local e regional (BRASIL, 2004).

O CAPS Ponta do Coral conta com projeto terapêutico do serviço, o qual, segundo 75% dos profissionais que responderam ao formulário, foi planejado em equipe. Três profissionais referiram não saber sobre o planejamento em equipe por não fazerem parte desta a época.

O sistema atual de atendimento no CAPS Ponta do Coral difere da maioria do adotado pelos serviços desta natureza. Em geral, os CAPS realizam a assistência ao usuário

no modelo de TR¹⁶. O CAPS Ponta do Coral oferece atendimento sob a ótica da regionalização. Ou seja, como o serviço não é territorializado, é o único na modalidade, na cidade e no município, a equipe técnica foi subdividida em pequenos grupos ou mini-equipes de dois e/ou três profissionais, sendo cada uma destes responsáveis por uma das regionais, que é onde o usuário mora. Esta proposta foi pensada e implementada há quase dois anos, quando os profissionais identificaram dificuldades em atender no sistema de Terapeuta de Referência (TR) toda a demanda existente. Tal estratégia utiliza-se do sistema de divisão por regionais da Secretaria Municipal de Saúde. Ao total são cinco Regionais de Saúde, Leste, Norte, Sul, Centro, Continente, distribuídas espacialmente na área geográfica do município. Nestas regionais, foram implantadas, recentemente (a partir do final do ano de 2005 e início de 2006), equipes de atenção em saúde mental, compostas por um médico psiquiatra e duas ou três psicólogas em cada uma das Regionais de Saúde.

De acordo com o projeto terapêutico do serviço, as atividades desenvolvidas são: psicoterapia, atenção medicamentosa, atendimentos de emergência, grupo terapêutico, oficinas terapêuticas¹⁷, assembléia de técnicos, usuários e familiares, visitas domiciliares, articulação com entidade, programas e serviço, atividades de formação e pesquisa, reuniões de equipe, reuniões clínicas de casos¹⁸.

Conforme as determinações da Portaria GM/MS Nº 336/2002, a assistência prestada ao usuário no CAPS deve incluir atendimento individual, em grupo, atendimento à família, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades comunitárias, enfocando a integração do portador de transtorno mental na comunidade e sua (re)inserção familiar e

¹⁶ Este sistema de atendimento é desenvolvido na maioria dos CAPS e constitui-se do acolhimento da pessoa quando de sua chegada ao serviço por um dos profissionais da equipe. A partir daí é traçado um projeto terapêutico com o usuário e o profissional que o acolheu passará a ser uma referência para ele. O Terapeuta de Referência (TR) tem a responsabilidade de monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo as atividades e a frequência de participação. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, discutindo com o usuário e com a equipe técnica do CAPS (BRASIL, 2004, p. 16).

¹⁷ São oferecidas as seguintes oficinas: oficina de cerâmica, oficina de artes plásticas, oficina de mosaico, oficina de jogos, esportes e lazer, oficina de tapeçaria, oficina de trabalhos manuais, oficina da terra, oficina de jornal, oficina de velas, oficina de leitura, oficina de música, oficina brechó, oficina de teatro, oficina de formação política, oficina de fotografia. Destas, as oficinas de cerâmica, velas e mosaico são produtivas, ou seja, sua produção é comercializada. Cabe destacar que algumas oficinas podem estar em funcionamento ou não, em determinado período de tempo, de acordo com a disponibilidade de técnicos para acompanhar, de condições materiais para o funcionamento e da demanda de usuários.

¹⁸ A descrição e o objetivo de cada atividade pode ser consultado no Projeto Terapêutico do CAPS II Ponta do Coral (2004), ou a partir do projeto de Estágio curricular em Serviço Social de Stuari (2005).

social. A depender do projeto terapêutico de cada usuário, o CAPS poderá oferecer as seguintes modalidades de atendimento: atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo¹⁹.

Já com relação ao planejamento das ações, 50% dos profissionais consideram que este existe. Cabe lembrar que ao questionarmos os participantes da pesquisa sobre este fator, estamos nos referindo ao planejamento estratégico, aquele voltado para uma visão ampla, global e de longo alcance da organização/instituição, baseado na análise do contexto e com a finalidade de buscar alternativas de ação. No entanto, alguns dos entrevistados observaram estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação objetivo e sistemático dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declararam não existir processo de planejamento e avaliação das ações do serviço, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

As falas relacionadas a seguir demonstram o tipo de planejamento existente no CAPS e como este acontece.

Bom, o planejamento é feito mais ou menos assim: chega uma época do ano em que a Secretaria (SMS de Florianópolis) nos pede um planejamento e aí, geralmente isso é com uma semana no máximo de antecedência, é aquela correria, a gente monta um plano básico de trabalho etc., mas é muito mais pra cumprir a obrigação. A gente tem um projeto terapêutico que é amplo, que é do serviço todo, e a gente vai, com esse projeto terapêutico a gente vai ajustando as atividades e aquilo que a gente pretende alcançar, mas não há um planejamento muito formalizado, não há um processo de planejamento, até porque é tudo muito fragmentado, o que a gente planeja aqui, boa parte depende desse recurso financeiro, depende do apoio da Secretaria, que é sempre uma coisa incerta. Então, em termos de planejamento a coisa fica sempre muito precária. Em termos de avaliação é mais precário ainda, a gente não tem indicadores; novamente, no final do ano, aí a Secretaria pede um relatório do que foi feito, a gente faz um levantamento geral, mas ele é descritivo, ele não é avaliativo, a gente não sabe de fato quais são

¹⁹*Atendimento intensivo* – atendimento diário, oferecido à pessoa que se encontra em grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento semi-intensivo - nessa modalidade, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Este tipo de atendimento é oferecido quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento não intensivo – oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até 3 dias no mês. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário (BRASIL, 2004, p. 16).

os efeitos que a nossa intervenção produz; claro, a gente tem uma certa dimensão pelo contato direto com os usuários, fulano que não interna a tanto tempo, ou fulano que voltou a trabalhar, ou que resolveu pelo menos algumas coisas que eram mais complicadas na sua vida, isso a gente tem, mas não tem um processo de avaliação estruturado que nos permita dados com visibilidade maior (F, 12/4/2006).

Neste sentido, destacamos que, a nosso entender, a função planejamento deve orientar todas as ações no dia-a-dia das organizações. O planejamento é o processo de estabelecer antecipadamente a finalidade da organização/instituição, definir os objetivos e prever as atividades e os recursos necessários para atingi-los. Planejar é uma forma de pensar o futuro da organização/instituição, definindo o que fazer, como, quando e com recursos. Nesse processo, é importante considerar que as organizações/instituições estão inseridas num contexto constituído pela sociedade, pelo Estado e por outras instituições que influenciam suas decisões (TENÓRIO, 2000).

Alguns profissionais referiram-se, especificamente, ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, reuniões clínicas e na supervisão de equipe. Segundo estes, é na reunião de equipe mensal que se planejam mais as ações, estas entendidas como a definição dos grupos terapêuticos ou oficinas que vão ter, o objetivo e a finalidade destes, a demanda etc..

Mensalmente, a gente tem uma reunião de equipe, que tem um pouco esse objetivo, de planejar e avaliar o que é feito. Além dessa reunião mensal a gente tem dois outros momentos semanais, que é um na quarta-feira outro na quinta-feira, que a gente chama de reunião técnica, [...] mas isso se dá muito no cotidiano também, na assembléia geral do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Ele acontece em reunião de equipe, uma reunião mensal, a gente planeja grupos, planeja..., então.., acontece, primeiro tem uma reunião mensal da equipe e reunião duas vezes por semana, que são os estudos de caso; agora, a avaliação, acontece em reunião de equipe mais; o planejamento, por exemplo, como abordar um determinado caso, como ajudar, de como servir a família, o trabalho, é feito durante a semana nos estudos de caso, e nós temos a supervisão, que é um espaço que também acaba se fazendo uma avaliação, a supervisão de equipe (LÉLI, 4/4/2006).

Outras falas detalharam as conseqüências da falta de um processo sistemático de planejamento e avaliação das ações, inclusive fazendo análise dessa problemática em relação as instituições públicas em geral.

Eu acho que esse é um problema, acho que falta muito; por exemplo, se você esta aqui fazendo a avaliação da política a partir do olhar dos profissionais, eu, nesse momento, tenho tido muito incomodo diante da

necessidade que eu vejo de avaliar as ações, de avaliar os pacientes, e a gente não tem uma forma sistemática de fazer isso; por exemplo, a gente não tem um instrumento de captação do trajeto do paciente dentro do CAPS, a gente não anota algumas coisas, os prontuários também deixam muito..., as vezes a gente não faz registro nos prontuários e mesmo quando a gente faz ele não tem, assim, por exemplo, uma sistematicidade, o que é que eu vou enxergar, como é que eu vou ver se aquele paciente está melhor ou está pior depois que ele está aqui, então, a gente não tem esse instrumento; e, o planejamento, é feito um planejamento terapêutico com o paciente; o planejamento do nosso serviço é mais ou menos...., funciona, assim, com as oficinas, não é um planejamento rigoroso, a cada período a gente senta e reorganiza não, tem algumas diretrizes gerais, eu acho que em termos práticos falta muito dos dois lados, planejamento das nossas atividades, por exemplo, as vezes naquele roldão a gente vai fazendo, vai fazendo, e, também, a avaliação da eficácia, do que realmente aquilo está resultando pra vida do sujeito, se ele está realmente conseguindo chegar mais próximos desses lugares que a gente apregoa como princípios da saúde mental - autonomia, dessas coisas que a gente também fala: relação com o trabalho, relações, laços sociais; então, a gente não tem esse (instrumento de planejamento e avaliação), eu acho que falta (planejamento e avaliação) [...] Na verdade eu acho que esse é um problema das instituições públicas em geral, eu acho que tem uma grande resistência no Brasil a qualquer critério de avaliação, porque, esse discurso, a retórica da igualdade, ela exatamente vai na contramão de um processo meritocrático, ou seja, você avaliar também por mérito; você tem que criar esse tipo de instrumento; a prefeitura não tem, nunca teve uma avaliação nos anos que estou aqui que medisse o desempenho profissional, principalmente aqui, que a gente lida com pessoas que estão aqui pra se tratar, e a gente não sabe se a pessoa...., a gente vai olhando um caso ou outro; não existe um processo institucional de avaliação, nesse sentido (P, 17/3/2006).

Em geral, as organizações precisam de um processo de avaliação que realize uma revisão dos objetivos e metas alcançados e daqueles a serem atingidos. O planejamento e a avaliação são a oportunidade de fazer uma pausa e examinar a situação da instituição.

Não obstante, as políticas públicas no Brasil vêm se estruturando de forma descentralizada, com responsabilidades de organização e financiamento partilhadas entre a União, Estados e Municípios, cabendo a estes últimos a execução dos serviços de atenção direta à população. Deste modo, os processos de avaliação de serviços de saúde mental devem ocorrer no âmbito municipal. Segundo Dias (2002, p. 2)²⁰, este desafio coloca no debate o aspecto de como avaliar o funcionamento de um serviço de saúde mental, que está

²⁰ A autora realizou um trabalho de construção coletiva de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental junto aos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre; uma apresentação resumida dos resultados pode ser consultada em DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental.** In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

inserido num novo patamar conceitual e tem como tarefa não reproduzir uma prática de tutela, com ênfase na patologia, mas de incluir o sujeito portador de transtorno psíquico no planejamento e na execução das ações terapêuticas, numa nova relação que garanta a viabilidade do exercício da cidadania numa sociedade desigual. Ou seja, as dimensões de mudança conceitual, realidade social e política pública de saúde de âmbito municipal, tornam complexa a adoção de processos de avaliação.

A fala descrita na seqüência especifica o processo de planejamento e avaliação no que se refere a ação interventiva profissional no tratamento ao usuário, destacando que não existe um processo sistemático de planejamento e avaliação com relação as ações do CAPS.

O planejamento e a avaliação das ações do CAPS, eles acontecem só de uma forma muito primária ainda, nós temos [...] o planejamento e avaliação da ação do profissional a título de intervenção em relação ao usuário existe de três formas: primeiro, casos clínicos, que aqui nós fazemos reuniões de casos clínicos, quarta-feira das 8 às 9 horas e quinta-feira das 11h30min às 12h30min pra discutir a questão do caso clínico de pessoas; outra forma, construção de projetos terapêuticos ou revisão dos projetos terapêuticos na reunião da regional, cada regional, que são cinco, fazem suas reuniões pra discutir o planejamento e avaliar a vida dessa pessoa nas regionais, e a outra, especificamente do CAPS, a título de gestão, é a reunião de equipe, que você presenciou semana passada, aí é um outro momento de planejar e avaliar, porém, ressalvo, não se tem algo mais fidedigno, ou academicamente falando, que nos ampare pra fazer essa avaliação; então, é extremamente necessário nós termos supervisão, termos pesquisadores, que nos ampare no sentido de avaliar o serviço, avaliar nossa prática, avaliar a autonomia do usuário; a grosso modo nós temos, mas é muito de senso comum; então, precisa cientificar ou legitimar, regularizar, tornar mais fiel esse tipo de avaliação, a grosso modo temos, agora, com mais rigor, por escrito, não temos (GIRASSOL, 20/3/2006).

Sabe-se que a ausência de um processo de planejamento estratégico e avaliação sistemática comprometem a efetividade dos objetivos propostos. Conforme destaca Dias (2002), o cenário da Reforma Psiquiátrica requer tanto uma multiplicidade de respostas à sua plena implantação como para a avaliação de seus resultados. Contudo, é importante ressaltar que a especificidade das ações em saúde mental demanda a adoção de um método participativo, com o fim de superar o caráter unidimensional, comum em avaliações tradicionais.

A avaliação participativa já é uma exigência nas políticas sociais, decorrentes da pressão social pela garantia de acesso a bens e serviços públicos. Por analogia, a

construção de indicadores de avaliação também pode ser participativa, com a contribuição dos sujeitos inseridos na esfera municipal, responsável pela execução da atenção em saúde mental. Para a autora, apesar de certa reserva científica pela adoção desta sistemática metodológica, o seu valor está no alcance social de incluir os responsáveis pela execução de determinada ação, na sua construção e sistematização (DIAS, 2002).

3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento

Conforme já destacado neste trabalho os hospitais psiquiátricos são instituições representativas do modo asilar enquanto os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico de exercício das práticas de atenção psicossocial, do modo psicossocial.

O modelo de assistência do modo psicossocial destaca-se por seus meios básicos de tratamento (rede diversificada de serviços territorializados), e pela importância decisiva que se atribui ao sujeito na sua mobilização como participante principal do tratamento. Neste, considera-se o indivíduo como pertencente a um grupo familiar e social, o que supõe que se deve trabalhar, também, a família e o grupo social, como agentes das mudanças buscadas.

Já no modo asilar a organização institucional é marcada por estratificações de poder e saber, no âmbito das relações profissionais e da instituição, as quais transladam para a relação com os usuários e a população. Estes são excluídos de qualquer forma de participação, enquanto que no modo psicossocial, participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais.

Na pesquisa realizada, a maioria dos profissionais entrevistados referiu conhecer sobre a forma de atendimento no hospital psiquiátrico, seja por visitas, atuação profissional, contatos institucionais, relato dos usuários que estiveram internados.

No que se refere as diferenças no atendimento prestado pelo CAPS em relação ao hospital psiquiátricos, os entrevistados consideraram que existem diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência de um só discurso, o médico psiquiátrico do hospital e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial em contraposição ao tratamento igual para todos

das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Eu acho que é diferente em vários aspectos, primeiro, são essas diferenças que eu digo que são de base, sobre a Reforma Psiquiátrica e a função de um CAPS nesse processo de reforma. Existe por parte da maioria da equipe uma convicção de que a nossa função é evitar a internação e de uma certa maneira poder fazer substituição a essas instituições tradicionais; deslocar a centralidade do sistema pra um serviço aberto, que seja interdisciplinar, ou seja, onde você não tenha um discurso único dando a orientação, que no caso é o discurso psiquiátrico nas instituições (tradicionais); você tem essa multidimensionalidade então você pode compartilhar o discurso; em relação ao próprio atendimento, começa na forma do acolhimento, eu acho que o nosso acolhimento é bom, ele tem condições de receber a pessoa, de entender o que ela está procurando, o que ela está precisando, quais são as suas necessidades; a gente tenta de alguma maneira envolver família embora com dificuldades, mas a gente tenta e tenta principalmente manter a vinculação ou criar novos vínculos desse usuário; o projeto terapêutico que é individualizado também é outra coisa fundamental, que aí a gente quebra com a lógica tradicional de que todos recebem o mesmo tratamento, é a mesma medicação, são os mesmos horários, são as mesmas atividades pra todo mundo, não, a gente procura justamente ao levar em consideração essas características que são mais individuais, são mais singulares, a gente procura atender e levar em conta esses aspectos, então, isso pra mim já é muito diferente, além do que a gente procura o tempo todo ou minimizar ou quebrar mesmo a hierarquia, instituindo certas formas que evitam que a hierarquia se cristalice de maneira muito brutal, pra você não ter um deslocamento de poder dentro do serviço, que seja prejudicial pra todo mundo, igual no hospital (F, 12/4/2006).

A relação entre profissional e usuário foi destacada como diferencial por todos os entrevistados, conforme pode ser observado a seguir.

A relação entre o profissional e o usuário, pra mim, a maior diferença é essa relação interinstitucional ou interpessoal; é a forma como se dá, porque as ações também são diferentes, porque existem oficinas terapêuticas, existem os grupos terapêuticos, existem os atendimentos, mas esse modelo de atendimento pode também ocorrer numa outra instituição, ou mesmo num CAPS, mas se a relação de profissional e usuário não estiver pautada no respeito, uma relação sujeito-sujeito onde se possa esse serviço, obviamente, quando ele estiver num bom nível de participação, num bom nível de reabilitação, mas também..., o fundamental é isso, é estar pra além da instituição, estar pra relação do usuário com o profissional, e claro, o espaço também, o espaço físico tem que ter qualidade, a gente vê aqui um espaço super bom aqui no caso, as propostas de atendimento, como que são colocadas, como que é olhado esse usuário, esse usuário está junto no pensar da instituição, mas a cima de tudo assim, entender como cidadão de direitos, de respeitá-lo (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que tem um maior reconhecimento da condição subjetiva do paciente, acho que um certo respeito. Hoje, a Colônia Santana tem tido mudanças, tem uma política que também..., na verdade a política do Ministério também visa atingir as instituições mais asilares, os hospitais também estão mudando..., talvez seja mais lenta, aqui, a gente já chegou com uma outra perspectiva de trabalho; eu acho que a equipe toda, de forma geral, tem uma sensibilidade pra esse respeito pelo paciente, pelo outro, procura, na medida do possível, não estabelecer uma relação de poder; eu acho que aqui, por exemplo, a recepção é muito bem feita, os vigias também são pessoas que entraram no clima, assim, talvez já seja deles, mas entraram no clima do CAPS; acho que todos têm um compromisso com isso, um valor digamos; também, talvez seja deste CAPS, eu não conheço tantos outros CAPSs; eu acho que é uma relação diferenciada, na medida que você está aqui com esse objetivo de que a pessoa assuma a própria vida, contribuir para que isso aconteça; isso implica em ter pelo menos um respeito, um reconhecimento do outro (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p.10) destacam que o papel do técnico se transforma quando ele se coloca sob outros princípios; “se ele faz funcionar a tecnologia da doença mental, fortalece o dispositivo psiquiátrico. Mas, se transforma sua forma de intervenção, trabalha no sentido da desmontagem desse dispositivo”. Segundo os autores, isso significa pôr em funcionamento um dispositivo de desinstitucionalização e reinserir a complexidade dos problemas com os quais lida. Significa ainda abrir mão das interpretações da loucura segundo erro, incapacidade, inferioridade, doença mental, e potencializá-la como diferença, um modo diferente de relação com o mundo. Enfim, não usar o saber como técnica normativa, mas como possibilidade de criação de subjetividades. A técnica deixa de ser instrumento da violência quando a prática funciona como uma desconstrução da clínica.

As falas que seguem referem-se ao atendimento aberto e as possibilidades de escolha que o CAPS oferece em contraposição ao isolamento e segregação gerados pela internação hospitalar prolongada.

Em primeiro lugar o atendimento no CAPS é um atendimento, vou usar a palavra, aberto, ou seja, pra começar o usuário ele não fica internado aqui, mesmo se em algum momento tiver o CAPS III, é diferente. Ele vem, ele faz o trabalho dele, a sua terapia, durante o dia, e ele volta, quando, no caso tem família, pra casa; então, primeiro lugar a idéia do CAPS, o trabalho do CAPS não é segregar e isolar; quando o usuário vai para o hospital, eu acho que seja ele em qualquer campo da saúde, mas vai para o hospital e fica internado trinta dias, quinze dias, ele já esta sendo isolado do convívio com a família, do convívio social, ou seja, acaba perdendo progressivamente o contato com as pessoas e com o grupo social mesmo, e acaba sendo destituído das suas práticas pequenas, como desde pegar um ônibus, fazer sua comida, ir no

supermercado; no momento em que uma pessoa é colocada em um hospital e fica um mês, ele acaba perdendo o contato com essas mínimas..., não é nem com o mundo lá fora, mas com as mínimas coisas que ele teria em casa, na sua casa, enfim, ele perde tudo isso como se fosse realmente uma pessoa que não tem possibilidade nenhuma de fazer nem um café, enquanto o CAPS possibilita isso, acho que o CAPS ele, independente dos problemas que tem, acho que ele mostra que não, você ainda, apesar da sua crise, com a sua crise, com todas as limitações que as vezes um surto pode oferecer do ponto de vista cotidiano, você ainda pode fazer algumas coisas sim, como pegar um ônibus pra ir e voltar pra casa, fazer a escolha do seu planejamento terapêutico, vem aqui escolhe, em parte, o que gostaria de participar (LÉLI, 4/4/2006).

Assim, a possibilidade do usuário no CAPS de ter voz ela é muito maior do que nas outras instituições, as outras eu não vou generalizar, mas em algumas, as asilares, esses hospitais são.., enfim, crônicos até pela dificuldade mesmo de antes você pensar em ter outra alternativa que não a trancar e deixar lá e não tem medicação, não tem nada disso, estou falando de bem bastante tempo atrás, e isso ficou e se perpetuou, então, eu acho que a possibilidade do usuário aqui, no CAPS, nos CAPS, e até mesmo nos ambulatórios, acho que hoje em dia não é só CAPS que permite isso, é fazer parte como contribuinte do próprio tratamento, então isso é o que diferencia do paciente internado, vamos dizer assim, em São Paulo, no Vera Cruz, que é um hospitalização e tal, diferente de outros, tem algumas dessas internações que são diferentes, mas essa relação aí de profissional e usuário ela é mais aberta, é mais ampla, além do CAPS, especificamente, oferecer algumas possibilidade; então, a possibilidade de trabalhar em uma oficina, dessa oficina ter uma renda, que, assim, é um entrave no sentido que eles se sentem muito limitados e não só se sentem como eu acho que muitas doenças incapacitam mesmo, são incapacitante, a esquizofrenia é uma delas, e é a nossa clientela aqui, a maior parte é de pacientes com esquizofrenia; a própria esquizofrenia já altera, vamos dizer assim, na cognição, na parte de planejamento, de você conseguir realmente se estruturar para trabalhar; tem umas pessoas que não conseguem nem ter o início, a iniciativa, ela é minada com a esquizofrenia, e aqui tem uma possibilidade, mesmo que essa possibilidade seja fazer oficina e ganhar uma renda, mesmo que, assim, seja só..., não é o valor que importa, é simbólico (J,22/3/2006).

O relato a seguir explicita epistemologicamente e em termos técnico-assistencial a diferença entre o modelo de atenção tradicional/hospitalar e o modelo de atenção psicossocial.

Primeiro, em relação a concepção da pessoa e em relação a concepção dos próprios meios de trabalho; na instituição psiquiátrica predomina o modelo manicomial/asilar como a gente chama, que daí vai olhar a pessoa enquanto doença, enquanto diagnóstico, aqui, no CAPS, a gente olha os seres humanos enquanto pessoas, enquanto a existência de um sofrimento, o que podemos fazer pra minimizar esse sofrimento da pessoa, então, essa é a primeira diferença que tem, quem é essa pessoa, que no modelo manicomial acaba sendo vista mais como diagnóstico, como um doente, isso que eu sempre falo, essa iatrogênia que o modelo

manicomial acaba inserindo na pessoa, você é um doente, vai ter que tomar remédio pra vida toda, e o máximo que você pode chegar é um portador de transtorno mental em recuperação, isso é uma das diferenças, outra é a própria concepção de saúde/doença que existe; as formas de organização dos dois modelos, são modelos diferentes, um é mais centralizado no psiquiatra, na instituição psiquiátrica, o no CAPS seria mais centralizado na equipe e, principalmente, nos usuários; a forma de relação com a clientela ou com o usuário, no modelo manicomial, é sempre uma relação hierárquica, de cima pra baixo, no CAPS, sempre uma relação, ou a gente tenta sempre ter uma relação horizontal; e a própria questão do que é bom ou não é bom pra pessoa, a pessoa tem que dizer o que é bom pra ela e, as vezes, no hospital, são os profissionais que já dizem o que deva ser bom pra ela, ou seja, a grande diferença que existe é: quem decide o que? No hospital as pessoas decidem sobre a vida da pessoa, eu acho que no modelo psicossocial é a pessoa que compartilha a decisão da sua vida (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme destaca Rotelli (1990), no manicômio (modelo/tradicional) a sociabilidade é reduzida a zero. A tutela, a internação tem a única finalidade de subtração das trocas, de estabelecer relações de mera dependência pessoal. Enquanto que a emancipação terapêutica (que se torna o objetivo substituto da "cura") só pode ser (cientemente) a mobilização de ações e de comportamentos que emancipem a estrutura inteira do campo terapêutico. Assim, o problema que se coloca aos novos serviços (CAPS) não é cura (a vida produtiva), mas sim a produção de vida, de sentido, de sociabilidade.

Neste aspecto, pode-se considerar a proposta basagliana de *colocar a doença entre parênteses* para assim direcionar o olhar ao sujeito em sofrimento e não à doença. Essa é uma questão fundamental, pois é o movimento de *tomada de responsabilidade* (DELL'ACQUA, 1992) individual e coletiva que se constitui como meio para a transformação institucional e para o processo de desconstrução. A cura cede espaço à emancipação, mudando a natureza do ato terapêutico, que agora se centra em outra finalidade: produzir autonomia, cidadania ativa, desconstruindo a relação de tutela e o lugar de objeto que captura a possibilidade de ser sujeito (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3 Participação do usuário e da família no tratamento

De acordo com as diretrizes da atenção em saúde mental do modelo psicossocial, o protagonismo dos usuários é fundamental para que seja alcançado o objetivo do CAPS de se constituir como dispositivo de promoção da saúde e da reabilitação psicossocial. Os

usuários e familiares devem ser chamados a participar das discussões sobre as atividades terapêuticas do serviço. A equipe técnica deve trabalhar de forma a estimulá-los a participar de forma ativa do tratamento e da construção de laços sociais. Entre os tipos de atendimento que o CAPS pode oferecer está o atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, de lazer com familiares (BRASIL, 2004).

Na seqüência deste item analisaremos as formas criadas pelo CAPS Ponta do Coral para envolver ativamente usuários e familiares no processo terapêutico, seja com relação ao projeto terapêutico individual, ao atendimento e a participação das famílias no tratamento.

3.3.1 Planejamento terapêutico individual

Conforme as determinações da política de atenção em saúde mental, cada usuário deve ter um projeto terapêutico individual, composto por um conjunto de atendimentos personalizado, que respeite as particularidades, necessidades de cada pessoa e proponha atividades durante a permanência diária na unidade e fora dela (BRASIL, 2004).

O atendimento no CAPS oferece projeto terapêutico de tratamento individualizado, o qual é pensado e avaliado com a participação do usuário. A fala relacionada a seguir detalha como acontece o planejamento do tratamento.

O primeiro passo desse projeto terapêutico ele é feito na entrevista inicial, que é basicamente a entrada desse usuário no serviço; então, a gente pensa uma programação mínima, levando em conta as necessidades, as condições, os limites e as capacidades do usuário e, quando a gente pode contar, com a família também. Além disso, uma vez por mês, [...] tem o encontro da Regional, e os usuários dessa Regional podem reelaborar o seu projeto terapêutico, a gente faz a revisão, a gente discute como é que está sendo esse projeto, se está sendo interessante, que ganhos, se está havendo ganhos ou não, se a pessoa está se sentindo contemplada de alguma maneira e tal, e aí a gente faz as alterações que a gente discute e acha necessário (F, 12/4/2006).

Com relação a forma como o usuário participa do processo de planejamento do seu tratamento, os entrevistados colocaram que é através da manifestação das preferências,

opções e desejos dele, dentro das possibilidades que o CAPS oferece. Nas falas relacionadas é explicitado qual a participação do usuário e do profissional no planejamento do projeto terapêutico de tratamento.

Quando o usuário chega no serviço, encaminhado de algum outro (serviço), ou de um hospital, ou de uma unidade local de saúde, ou por demanda espontânea é feito o acolhimento, onde a gente usa uma entrevista inicial pra fazer uma coleta de dados, ali resgata um pouco da história que o próprio usuário vai estar contando, e, então, nesse momento é feito o projeto terapêutico; inicia-se o projeto terapêutico, não que ele tenha que se esgotar nesse momento inicial; uma pergunta que a gente sempre faz pra ele é do que ele precisa, como a gente vai poder ajudar, então, a partir daí a gente oferece o nosso leque de atendimentos, o nosso projeto terapêutico do CAPS, e aí vai se construindo dessa forma (VIK, 24/3/2006).

Em geral a gente faz isso quando ele chega, na entrevista inicial, a gente pede pra que ele diga, a gente apresenta o que a gente tem; a gente pede que ele diga o que ele gostaria de estar fazendo, o que ele fazia, quais as preferências que ele têm, se ele não sabe, em algumas situações, a gente sugere que ele venha participar de algumas oficinas para ele, por exemplo, escolher; então, assim, é feito muito respeitando o desejo do paciente, o que ele gosta mais, as preferências dele; agora, se a gente vê que o paciente está muito ansioso, se ele precisa, a gente sugere um grupo terapêutico ou as vezes o atendimento individual; assim, não tem uma uniformidade, em geral a gente age assim (P, 17/3/2006).

Ele tem, esse projeto terapêutico, ele tem um primeiro momento, quando o usuário chega e faz a entrevista inicial é colocado com ele e oferecido, mostrado as possibilidades, o que o CAPS oferece em termos de terapia, desde grupos terapêuticos, atendimento individual e oficina, mas não é só oferecido, é também feito uma avaliação do técnico, o que ele pensa que, naquele momento, poderia estar ajudando aquele usuário, e é conversado com o usuário, muitas vezes acaba o usuário escolhendo tudo, escolhendo o que ele quer e o técnico tem pouca interferência, outras vezes o usuário quer algo que talvez naquele momento, por exemplo, atendimento individual, mas não tem vaga, não tem, os técnicos estão todos..., se tem alguém fazendo atendimento individual já não tem horário, então se entra em um acordo das possibilidades, dos desejos do usuário, e das possibilidades que o serviço oferece; isso é o primeiro momento, no segundo momento, ao longo do período do usuário aqui, vão tendo transformações, muitas vezes ele abandona aquele grupo ou oficina, que não era aquilo que ele achava que era bom, que ele gostava, abandona formalmente ou informalmente, simplesmente não vai, ou ele entrou em surto não veio mais, uma série de questões, então isso tudo é retomado, a gente tenta fazer a retomada na reunião das Regionais, reunião mensal, como é que está o tempo dele aqui, o que ainda se mantém fazendo, como ele está se sentindo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos entrevistados destacou que o projeto terapêutico de tratamento do usuário

é sempre pensado a partir da necessidade dele, o que ele traz de necessidade, o que ele traz de sonho, de vontade, de sofrimento, de

tristeza, então, o projeto terapêutico é sempre pensado, repensado, analisado, refletido, em cima da necessidade da pessoa (GIRASSOL, 20/3/2006).

É importante destacar que o planejamento do projeto terapêutico deve envolver o portador de transtorno mental como sujeito deste processo. A participação ativa do usuário na escolha do que fazer e na expressão de suas necessidades favorece a adesão e continuidade no tratamento, confere-lhe o exercício da liberdade de escolha e da cidadania. Neste processo, o ato terapêutico, quando não é mais fundado sobre a doença e não provém da autoridade médica, torna-se a própria organização coletiva, convertendo-se em *tomada de responsabilidade* e produção de subjetividade (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral

No plano teórico, a relação da família com o portador de transtorno mental é construída a partir do alienismo, como produto da sociedade moderna/burguesa. No interior desta perspectiva concentram-se dois entendimentos polarizadores: “o da família ameaçada pela eclosão da enfermidade, portanto, sofrendo suas conseqüências ou causadora da emergência do transtorno mental, assim culpabilizada por sua etiologia” (ROSA, 2002, p. 139). Historicamente, o segundo entendimento foi o que prevaleceu na maioria das abordagens teóricas na área da saúde mental, com uma relativa diminuição nos anos 1970, seguido de uma complexificação da compreensão do grupo familiar e de sua dinâmica, a partir dos avanços teóricos da leitura feminista e marxista. “Contemporaneamente, a inclusão do grupo familiar nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental; a assunção de sua condição de parceira e co-responsável dos serviços e a exigência de constituição de uma nova pedagogia institucional em sua abordagem atravessam a construção de uma nova relação entre o louco e a sociedade” (ROSA, 2002, p. 139).

Nesta direção, um dos objetivos do CAPS é incentivar as famílias a participar do cotidiano do serviço. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas importantes para o trabalho dos CAPS. Eles podem participar de diversas maneiras, incentivando o usuário a se envolver no projeto

terapêutico, participando diretamente das atividades do serviço, nas reuniões, assembléias, nas associações de usuários, técnicos e familiares, trazendo dúvidas, sugestões. A participação pode acontecer tanto nas atividades internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. (BRASIL, 2004).

A Portaria /GM nº 251/2002 constitui-se como mais um dispositivo na mudança das relações entre os serviços de saúde mental e a família à medida que prevê, no desenvolvimento dos projetos terapêuticos, o preparo para o retorno à residência/inserção domiciliar e uma abordagem dirigida à família no sentido de garantir orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento.

O atendimento aos familiares é uma das formas para que as famílias participem, conheçam o trabalho dos CAPS e passem a se envolver ativamente no processo terapêutico. Neste sentido, a família ganha visibilidade como protagonista, parceira dos serviços e co-responsável no provimento de cuidados do portador de transtorno mental.

Além disso, o avanço dos conhecimentos e entendimento de que os fenômenos humanos comportam uma multiplicidade de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos e éticos, inter-relacionados entre si, possibilitou mudanças na assistência às pessoas em estado de sofrimento psíquico. Essas puderam ser compreendidas na totalidade de sua condição existencial. E, o sofrimento, antes tomado apenas como algo individual, passou a ser visto como parte de um contexto onde outras pessoas estão envolvidas e também merecem cuidado e atenção.

No CAPS Ponta do Coral, na sua maioria, os profissionais afirmam que existe atendimento familiar, com ressalvas de um deles que referiu não existir atendimento familiar sistemático e outro que observou que existe atendimento familiar individual. As falas relacionadas expressam de que forma a família participa no tratamento do seu membro no CAPS.

A família participa não como uma preconização ou uma exigência do serviço; o que eu tenho visto é que a família participa aqui no CAPS na medida em que há uma necessidade, quando há necessidade do serviço conversar com a família ela é incluída, quando há uma necessidade da família pelo serviço ela procura, mas não é uma rotina todas as pessoas que vem aqui a família ser atendida, as vezes o usuário não quer saber da família, as vezes a família não quer saber do usuário e assim sucessivamente, ou seja, a família participa na medida que temos a clareza da necessidade, mas não é uma prática oficial do serviço (GIRASSOL, 20/3/2006).

Alguns casos sim, em alguns casos eles vem para a reunião mensal da Regional, ou vem para uma consulta com a psiquiatra, ou vem pra trazer o usuário que não consegue ainda vir sozinho, mas é muito restrita a

participação da família, normalmente ela vem mesmo quando a coisa está apertando, quando o usuário surtou, não está conseguindo segurar, quando ele está já nas últimas (LÉLI, 4/4/2006).

Os profissionais que afirmam a existência da participação da família no tratamento explicitam como esta acontece e como se dá o atendimento no serviço, observando o cuidado que existe em atender a família e o usuário juntos.

Sim, tem alguns usuários que vem acompanhado de familiares, as vezes nós chamamos a família, quando existe necessidade, e isso acontece assim no cotidiano, conforme realmente surge a necessidade; geralmente há uma relação muito conflituosa entre o usuário e família, geralmente o familiar mais próximo, referência mais próxima e aí a gente intervém, mais ou menos com dois objetivos, assim, um de pensar essa relação conflituosa, o que pode ser negociado aí pra viverem melhor, pra ter mais qualidade de vida nesse ambiente, que moram juntos, e o outro pra poder então capacitar, colocar elementos pro familiar sobre o tratamento, sobre os transtornos mentais, pra que ele possa ser um cuidador também, o que ele é, pra que ele possa se qualificar; então, uma outra coisa que eu penso é que esse atendimento familiar ele sempre tem que privilegiar a participação do usuário porque fica complicado falar do usuário sem ele estar presente (VIK, 24/3/2006).

Sim, a família participa, claro, na medida de cada caso; em geral, assim, a gente tem a disponibilidade de atender a família, então, muitas vezes, precisa de o paciente vir com a família em várias situações, e esse atendimento é dado; o grupo de família, também está tendo o grupo de família, as vezes é dado (o atendimento) a família daquele paciente; mas sempre a gente tem o cuidado de receber a família e atendê-la junto com o paciente, nunca assim..., não gerar essas fantasias perseguitórias por parte do paciente “tá falando o que de mim”; isso é mais ou menos quase uma regra aqui no CAPS, a gente atende junto com o paciente (P, 17/3/2006).

Os trechos das entrevistas relacionados a seguir descrevem as formas criadas pelo CAPS para oportunizar a participação da família no tratamento. Alguns profissionais referiram-se a um grupo de famílias que chegou a ser iniciado, mas que pela falta de adesão e outras dificuldades não funcionou mais.

Um pouco assim, o acolhimento na segunda-feira é um espaço que a família pode participar junto com o usuário pra relatar como é que foi o final de semana e pra relatar e como estão as atividades no CAPS; o outro espaço são as reuniões das Regionais de equipe, fora o trabalho individual, que, assim, eu acabo chamando muitas vezes, eu quero atender você na presença de um familiar, as vezes você precisa até forçar nesse sentido, de que a família compareça, faço cartinha, mando e aí atendo em consulta individual, mas não em grupo, não é uma abordagem psicoterápica, é mais no sentido de psicoeducação do que de terapia (J, 22/3/2006).

[...] existe um planejamento pra se atender família, um grupo de familiares a serem atendidos por psicóloga [...]; então, as formas criadas para oportunizar a participação da família é justamente quando ela vem, acompanha, que é aberto para os familiares participarem das oficinas junto com o usuário, então, sempre tem essa oportunidade e grupos específicos pra famílias que estão se tornando real (GIRASSOL, 20/3/2006).

É mais ou menos como eu te falei; então, assim, as vezes a gente chama pra um atendimento individual, e também ela participa dos eventos acontecidos aqui no CAPS, promovidos pelo CAPS, de festas, geralmente o dia nacional da Luta Antimanicomial, quando a gente comemora, que faz uma confraternização, as festas sempre tem a presença de familiares também, festa de natal, festa junina (VIK, 24/3/2006).

As reuniões das Regionais por exemplo, uma vez por mês, e tem alguns técnicos que fazem reuniões com as famílias, discutindo, por exemplo, aquele usuário em que a família está implicada diretamente, tem problema com a família, então chama a família pra trabalhar; já teve grupo de família, mas foi fechado porque as pessoas ficaram um tempo, mas as famílias, segundo as técnicas que fizeram, muito pouco se apropriavam, vinham, se utilizavam desse espaço (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre este aspecto, cabe destacar que o deslocamento do eixo da compreensão do problema individual para o familiar/social, que tem como consequência o acolhimento da família como uma unidade que necessita de cuidado tanto quanto o paciente individual, pressupõe um novo olhar sobre as possibilidades das famílias para enfrentarem suas crises e atuarem como suporte terapêutico. Nessa perspectiva, se impõe a necessidade de não só reconhecer o atendimento ao grupo familiar, mas de oferecer uma atenção singular que leve em conta, por um lado, as especificidades de cada família, considerando a história, a estrutura, a dinâmica, bem como a inserção desta no contexto social. Por outro lado, deve-se avaliar a realidade e as possibilidades das famílias para usufruírem das formas de atenção que lhes são propostas (MIOTO, 1998, pp. 25-26).

Nesta direção, dois dos participantes da pesquisa identificaram como uma das dificuldades em realizar o atendimento familiar, a falta de profissionais qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades, conforme pode ser observado nas falas a seguir.

A maior dificuldade que eu vejo é que não existe ninguém capacitado aqui dentro para lidar com a família, é claro que, assim, eu faço um atendimento com o usuário a família vai estar junto eu vou estar explicando, mas quando você vai pensar em trabalhar com a família, trabalhar no sentido psicoterápico, isso não existe, agora informar a família, tentar com que a família faça parte do planejamento, a gente

tenta e incentiva, estimula que eles venham nas reuniões das Regionais, mas o que eu percebo, assim, a equipe ela é muito pequena pra dar conta de tudo, então a maioria das vezes o paciente chega, a família está ali fora, mas todo mundo tem a sua atividade, estão todas na oficina e isso me sobrecarrega muito porque eu tenho que dar conta de tudo, inclusive da família que chegou, do atestado que está faltando, e a família que quer saber porque que o remédio..., mas não existe um espaço pra ela, não existe um espaço que acolhe a família (J, 22/3/2006).

Profissionais qualificados, eu acho que necessita de profissionais que tenha um pouco mais de experiência, de conhecimento pra estar lidando com família, que toda a família tem sempre os seus nós górdios, tem sempre questões de fundo, que as vezes precisa de um certo conhecimento, experiência pra estar lidando com isso; até que ponto é vítima ou réu, então, acredito que profissionais que tenham experiência, que tenham a qualificação teórica, [...] possa estar oportunizando uma melhor relação no atendimento CAPS com família, então, a qualidade do profissional para estar realizando essa participação (GIRASSOL, 20/3/2006).

Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que é um transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, foram relatados pelos profissionais.

Acho que tem uma junção, eu acho que tem uma coisa primeiro que é o entendimento, a família, muitos familiares, querem deixar o usuário aqui, e querem fazer sua vida, até por questão de sobrevivência; o que eles alegam muito é que eles precisam trabalhar, então não pode faltar ao trabalho uma vez semana pra poder estar aqui porque mesmo que tenha atestado pra poder estar aqui, acaba perdendo o trabalho, não tem como justificar; e a outra questão é o próprio entendimento de que é na família o espaço em que o usuário pode ser tratado, porque a idéia de tratamento é uma idéia também que se direciona, que acaba sendo entendida como médica, hospitalar ou clínica, ou então, agora tem o CAPS; e o lugar de tratamento, digamos tratamento como restituição, como reinserção, também é na família (LÉLI, 4/4/2006).

É, chega um momento que as vezes de fato a relação se esgota, assim, são tantos conflitos, são tantas brigas, tantas dificuldades de convivência, de relacionamento, que já vem desde a infância, que chega em momentos quando, geralmente, o usuário tem as primeiras crises, isso gera um isolamento, assim, o usuário fica isolado nesse ambiente, nesse contexto familiar, realmente é muito difícil; as vezes tem uma mãe muito controladora e que aí o usuário não quer muito aproximação do serviço com essa referência porque o serviço passa a ser então um lugar de acolhimento pra ele que ele não tinha até então, porém, a gente busca a família, pra que a família possa cumprir essa função da referência (VIK, 24/3/2006).

Neste sentido, deve-se considerar que no contexto brasileiro, pela própria ausência ou precariedade da intervenção estatal por meio das políticas públicas de corte social, a família torna-se a principal garantidora da reprodução da força de trabalho. As famílias, para suportar, todas as funções que lhes são atribuídas e enfrentar as situações de risco social, buscam dividir com o Estado o encargo dos cuidados com seu ente enfermo. Mesmo assim, configuram-se, para elas, condições deficitárias de atendimento, em particular no caso da atenção em saúde mental (ROSA, 2003, p. 192).

Na seqüência, o entrevistado realiza uma análise das várias situações singulares e sociais que envolvem as dificuldades do serviço, das famílias e dos usuários, em realizar um tratamento integrado na relação usuário/família/CAPS.

Então, também envolve vários aspectos, eu vou apontar alguns; assim, em primeiro lugar, a gente vê que boa parte das famílias vê o CAPS como um lugar pra poder deixar o seu familiar, é um lugar onde ela não vai precisar cuidar dele durante um certo tempo, então, eles até participam de algumas entrevistas iniciais, hoje, por exemplo, eu tenho uma (entrevista inicial) que a pessoa veio sozinha, não veio família; é bastante freqüente que venha o usuário sem acompanhante familiar algum, esse é um aspecto, a família de uma certa maneira toma o CAPS como um lugar pra deixar o seu familiar, nós por outro lado, não criamos estratégias pra fixar essa família, pra trazer essa família mais perto; tem um grupo de família que funciona de maneira meio irregular, mas que a gente vê cada vez mais a necessidade de tornar isso algo mais organizado, poder atender a família, a gente faz o acompanhamento com família, geralmente, quando há um pedido específico ou do usuário ou da própria família, aí a gente procura fazer, mas é mais individualizado, é uma questão mais individualizada, e há também, por parte dos usuários há o desejo de que a família não participe, isso ficou muito evidente na organização da associação, que é uma associação de usuários, familiares e técnicos, e quando a gente estava organizando a associação, toda vez que se falava na participação dos familiares havia uma certa resistência por parte dos próprios usuários que os familiares participassem; a gente entende isso como uma maneira de buscar uma certa autonomia, uma certa distância dessa família, que é, as vezes, bastante complicado de fato tê-los muito próximos, aí precisa de um outro tipo de abordagem, não dá pra incluir, como a gente fazia no início por exemplo, a gente fazia grupos de usuários e familiares, mas a família atrapalhava mais do que ajudava nesses grupos, aí a gente resolveu começar a separar, deixar o espaço específico para o usuário, porque a família vinha e tomava o espaço, e falava, e ficava reclamando da pessoa, do que ele não fazia, de todas as dificuldades etc..., então, a gente achou melhor botar um pouco uma barreira, botar um filtro ali pra que tivesse espaço do usuário e que ele pudesse aproveitar isso da melhor maneira possível (F, 12/4/2006).

No entanto, cabe destacar que, numa visão mais abrangente e totalizante, a família é entendida, no cerne das condições de reprodução social do portador de transtorno

mental, como um sujeito que procura reconstruir relações cotidianas, criar novos sentidos, manter e fortalecer laços de sociabilidade. É percebida, positivamente, em suas possibilidades, potencialidades e recursos, como elemento fundamental à manutenção do poder contratual, à autonomia e à emancipação do portador de transtorno mental (ROSA, 2002, pp. 152-153).

As falas relacionadas a seguir apresentam a compreensão dos entrevistados com relação às possibilidades da participação da família no tratamento, e as dificuldades do CAPS em realizar esse tipo de atendimento. Um deles argumenta que o acompanhamento à família é essencial para minimizar os efeitos da convivência com o portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Acho que o atendimento familiar assim como ele pode ter dificuldades ele também pode te ajudar um monte, então, assim, tem os dois lados, as dificuldades eu acho que é porque também ele vai estar trazendo, vai sobrecarregando com mais, digamos assim, mais queixas, vai estar trazendo.., as vezes nem está relacionado ao usuário os problemas e as situações, embora eu acredito que na maioria das vezes ela ajuda, ela ajuda porque é que está convivendo com o usuário lá fora o tempo inteiro, que tem mais os dados, quem pode inclusive, ah! ele está muito sedado, vamos tirar esse remédio, esse remédio só faz mal, então, a família se ela não é bem orientada ela acaba, assim, tentando fazer o bem ela acaba fazendo o mal pro paciente, ah! não aquela atividade lá, ficar só batendo palminha, musiquinha, aquilo lá não vai ajudar você, é melhor eu.., vou te colocar de novo na escola porque se não você não vai trabalhar nunca, então todas as ansiedades da família, que se elas forem bem trabalhadas o usuário só tem a ganhar, agora, as dificuldades é: um espaço em que essa família seja acolhida, que ela seja realmente trabalhada e uma equipe, a formação, alguém com formação pra fazer isso, isso não tem (J, 22/3/2006).

Eu acho que o acompanhamento com a família ele é extremamente necessário pra elaborar a imagem que essa pessoa acabou deixando pra essa família; a família ela ainda tem uma imagem, ela tem o imaginário social em relação o que ela de repente produziu; então, há uma necessidade de se ter um acompanhamento com os familiares pra estar elaborando as relações, o dia-a-dia que ela tem com o portador de transtorno mental; as vezes se investe muito em acompanhamento com usuário e não se investe muito no acompanhamento com a família, a família está sobrecarregada, tem que se discutir a questão dos encargos familiares, porque as vezes ter um portador de transtorno mental junto com a família é extremamente estressante, e as vezes a família acaba colocando o portador de transtorno mental no hospital pra descansar, porque as vezes é complicado, tem um portador de transtorno mental que canta o dia inteiro, ou que não dorme durante a noite, dorme de dia, ou que quer ver televisão a todo momento, ou que fica conversando com a vizinhança a todo o momento, tem o portador de transtorno mental que com o seu sofrimento incomoda muito a família, então, tem de haver um profissional articulado ou apaziguador ou que provoque alguma

resolução nessa prática; [...] se não dá pro portador de transtorno mental morar com a família então que se haja (encontre) um espaço harmônico, mas a família tem que ser acompanhada sim (GIRASSOL, 20/3/2006).

Entre as dificuldades que os profissionais identificam na (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e estigma da loucura, ainda presentes no imaginário social das pessoas. Relacionamos na seqüência as respostas dos entrevistados, nas quais é expressa a relação com alguns dos aspectos enfrentados no cotidiano da vida dessas pessoas, em suas relações com a família, as instituições e a sociedade.

Em primeiro lugar a dificuldade de a família compreender o que a pessoa tem, pelo que ela passa, muitas vezes, a idéia é de que é um vagabundo, que o cara não quer trabalhar porque é vagabundo, não quer fazer nada só quer ficar em casa fumando, na frente da televisão porque é vagabundo; então, tem essa dificuldade de poder dar ou ter um certo olhar pra essa pessoa, pra esse usuário que não seja esse da discriminação; tem também o medo, o medo de que essa pessoa venha cometer algum crime, que é um pouco o mito da loucura, é o que envolve o mito da loucura, de ser alguém que é imprevisível e violento, o mito da loucura está muito marcado por isso, muitas vezes a família vem contaminada por isso, eu atendo uma mãe, por exemplo, que apesar de ser uma pessoa que contribui muito, mas ela tem medo do filho, ela tem medo, e ela reconhece isso, diz isso claramente, ela tem medo, agora menos, depois de um tempo isso está começando a se flexibilizar, ela está começando a entender um pouco diferente, mas ela tinha muito medo do que esse filho poderia fazer com ela, então, isso é algo que é bastante comum, mas isso é uma dificuldade; o outro aspecto da resistência é a idéia de que ele se tornou uma pessoa inútil, o usuário se tornou uma pessoa inútil, porque ele não pode trabalhar, que nunca vai fazer nada a não ser ficar como um louco, ficar como uma pessoa que não pode assumir responsabilidades, que não contribui, o aspecto financeiro é um problema; o Programa de Volta pra Casa não resolve isso integralmente porque ele é destinado pra pessoas que estão no mínimo há dois anos internadas, então, aqueles que não tem internação prolongada não têm acesso a esse recurso, então, ele passa a se tornar um peso econômico pra família e aí todos os outros problemas que são decorrentes disso (F, 12/4/2006).

Muitas vezes ele acaba sendo o membro da família rejeitado, ele tem o quartinho dele no fundinho. Bom, eu acho que é o próprio estigma de ter um doente mental, tem ah ele é doente mental, deixa ele quietinho lá porque se não ele vai incomodar, vai surtar, vai xingar e, que vergonha, aí os vizinhos; então, é o estigma do usuário, do paciente com transtorno mental, como muitas famílias não entendem elas tem até crenças de que isso é o demônio, isso é um castigo, ou é porque ele era uma pessoa ruim na vida passada, então, vem com mil, vamos dizer assim, explicações, que só atrapalham e impedem que aquilo seja encarado como..., ok isso aí é uma doença, e como é que a gente vai

fazer pra ajudar e tratar isso; então, os conhecimentos, a ignorância nesse sentido, [...] uma parte eu acho que seja pelo próprio desconhecimento do que é um transtorno mental, e do estigma de que o louco é o que rasga dinheiro e, enfim, isso dificulta, e aí quando você não tem um suporte pra dar à essas famílias aqui dentro, você só reforça lá fora esse estigma; então, claro, a pessoa chama a atenção da população, os pacientes que conseguem lá fora trabalhar e não ficar só dentro do CAPS, então, as oficinas que possam vir a dar renda, que elas sejam trabalhadas lá fora, até pra lá fora você convive com eles, percebe que eles não são os loucos que rasgam dinheiro, saem quebrando tudo e matando todo mundo, esse é o medo da população e acaba sendo o medo da família (J, 22/3/2006).

A questão da diferença do “louco” para o “não louco”, que na sociedade capitalista, é determinada pela relação produtivo/não produtivo, ou seja, aquele que detêm poder de consumo e aquele que não tem poder de consumo, também foi expressa pelos profissionais entrevistados como uma das dificuldades para a (re)inserção social do portador de transtorno mental, na família e na sociedade.

Eu acho que os limites do usuário; tem a coisa do preconceito, da loucura, ele, o usuário, ele não é alguém produtivo na família, ele não leva dinheiro pra casa, ele, ao contrário, ele só gasta, ainda tem que buscar remédio, ele dá mais trabalho ainda, ele não é produtivo, de maneira geral, então, isso já agrega um preconceito maior ainda, além de ter o preconceito da loucura, de ser..., enfim, alguém que tem uma “deficiência”, alguém que é muito dependente, ainda tem isso, então, ele não soma nada à família a não ser o incomodo; daí, geralmente, é uma mãe que até acolhe, ou pai, por questões afetivas, mas sempre está lidando com esse limite do usuário; tem famílias que não querem, tem muitas famílias carentes que não querem mais um problema, e quando a pessoa, então, saiu da família, que foi internada, e ficou um longo tempo fora, a família já se estruturou de forma a não contar com aquele usuário, então, já não conta mais com ele, passou três, quatro, cinco meses, aí vem uma pessoa trazendo toda uma dependência e que não é somar, ou as vezes as próprias crises dentro de casa, então, é difícil um cara que faz xixi no chão, um cara que toma um café e deixa sua xícara, um cara que quebra, que uma vez por mês quebra tudo, que bate nas pessoas dentro de casa, ninguém tem essa tolerância, tem que ser mais de uma pessoa pra suportar e, as vezes, uma pessoa, que é a mãe, suporta, mas os outros irmãos não entendem, não conseguem lidar com a questão, que é difícil mesmo, o nível de dependência, os limites, o risco que, enfim, pode correr o usuário (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Rosa (2003, p. 192), a família, apesar de procurar dividir com o Estado as demandas de cuidado do portador de transtorno mental, ainda é o principal agente responsável pelo seu provimento. Para implementá-lo, na divisão sexual do trabalho do grupo doméstico, seu ônus recai sobre a mulher. Todavia, diferente das demais

enfermidades, o transtorno mental se particulariza pelo fato de seu portador não se reconhecer como enfermo e por seu prognóstico figurar como uma incógnita, sem ter uma temporalidade previsível. Desta forma, em geral, o provimento de cuidados e o tratamento tornam-se impositivos para o portador de transtorno mental, que pouco colabora conscientemente no seu processo de recuperação. Por sua vez, o provedor de cuidado, com frequência a mulher, mãe, tem que ter uma disponibilidade de tempo, periódica ou indefinidamente, para exercer o seu papel. E, para satisfazer as necessidades individuais do portador de transtorno mental e as exigências de sua enfermidade, a mulher, mãe tem seu espaço de vida invadido, seus projetos de vida obstruídos pelas necessidades de prestar cuidado.

3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares

No contexto da Reforma Psiquiátrica, as organizações de usuários, técnicos e/ou familiares tem cumprido um importante papel na mudança do modelo assistencial em saúde mental, participando ativamente das discussões sobre os serviços e promovendo atividades que visam maior inserção social, geração de renda e trabalho e a garantia de direitos sociais. Essas associações constituem-se em importante instrumento de promoção da saúde e da cidadania de todos os envolvidos (BRASIL, 2004)

O CAPS Ponta do Coral conta com uma associação de usuários, familiares e técnicos. Apesar de estatutariamente estar prevista a participação e filiação de familiares e técnicos, atualmente, na prática, esta se tornou, efetivamente, uma associação de usuários. Em gestões anteriores, já teve em sua diretoria a participação de técnicos do serviço. Atualmente, dois técnicos acompanham as atividades desta, mas a diretoria da gestão atual (2006) é composta somente por usuários.

Com relação a participação dos usuários no planejamento das atividades do CAPS, os profissionais referem que esta acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, realizada semanalmente, na qual são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Contudo, os entrevistados observam que

existem dificuldades em realizar um processo de planejamento das ações do serviço, seja por particularidades dos usuários, seja por limitações e/ou problemas institucionais.

Assim, existem alguns espaços em que essas ações são tomadas em conjunto, a assembléia dos usuários, aqui é feita de terça-feira, em que é discutido desde a limpeza, o lanche, qual é o próximo passeio, o que vai ser de reunião, o que está sendo feito, quais são os informes em relação a saúde mental, em relação a congressos, encontros, comissões. O que eu percebo é que embora isso seja estimulado há pouca, baixíssima, aderência e quando há, em geral, são daqueles mais saudáveis no sentido de que de repente nem seriam usuários CAPS, mas eu acredito que isso seja também o próprio sintoma, de a dificuldade de lá fora conseguir um emprego, a dificuldade de iniciar uma atividade, iniciar um curso, é também pra se engajar na própria luta deles; o que eu percebo é que a família, em geral, quando pega isso vai adiante, os usuários tem poucos estímulos próprios, vamos dizer, pra continuar, pra se manter; então, na reunião da Comissão Ampliada²¹, aí participa um, mas depois a semana que vem já não vem; então, são poucos os que realmente conseguem dar conta, eu coloco a palavra no sentido de ser capaz para, tem essa dificuldade, eu acho que é própria condição (J, 22/3/2006).

Então, a gente procura estabelecer parcerias com a associação porque tem muitas coisas que pelo fato de a gente estar submetido a um organograma e a hierarquia, e aí os limites do serviço público, a gente não pode fazer; por exemplo, a questão da venda do material das oficinas, isso é algo que o CAPS não pode assumir, por conta mesmo da legislação que impede a gente de fazer esse tipo de atividade; então apesar de ter uma participação grande, o material vendido é o material das oficinas do CAPS, mas quem faz essa tarefa é a associação, é a associação que se encarrega da venda, de levar o material, de receber dinheiro etc.; além disso a associação se tornou efetivamente uma associação de usuários, apesar de o estatuto dela prever a participação e filiação de familiares e técnicos ela é uma associação de usuários na prática, e como articuladora de um projeto político e de reivindicação dos direitos do usuário dos serviços de saúde mental, como um instrumento pra viabilizar inserção no mercado de trabalho por exemplo, parece que são essas as funções da associação; com os usuários o que a gente tem é uma assembléia semanal onde são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; esse aspecto do planejamento da atividade ele de fato não tem a participação dos usuários até porque nem nós, como te falei no início, o nosso planejamento também é meio caótico, assim, a gente não tem um processo organizado de planejamento pra um ano ou mesmo pra seis meses, então, aí os usuários não chegam a participar desse planejamento, eles participam sim da discussão do funcionamento que é na assembléia,

²¹ A Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental (CPASM) é uma instância do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, criada através da Resolução N°1/CMS/2006, cuja finalidade é assessorar o plenário do conselho no que compete a formulação, implantação, implementação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas, ações e projetos em Saúde Mental, assim como prestar assessoria técnica ao gestor municipal. A CPASM é constituída por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde, e usuários e familiares da saúde mental (nota da pesquisadora).

que é toda semana, e aí se trata das coisas do dia-a-dia, é mais cotidiano (F, 12/4/2006).

A presença e participação dos usuários nas discussões e no planejamento das ações pertinentes à saúde mental vêm se ampliando progressivamente nos últimos anos. O processo de inserção inicia-se com o protagonismo dado ao sujeito na definição de seu projeto terapêutico, estende-se na organização de associações e na representatividade destas nos fóruns deliberativos (Conselhos de Saúde, Conferências, Comissões de Saúde Mental), e na participação em eventos científicos e espaços de militância política pertinentes à área da saúde mental. Essa é uma das formas em que a condição de cidadão dos portadores de transtornos mentais é resgatada. Segundo Rodrigues (2005, p. 80), “a participação política e militância de usuários e familiares em instâncias deliberativas ganham efetividade quando politicamente organizados”.

Neste sentido, a construção coletiva do protagonismo requer a saída da condição de usuário-objeto e a criação de formas concretas que produzam um usuário-ator, sujeito político. Isso vem ocorrendo através de inúmeras iniciativas de reinvenção da cidadania e *empowerment*, como atenta Vasconcelos (2000b), por meio de intervenções via associações de usuários ou de cooperativas sociais, ou ainda da participação política de tais atores nos mais importantes fóruns sociais de formulação de políticas da área, tal como nos conselhos de saúde e comissões de saúde mental.

Nas falas que seguem, os participantes da pesquisa destacam as dificuldades encontradas na organização, na articulação e no funcionamento da Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral²², bem como seus objetivos e principais lutas políticas por direitos.

Assim, eu acho que os usuários têm esse espaço da assembléia junto com os técnicos. É um espaço interessante, onde eles podem estar opinando, mais do que o da associação; o da associação é muito mais difícil de levar adiante; eu também já fiquei um tempo ajudando a associação, já fui até, uma época, da própria gestão, da própria diretoria, e a gente tem

²² Importante estudo sobre a Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral foi realizado por Rodrigues em dois trabalhos: RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral: desvelando sua significação**. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004; e RODRIGUES, J. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

que estar puxando muito como técnico, parece que deixar por conta deles a coisa não anda e, as vezes, a gente vê que fica mais um desejo nosso de que as coisas aconteçam do que deles; então, a assembléia pelo menos é um espaço que eu ainda acho que se consegue ter uma presença, agora a presença dos familiares no planejamento é muito pequena, poucos que vem, vem um ou outro, pai de alguém; dos usuários, eu acho que é mais nesse espaço da assembléia que acontece (P, 17/3/2006).

Os usuários, nós temos a assembléia dos usuários; então, na assembléia se discute algumas questões, por exemplo, as vezes o planejamento, funcionamento da casa, por outro lado nem tudo é discutido na assembléia, [...] tem uma atuação limitada, ela não é totalmente participativa. A associação, ela tem histórias de altos e baixos; teve momentos que a associação tinha uma diretoria, mas ninguém participava, não se articulava; tem momentos que a associação se integra mais, quando ela se integra a coisa fica também mais rica; nós temos aproximação, por exemplo, na questão do vale transporte, as reivindicações, sobretudo do vale transporte, de veículos pra passeio, pra participar de um evento, muito mais do que planejamento das ações, digamos assim, mais no sentido de luta por direitos e reivindicações (LÉLI, 4/4/2006).

A associação de usuários possui cinco objetivos: controle social, ajuda mútua, suporte mútuo, defesa dos direitos, geração de renda; em cima desse objetivos a associação realiza seu movimento e sua luta. Em termos do papel dos usuários no planejamento das ações do CAPS seria discutir esses objetivos em relação ao CAPS. Hoje, o que acontece, a associação de usuários acaba discutindo um pouco mais controle social; ela expressa a representatividade dos usuários na luta social, na dignidade humana, e também na geração de renda; outra coisa muito importante que a gente fala é a luta contra o preconceito, então, a associação ela participa mais nesse sentido, controle social, geração de renda e luta contra o preconceito no CAPS; esse é o papel dos usuários, realizar o controle social, participar da geração de renda e a luta contra o preconceito; a luta contra o preconceito significa realizar teatro, levar pras Academias, levar pra comunidade, mostrar que a história do louco no imaginário social das pessoas ela é transformada, pode-se reverter isso, e isso se reverte com música, cultura e arte (GIRASSOL, 20/3/2006).

O papel da associação no planejamento, é porque assim, a associação ela não é o CAPS, ela é uma entidade separada, a assembléia é uma assembléia geral do CAPS, é um mecanismo facilitador da participação dos usuários e técnicos na gestão do serviço; a associação é uma entidade, sem fins lucrativos, que foi criada e pensada pra que os usuários e familiares se organizem pela luta da política, pela luta da implantação da política de saúde mental, pela luta dos direitos, pela luta da implantação da Reforma Psiquiátrica, pela melhoria do serviço, então, assim, a associação ela caminha, mas ela é muito nova e aí se é muito nova tem uma estrutura um pouco frágil, então assim, a tua pergunta é se ela participa das ações do CAPS, ela participa sim, tem um elo de participação aí, tem um canal de participação, mas é frágil, é muito frágil, eu penso que é muito frágil porque aparece pouco (VIK, 24/3/2006).

Rodrigues (2005, pp. 81-82) destaca que as associações de usuários, enquanto dispositivos, possibilitam uma atitude política que oferece visibilidade ao usuário como ser cidadão e não apenas como portador de um transtorno. Segundo o autor, quando o usuário passa a ver, sentir, e ver sentido em suas ações associativas, sua prática organizativa torna-se efetiva e com empenho. Por isso, as associações precisam desenvolver estratégias mais amplas de adesão, visando revigorar seus quadros associativos. Nesta direção, a profissionalização e formação política dos dirigentes é vista como uma possibilidade para estimular a participação.

A compreensão das associações civis como relacionadas e condicionadas pelas associações políticas leva ao entendimento de que há uma sinergia entre a sociedade civil e a democracia política. Segundo Fleury (2004), a dimensão cívica da cidadania diz respeito à condição de inclusão ativa dos cidadãos à comunidade política, compartilhando um sistema de crenças com relação aos poderes públicos, à sociedade e ao conjunto de direitos e deveres que são atribuídos ao status de cidadão. Como dimensão pública dos indivíduos a cidadania pressupõe um modelo de integração e de sociabilidade, que transcende os interesses egoístas do indivíduo no mercado, em direção à uma atitude generosa e solidária.

A fala a seguir relaciona algumas dificuldades cotidianas vivenciadas na e pela associação de usuários do CAPS Ponta do Coral. Apresenta algumas possibilidades de atuação deste tipo de organização da sociedade civil, tanto com relação a parcerias com outras entidades, para o desenvolvimento de ações que visem a profissionalização e inserção no mundo do trabalho, quanto no processo de politização e conscientização de seus usuários com relação aos direitos de cidadania.

Eu acho que ela tem um papel relevante, a dificuldade é de incrementar esse papel relevante; os familiares vêm muito poucos; bom, talvez a gente não esteja também instigando, muitas vezes a gente convida, mas eu acho que, também, as vezes, falta um pouco de investimento da equipe para que os familiares estejam mais no CAPS; agora, a associação poderia fazer muitas coisas, desde convênios para cursos com esses órgãos que a gente tem, SENAI, SESC; poderia tentar uma penetração, mas isso seria uma outra realidade a ser criada; cada vez que entra uma gestão nova, a gente diz quem sabe agora; desde as pequenas coisas, até divulgar a lojinha aqui, é difícil, a gente uma vez fez uns folders pra distribuir aqui na vizinhança, uma vez a gente tentava vender as verduras que produzia, não conseguia muito, conseguia ali, vendia uma ou outra; agora em termos de espaço de fazer política eu acho que ela tem um peso, deveria realmente crescer, por mais que as pessoas tenham dificuldades; eu acho que tem que continuar existindo, tem que continuar batalhando para que eles possam estar assumindo um pouco

mais esse papel político, essa conexão com outras instâncias da sociedade; por exemplo, na questão até de trabalho, de poder a associação também ajudar nessa abertura de espaços de trabalho; teve uma vez que tentaram no Angeloni (supermercado), depois quando souberam que era portadores de transtorno mental não quiseram; eu acho que a gente precisava mostrar um pouco pra sociedade o que é o paciente psiquiátrico; assim, através desses recursos, não dá pra esperar vamos pra mídia, porque, assim, tem umas coisas que são boas, ótimas, mas são meio ideais, a gente tem que tentar começar com essas pequenas coisas que pode fazer: divulgar a lojinha, sei lá, fazer um contrato lá com o CIC pra fazer cursos, por exemplo, de pintura, coisas que são mais próximas da realidade exequível (P, 17/3/2006).

Para Rodrigues (2005) dois aspectos são importantes para compreender as dificuldades de falta de adesão e continuidade na participação dos membros da associação. Um deles refere-se aos elementos motivadores para a participação. Neste caso, é preciso considerar que a prática política de militância possui seus campos de conflito e tensões, que dentro da especificidade da loucura pode não conferir uma participação freqüente. O outro relaciona-se ao significado da associação na vida dos integrantes. Muitos usuários vêem a associação como possibilidade de geração de recursos financeiros, haja vista que o fator trabalho/vínculo empregatício é algo marcante na vida dos portadores de transtornos mentais, em decorrência de a maioria não possuir fonte de renda própria.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacaram o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário.

A primeira delas é a questão do controle social, a associação tem potencialmente essa função, não só dentro do serviço, mas também nas outras instâncias, conselho municipal de saúde, conselho local, aqui em Florianópolis estamos organizando uma Comissão Permanente, que é consultiva do Conselho Municipal de Saúde, é uma comissão de saúde mental, no estado (SC), a gente tem o Colegiado de Políticas Públicas e Atenção Psicossocial, que tem representação dos usuários; então, novamente, na questão da defesa dos direitos, na questão do resgate da cidadania, as vezes nem é resgate porque o cara nunca teve cidadania alguma, mas da possibilidade de instituir um certo nível de cidadania; eu vejo que a possibilidade de o usuário poder participar politicamente é algo que tem um efeito sobre a sua dinâmica, como tem efeito sobre a dinâmica de qualquer um que descobre um dia que tem essa possibilidade de participar politicamente, da vida política, e pro usuário de saúde mental isso muitas vezes é uma descoberta que representa uma guinada muito grande na sua vida, então, vamos dizer assim, tem um efeito terapêutico, um efeito clínico nesse sentido, além, obviamente, dos

efeitos políticos que isso representa, mas, mais individualmente tem esse efeito, da articulação com as outras pessoas, enfim, tem uma terapêutica aí que é função, mesmo que não reconhecida, mas é função das associações (F, 12/4/2006).

O principal papel das associações é não tornar que os serviços se tornem manicômios; a associação é a vida, é organização, é luta, é enriquecimento, é sentido de vida; tenho escutado muito de pessoas que tiveram suas vidas arruinadas que quando passaram a militar em associações de usuários passaram a ter um sentido de vida, passaram a conceber a razão da sua existência em vida; então, a principal importância das associações é não deixar que o serviço se torne manicômio, é tornar o serviço um pouco mais rico, com mais vida, é organizar a questão política, é falar em nome dos próprios usuários; então, a importância das associações de usuários é levar a boa nova aos CAPS, levar a boa nova aos serviços de saúde mental, levar a boa nova do modelo psicossocial, ou seja, discutir o controle da loucura, ou seja, a maior importância das associações é levar a discussão da liberdade, liberdade e dignidade dos portadores de transtornos mentais (GIRASSOL, 20/3/2006).

Além do tratamento e dos serviços, eu acho importante que a associação possa se fortalecer enquanto movimento popular de luta pela Reforma Psiquiátrica, que os usuários possam se conscientizar dessa importância de estarem articulados, lutando pela implantação da política, da política de saúde mental sob esse novo paradigma da Reforma Psiquiátrica; eu acho que essa é a maior importância, acho que essa é a maior tarefa da associação; claro que isso se reflete na micro política institucional no próprio CAPS; a associação vai estar lutando, a nossa associação aqui, por exemplo, já lutou pelo próprio vale transporte dos usuários, de ir até a secretaria (Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis) conversar com o secretário e reivindicar enquanto essa democracia representativa dos próprios usuários, técnicos e familiares; pela própria manutenção desta casa na época que houve a questão da construção da via de acesso ao Hospital Infantil, existia um projeto da outra via passar também por aqui, os usuários batalharam que essa casa se mantivesse aqui, que o CAPS se mantivesse aqui e conseguiram; então, acho que essa luta maior de articulação que exige uma consciência política dos líderes que estão na associação, dos usuários como um todo, é que é a grande tarefa da associação, só que isso se faz num trabalho de formiguinha, num trabalho miúdo (VIK, 24/3/2006).

Cabe destacar que o controle social compreende a participação da população na perspectiva da interferência na gestão da política pública de saúde, colocando as ações e serviços na direção dos interesses da comunidade e estabelecendo uma nova relação entre Estado e sociedade. Conforme Correia (2002, p. 212), controle social “é a atuação da sociedade civil organizada na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam às demandas e aos interesses das classes subalternas”.

A III CNSM ressalta a importância do controle social, através dos mecanismos já existentes (Conselhos, Conferências e Comissões de Saúde Mental, organizações da

sociedade civil e movimentos sociais), como forma de garantir o avanço da Reforma Psiquiátrica. Os indicativos da Referida Conferência destacam que o controle social deve constituir-se com a representação dos três segmentos – usuários, familiares e profissionais de saúde, na perspectiva de induzir uma ação de acompanhamento da construção das políticas municipais, estaduais e nacional de saúde mental. As Comissões de Saúde Mental em ação conjunta com os Conselhos de Saúde devem exercer seu papel de controle e fiscalização das políticas públicas, o que inclui o orçamento e a destinação de verbas para a saúde mental, em todos os níveis (BRASIL, 2002a).

A ação da sociedade civil e dos movimentos sociais é ressaltada visando a garantir que os programas de saúde mental não sofram descontinuidade por ocasião de mudanças de gestão administrativa e/ou política. Para tanto, devem ser criadas estratégias para a viabilização de maior envolvimento dos diferentes atores sociais com as questões da saúde mental. Entre estas, destacamos o papel das associações de usuários, técnicos e familiares e dos núcleos estaduais e/ou municipais do movimento da luta antimanicomial, na gestão dos serviços e na fiscalização das práticas de saúde mental (BRASIL, 2002a, p. 142).

3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia

A desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial são dois dos pressupostos teórico-epistemológicos orientadores das práticas assistenciais indicadas na e pela Reforma Psiquiátrica. Tendo isso em conta, perguntamos aos participantes da pesquisa se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas para a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referiram que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras.

As falas relacionadas na seqüência explicitam a percepção dos entrevistados sobre a questão e indicam algumas possibilidades que, segundo eles, poderiam favorecer o desenvolvimento de ações de reabilitação psicossocial.

Em parte sim, em parte; eu acho que como a gente não tem um sistema de avaliação a gente não consegue medir isso muito bem; a nossa intenção é essa, o que não quer dizer que as nossas ações consigam de fato alcançar; acho que a gente poderia fazer mais, a gente poderia ter uma articulação mais intensa e mais constante com outras instituições, com outros sistemas de atenção, além claro da própria rede de saúde, que não existe; em Florianópolis a gente não tem rede, até está se formando, dá pra dizer que está se formando, mas não funciona como rede ainda, efetivamente não funciona; a gente tem pouco contato com a atenção básica, com o PSF, que seria um parceiro importante, a gente tem pouco contato com os outros CAPS também em termos de troca, enfim, com outras instituições de saúde, então, acho que a gente ainda continua isolado, e aí pensar em reabilitação psicossocial com essas condições é um pouco mais complicado; a gente vê alguns efeitos, que a gente mede pelo usuário em si, que é o fato de que ele consegue evitar internação, que ele consegue muitas vezes voltar a trabalhar, sua participação nas oficinas passa a ser bastante diferente, enfim, mas são coisas que a gente não tem um instrumento pra avaliar (F, 12/4/2006).

Eu penso que sim, apesar de que hoje o programa de saúde mental não conta com uma rede completa de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, então, assim, a gente tem essa dificuldade; se existisse isso de forma mais estruturada, de forma mais incrementada seria mais fácil a reinserção social; por exemplo, a gente não tem leitos psiquiátricos no HU, um hospital geral, que já tem um ambulatório de psiquiatria, poderia ter um serviço de emergência, facilitaria, evitaria internações, um mercado protegido, um projeto de geração de renda também não temos, não temos os CAPS territorializados ainda, então, tem uma série de dificuldades colocadas aí que impedem essa reinserção social num tempo menor do que acontece hoje; acho que hoje o tempo que o usuário fica dentro do CAPS ainda é muito grande por conta de a gente não ter essa rede completa, que possa dar esse suporte extra CAPS. [...] eu não sei se isso acabaria institucionalizando, de certa forma sim, mas assim, isso está na pauta, e se isso está na pauta não está institucionalizando, você entende o que eu quero dizer? isso está sendo falado pro próprio usuário, isso está sendo dito pra ele, olha tu já está aqui muito tempo, o nosso objetivo pra ti, nosso projeto terapêutico pra ti seria de tu poder estar fazendo isso, isso e isso lá fora, então assim, não diria institucionalizado porque talvez institucionalizado seria quando a gente não se desse conta disso, ah não isso está rolando, o usuário está aqui há anos, ninguém está fazendo nada, continua na mesma, aí sim estaria cronificando, mas acho que não nesse sentido, de que isso está na perspectiva, a gente está querendo a inserção, a gente está querendo a rede extra hospitalar, a territorialização dos CAPS, só que a gente não tem uma série de elementos necessários pra fazer a reinserção, a política, o programa de saúde mental, aliás ele está sendo implantado, incrementado muito mais agora recentemente (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que sim, mas muito pouco ainda; elas se encaminham, elas têm como ideal, elas desejam, mas na prática isso é muito pouco feito; eu vejo que nesse CAPS a equipe acaba estando muito fragmentada porque faz milhões de coisas também, desde a parte administrativa, parte clínica, oficina, se divide; eu acho que deveria ter a equipe como um todo trabalhar nisso, mas ter também grupos de atuação, como a gente

chama de atuação local, então, ainda para o que necessita está muito pouco assim, muito aquém [...] A primeira proposta começaria via Regionais, nas Regionais; por exemplo, as pessoas iriam para os seus bairros, ver qual é a possibilidade, as possibilidades que existem pro usuário se inserir, mas não só a Regional, poderia ter um grupo mesmo, sair com o usuário, fazer a coisa mais concreta, ela é feita, mas é feito muito pontualmente (LÉLI, 4/4/2006).

Em geral sim, mas tem alguns pacientes que, por exemplo, circulam no CAPS e que não tem nenhuma indicação de estar no CAPS, então ele acaba sendo um lugar de institucionalização ou de capsização. Tem isso; isso acaba acontecendo, mas em geral não é isso; em geral eu acho que todas as nossas ações, o que a gente discute em equipe é até a tentativa de diminuir essa dependência, esse vínculo de dependência, que em algum momento ela pode ser muito importante, mas em outros ela é excessiva e acaba aprisionando o paciente dentro do CAPS, e aí o CAPS passa a ter o mesmo papel e a mesma função do hospital; e como isso é o que eles conhecem, esse repertório é o que se conhece, é mais fácil de se acostumar com ele do que ter uma nova postura, uma postura de que, não, aqui eu vou tomar conta do meu tratamento, eu vou lá fora procurar o que é meu...; não, (o usuário) acaba esperando, ah o que você falar está bom, e aí essa atitude bem passiva, que ela é muitas vezes muito cômoda pra todos nós em muitos momentos, pra uns mais que outros, essa atitude de comodismo, de esperar, é ótimo, e aí isso acontece, acaba acontecendo, embora as práticas, elas tem a idéia de que não seja voltada pra isso; não é o objetivo, mas a gente observa que as vezes é falho (J, 22/3/2006).

Essa pergunta é muito difícil [...]; eu acho que não mudou muito meu olhar, a gente tende a sustentar a institucionalização, a gente não consegue dar alta, o paciente não consegue ter alta, não consegue sair; assim, digo um paciente que realmente talvez esteja até mais comprometido com esse tempo aqui, tem paciente que está aqui desde o início; eu acho que a gente acaba reforçando um pouco isso por mais que a gente tem o desejo de que fosse o contrário; existe uma certa comodidade pro paciente também, aqui ele tem atenção, ele é aceito, não tem assim uma grande briga por ele ficar aqui; então, isso me preocupa muito, eu fico pensando: é uma contradição porque ao mesmo tempo que o nosso trabalho é voltado pra isso parece que a nossa ação acaba revertendo o contrário; a questão da cidadania, a questão da construção de outros laços, criação de outros espaços, eu acho que é muito precária ainda [...]; por isso que eu acho que a gente precisa também de ter formas de avaliação dos pacientes, muitas vezes fica assim um exemplo ou outro que você tem, aquela pessoa foi, está lá trabalhando, talvez ela não tenha também construído um elo tão pesado, tão forte com a instituição, que ela já veio, ficou um tempo, saiu, voltou a fazer outras coisas da vida; eu acho que a gente ainda está institucionalizando mais do que desinstitucionalizando [...] (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p. 14) observam que um dos caminhos mais importantes para o qual aponta a desinstitucionalização é o da criação de novas relações com a loucura. Estas se processam a partir da mudança das relações institucionais internas e de

desmontagem dos dispositivos da clínica e da psiquiatria, mas certamente não se restringe a isto. Novas subjetividades e um novo lugar para o sujeito louco só são produzidos em relação com o social. O trabalho de desconstrução da institucionalização, necessariamente, extravasa o contexto institucional específico, atingindo seu objetivo mais amplo de questionamento das instituições e subjetividades capitalísticas, a desconstrução como transformação cultural. Para os autores, através do trabalho no campo social a desinstitucionalização atinge seu sentido mais abrangente, como processo social amplo e complexo de participação popular, territorialização dos serviços, envolvimento de diferentes atores sociais, e mudança da relação social com o fenômeno da loucura.

Sobre este aspecto cabe destacar que a desconstrução do paradigma da institucionalização e a construção do paradigma da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial envolve um conjunto de ações teórico-epistemológicas e de práticas assistenciais, amparadas por um sistema jurídico-político capaz de criar e garantir direitos aos portadores de transtorno mental. De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (1987), a reabilitação psicossocial é o conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários (OMS 1987 apud PITTA, 2001).

Nesta direção, a formulação da política de saúde mental, orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais nos campos da educação, cultura, habitação, assistência social, esporte, trabalho, lazer e a articulação de parcerias com universidades, Ministério Público, organizações não governamentais (ONGs), visando a melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania do portador de transtorno mental (BRASIL, 2002a).

Com o objetivo de saber se existem e identificar quais são as práticas de reabilitação psicossocial desenvolvidas no e pelo CAPS Ponta do Coral, perguntamos aos participantes da pesquisa se existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer. Do total de profissionais que responderam ao formulário, a maioria (66,7%), disse não existir, dois referiram não saber responder, e dois destacaram que existem. Dentre os que responderam que não existem tais práticas, um observou não ter conhecimento, oficialmente, das parcerias, um deles destacou que existem poucas e de acordo com o planejamento terapêutico do usuário, e um outro disse que tem em momentos específicos, mas não de forma contínua. Entre os que

responderam que sim, um referiu-se a experiências muito pontuais como por exemplo o uso da quadra de esportes próxima, e outro identificou parcerias com fundações municipais e estaduais de cultura.

Neste aspecto, os indicativos aprovados na e pela III CNSM ressaltam a necessidade de se priorizar, no âmbito da assistência em saúde mental, políticas que fomentem a autonomia dos portadores de transtornos mentais, incentivando o exercício da cidadania plena. Devem-se buscar parcerias entre o poder público e organizações civis para o desenvolvimento de projetos sociais e comunitários, de geração de renda e de acesso a todos os direitos, que possam funcionar como apoio na (re)inserção social destas pessoas.

No estudo realizado, perguntamos aos profissionais se as práticas assistenciais desenvolvidas no e pelo CAPS possibilitam ao usuário a construção de sua autonomia. Os entrevistados destacaram a necessidade de refletir conceitualmente sobre o que seja a autonomia do portador de transtorno mental, como avaliar a autonomia da pessoa. Referiram que, em geral, o serviço consegue cumprir com a função de estimular o usuário à conquista de sua autonomia.

A questão é discutir o que é autonomia, eu sempre parto do princípio de que autonomia não é independência, autonomia na verdade é a possibilidade de a gente poder ampliar as dependências, que é a vida de todo mundo, ou seja, eu pra viver eu dependo de um monte de gente, um que paga meu salário, outro que falo aqui, outro com quem eu me ligo afetivamente, enfim, eu dependo de uma porção de gente e isso me dá autonomia porque eu posso depender de muitas pessoas e de muitas instituições, muitos sistemas; o problema do usuário de serviço de saúde mental, paciente psiquiátrico é que ele, geralmente, depende ou das mesmas pessoas ou das mesmas instituições, ou seja, a capacidade de autonomia dele está muito reduzida porque ele não tem como circular socialmente, ele ou está sempre dentro de casa ou de casa pra uma instituição, seja ela o CAPS ou hospital psiquiátrico; então, pra mim autonomia é isso, é essa possibilidade de você ir ampliando os vínculos pra que você possa depender de muitas pessoas ou de muitas coisas ou de muitas instituições porque afinal de contas, em última instância, essa autonomia tomada como independência ela é imaginária, ela é irreal, não existe; então, eu acho que a gente consegue isso, a gente consegue ampliar a autonomia dessa maneira, primeiro porque o CAPS acaba se tornando um centro de convivência, então, o efeito imediato é que a pessoa deixa de ficar sozinha ou só com a família e passa a conviver com outras pessoas, esse é o efeito imediato, passa a ter outras relações que muitas vezes se desdobram, saem daqui, as pessoas fazem programas juntos fora, pinta relacionamentos amorosos ou só relação sexual, que seja, mas enfim, é uma oportunidade nova que o cara não tinha, encontrar alguém mesmo que seja só pra transar, então, isso já é um ganho também, já implica na ampliação de autonomia; eu vejo que muita gente aprende a lidar com o serviço público, aprende a correr atrás dos seus direitos, aprende a lidar com outros serviços de saúde, passa a

procurar o posto de saúde onde mora ou passa a ir pegar medicação em tal lugar sozinho, por conta própria etc.; eu acho que a gente consegue essa função, a gente consegue autonomia nesse sentido, mas pode ser melhor, na medida que a gente tiver uma rede, que a gente se inserir nessa articulação com outras instituições, com outras instâncias, a gente consegue fazer isso de maneira mais eficaz (F, 12/4/2006).

Em alguns casos sim, eu acredito que alguns casos quando não há uma limitação interna eu acho que sim, que é possível, através até da participação nas oficinas, nos grupos terapêuticos, da adesão ao tratamento médico; muitos conseguem realmente; passaram por um episódio, uma crise, conseguiram ficar bem e voltar para as suas atividades diárias, eu acho que quando eles aderem ao tratamento, quando há essa adesão, quando eu digo ao tratamento é ao projeto terapêutico deles, e não tem uma limitação, vou colocar entre aspas “uma seqüela” da própria doença muito forte, há essa possibilidade; em alguns outros casos eu acho que é difícil, assim, não é tão fácil medir isso, o que, quem melhora, quem não melhora, aquele que consegue voltar, aquele que não consegue, as vezes alguém que tem até uma doença mais incapacitante consegue, outros não, depende, depende do apoio que ele tem, do externo, da família, ou da própria sociedade, da comunidade em que ele é inserido, isso tudo faz diferença, que tem o background do que ele era antes, isso também faz a diferença, ele consegue resgatar; quando já não se tem muito o que resgatar aí fica mais difícil trabalhar; é individualizada essa resposta, mas eu acredito que em alguns casos sim, consegue essa (re)inserção de uma maneira muito boa e gratificante para os dois, pro usuário e para os profissionais (J, 22/3/2006).

[...] dependendo de como o serviço é gerido, dependo de dentro de que política de saúde mental esse CAPS está inserido, ele pode ao invés de estabelecer uma autonomia, mesmo que ele tenha uma boa vontade de estabelecer autonomia, ele acaba tornando a pessoa mais dependente ainda do serviço; então, é uma grande armadilha a construção da autonomia, não só especificamente pro CAPS Ponta do Coral, mas pra todos os CAPS que eu tenho visto; então, a gente volta novamente na questão da avaliação, novamente na discussão dos termos, eu acho que a questão dos conceitos ela tem que estar muito clara, o que significa cada conceito, eu sempre tenho batido muito nisso; o que é autonomia? É a pessoa ter minimamente condição de governar a sua própria vida, gerir sua própria vida, Ok! a gente estimula a pessoa a fazer isso, trabalha nesse sentido com a questão da autonomia, agora, quais são os parâmetros que nós vamos utilizar pra avaliar essa autonomia, isso a gente não tem muito claro ainda, acho que necessita; então, o CAPS possibilita autonomia, mas ao mesmo tempo não tem uma análise crítica [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Não obstante, cabe-nos destacar que a compreensão sobre autonomia que orienta este trabalho refere-se “a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente”. Neste caso, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas

relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001, p. 57).

As falas relacionadas a seguir destacam como o atendimento no CAPS Ponta do Coral possibilita a construção da autonomia do usuário.

Eu acho que em formas gerais sim, na relação que os técnicos tem com o paciente; agora, as vezes, a gente tem uma postura muito assistencialista em muitas situações, um assistencialismo que acaba prendendo o paciente, institucionalizando; são situações, eu acho que as vezes a gente repensa sobre elas, não foi bem por aí, mas, assim, eu vejo as pessoas contando a história do CAPS, teve muitas experiências que foram positivas também, que chegaram a um resultado, assim, sem muito recurso, sem muito com que contar fora da própria equipe, fizeram coisas que são surpreendentes em relação a tantos pacientes; eu acho que essa maneira de você poder dar voz, poder valorizar aquilo que a pessoa faz, consegue fazer em uma Oficina por exemplo, eu acho que essa é uma maneira de você conferir uma posição mais sujeita, mais ativa mesmo (P, 17/3/2006).

Sim, eu acho que sim, só que eu acho que a gente possibilita em alguns casos, não tem uma história linear de possibilitar a todos, eu acho que tem um projeto de possibilitar, mas isso não acontece o tempo todo, porque também isso não é uma via de mão única; hoje, eu já fui mais ingênua em relação a isso, muitas vezes uma pessoa que ficou trinta anos, vinte anos no hospital psiquiátrico, eu não sei mais se ele quer ter mais autonomia, muitas vezes ele quer, não quer; se a gente entender autonomia como trabalhar, seja em qualquer lugar, com uma bolsa trabalho, entender autonomia como decidir ir final de semana para uma praia, autonomia como ir ao supermercado, escolher o que vai comer, até certo ponto sim; por exemplo, se tenta até que muitos usuários saiam no final de semana, a gente na reunião das Regionais combina que eles possam ir, no final de semana, para um passeio, e eles não vão, eles ficam em casa, só vão se o técnico for, no dia de semana; então, acaba ficando um outro processo de não autonomia; então, a luta, a intenção é que isso se dê de outra forma, que também não fique dependendo do CAPS; existe uma construção pra isso e isso acontece, em certa medida acontece, mas ainda não como gostaríamos, porque nós também temos uma idealização de autonomia [...] alguns casos tem sim, vão até um certo ponto da autonomia que é possível pra pessoa, e outros vão mais além, outros regridem (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre as possibilidades de construção da autonomia do portador de transtorno mental, Kinoshita (2001, pp. 56-57) considera que a contratualidade do usuário, primeiramente vai estar determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Estes podem emprestar seu poder contratual para possibilitar relações e

experiências renovadas ao usuário, através de seu prestígio, de sua delegação social, do saber reconhecido pela sociedade. O referido autor destaca que aos profissionais é dada a capacidade de elaborar projetos, isto é, ações práticas que venham a modificar as condições concretas de vida do usuário.

A entrevista citada na seqüência relaciona a construção da autonomia do usuário a ações que envolvem outros serviços e outras políticas sociais como uma possibilidade para que o portador de transtorno mental adquira sua independência econômica. No caso, a profissional refere-se a Política de Assistência Social, através do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Outro recurso financeiro que pode ser acessado pelos egressos de internações psiquiátricas prolongadas é auxílio reabilitação psicossocial instituído com o Programa de Volta Pra Casa, através da Lei Federal N° 10.708/2003.

[...] um outro elemento pra isso (autonomia) são os usuários que estão totalmente desprovidos de qualquer recurso material que conseguem o BPC e isso garante autonomia porque ele tem o mínimo pra poder dar conta das suas necessidades materiais; então, muitas vezes, ele está numa condição muito vulnerável e aí passa a poder comprar aquilo que ele deseja, minimamente, porque é muito pouco o valor, mas consegue algumas coisas e isso garante essa autonomia, porque as vezes ele fica na família, fica sendo aquele peso que só incomoda, que não tem recurso financeiro nenhum porque ele está fora do mercado de trabalho mesmo, então, aí o benefício da previdência social também é um elemento de autonomia e de reconstrução da cidadania, mas entre todos esses outro que eu falei, do próprio material que ele tem contato na oficina terapêutica que ele consegue produzir algo; aquele usuário que é egresso do hospital psiquiátrico de polireincidência nas internações que consegue produzir uma peça bonita e que essa peça é vendida e que depois recebe o dinheiro dessa venda, também confere autonomia, confere cidadania, auto-estima (VIK, 24/3/2006).

Entendemos que a possibilidade de ter recurso financeiro próprio favorece sim a independência econômica do portador de transtorno mental, possibilitando-lhe uma vida com maior autonomia. Contudo, conforme destacou a entrevistada este é só um dos elementos que compõem o rol das necessidades humanas. A reabilitação psicossocial é um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia (KINOSHITA, 2001). Neste sentido, reabilitação e construção da autonomia caminham lado a lado.

3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental

A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos entrevistados como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista jurídico-política dos direitos do portador de transtorno mental.

Eu acho que hoje a gente já tem uma rede assistencial muito mais capacitada e quantitativamente significativa; no Brasil já são 800 CAPS; o fato de que tem recurso financeiro do Ministério da Saúde destinado, especificamente, à saúde mental, isso facilita a criação do serviço no município; em termos das modificações em relação ao que seja a loucura, o que seja o transtorno psíquico, acho que apesar das dificuldades a gente já conseguiu avançar com relação a isso, a gente já conseguiu trazer a discussão pra sociedade de uma outra maneira, levantando a necessidade de olhar isso também de uma outra forma; a medida que as pessoas começam a sair dos hospitais e voltam a morar seja em residências terapêuticas, seja com a sua família, e conseguem se manter bem dessa maneira isso também vai mudando o olhar das pessoas, pelo menos daquelas que o cercam; os projetos que a gente chama de modificação da cultura, a modificação da cultura manicomial, isso eu percebo que há um avanço, gradual, lento, tem um monte de resistência, mas a gente consegue, conseguiu, tem conseguido, e isso implica também no avanço político, no sentido da garantia do direito, no sentido de ter algumas prerrogativas preservadas com relação ao direito do usuário; então, eu vejo que de uma maneira geral a gente tem avanços e avanços muito significativos se a gente compara o que era transtorno mental há vinte, trinta anos, nesse país, tem coisas muito importantes que eu identifico (F, 12/4/2006).

Acho que a própria existência de CAPS, os hospitais dia, de ambulatórios de saúde mental, próximos as casas de onde o paciente mora, o Programa de Volta pra Casa, a possibilidade de uma residência terapêutica, são todas medidas atuais e dispositivos atuais que possibilitam essa nova forma de encarar o que alguém portador de transtorno mental pode ocupar, o que eles podem ocupar; então, eles podem ocupar os espaços, eles podem começar a fazer parte daquela comunidade (J, 22/3/2006).

A fala a seguir expressa como foi, historicamente, se alterando a forma de assistência ao portador de transtorno mental e de atenção em saúde mental na política de saúde do município.

Eu acho que a questão de criar um espaço que é aberto já é uma conquista; eu acho que hoje a gente tem essas possibilidades de CAPS, no posto de saúde mesmo; [...] quando eu comecei a trabalhar na prefeitura, há 20 anos atrás, assim, era uma equipe de um psiquiatra com mais um monte de estagiários de psicologia que saía em uma Kombi velha pra fazer alguma coisa, quando pintava um problema lá com um paciente do Campeche por exemplo [...]; não tinha nada na prefeitura há 20 anos atrás de saúde mental, então, hoje já tem, está se criando uma rede, tem profissionais nos postos, tem psicólogos, se pensa em fazer treinamento de agente de saúde, treinamento de clínico geral, já se fez algumas coisas; eu acho que isso, imagino que alguém que fica confinado dentro de um espaço, ele ter a possibilidade de circular, mesmo o pessoal do HCTP, eu acho que pra eles, assim, tem uns que não querem muito mais que isso na vida, pelo menos eles não estão tendo que trabalhar duramente como trabalhavam quando eram crianças, vem aqui, circulam, comem uma comida, anda aqui, vê televisão, bom! talvez essa seja a vida que eles querem, talvez seja...., já sai lá daquela estrutura fechada (P, 17/3/2006).

Na seqüência, a entrevistada relaciona algumas formas de exercício da cidadania que o usuário pode acessar com o tratamento no CAPS.

É, se for pensar que muitos usuários eles tiveram uma história, antes do surto, de uma vida organizada socialmente, trabalhando, talvez seria a reconstrução da cidadania, mas a medida que vem todo o isolamento propiciado pelo hospital psiquiátrico, todo o estigma do transtorno mental que a própria comunidade coloca, realmente de fato foi perdida; quando ele chega no CAPS e se propõe a se beneficiar desse espaço, assim, de fato se vincula ao projeto terapêutico dele, acho que ele consegue reconstruir elementos pra essa cidadania, num primeiro momento autonomia, acho que o cartão do vale transporte, o exemplo que eu posso dar, o cartão do vale transporte que é oferecido no período que ele tem tratamento aqui é o mesmo cartão do cidadão que vai comprar lá no SETUF, então, aquele usuário que é estigmatizado, eu já presenciei essa cena, um usuário de uma comunidade de periferia que era o louco do bairro, ele entrou dentro do ônibus com o mesmo cartão que qualquer outra pessoa, passou o seu cartão, veio pro CAPS, depois foi embora pra sua casa, então, isso já é um elemento, muito pequeno, mas é um primeiro elemento talvez, que começa aí, de ele se reconhecer enquanto sujeito, enquanto cidadão, e depois aqui também, a possibilidade de participação, no momento que ele consegue produzir algo numa Oficina, no momento quando ele consegue, na clínica, se dar conta dos seus conflitos e ter mais qualidade de vida nas relações [...] (VIK, 24/3/2006).

Uma das entrevistadas fez destaque às formas de atuação que, na sua opinião, representam conquistas significativas e correspondem a práticas que favorecem o exercício da cidadania do portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Avanços, pra começar, acho que o grande avanço foi a Reforma Psiquiátrica, a construção do CAPS, dos CAPS, as portarias que fazem com que os hospitais psiquiátricos sejam substituídos por vários CAPS, esse foi o grande avanço em primeiro lugar, porque é o momento de tirada das pessoas desses castelos, dessas muralhas, não só porque ficaram ali presas, mas de todo aquele sofrimento mesmo, de miséria, enfim, como os últimos dos últimos, então, eu acho que esse é o primeiro ponto, é que os sofredores de transtorno psíquicos e mentais não ficassem segregados, mas poder estarem sendo mostrados e expostos - uma parte da sociedade, são pessoas que podem transitar, que estão aí, não necessariamente precisam ser escondidos como uma vergonha; junto aos CAPS, isso não caminha sozinho, tem a construção as redes de atenção básica também; [...] mas quando fala em cidadania acho que tem três eixos: um é a construção do CAPS, de serviços como o CAPS, outro são as residências terapêuticas e o outro a economia solidária; hoje eu vejo como isso, assim, esses três projetos, que foram feitos com luta, porque a primeira luta foi dos hospitais, então, tem as portarias que substituiu os hospitais por CAPS, progressivamente, tem toda a luta do movimento antimanicomial, tem as leis que protegem, tem esses três eixos; residência terapêutica é um lugar de resgate à cidadania porque a pessoa vai poder estar numa casa, vai poder comprar um bombril pra limpar a panela, vai poder comprar tomate e batata, vai começar a transitar no meio de outras pessoas, com a vizinhança, a se autogerir, poder fazer escolhas para sua casa, onde ele quer botar um quadro, onde ele quer botar o guarda-roupa, sua roupa, com outros colegas, mas enfim...; tem também a economia solidária que é o momento de autogestão, de fazer escolhas também, de decidir sobre sua vida, em uma certa instância, porque em última instância, em última análise ninguém daqui decide sobre a sua vida, nem eu, nem tu, a gente já nasce num sistema que te absorve e a gente é o que em última análise o capitalismo quer que a gente seja mesmo, nossa roupinha, nossa comida, nosso padrão de beleza, tudo a gente faz como é vendido; eu acho que essas iniciativas, porque a economia solidária não é só cooperativa, não é só associação, não é somente, é uma outra forma de produzir trabalho e discutir sobre esse lucro, que antes estava na mão de algumas pessoas, então, é dividir, eu também decido sobre o que é o meu trabalho, eu não me alieno dele, mas eu sei onde é que vai o meu trabalho (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Fleury (2004, p. 4), os grupos excluídos estão, em geral, impossibilitados de participar das relações econômicas predominantes no mercado, como produtores e/ou consumidores, e das relações políticas vigentes, os direitos de cidadania. Segundo a autora, esta situação é agravada pela transformação das políticas públicas de proteção social, afastando-se de um modelo de seguridade social, que buscava assegurar coletivamente o mínimo vital para todos os cidadãos, em direção à individualização da pobreza e da exclusão.

Conforme aponta Pitta (2001), o homem moderno, acriticamente, persegue formas de inclusão social pelo trabalho, desconsiderando o fato do trabalho não ser nem

tão disponível nem tão flexível para suportar as diferentes demandas individuais e coletivas que a sociedade moderna impõe. Não obstante, a tradição asilar e assistencialista das instituições psiquiátricas, historicamente, caracterizou-se pela função de excluir os marginalizados, produtos das disfunções do modo de produção capitalista e da divisão social do trabalho. Em geral, a população internada, e muitos dos egressos de hospitais psiquiátricos atendidos nos CAPS, está cronificada, com poucas chances de retorno ao mundo do trabalho capitalista.

A fala relacionada a seguir traz a compressão e reflexão, do profissional entrevistado, com relação ao conceito de cidadania e as implicações práticas deste quando se tem como parâmetro uma concepção e um modelo de cidadania pautado na lógica da racionalidade.

Eu tenho visto que está se percebendo uma maior clareza da necessidade dessa cidadania do portador de transtorno mental, porém ainda falta um pouco mais de discussão em nome de que direitos o portador de transtorno mental tem pra fazer cidadania, porque é assim, a cidadania dentro desse modelo francês - igualdade, fraternidade, liberdade, ela exige muito a questão da razão, pra você exercer cidadania você tem que falar em nome da razão, e muitas vezes o usuário, quando está em crise acaba não falando numa razão, acaba falando uma desrazão, e aí como fazer? como dar conta disso? ainda não temos resposta, em nome de que cidadania é reinventada uma cidadania para os loucos, mas tudo bem, isso é pra gente pensar; então, o avanço que tem em relação a construção da cidadania é quanto mais ter associação de usuários em que se discuta cidadania, mais vai ter cidadania, que eu não acredito que os CAPS tenham trabalhado muito nessa lógica, porque acaba não discutindo a questão da cidadania, que cidadania é essa, o que se entende por cidadania, o que é o ser cidadão [...](GIRASSOL, 20/3/2006).

A cidadania integra as exigências de justiça e exercício democrático do poder; o sentimento de pertencer a uma comunidade e de estar integrado a uma dada coletividade social, em determinado espaço territorial (FLEURY, 2004). A idéia de direitos do cidadão – civis, políticos e sociais – remete a construção dos Estados nações, em que o princípio das nacionalidades precede o ideal filosófico cidadania universal. A cidadania, definida pelos princípios da democracia, constitui-se na criação de espaços sociais de luta (movimentos sociais) e na criação de instituições permanentes para a expressão política; significa, necessariamente, conquista e consolidação social e política (VIEIRA, 2002, p. 40). Ainda, a cidadania passiva, outorgada pelo Estado, se diferencia da cidadania ativa, na qual o cidadão, portador de direitos e deveres, é essencialmente criador de direitos para abrir novos espaços de participação política.

Diversos são os obstáculos para o exercício da cidadania do portador de transtorno mental entre estes a vinculação dos direitos a racionalidade instrumental-cognitiva da ciência; a vinculação da sua prática a inclusão controlada no mundo do trabalho, modelo este que, no caso brasileiro, é denominado por Santos (1979) de cidadania regulada. Vasconcelos (2000b, p. 191) indica que, para aqueles que assumiram a proposta da desinstitucionalização e reinvenção da cidadania no campo da saúde mental, há de considerar que estamos diante de um terreno de relações de forças complexo e paradoxal, em que a manutenção do caráter democrático nas relações exige abandonar esquemas conceituais lineares, onipotentes, que queiram garantir de antemão a sua eficácia.

Fleury (2004, p. 12), observa que “a mediação entre os indivíduos e o Estado, através da igualização realizada na cidadania só é efetiva, na medida em que a sociedade civil seja capaz de realizar as funções de agregação dos interesses, reconhecimento dos sujeitos e sua inserção na esfera pública. Só assim a cidadania deixa de ser um invólucro legal e passa a ser um exercício na vida social”. Portanto, uma visão mais ativa de cidadania requer um sentido de sociedade civil como uma esfera pública onde os cidadãos se encontram em reconhecimento mútuo, e isto faz possível a sociedade plural.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referiram que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental substitutivos ao modelo tradicional/asilar. As falas a seguir identificam estas dificuldades fazendo uma análise da questão na realidade da sociedade capitalista atual.

Tem o mito de louco, do louco perigoso, do louco imprevisível, é algo que pesa muito [...], que é a lógica do mercado; pra nós, basicamente, estar inserido na sociedade é estar trabalhando, a gente se pauta muito por isso, pra poder se considerar inserido, vinculado no mundo você tem que estar no mercado de trabalho e, muitas vezes, essa lógica enlouqueceu muita gente, e as pessoas não conseguem, principalmente os usuários dos serviços de saúde mental, os psicóticos em particular, tem muita dificuldade em entrar nessa lógica, e se submeter a ela, coisa que pra qualquer um tem um custo muito alto em termos de saúde, eu digo quem está inserido mesmo no mercado de trabalho, em termos de saúde, de relação com a sua família, com as pessoas que gosta, com os amigos etc., isso tem...; viver para o trabalho é algo que pra nós é insalubre de uma certa maneira, a gente não faz outra coisa a não ser trabalhar; então, pra essas pessoas que estão fora do mercado de trabalho

é muito complicado poder voltar, o que sobra é uma rede de assistência que na nossa realidade é sempre capenga, sempre parcial, tem dificuldade em aceitar o louco por conta desses mitos, e, também, da própria resistência do usuário, da pessoa com esse tipo de dificuldade de entrar nessa lógica, no que ele de uma certa maneira faz muito bem, algo que cria outros problemas pra ele (F, 12/4/2006).

São tantas, é assim, primeiro lugar, eu vejo assim, com todo o preconceito que tem da loucura, tem uma coisa no nosso sistema capitalista que é a questão da produção, produção de capital, produção de bens, e inserção no comércio, no mercado de trabalho, então, o portador de transtorno, sofrimento mental, ele a princípio, quando ele está nesse estado, ele não é produtivo, produtivo pra esse sistema capitalista, ele não trabalha, ele não consome muito, porque ele não vai ter dinheiro, portanto, isso de maneira geral, a gente sabe que as pessoas de posse, que a loucura, o sofrimento psíquico ele atravessa qualquer classe, mas 90% tem isso; então, a princípio existe a exclusão, já existe esse preconceito também, mas muito mais que isso, que a sociedade de fato ela é dividida entre os que produzem, os que fazem a engrenagem funcionar e os que estão a margem, então, o usuário é mais um que está a margem, assim como o menino de rua, os rapazes do morro, então, ele é mais um, também, que causa incomodo, e ele no Estado, das políticas públicas do Estado ele seria como só o gasto, não seria mais uma produção; além de ser uma sociedade racionalista que tem toda a sua formação no discurso, no discurso reto, no discurso racional, na fala, a fala racional, na linguagem articulada como o único meio privilegiado de comunicação, e o usuário, muitas vezes, não tem esse instrumento, por conta da sua fragmentação, da sua história, da sua medicação, da própria coisa do delírio, muitas vezes ele não tem o tempo todo essa fala coerente, esse discurso, dessa forma já faz com que ele não seja inserido, uma vez que ele é a minoria digamos assim (LÉLI, 4/4/2006).

Hoje, a gente fala muito em rede de atenção psicossocial; eu percebo que é uma rede que ela tem que estar instituída, que são locais de proteção para o portador de transtorno mental, são as certezas, são os caminhos certos que os usuários teriam, a rede; o problema a começar é que nós não temos essa rede instituída, entendo por rede: emergência psiquiátrica ou emergência em atenção psicossocial em hospital geral, CAPS III, CAPS II, CAPS criança e adolescente, CAPS álcool e droga, associação de usuários, escritório jurídico para amparar o direito do portador de transtorno mental, atenção primária em saúde mental, equipes volantes, centros de convivência, enfim, tudo o que preconiza a rede em atenção psicossocial, esse seria o primeiro passo; então, essa dificuldade, não temos a rede em atenção psicossocial, esse é um passo; segundo, o próprio imaginário social das pessoas em relação a loucura e ao louco, isso é uma outra dificuldade, que daí entra em cena o estigma e o preconceito, onde o portador de transtorno mental passa a não ter crédito na comunidade, e isso ainda é uma dificuldade; e, claro, depois tem toda a questão do trabalho, as cooperativas de trabalho, que ainda não se discute muito em Santa Catarina, não conheço nenhuma cooperativa social de trabalho para portadores de transtorno mental, que é uma forma de gerar trabalho diferente dessa preconizada pelo modo de produção capitalista, que você tem que produzir pra receber, isso é uma outra dificuldade, a dificuldade em cima da questão do trabalho, do emprego, que muitos acabam tendo seu reconhecimento, sua valorização em cima

do dinheiro que tem no bolso, o poder contratual que a pessoa possa ter, as vezes, na sociedade, é o quanto ela tem no bolso, e a maioria dos usuários não possui isso, e é aonde muitos acabam querendo se aposentar para poder ter o seu dinheiro, que não tem outra alternativa ou clareza do que fazer pra ter dinheiro, então, esse é um problema enorme na questão da reinserção social (GIRASSOL, 20/3/2006).

Os participantes da pesquisa apontaram que uma das possibilidades para a (re)inserção familiar e social pode ser a separação das oficinas produtivas da área física do CAPS. Esta proposta e os projetos de geração de renda via economia solidária foram apontadas por alguns dos entrevistados como uma das alternativas para a realização de uma maior integração do serviço com a comunidade, bem como a melhor adequação do próprio espaço físico do CAPS.

[...] a questão do projeto de geração de renda, que eu acho que de fato está faltando, inclusive a gente já está também se mobilizando pra tentar criar um projeto nesse sentido, porque os usuários aqui, nas oficinas terapêuticas produtivas, eles conseguem ter acesso ao material específico de cada oficina produtiva, também, a técnica de produzir o artesanato, mas não tem mercado; eles conseguem vender as peças, conseguem resgatar uma grana, mas não é suficiente pra poder manter ele, manter as condições de sobrevivência; então, precisa implantar essa geração de renda, de fato acho que vai dar um gás pra essa (re)inserção dos usuários que estão sendo tratados do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Já para uma das profissionais entrevistada as dificuldades na (re)inserção social estão mais relacionadas a questões de singularidades dos portadores de transtorno mental.

Eu acredito que volta de novo pro estigma, vai voltar pra própria incapacidade, pra própria dificuldade do usuário, do paciente; muitas vezes eles poderiam fazer algo muito mais do que fazem, e aí tem o medo, o medo deles, o medo de eles terem de enfrentar a própria doença, de eles terem que enfrentar os outros, e a hora que eles conseguem fazer esse movimento aí vem o medo do outro, aí é mais fácil ficar parado, aí volta pro comodismo, mas de alguma forma se a gente consegue..., aí não precisa de grandes movimentos, eu imagino que pequenos movimentos dentro da comunidade, que seja, alguém ir conversar com o diretor da escola, ir conversar, aí a diretora consegue conversar na sala, vamos supor que tem alguns pacientes, mais jovens, que pelo surto psicótico deixaram de ir e aí não retomam, não retomam porque tem medo, porque as vezes vão rir dele porque ele é louco; então, pequenas intervenções, elas tornam possível mudar um pouco essa inserção, essa reinserção, mas a gente esbarra de novo na falta de técnicos pra fazer isso e também acho que até por uma falta de equipe, aí volta pra equipe, entende, não tem uma equipe que pense isso em conjunto, que age em conjunto e aí como fica muito personalizado, individualizado os atendimentos, cada um vai pra..., eu vou pro meu consultório, outro vai pra oficina e aí não tem a equipe (J, 22/3/2006).

Outra entrevistada referiu-se ao estigma e preconceito existente por falta de conhecimento e divulgação, exposição, seja nas universidades ou por parte dos próprios serviços de atenção, sobre saúde mental.

Bom, eu acho que entre elas a questão do estigma, do preconceito, e não é um preconceito.... a gente sabe que tem riscos em algumas situações, a gente também as vezes tem medo de algum paciente, te dizem ah fulano matou três pessoas..., não é um preconceito que nasce do nada, muitas vezes é um preconceito que de alguma forma é compreensível, mas você não pode ah então ta...; eu acho que não existe muito, você não vê muito nos meios de comunicação uma campanha em torno da desestigmatização, você vê de outras coisas, com relação a aleitamento materno, outras questões da política de saúde; com relação a saúde mental eu acho que se fala pouco na sociedade, se discute pouco; por exemplo, na universidade, até não sei se lá na saúde pública o pessoal da saúde mental tem feito mais coisa, até os alunos que vem fazer residência aqui, a primeira reação deles é: a gente está aqui e tem medo, nem eles foram preparados pra isso, então, você começa a avaliar que tem uma falta..., não se fala muito no assunto, acho que assim, não se fala no assunto na sociedade; assim como se faz grupos de mulheres lá nos postos de saúde pra tratar de questões de sexualidade, muitas vezes faz sala de espera pra tarar de questões..., não se faz uma sala de espera pra falar de saúde mental; então, eu acho que talvez assim, a gente pensar, bom! nós estamos nisso (na saúde mental) e nós nunca fomos fazer uma sala de espera no posto de saúde da Agrônômica pra falar de saúde mental, pra falar do CAPS, quem sabe a gente também precisasse fazer algumas coisas assim, começar uma divulgação maior; acho que pouca gente de fora do serviço, fora das pessoas que trabalham na saúde mental sabem da política do Ministério pra saúde mental, que existe uma política de criação residências terapêuticas; eu li relatos de pessoas no Rio (RJ) que tiveram muita dificuldade de alugar pra se fazer uma residência terapêutica, num prédio então, quando ficaram sabendo que eram pessoas que vinham de hospital psiquiátrico ninguém quis; então é muito difícil, e ao mesmo tempo tem experiências positivas, tem pessoas que estão na residência e diz que a vizinhança viu que eles não são bichos, que eles podem interagir, podem estabelecer laços de vizinhança, então, tem algumas experiências boas e algumas experiências que são difíceis (P, 17/3/2006).

No contexto do estudo foi perguntado aos profissionais entrevistados se a atual organização dos serviços de saúde mental favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais. Conforme pode ser observado nas falas relacionadas, as opiniões foram divergentes. Dois deles observaram sobre a necessidade da existência de diversas instituições e serviços articulados e integrados à proposta da rede de saúde mental para que seja possível favorecer a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental

Embora a estrutura se localize no município, pelo menos eu estou pensando em termos de utilização da rede; então, a gente tem no Brasil inteiro muita diversidade, tem cidades onde a rede está montada, foi instituída e funciona legal, não é o caso de Florianópolis, a gente tem dá pra dizer poucos serviços, são só três CAPS que deveriam estar regionalizados ou territorializados, mas não estão, e tem algumas equipes de saúde mental nas Regionais, nas sedes das regionais, então, eu vejo assim, tem uma rede a ser constituída, ela precisa criar os mecanismos pra que a pessoa possa usar isso como rede, isso em termos de atenção à saúde, quando eu falo em rede eu também não estou pensando só em serviço de saúde, estou pensando que há uma possibilidade de a gente ter uma rede que inclua outros serviços, que não sejam só os de saúde, só os especializados, que eu acho que é a nossa necessidade, você incluir outras instituições, outros programas, enfim, que tenham vinculação com a cultura, com o trabalho, com a arte, produção do conhecimento, com as universidades por exemplo, as universidades são um campo excelente, seriam um campo excelente pra gente poder trocar um monte de coisas, pelos programas de extensão que eles tem, pelos projetos comunitários etc., a gente podia estar fazendo parceria com as universidades, mas não conseguimos, não sai, não rola; [...] a saúde mental eu acho que é o melhor exemplo desse distanciamento porque é difícil encontrar uma universidade onde a Reforma Psiquiátrica esteja incluída, ou mesmo os temas da reabilitação psicossocial estejam incluídos nos currículos dos cursos de saúde, é raríssimo (F, 12/4/2006).

Então, essa rede montada de forma territorializada, principalmente, eu acho que esse aspecto da territorialização é fundamental, é chave pra conseguir a reinserção social, não só por facilitar o acesso do usuário, mas pelo fato de o serviço estar ali no seu território, isso é fundamental, além disso, o projeto de geração de renda, as vagas, os leitos psiquiátricos no hospital geral, é todo esse contexto que precisa ser implantado para de fato poder facilitar o trabalho de cada instituição dessas, seja do CAPS, seja do projeto de geração de renda, ou do próprio hospital geral, como um todo, assim, essa engrenagem funcionando bem aí sim vai ser mais rápida a reinserção social do usuário portador de transtorno mental (VIK, 24/3/2006).

A partir das colocações dos participantes da pesquisa, destaca-se a importância da rede de serviços na construção da cidadania das pessoas atendidas pelas políticas de ativação, as quais, segundo Fleury (2004), tem como objetivo a inclusão social de conjuntos populacionais definidos a partir da territorialidade. Tal proposta pretende tratar o território como um componente, tanto material como simbólico, da esfera pública. Neste sentido, a construção da cidadania passa, necessariamente, pela reconstrução das cidades e potencialização da rede de serviços na valorização das características objetivas e subjetivas da demanda local.

Na seqüência, um dos entrevistados enfatiza que a forma como são pensados e estão organizados os serviços de atenção não favorece a construção da cidadania dos usuários.

Não, não favorece, porque, primeiro, os serviços de saúde mental estão sendo construídos pra quê? Não tem muito claro ainda pra quê que se tem atenção básica em saúde mental hoje, pra quê se constrói centro de convivência, pra quê tem o CAPS? acho que o objetivo do serviço parece não estar muito claro, talvez eu esteja enganado; veja bem, a atenção básica é mais no sentido pra estar discutindo os seus conflitos, minimizando os “sintomas psiquiátricos”, e aí acaba não tendo um trabalho de reflexão sobre o contexto que a pessoa está inserida; [...] a questão da cidadania tem a haver..., quanto mais articulada for a pessoa, quanto mais ela se envolver com as lutas sociais, mais cidadania ela vai exercer, quanto mais clareza, mas crítica, mais conhecimento ela vai ter, ela vai desenvolver cidadania; então, a forma hoje como os serviços estão organizados, ela acaba não favorecendo essa questão da construção da cidadania porque ainda vem de uma lógica de modelo centrado no transtorno mental (GIRASSOL, 20/3/2006).

Uma outra profissional considerou ser difícil avaliar a questão pelo fato de a rede de serviços não estar implantada por completo, e por não ter avaliações sistemáticas dos resultados.

Olha, eu não sei se a gente já tem condições de fazer uma avaliação, a rede está meio que andando [...] assim, qualquer coisa que eu vá dizer é, assim, referente uma experiência ou outra, não sei se a gente tem condições de fazer uma avaliação enquanto rede; por exemplo, eu vi muitas experiência positivas em cidades como Campinas (SP) que eles já tem há mais tempo, por exemplo, residências terapêuticas, tem desde o começo dos anos 1990, tem muitas experiências boas de pessoas que conseguem transitar na vida, tem gente que está trabalhando; [...] eu acho que a gente precisa além de ter a política, de ter a carta de intenções, a gente precisa ter avaliações também, eu acho que uma questão dessa eu sinto que precisa ter uma forma mais sistemática de avaliar, qualquer coisa é uma coisa mais ou menos um olhar particular pra aqui pra ali, acho que no todo a gente não tem (avaliação sistemática), pelo menos eu não conheço ainda, pode ser que estão fazendo e eu não saiba ainda (P, 17/3/2006).

Já para duas das entrevistadas, a atual organização da rede de serviços na política de saúde mental favorece sim a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental.

Sim, eu acredito que sim, na teoria ela é muito importante e acho que trabalhando em todas as instâncias, se a gente for pensar naqueles mapinhas, os ambulatórios, os CAPS, hospitais dia, a escola, e os centros comunitários, os postos de saúde, todos capacitados; eu acredito que sim, a rede ela é bem estruturada e ela possibilita aos portadores de doença

mental, enfim, terem uma reinserção melhor e maior na sociedade, e também de entendimento do que ele tem, do que ele pode fazer, quais são os recursos que ele tem também pra lidar, dentro dessa rede (J, 22/3/2006).

Acho que sim, favorece, se tu me perguntasse se ela resolve, eu diria que não claro, ou até que ponto ela resolve, mas favorece sim, eu acho que tem um favorecimento relacionado a forma que as pessoas eram tratadas, acho que favorece muito mais (LÉLI, 4/4/2006).

É possível perceber nas falas relacionadas acima a preocupação com a efetiva implantação da rede de serviços em saúde. As redes, conforme proposto na política de saúde mental, possuem muitos centros, muitos nós que as compõem e as tornam complexas e resistentes. Estão embasadas na noção de território, como um sistema de relações e estruturas, muito mais que um simples espaço geográfico. O fundamental neste processo é que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento.

Neste sentido, torna-se de fundamental importância refletir sobre o exercício da cidadania no contexto das políticas públicas, cada vez mais segmentadas e focalizadas. Para Fleury (2004, p. 2), “as políticas atuais de inserção buscam reafirmar a natureza contratual do elo social em novas bases, com a revalorização do local e comunitário e a transformação do Estado em um animador e mobilizador de recursos societários. Reduzido a mantenedor da estabilidade de uma ordem econômica que produz a fragmentação e a exclusão social, o Estado, busca atuar de maneira compensatória e focalizada, atendendo aos grupos mais vulneráveis e/ou potencialmente ameaçadores da ordem social, por meio da convocatória da solidariedade lançada aos diferentes setores inseridos na ordem econômica. No entanto, a incapacidade de alterar as condições estruturais de produção da exclusão mostra os limites das políticas de ativação, cuja promessa de inserção social carece de expectativas de emancipação dos sujeitos e coletividades beneficiários”.

3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica

Os CAPS compõem o rol de serviços do modelo psicossocial de atenção em saúde mental proposto na e pela Reforma Psiquiátrica. Perguntamos aos entrevistados qual seria o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica e obtivemos como

resposta que este teria a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos ideais da própria Reforma.

Eu acho que a função imediata ela é servir como um ponto de articulação, porque a gente consegue criar um ambiente que é relativamente protegido e que dá ao usuário as condições de ele poder participar de outros circuitos; fundamentalmente é essa a função, de articulação; eu lembro de uma discussão que a gente fazia, em Brasília, uma vez, sobre essa importância excessiva que os CAPS acabaram adquirindo, como quase que o central do sistema hoje é o CAPS, mas ao mesmo tempo a necessidade de se ter um espaço como esse, principalmente, pra quem está vindo de uma internação prolongada ou pra quem sempre passou a vida dentro de um hospital psiquiátrico, se tem que ter um pólo, uma instância articuladora pra poder fazer a passagem, porque o cara não vai sair do hospital e retomar sua vida imediatamente, não vai, ele tem uma série de dificuldades que ele não consegue vencer, e o CAPS, nesse sentido, a função seria essa, de poder..., tem uma expressão que eu acho interessante que é: emprestar poder de contratualidade, ou seja, poder dá um certo aval de que esse sujeito pode participar novamente ou pode participar pela primeira vez dos circuitos sociais, pode fazer laços com outras pessoas, com outras entidade, outras instituições, esse é o aval que eu acho que um CAPS pode fornecer e essa é sua principal função (F, 12/4/2006).

É pensar o CAPS como um espaço em que o paciente vai estar usando e tendo apoio para os momentos de crise, e fora os momentos de crise, também, que não seja hospital, e aí, dentro da Reforma eu acho que o CAPS ele é fundamental, assim como os hospitais dia, é que aqui em Florianópolis a gente não tem hospital dia, mas eu acho que os moldes do CAPS (eles estão) é muito próximos, as vezes até é difícil dizer o que é um o que é outro; esse momento de transição do hospital para a sociedade, nesse momento o CAPS é algo muito importante, ele dá, é capaz de conter, dar uma continência pra o usuário, isso a gente percebe mesmo quando não tem nada, o paciente já está muito bem, eles voltam quando estão em crise, sem ter nada marcado, e só de estar aqui pra muitos já é confortante, então, a gente percebe que essa continência, esse acolhimento, e saber que ninguém vai vir aqui e amarrar e conter, porque acho que esse é o medo, de todo mundo, acho que isso já possibilita a procura, eu estou mal vou lá, vou buscar a ajuda do CAPS (J, 22/3/2006).

Eu diria que o CAPS seria o pensador da estruturação da rede de saúde mental, que via de regra o CAPS acaba sendo pra municípios de médio porte o primeiro serviço a ser instituído no território, no município, aí o CAPS acaba assumindo essa responsabilidade, a portaria fala bem disso, a 336, do que compete ao CAPS, e tem vários itens lá, entre eles organizar a rede de saúde mental no município, porém, acaba sobrecarregando os profissionais de saúde mental que atuam nesse CAPS; então, a importância do CAPS na operacionalização da Reforma, ele é importante enquanto um dispositivo crítico, ou seja, se o CAPS não ter a clareza do que seja a Reforma Psiquiátrica ele não vai

operacionalizar, ele só vai operacionalizar a Reforma Psiquiátrica quando ele entender que Reforma Psiquiátrica é o processo social complexo que se configura pelas quatro dimensões, enquanto ele não repensar, refletir a sua prática, o que ele está fazendo, o que não está fazendo, ter mais autocrítica, ele não vai conseguir operacionalizar a Reforma Psiquiátrica; ele tem importância porque tem vários atores, vários profissionais, é um time de pessoas, muito rico, envolvidas que estão no CAPS; agora, enquanto não ter claro o que é Reforma Psiquiátrica, esse processo, não vai conseguir fazer nada; ele é importante, mas se não tiver clareza de Reforma... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Na medida que o CAPS é a primeira, digamos, unidade, primeiro serviço que se propõem a substituir o hospital psiquiátrico já existe nisso por si só a sua importância; é substituição e não que a pessoa não possa ser internada, mas a idéia é que seja nos hospitais gerais, em algum leito nos hospitais gerais, então, bom, o CAPS é o primeiro ponto, é o primeiro lugar onde a pessoa vai passar o dia, onde vai ser tratado de outra forma o seu sofrimento, então, a importância dele está nisso, na importância política e clínica também (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que o CAPS, fundamentalmente, ele faz a clínica; se tem essa rede montada o CAPS faz a clínica, ele faz o atendimento psicossocial do usuário portador de transtorno mental, ele atende as questões mais subjetivas, e de fato toda esse mix de previdência social, a medicação, o atendimento psicológico, atendimento de enfermagem, mas se existe essa rede montada e aí vamos ter um projeto de geração de renda, aí ele vai fazer geração de renda, todas as Oficinas vão acontecer ali e não dentro do CAPS, o CAPS deveria estar na comunidade ele deveria estar territorializado (VIK, 24/3/2006).

Acho que todo mundo gostaria que ele pudesse ser um eixo desencadeador de todos esses ideais da Reforma Psiquiátrica, que a partir disso se experimentasse uma nova relação, que o paciente pudesse estar se soltando mais pra vida, pra construir seus projetos, seus ideais; acho que é muito importante poder retirar pessoas que estão enclausuradas há anos, criar esses mecanismos como residências, etc. pra pessoas que não vão resgatar os vínculos familiares, tem que procurar outras alternativas; acho que o CAPS ainda é uma instituição que é fundamental nessa política, ainda acho que ela pode fazer um papel importante; no dia-a-dia é um pouco mais difícil porque as vezes a gente não tem tantos mecanismos de avaliações, muitas coisas que também a gente vai capengando; quando você vê algumas experiências de pessoas que estão conseguindo dar conta da sua vida, saem, aí você vê que, bom! tem algumas coisas boas que estão acontecendo, o CAPS também está contribuindo; então, no meio dos prós e dos contras eu acho que os prós ainda são maiores, eu acho que é muito mais humano, muito mais um fator de justiça social você ter um espaço assim do que você ter uma pessoa enclausurada no hospital (P, 17/3/2006).

Neste sentido, conforme inscrito na Política Nacional de Saúde Mental, os CAPS devem assumir seu papel estratégico na articulação e no “tecimento” das redes de atenção em saúde mental. Tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da

rede de serviços, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, ONGs, empresas etc. (BRASIL, 2004, p. 12)

3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde

A proposta do progressivo deslocamento dos centros de cuidados em saúde mental para fora do hospital psiquiátrico, em direção à comunidade, colocada na e pela Reforma psiquiátrica tem nos CAPS o dispositivo estratégico desse movimento. Neste sentido, a rede básica de saúde torna-se o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os portadores de transtorno mental.

Essa rede é formada pelos centros ou unidades locais e/ou regionais de saúde, Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, que atuam na comunidade de sua área de abrangência. Os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, pois tem um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Por sua proximidade com as famílias e comunidades, as equipes de atenção básica são um recurso fundamental para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso de substâncias psicoativas e diversas formas de sofrimento psíquico. Neste sentido, é importante e necessária a integração e articulação dos CAPS com a atenção básica. Assumir esse compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção da saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo (BRASIL, 2004).

As atuais diretrizes da política de saúde mental do Ministério da Saúde orientam que, onde houver cobertura do PSF, deverá haver uma equipe de apoio matricial em saúde mental para no mínimo seis e no máximo nove equipes de PSF. E, que as ações de saúde mental na atenção básica devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2004).

No que se refere à relação existente entre o CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município e qual o tipo de relação existente, os dados coletados na

pesquisa indicam que: a maioria (91,7%) respondeu que sim, com ressalva de que é muito pouco, funciona de maneira precária e confusa, e que está num processo preliminar ainda. O profissional que respondeu não, observou que a rede está em processo de formação. Os profissionais cujas respostas foram positivas identificaram que a relação é de encaminhamentos, atendimentos em conjunto com as equipes de saúde mental das Regionais de Saúde, ajuda em atendimentos nas unidades locais de saúde, com os agentes comunitários de saúde, de referência, de acompanhamento, visitas domiciliares, encontro mensal dos trabalhadores de saúde mental da rede e encontro mensal dos psiquiatras da rede.

Sobre a relação do CAPS com as equipes de PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência alguns entrevistados observaram que a relação é pouca ou mínima, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda²³. Foram apontadas como justificativas o fato de o CAPS Ponta do Coral não estar territorializado, deste ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta do município, e a ausência de um planejamento e de estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente.

O CAPS como ele é único, então, ele é de toda a região; então, eu poderia até estar te respondendo que a gente tem um Posto aqui de cima do CAPS, que é o Posto da Agrônômica, ali tem o Programa de Saúde da Família implantado, com a presença dos residentes do Programa Saúde da Família e o contato que eu tenho, ele é meu, não existe nenhum outro programa ou vamos dizer convênio do CAPS com a Agrônômica, é meu aqui, assim como talvez seja da psicóloga em outro momento quando há essa partilha de paciente quando faz parte dos dois, então, eu só sei do que eu tenho, mas é muito pouco, eu tenho contato com alguns residentes que atendem alguns pacientes daqui, e eles precisam de algumas dicas ou, enfim, de se interar do que acontece, e eu também preciso saber como é que anda o acompanhamento deles lá, e aí entra em contato, as vezes vem aqui ou eu vou lá, mas são essas formas isoladas e depende daquele momento e da necessidade daquele usuário, não é algo que seja programado, que seja antecipado, institucionalizado, no sentido de firmar essas relações de uma forma.., não há; e, assim, o contato é com os residentes, não tem o contato com quem realmente vai ficar, porque os residentes passam depois de dois anos, eu também não tenho contato de quem é o médico, quem é o enfermeiro do Programa Saúde da Família, quem é o agente comunitário que vai na casa desses usuários, isso não tem, acho isso muito ruim, é muito falho, embora, volta pra aquela questão da equipe, que as coisas não são compartilhadas, você nunca sabe direito, é muito fragmentado, o que já foi feito, o que não está sendo feito; também não é delegado a função à ninguém de fazer, não há um planejamento pra isso (J, 22/3/2006).

²³ Em estudo sobre o CAPS de Palhoça/SC, Franco (2005) encontrou situação semelhante na relação do CAPS com o PSF e demais serviços de atenção básica municipais.

É mínima, é mínimo o contato, assim, as vezes, quando a gente necessita a gente vai atrás, tenta achar alguém que se interessa, que tenha alguma afinidade com a saúde mental, as vezes um agente de saúde que consegue se aproximar mais daquele usuário que mora lá e que resolve dá uma força, mas é assim, depende de uma série de coisas, da disponibilidade pessoal, da sorte de encontrar alguém etc., quer dizer é falta mesmo da articulação em rede, porque se a gente tivesse essa articulação o PSF automaticamente já seria acionado, e a gente não tem isso; claro, quando a gente precisa a gente até encontra uma boa resposta das equipes do PSF, mas pode não encontrar, tem um risco[...] não, isso não existe (articulação institucional CAPS – PSF), isso tem que ser construído, tem que ser proposto (F, 12/4/2006).

A relação que o CAPS tem é principalmente pra acompanhamento, a relação é essa, relação de acompanhamento, as vezes precisa realizar alguma busca ativa e não temos a possibilidade no momento, então, tem essa relação, a relação que a gente tem é mais no sentido de acompanhamento do próprio usuário; o que seria ideal, seria um pouco mais de estreitamento, discutir junto com o Programa de Saúde da Família alguns casos, nós irmos aonde os agentes comunitários estão, discutir algumas situações e isso não tem acontecido ainda; com essa lógica aí das regionalizações tem essa possibilidade; então, hoje existe uma relação, só que uma relação muito esporádica de situações isoladas e que precisa ser superada; o maior problema que existe é devido ao CAPS não ser territorializado, o CAPS II Ponta do Coral ele tem que atender uma demanda muito grande, basta ver o IBGE hoje, tem 400 e poucas mil pessoas em Florianópolis, então, é um CAPS II pra atender toda a demanda adulta do município, talvez o ideal seria um CAPS I em cada região, nas cinco regionais, e transformar esse CAPS num CAPS III no caso, e aí repensar depois toda a rede; então, a relação, ela se compromete com o Programa Saúde da Família devido a não territorialização do CAPS Ponta do Coral, a relação que existe é a relação de acompanhamentos isolados (GIRASSOL, 20/3/2006).

É uma relação ainda muito inicial ainda, um pouco precária; com os agentes comunitários a gente tem mais proximidade, no momento da visita domiciliar e no momento de fazer o resgate dos usuários que abandonaram, por algum motivo, o atendimento, mas acho que a relação poderia ser melhorada se o CAPS fosse territorializado, como a gente está aqui, é no centro pra todo o município, fica muito difícil, então, a nossa relação é muito mais com as referências regionais de saúde mental da atenção básica do que com as próprias equipes de PSF das unidades locais de saúde (VIK, 24/3/2006).

É isso que eu falei, essa perspectiva da regionalização que começou aqui visava uma maior articulação com a rede; eu acho que isso é um projeto que está ainda meio que na sua infância, ele está começando e, assim, o que eu te falei, a gente precisa sair mais daqui, no Norte (Regional Norte) a gente vai tentar essa experiência agora (realizar as reuniões da regional nos postos de saúde) de contato e incluir, por exemplo, os agentes comunitários nos processos de reunião com os pacientes daqui, tentar ver se eles podem estar acompanhando o paciente lá; tem uma paciente que está aqui que a gente esteve lá no Posto do Saco Grande pedindo pra equipe assumir alguns cuidados com essa paciente, eles se

dispuseram, mas assim, por enquanto ta muito mais alguma iniciativa aqui, ali, do que um processo mais amplo, não sei assim como isso vai caminhar com a história de já ter, por exemplo, profissionais regionalizados, isso também vai poder ser incrementado, esse é um desejo que eu tenho (P, 17/3/2006).

É muito pequena, muito, muito, muito, muito; eu não sei nem te dizer, em uma escala de um a dez acho que fica em dois, está muito pequena, está muito além do que poderia ser, eu acho que talvez com a implantação agora dos serviços na rede, nós temos em cada Regional um psiquiatra, dois psicólogos, uma média assim, está existindo mais aproximação, mas do CAPS não, muito pouco, muito pouco. [...] quando tu pergunta, hoje, qual é a relação do CAPS? eu não posso te mentir, pra mim é quase zero (LÉLI, 4/4/2006).

Buscando explorar as informações sobre a relação do CAPS com a rede municipal de serviços de saúde, perguntamos aos profissionais se o serviço realiza algum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. A maioria deles (75%) respondeu que não, dois referiram não saber responder e um respondeu que sim. Dentre os que responderam que não, um justificou que o CAPS não tem estrutura para atender mais esta demanda. Dois dos profissionais entrevistados disseram estar pensando neste tipo de trabalho. Um deles falou sobre a existência de um projeto, conforme relatado na fala que segue.

[...] a gente tem um projeto aqui que é de formação de acompanhantes terapêuticos, e no ano passado a gente formalizou esse projeto e mandamos pro Ministério da Saúde, ele foi aprovado e até hoje estamos esperando a liberação de dinheiro, mas enfim, o projeto foi aprovado, e a idéia era justamente transformar o agente comunitário de saúde num acompanhante terapêutico, e aí a gente faria a formação, uma capacitação, um curso de capacitação aqui, e depois faria o segmento com supervisões regulares, é uma forma de dar formação em saúde mental pra atenção básica e manter essa que é uma função do CAPS de dar supervisão e a formação mesmo pra esse nível da atenção; [...] a gente está esperando o dinheiro do Ministério da Saúde, ta lá pendurado, a gente olha o nome do projeto na internet, está lá, mas não tem nem empenho ainda, significa que não tem dinheiro destinado (F, 12/4/2006).

Para que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas na atenção básica é fundamental a capacitação destas equipes. A orientação é que as equipes de saúde mental de apoio á atenção básica incorporem ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. Conforme aparece na fala do profissional, são previstos recursos para o financiamento deste tipo de ações, embora, muitas vezes, a dependência de orçamento, a morosidade burocrática e/ou

ausência de decisão política, que justificam a longa demora, acabam por desestimular, dificultar, inviabilizar as iniciativas dos profissionais.

Repetidamente, temos ressaltado neste trabalho que os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico para a organização da rede de atenção em saúde mental, conforme é indicado nas diretrizes políticas da Reforma Psiquiátrica. Nesta direção, questionamos os técnicos da equipe do CAPS Ponta do Coral sobre qual o lugar que o serviço ocupa na rede municipal de atenção em saúde, em Florianópolis. As falas transcritas na seqüência destacam o fato deste não estar territorializado e, portanto, não se constituir no serviço regulador da porta de entrada para o atendimento em saúde mental. As equipes de saúde mental nas referências das Regionais de Saúde é que, atualmente, constituem-se no serviço primeiro de atenção em saúde mental. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhados pessoas com transtorno mental grave.

Seria esse serviço que articula, que regulamenta; não necessariamente ele é uma porta aberta que entra qualquer um; eu acho que ele pode até ser a articulação e a regulação, pode ser feita até capacitações nas equipes locais de unidades básicas, que a partir daí você vai poder em um caso de uma ansiedade ou uma briga com o namorado, “eu tomei 4 aspirinas”, não vai chegar aqui no CAPS; vai chegar aqui no CAPS realmente aquilo que for um caso mais grave, e só há possibilidade de isso acontecer a partir do momento em que as unidades locais estejam todas capacitadas e entendendo, até porque assim diminui o trânsito desse paciente; vamos supor: ele sai de uma cidade, vem pra Florianópolis, daí diz: onde é que eu vou num psiquiatra? Ah! vai lá no CAPS, aí alguém fala: mas tem que passar no clínico antes, aí passa no clínico, aí o clínico encaminha pro psiquiatra, daí ele não sabe onde vai procurar o psiquiátrica - vem pro CAPS, não vem pro CAPS, aí vem pro CAPS, mas é que na verdade ele toma fluoxetina há 2 anos, está em tratamento de manutenção porque ele tem um quadro de depressão recorrente, não é caso CAPS, então, isso já poderia ter sido triado lá no começo, o paciente já poderia estar tendo as consultas desde o início, todas acertadas, sem precisar ficar correndo de um lado pro outro [...]; então, eu acho que ele tem esse papel, tem essa função de regular, de saber o que está acontecendo no hospital, na Colônia, e ter esse contato, uma ligação sempre com a Colônia, e com os Postos de saúde [...]. (hoje, o CAPS faz isso?) algumas coisas, bem isoladas, de novo, é meio como um apaga fogueira; por exemplo, hoje, a gente foi fazer uma visita domiciliar lá no Saco Grande (bairro de Florianópolis) porque o paciente estava em tratamento psiquiátrico particular e parou de tomar o remédio, e aí a gente foi lá, só que o paciente não queria falar com a gente, mas, assim, eu chego lá, converso com a equipe que está lá naquele local e muitas vezes é só a psicóloga; também tem um certo descaso, no sentido de que ah! agora eu não posso falar, porque não percebe que conversando sobre aquele caso vai possibilitar que isso seja ampliado pra outros casos, pensam-se saídas semelhantes pra outro momentos, mas, assim, acaba virando um apaga fogo, e toda hora você tem que ir

apagar um fogo; então, existe um pouco, mas não de uma forma bem usada (J, 22/3/2006).

É atenção secundária como se diz; ele regula e não regula; [...] tudo vai passar muito pela clareza que os profissionais que estão na saúde mental tem em relação a própria epistemologia, tem em relação a própria política, tem em relação a própria noção de SUS, a própria noção de controle social, a própria noção dos princípios do SUS; então, tudo vai passar por isso, porque que eu estou dizendo isso, o CAPS é uma atenção secundária como a gente chama, eu acho ainda que o atendimento mais complexo, o atendimento terciário, deveria ser no território, acho que centrar as forças no território [...]; então, [...] a atenção básica é onde deveria regular isso, a regulação dessa entrada nesse sistema de saúde mental, nessa rede de saúde mental ela teria que ser prioritariamente atenção primária em saúde; então, as vezes, por necessidades especiais, por situações específicas, a pessoa acaba vindo direto pra cá, direto pro CAPS e aqui a gente atende, e, as vezes, essa pessoa não é indicada pra estar no CAPS, aí volta pra atenção básica, então, tem essa dificuldade, ou seja, o lugar que o CAPS ocupa na rede municipal de atenção em saúde é uma atenção secundária à pessoa com transtorno mental grave, já avaliada pela atenção primária em saúde, aquela pessoa que corre risco de suicídio, que acaba prejudicando a vida de outras pessoas, que está muito mal, nesse sentido (GIRASSOL, 20/3/2006).

Regulador da porta de entrada: não; como não é territorializado, a gente tem esse problema de ser serviço de referência pra onde vem os pacientes já encaminhados, ele passou pela porta de entrada do sistema lá no Posto, ele vem encaminhado pra cá ou através dos hospitais psiquiátricos, que é também uma outra forma de encaminhamento, mas a gente não faz a regulação da entrada; hoje, também, como tem equipes mínimas de saúde mental nas regionais, elas também funcionam muito mais como a reguladora do que nós; a porta de entrada é pelas equipes de saúde mental das regionais (F, 12/4/2006).

Eu acho que são várias coisas, por ser o único CAPS, pela rede não estar estruturada ainda, e pelas pessoas não conhecerem o serviço da rede, existe uma mistura, assim, o que é pra ir lá pro psiquiatra do Sul (regional de saúde), o que é pra vir pro CAPS; qual é o papel do CAPS, é a não internação, mas não tem CAPS III, então, a noite o cara não tem pra onde ir, na verdade, o CAPS ele é um espaço que regula a entrada do usuário sim, num primeiro momento sim, porque todos os que foram para a atenção básica muitos foram daqui, muito mais que a procura de fora daqui, primeiro eles vem pra cá, depois eles vão pra lá, agora o processo até está sendo inverso, já estão procurando a atenção básica porque eles já estão conhecendo, mas antes era daqui pra atenção básica, e é o único espaço, programa que acolhe o usuário psicótico, com transtornos mentais graves, porque a rede básica, ela não atende, se o cara tem um surto psicótico, está com qualquer surto, que está mal, ou ele tem um embotamento, ele não fala, está na família há anos, está lá segregado, está lá no quatinho dos fundos, não é caso de atenção básica é caso CAPS, então, ele é o único serviço de Florianópolis que se propõem a atender o usuário, o portador de sofrimento psíquico fora de hospital (LÉLI, 4/4/2006).

Ele é o primeiro serviço de saúde mental do município, primeiro serviço estruturado, credenciado no Ministério da Saúde, eu penso que ele tem um papel importante, ele serve como uma referência de atendimento em saúde mental a usuários portadores de transtornos mentais; dentro da rede, hoje, a gente tem as referências regionais de atenção em saúde mental na atenção básica, nas ULS, que são as unidades locais de saúde, então o CAPS serve como referência de atendimento a usuários com transtornos mentais graves do município de Florianópolis, é pra isso, essa é a função (VIK, 24/3/2006).

Pelas falas dos profissionais evidencia-se que Florianópolis não tem uma política municipal de saúde mental estruturada. A rede de serviços está em processo de formação e implementação. As ações ainda são muito isoladas e fragmentadas, sem uma direção comum. É notório que um único CAPS para atender a totalidade da demanda adulta do município é insuficiente. As possibilidades de atuação do serviço na prevenção e promoção da saúde mental, na capacitação e supervisão das equipes de atenção básica ficam, assim, prejudicadas e/ou inviabilizadas.

No processo de operacionalização da Reforma Psiquiátrica, conforme as orientações da Política Nacional de Saúde Mental e as propostas aprovadas na III CNSM, é necessário que os gestores estaduais e municipais estabeleçam mecanismos efetivos para o controle das internações psiquiátricas. De acordo com a Portaria GM/MS n ° 336/02, os CAPS devem possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou modulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local (BRASIL, 2002a). Com base nisto, perguntamos aos entrevistados se o CAPS tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Eles referiram que não, contudo, divergiram sobre como o serviço fica sabendo quando ocorre internação de seus usuários.

Não tem. A gente fica sabendo quando a família comunica ou quando é usuário de atenção intensiva, ou ele fez uma crise ou ele desapareceu do serviço, aí pela falta mesmo, pela ausência que ele provoca a gente vai atrás e fica sabendo que ele foi internado, mas a gente não tem instrumentos de controle sobre isso; a gente faz, no momento da internação, a gente procura manter pelo menos uma visita da equipe da Regional pra não perder o vínculo etc., mas nada formalizado, assim, no momento que aparece, que a gente fica sabendo; geralmente, a gente sabe, hoje é relativamente fácil, não acontece daquilo... fulano desapareceu e de repente aparece ele dois meses depois aqui novamente..., sai da internação ontem e tal, isso não acontece mais, geralmente a gente consegue ficar sabendo (F, 12/4/2006).

Não. Na realidade a família leva pra internar e pronto, as vezes comunica, as vezes a gente fica sabendo quando a gente vai fazer uma visita lá, muitas vezes a gente nem sabe que o paciente ficou internado, a não ser quando a gente liga, e aí o que está acontecendo, não está vindo, mas ele foi internado; então, não há esse controle e também quando é internado lá, dificilmente, alguém entra em contato, nunca vi, entra em contato olha fulano de tal está internado aqui com a gente, não tem essa comunicação (J, 22/3/2006).

Em relação ao controle das internações psiquiátricas, oficial e formal, nós não temos; estou falando enquanto profissional que atende uma determinada regional de saúde, isso nós não temos; o que poderia ser feito: um maior estreitamento com o “manicômio”, com o IPQ ou o São José (hospitais psiquiátricos), que quando internasse pessoas lá teria esse contato aqui, pra gente já ir conversando, já acompanhando juntamente com a equipe do hospital psiquiátrico essa pessoa, porque final de semana ou depois das 18 horas o serviço não atende, as vezes as pessoas entram em crise e a gente não tem como acompanhar isso, não tem como saber; o acompanhamento que tem é, as vezes, os familiares nos avisam que a pessoa está internada, quando a gente acompanha essa pessoa e fica sabendo que ela acabou internando; então, não tem uma política mais estreita de acompanhamento de internação psiquiátrica, isso não tem. (GIRASSOL, 20/3/2006).

Da área de abrangência seria toda a cidade, isso não, mas dos usuários aqui sim, atendidos aqui sim; [...] geralmente, assim, quando o usuário está iniciando um surto a gente tenta fazer o atendimento pra prevenir a internação, pra evitar de fato a internação psiquiátrica, só que nós estamos aqui até as 6 horas da tarde e não estamos final de semana, então, a gente não está nem a noite nem final de semana, e aí acontece de a família internar, isso acontece pouco, muito pouco, e quando acontece a gente faz o atendimento no próprio hospital, a gente vai até lá faz o atendimento, mas é pouco assim, agora da cidade como o todo a gente não tem (VIK, 24/3/2006).

O controle ele tem pelo prontuário, não poderia te dizer que tem um controle do ponto vista de uma escala, ah anualmente quanto a gente tinha e quantos foram internados, [...] o usuário se ele foi internado a gente não soube, se está internado, aí ele aparece aqui depois da internação, um mês ou dois meses, a gente tem escrito no prontuário, esse é digamos o que a gente fica sabendo (LÉLI, 4/4/2006).

Não, eu digo por nós, eu acho que, as vezes, a gente... ah o paciente foi internado, como acontece de a gente saber, e as vezes a gente vai lá fazer uma visita, as vezes tem a questão do carro (o CAPS tem um carro a disposição somente um dia por semana), e a gente fica...; sempre que acontece e tal, as vezes, a gente nem fica sabendo, quando vê o paciente já está de volta, as vezes acontece essa situação; eu fui tentar fazer um pequeno levantamento pra fazer essa avaliação e percebi que a gente não tem registro de quantos dias o paciente ficou internado, se ele ficou internado quantas vezes durante o tempo que está em tratamento aqui, falta um registro melhor e um acompanhamento melhor dos técnicos; (como ficam sabendo da internação) as vezes o paciente volta já depois, as vezes a família liga avisando, [...] o hospital não me lembro se eles ligaram, só se precisar de alguma coisa, em geral, eles não ligam; então,

assim, o paciente saiu aí eles trazem de novo aquele encaminhamento, ou ele vem pra cá porque, normalmente, ele já estava aqui, mas assim, a gente tenta ao máximo que ele não precise ser internado, essa política existe, segurar a crise (P, 17/3/2006).

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que a internação e a reinternação psiquiátrica deverão ocorrer após avaliação da equipe técnica de saúde mental dos serviços substitutivos, devendo ser estabelecidas formas de controle único para a emissão de AIH, assegurando que todas as internações necessárias sejam autorizadas pelo serviço público, preferencialmente de base territorial (BRASIL, 2002a).

Conforme pode ser observado nas falas dos participantes da pesquisa, a insuficiência do CAPS em exercer o controle das internações referente a sua clientela e a demanda no município refere-se ao fato de o serviço não estar territorializado, sendo inviável cumprir com tal exigência no âmbito da totalidade de uma população de aproximadamente quatrocentos mil habitantes, distribuídos numa área geográfica de 436,5 Km². Com a implantação das equipes de saúde mental nas Regionais de Saúde, estas passam a ser as responsáveis pela regulação da porta de entrada no sistema de atendimento. O CAPS II Ponta do Coral passa a ser a referência para onde são encaminhadas pessoas com transtornos mentais graves, egressos de hospitais psiquiátricos, internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). A falta de controle das internações psiquiátricas é uma realidade também de outros centros de atenção psicossocial, conforme verificado por Franco (2005), em seu estudo sobre o CAPS do município vizinho de Palhoça/SC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha deste tema de pesquisa está relacionada à minha trajetória de estudos no Curso de Graduação em Serviço Social e à minha inserção como pesquisadora no Núcleo de Estudos e Pesquisas Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas (NESPP) do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. A esta trajetória soma-se a experiência de Estágio Curricular em Serviço Social, realizada no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis, em 2003, da qual resultou o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Programa Alta Progressiva: uma contribuição para o processo de reabilitação psicossocial no HCTP de Florianópolis”. Com o referido Estágio foi possível vivenciar o contato direto com a realidade de algumas instituições como hospitais psiquiátricos e centros de atenção psicossocial da rede municipal e estadual de serviços de atenção em saúde mental, fato este que estimulou a busca de novos conhecimentos e o desejo de atuação profissional na área. A continuidade dos estudos foi possibilitada por meio da entrada como mestranda no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da mesma universidade. Sendo assim, o trabalho que apresentado nesta dissertação tem estreita relação com meu percurso profissional e meu desejo pessoal.

Conforme destacamos no decorrer do estudo, a reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

A implantação de uma nova política de atenção, com as implicações socioculturais da proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira passa pela necessidade de articulação intersetorial e por ações que contribuam para alterar as representações sociais sobre a loucura e os direitos dos portadores de transtornos mentais. A transformação do modelo assistencial e de um conceito teórico em diretrizes operacionais é um processo complexo e depende de vários fatores para que se mantenha a direcionalidade pretendida pelos diferentes atores sociais, participantes do jogo social.

Especificamente, no caso do CAPS estudado, as dificuldades de concretização dessa nova lógica de atenção em saúde mental perpassam e se inter-relacionam nos diferentes eixos que compuseram a presente pesquisa.

No que se refere a estrutura física, os profissionais indicam que o CAPS conta com espaço e equipamentos adequados às necessidades do serviço. Entre os anos de 2003 a 2004, o CAPS passou por uma reforma em suas instalações, ficando estas, adequadas aos objetivos da unidade. As condições poderiam ser melhores se as oficinas produtivas fossem realizadas em outro local, pois além de favorecer a utilização do espaço hoje ocupado para outras atividades, possibilitaria a inserção dos usuários em outro ambiente, favorecendo-lhes sua sociabilidade.

Em relação aos materiais de consumo, os problemas vão desde a ausência total de objetos e utilidades básicas à manutenção do serviço até o recorrente atraso no repasse dos materiais necessários às oficinas terapêuticas e de produtividade. As oficinas ficam prejudicadas e até mesmo paralisadas por conta das faltas de recursos e dificuldades de gestão adequada do serviço. Esta situação coloca em prejuízo o projeto terapêutico de tratamento dos usuários e a eficácia e efetividade dos propósitos da nova política de atenção em saúde mental.

No campo da gestão do CAPS, apesar da histórica escassez de recursos destinados à saúde, foram evidenciadas situações problemáticas, principalmente no processo de descentralização político-administrativa, que poderiam ser melhoradas a partir dos recursos existentes. De acordo com os resultados da pesquisa, 50% do grupo de técnicos afirmam que existe planejamento e avaliação das ações. Alguns deles observam estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação, objetiva e sistemática, dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declaram não existir processo de planejamento e avaliação das ações, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

Sobre este aspecto, cabe destacar que as técnicas disponíveis na área de planejamento e avaliação de serviços de saúde têm mostrado bons resultados quando aliadas à vontade política de mudar a situação. Apesar dos dados demonstrarem uma divisão entre os técnicos no que se refere a afirmação sobre a existência de planejamento e avaliação, destacamos que as poucas ações que acontecem giram em torno das atividades que são e aquelas que poderão ser realizadas, e na discussão sobre as dificuldades cotidianas do trabalho na unidade. As avaliações são informais, realizadas na reunião

mensal da equipe técnica e nas reuniões clínicas semanais, sendo notório a ausência de um processo de planejamento estratégico, sistemático e contínuo do projeto terapêutico do CAPS, bem como, de avaliação de indicadores.

Com relação aos recursos financeiros, os resultados da pesquisa apontam para o que já vem sendo denunciado por autores como Amarante (2003; 2005): o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. O pagamento pelo sistema de procedimentos realizados, por meio das APACs, condiciona a existência de recursos à produtividade do serviço. Quando os CAPS não estão articulados com outras políticas sociais necessárias à sobrevivência do usuário e a adesão dele ao projeto de vida que o serviço deve-lhe oferecer, a tendência é fracassar.

Para que a pessoa possa freqüentar o CAPS ela precisa de condições materiais e psicossociais básicas, como moradia, transporte, alimentação, auto-estima, estímulo, desejo, etc.. Quando o usuário não desfruta de tais condições as chances dele se vincular ao projeto terapêutico são menores e, conseqüentemente, sem a participação ativa dos usuários o CAPS não terá produtividade. Ainda, nem todas as ações realizadas no CAPS constam na tabela de procedimentos pagos pelo atual sistema do SUS, dificultando as atividades de ressocialização que envolvem trabalhos na comunidade e na sociedade.

Os profissionais afirmam que os usuários participam do planejamento das atividades do CAPS. Referem que isso acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Neste caso, foi possível perceber que a participação dos usuários em geral diz respeito mais a questões cotidianas do funcionamento do serviço. A associação participa diretamente da comercialização dos produtos confeccionados nas oficinas e na realização de alguns convênios com entidades da área da cultura, lazer, ensino, etc. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada, que abarque as especificidades da área da saúde mental e envolva os usuários, os familiares e os técnicos como sujeitos partícipes do processo de gestão do serviço.

No eixo recursos humanos e projeto terapêutico existem contradições explícitas e implícitas que perpassam o discurso e as práticas dos técnicos que prestam assistência aos usuários do serviço. Eles reconhecem e destacam a relevância do trabalho em equipe, argumentam que este traz a possibilidade de trocas entre as várias áreas do conhecimento e a conseqüente oferta de um atendimento multidimensional. Contudo, relatam dificuldades

na realização deste trabalho, devido a uma suposta diferença de formação profissional e de concepção, com relação ao que sejam os objetivos do CAPS e da Reforma Psiquiátrica. Indicam existir interdisciplinaridade no atendimento ao usuário, no entanto, percebeu-se que a concepção de interdisciplinaridade aparece muito mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade, estando ainda distante dos ideais da intertransdisciplinaridade.

Sendo assim, cabe destacar que sem a devida clareza e consciência do que exatamente deve mudar corre-se o risco de que, fundamentalmente, se modifiquem os espaços de realização do tratamento, transferindo-se e conservando-se as práticas de exclusão e discriminação. É preciso se ter em conta que toda dimensão técnica tem também uma dimensão política. Dessa forma, faz-se necessário questionar-se sobre o que se pretende com o “fazer” nos novos serviços de atenção à saúde mental e que valores estão presentes nas ações executadas. O usuário precisa ser percebido como sujeito do processo saúde-enfermidade, e não como objeto e instrumento do exercício das relações de poder disciplinar.

Com relação ao eixo participação do usuário e da família no tratamento, os participantes da pesquisa identificam dificuldades em realizar o atendimento familiar no CAPS. Os profissionais relacionam como justificativas, a falta de técnicos qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades da equipe. Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que seja o transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, também foram relatados pelos entrevistados. Entre os obstáculos para a (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e o estigma da loucura ainda presentes no imaginário social das pessoas.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacam o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário. Neste aspecto queremos destacar a necessidade de se reconhecer, no processo de implantação da Reforma e da política de saúde mental, um projeto ético-político social, capaz de reavaliar, substancialmente, o conceito tradicional de

“doença/saúde mental” e, conseqüentemente, a forma de como lidar as diferenças em sociedade.

No eixo (re)inserção social procuramos identificar se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas à desinstitucionalização e à reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referem que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras. A maioria deles afirma que não existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer.

Tais dados nos remetem ao questionamento sobre como a Reforma Psiquiátrica, em sua aplicação prática, apresenta certa inércia política. Existe uma lacuna entre o referencial teórico do novo modelo de atenção e as práticas que se efetivam no cotidiano dos serviços. Com isso, queremos chamar a atenção para a necessidade urgente de se construírem ações de atenção que favoreçam o conhecimento de si, reforcem a autonomia, o cuidado de si e a emancipação do sofredor psíquico.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referem que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental. A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos profissionais como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista político-jurídica dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico. Na visão dos participantes da pesquisa, o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica relaciona-se a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos pressupostos da própria Reforma. Não obstante, destacamos aqui a necessidade de se refletir sobre o descompasso entre a vitória no campo jurídico, o novo discurso da Reforma Psiquiátrica e um fazer prático que parecem ainda negar a emancipação do portador de transtorno mental.

No eixo integração do CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município, os dados coletados na pesquisa indicam que a relação existente é pouca, funciona de maneira precária e confusa, e que ainda está num processo preliminar. A articulação com as equipes de PSF e PACS também é insuficiente, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda. A unidade não realiza nenhum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. Apenas dois profissionais referiram estar pensando neste tipo de trabalho.

Foram apontadas como justificativas para esta situação o fato do CAPS não estar territorializado, de ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta de todo o município, e a ausência de um planejamento e estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhadas pessoas com transtorno mental grave. E, segundo os entrevistados, não tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Neste aspecto, vê-se a urgência na redefinição da abordagem em saúde mental, fazendo-se necessário a construção de estratégias de atenção integral, dentro dos princípios do SUS, que envolvam o portador de transtorno mental como cidadão, a família, o Estado e a sociedade.

De acordo com os profissionais existem diferenças no atendimento prestado no e pelo CAPS em relação aos hospitais psiquiátricos. Eles se referem às diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência do discurso médico psiquiátrico do hospital, e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e as necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial, em contraposição ao tratamento igual para todos das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Por fim, os dados coletados na presente pesquisa indicam que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes, prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a relação eficácia/efetividade dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Concluimos, com este estudo, que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é ainda um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológica, técnico-assistencial, político-jurídico e sócio-cultural.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____, P. (coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995a.

_____, P.. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. vol.11, no.3, jul./set. 1995b, p.491-494. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 14/09/2005.

_____, P. A (clínica) e a Reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. pp. 45-65.

_____, P. **A epistemologia e a Clínica da Reforma**. Conferência proferida no IV Encontro Catarinense de Saúde Mental. Florianópolis, 30 de junho a 2 de julho de 2005. (anotações manuscritas).

BASAGLIA F. (coord.) **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 3ª ed. Tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002a, 213 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em Saúde Mental 1990-2002**. 3ª ed. revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAPS II PONTA DO CORAL. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. **Projeto Terapêutico**. Florianópolis, 2004.

CORREIA, M. V.C..Que controle social na política de Assistência Social? **Revista Serviço Social & Sociedade**. N. 72. São Paulo: Cortez, nov. 2002, pp. 119-144.

COSTA, R. C. R. da.. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia e Política** Nº 18: 49-71 JUN. 2002

COSTA –ROSA, A. da; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. p. 13-44.

COSTA-ROSA, A. da.. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asialr. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. p. 141-168.

CHIZZOTTI, A.. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R.. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

DESVIAT, M.. **A Reforma Psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental**. In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

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

FLEURY, S.. **Espaço, território e cidadania**: a cidade dos cidadãos. Trabalho apresentado no VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra (16,17,18 de setembro), 2004. Disponível em: <www.ces.uc.pt/LAB2004>. Acessado em 20 de fevereiro de 2006.

_____, S.. (org.). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989.

FREIRE, F. H. M. de A.; UGÁ, M.A.D.; AMARANTE, P. Os centros de atenção psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

FRANCO, S. de O.. **Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de caso**. 2005. 110f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Florianópolis, 2005. 110f.

FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial**. Percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004.

GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E.. **A pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, R.. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M.. **Microfísica do poder**. Trad. de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graaal, 1979.

MINAYO, M. C. de S.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC; ABRASCO, 1994.

MIOTO, R.C.T.. Família e saúde mental: contribuições para reflexão sobre os processos familiares. **Revista Katalysis**. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico. Departamento de Serviço Social. N.2 Florianópolis: Editora da UFSC, 1998.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental: em busca da articulação e qualificação das ações em saúde**. Monografia

(Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Latu Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

OLIVEIRA, W. F.; DORNELES, P.. Patrimônio e ambiente da loucura: a formação do profissional de saúde mental e o dialogo com a vida da cidade. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

PITTTA A.. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje. In: PITTA. A.(org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral**: desvelando sua significação. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

_____. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

ROSA, L.C.dos S.. Os saberes construídos sobre a família na área da saúde mental. **Revista Serviço Social & Sociedade**. N° 71. Ano XXIII. São Paulo: Cortez, set de 2002, pp. 138-164.

_____. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, F., et. al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SANTOS, W.G.. **Cidadania e Justiça**. Rio de Janeiro: Editora Campos, 1979.

SARACENO, B.. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SOUZA, W. da S.. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. jul./ago. 2001, vol.17, no.4

p.933-939. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 19/10/2005.

SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Teses em Enfermagem, 42).

STUANI, D.. **Projeto de Estágio**. (Projeto de Estágio Curricular apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina). Florianópolis, 2005. texto digit.

TENÓRIO, F. G. (org.). **Gestão de ONGs**: principais funções gerenciais. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

TORRE, E.H. G; AMARANTE, P.. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. [online]. 2001, vol.6, no.1 [citado 05 Dezembro 2005], p.73-85. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br> >. ISSN 1413-8123.

TRIVIÑOS, A.N. S.. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. (org.). **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000a.

_____, E. M. Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000b. p. 169-194.

VIEIRA, L. **Cidadania e globalização**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Formulário a ser aplicado a todos os profissionais da equipe do CAPS.

Identificação

Nome:

Apelido:

Formação:

Ano:

Capacitação específica na área: Sim Não

Nível: residência especialização mestrado doutorado

Tempo de serviço na instituição:

Tipo de vínculo empregatício: Servidor público concursado contrato temporário

Outro. Especifique _____

Regime de trabalho: _____ (horas semanais)

Tempo de atuação na área:

Experiência de atuação profissional em outra instituição: Sim Não

Qual:

Tempo:

Principais perguntas

- 1) A área física do Caps é suficiente para o atendimento da demanda? Sim Não
- 2) As instalações são adequadas para a realização das atividades propostas? Sim Não
- 3) Os equipamentos disponíveis são suficientes? Sim Não
- 4) Estão em bom estado de utilização? Sim Não
- 5) Os materiais disponíveis são suficientes? Sim Não
- 6) Existem dificuldades na realização das atividades do Caps Sim Não. Em caso de resposta afirmativa, especifique as cinco principais? _____

- 7) O trabalho é realizado em equipe? () Sim () Não.
- 8) Existe algum tipo de supervisão de equipe ou outro recurso para acompanhar e discutir as questões do trabalho em equipe? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual?

- 9) Participa ou já participou de capacitação específica para atuar no Caps? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual? _____
- 10) Durante o tempo em que está trabalhando na instituição houve algum treinamento ou capacitação? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quando? _____(ano). De quantas horas? _____. Organizado por quem? _____
- 11) Na sua opinião, existe interdisciplinaridade no trabalho no Caps? () Sim () Não
- 12) Você conhece a política de saúde mental? () Sim () Não.
- 13) No Caps, existe disponibilidade de material didático e documentos sobre a política de saúde mental? () Sim () Não.
- 14) Existe planejamento e avaliação das ações do Caps? () Sim () Não
- 15) Existe projeto terapêutico de trabalho da instituição? () Sim () Não. Em caso afirmativo, foi planejado em equipe? () Sim () Não.
- 16) O serviço adota projeto terapêutico individualizado? () Sim () Não.
- 17) O usuário participa do planejamento do seu tratamento? () Sim () Não.
- 18) Existe atendimento familiar? () Sim () Não.
- 19) Existem ações intersetoriais do Caps e outras instituições que envolvam: educação, trabalho, esporte, cultura e lazer? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quais?

- 20) Existe relação do Caps com a rede básica de saúde municipal? () Sim () Não.
Que tipo? _____
- 21) O Caps realiza algum trabalho de educação permanente (capacitação e supervisão) sobre saúde mental em cooperação com as equipes de atenção básica? () Sim () Não.
Que tipo? _____

Outras observações:

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Entrevista a ser realizada com os profissionais da equipe do CAPS, segundo o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de nível superior entre as existentes na unidade. Em caso de mais de um profissional na área será realizado sorteio.

Identificação

Nome:

Apelido:

Temas e principais perguntas

1 Estrutura e recursos financeiros

- 1) Qual conhecimento possui sobre o repasse dos recursos financeiros para o Caps?
- 2) Conhece a forma de financiamento do serviço? O que você acha?
- 3) Como são administrados os recursos repassados? Existe planejamento?
- 4) Na sua opinião, a descentralização administrativa dos recursos possibilita o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do Caps? Quais as vantagens e desvantagens identifica?
- 5) Na sua opinião, os recursos repassados (gerados pelo serviço) são suficientes para realizar as atividades do Caps? Em caso de resposta negativa, quais atividades ficam prejudicadas e/ou poderiam ser realizadas se houvessem recursos?
- 6) Existem dificuldades no funcionamento do Caps com relação a falta de recursos financeiros? Quais identifica?

2 Recursos humanos e projeto terapêutico

- 1) Quais dificuldades identifica no trabalho em equipe no Caps?
- 2) Na sua opinião, quais vantagens o trabalho em equipe possibilita?
- 3) Considera importante a capacitação específica em saúde mental para atuar no Caps? Fale sobre.

- 4) Na sua opinião, qual a importância da interdisciplinaridade no atendimento ao usuário de saúde mental?
- 5) Considera importante conhecer sobre a política de saúde mental, seus princípios, sua estrutura e organização para o trabalho do Caps?
- 6) Como acontece o planejamento e a avaliação das ações do Caps?
- 7) Na sua opinião, em relação ao atendimento nas instituições tradicionais/asilares (hospitais psiquiátricos), como é o atendimento ao usuário no Caps?

3 Participação do usuário e da família no tratamento

- 1) Como é pensado o projeto terapêutico de tratamento do usuário?
- 2) Como o usuário participa do planejamento do seu tratamento?
- 3) Quais as formas criadas para oportunizar a participação do usuário no planejamento do seu tratamento?
- 4) A família participa do tratamento? Em caso de resposta afirmativa, de que forma? Em caso de resposta negativa, por quê?
- 5) Quais as formas criadas para oportunizar a participação da família no tratamento?
- 6) Quais dificuldades identifica com relação a realização do atendimento familiar?
- 7) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção familiar do portador de transtornos mentais?
- 8) Qual o papel dos usuários (ou da associação de usuários e familiares) no planejamento das ações do Caps?
- 9) Na sua opinião, qual a importância das associações de usuários e familiares para o tratamento do portador de transtornos mentais e para os serviços de saúde mental?

4 Inserção social

- 1) Na sua opinião, as práticas assistenciais realizadas no Caps encaminham-se na direção da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial?
- 2) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção social do portador de transtornos mentais?
- 3) Quais avanços e conquistas identifica com relação a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais?
- 4) Na sua opinião, o atendimento no Caps possibilita ao usuário a construção da sua autonomia? Como?

- 5) Na sua opinião, a organização atual dos serviços de saúde mental (da política de saúde mental) favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais? Qual a importância do caps nesse contexto?

5 Integração com a rede municipal de assistência em saúde

- 1) Qual a relação do Caps com a(s) equipe(s) de Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência?
- 2) O Caps tem controle das internações psiquiátricas no seu território? Em caso afirmativo, como ocorre este controle?
- 3) Na sua opinião, qual o lugar que o Caps ocupa na rede de atenção em saúde? Constitui-se no serviço que regula a porta de entrada para o atendimento em saúde mental?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este instrumento tem a intenção de obter o seu consentimento por escrito para participar do estudo “A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis”, durante o período de 01 a 31 de março de 2006, com o intuito de contribuir para o levantamento de dados para a elaboração do referido trabalho.

O estudo tem como objetivo geral analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Ao propormos a presente pesquisa esperamos contribuir com a produção de conhecimentos e saberes sobre as novas práticas de atenção e cuidado ao portador de transtornos mentais.

Os relatos obtidos serão confidenciais e, portanto, não será utilizado o nome dos participantes em nenhum momento, garantindo sempre o sigilo da pesquisa e os preceitos éticos da profissão. Os depoimentos serão referenciados pelo apelido a ser escolhido pelo próprio entrevistado

Certa de sua colaboração, agradeço sua disponibilidade em participar do estudo.

Eu _____,
consinto em participar desta pesquisa, desde que respeitadas as respectivas proposições contidas neste termo.

Florianópolis, março de 2006.

Assinatura do entrevistado.

ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

FERNANDA SCALZAVARA

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Serviço Social** - Área de concentração: Serviço Social, Direitos Humanos e Questão Social.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ivete Simionatto.

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de **Mestre em Serviço Social**, e aprovada na sua forma final, em 31/7/2006, atendendo as normas vigentes no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e na Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof^a Dr^a Catarina Maria Schmickler
Coordenadora do PPGSS/UFSC

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Ivete Simionatto, Dr^a.
Departamento de Serviço Social/UFSC
Presidente

Prof^o Walter Ferreira de Oliveira, Ph.D.
Departamento de Saúde Pública/UFSC
Membro

Prof^o Jonas Salomão Spricigo, Dr.
Departamento de Enfermagem/UFSC
Membro

Prof^o Mário Teixeira, Dr.
Departamento de Clínica Médica/UFSC
Membro Suplente

*Aos profissionais e aos usuários do CAPS
Ponta do Coral de Florianópolis.*

AGRADECIMENTOS

Desejo expressar meus sinceros agradecimentos aos profissionais do CAPS Ponta do Coral, pela receptividade, atenção, acolhimento e colaboração na fase mais importante desta pesquisa, assim como pela consideração ao meu trabalho profissional. Também, aos usuários desta unidade de serviço, pela forma carinhosa e acolhedora com que sempre me receberam.

À professora Ivete Simionatto por ter aceitado a orientação do trabalho; agradeço a oportunidade de poder ter desenvolvido a pesquisa de meu interesse e desejo profissional.

Aos professores Jonas Spricigo e Mário Teixeira pela atenção, disponibilidade e colaboração, essenciais na definição e elaboração do projeto de dissertação. Igualmente, ao professor Walter Ferreira de Oliveira pelas considerações e contribuições no exame de qualificação.

À sempre Mestre, amiga e professora Iliane Kohler, pela relação de ensino-aprendizado humana, saudável, mantida no decorrer de toda a minha vida acadêmica; pelas ajudas concretas nos momentos de dificuldades, pelos conselhos, orientações e *encaminhamentos* necessários nos instantes, nas horas, nas fases de incerteza, insegurança, angústia, desespero.

Aos profissionais Mara Regina de Oliveira e Antônio Heinzen Filho, pelo suporte terapêutico necessário nos últimos anos da minha vida; especialmente por terem me ajudado a transformar as dificuldades, os obstáculos, as conquistas cotidianas no *Mestrado da Vida*.

Às profissionais e amigas Maria Sirene Cordioli e Maria Inês Bernardino, pela relação profissional responsável, ética, competente, que me impulsionou para os estudos na área da saúde mental; pela amizade acolhedora, carinhosa, fraterna, pelas comemorações e pelos momentos de descontração.

Aos meus pais e à minha família, base dos meus valores ético-morais.

Às minhas amigas e aos meus amigos, que de perto ou de longe, acompanham minha trajetória, acreditam e torcem por mim.

Formalmente, agradeço as instituições públicas CAPES e UFSC, através dos programas PROF e PGSS, pelo financiamento da bolsa que permitiu a dedicação profissional integral para a realização deste trabalho.

RESUMO

O presente trabalho tem como objeto de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. Constitui-se como objetivo geral da presente pesquisa analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Os procedimentos metodológicos da pesquisa constaram de: pesquisa empírica na coleta das informações, através de entrevistas semi-estruturadas, gravadas, realizadas com um profissional de cada área de formação de nível superior, dentre as existentes no CAPS, e aplicação de formulário, com questões fechadas, a todos os profissionais que compõem a equipe. As informações coletadas foram sistematizadas e organizadas em itens correspondentes aos eixos que nortearam a coleta dos dados, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde. A análise final foi realizada com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os resultados obtidos nos permitem concluir que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a efetividade e eficácia dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial. De maneira geral, podemos afirmar que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológico, técnico assistencial, político-jurídico, social cultural.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, política de saúde mental, serviços substitutivos.

ABSTRACT

The objective of present work is to study the operationalization of the Psychiatric Reformation in the city of Florianopolis, Brazil, based on one specific institutional model - the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral. The general objective of the present research is to analyze the institutional reality at the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral, Florianopolis, related to the operational process of mental health politics, based on the requirements of the Brazilian Psychiatric Reformation. The research methodological procedures have consisted of: empirical research and data collection, through semi-structured interviews, recorded, realized under the presence and supervision of a professional of each field, plus de existing data from the CAPS, and filled application, with closed questions, to all the professionals who compose the team. The data colleted was systematized and organized in items and events that are surrounded the data collection, which are: financial structure and resources, human resources and therapeutic project, participation of the user and the family in the treatment, social insertion, and integration of the service with the municipal network of assistance in health. The final analysis was based on theoretical production on mental health and the Psychiatric Reformation. The results allowed us to conclude that in scope of management of CAPS, the limited number of studies and the difficulties to transfer and administer them harmed the functioning of the service. The contributing factors were lack of strategic planning and systematic evaluation of actions. The difficulties associated with teamwork compromised the effectiveness and efficacy of the objectives. The absence of a municipal network dedicated to structure and articulate mental health appears as an obstacle to the practice of desinstitutionalization and psychosocial rehabilitation. In general, we can affirm that the changes in the assistance model, directed for Psychiatric Reformation is one of the challenges to the concretization to mental health politics in a new interaction between society and people with psychological illnesses. The operationalizational political difficulties of mental health go through different fronts of performance which constitute the complexity of social processes associated with Reformation in its different dimensions. These dimensions are: theoretic-epistemological, technical assistance, politic-legal and socio-cultural.

Keywords: Psychiatric Reformation, mental health politics, substitute services.

LISTA DE SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
APAC - Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CPASM - Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental
CMS – Conselho Municipal de Saúde
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FNS – Fundo Nacional de Saúde
INAMPS – Instituto Nacional de Aposentadorias e Pensões
IPQ – Instituto de Psiquiatria Catarinense
MS – Ministério da Saúde
MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS – Organização Mundial para a Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF - Programa de Saúde da Família
RP – Reforma Psiquiátrica
SIH - Sistema de Informação Hospitalar
SAI – Sistema de Informação Ambulatorial
SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
SUS – Sistema Único de Saúde
TR – Terapeuta de Referência
ULS – Unidade Local de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Procedimentos metodológicos	18
2 REFORMA PSIQUIÁTRICA	222
2.1 O Modo Psicossocial	26
2.1.2 Atenção Psicossocial.....	28
2.2 Desinstitucionalização	30
2.3 Reabilitação psicossocial	32
3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA	344
3.1 Estrutura e recursos financeiros	344
3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico	45
3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental	46
3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário	51
3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações.....	59
3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento.....	65
3.3 Participação do usuário e da família no tratamento	69
3.3.1 Planejamento terapêutico individual.....	70
3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral.....	72
3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares	81
3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia.....	88
3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental.....	96
3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica	106
3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde...	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
REFERÊNCIAS.....	125
APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS.....	130
ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica.....	136

1 INTRODUÇÃO

O processo de mobilização, organização e luta pela Reforma Psiquiátrica brasileira origina-se no contexto dos movimentos sociais, no período de redemocratização do país (décadas de 1970/1980), e tem como base os pressupostos da Reforma Sanitária brasileira e da Psiquiatria Democrática italiana. Tal movimento esteve direcionado no sentido da crítica e desconstrução gradativa da assistência existente, embasada no saber psiquiátrico, que justificava as práticas decorrentes do modelo asilar e, ao mesmo tempo, buscava a construção de propostas de superação deste modelo.

Os anos de luta pela transformação do modelo assistencial tradicional (asilar), centrado na internação hospitalar, culminaram com a criação e regulamentação de leis e portarias relativas à implantação de uma rede de serviços substitutivos a este. A partir da década de 1990 um conjunto de leis, portarias, decretos, resoluções define novas exigências em relação à assistência psiquiátrica prestada aos portadores de transtorno mental¹, incluindo a adequação das condições físicas das instituições de atendimento, a existência de projeto terapêutico, equipe multidisciplinar e outros dispositivos que garantam maior qualidade assistencial.

A Reforma Psiquiátrica é um processo em construção, que envolve tanto a sociedade civil, através dos diferentes os movimentos sociais, os profissionais, os usuários, bem como os órgãos gestores das políticas públicas. Estes são os responsáveis pela operacionalização das ações com relação a mudança de paradigma e prática em saúde mental. Nessa trajetória, aos profissionais cabe exercer o papel de sujeitos e críticos do processo de implantação da Reforma Psiquiátrica; aos gestores da política de saúde compete a decisão política com vistas a assegurar as condições técnicas para a implementação e operacionalização dos serviços de atenção; aos movimentos sociais fica a luta política pela construção social de um outro sentido para lidar com a "loucura" e com o "louco", a partir de uma transformação na relação sociedade/loucura.

¹ Cabe destacar que a expressão “portador de transtorno mental” é adotada neste estudo por acreditar-se que a palavra portador traz em si um caráter mutante. Ou seja, secundariza o transtorno mental e resgata o sujeito envolvido na condição de enfermo, como um ser dinâmico. Por sua vez, o termo transtorno mental traz um caráter psicossociológico, dinâmico, mutável, diferente do termo doença mental, muito embora não seja menos controvertido do que este último (ROSA, 2003, pp. 37-38). E, também, por ser “portador de transtorno mental” a expressão utilizada na linguagem técnica constante na política de saúde mental do Ministério da Saúde.

No curso das transformações operadas na e pela Reforma Psiquiátrica destacamos como marco significativo recente a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM)². Em seu documento conclusivo reafirma-se que as políticas de saúde mental devem respeitar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das leis Federal e estaduais, priorizando a construção da rede de atenção integral em saúde mental. Tais políticas devem ter como pressupostos básicos a inclusão social e a reabilitação psicossocial, estar integradas com outras políticas sociais, como educação, trabalho, lazer, cultura, esporte e habilitação profissional, visando garantir o exercício pleno da cidadania (BRASIL, 2002a).

O mesmo documento ressalta que a reorientação do modelo assistencial deve estar direcionada para concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e de promoção da saúde. Nesse sentido, é fundamental que as novas modalidades assistenciais desenvolvam práticas pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a auto-estima, a autonomia e a cidadania, buscando superar a relação de tutela e reprodução da institucionalização e/ou cronificação (BRASIL, 2002a).

A mudança do modelo assistencial é um dos desafios da Reforma Psiquiátrica. Busca-se, no âmbito da gestão pública, a construção de um novo pacto para transferir os recursos aplicados no modelo hospitalar para uma assistência comunitária. Entretanto, a mudança da lógica de atenção em saúde mental requer, também, uma mudança de paradigma. No bojo dos novos dispositivos de cuidado necessariamente deve estar uma nova ética do cuidar, baseada na premissa básica da autonomia possível e dos direitos humanos dos portadores de sofrimento psíquico. Isso significa considerar que as possibilidades de novas práticas terapêuticas devem caminhar ao lado da preocupação com a mudança das representações simbólicas do “louco” na sociedade, e com a produção de outros saberes.

Na atualidade, todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, bem como a literatura da área, referem-se a desconstrução como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade das ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Tal proposição tem como base a

² Realizada em Brasília, de 11 a 15 de dezembro de 2001. A I Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em 1987 e a II em 1992.

incapacidade da psiquiatria em explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (TORRE; AMARANTE, 2001).

O modelo manicomial tem seu fundamento na noção de que a experiência de sofrimento psíquico diversa (delírio, alucinação) é sinônima de erro. Um dos aspectos mais importantes no processo de transformação radical deste é a superação do conceito de doença. Conforme apontam Torre e Amarante (2001, p.73-85), “não se trata, obviamente, de negar a diversidade da experiência do delírio ou da alucinação, mas de não utilizar o conceito de doença (igual a erro) na relação com o sujeito”. Nesta direção, Rotelli (1990) propõe, no lugar do objeto “doença mental”, o objeto “existência-sofrimento” do sujeito em sua relação com o corpo social.

Segundo Costa-Rosa (et. al., 2003, p. 28), “ao se buscar a superação do saber psiquiátrico, sobretudo do paradigma doença-cura, procurou-se romper com práticas identificadas com o modelo clínico, por considerá-las ineficazes, segregadoras”. Busca-se no modo psicossocial estabelecer-se “a construção de uma relação de contrato com o sujeito que substitua a relação de tutela instaurada pela psiquiatria” (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 73-85). Como oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar surge, no contexto da Reforma Psiquiátrica, a atenção psicossocial como paradigma do modo psicossocial.

A origem das práticas de atenção psicossocial, como designação de experiências significativas no contexto da saúde mental, está relacionada às contribuições das diferentes experiências históricas de reforma, que incluem as Comunidades Terapêuticas e a Antipsiquiatria, na Inglaterra, a Psicoterapia Institucional, na França, a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, nos Estados Unidos e a Psiquiatria Democrática, na Itália³. No caso brasileiro somam-se as contribuições das políticas públicas e das experiências locais pioneiras dos centros e núcleos de atenção psicossocial, em Santos, São Paulo.

O modelo psicossocial vem ganhando elementos tanto em termos teórico e técnico quanto ideológicos e éticos, aptos a constituírem um novo paradigma para as práticas em saúde mental, capaz de substituir o paradigma psiquiátrico que ainda é dominante. Costa-Rosa (et al., 2003, p.31), observa que de modo geral os elementos teóricos subjacentes a essas experiências passam principalmente pelas idéias sociológicas e psicológicas, pelo materialismo histórico, pela psicanálise e pela filosofia da diferença. Nesse sentido, é importante indicar que o lugar social da saúde mental é um lugar de

³ Estudos sobre estas experiências encontram-se em DESVIAT (1999); ROTELLI (2001).

conflito, confronto e contradição. Entender a saúde mental dessa forma implica em reconhecê-la como expressão e resultante de relações e situações sociais concretas. “Por qualquer perspectiva que se olhe, tratar-se-á sempre de um eterno confronto: pulsações de vida/pulsações mortíferas; inclusão/exclusão; tolerância/intolerância” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p. 29).

A operacionalização da Reforma Psiquiátrica, através da implantação da rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, territorializados e integrados à rede de saúde, tem sido uma construção lenta e difícil, perpassada por interesses políticos e econômicos. Muitas vezes são privilegiados procedimentos técnico-burocráticos, assistenciais, em prejuízo de um serviço que tenha como foco o tratamento da pessoa humana na sua dimensão integral. Por outras, a Reforma Psiquiátrica é entendida como sinônimo de reestruturação de serviços; introdução ou modernização de novas tecnologias de tratamento e cuidado; promulgação de uma nova legislação. Em geral, os problemas passam pela tendência de tornar a Reforma a implantação de centros de atenção psicossocial, de forma a banalizar o serviço, fazendo com que estes sejam uma extensão do hospital psiquiátrico (AMARANTE, 2005).

Não obstante, a transformação do modelo de atenção tradicional requer a construção de uma rede de atendimento ampla, com serviços diversificados e complementares, substitutivos das práticas asilares. O modelo substitutivo não significa alternativo, paralelo, complementar ou intermediário do sistema tradicional. Trata-se de um serviço forte, que comporta uma estrutura complexa em que o sentido das práticas deve ser alterado do “eixo da clínica” para o “eixo da cidadania”. Isso significa olhar para a pessoa-sujeito e não unicamente para a doença (AMARANTE, 2005).

Pensar a mudança do paradigma teórico-conceitual clássico significa provocar uma transformação na cultura da forma tradicional de ver e lidar com a loucura, buscar a construção de um outro lugar social para a loucura e a doença mental, a partir de uma transformação das relações sociedade-loucura/doença mental.

Nesse processo, os centros de atenção psicossocial (CAPS) constituem-se no “braço” do modelo psicossocial. Tornam-se serviços privilegiados para o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial e dispositivos estratégicos para a mudança da atenção em saúde mental.

De acordo com as normatizações do Ministério da Saúde, são atribuições dos CAPS: organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; prestar atendimento em regime de atenção diária; oferecer cuidado clínico eficiente e personalizado; realizar a

dispensação de medicamentos; acompanhar usuários que moram em residências terapêuticas; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, assessorando o trabalho dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território ou área de abrangência (BRASIL, 2004).

No sentido de favorecer o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, bem como estimular a mudança da lógica de ver e lidar com a “doença” e o “doente mental”, o direcionamento da Política Nacional de Saúde Mental preconiza que os projetos terapêuticos dos CAPS podem ultrapassar a estrutura física da unidade, em busca da rede de suporte social comunitária. O atendimento prestado deve ser através de projeto terapêutico individualizado, construído conjuntamente com o usuário. A preocupação principal não deve ser o estabelecimento de um diagnóstico clínico, mas sim o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2004).

Com base no exposto, a presente dissertação de mestrado tem como recorte de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - O Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. A escolha deste CAPS deve-se ao fato de ser este um serviço público de atendimento diário a portadores de transtornos mentais adultos, único nesta modalidade no município. A população de Florianópolis conta com outros dois centros de atenção psicossocial, um para atendimento de crianças e adolescentes (CAPSi) e outro para atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (CAPSad).

O CAPS Ponta do Coral constitui-se no principal serviço de atendimento extra-hospitalar na realidade local, desempenhando um papel central na assistência a portadores de transtornos mentais graves. A rede municipal de atenção em saúde mental é incipiente, com poucos recursos e o CAPS enfrenta diversas dificuldades na realização de suas atividades, concentrando uma demanda de atendimento superior a sua capacidade.

Destacamos a relevância deste estudo na medida em que está em curso no país uma reforma nos serviços de assistência em saúde mental, em que a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos pelo cuidado comunitário/ambulatorial tem sido a

diretriz básica para a reorganização da política de saúde mental, desde o nível federal aos níveis estadual e municipal.

A reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

O processo de reestruturação dos serviços de saúde mental está baseado na organização de uma rede comunitária de cuidados. Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esportes etc), culturais, religiosos e de lazer são convocados para potencializar as equipes de saúde na tarefa de realizar ações de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004).

Fazem parte desta rede de serviços de saúde mental os centros de atenção psicossocial, os núcleos de atenção psicossocial (NAPS), os serviços residenciais terapêuticos (SRTs), os hospitais gerais, os centros locais de saúde, as equipes de saúde da família e agente comunitários de saúde, entre outros. Particularmente, neste trabalho, nos interessamos por estudar os CAPS por estes assumirem um papel central na organização da rede, constituindo-se em serviços de atenção que “almejam à outra lógica, outra fundamentação teórica-técnica e outra ética, que não mais a do paradigma psiquiátrico” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.19).

Os CAPS foram criados para serem substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos, oferecendo atendimento em saúde mental à população de sua área de abrangência. São atendidas pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, incluindo aquelas que apresentam transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e crianças e adolescentes. As práticas realizadas neste tipo de serviço devem caracterizar-se por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro, na comunidade.

Oficialmente os CAPS foram instituídos pela Portaria GM/MS N°224/1992 e definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam uma população adscrita definida pelo nível local e oferecem atendimento de cuidados intermediários entre

o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (BRASIL, 2002b).

Atualmente, os CAPS são regulamentados pela Portaria GM/MS N° 336/2002 e integram a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta portaria estabelece critérios de porte/complexidade e abrangência populacional aos CAPS, classificando-os nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad⁴. A classificação dos diversos tipos de CAPS difere, basicamente, quanto ao tamanho da população pela qual se responsabilizam e quanto ao regime de funcionamento.

Os profissionais que trabalham nos CAPS integram uma equipe multiprofissional. São técnicos de nível superior e nível médio, de diferentes áreas de formação. Os profissionais de nível superior são médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física entre outros necessários para as atividades oferecidas, de acordo com o projeto terapêutico do CAPS. Os profissionais de nível médio podem ser técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores, artesãos, profissionais de limpeza e cozinha (BRASIL, 2004).

As equipes técnicas possuem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. Cabe aos profissionais a tarefa de organizar-se para realizar o acolhimento dos usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, realizar as atividades de reabilitação psicossocial, equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas.

Ao considerarmos as práticas em saúde mental de um centro de atenção psicossocial nosso objeto de estudo estamos entendemos que é a partir delas que a mudança de paradigma se torna possível, haja vista que a estruturação de uma rede de

⁴ O CAPS I tem capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e deve funcionar das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira; o CAPS II atende municípios com população entre 70.000 e 200.000, deve funcionar das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas; o CAPS III atende municípios com população acima de 200.000 habitantes, funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana. Já os CAPSi e os CAPSad possuem características diferenciadas dos demais. O CAPSi é referência para municípios com população acima de 200.000 habitantes e constitui-se em um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período até 21 horas. Os CAPSad destinam-se a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. É indicado em municípios com população acima de 100.000 habitantes, funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas (BRASIL, 2002b).

novos serviços de saúde mental não constitui por si só uma ruptura com o paradigma das práticas asilares, da segregação e da tutela do portador de transtorno mental. Contudo, sabemos que analisar uma realidade institucional é uma tarefa difícil, principalmente quando nos propomos olhar esta realidade em movimento, permeada de contradições e como fruto de um processo sócio-histórico.

Nesse sentido, elegemos como sujeitos informantes os profissionais que atuam no Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, por entendermos que a eles cabe a tarefa de realizar as atividades institucionais cotidianas. Esses profissionais integram uma equipe multiprofissional e assumem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. A nosso ver, constituem-se atores sociais centrais no processo de implementação e operacionalização da Reforma Psiquiátrica na realidade local.

Com isso queremos destacar que os profissionais de saúde mental exercem um papel relevante para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, seja como partícipes dos movimentos sociais, como gestores da política de saúde mental e/ou como trabalhadores (técnicos) nos serviços de assistência. Particularmente, aos profissionais dos CAPS cabe o compromisso de operacionalizar a mudança da lógica da assistência, na medida que estão atuando em um serviço considerado um dispositivo estratégico da rede de assistência em saúde mental. Esses profissionais estão diretamente ligados aos usuários do serviço e a implementação da política de saúde mental, função que os coloca na linha de frente de um cenário novo que vem passando por formulações e reformulações nos campos “político-jurídico, técnico-assistencial, epistemológico e sociocultural” (AMARANTE, 2003).

Torna-se pertinente ressaltar que o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) teve forte influência nos avanços ocorridos na mudança da assistência psiquiátrica. Constituído inicialmente de técnicos de saúde mental buscava a melhoria da assistência psiquiátrica e denunciava a situação precária dos manicômios. O MTSM posicionou-se em relação à assistência prestada, politizou a questão da Reforma, construiu uma linha de pensamento crítica no campo da saúde mental. Organizados, os trabalhadores criaram fóruns de discussões locais de caráter técnico e político e defenderam as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Posteriormente, o movimento ampliou-se no sentido de ultrapassar sua natureza técnico-científica, organizou sua estrutura administrativa como fórum nacional e passou a ser designado Movimento da Luta Antimanicomial, tornando-se um movimento social que passou a englobar várias entidades como associações de usuários

e familiares⁵, ONGs, entre outras (AMARANTE, 1994, 1995a; SOUZA, 2001; VASCONCELOS, 2000b, 2004).

Assim, nos parece certo que os profissionais de saúde mental são atores sociais influentes na efetivação da Reforma Psiquiátrica. Razões significativas para pesquisar e valorizar suas experiências e opiniões, na medida em que seus relatos podem indicar como vem se realizando no dia-a-dia a Reforma, bem como contribuir para a construção de novas práticas e a produção de novos saberes. E, entendemos como Foucault, que os saberes não são apenas conhecimentos acadêmicos, produções que se autodenominam científicas. Os saberes também estão onde são produzidos, pois sempre criam visões de mundo, produzem histórias e História.

Dessa forma, a presente pesquisa tem a finalidade específica de contribuir para a análise das práticas locais de saúde mental, a partir do estudo da realidade vivenciada no CAPS de Florianópolis e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Lembramos, ainda, que neste ano de 2006 o CAPS Ponta do Coral completa dez anos de atividades, fato que nos leva a destacar a importância de um estudo que identifique as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação deste serviço. No geral, busca-se fornecer subsídios para os avanços nas políticas de saúde mental e contribuir para a produção de conhecimentos sobre a realidade da prática das políticas públicas de saúde mental. Para tanto, elegemos como eixos de estudo e análise cinco pontos, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social e integração com a rede municipal de assistência em saúde.

Constitui-se como objetivo geral do presente estudo a análise da realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Para alcançarmos este definimos como objetivos específicos: 1) caracterizar a estrutura e os recursos financeiros disponibilizados

⁵ Cabe registrar que no campo da saúde mental encontram-se associações de composição variada. Há associações de usuários; associações de familiares; associações de usuários e familiares; associações de usuários, familiares e técnicos; associações de usuários e técnicos; e associações de técnicos e familiares. Em sua maior parte, o processo organizativo das associações é conduzido por elementos de constituição de laços de solidariedade e ajuda mútua. Contudo, existem associações que são favoráveis à agenda de inovações da assistência colocada pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e, outras, que se caracterizam como uma comunidade de veto em relação à mesma agenda (SOUZA, 2001).

e sua adequação às atividades do Caps; 2) conhecer as práticas assistenciais desenvolvidas pelo CAPS com relação ao projeto terapêutico e como se organiza o trabalho da equipe técnica; 3) identificar como ocorrem as práticas institucionais de participação do usuário e da família no tratamento e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica; 4) identificar se existem e quais são as ações institucionais, intersetoriais e/ou outras criadas com relação a inserção social do portador de transtornos mentais; 5) descrever e analisar a relação existente entre o CAPS e a rede municipal de assistência em saúde com relação a operacionalização da política de saúde mental e do SUS; 6) identificar quais as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação do CAPS, pontos positivos e negativos.

1.1 Procedimentos metodológicos

Para operacionalizar os objetivos do nosso estudo foi realizada uma pesquisa de caráter qualitativo, do tipo estudo de caso. Segundo Minayo (1994), a pesquisa qualitativa, nas ciências sociais, responde a questões particulares, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Isso significa considerar que trabalhamos com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que correspondem a pontos mais profundos das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser quantificáveis. E, segundo Chizzotti (2003, p. 104), em geral, a pesquisa qualitativa objetiva provocar o esclarecimento de uma situação para uma tomada de consciência pelos próprios pesquisados dos seus problemas e das condições que os geram, a fim de elaborar meios e estratégias de resolvê-los.

Dentre os tipos de pesquisa qualitativa, o estudo de caso talvez seja um dos mais relevantes. É uma modalidade que propicia retratar uma realidade de forma ampla e profunda, de forma a revelar a multiplicidade de dimensões presentes numa determinada situação e contextualizar o objeto para melhor compreendê-lo (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Nesta forma de estudo, o caso é tomado como unidade significativa do todo porque tanto retrata uma determinada realidade quanto revela a multiplicidade de aspectos globais presentes em uma dada situação (CHIZZOTTI, 2003). A principal função do estudo de caso é a explicação sistemática de fatos que ocorrem no contexto social e geralmente se

relacionam com uma multiplicidade de variáveis. Essa técnica caracteriza-se por ser um estudo intensivo, o qual deve considerar a compreensão geral do assunto investigado (FACHINI, 2001).

O local escolhido para a realização do estudo, o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, é um serviço público, municipal, cadastrado na modalidade CAPS II, situado à rua Rui Barbosa, 713 (fundos), no bairro Agronômica, Florianópolis/SC. CAPS Ponta do Coral funciona das 8h às 18hs e atende uma demanda média diária de 40 usuários. O serviço foi criado em março de 1996 e funciona neste endereço desde o mês de dezembro do mesmo ano⁶.

A principal fonte de informação da presente pesquisa constituiu-se das falas dos profissionais, de formação de nível superior, e, no resultado do formulário aplicado a todos os membros da equipe do CAPS Ponta do Coral. Utilizamos para a coleta de informações a entrevista semi-estruturada, gravada, com questões abertas, e a aplicação de formulário com questões fechadas (Apêndices A e B). As entrevistas foram orientadas por um roteiro com perguntas estruturadas e agrupadas em cinco blocos correspondentes aos eixos de estudo da pesquisa. De acordo com Trivinos (1987), a entrevista semi-estruturada geralmente parte de certos questionamentos básicos, de perguntas fundamentais derivadas da teoria que é adotada para a pesquisa e de informações que o pesquisador possui sobre o tema a ser pesquisado.

Na pesquisa qualitativa, a entrevista é uma das técnicas mais utilizadas na coleta do material empírico. No tipo de estudo escolhido, foi possível perceber que a entrevista constituiu-se na ferramenta capaz de possibilitar a obtenção de dados mais profundos da realidade, os quais só podem ser obtidos com a contribuição dos sujeitos envolvidos.

O trabalho empírico para coleta dos dados e das informações na Instituição foi realizado entre a segunda quinzena do mês de março e a primeira quinzena do mês de abril de 2006 (16/3/2006 a 13/4/2006). A coleta teve início após a apresentação e solicitação de autorização para a realização da pesquisa à coordenação da Instituição. O projeto foi encaminhado à Comissão de Ensino e Pesquisa do CAPS II Ponta do Coral e à Direção de

⁶ A implantação do serviço foi efetivada em 25/3/1996, ficando instalado, provisoriamente, junto ao Centro de Saúde II do Centro de Florianópolis (atual ULS Centro), na Avenida Rio Branco. Em dezembro do mesmo ano foi transferido para o atual endereço, passando a ser chamado NAPS Ponta do Coral. Seu credenciamento no Ministério da Saúde aconteceu ao longo do ano de 1997. Em 2002, a Portaria GM n° 336 regulamentou a denominação dos antigos NAPS para CAPS (STUANI, 2005).

Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis para parecer. Mediante o parecer favorável (Anexo A) das referidas instâncias, foi realizada, em reunião de equipe, a apresentação do projeto aos profissionais do CAPS Ponta do Coral. Concluída esta etapa, foi realizada a entrevista pré-teste. A escolha do profissional observou os critérios constantes da metodologia do projeto. A entrevistada foi uma profissional da área da psicologia (área que tem mais de um profissional no CAPS) que tinha disponibilidade para a realização da entrevista na data escolhida. A partir desta entrevista, foram realizadas pequenas alterações no roteiro, com vistas a agrupar algumas perguntas, no sentido de diminuir o tempo necessário à efetivação da mesma. A referida entrevista teve a duração aproximada de uma hora e vinte minutos, acrescida de mais quinze minutos para a aplicação do formulário, totalizando uma hora e trinta e cinco minutos.

No total, foram realizadas seis entrevistas e aplicados doze formulários, de acordo com a metodologia estabelecida, a qual privilegiou, para a entrevista, o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de ensino superior, dentre as existentes no CAPS Ponta do Coral, quais sejam: psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Os formulários foram aplicados a todos os profissionais de formação de nível superior e de formação de nível médio. Foi necessário realizar sorteio do profissional a ser entrevistado apenas com relação a área da psicologia, por esta ter quatro profissionais atuando na equipe do CAPS. Como utilizamos um deles para a realização do pré-teste, participaram do sorteio apenas os outros três. O sorteio foi realizado na presença de outras duas profissionais da equipe.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos profissionais. A aplicação dos formulários foi simultânea e obedeceu ao mesmo critério. No caso de três dos profissionais entrevistados não foi possível realizar a aplicação do formulário no momento da entrevista, a pedido dos mesmos, devido a limitações de tempo. As entrevistas foram gravadas em fitas cassete, com a autorização prévia dos entrevistados, e, posteriormente, as falas foram transcritas.

As informações e os dados coletados foram sistematizados e classificados, de acordo com os eixos de pesquisa, e posteriormente analisados com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os dados originados dos formulários foram analisados e tratados descritivamente, ou seja, reduzidos a termos descritivos. Para efeito de padronização e de comparação foi adotado o método da porcentagem.

A análise final, que, segundo Minayo (1994), corresponde a um movimento contínuo entre o empírico e o teórico e vice-versa para fazer do caos aparente das

informações revelações da sua especificidade, foi construída pela síntese das informações coletadas em cada eixo de estudo, previamente definidos.

As questões éticas foram consideradas em todas as etapas do estudo, especialmente, na relação com os entrevistados, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) e dentro do que determina a Resolução N° 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde e o Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina. Os profissionais foram informados e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa quando da apresentação do projeto em reunião de equipe e individualmente antes da realização da entrevista. Foi preservado o anonimato dos entrevistado ao se utilizar codinomes para referenciar as falas no trabalho, destacando-se que os mesmos escolheram livremente seu próprio apelido quando da realização da entrevista. Apenas uma das entrevistadas optou por deixar a cargo da pesquisadora a escolha do codinome.

O trabalho que ora apresentamos está organizado de forma a contemplar, neste primeiro capítulo, a introdução do tema e a metodologia utilizada na pesquisa; no segundo capítulo descrevemos, sistematizadamente, o norte teórico utilizado como referência para a análise dos dados e das informações coletadas; no terceiro capítulo trazemos os resultados e as análises da pesquisa. Ao final, resgatamos os principais tópicos relacionados aos eixos de estudo e expomos nossas considerações finais sobre o tema.

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA

Procuramos expor neste capítulo uma síntese das análises de alguns autores que têm contribuído para o avanço nas discussões sobre a Reforma Psiquiátrica, bem como a definição do que vem a ser este outro modelo de atenção em saúde mental – o Modo Psicossocial, tanto em seus aspectos prático-assistenciais quanto em suas exigências éticas e teóricas, no sentido de construirmos o norte teórico orientador das análises da presente pesquisa.

Todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, na atualidade, bem como a literatura da área estabelecem a categoria teórico-prática “desconstrução” como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade nas ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Reiteram, também, a incapacidade da psiquiatria de explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (BASAGLIA, 1985; ROTELLI, 1990). Neste sentido, a proposta da Reforma Psiquiátrica objetiva criar experiências alternativas ao hospital psiquiátrico e ao modelo de suas práticas, através da extinção desse tipo de instituição e sua substituição por recursos que sejam capazes de rever tanto as concepções do “objeto” quanto dos “meios” e modos da sua intervenção nessa área.

A partir das contribuições colocadas por Fleury (et. al., 1989), com relação ao conceito de Reforma Sanitária como um “processo de transformação estrutural”, e da noção de *processo social complexo* proposta por Rotelli (1990), Paulo Amarante (2003, p.49), define Reforma Psiquiátrica como:

um processo social complexo que se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade.

Nessa concepção, o autor observa que processo indica algo em permanente movimento, que não tem um fim predeterminado, nem um objetivo último ou ótimo. E, a idéia de complexidade é posta não como sinônimo de complicação, mas sim como uma atitude epistemológica no sentido de reabrir a possibilidade de recomplexificação do fenômeno, proposição oposta a naturalização/objetualização da noção de doença. Neste sentido, a doença deixaria de ser reduzida a uma alteração biológica, para tornar-se um

processo de saúde/enfermidade. Em outras palavras, “a doença não é um objeto, mas uma experiência nas vidas de sujeitos distintos” (AMARANTE, 2003, p.53).

Na continuidade de suas análises sobre a Reforma Psiquiátrica Amarante (2000, 2003) designa quatro dimensões para as transformações operadas na e pelas práticas da Reforma, quais sejam: teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural.

A dimensão teórico-conceitual ou epistemológica contempla o conjunto de questões que dizem respeito a produção de conhecimentos e saberes que irão subsidiar as práticas. É uma dimensão que vai desde a reflexão dos conceitos mais fundamentais do campo das ciências até os conceitos produzidos pela psiquiatria: alienação, doença mental, normalidade/anormalidade, terapêutica e cura. Um aspecto muito importante desta dimensão refere-se ao desafio de se repensar as relações entre conhecimento e objeto (AMARANTE, 2003).

Na interpretação de Costa-Rosa (et al., 2003, p. 32), o campo teórico-conceitual pauta-se na desconstrução de conceitos e práticas, sustentados pela psiquiatria e pela psicologia nas suas visões acerca da doença mental. Propõe-se como contrapartida a construção de noções e conceitos como “existência-sofrimento” do sujeito na sua relação com o corpo social, acolhimento, cuidado, emancipação e contratualidade social. Nesse âmbito, pode-se entender que o conceito de existência-sofrimento impulsiona a Reforma Psiquiátrica na direção de uma revolução paradigmática, uma vez que questiona a tão cara relação sujeito-objeto e o próprio paradigma doença-cura. Tal conceito aparece por contraposição ao paradigma doença-cura, expressando a exigência de se dar ao sujeito a centralidade da cena.

Como exemplo desse campo Amarante (2003, p. 50) destaca o processo de desconstrução do conceito de clínica, que deixaria de ser o isolamento terapêutico ou o tratamento moral para tornar-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades; a desconstrução do conceito de doença produzido pela psiquiatria, em que o sujeito, não mais visto como alteridade incompreensível, possibilitará outras formas de conhecimento, que produzirão novas práticas clínicas e sociais.

Cabe destacar que quando um conceito é submetido ao processo de desconstrução é possível supor que as relações entre as pessoas envolvidas também serão transformadas, assim como os serviços, os dispositivos e os espaços. Conseqüentemente, mudam, ainda, os conceitos e as práticas jurídicas que eram adotadas pelos conceitos desconstruídos.

Para Basaglia (1985) e Rotelli (1990), desconstrução está relacionada à noção de *invenção*, de construção do real, de produção da subjetividade, recolocando em discussão a ciência e a psiquiatria. Os autores referem-se a “desconstrução” do dispositivo psiquiátrico e clínico em seus paradigmas fundantes e suas técnicas de poder-saber, entendendo-a como uma ação prática de dismantelamento das incrustações institucionais que cobriam a doença. A desconstrução questiona as bases do dispositivo psiquiátrico, em sua competência para atuar frente à loucura.

Entende-se desconstrução como um processo social complexo, de desmontagem do dispositivo psiquiátrico, que não tem fim, ou não pretende constituir, um modelo ideal, mas sim dar novo significado às relações e colocar questões imanentes às situações-problema. Nesse sentido, é um processo que precisa, por definição, ser reinventado incessantemente, e questionar também o conjunto dos segmentos sociais que deveria ser [...] objeto de uma verdadeira "revolução molecular", quer dizer, de uma re-invenção permanente (GUATTARI, 1992 apud TORRE; AMARANTE, 2001, p. 14).

A dimensão político-jurídica passa pela criação e alterações na legislação com relação aos direitos e a assistência ao portador de transtornos mentais. O âmbito jurídico é decorrente do fato de a psiquiatria ter instituído a noção de relação entre loucura, periculosidade, irracionalidade, incapacidade, irresponsabilidade civil. No plano político luta-se pela extinção dos manicômios e sua substituição por instituições abertas, pela revisão das legislações sanitárias, civil e penal referente a doença mental, para possibilitar o exercício dos direitos à cidadania, ao trabalho e à inclusão social. Importa nessa dimensão rediscutir e redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais (AMARANTE, 2003, p. 53; COSTA-ROSA, et al., 2003, p. 33).

No âmbito da dimensão técnico-assistencial está o modelo assistencial. É nesse campo que, na realidade brasileira, aparecem mais visivelmente as inovações com relação as práticas assistenciais em saúde mental, concomitante a reconstrução dos conceitos. As transformações vêm acontecendo tanto na concepção de novos serviços (CAPS, oficinas terapêuticas e de reintegração sociocultural, cooperativas de trabalho) quanto na sua forma de organização e gestão (instituições abertas com participação e co-gestão com os usuários e a população).

Nos últimos anos têm-se objetivado construir uma rede de novos serviços, concebidos como espaços de sociabilidade, de trocas, em que se enfatiza a produção de saúde como produção de subjetividades. Essas mudanças indicam para uma mudança nas práticas de atenção e tem significado *colocar a doença entre parênteses*, propiciando

contato com o sujeito, rompendo com as práticas disciplinares; aumentando a possibilidade de recuperação do seu estatuto de sujeito de direitos (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 32-33; AMARANTE, 2003, p.51).

A expressão *colocar a doença entre parênteses* é atribuída a Basaglia, significa a suspensão do conceito e implica na possibilidade de novos contatos empíricos com o fenômeno em questão. Para o autor, a psiquiatria colocou o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença como fenômeno da natureza. Assim, Basaglia propõe uma inversão, isto é, colocar a doença entre parênteses para tornar-se possível lidar com o sujeito e não com a doença.

Amarante (2003) chama a atenção para o fato de a atitude epistemológica de colocar a doença entre parênteses não significa a negação da doença no sentido do não se reconhecer que experiências de sofrimento ou diversidade fazem parte da realidade concreta da saúde mental. Nas palavras do autor:

não significa a recusa em aceitar que exista uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar. Significa, isto sim, a recusa a explicação da psiquiatria, para dar conta daquela experiência, como se esta pudesse ser explicada pelo simples fato de ser nomeada como doença. A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia social e política da exclusão, e a ruptura epistemológica com o saber da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para objetivar conhecer a subjetividade (AMARANTE, 2003, p. 56).

A dimensão sociocultural expressa o objetivo maior da Reforma Psiquiátrica, haja vista que pretende transformar o *lugar social* da loucura no imaginário social, transformando as relações entre a sociedade e a loucura. Muito do imaginário social é decorrente da ideologia psiquiátrica que tornou senso comum a relação da loucura à incapacidade do sujeito de estabelecer trocas sociais e simbólicas (AMARANTE, 2003, p. 53).

Para tanto se têm estimulado uma série de práticas sociais visando transformar o imaginário social relacionado a loucura, a doença mental e a anormalidade. Está em processo de mudança a imagem da loucura e do louco, a imagem da instituição e a da relação dos usuários e a população com ela. A intencionalidade passa pela construção de uma imagem das instituições de atendimento como espaços abertos de circulação e pólos de exercício estético, e uma imagem do “louco” como cidadão que deve almejar poder de contratualidade social (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 33).

Pensar a Reforma Psiquiátrica como um processo complexo implica desconstruir, superar conceitos; pensar, refletir sobre as ações no campo da saúde mental e os efeitos de

suas práticas; criar, construir novas práticas e produzir outros saberes. Trata-se, portanto, de um processo contínuo em que os verbos transformar, produzir, desconstruir, desmontar, emancipar, reconstruir devem estar no cotidiano do fazer em saúde mental.

2.1 O Modo Psicossocial

A elaboração das práticas do modo psicossocial é tributária de diferentes movimentos sociais científicos e vários campos teóricos. Sob esse aspecto, Abílio da Costa-Rosa (2000; 2003), busca especificar elementos básicos do novo paradigma traçando um paralelo de análise entre as práticas constitutivas do modo asilar e aquelas exigidas ao modo psicossocial⁷.

As principais características do modo asilar são: ênfase na consideração de determinantes orgânicos nos problemas que se pretende tratar, o que implica que o seu meio básico seja medicamentoso; pouca ou nenhuma consideração da existência do sujeito, o que implica que não se insista na sua mobilização como participante do tratamento. O indivíduo continua sendo visto como doente, tanto em relação à família quanto em um contexto social mais amplo. Daí decorre que a intervenção seja quase exclusivamente centrada nele. As aproximações da família, quando ocorrem, costumam ter caráter apenas pedagógico e assistencial. Dessa consideração do indivíduo como centro do problema, entre outros fatores, decorre também seu isolamento em relação ao meio familiar e social.

Ainda, com relação as práticas assistenciais, no modo asilar, o trabalho é realizado sem que os profissionais se encontrem para conversar sobre a atividade comum. O prontuário é considerado o elo de interconexão entre os profissionais da equipe. Mesmo no caso em que o meio é multiprofissional, a determinação fundamental dos problemas continua, na prática, sendo biológica. Portanto, a eficácia do tratamento espera-se que venha da química. Sua instituição típica continua sendo o hospital psiquiátrico fechado,

⁷ O autor observa que esta análise tem uma dimensão histórica, na medida que inclui uma consideração dos avanços que tem ocorrido nas práticas concretas até o presente; e outra dimensão lógica, visto que decorre da dedução realizada, através do método de análise, das características imprescindíveis a um determinado dispositivo para que ele configure uma lógica contraditória com a dos dispositivos que pretende superar e substituir (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.36).

ainda que nas últimas décadas esse venha sendo alvo de reformas democratizantes, intermitentes e esteja acompanhado de dispositivos chamados extra-asilares.

No modo psicossocial a concepção do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos sustentados para lidar com esse processo requer a desinstitucionalização do paradigma “doença-cura” e sua substituição pelo “existência-sofrimento”, conjuntamente com a configuração de práticas de trabalho transdisciplinares.

Destacam-se como principais exigências ao modo psicossocial: a determinação e consistência psíquica e sociocultural dos problemas, e não orgânica; a desospitalização e a desmedicalização, o que significa desconsiderar a medicação como resposta única ou preponderante e a priori; o exercício da “clínica da escuta e da criação de si”, e não a clínica da observação e da retomada do estado anterior às crises; a horizontalização das relações intrainstitucionais; a participação dos usuários e da população em forma de autogestão e co-gestão; o livre trânsito dos usuários e da população; a ética do reposicionamento do sujeito, que significa reconhecer a implicação subjetiva como forma de singularização e não supressão sintomática.

Os dispositivos institucionais típicos do modo psicossocial são os centros e núcleos de atenção psicossocial, o Hospital-Dia, ambulatórios de saúde mental; equipes multiprofissionais de saúde mental, inseridas em Centros de Saúde; setores para tratamento em saúde mental, inseridos em hospitais gerais. Seus meios básicos de tratamento são a psicoterapia, a laboterapia, as socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural, além da medicação.

É decisiva a importância que se atribui ao sujeito, daí que se insista de maneira fundamental na sua mobilização como participante principal do tratamento. Não se deixa de considerar, por isso, a sua dimensão de indivíduo (orgânico e sócio-cultural). Dá-se ênfase à consideração da pertinência do indivíduo a um grupo familiar e social. Supõe-se que se deve trabalhar também a família e o grupo social como agentes das mudanças buscadas.

Da consideração de que não é o indivíduo o único problemático, sugere-se que se inclua no tratamento também a família e eventualmente um grupo mais ampliado. As formas de participação da família e do grupo ampliado no tratamento são várias e superam, em muito, as posturas assistencial e orientadora, características do modo asilar. As associações de usuários e familiares criadas no modo psicossocial são reflexos dessa nova postura em relação aos usuários.

No modo psicossocial, espera-se que as diferentes possibilidades de ação se estendam desde a continência do indivíduo, durante a crise, até o reconhecimento da implicação familiar e social nos mesmos problemas. Espera-se, portanto, que tanto uns quanto outros possam assumir a parte de seu compromisso na atenção e no apoio. Além disso, dá-se acentuada ênfase à reinserção social do indivíduo, sem perder de vista que, muitas vezes, não é a problemática com a qual ele chegou a responsável pela sua saída da circulação sociocultural.

Quanto às formas de organização institucional, no modo asilar estas são marcadas por estratificações de poder e saber no âmbito do pessoal da instituição, que se transladam para a relação com os usuários e a população, os quais estão excluídos de qualquer participação que não seja a do objeto inerte e o mundo. Já os dispositivos do modo psicossocial tem suas práticas fundamentadas na lógica da Psicoterapia Institucional e da Comunidade Terapêutica e, geralmente, estas são instrumentadas por meio de assembleias de usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental. Participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais no modo psicossocial, por oposição à estratificação e interdição institucionais à heterogestão e à disciplina das especialidades que dominam no modo asilar.

Neste sentido, o autor propõe designar a Atenção Psicossocial como paradigma do modo psicossocial, em oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar.

2.1.2 Atenção Psicossocial

O termo Atenção, no contexto da Reforma Psiquiátrica, assume o conceito de “dar e prestar atenção, acolher, receber com atenção, tomar em consideração, levar em conta e escutar atentamente”. Designa uma parte fundamental do contorno que se pretende imprimir às ações de Atenção Psicossocial nas práticas em saúde mental. Expressa certos princípios relativos, sobretudo, à forma das relações dos agentes institucionais e das próprias instituições como dispositivos, com os sujeitos usuários e suas demandas (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 22).

Já o conceito Psicossocial designa as práticas em Saúde Mental Coletiva que se inscrevem como transição paradigmática da psiquiatria; enquanto que o termo psicossocial

agrega ao 'objeto' das práticas em saúde mental aspectos psíquicos e sociais, e tem a função de designar experiências reformadoras em sentido amplo (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 19).

Segundo o autor, ao somatizar aspectos sociais e psíquicos aos aspectos biológicos do paradigma e do objeto da psiquiatria a Atenção Psicossocial vai promover transformações nas concepções do objeto, nos modos de conceber e estruturar a instituição como dispositivo e, sobretudo, na forma de conceber e estruturar as relações terapêuticas, que tem, por sua vez, implicações éticas radicalmente distintas das práticas asilares.

A Atenção Psicossocial subentende ações diferenciadas das contidas no paradigma asilar e psiquiátrico. Na definição de Costa-Rosa Luzio e Yasui (2003, pp. 34-36):

a Atenção Psicossocial parece configurar um campo capaz de congrega e nomear todo o conjunto das práticas substitutivas ao Modo Asilar, conservando ao mesmo tempo a abertura necessária para a inclusão das inovações que ainda estão se processando e para outras que certamente virão. [...] As práticas de Atenção Psicossocial representam a sedimentação de um vasto conjunto de variações teórico-técnicas e éticas, mais ou menos radicais, conforme o caso, em relação às práticas vigentes e dominantes, que estão no lugar estrutural de sua alteridade necessária.

Os autores argumentam que a Atenção Psicossocial tem sustentado um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas norteadas pela aspiração de substituírem o modo asilar, e algumas vezes o próprio paradigma da psiquiatria. As ações na esfera político-ideológica trabalham em sintonia com os movimentos sociais que lutam pelo resgate da dignidade humana e dos direitos individuais e coletivos de cidadania. As ações teórico-técnicas referem-se à produção de novas formas de intervenção que possibilitem a construção de novos dispositivos que trabalhem pela transformação radical dos modelos institucionalizados e da ética em que se pautam.

Atenção Psicossocial, entendida como paradigma do modo psicossocial, designa concepções contrárias ao modo asilar. Quando referida as políticas públicas de saúde mental aspira a inclusão de aspectos políticos, econômicos, sociais, culturais e outros relacionados com ações que visam a construção de práticas de emancipação para a cidadania. Neste trabalho, se refere ao modelo de atenção em saúde mental que deve nortear as práticas dos serviços substitutivos, especificamente, a dos centros de atenção psicossocial.

Dessa forma, a complexidade e amplitude das práticas de Atenção Psicossocial inclui como seus componentes necessários, os conceitos e as práticas englobadas na desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, a partir de uma perspectiva baseada no aumento da contratualidade social dos usuários das instituições.

2.2 Desinstitucionalização

A desinstitucionalização tem sua origem nas experiências desenvolvidas por Franco Rotelli (1990), na Psiquiatria Democrática italiana. Segundo o autor, o primeiro passo da desinstitucionalização consiste em desmontar a relação problema-solução, renunciando a busca da solução racional (tendencialmente ótima) que no caso da psiquiatria é a normalidade plenamente restabelecida.

“O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de “cura” mas no projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente” (ROTELLI, 1990, p.30). Neste sentido, trata-se de um processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito doente. A desinstitucionalização traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação na qual exista reciprocidade entre sujeitos - uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade.

Nas palavras do autor,

A desinstitucionalização é, sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. [...] Depois de ter descartado a ‘solução-cura’ se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento (ROTELLI, 1990, p.33).

Em sua origem, os pressupostos da desinstitucionalização encaminham-se no sentido da restituição da subjetividade do indivíduo, possibilitando-lhes a recuperação de sua contratualidade, isto é, da posse de recursos para trocas sociais e, por conseguinte, para a cidadania social. Contudo, alguns estudos sobre as mudanças operadas na assistência no

âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira apontam para a compreensão da desinstitucionalização como desospitalização⁸.

Segundo Spricigo (2001), a desinstitucionalização, não correlata da desospitalização, torna-se a um só tempo, processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito adoecido. Traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação em que exista reciprocidade entre sujeitos, uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade. Isso gera a necessidade de invenção de novas modalidades de mediação, não somente médicas, mas principalmente políticas, sociais e culturais.

Sobre esta questão, Amarante (1995b) enfatiza que a mudança desejada na assistência em saúde mental não corresponde simplesmente ao fechamento de hospitais psiquiátricos e o conseqüente abandono das pessoas em suas famílias ou nas ruas, nem no fechamento de leitos para reduzir custos, no sentido do neoliberalismo ou no sentido do enxugamento do Estado. Segundo o autor,

desinstitucionalização não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativo. Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social (AMARANTE, 1995b, p. 491-494).

⁸ Ver SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Série Teses em Enfermagem, n° 42)

Neste sentido, a proposta da desinstitucionalização está centrada em uma mudança completa do paradigma de saber em saúde mental e, do ponto de vista assistencial, na constatação de que o hospital psiquiátrico tradicional é antiterapêutico. Assim, a estratégia de conversão do sistema de cuidado deve partir da substituição do hospital psiquiátrico por um amplo rol de serviços abertos e comunitários, capazes de assistir o usuário desde a crise aguda até às necessidades mais amplas de caráter social. Nestes novos serviços, a reabilitação psicossocial vem se configurando como um lineamento para o desenvolvimento de programas, eticamente responsáveis, no sentido de dar conta da totalidade das demandas que os problemas mentais severos e persistentes requerem.

2.3 Reabilitação psicossocial

Na definição da Organização Mundial de Saúde (1987 apud PITTA, 2001) reabilitação psicossocial é o conjunto de atividade capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários.

Segundo Pitta (2001), a reabilitação psicossocial, no seu sentido instrumental, é representada por um conjunto de meios (programas e serviços) que são desenvolvidos para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes, ou seja, um processo para facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. Tal processo enfatiza as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo e a cada situação de modo personalizado.

Para Saraceno (2001), a reabilitação psicossocial prevê um processo de restituição e reconstrução de direitos políticos legais e sociais para o cidadão. Para tal, projetos de ressocialização devem promover o reconhecimento do portador de transtorno mental.

Para Kinoshita (2001), reabilitar é reconstruir valores, aumentar o poder contratual, criar condições de possibilidade para que um paciente possa, de alguma

maneira, participar do processo de trocas sociais, produzir dispositivos que, desde uma situação de desvalor quase absoluto (pressuposto), possa passar por experimentações, mediações que busquem adjudicar valores aptos para o intercâmbio, ou seja, modificar o pressuposto de desvalor natural para um pressuposto de valor possível proposto, explícito.

O autor considera que reabilitar pode ser entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia. Sendo que, a contratualidade do usuário vai estar, primeiramente, determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Se estes podem usar de seu poder para aumentar o poder do usuário ou não. Depois pela capacidade de se elaborar projetos, isto é, ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida.

Ainda, diretamente ligada a questão da reabilitação de pacientes está a necessidade de se estabelecerem diversificadas redes de relações, as quais melhor capacitariam os indivíduos a compreenderem quais determinações influenciam sua vida cotidiana, ampliando sua autonomia.

O conceito de autonomia aqui referenciado é entendido como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001).

3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Apresentamos, a seguir, os resultados e as análises da pesquisa realizada, a partir dos eixos que nortearam a coleta dos dados e das informações: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde.

3.1 Estrutura e recursos financeiros

O conjunto de serviços substitutivos ao modelo de atenção em saúde mental tradicional (manicomial/asilar), do qual os centros de atenção psicossocial fazem parte, é, atualmente, regulamentado pela Portaria GM/MS N° 336/2002. Esta portaria estabelece portes diferenciados, a partir de critérios populacionais, para abrangência, financiamento e tipo de serviço prestado, de acordo com cada modalidade de CAPS.

Com relação a estrutura física, os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender a sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado. Para tanto, devem estar equipados com consultórios individuais para consultas, entrevistas, terapias, salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitório, sanitários, área externa para oficinas, recreação e esportes (BRASIL, 2004).

Neste aspecto, O CAPS Ponta do Coral tem uma estrutura que compreende um terreno com área física total aproximada de 1.936,00m², destes, aproximadamente 421m² são de área construída. Fazem parte das instalações, uma casa com dois pavimentos, um anexo, utilizado como sala do brechó, área de lazer e estar externa, e estacionamento. O pavimento superior da casa comporta 2 varandas, sala de recepção, sala de espera, 2 áreas de circulação (corredores), sala de administração, 2 consultórios, sendo que no momento um é utilizado como sala administrativa para realização de procedimentos relacionados ao preenchimento das APACs⁹, 2 salas para atividades grupais com WC, sala de depósito de

⁹ Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo.

material, cozinha com despensa, refeitório com churrasqueira, sala ampla (auditório) equipada com multimídia, sala de enfermagem, sala de repouso, e 7 banheiros distribuídos no espaço físico do pavimento superior. No pavimento inferior encontra-se a sala utilizada pela associação de usuários, 2 salas para a realização de oficinas (com passagem de uma para outra), sala com forno, sala de depósito de material e lavanderia¹⁰.

De acordo a pesquisa realizada, 83,3% dos profissionais considera a área física do CAPS suficiente para o atendimento da demanda e 66,7% consideram as instalações adequadas para a realização das atividades propostas; apenas um profissional observou que considera a estrutura do CAPS suficiente desde que as oficinas produtivas sejam realizadas fora da unidade. A mesma porcentagem (66,7%) considera os equipamentos disponíveis suficientes. Neste âmbito, o serviço conta com computador com impressora, aparelho de telefone e fone/faz, televisão, mesas de escritório, cadeiras, quadro branco, maca para atendimento em enfermagem, camas de repouso, fogão industrial, pia, mesas e bancos no refeitório, bancos para estar e descanso, entre outros. Metade dos profissionais respondeu que os equipamentos estão em bom estado de utilização, com ressalvas para salas com pouca ventilação no pavimento inferior.

Já com relação aos materiais de consumo, 91,7%, correspondente a onze dos doze profissionais que responderam ao formulário, consideram que os materiais de consumo não são suficientes. Eles se referem à falta e irregularidade no recebimento de materiais básicos à manutenção do serviço, tais como copo descartável para água, papel higiênico, e, principalmente, material específico para uso nas oficinas terapêuticas e de produtividade. Esta situação pode ser observada nas falas dos profissionais, que identificam as dificuldades no funcionamento do CAPS com relação a falta de recursos materiais e financeiros:

[...] essa falta de recursos é isso que eu te digo, desde a parte administrativa, nós precisamos de papel, carbono, copo pra tomar água, por exemplo, agora nós somos uma Unidade Local de Saúde que não tem copo descartável, já faz quase quinze dias, vinte dias, não tem copo descartável; falta água, aí nós temos que esperar, sendo que é um lugar que transita muitos usuários, eles tomam medicação e precisam tomar água, eles tomam muita água, e acaba não tendo água potável; por exemplo, teve época que faltou papel higiênico, em um serviço onde os usuários chegam fazem lanche, almoçam, fazem lanche da tarde, eles passam o dia aqui, então precisa ter uma estrutura mínima de atendimento (LÉLI, 4/4/2006).

¹⁰ Conforme Planta Baixa da unidade constante no projeto de reforma e ampliação executado em 2003/2004.

[...] a gente tem também o problema de fornecimento de material de consumo já há algum tempo, também desde que essa administração começou (Gestão Municipal e da Secretaria de Saúde), o fornecimento de material de consumo é interrompido, a gente fica sem tinta pra impressora, sem papel, sem papel higiênico...; tem diversos itens desses que são necessários, fazem parte do funcionamento do dia-a-dia do serviço (F, 12/4/2006).

[...] as oficinas terapêuticas e produtivas, requerem um material específico que precisa de dinheiro, e aqui, na política específica do município não tem uma regularização quanto ao repasse desse dinheiro [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

[...] a falta de agilidade no fornecimento das reservas para as oficinas, tudo isso resulta em um prejuízo para o trabalho; ficou quase uns dois meses a oficina fechada por falta de material, por exemplo [...] (P, 17/3/2006).

Outra dificuldade mencionada pelos profissionais no funcionamento do serviço é o vale transporte dos usuários:

[...] o funcionamento em geral fica prejudicado porque na medida em que falta vale transporte o usuário não vem, não consegue se deslocar para vir até aqui, aí interrompe aquele projeto terapêutico que havia sido feito com o usuário [...] (VIK, 24/3/2006).

[...] a questão, por exemplo, da dificuldade que a gente tem aqui: o transporte dos pacientes, a questão do passe, é muito irregular; então, isso reduz a nossa produtividade também, porque os pacientes acabam não vindo. Muitas vezes a gente não pode, por exemplo, contar com aquele paciente que veio para uma entrevista inicial porque ele não tem como estar vindo no curto prazo, então, acho que isso, a questão do custo que é o transporte em Florianópolis, também acaba afetando o nosso trabalho, então, nesse sentido, a falta de regularidade no passe [...] (P, 17/3/2006).

A partir dessa relação entre as diversas necessidades para o funcionamento do serviço é possível perceber que os profissionais assumem como princípio uma concepção de saúde ampliada, na qual não basta somente o atendimento terapêutico. Outros fatores estão interligados e contribuem para que a assistência efetivamente ocorra. Contudo, a concepção e prática setorializada das políticas sociais brasileiras provoca situações dessa natureza, na medida em que não se trabalha a inter-relação entre elas. Esta forma de setorialização das políticas sociais, no entanto, não é característica apenas da realidade brasileira, mas uma “modalidade do Estado burguês” que traduz as expressões da questão social mediante a tipificação das políticas sociais (NETTO, 1992).

Várias iniciativas têm buscado romper com esta perspectiva como a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), que reafirmou a necessidade de se garantir e melhorar o acesso aos bens e serviços da sociedade: prover trabalho, creches, profissionalização, educação, lazer, escolas, habitação, transporte, segurança pública, saneamento básico. Também, destacou ser fundamental enfatizar a questão do transporte urbano acessível aos usuários, a fim de que seja garantido o deslocamento entre os serviços de saúde e sua moradia (BRASIL, 2002a).

Na seqüência da pesquisa realizada, dois entrevistados referiram que a falta e as dificuldades no fornecimento dos recursos materiais necessários estão mais acentuadas na atual gestão administrativa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)¹¹. Foram relacionadas, ainda, como dificuldades, a falta de um carro disponível para o CAPS, a falta de terapeuta ocupacional, de outro médico psiquiatra e outros profissionais de nível médio (auxiliar administrativo, pessoa para limpeza). Outras questões listadas estão relacionadas aos recursos humanos e as necessidades de integração do serviço na política municipal de saúde. Os profissionais relatam a existência de dificuldades de interação da equipe, falta de capacitação, supervisão institucional, falta de apoio institucional, falta de efetivação de uma rede de saúde mental e/ou a existência de uma rede de atenção ainda incipiente, em processo de formação, falta de estrutura para atenção às urgências, dificuldades do gestor em compreender a lógica da saúde mental, salários incompatíveis com as funções.

Os problemas relatados pelos profissionais aparecem diretamente relacionados à insuficiência dos recursos financeiros de custeio do serviço. Todos os entrevistados referiram que os recursos gerados pelo serviço, através das APACs, não são suficientes para a realização das atividades do CAPS. Dentre as atividades prejudicadas, o trabalho nas oficinas foi apontado como o principal, conforme aparece na fala a seguir:

o que requer mais recursos, atualmente, são as oficinas produtivas, por exemplo, houve uma paralisação de muitas das oficinas quando faltou recurso. O recurso não é exatamente suficiente. Eu acho que os R\$ 500,00 por mês é um recurso pequeno [...] acho que o recurso poderia ser maior, pelas necessidades ele acaba sendo reduzido, não é uma coisa que você possa comprar a vontade, assim, é limitado, muitas vezes, a oficina tira de uma pra passar pra outra (P, 17/3/2006).

¹¹ Gestão Municipal 2004/2008; a Gestão da Secretaria de Saúde referida é a de 2004 a abril de 2006 que teve como gestor o vereador Walter da Luz; à época da coleta dos dados empíricos houve mudança do gestor municipal de saúde, assumindo o cargo o ex-secretário estadual de saúde João José Cândido da Silva.

Um dos profissionais apontou como principal atividade prejudicada pela falta de recursos financeiros a questão do território. Segundo este, a falta de recursos interfere no atendimento prestado, no sentido de que não é possível realizar o acompanhamento, a inclusão e avaliação do usuário em seu território. De acordo com este profissional,

o dinheiro do CAPS pode ser melhor gerido se investir no território. Investir no território seria elaborar projetos, ter mais articulação com a associação de moradores, ou seja, com os recursos que o território oferece, e aí precisa aumentar a própria equipe porque vai ter equipes que vão ter que se deslocar do CAPS; vai ter que ter investimento em carro, daí vai ter que ter um motorista, os próprios agentes comunitários tem que ter essa parceria, isso tudo implica em financiamento. [...] como eu sempre digo, território é onde a vida acontece, onde a cultura é produzida, onde as manifestações de vida, elas estão mais visíveis [...], mas investir lá no território, a equipe tem que estar inserida lá, estar toda hora pensando e discutindo [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

De acordo com as recomendações da política do Ministério da Saúde, as ações de saúde mental devem obedecer a um modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas. São ações que envolvem práticas de reabilitação psicossocial, promoção da cidadania, construção da autonomia possível dos usuários no ambiente em que eles vivem, e que necessitam de uma equipe multidisciplinar capaz de trabalhar sobre a ótica da interdisciplinaridade (BRASIL, 2004).

Necessariamente, a mudança de um modelo assistencial requer a análise de sua estrutura de financiamento. Isso significa que as características singulares e diferentes dos CAPS, em relação aos modelos tradicionais de assistenciais, e a complexidade das ações desenvolvidas por estes serviços necessita vir acompanhada de uma mudança na lógica de alocação de recursos financeiros.

Atualmente, o principal órgão financiador dos CAPS é o Ministério da Saúde (MS). Com a publicação da Portaria GM/MS nº 336/2002 os CAPS passam a fazer parte das ações estratégicas do MS. Esses serviços são incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e a remuneração é através do sistema APAC/SIA¹². Baseado na fatura que o prestador de serviços de saúde apresenta ao SUS, correspondente aos seus gastos

¹² A Portaria GM/MS nº 336/2002 descreve os procedimentos objeto de remuneração, classificando-os em intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Para essas três modalidades de atendimento, a Portaria GM/MS nº 189/2002 fixou o número máximo de atendimentos mensais para cada modalidade, de acordo com cada tipo de CAPS, sendo que para cada tipo de procedimento é destinado um valor diferenciado. Nos CAPS II, um procedimento intensivo custa R\$ 25,40; um semi-intensivo, R\$ 16,30; e um não-intensivo, R\$ 14,85 (BRASIL, 2002).

mensais com a produção de atendimentos aos usuários dos CAPS, o Ministério da Saúde repassa, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, o montante equivalente à sua produção. A inovação introduzida por este modelo de pagamento refere-se à fonte de financiamento, ou seja, ao acréscimo de recursos financeiros repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estadual e Municipal de Saúde (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, pp.129-132).

Sobre este aspecto, perguntamos aos entrevistados qual conhecimento possuem sobre o repasse dos recursos financeiros para o CAPS. Na sua maioria, eles referiram saber sobre os recursos originados a partir das APACs, contudo, relataram não saber sobre o controle do uso desse recurso, conforme expresso nas falas relacionadas:

[...] tem o valor, o montante desse valor que é produzido dos atendimentos pagos pelo Ministério (MS), então, tem isso mensal, a gente tem o valor que chegou, somou, vamos dizer assim, esse montante que a gente somou dos atendimentos feitos no mês, isso a gente sabe, porque as APACs são geradas aqui no CAPS, mas o repasse disso via Fundo Municipal, esse controle eu não sei, eu sei do valor que tem que receber mensalmente (VIK, 24/3/2006).

Bom, formalmente, eu desconheço qualquer..., todas as formas de recursos. O dinheiro da produtividade referente as APACs vai para o Fundo Municipal de Saúde e nunca teve prestação de contas disso. Na verdade a gente não sabe qual é o destino que é dado nem quanto vem; tem o nosso levantamento interno da produtividade, mas não sabemos o que é feito desse recurso (F, 12/4/2006).

Alguns profissionais referiram-se ao fato de o município não ter gestão plena do SUS,

Bom, eu tenho algum, pouco do que é repassado, a gente sabe o que foi recolhido, por exemplo, através das APACs, que são os atendimentos feitos aqui, então eu sei quantos atendimentos foram, qual seria o valor que essas APACs dariam, mas eu não sei qual o valor que a gente acaba recebendo, que fica num fundo perdido, no sentido de que é um fundo único por não ser gestão plena (J, 22/3/2006).

O conhecimento que eu possuo é muito irregular e insatisfatório, assim, a relação APAC, por exemplo, o repasse do dinheiro que viria do Ministério da Saúde a gente acaba..., nós não somos gestão plena então vai pra secretaria (municipal) de saúde e ali é passado pra compra de alimento..., enfim, mas nós não temos autonomia sobre esse dinheiro, então, uma vez que você não tem autonomia o teu conhecimento fica restrito. Está na mão da secretaria mesmo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais discorreu detalhadamente sobre a forma como os recursos são gerados e repassados à unidade gestora (SMS), referindo-se que todas as diretrizes sobre financiamento do serviço são preconizadas pelo Ministério da Saúde através de portarias.

Os recursos financeiros do CAPS são obtidos através de APACs, Autorização de Procedimento de Alto Custo; pra se preencher uma APAC é necessário que haja uma organização do serviço em cima de modalidades de atendimento; as modalidades de atendimento podem ser: semi-intensivo, intensivo e não-intensivo, cada um tem um determinado valor em relação a esse procedimento, ou seja, todas as diretrizes em relação a financiamento, o Ministério preconiza isso em portaria, então, os conhecimentos que eu possuo em relação aos recursos financeiros do Caps são os conhecimentos que já estão preconizados em relação ao Ministério da Saúde; essa APAC uma vez preenchida ela é computada, ela é repassada pro governo federal e este repassa o dinheiro fundo a fundo; esse dinheiro vem pro Fundo Municipal de Saúde, e é esse dinheiro que é aplicado na saúde mental pra ter a gestão do serviço [...] aqui acontece da seguinte forma: cada gestor municipal, como a política é municipalizada, eles criam um protocolo, nesse protocolo eles colocam de que forma esse dinheiro pode ser gastado na saúde mental; então, existe um documento no município dizendo, olha na saúde mental você pode gastar tanto com a associação de usuários, tanto pra comprar materiais, tanto pra gastar em vale transporte; então, existe um protocolo dizendo no que você pode gastar esse dinheiro que vem na saúde mental; é um dinheiro que vem do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde; esse dinheiro cai nessa conta e ali existe um acordo de como se gastar; esse dinheiro é manejado pelo gestor municipal de saúde (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme apontam Freire, Ugá e Amarante (2005, pp. 131-133), o modelo de alocação de recursos dos CAPS (sistema de remuneração por APAC) trás contribuições à política nacional de saúde mental ao inserir os CAPS no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) do MS, pois proporciona maiores incentivos financeiros, haja vista a alocação de recursos municipais extra-teto para a manutenção de serviços já existentes e a implantação de novos serviços.

Contudo, os mesmos autores ressaltam que há de se perceber que a lógica da remuneração que o SUS imprime aos CAPS vincula-se, preponderantemente, à doença. Ou seja, as unidades assistenciais do SUS seguem um sistema de remuneração vinculado a um diagnóstico, mais especificamente, a um episódio de doença, internação, contidos na tabela de procedimentos hospitalares (SIH/SUS) ou a ações ambulatoriais, inscritas na tabela de procedimentos ambulatoriais (SIA/SUS). Desta forma, “o sistema de saúde encontra-se, em sua quase totalidade, voltado para a produção de atos vinculados a doença, isto é, atos

curativos, valorizando, em consequência, intervenções predominantemente individuais, que são remuneradas pela venda de procedimentos, diárias e atos médicos-assistenciais de natureza privatizante” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p 133).

Amarante (2003, pp. 62-63) considera que os CAPS, como os serviços integrantes do SUS, também foram capturados pela lógica da *inampização*, ou seja, pela lógica do pagamento por procedimento. Para o autor, “o modelo prevalente dos CAPS é o herdeiro mais autêntico e legítimo da lógica do antigo INAMPS, onde a saúde era reduzida a doença, ao mesmo tempo em que o sistema de saúde era reduzido a assistência médico-curativa”.

Portanto, o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. Pelo contrário, tente a prejudicar a complexidade de ações dos CAPS, na medida em que não é previsto financiamento das diversas relações que podem ser estabelecidas com a comunidade, com as lideranças e associações comunitárias. Tais ações, dentre muitas outras possibilidades de intervenção territorial, “são inerentes a esse tipo de serviço e objetivariam imprimir um processo de transformação cultural nos diversos segmentos da sociedade, no lidar e no acolhimento das pessoas em sofrimento mental” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 135).

Sobre a forma de repasse dos recursos financeiros ao CAPS, os profissionais entrevistados relataram não existir descentralização administrativa. Os recursos chegam ao serviço na forma de materiais. Alguns profissionais observaram que até a gestão administrativa da secretaria municipal de saúde anterior eles tinham acesso a uma verba de R\$ 500,00 que utilizavam na compra de material para as oficinas. A partir da atual gestão esse dinheiro não foi mais repassado. A compra do material passou a ser feita através de orçamento encaminhado à secretaria, que faz o pagamento, e os profissionais retiram os materiais.

Não, a gente não tem acesso a esse recurso diretamente, a gente não é uma unidade que gere o seu recurso; ele vai pra secretaria e a secretaria... por exemplo: toda a compra de... o pagamento dos almoços, lanches, etc.. é a secretaria que faz; a gente não tem autonomia; o único recurso que a gente manuseia são os R\$ 500,00, que vem para as oficinas; isso é dividido, as Oficinas fazem um rateio, cada oficina compra o seu material, mas até parece..., da última compra fui eu que comprei, ela (SMS de Florianópolis) determinou, já colocou a empresa que vai fornecer; não sei se foi mediante licitação, já fez o pagamento direto, a gente só foi lá escolher e pegar os produtos que tinham sido

solicitados; então..., de outras vezes, por exemplo, a gente pegava o cheque ia lá comprava, pagava naquele valor, agora isso não foi feito dessa forma (P, 17/3/2006).

Desde que começou essa administração (Gestão Municipal 2004-2008) acabou esse repasse; então atualmente a única vez que a gente conseguiu material pras oficinas foi através de empenho que a própria secretaria fez..., então, permanece centralizado, a única coisa que a gente teve que fazer foi ir nas lojas fazer orçamento, passar pra secretaria, a secretaria emitiu as notas, e aí a gente foi buscar o material com essas notas, mas não com o dinheiro (F, 12/4/2006).

Não, não existe, porque, na gestão passada (Gestão Municipal 2000-2004) ainda vinha uma verba de dois em dois meses, tipo quinhentos reais pra compra de material pra oficinas; nós comprávamos, apresentávamos as notas e depois eles colocavam o dinheiro; nessa gestão (Gestão Municipal 2004-2008; Gestão da Secretaria de Saúde de 2004 até abril de 2006) não existe nada, então, a pergunta se existe descentralização administrativa dos recursos financeiros, não, não existe (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais referiu-se a descentralização não apenas como repasse de recursos financeiros e funções administrativas, mas como compartilhamento de poder na gestão do serviço.

Essa descentralização, eu estou entendendo como um compartilhamento de poder; não existe esse compartilhamento de poder na hora de gerir os recursos, assim, o CAPS possui CNPJ, mas ele não possui uma conta específica pra vir dinheiro pro CAPS, não existe isso, existe esse acordo que eu te falei, que vem do fundo a fundo e esse dinheiro vai pra saúde mental e o CAPS tem uma vertente pro CAPS, o dinheiro não é só pro CAPS, ela vai pra saúde mental, e aí o CAPS acaba utilizando esse dinheiro, então, quando pergunta sobre a descentralização eu faço a avaliação de que é o compartilhamento de poder, então, não tem isso, é o gestor que acaba se apoderando desse sistema de financeiro, a gente não interfere (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ao considerarmos a questão da descentralização político-administrativa dos recursos financeiros, temos a intenção de destacar que a transferência desta prática às unidades prestadoras de serviços em saúde nos municípios poderia estar favorecendo uma melhor utilização e adequação dos recursos às necessidades reais do serviço, bem como possibilitar maior agilidade na compra dos materiais e viabilizar um processo de gestão democrática e participativa, entre técnicos trabalhadores, usuários e gestores. Essa prática traduz-se, por sua vez, em um exercício político-pedagógico de construção da democracia, objetivando uma atuação com transparência na administração da coisa pública.

Quando questionados sobre se a descentralização financeira dos recursos possibilitaria o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, os

profissionais, na sua maioria, disseram que sim, com algumas ressalvas feitas para a necessidade de mudanças na forma de gestão administrativa do serviço, conforme expresso nas falas que seguem:

Sem dúvida, sim sem dúvida, isso é um equívoco assim porque..., justamente porque a gente não sabe qual é o destino dado a esse dinheiro. A gente acredita que se a gente tivesse mais transparência nesse processo a gente poderia pelo menos priorizar certas coisas que são de fato importante e garantir que elas fossem..., que a gente conseguisse obter essas coisas, enfim, o investimento necessário (F, 12/4/2006).

A melhor utilização sim acho que o planejamento teria que ser anterior, mas sim, acredito que utilizar no sentido até..., porque muitas vezes, como vai para esse Fundo que é pra todos, pra toda a saúde, você acaba sem saber, igual agora, que a gente já tem o dinheiro da supervisão disponível na secretaria, mas não tem como a gente começar amanhã, embora o dinheiro já esteja lá., porquê? porque a gente não sabe como esse dinheiro vai sair e entrar na mão do terapeuta que vai fazer a supervisão da equipe e isso pode demorar um mês, dois meses, vai saber, seria melhor, claro (J, 22/3/2006).

Sim, com certeza, porque nos iríamos sentar e ver as necessidades, por exemplo, esse ano nós ficamos desde o ano passado até um mês atrás sem material nenhum pras oficinas e as oficinas que mais tinham, capitalizavam usuários e não tínhamos material, nós tivemos que suspender as oficinas; então nós sabemos das necessidades, as necessidades dos usuários, quais as oficinas tem mais usuários, pra gente pode administrar e vê onde pode estar investindo (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que sim porque ficaria mais próximo da própria administração do CAPS, porém, ia surgir a necessidade de ter todo um aparato administrativo pra poder gerenciar isso, mas assim, na medida que aqui no CAPS a gente tem uma gestão participativa, em que os usuários estão reunidos semanalmente pra pensar as regras do CAPS, as necessidades do CAPS, enfim, seria mais interessante talvez, esse repasse direto tu quer dizer, é... não sei assim, a princípio..., hoje a gente tem uma estrutura de conselho que prevê o controle social através do Fundo Municipal de Saúde, o Conselho Municipal tem essa ligação também, e aí a gente está lá também, de certa forma representado (VIK, 24/3/2006).

Olha, eu acho que teria que mudar um pouco a nossa dinâmica de funcionamento; não deixa de ter um lado...bom, é uma faca de dois gumes, poderia facilitar a gente fazer um processo mais rápido talvez, não faltaria coisa, porque as vezes faltam coisas básicas, agora, por exemplo, faltam copos, se você tivesse o recurso você ia ali e comprava uns pacotes de copos, não teria essa... essa falha; agora é saber que é mais uma tarefa também que acumularia em termos administrativos, financeiros, quer dizer, não sei se você não está ali também inchando o processo burocrático aqui dentro do CAPS; eu acho que pode ter vantagens, mas pode ter desvantagens; eu teria que pensar melhor, nunca pensei nessa possibilidade; assim, acho que o dinheiro da Oficina, puxa, se a gente tivesse aqui uma verba seria mais fácil, as vezes faltam coisas

pequenas que você não tem como estar repondo aqui, tem que esperar uma nova verba, de repente pra.... (P, 17/3/2006).

Um dos profissionais observou sobre as questões práticas e políticas que envolvem a descentralização no contexto do SUS:

Esse compartilhamento de poder ele só pode ser discutido dentro da lógica do SUS, universalização, integralização, etc., dentro dos preceitos do SUS tem o controle social, essa descentralização só pode ser discutida quando acontece o controle social. Hoje essa descentralização ela tem que ser discutida no Conselho Municipal de Saúde e mais precisamente no conselho gestor dentro do CAPS; agora, porque não ocorre isso? Porque não tem a clareza da necessidade; eu acredito que as pessoas que acabam estando na prática, principalmente no CAPS, se sobrecarregando com as coisas, e acabam não tendo a clareza, ou não querendo assumir mais um encargo trabalhista; então, esse é um dos grandes problemas que existe, a sobrecarga de trabalho, as condições de trabalho, aí você acaba tendo que lutar por tudo isso; isso aí eu vejo que tem muito a ver com a questão da militância, pessoas que já estão, lá na época ou do ensino médio, que já começam ir pros grêmios, depois a pessoa acaba indo pra militância no movimento estudantil, e quando vão pros serviços de saúde são profissionais mais críticos, que acabam tendo essa visão mais ampla da saúde e da política; então, as pessoas que acabam chegando no serviço com um pouco desse ideal de controle social eu diria, acabam questionando mais essa questão da descentralização; voltando a tua pergunta sobre a descentralização financeira, ela poderia sim possibilitar um melhor planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, se houver o controle social dentro dessa descentralização financeira (GIRASSOL, 20/3/2006).

Cabe destacar que a proposta da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, na regionalização e na hierarquização da rede de serviços, constante entre os princípios e diretrizes do SUS, coloca o município como lugar privilegiado para o desenvolvimento de uma política de financiamento das ações em saúde, com critérios transparentes, e que respeite as particularidades da realidade local. O Ministério da Saúde continua a ser a instância que, na administração do Fundo Nacional de Saúde (FNS), acompanha a aplicação dos recursos que são repassados aos estados e municípios. Estes, por sua vez, são obrigados a constituir os seus respectivos fundos de saúde e conselhos estaduais e municipais, elaborar planos de ação e apresentar relatórios de gestão, garantindo também a existência de contrapartida de recursos para a saúde nos seus orçamentos (COSTA, 2002).

Embora a descentralização seja uma prática com vistas a aumentar o poder decisório de aplicação dos recursos na esfera local, esta ainda apresenta muitos problemas, na medida que não consegue alcançar efetividade, dados os impasses de ordem burocrática e administrativa. Por si só a descentralização não garante maior controle social ou uma prática democrática. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada que abarque as especificidades da área da saúde mental.

Nesse sentido, a lógica fundamental da estrutura de financiamento exigida é a de que os recursos financeiros devem ser centrados nas pessoas e não nos serviços. O financiamento deve contemplar todas as ações necessárias e decorrentes da implantação, implementação e sustentação de uma nova política de saúde mental (BRASIL, 2002a). O que deve ser colocado em pauta é a viabilidade de se financiar o CAPS como um todo, envolvendo todas as suas ações e especificidades, permitindo-se que cada serviço tenha flexibilidade para realizar seu trabalho de acordo com as necessidades locais, desvinculando o financiamento da relação de compra e venda de serviços e da noção de doença (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 136).

3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico

Os profissionais que trabalham nos CAPS compõem um grupo de diferentes técnicos de formação de nível superior e nível médio, e integram uma equipe multidisciplinar. Todas as unidades de serviço devem obedecer a exigência da diversidade profissional e cada CAPS tem suas próprias características quanto ao tipo e a quantidade de profissionais. A equipe mínima indicada para os CAPS II é composta por médico psiquiatra, enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior de outras categorias profissionais entre psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro necessário ao projeto terapêutico e seis profissionais de nível médio entre técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).

O papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. As equipes devem organizar-se para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação

psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e poder equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas (BRASIL, 2004).

Neste item nos propomos a descrever e analisar a composição e perfil da equipe técnica do CAPS Ponta do Coral, bem como as dificuldades e facilidades do trabalho em equipe consideradas pelos profissionais, a existência de práticas interdisciplinares no atendimento ao usuário, de projeto terapêutico e planejamento das ações da unidade de serviço¹³. Ao final do item consideramos os apontamentos dos profissionais sobre as diferenças do atendimento prestado no CAPS em relação ao realizado nas instituições tradicionais/hospitais psiquiátricos.

3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental

O CAPS Ponta do Coral conta com uma equipe de profissionais multidisciplinar que atua diretamente no atendimento aos usuários. São profissionais com formação de nível superior nas áreas de psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Entre os de formação de nível médio estão dois técnicos em enfermagem e um auxiliar administrativo. Compõem a equipe, ainda, os profissionais de apoio, vigilantes e auxiliar de limpeza, e estagiários de psicologia, serviço social e enfermagem.

¹³ É importante destacar que o perfil bem como a opinião dos profissionais sobre o serviço varia, no decorrer do tempo histórico, de acordo com a composição da equipe naquele determinado momento. Outros trabalhos já realizados identificam o perfil da equipe, a percepção dos profissionais sobre o trabalho no CAPS, o significado e o processo de inserção no serviço, a concepção sobre o modelo assistencial e práticas de desinstitucionalização, em épocas anteriores. Entre estes ver: GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003; FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial** - percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004; NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental:** em busca da articulação e qualificação das ações em saúde. Monografia (Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Lato Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

A maioria dos técnicos de nível superior concluiu a graduação na década de 1980. Metade deles possui capacitação específica na área de saúde mental, em geral, cursos de formação e aperfeiçoamento, especialização em terapia cognitiva comportamental, saúde pública, clínica, psicoterapia, psicanálise, atenção psicossocial. Três profissionais possuem mestrado nas áreas de enfermagem, sociologia política, artes cênicas; um fez residência médica em psiquiatria e cursa mestrado na mesma área; uma profissional tem doutorado em sociologia política.

Mais da metade dos profissionais (58,3%) possuem experiências de atuação profissional em outras instituições da área de saúde mental como clínica de internação, hospital psiquiátrico, centro comunitário de saúde mental, serviços de atenção à dependentes químicos e centro de atenção psicossocial. A maioria (66,7%) atua na área de saúde mental a partir da segunda metade da década de 1990. Cinco profissionais identificaram ter experiência de atuação em outras instituições que não da área de saúde mental.

Com relação ao tempo de serviço no CAPS, quatro profissionais atuam desde a implantação do serviço, em 1996, três ingressaram na equipe entre os anos de 2001 e 2002, e quatro profissionais passaram a fazer parte da equipe recentemente, a partir de meados de 2004. Quanto ao tipo de vínculo empregatício, a maioria, 75% (9 profissionais), é servidor público concursado, dois são contrato temporário e um ingressou no serviço público municipal através de indicação técnica. Nove profissionais possuem regime de trabalho de 30 horas semanais e 3 deles trabalham 40 horas semanais.

Com relação a capacitação específica em saúde mental para atuar no CAPS, todos os entrevistados consideram esse quesito de grande importância. Entre as razões apresentadas estão: a necessidade de compreensão e entendimento comum do que é um CAPS e o entendimento do tipo de assistência que este serviço deve oferecer; a preocupação com a diferença no atendimento que o CAPS deve oferecer em relação aquele prestado em outros serviços de saúde mental; a necessidade da capacitação para suprir as defasagens da formação acadêmica, que, em geral, não abarca as especificidades do campo da saúde mental.

Na opinião dos entrevistados,

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS, não tem a qualificação pra atuar, então ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então é necessária a questão da capacitação... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ah sem dúvida, sem dúvida, principalmente porque o que a gente está propondo é uma reformulação no modo da assistência em saúde mental, então é preciso que quem venha trabalhar num CAPS entenda essa lógica, que não venha pra cá com a mesma mentalidade do que se faz no hospital psiquiátrico, do que se faz em ambulatório, é outra coisa também diferente da atenção básica, então o CAPS precisa disso, precisa que o profissional tenha essa.., esse tipo de orientação, esse tipo de compreensão da sua finalidade (F, 12/4/2006).

Muito, muito importante, justamente por isso que eu estou te falando, porque assim, o profissional que trabalha no campo psicossocial, de qualquer área, ele necessariamente precisa quebrar a prática estereotipada pra poder entrar num serviço como esse porque o assistente social de um CAPS ele não é aquele assistente social de um hospital psiquiátrico, ele muda, ele faz outras coisas, ele se coloca de outro jeito, assim também é o médico, assim também é o psicólogo, o enfermeiro, então, uma formação específica pra essa área é bastante adequado porque vai tratar especificamente das necessidades que se colocam no cotidiano (VIK, 24/3/2006).

Considero, considero sim. É interessante que cada um tenha um saber, que traga o seu saber pela sua formação, da sua prática, do seu bairro, da sua comunidade, mas trabalhar no CAPS não é trabalhar em ambulatório, trabalhar no CAPS é ter um conhecimento sim do que é uma Reforma Psiquiátrica, do que significa um CAPS num panorama hospitalocêntrico. É toda essa questão política que tem por trás, questão financeira também, que é um serviço que se propõem substituir sim progressivamente os hospitais. Em muitos lugares isso já é feito, já conseguem fazer internação zero, outros lugares não; então, uma abordagem no CAPS precisa sim ter capacitação (LÉLI, 4/4/2006).

Sim, até por que o que é o CAPS? O quê um CAPS deveria ser? Cada um tem a sua idéia do que é um CAPS, mas ela não é uma idéia homogênea, então a minha experiência do que é um CAPS em outros lugares, que eu já tive em outros lugares especificamente, é muito diferente do que eu chego aqui e encontro as pessoas falando o que é um CAPS. é claro que a capacitação para um CAPS, para o que é o trabalho em CAPS podia homogeneizar, pelo menos todo mundo iria estar falando a mesma língua (J, 22/3/2006).

Sobre este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005, p. 30), observam que “os profissionais de saúde mental são, ainda em grande parte, formados a partir da prática cotidiana que caracteriza a lógica manicomial”. Hospitais e clínicas psiquiátricas constituem-se ainda os espaços onde “são oferecidos treinamentos em serviço (sob a forma de estágios e residências) aos profissionais que irão, no futuro, tentar materializar a nova lógica dos serviços substitutivos”.

Os autores destacam que “do sucesso da forma de organização da produção e transmissão do conhecimento pode depender o sucesso da própria reforma psiquiátrica” (OLIVEIRA; DORNELES, 2005, p. 32). Neste sentido, é importante que seja colocado na

cena do debate o funcionamento das instituições de aprendizado profissional sob a ótica da reflexão sobre as práticas e não apenas sobre o discurso das propostas dos cursos de formação. Os centros de formação devem se programar, planejar e garantir aprendizado e treinamento supervisionado, em que se pratique e construa espaços de práticas genuinamente terapêutica.

Na mesma direção, um dos entrevistados expressou sua preocupação com relação a seleção dos profissionais que vão atuar no CAPS, argumentando que os resultados do trabalho também dependem desse aspecto.

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS não tem a qualificação pra atuar, então, ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então, é necessária a questão da capacitação [...]. o processo de inclusão do profissional na área da saúde mental hoje, como se dá? Ele se dá por indicação política, seleção por contrato temporário e por concurso público. A indicação política pode ofertar profissionais desqualificados, pode! O contrato temporário, se não tiver um rigor no perfil que se quer pra trabalhar em CAPS vai acontecer a mesma coisa, um profissional desqualificado, o concurso público a mesma coisa, se não tiver um perfil, se não tiver o que se gostaria realmente, qual profissional que você gostaria de estar atuando hoje no CAPS, então, enquanto não se superar a forma de inserção no trabalho do CAPS, enquanto não se superar a discussão da saúde mental nos currículos acadêmicos vai continuar sendo sempre necessária a questão da capacitação [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Com relação a formação das equipes técnicas para atuar nos CAPS, as indicações aprovadas na e pela III CNSM apontam para a necessidade de que a contratação de profissionais deva ser realizada exclusivamente por meio de concursos públicos, e em caso de urgência, através da CLT, mas com seleção pública. E, ainda, os concursos devem exigir os pré-requisitos necessários e adequados à proposta de trabalho em saúde mental, alinhada teórica e conceitualmente aos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2002a).

Assim, é necessário considerar, quando da seleção dos profissionais, o perfil para trabalhar junto ao portador de sofrimento psíquico, bem como a existência de uma dimensão subjetiva, humanizante, solidária e fraterna como componente fundamental do perfil dos trabalhadores em saúde mental. Nesta direção, uma das participantes da pesquisa destacou a questão da opção política por este tipo de trabalho, associada a necessidade de competência técnica para atuar na área.

Eu acho que a gente trabalha com situações que requerem um estudo permanente, formação permanente, [...] eu acho que este é um dos vícios da saúde pública. Muitas vezes se confunde um pouco o tratamento ético ou moralmente responsável com uma qualidade também técnica. Eu acho que as duas coisas têm que estar associadas, tem que ter uma empatia pela causa da saúde pública, que aí entra na questão ética, moral de cada um, valores que você tem quando você vem pra esse tipo de trabalho; muitas pessoas que vem pra saúde pública quase que tem uma vocação religiosa. Mas ao mesmo tempo você também tem que ter uma competência técnica; não basta você tratar bem o paciente, você acolher, você precisa saber como intervir dentro da linha de trabalho que cada um escolhe, isso é fundamental (P, 17/3/2006).

Os profissionais, na sua maioria, indicaram ter recebido capacitação para atuar no CAPS. Referiram-se, especificamente, a um treinamento/capacitação realizado em novembro de 2005, com duração aproximada de 20 horas, organizado pela Assessoria Técnica de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde¹⁴. Contudo, alguns observaram que foi um treinamento tipo encontro, de curta duração, com trocas de experiências, e que não chegou a ser muito significativo.

Com relação a política de saúde mental, a maioria dos profissionais (83,3%) afirmou ter no mínimo algum conhecimento de sua organização e diretrizes. Entre os entrevistados, todos consideraram importante saber sobre os princípios, a estrutura e forma de organização da política de saúde mental para o trabalho do CAPS. Todos indicaram haver disponibilidade de material didático relativo a política na unidade de serviço.

Sim, precisa conhecer a política porque o atendimento está dentro dessa política, dessa lógica. (LÉLI, 4/4/2006).

Claro! é vital, pra poder planejar o seu trabalho, pra poder saber como é que a gente se liga com outros serviços, como é que a gente pode montar a rede, isso é fundamental porque o trabalho não se encerra aqui dentro, não pode ficar aqui dentro só, ele tem que poder justamente se expandir (F, 12/4/2006).

Sim é muito importante, até pra saber o que está acontecendo, o que pode ser feito, quais são os recursos disponíveis, o que precisa melhorar. Acredito que, fora a sua capacitação individual, eu acho que isso é uma outra premissa pra você iniciar no serviço [...] (J, 22/3/2006).

É importantíssimo conhecer, primeiro saber se ela existe, primeiro a pessoa tem que ter a curiosidade, tem que ter o desejo e a clareza de que é essencial ter os parâmetros ou diretrizes políticas de saúde mental pra

¹⁴ O município não tem o cargo de Coordenador de Saúde Mental. Em novembro de 2005 foi nomeada Assessora Técnica em Saúde Mental a enfermeira Lílian Pagliuca, que permanece na função até a data da presente pesquisa.

poder acompanhar, se orientar, e, segundo, conhecer sobre essa política (GIRASSOL, 20/3/2006).

Muito importante porque hoje a gente tem acesso a isso, aqui no CAPS a gente tem a legislação de saúde mental e pra gente poder entender porque, assim, a gente está na gestão da política também, por ser participativa, por estar junto nas decisões, então é preciso que a gente entenda, e tem muito detalhamento, são muitas portarias, o sistema de financiamento também é bastante complexo [...] (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que claro, porque a gente está dentro de um braço da política nacional de saúde; tanto pra você ter noção de qual é a perspectiva, em nome de que esse serviço está sendo mantido, também pra você poder avaliar a possibilidade desse ideais, dessas prerrogativas, que são pensadas a nível geral e nacional, serem realmente eficaz em termos práticos, porque muitas vezes você tem uma boa idéia, mas nem sempre uma boa idéia traz um bom resultado [...] (P, 17/3/2006).

Nesse sentido, a construção e consolidação de uma política de saúde mental, coerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o estabelecimento de uma política adequada de recursos humanos, que valorize e considere a importância do trabalhador de saúde mental na produção dos atos de cuidar. Para isso, deve-se garantir a capacitação e qualificação continuadas; a remuneração justa dos profissionais; a garantia de condições de trabalho e de planos de cargos, carreira e salários; a democratização das relações e das discussões em todos os níveis de gestão; a incorporação das questões de segurança, saúde e saúde mental do trabalhador; a garantia de supervisão clínica e institucional; a avaliação de desempenho e garantia da jornada de trabalho adequada para todos os profissionais de nível superior, bem como a isonomia salarial entre eles (BRASIL, 2002a).

3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário

De acordo com as indicações aprovadas na III CNSM, a política de recursos humanos para a saúde mental deve visar implantar, em todos os níveis de atenção, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, na perspectiva do rompimento dos especialismos e da construção de um novo trabalhador em saúde mental, atento e sensível

aos diversos aspectos do cuidado, ou seja, com uma visão integral e não fragmentada da saúde (BRASIL, 2002 a).

Segundo 83,3% dos profissionais o trabalho no CAPS Ponta do Coral é realizado em equipe. A maioria considera que existem dificuldades na realização das atividades. Uma delas está relacionada, conforme identificado por eles, ao fato de que nem todos compartilham das mesmas referências com relação à Reforma Psiquiátrica, à saúde pública e ao projeto do CAPS.

Bom, são várias, mas o que eu vejo de mais complicado é o fato de que nem toda a equipe compartilha das mesmas referências em relação ao que seja a Reforma Psiquiátrica, a função de um CAPS, as necessidades que o CAPS tem pra alcançar esses objetivos. Isso se deve em parte a diversidade da formação, e também às convicções pessoais. O problema não é a diversidade em termos da formação profissional em si, mas o modo, o fato de que você tem uma equipe multiprofissional por exemplo, isso gera alguma dificuldade na troca, na possibilidade de produzir um conhecimento novo a partir dessas experiências que são de diferentes disciplinas, diferentes áreas. Mas eu diria que é mais no sentido da Reforma Psiquiátrica mesmo, naquilo que ela aponta, então parece que esse é um problema a mais; outro que tem se tornado mais evidente pra mim ultimamente é a falta de formação de grande parte dos profissionais sobre o que seja saúde pública, boa parte deles não conhece o sistema de saúde pública, apesar de trabalhar num serviço de saúde pública, mas não conhece o sistema, não sabe a lógica, não sabe como é que ele funciona, então acaba tomando decisões muitas vezes administrativas que são equivocadas, que não levam em conta o modo de funcionamento da saúde pública (F, 12/4/2006).

Tem sim várias dificuldades, entre elas, existem diferenças de formação e, portanto, ideológicas. Alguns momentos a gente vê, assim, o CAPS tem um projeto de não internação, de autonomia do usuário, de gestão plena do usuário, e, as vezes, a equipe, algumas pessoas acabam esbarrando com isso. O entendimento disso é muito difícil também, as vezes é uma linha muito tênue entre o que é o assistencialismo, a autonomia, o que é dar o limite do ponto de vista terapêutico e o que é dar o limite porque você não quer se incomodar. Então, algumas pessoas não vêm de uma postura da Reforma Psiquiátrica, não sabe o que é uma Reforma Psiquiátrica, não tem uma noção, [...] é uma luta política também e algumas pessoas não sabem o que é [...] (LÉLI, 4/4/2006).

Em outras falas, foi apontada como uma das dificuldades do trabalho em equipe questões relacionadas a uma suposta divisão entre o grupo de técnicos.

A relação com a equipe tem uma certa peculiaridade, eu acho que as pessoas, a equipe que começou anteriormente, já desde a formação ou no começo do CAPS, eles se intitulam como a equipe do CAPS. Os que chegaram depois, em geral, não são bem acolhidos, ou são muito pouco,

tanto que as próprias atividades em equipe, em grupo, dificilmente, essas pessoas novas são incorporadas ao que já existe; então, acaba criando aí até a equipe da manhã, a equipe da tarde, mais ou menos, embora eu estou aqui todo o período, mas tem essa divisão... e eu acho que assim o ponto de partida é esse, a sensação é que quem não estava aqui desde o começo não fez parte da história (J, 22/3/2006).

A equipe que iniciou lá em 96 (1996) veio com algumas questões conceituais amarradas. Por quê? Porque a pessoa que estava pensando, planejando o CAPS ela vinha do Movimento da Luta Antimanicomial, era uma das representantes em nível nacional aqui em Floripa, Santa Catarina; então tinha algumas coisas amarradas na estrutura de atendimento do CAPS, que era muito pra poder implantar o sonho da Reforma Psiquiátrica aqui em Floripa, criar um serviço, do município, que de fato evitasse internação, que de fato fosse continente pros usuários com transtorno mental grave, e isso se mantém, porém, com a chegada dos técnicos que foram sendo substituídos, alguns saíram, técnicos novos entraram, a equipe de profissionais foi se modificando, a gente tem uma distância conceitual por mais que a gente pretende uma proposta multiprofissional, e a gente consegue, ao longo do tempo a gente conseguiu, é muito interessante o jeito como nós trabalhamos, porque de fato conseguimos trabalhar cada profissional lado a lado, dividindo o mesmo grupo, a mesma oficina terapêutica, então, assim, isso é possível, mas hoje, a gente, assim, tenta manter esse paradigma da Reforma Psiquiátrica, da desospitalização, do fortalecimento dos serviços territorializados, de um modelo que é um modelo multiprofissional, com a gestão participativa dos usuários, contra o modelo hospitalocêntrico, médico centrado, mas existem diferenças na questão conceitual da equipe, isso é falho, inclusive pra própria equipe (VIK, 24/3/2006).

A importância da unidade da equipe no atendimento ao usuário e na organização do trabalho recai sobre a qualidade do tratamento terapêutico ofertado. A mudança de paradigma epistemológico com relação a saúde mental não garante por si só a alteração das práticas assistenciais. Os conflitos e problemas de equipe existentes precisam ser trabalhados nas supervisões institucionais de forma que os técnicos consigam superar as dificuldades que obstaculizam a união do grupo em torno de um objetivo comum, sejam elas ideológicas, de formação, de concepção e/ou de afinidade com os colegas.

Um dos entrevistados apontou a questão das relações de poder e diferenças nos valores pessoais e nas relações interpessoais como dificuldades do trabalho em equipe.

Primeiro, a relação de poder, eu acho que é um grande problema, uma dificuldade que existe. Essa relação de poder, ela emana, que eu tenho percebido, da psicanálise, da teoria psicanalítica e da teoria psiquiátrica; então, os profissionais detentores desse conhecimento acabam, sutilmente, estabelecendo poder frente aos profissionais não-psi diria; essa relação de poder pelo saber é um dos problemas ou uma das dificuldades que eu encontro pra trabalhar em equipe no CAPS; outra

dificuldade, acho que é a própria experiência de vida das pessoas, aquelas pessoas em que parece que não estão claros os valores humanos como solidariedade, amor, justiça, sabedoria, a práxis, o repensar a prática, profissionais que não fazem a autocrítica da sua prática, pra mim, eu acho que é uma dificuldade trabalhar em equipe devido a isso; então, seria esse poder pela teoria e essa questão um pouco mais pessoal que é a relação de lidar com o outro, as relações interpessoais, são dificuldades que eu vejo em equipe (GIRASSOL, 20/3/2006).

A partir da fala profissional é possível pensar sobre as relações de poder que se estabelecem pelo saber. Conforme nos ensina Foucault (1979), os poderes se exercem em níveis variados e em pontos diferentes da vida social. Neste complexo, existem os micropoderes que estão intimamente relacionados com a produção de determinados saberes (sobre o criminoso, a sexualidade, a doença, a loucura). Assim, o poder não é algo que se detém como uma coisa, como uma propriedade, que se possui ou não. O poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona, como uma máquina social que não está situada em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda estrutura social (MACHADO, 1979 p. XIV).

De acordo com Foucault (1979), todo conhecimento, seja ele científico ou ideológico, só pode existir a partir de condições políticas, que são as condições para que se formem tanto o sujeito quanto os domínios de saber. Para o autor não há saber neutro, todo saber é político. Dessa forma, saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber. E, em contrapartida, todo saber assegura o exercício de um poder (MACHADO, 1979 p. XXI - XXII).

Na seqüência, a entrevistada aponta de forma geral algumas das questões cotidianas como dificuldade no trabalho em equipe.

Bom, eu acho que as vezes a gente é muito trefista, a gente não tem o tempo suficiente que a gente gostaria para estar parando para discutir os casos, se ater a cada paciente; tem diferenças na equipe também, tem conflitos [...] mas assim, a gente ainda tem, as vezes, coisas assim muito imediatistas, que não nos propiciam fazer realmente um estudo de caso mais integrado, ter uma intervenção, as vezes, mais articulada; a gente tem tentado em alguns momentos, mas assim, não é uma coisa que tem um peso forte como eu acho que deveria ter (P, 17/3/2006).

Dessa forma, a intensidade das demandas colocadas aos profissionais, especialmente na atualidade, provocam o desenvolvimento de ações pragmatistas, muitas

vezes sem uma reflexão maior. Isso vem acontecendo em vários contextos institucionais e com diferentes profissões. Ou seja, na medida que aumentam as necessidades humanas e as demandas para satisfazê-las, não ocorre no mesmo ritmo, o aumento da oferta de equipamentos e serviços assistenciais capazes de dar conta da complexidade dos problemas decorrentes da emergência das novas relações sociais, econômicas, culturais, advindas com a modernidade.

A precarização das condições de trabalho também foi apontada pelos entrevistados como mais um dos fatores que, por vezes, dificultam a convivência e o trabalho em equipe. Eles se referem a questão da diferença na remuneração salarial entre os profissionais que trabalham no CAPS, principalmente do médico para as outras profissões. A desproporção salarial chega a diferença de até quatro vezes mais entre o que recebe o profissional médico e o salário dos demais técnicos. Associadas a esta situação estão a diferença na carga horária de trabalho, a condição de contratação temporária, a falta de reconhecimento por parte da SMS, no apoio e incentivo à participação em eventos científicos e de militância política na área, entre outras.

Os profissionais indicaram que contam com supervisão institucional para lidar com as questões do trabalho no cotidiano. A supervisão institucional existente era, até o início deste ano (2006), paga pelos próprios profissionais, mas nem todos participavam. A partir do mês de abril do corrente esta passou a ser financiada com recursos provenientes do Ministério da Saúde. Além deste tipo de supervisão, foi relacionado como outro recurso existente para abordar essas questões as reuniões de equipe, realizadas mensalmente, as reuniões clínicas, realizadas semanalmente, e foi citada pelos técnicos em enfermagem, a supervisão realizada com profissional da área.

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que as políticas de formação e capacitação em saúde mental devem criar espaços de trocas baseados na realidade local, com valorização dos diversos saberes e metodologia participativa. A supervisão clínica e institucional permanentes deve ser estendida a todas as pessoas que trabalham com portadores de transtorno mental: equipes de PSF e PACS, trabalhadores da urgência e emergência, do hospital geral, dos serviços substitutivos e dispositivos residenciais, cuidadores de saúde mental, profissionais de nível médio e superior da rede de saúde mental. A referida Conferência destaca, ainda, a necessidade de implantação da NOB – Recursos Humanos do SUS, salientando a importância da garantia da capacitação para todos os níveis, supervisão permanente, interdisciplinaridade e isonomia salarial (BRASIL, 2002a).

Com relação as potencialidades que o trabalho em equipe possibilita os profissionais destacam a relevância deste no atendimento ao usuário, a possibilidade de trocas entre as varias áreas e a oferta de um atendimento multidimensional.

Entendo que essa é uma clínica multidisciplinar e isso (trabalho em equipe) é importante pela complexidade mesmo do tipo de fenômeno com o qual a gente trabalha, então, a gente precisa, é necessário ter uma oferta de serviços e de formas de atenção, que seja a mais diversificada possível, pra que a gente possa atender a uma série de necessidades que as profissões nas suas especialidades não dão conta; então essa é a grande vantagem, você pode fazer essa atenção multidimensional, isso é interessante (F, 12/4/2006).

A vantagem é justamente a estrutura coletiva de resposta à uma situação que chega pra você; vem a psiquiatria trazer um conhecimento, a psicanálise traz outro, [...] a enfermagem acaba dando a sua contribuição quando discute realmente a relação, vem o serviço social discute essa articulação que a pessoa tem com o social, e essas pessoas (profissionais), com seus conhecimentos, vão socializando esse conhecimento pra dar a resposta às fragilidades ou às potencialidades de vida que essa pessoa traz (GIRASSOL, 20/3/2006).

Acho que a grande vantagem é que a gente quebra a lógica hospitalocêntrica que era muito centrada no médico, na figura do médico, naquilo que o próprio médico decidia do tratamento, hoje quem decide é a equipe multiprofissional [...] (VIK, 24/3/2006).

Ah! Muitas, eu acho, em primeiro lugar, essa possibilidade da troca interdisciplinar; porque eu acho que cada um tem um tipo de contribuição diferente, um saber que te ajuda a pensar com mais amplitude o próprio trabalho, o próprio paciente, e, eu acho que quebra um pouco certas relações de poder; também, assim, o fato de a gente lidar com situações que são muito pesadas para alguém estar lidando sozinho, então quando você sente essa coisa da equipe, quando tem um paciente que está muito comprometido ou que tem risco de vida, a gente se sente muitas vezes angustiada por aquele paciente e você tem a equipe pra te dar um respaldo, pra estar pensando junto. Acho que isso é, sem duvida, algo que gratifica também (P, 17/3/2006).

Primeiro, agregar conhecimentos, se a equipe for multidisciplinar, que não quer dizer interdisciplinar, mas a princípio se ela for multidisciplinar a possibilidade de trocas de conhecimento de várias áreas realmente acaba sendo muito rica; são vários olhares sobre uma mesma questão, vários pontos de vista. Quando o trabalho de equipe é interdisciplinar, as pessoas acabam trocando mesmo, saindo, as vezes, do seu campo de formação, podendo estar se estendendo em outros campos, acaba sendo mais rico ainda. Num trabalho como o CAPS é necessário (o trabalho em equipe). Eu não consigo ver o trabalho que não seja em equipe porque pra você atender um usuário você precisa de uma equipe, pra você abordar o usuário, uma família, receber uma família precisa de vários olhares, enfim, de várias formações, vários olhares técnicos, da parte de

enfermagem, psicologia, da arte, serviço social, então, isso é importante (LÉLI, 4/4/2006).

O reconhecimento de outras dimensões no processo saúde-enfermidade, que não estritamente a biológica, traz a tona a questão da interdisciplinaridade¹⁵, pois na busca da integralidade da assistência a atuação de um único saber profissional não é suficiente. No processo da Reforma Psiquiátrica o campo da saúde mental é chamado a refazer-se por inteiro, ampliando o seu foco de abordagem e procurando romper com as delimitações dos saberes tradicionais na área. Busca-se uma nova recomposição de conhecimentos, sustentados sobre um conjunto de rupturas e novas premissas, e não apenas um novo somatório ou rearranjo simples dos saberes especializados. Desta forma, diversos campos de saber, implicados na assistência em saúde mental, são envolvidos na teorização e nas novas práticas de cuidado (VASCONCELOS, 2000a).

A pesquisa realizada indicou que 66,3% (correspondente a oito dos doze profissionais que responderam o formulário) dos profissionais consideram que existe interdisciplinaridade no atendimento ao usuário no CAPS Ponta do Coral. As falas relacionadas na seqüência apresentam a concepção dos profissionais sobre interdisciplinaridade e indicam a respectiva compreensão sobre a importância desta no atendimento ao usuário.

A gente poder ter o que a gente chama de clínica ampliada, essa multidimensionalidade que nos permite atacar o problema de várias formas e, portanto, oferecer diversas formas de atendimento, desde o medicamentoso até o serviço social, as oficinas, as oficinas expressivas, a arte, etc. (F, 12/4/2006).

Eu acho que em primeiro lugar isso, assim, é um olhar mais amplo para a condição daquele paciente. Cada profissional tem um aspecto que acentua, pela sua vida, pela sua formação; o educador artístico tem uma outra estratégia, por exemplo, pra lidar com aquela queixa do paciente, o assistente social tem uma, o psicólogo tem outro olhar, assim, eu acho que pra mim soma, eu acho que é uma forma da gente também aprender, enriquecer a nossa análise, a nossa possibilidade de intervir; sem dúvida que é rico (P, 17/3/2006).

Alguns profissionais expressaram sua concepção de interdisciplinaridade observando que esta não é sinônimo de multidisciplinaridade e que nem sempre é possível fazer práticas interdisciplinares.

É justamente isso, poder compartilhar o conhecimento que cada disciplina traz, essa inter, mas realmente compartilhar isso e não a

¹⁵ Sobre os conceitos de multi, inter e transdisciplinaridade ver, entre outros, Vasconcelos, 2000a.

multidisciplinaridade; é pensar, coletivamente, saídas pra enriquecer a vida da pessoa e aí é sempre um pensar e repensar (GIRASSOL, 20/3/2006).

Então, essa idéia dessa troca de conhecimento pra poder ajudar o usuário, pra poder a equipe ter um suporte também, pra poder, num estudo de caso, por exemplo, trocar os vários conhecimentos, os vários pontos de vista e poder estar entrelaçando; então, é importante, mas nem sempre se consegue fazer (LÉLI, 4/4/2006).

Já nas falas que seguem é possível perceber a concepção de interdisciplinaridade mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade.

Cada profissional tem a sua especialização, e ele foi formado para atender determinadas características que aquele usuário precise, ou informações, e a própria atenção, e cada um tem uma formação específica e diferenciada; então, eu acho que quanto mais ampla, mais amplamente ele for avaliado, e receber essas informações, e esse tratamento, vai ser melhor pra ele; então, desde o serviço social, desde o atendimento psicológico, o atendimento médico, enfim, até ah! eu cortei meu dedinho, o que eu faço? Então, vai poder ser atendido ali, ser acolhido pelo técnico de enfermagem (J, 22/3/2006).

É muito importante porque cada profissão tem o seu conhecimento específico e contribui aí com o seu conhecimento. É necessário que cada um de nós tenha muito claro o seu papel aqui dentro pra que não vire uma salada mista e se dilua o que cada um faz, que é específico de cada um. Então, é importante que a gente tenha boa formação técnica, específica da saúde mental pra que a gente possa chegar numa equipe que trabalha sob o paradigma do campo psicossocial, e que de fato possa ser multi, no sentido do atendimento, e aí, assim, no campo psicossocial, aqui no CAPS, por exemplo, a gente vê a necessidade de os profissionais trocarem mesmo, porque surgem muitas demandas, são muitas necessidades do usuário, é um campo novo. Então, assim, tem n coisas que vai se descobrindo, que cada área contribui diferentemente, mas ao mesmo tempo de forma conjunta. Então, o psicólogo, obviamente, ele tem mais elementos pra entender a parte clínica, o assistente social tem mais elementos pra entender a parte previdenciária, da assistência social desse usuário, que também é importante, muito importante pra ele, o médico tem o conhecimento sobre os psicofarmacos, sobre essa parte mais específica da medicação, e assim a gente vai trocando (VIK, 24/3/2006).

Com relação a este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005) observam que, no Brasil, a interdisciplinaridade faz parte do discurso politicamente correto, garantindo seu estabelecimento como princípio, traduzido na expansão cada vez maior dos territórios profissionais e na fusão dos saberes. O discurso da multi e da transdisciplinaridade é relativamente bem conhecido e aceito em nível intelectual, mas as práticas institucionais apontam, paradoxalmente, para fortes resistências, isolamento e hiperespecialização.

De acordo com os autores, para que estas ações multidisciplinares se tornem efetivas há necessidade de estratégias e planos, que visem a harmonização da convivência para que esta não seja imposta, mas compreendida e desejada pelos profissionais. Na prática, o momento é de impasse, pois multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade existem em tese e como imposição de comando, mas não se concretizam, ainda, como prática planejada, efetiva e eficaz (OLIVEIRA; DORNELES, 2005).

Ainda segundo os referidos autores, uma verdadeira transdisciplinaridade não está nem mesmo no horizonte das instituições de saúde mental brasileiras. Este é um dilema fundamental no processo da reforma psiquiátrica, que depende de ações integradas (órgãos reguladores do ensino superior, programas universitários, instituições e serviços de atendimento) para cumprir sua missão de transcender as práticas manicomial e os territórios de dominação e poder estabelecidos entre as disciplinas que formam a saúde mental.

3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações

A importância do projeto terapêutico dos CAPS recai sobre a responsabilidade de que todo o trabalho desenvolvido em cada unidade deve ser realizado em um ambiente terapêutico. Isto significa que tanto os atendimentos individuais, grupais como a convivência no serviço tem finalidade terapêutica. Cada CAPS deve ter um projeto terapêutico, que leve em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais, as iniciativas de familiares e usuários e o território onde se situa, com sua identidade, sua cultura local e regional (BRASIL, 2004).

O CAPS Ponta do Coral conta com projeto terapêutico do serviço, o qual, segundo 75% dos profissionais que responderam ao formulário, foi planejado em equipe. Três profissionais referiram não saber sobre o planejamento em equipe por não fazerem parte desta a época.

O sistema atual de atendimento no CAPS Ponta do Coral difere da maioria do adotado pelos serviços desta natureza. Em geral, os CAPS realizam a assistência ao usuário

no modelo de TR¹⁶. O CAPS Ponta do Coral oferece atendimento sob a ótica da regionalização. Ou seja, como o serviço não é territorializado, é o único na modalidade, na cidade e no município, a equipe técnica foi subdividida em pequenos grupos ou mini-equipes de dois e/ou três profissionais, sendo cada uma destes responsáveis por uma das regionais, que é onde o usuário mora. Esta proposta foi pensada e implementada há quase dois anos, quando os profissionais identificaram dificuldades em atender no sistema de Terapeuta de Referência (TR) toda a demanda existente. Tal estratégia utiliza-se do sistema de divisão por regionais da Secretaria Municipal de Saúde. Ao total são cinco Regionais de Saúde, Leste, Norte, Sul, Centro, Continente, distribuídas espacialmente na área geográfica do município. Nestas regionais, foram implantadas, recentemente (a partir do final do ano de 2005 e início de 2006), equipes de atenção em saúde mental, compostas por um médico psiquiatra e duas ou três psicólogas em cada uma das Regionais de Saúde.

De acordo com o projeto terapêutico do serviço, as atividades desenvolvidas são: psicoterapia, atenção medicamentosa, atendimentos de emergência, grupo terapêutico, oficinas terapêuticas¹⁷, assembléia de técnicos, usuários e familiares, visitas domiciliares, articulação com entidade, programas e serviço, atividades de formação e pesquisa, reuniões de equipe, reuniões clínicas de casos¹⁸.

Conforme as determinações da Portaria GM/MS Nº 336/2002, a assistência prestada ao usuário no CAPS deve incluir atendimento individual, em grupo, atendimento à família, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades comunitárias, enfocando a integração do portador de transtorno mental na comunidade e sua (re)inserção familiar e

¹⁶ Este sistema de atendimento é desenvolvido na maioria dos CAPS e constitui-se do acolhimento da pessoa quando de sua chegada ao serviço por um dos profissionais da equipe. A partir daí é traçado um projeto terapêutico com o usuário e o profissional que o acolheu passará a ser uma referência para ele. O Terapeuta de Referência (TR) tem a responsabilidade de monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo as atividades e a frequência de participação. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, discutindo com o usuário e com a equipe técnica do CAPS (BRASIL, 2004, p. 16).

¹⁷ São oferecidas as seguintes oficinas: oficina de cerâmica, oficina de artes plásticas, oficina de mosaico, oficina de jogos, esportes e lazer, oficina de tapeçaria, oficina de trabalhos manuais, oficina da terra, oficina de jornal, oficina de velas, oficina de leitura, oficina de música, oficina brechó, oficina de teatro, oficina de formação política, oficina de fotografia. Destas, as oficinas de cerâmica, velas e mosaico são produtivas, ou seja, sua produção é comercializada. Cabe destacar que algumas oficinas podem estar em funcionamento ou não, em determinado período de tempo, de acordo com a disponibilidade de técnicos para acompanhar, de condições materiais para o funcionamento e da demanda de usuários.

¹⁸ A descrição e o objetivo de cada atividade pode ser consultado no Projeto Terapêutico do CAPS II Ponta do Coral (2004), ou a partir do projeto de Estágio curricular em Serviço Social de Stuari (2005).

social. A depender do projeto terapêutico de cada usuário, o CAPS poderá oferecer as seguintes modalidades de atendimento: atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo¹⁹.

Já com relação ao planejamento das ações, 50% dos profissionais consideram que este existe. Cabe lembrar que ao questionarmos os participantes da pesquisa sobre este fator, estamos nos referindo ao planejamento estratégico, aquele voltado para uma visão ampla, global e de longo alcance da organização/instituição, baseado na análise do contexto e com a finalidade de buscar alternativas de ação. No entanto, alguns dos entrevistados observaram estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação objetivo e sistemático dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declararam não existir processo de planejamento e avaliação das ações do serviço, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

As falas relacionadas a seguir demonstram o tipo de planejamento existente no CAPS e como este acontece.

Bom, o planejamento é feito mais ou menos assim: chega uma época do ano em que a Secretaria (SMS de Florianópolis) nos pede um planejamento e aí, geralmente isso é com uma semana no máximo de antecedência, é aquela correria, a gente monta um plano básico de trabalho etc., mas é muito mais pra cumprir a obrigação. A gente tem um projeto terapêutico que é amplo, que é do serviço todo, e a gente vai, com esse projeto terapêutico a gente vai ajustando as atividades e aquilo que a gente pretende alcançar, mas não há um planejamento muito formalizado, não há um processo de planejamento, até porque é tudo muito fragmentado, o que a gente planeja aqui, boa parte depende desse recurso financeiro, depende do apoio da Secretaria, que é sempre uma coisa incerta. Então, em termos de planejamento a coisa fica sempre muito precária. Em termos de avaliação é mais precário ainda, a gente não tem indicadores; novamente, no final do ano, aí a Secretaria pede um relatório do que foi feito, a gente faz um levantamento geral, mas ele é descritivo, ele não é avaliativo, a gente não sabe de fato quais são

¹⁹*Atendimento intensivo* – atendimento diário, oferecido à pessoa que se encontra em grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento semi-intensivo - nessa modalidade, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Este tipo de atendimento é oferecido quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento não intensivo – oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até 3 dias no mês. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário (BRASIL, 2004, p. 16).

os efeitos que a nossa intervenção produz; claro, a gente tem uma certa dimensão pelo contato direto com os usuários, fulano que não interna a tanto tempo, ou fulano que voltou a trabalhar, ou que resolveu pelo menos algumas coisas que eram mais complicadas na sua vida, isso a gente tem, mas não tem um processo de avaliação estruturado que nos permita dados com visibilidade maior (F, 12/4/2006).

Neste sentido, destacamos que, a nosso entender, a função planejamento deve orientar todas as ações no dia-a-dia das organizações. O planejamento é o processo de estabelecer antecipadamente a finalidade da organização/instituição, definir os objetivos e prever as atividades e os recursos necessários para atingi-los. Planejar é uma forma de pensar o futuro da organização/instituição, definindo o que fazer, como, quando e com recursos. Nesse processo, é importante considerar que as organizações/instituições estão inseridas num contexto constituído pela sociedade, pelo Estado e por outras instituições que influenciam suas decisões (TENÓRIO, 2000).

Alguns profissionais referiram-se, especificamente, ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, reuniões clínicas e na supervisão de equipe. Segundo estes, é na reunião de equipe mensal que se planejam mais as ações, estas entendidas como a definição dos grupos terapêuticos ou oficinas que vão ter, o objetivo e a finalidade destes, a demanda etc..

Mensalmente, a gente tem uma reunião de equipe, que tem um pouco esse objetivo, de planejar e avaliar o que é feito. Além dessa reunião mensal a gente tem dois outros momentos semanais, que é um na quarta-feira outro na quinta-feira, que a gente chama de reunião técnica, [...] mas isso se dá muito no cotidiano também, na assembléia geral do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Ele acontece em reunião de equipe, uma reunião mensal, a gente planeja grupos, planeja..., então.., acontece, primeiro tem uma reunião mensal da equipe e reunião duas vezes por semana, que são os estudos de caso; agora, a avaliação, acontece em reunião de equipe mais; o planejamento, por exemplo, como abordar um determinado caso, como ajudar, de como servir a família, o trabalho, é feito durante a semana nos estudos de caso, e nós temos a supervisão, que é um espaço que também acaba se fazendo uma avaliação, a supervisão de equipe (LÉLI, 4/4/2006).

Outras falas detalharam as conseqüências da falta de um processo sistemático de planejamento e avaliação das ações, inclusive fazendo análise dessa problemática em relação as instituições públicas em geral.

Eu acho que esse é um problema, acho que falta muito; por exemplo, se você esta aqui fazendo a avaliação da política a partir do olhar dos profissionais, eu, nesse momento, tenho tido muito incomodo diante da

necessidade que eu vejo de avaliar as ações, de avaliar os pacientes, e a gente não tem uma forma sistemática de fazer isso; por exemplo, a gente não tem um instrumento de captação do trajeto do paciente dentro do CAPS, a gente não anota algumas coisas, os prontuários também deixam muito..., as vezes a gente não faz registro nos prontuários e mesmo quando a gente faz ele não tem, assim, por exemplo, uma sistematicidade, o que é que eu vou enxergar, como é que eu vou ver se aquele paciente está melhor ou está pior depois que ele está aqui, então, a gente não tem esse instrumento; e, o planejamento, é feito um planejamento terapêutico com o paciente; o planejamento do nosso serviço é mais ou menos...., funciona, assim, com as oficinas, não é um planejamento rigoroso, a cada período a gente senta e reorganiza não, tem algumas diretrizes gerais, eu acho que em termos práticos falta muito dos dois lados, planejamento das nossas atividades, por exemplo, as vezes naquele roldão a gente vai fazendo, vai fazendo, e, também, a avaliação da eficácia, do que realmente aquilo está resultando pra vida do sujeito, se ele está realmente conseguindo chegar mais próximos desses lugares que a gente apregoa como princípios da saúde mental - autonomia, dessas coisas que a gente também fala: relação com o trabalho, relações, laços sociais; então, a gente não tem esse (instrumento de planejamento e avaliação), eu acho que falta (planejamento e avaliação) [...] Na verdade eu acho que esse é um problema das instituições públicas em geral, eu acho que tem uma grande resistência no Brasil a qualquer critério de avaliação, porque, esse discurso, a retórica da igualdade, ela exatamente vai na contramão de um processo meritocrático, ou seja, você avaliar também por mérito; você tem que criar esse tipo de instrumento; a prefeitura não tem, nunca teve uma avaliação nos anos que estou aqui que medisse o desempenho profissional, principalmente aqui, que a gente lida com pessoas que estão aqui pra se tratar, e a gente não sabe se a pessoa...., a gente vai olhando um caso ou outro; não existe um processo institucional de avaliação, nesse sentido (P, 17/3/2006).

Em geral, as organizações precisam de um processo de avaliação que realize uma revisão dos objetivos e metas alcançados e daqueles a serem atingidos. O planejamento e a avaliação são a oportunidade de fazer uma pausa e examinar a situação da instituição.

Não obstante, as políticas públicas no Brasil vêm se estruturando de forma descentralizada, com responsabilidades de organização e financiamento partilhadas entre a União, Estados e Municípios, cabendo a estes últimos a execução dos serviços de atenção direta à população. Deste modo, os processos de avaliação de serviços de saúde mental devem ocorrer no âmbito municipal. Segundo Dias (2002, p. 2)²⁰, este desafio coloca no debate o aspecto de como avaliar o funcionamento de um serviço de saúde mental, que está

²⁰ A autora realizou um trabalho de construção coletiva de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental junto aos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre; uma apresentação resumida dos resultados pode ser consultada em DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental.** In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

inserido num novo patamar conceitual e tem como tarefa não reproduzir uma prática de tutela, com ênfase na patologia, mas de incluir o sujeito portador de transtorno psíquico no planejamento e na execução das ações terapêuticas, numa nova relação que garanta a viabilidade do exercício da cidadania numa sociedade desigual. Ou seja, as dimensões de mudança conceitual, realidade social e política pública de saúde de âmbito municipal, tornam complexa a adoção de processos de avaliação.

A fala descrita na seqüência especifica o processo de planejamento e avaliação no que se refere a ação interventiva profissional no tratamento ao usuário, destacando que não existe um processo sistemático de planejamento e avaliação com relação as ações do CAPS.

O planejamento e a avaliação das ações do CAPS, eles acontecem só de uma forma muito primária ainda, nós temos [...] o planejamento e avaliação da ação do profissional a título de intervenção em relação ao usuário existe de três formas: primeiro, casos clínicos, que aqui nós fazemos reuniões de casos clínicos, quarta-feira das 8 às 9 horas e quinta-feira das 11h30min às 12h30min pra discutir a questão do caso clínico de pessoas; outra forma, construção de projetos terapêuticos ou revisão dos projetos terapêuticos na reunião da regional, cada regional, que são cinco, fazem suas reuniões pra discutir o planejamento e avaliar a vida dessa pessoa nas regionais, e a outra, especificamente do CAPS, a título de gestão, é a reunião de equipe, que você presenciou semana passada, aí é um outro momento de planejar e avaliar, porém, ressalvo, não se tem algo mais fidedigno, ou academicamente falando, que nos ampare pra fazer essa avaliação; então, é extremamente necessário nós termos supervisão, termos pesquisadores, que nos ampare no sentido de avaliar o serviço, avaliar nossa prática, avaliar a autonomia do usuário; a grosso modo nós temos, mas é muito de senso comum; então, precisa cientificar ou legitimar, regularizar, tornar mais fiel esse tipo de avaliação, a grosso modo temos, agora, com mais rigor, por escrito, não temos (GIRASSOL, 20/3/2006).

Sabe-se que a ausência de um processo de planejamento estratégico e avaliação sistemática comprometem a efetividade dos objetivos propostos. Conforme destaca Dias (2002), o cenário da Reforma Psiquiátrica requer tanto uma multiplicidade de respostas à sua plena implantação como para a avaliação de seus resultados. Contudo, é importante ressaltar que a especificidade das ações em saúde mental demanda a adoção de um método participativo, com o fim de superar o caráter unidimensional, comum em avaliações tradicionais.

A avaliação participativa já é uma exigência nas políticas sociais, decorrentes da pressão social pela garantia de acesso a bens e serviços públicos. Por analogia, a

construção de indicadores de avaliação também pode ser participativa, com a contribuição dos sujeitos inseridos na esfera municipal, responsável pela execução da atenção em saúde mental. Para a autora, apesar de certa reserva científica pela adoção desta sistemática metodológica, o seu valor está no alcance social de incluir os responsáveis pela execução de determinada ação, na sua construção e sistematização (DIAS, 2002).

3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento

Conforme já destacado neste trabalho os hospitais psiquiátricos são instituições representativas do modo asilar enquanto os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico de exercício das práticas de atenção psicossocial, do modo psicossocial.

O modelo de assistência do modo psicossocial destaca-se por seus meios básicos de tratamento (rede diversificada de serviços territorializados), e pela importância decisiva que se atribui ao sujeito na sua mobilização como participante principal do tratamento. Neste, considera-se o indivíduo como pertencente a um grupo familiar e social, o que supõe que se deve trabalhar, também, a família e o grupo social, como agentes das mudanças buscadas.

Já no modo asilar a organização institucional é marcada por estratificações de poder e saber, no âmbito das relações profissionais e da instituição, as quais transladam para a relação com os usuários e a população. Estes são excluídos de qualquer forma de participação, enquanto que no modo psicossocial, participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais.

Na pesquisa realizada, a maioria dos profissionais entrevistados referiu conhecer sobre a forma de atendimento no hospital psiquiátrico, seja por visitas, atuação profissional, contatos institucionais, relato dos usuários que estiveram internados.

No que se refere as diferenças no atendimento prestado pelo CAPS em relação ao hospital psiquiátricos, os entrevistados consideraram que existem diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência de um só discurso, o médico psiquiátrico do hospital e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial em contraposição ao tratamento igual para todos

das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Eu acho que é diferente em vários aspectos, primeiro, são essas diferenças que eu digo que são de base, sobre a Reforma Psiquiátrica e a função de um CAPS nesse processo de reforma. Existe por parte da maioria da equipe uma convicção de que a nossa função é evitar a internação e de uma certa maneira poder fazer substituição a essas instituições tradicionais; deslocar a centralidade do sistema pra um serviço aberto, que seja interdisciplinar, ou seja, onde você não tenha um discurso único dando a orientação, que no caso é o discurso psiquiátrico nas instituições (tradicionais); você tem essa multidimensionalidade então você pode compartilhar o discurso; em relação ao próprio atendimento, começa na forma do acolhimento, eu acho que o nosso acolhimento é bom, ele tem condições de receber a pessoa, de entender o que ela está procurando, o que ela está precisando, quais são as suas necessidades; a gente tenta de alguma maneira envolver família embora com dificuldades, mas a gente tenta e tenta principalmente manter a vinculação ou criar novos vínculos desse usuário; o projeto terapêutico que é individualizado também é outra coisa fundamental, que aí a gente quebra com a lógica tradicional de que todos recebem o mesmo tratamento, é a mesma medicação, são os mesmos horários, são as mesmas atividades pra todo mundo, não, a gente procura justamente ao levar em consideração essas características que são mais individuais, são mais singulares, a gente procura atender e levar em conta esses aspectos, então, isso pra mim já é muito diferente, além do que a gente procura o tempo todo ou minimizar ou quebrar mesmo a hierarquia, instituindo certas formas que evitam que a hierarquia se cristalize de maneira muito brutal, pra você não ter um deslocamento de poder dentro do serviço, que seja prejudicial pra todo mundo, igual no hospital (F, 12/4/2006).

A relação entre profissional e usuário foi destacada como diferencial por todos os entrevistados, conforme pode ser observado a seguir.

A relação entre o profissional e o usuário, pra mim, a maior diferença é essa relação interinstitucional ou interpessoal; é a forma como se dá, porque as ações também são diferentes, porque existem oficinas terapêuticas, existem os grupos terapêuticos, existem os atendimentos, mas esse modelo de atendimento pode também ocorrer numa outra instituição, ou mesmo num CAPS, mas se a relação de profissional e usuário não estiver pautada no respeito, uma relação sujeito-sujeito onde se possa esse serviço, obviamente, quando ele estiver num bom nível de participação, num bom nível de reabilitação, mas também..., o fundamental é isso, é estar pra além da instituição, estar pra relação do usuário com o profissional, e claro, o espaço também, o espaço físico tem que ter qualidade, a gente vê aqui um espaço super bom aqui no caso, as propostas de atendimento, como que são colocadas, como que é olhado esse usuário, esse usuário está junto no pensar da instituição, mas a cima de tudo assim, entender como cidadão de direitos, de respeitá-lo (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que tem um maior reconhecimento da condição subjetiva do paciente, acho que um certo respeito. Hoje, a Colônia Santana tem tido mudanças, tem uma política que também..., na verdade a política do Ministério também visa atingir as instituições mais asilares, os hospitais também estão mudando..., talvez seja mais lenta, aqui, a gente já chegou com uma outra perspectiva de trabalho; eu acho que a equipe toda, de forma geral, tem uma sensibilidade pra esse respeito pelo paciente, pelo outro, procura, na medida do possível, não estabelecer uma relação de poder; eu acho que aqui, por exemplo, a recepção é muito bem feita, os vigias também são pessoas que entraram no clima, assim, talvez já seja deles, mas entraram no clima do CAPS; acho que todos têm um compromisso com isso, um valor digamos; também, talvez seja deste CAPS, eu não conheço tantos outros CAPSs; eu acho que é uma relação diferenciada, na medida que você está aqui com esse objetivo de que a pessoa assuma a própria vida, contribuir para que isso aconteça; isso implica em ter pelo menos um respeito, um reconhecimento do outro (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p.10) destacam que o papel do técnico se transforma quando ele se coloca sob outros princípios; “se ele faz funcionar a tecnologia da doença mental, fortalece o dispositivo psiquiátrico. Mas, se transforma sua forma de intervenção, trabalha no sentido da desmontagem desse dispositivo”. Segundo os autores, isso significa pôr em funcionamento um dispositivo de desinstitucionalização e reinserir a complexidade dos problemas com os quais lida. Significa ainda abrir mão das interpretações da loucura segundo erro, incapacidade, inferioridade, doença mental, e potencializá-la como diferença, um modo diferente de relação com o mundo. Enfim, não usar o saber como técnica normativa, mas como possibilidade de criação de subjetividades. A técnica deixa de ser instrumento da violência quando a prática funciona como uma desconstrução da clínica.

As falas que seguem referem-se ao atendimento aberto e as possibilidades de escolha que o CAPS oferece em contraposição ao isolamento e segregação gerados pela internação hospitalar prolongada.

Em primeiro lugar o atendimento no CAPS é um atendimento, vou usar a palavra, aberto, ou seja, pra começar o usuário ele não fica internado aqui, mesmo se em algum momento tiver o CAPS III, é diferente. Ele vem, ele faz o trabalho dele, a sua terapia, durante o dia, e ele volta, quando, no caso tem família, pra casa; então, primeiro lugar a idéia do CAPS, o trabalho do CAPS não é segregar e isolar; quando o usuário vai para o hospital, eu acho que seja ele em qualquer campo da saúde, mas vai para o hospital e fica internado trinta dias, quinze dias, ele já esta sendo isolado do convívio com a família, do convívio social, ou seja, acaba perdendo progressivamente o contato com as pessoas e com o grupo social mesmo, e acaba sendo destituído das suas práticas pequenas, como desde pegar um ônibus, fazer sua comida, ir no

supermercado; no momento em que uma pessoa é colocada em um hospital e fica um mês, ele acaba perdendo o contato com essas mínimas..., não é nem com o mundo lá fora, mas com as mínimas coisas que ele teria em casa, na sua casa, enfim, ele perde tudo isso como se fosse realmente uma pessoa que não tem possibilidade nenhuma de fazer nem um café, enquanto o CAPS possibilita isso, acho que o CAPS ele, independente dos problemas que tem, acho que ele mostra que não, você ainda, apesar da sua crise, com a sua crise, com todas as limitações que as vezes um surto pode oferecer do ponto de vista cotidiano, você ainda pode fazer algumas coisas sim, como pegar um ônibus pra ir e voltar pra casa, fazer a escolha do seu planejamento terapêutico, vem aqui escolhe, em parte, o que gostaria de participar (LÉLI, 4/4/2006).

Assim, a possibilidade do usuário no CAPS de ter voz ela é muito maior do que nas outras instituições, as outras eu não vou generalizar, mas em algumas, as asilares, esses hospitais são..., enfim, crônicos até pela dificuldade mesmo de antes você pensar em ter outra alternativa que não a trancar e deixar lá e não tem medicação, não tem nada disso, estou falando de bem bastante tempo atrás, e isso ficou e se perpetuou, então, eu acho que a possibilidade do usuário aqui, no CAPS, nos CAPS, e até mesmo nos ambulatórios, acho que hoje em dia não é só CAPS que permite isso, é fazer parte como contribuinte do próprio tratamento, então isso é o que diferencia do paciente internado, vamos dizer assim, em São Paulo, no Vera Cruz, que é um hospital e tal, diferente de outros, tem algumas dessas internações que são diferentes, mas essa relação aí de profissional e usuário ela é mais aberta, é mais ampla, além do CAPS, especificamente, oferecer algumas possibilidades; então, a possibilidade de trabalhar em uma oficina, dessa oficina ter uma renda, que, assim, é um entrave no sentido que eles se sentem muito limitados e não só se sentem como eu acho que muitas doenças incapacitam mesmo, são incapacitantes, a esquizofrenia é uma delas, e é a nossa clientela aqui, a maior parte é de pacientes com esquizofrenia; a própria esquizofrenia já altera, vamos dizer assim, na cognição, na parte de planejamento, de você conseguir realmente se estruturar para trabalhar; tem umas pessoas que não conseguem nem ter o início, a iniciativa, ela é minada com a esquizofrenia, e aqui tem uma possibilidade, mesmo que essa possibilidade seja fazer oficina e ganhar uma renda, mesmo que, assim, seja só..., não é o valor que importa, é simbólico (J,22/3/2006).

O relato a seguir explicita epistemologicamente e em termos técnico-assistencial a diferença entre o modelo de atenção tradicional/hospitalar e o modelo de atenção psicossocial.

Primeiro, em relação a concepção da pessoa e em relação a concepção dos próprios meios de trabalho; na instituição psiquiátrica predomina o modelo manicomial/asilar como a gente chama, que daí vai olhar a pessoa enquanto doença, enquanto diagnóstico, aqui, no CAPS, a gente olha os seres humanos enquanto pessoas, enquanto a existência de um sofrimento, o que podemos fazer pra minimizar esse sofrimento da pessoa, então, essa é a primeira diferença que tem, quem é essa pessoa, que no modelo manicomial acaba sendo vista mais como diagnóstico, como um doente, isso que eu sempre falo, essa iatrogênia que o modelo

manicomial acaba inserindo na pessoa, você é um doente, vai ter que tomar remédio pra vida toda, e o máximo que você pode chegar é um portador de transtorno mental em recuperação, isso é uma das diferenças, outra é a própria concepção de saúde/doença que existe; as formas de organização dos dois modelos, são modelos diferentes, um é mais centralizado no psiquiatra, na instituição psiquiátrica, o no CAPS seria mais centralizado na equipe e, principalmente, nos usuários; a forma de relação com a clientela ou com o usuário, no modelo manicomial, é sempre uma relação hierárquica, de cima pra baixo, no CAPS, sempre uma relação, ou a gente tenta sempre ter uma relação horizontal; e a própria questão do que é bom ou não é bom pra pessoa, a pessoa tem que dizer o que é bom pra ela e, as vezes, no hospital, são os profissionais que já dizem o que deva ser bom pra ela, ou seja, a grande diferença que existe é: quem decide o que? No hospital as pessoas decidem sobre a vida da pessoa, eu acho que no modelo psicossocial é a pessoa que compartilha a decisão da sua vida (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme destaca Rotelli (1990), no manicômio (modelo/tradicional) a sociabilidade é reduzida a zero. A tutela, a internação tem a única finalidade de subtração das trocas, de estabelecer relações de mera dependência pessoal. Enquanto que a emancipação terapêutica (que se torna o objetivo substituto da "cura") só pode ser (cientemente) a mobilização de ações e de comportamentos que emancipem a estrutura inteira do campo terapêutico. Assim, o problema que se coloca aos novos serviços (CAPS) não é cura (a vida produtiva), mas sim a produção de vida, de sentido, de sociabilidade.

Neste aspecto, pode-se considerar a proposta basagliana de *colocar a doença entre parênteses* para assim direcionar o olhar ao sujeito em sofrimento e não à doença. Essa é uma questão fundamental, pois é o movimento de *tomada de responsabilidade* (DELL'ACQUA, 1992) individual e coletiva que se constitui como meio para a transformação institucional e para o processo de desconstrução. A cura cede espaço à emancipação, mudando a natureza do ato terapêutico, que agora se centra em outra finalidade: produzir autonomia, cidadania ativa, desconstruindo a relação de tutela e o lugar de objeto que captura a possibilidade de ser sujeito (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3 Participação do usuário e da família no tratamento

De acordo com as diretrizes da atenção em saúde mental do modelo psicossocial, o protagonismo dos usuários é fundamental para que seja alcançado o objetivo do CAPS de se constituir como dispositivo de promoção da saúde e da reabilitação psicossocial. Os

usuários e familiares devem ser chamados a participar das discussões sobre as atividades terapêuticas do serviço. A equipe técnica deve trabalhar de forma a estimulá-los a participar de forma ativa do tratamento e da construção de laços sociais. Entre os tipos de atendimento que o CAPS pode oferecer está o atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, de lazer com familiares (BRASIL, 2004).

Na seqüência deste item analisaremos as formas criadas pelo CAPS Ponta do Coral para envolver ativamente usuários e familiares no processo terapêutico, seja com relação ao projeto terapêutico individual, ao atendimento e a participação das famílias no tratamento.

3.3.1 Planejamento terapêutico individual

Conforme as determinações da política de atenção em saúde mental, cada usuário deve ter um projeto terapêutico individual, composto por um conjunto de atendimentos personalizado, que respeite as particularidades, necessidades de cada pessoa e proponha atividades durante a permanência diária na unidade e fora dela (BRASIL, 2004).

O atendimento no CAPS oferece projeto terapêutico de tratamento individualizado, o qual é pensado e avaliado com a participação do usuário. A fala relacionada a seguir detalha como acontece o planejamento do tratamento.

O primeiro passo desse projeto terapêutico ele é feito na entrevista inicial, que é basicamente a entrada desse usuário no serviço; então, a gente pensa uma programação mínima, levando em conta as necessidades, as condições, os limites e as capacidades do usuário e, quando a gente pode contar, com a família também. Além disso, uma vez por mês, [...] tem o encontro da Regional, e os usuários dessa Regional podem reelaborar o seu projeto terapêutico, a gente faz a revisão, a gente discute como é que está sendo esse projeto, se está sendo interessante, que ganhos, se está havendo ganhos ou não, se a pessoa está se sentindo contemplada de alguma maneira e tal, e aí a gente faz as alterações que a gente discute e acha necessário (F, 12/4/2006).

Com relação a forma como o usuário participa do processo de planejamento do seu tratamento, os entrevistados colocaram que é através da manifestação das preferências,

opções e desejos dele, dentro das possibilidades que o CAPS oferece. Nas falas relacionadas é explicitado qual a participação do usuário e do profissional no planejamento do projeto terapêutico de tratamento.

Quando o usuário chega no serviço, encaminhado de algum outro (serviço), ou de um hospital, ou de uma unidade local de saúde, ou por demanda espontânea é feito o acolhimento, onde a gente usa uma entrevista inicial pra fazer uma coleta de dados, ali resgata um pouco da história que o próprio usuário vai estar contando, e, então, nesse momento é feito o projeto terapêutico; inicia-se o projeto terapêutico, não que ele tenha que se esgotar nesse momento inicial; uma pergunta que a gente sempre faz pra ele é do que ele precisa, como a gente vai poder ajudar, então, a partir daí a gente oferece o nosso leque de atendimentos, o nosso projeto terapêutico do CAPS, e aí vai se construindo dessa forma (VIK, 24/3/2006).

Em geral a gente faz isso quando ele chega, na entrevista inicial, a gente pede pra que ele diga, a gente apresenta o que a gente tem; a gente pede que ele diga o que ele gostaria de estar fazendo, o que ele fazia, quais as preferências que ele têm, se ele não sabe, em algumas situações, a gente sugere que ele venha participar de algumas oficinas para ele, por exemplo, escolher; então, assim, é feito muito respeitando o desejo do paciente, o que ele gosta mais, as preferências dele; agora, se a gente vê que o paciente está muito ansioso, se ele precisa, a gente sugere um grupo terapêutico ou as vezes o atendimento individual; assim, não tem uma uniformidade, em geral a gente age assim (P, 17/3/2006).

Ele tem, esse projeto terapêutico, ele tem um primeiro momento, quando o usuário chega e faz a entrevista inicial é colocado com ele e oferecido, mostrado as possibilidades, o que o CAPS oferece em termos de terapia, desde grupos terapêuticos, atendimento individual e oficina, mas não é só oferecido, é também feito uma avaliação do técnico, o que ele pensa que, naquele momento, poderia estar ajudando aquele usuário, e é conversado com o usuário, muitas vezes acaba o usuário escolhendo tudo, escolhendo o que ele quer e o técnico tem pouca interferência, outras vezes o usuário quer algo que talvez naquele momento, por exemplo, atendimento individual, mas não tem vaga, não tem, os técnicos estão todos..., se tem alguém fazendo atendimento individual já não tem horário, então se entra em um acordo das possibilidades, dos desejos do usuário, e das possibilidades que o serviço oferece; isso é o primeiro momento, no segundo momento, ao longo do período do usuário aqui, vão tendo transformações, muitas vezes ele abandona aquele grupo ou oficina, que não era aquilo que ele achava que era bom, que ele gostava, abandona formalmente ou informalmente, simplesmente não vai, ou ele entrou em surto não veio mais, uma série de questões, então isso tudo é retomado, a gente tenta fazer a retomada na reunião das Regionais, reunião mensal, como é que está o tempo dele aqui, o que ainda se mantém fazendo, como ele está se sentindo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos entrevistados destacou que o projeto terapêutico de tratamento do usuário

é sempre pensado a partir da necessidade dele, o que ele traz de necessidade, o que ele traz de sonho, de vontade, de sofrimento, de

tristeza, então, o projeto terapêutico é sempre pensado, repensado, analisado, refletido, em cima da necessidade da pessoa (GIRASSOL, 20/3/2006).

É importante destacar que o planejamento do projeto terapêutico deve envolver o portador de transtorno mental como sujeito deste processo. A participação ativa do usuário na escolha do que fazer e na expressão de suas necessidades favorece a adesão e continuidade no tratamento, confere-lhe o exercício da liberdade de escolha e da cidadania. Neste processo, o ato terapêutico, quando não é mais fundado sobre a doença e não provém da autoridade médica, torna-se a própria organização coletiva, convertendo-se em *tomada de responsabilidade* e produção de subjetividade (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral

No plano teórico, a relação da família com o portador de transtorno mental é construída a partir do alienismo, como produto da sociedade moderna/burguesa. No interior desta perspectiva concentram-se dois entendimentos polarizadores: “o da família ameaçada pela eclosão da enfermidade, portanto, sofrendo suas conseqüências ou causadora da emergência do transtorno mental, assim culpabilizada por sua etiologia” (ROSA, 2002, p. 139). Historicamente, o segundo entendimento foi o que prevaleceu na maioria das abordagens teóricas na área da saúde mental, com uma relativa diminuição nos anos 1970, seguido de uma complexificação da compreensão do grupo familiar e de sua dinâmica, a partir dos avanços teóricos da leitura feminista e marxista. “Contemporaneamente, a inclusão do grupo familiar nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental; a assunção de sua condição de parceira e co-responsável dos serviços e a exigência de constituição de uma nova pedagogia institucional em sua abordagem atravessam a construção de uma nova relação entre o louco e a sociedade” (ROSA, 2002, p. 139).

Nesta direção, um dos objetivos do CAPS é incentivar as famílias a participar do cotidiano do serviço. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas importantes para o trabalho dos CAPS. Eles podem participar de diversas maneiras, incentivando o usuário a se envolver no projeto

terapêutico, participando diretamente das atividades do serviço, nas reuniões, assembléias, nas associações de usuários, técnicos e familiares, trazendo dúvidas, sugestões. A participação pode acontecer tanto nas atividades internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. (BRASIL, 2004).

A Portaria /GM nº 251/2002 constitui-se como mais um dispositivo na mudança das relações entre os serviços de saúde mental e a família à medida que prevê, no desenvolvimento dos projetos terapêuticos, o preparo para o retorno à residência/inserção domiciliar e uma abordagem dirigida à família no sentido de garantir orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento.

O atendimento aos familiares é uma das formas para que as famílias participem, conheçam o trabalho dos CAPS e passem a se envolver ativamente no processo terapêutico. Neste sentido, a família ganha visibilidade como protagonista, parceira dos serviços e co-responsável no provimento de cuidados do portador de transtorno mental.

Além disso, o avanço dos conhecimentos e entendimento de que os fenômenos humanos comportam uma multiplicidade de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos e éticos, inter-relacionados entre si, possibilitou mudanças na assistência às pessoas em estado de sofrimento psíquico. Essas puderam ser compreendidas na totalidade de sua condição existencial. E, o sofrimento, antes tomado apenas como algo individual, passou a ser visto como parte de um contexto onde outras pessoas estão envolvidas e também merecem cuidado e atenção.

No CAPS Ponta do Coral, na sua maioria, os profissionais afirmam que existe atendimento familiar, com ressalvas de um deles que referiu não existir atendimento familiar sistemático e outro que observou que existe atendimento familiar individual. As falas relacionadas expressam de que forma a família participa no tratamento do seu membro no CAPS.

A família participa não como uma preconização ou uma exigência do serviço; o que eu tenho visto é que a família participa aqui no CAPS na medida em que há uma necessidade, quando há necessidade do serviço conversar com a família ela é incluída, quando há uma necessidade da família pelo serviço ela procura, mas não é uma rotina todas as pessoas que vem aqui a família ser atendida, as vezes o usuário não quer saber da família, as vezes a família não quer saber do usuário e assim sucessivamente, ou seja, a família participa na medida que temos a clareza da necessidade, mas não é uma prática oficial do serviço (GIRASSOL, 20/3/2006).

Alguns casos sim, em alguns casos eles vem para a reunião mensal da Regional, ou vem para uma consulta com a psiquiatra, ou vem pra trazer o usuário que não consegue ainda vir sozinho, mas é muito restrita a

participação da família, normalmente ela vem mesmo quando a coisa está apertando, quando o usuário surtou, não está conseguindo segurar, quando ele está já nas últimas (LÉLI, 4/4/2006).

Os profissionais que afirmam a existência da participação da família no tratamento explicitam como esta acontece e como se dá o atendimento no serviço, observando o cuidado que existe em atender a família e o usuário juntos.

Sim, tem alguns usuários que vem acompanhado de familiares, as vezes nós chamamos a família, quando existe necessidade, e isso acontece assim no cotidiano, conforme realmente surge a necessidade; geralmente há uma relação muito conflituosa entre o usuário e família, geralmente o familiar mais próximo, referência mais próxima e aí a gente intervém, mais ou menos com dois objetivos, assim, um de pensar essa relação conflituosa, o que pode ser negociado aí pra viverem melhor, pra ter mais qualidade de vida nesse ambiente, que moram juntos, e o outro pra poder então capacitar, colocar elementos pro familiar sobre o tratamento, sobre os transtornos mentais, pra que ele possa ser um cuidador também, o que ele é, pra que ele possa se qualificar; então, uma outra coisa que eu penso é que esse atendimento familiar ele sempre tem que privilegiar a participação do usuário porque fica complicado falar do usuário sem ele estar presente (VIK, 24/3/2006).

Sim, a família participa, claro, na medida de cada caso; em geral, assim, a gente tem a disponibilidade de atender a família, então, muitas vezes, precisa de o paciente vir com a família em várias situações, e esse atendimento é dado; o grupo de família, também está tendo o grupo de família, as vezes é dado (o atendimento) a família daquele paciente; mas sempre a gente tem o cuidado de receber a família e atendê-la junto com o paciente, nunca assim..., não gerar essas fantasias perseguitórias por parte do paciente “tá falando o que de mim”; isso é mais ou menos quase uma regra aqui no CAPS, a gente atende junto com o paciente (P, 17/3/2006).

Os trechos das entrevistas relacionados a seguir descrevem as formas criadas pelo CAPS para oportunizar a participação da família no tratamento. Alguns profissionais referiram-se a um grupo de famílias que chegou a ser iniciado, mas que pela falta de adesão e outras dificuldades não funcionou mais.

Um pouco assim, o acolhimento na segunda-feira é um espaço que a família pode participar junto com o usuário pra relatar como é que foi o final de semana e pra relatar e como estão as atividades no CAPS; o outro espaço são as reuniões das Regionais de equipe, fora o trabalho individual, que, assim, eu acabo chamando muitas vezes, eu quero atender você na presença de um familiar, as vezes você precisa até forçar nesse sentido, de que a família compareça, faço cartinha, mando e aí atendo em consulta individual, mas não em grupo, não é uma abordagem psicoterápica, é mais no sentido de psicoeducação do que de terapia (J, 22/3/2006).

[...] existe um planejamento pra se atender família, um grupo de familiares a serem atendidos por psicóloga [...]; então, as formas criadas para oportunizar a participação da família é justamente quando ela vem, acompanha, que é aberto para os familiares participarem das oficinas junto com o usuário, então, sempre tem essa oportunidade e grupos específicos pra famílias que estão se tornando real (GIRASSOL, 20/3/2006).

É mais ou menos como eu te falei; então, assim, as vezes a gente chama pra um atendimento individual, e também ela participa dos eventos acontecidos aqui no CAPS, promovidos pelo CAPS, de festas, geralmente o dia nacional da Luta Antimanicomial, quando a gente comemora, que faz uma confraternização, as festas sempre tem a presença de familiares também, festa de natal, festa junina (VIK, 24/3/2006).

As reuniões das Regionais por exemplo, uma vez por mês, e tem alguns técnicos que fazem reuniões com as famílias, discutindo, por exemplo, aquele usuário em que a família está implicada diretamente, tem problema com a família, então chama a família pra trabalhar; já teve grupo de família, mas foi fechado porque as pessoas ficaram um tempo, mas as famílias, segundo as técnicas que fizeram, muito pouco se apropriavam, vinham, se utilizavam desse espaço (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre este aspecto, cabe destacar que o deslocamento do eixo da compreensão do problema individual para o familiar/social, que tem como consequência o acolhimento da família como uma unidade que necessita de cuidado tanto quanto o paciente individual, pressupõe um novo olhar sobre as possibilidades das famílias para enfrentarem suas crises e atuarem como suporte terapêutico. Nessa perspectiva, se impõe a necessidade de não só reconhecer o atendimento ao grupo familiar, mas de oferecer uma atenção singular que leve em conta, por um lado, as especificidades de cada família, considerando a história, a estrutura, a dinâmica, bem como a inserção desta no contexto social. Por outro lado, deve-se avaliar a realidade e as possibilidades das famílias para usufruírem das formas de atenção que lhes são propostas (MIOTO, 1998, pp. 25-26).

Nesta direção, dois dos participantes da pesquisa identificaram como uma das dificuldades em realizar o atendimento familiar, a falta de profissionais qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades, conforme pode ser observado nas falas a seguir.

A maior dificuldade que eu vejo é que não existe ninguém capacitado aqui dentro para lidar com a família, é claro que, assim, eu faço um atendimento com o usuário a família vai estar junto eu vou estar explicando, mas quando você vai pensar em trabalhar com a família, trabalhar no sentido psicoterápico, isso não existe, agora informar a família, tentar com que a família faça parte do planejamento, a gente

tenta e incentiva, estimula que eles venham nas reuniões das Regionais, mas o que eu percebo, assim, a equipe ela é muito pequena pra dar conta de tudo, então a maioria das vezes o paciente chega, a família está ali fora, mas todo mundo tem a sua atividade, estão todas na oficina e isso me sobrecarrega muito porque eu tenho que dar conta de tudo, inclusive da família que chegou, do atestado que está faltando, e a família que quer saber porque que o remédio..., mas não existe um espaço pra ela, não existe um espaço que acolhe a família (J, 22/3/2006).

Profissionais qualificados, eu acho que necessita de profissionais que tenha um pouco mais de experiência, de conhecimento pra estar lidando com família, que toda a família tem sempre os seus nós górdios, tem sempre questões de fundo, que as vezes precisa de um certo conhecimento, experiência pra estar lidando com isso; até que ponto é vítima ou réu, então, acredito que profissionais que tenham experiência, que tenham a qualificação teórica, [...] possa estar oportunizando uma melhor relação no atendimento CAPS com família, então, a qualidade do profissional para estar realizando essa participação (GIRASSOL, 20/3/2006).

Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que é um transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, foram relatados pelos profissionais.

Acho que tem uma junção, eu acho que tem uma coisa primeiro que é o entendimento, a família, muitos familiares, querem deixar o usuário aqui, e querem fazer sua vida, até por questão de sobrevivência; o que eles alegam muito é que eles precisam trabalhar, então não pode faltar ao trabalho uma vez semana pra poder estar aqui porque mesmo que tenha atestado pra poder estar aqui, acaba perdendo o trabalho, não tem como justificar; e a outra questão é o próprio entendimento de que é na família o espaço em que o usuário pode ser tratado, porque a idéia de tratamento é uma idéia também que se direciona, que acaba sendo entendida como médica, hospitalar ou clínica, ou então, agora tem o CAPS; e o lugar de tratamento, digamos tratamento como restituição, como reinserção, também é na família (LÉLI, 4/4/2006).

É, chega um momento que as vezes de fato a relação se esgota, assim, são tantos conflitos, são tantas brigas, tantas dificuldades de convivência, de relacionamento, que já vem desde a infância, que chega em momentos quando, geralmente, o usuário tem as primeiras crises, isso gera um isolamento, assim, o usuário fica isolado nesse ambiente, nesse contexto familiar, realmente é muito difícil; as vezes tem uma mãe muito controladora e que aí o usuário não quer muito aproximação do serviço com essa referência porque o serviço passa a ser então um lugar de acolhimento pra ele que ele não tinha até então, porém, a gente busca a família, pra que a família possa cumprir essa função da referência (VIK, 24/3/2006).

Neste sentido, deve-se considerar que no contexto brasileiro, pela própria ausência ou precariedade da intervenção estatal por meio das políticas públicas de corte social, a família torna-se a principal garantidora da reprodução da força de trabalho. As famílias, para suportar, todas as funções que lhes são atribuídas e enfrentar as situações de risco social, buscam dividir com o Estado o encargo dos cuidados com seu ente enfermo. Mesmo assim, configuram-se, para elas, condições deficitárias de atendimento, em particular no caso da atenção em saúde mental (ROSA, 2003, p. 192).

Na seqüência, o entrevistado realiza uma análise das várias situações singulares e sociais que envolvem as dificuldades do serviço, das famílias e dos usuários, em realizar um tratamento integrado na relação usuário/família/CAPS.

Então, também envolve vários aspectos, eu vou apontar alguns; assim, em primeiro lugar, a gente vê que boa parte das famílias vê o CAPS como um lugar pra poder deixar o seu familiar, é um lugar onde ela não vai precisar cuidar dele durante um certo tempo, então, eles até participam de algumas entrevistas iniciais, hoje, por exemplo, eu tenho uma (entrevista inicial) que a pessoa veio sozinha, não veio família; é bastante freqüente que venha o usuário sem acompanhante familiar algum, esse é um aspecto, a família de uma certa maneira toma o CAPS como um lugar pra deixar o seu familiar, nós por outro lado, não criamos estratégias pra fixar essa família, pra trazer essa família mais perto; tem um grupo de família que funciona de maneira meio irregular, mas que a gente vê cada vez mais a necessidade de tornar isso algo mais organizado, poder atender a família, a gente faz o acompanhamento com família, geralmente, quando há um pedido específico ou do usuário ou da própria família, aí a gente procura fazer, mas é mais individualizado, é uma questão mais individualizada, e há também, por parte dos usuários há o desejo de que a família não participe, isso ficou muito evidente na organização da associação, que é uma associação de usuários, familiares e técnicos, e quando a gente estava organizando a associação, toda vez que se falava na participação dos familiares havia uma certa resistência por parte dos próprios usuários que os familiares participassem; a gente entende isso como uma maneira de buscar uma certa autonomia, uma certa distância dessa família, que é, as vezes, bastante complicado de fato tê-los muito próximos, aí precisa de um outro tipo de abordagem, não dá pra incluir, como a gente fazia no início por exemplo, a gente fazia grupos de usuários e familiares, mas a família atrapalhava mais do que ajudava nesses grupos, aí a gente resolveu começar a separar, deixar o espaço específico para o usuário, porque a família vinha e tomava o espaço, e falava, e ficava reclamando da pessoa, do que ele não fazia, de todas as dificuldades etc..., então, a gente achou melhor botar um pouco uma barreira, botar um filtro ali pra que tivesse espaço do usuário e que ele pudesse aproveitar isso da melhor maneira possível (F, 12/4/2006).

No entanto, cabe destacar que, numa visão mais abrangente e totalizante, a família é entendida, no cerne das condições de reprodução social do portador de transtorno

mental, como um sujeito que procura reconstruir relações cotidianas, criar novos sentidos, manter e fortalecer laços de sociabilidade. É percebida, positivamente, em suas possibilidades, potencialidades e recursos, como elemento fundamental à manutenção do poder contratual, à autonomia e à emancipação do portador de transtorno mental (ROSA, 2002, pp. 152-153).

As falas relacionadas a seguir apresentam a compreensão dos entrevistados com relação às possibilidades da participação da família no tratamento, e as dificuldades do CAPS em realizar esse tipo de atendimento. Um deles argumenta que o acompanhamento à família é essencial para minimizar os efeitos da convivência com o portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Acho que o atendimento familiar assim como ele pode ter dificuldades ele também pode te ajudar um monte, então, assim, tem os dois lados, as dificuldades eu acho que é porque também ele vai estar trazendo, vai sobrecarregando com mais, digamos assim, mais queixas, vai estar trazendo.., as vezes nem está relacionado ao usuário os problemas e as situações, embora eu acredito que na maioria das vezes ela ajuda, ela ajuda porque é que está convivendo com o usuário lá fora o tempo inteiro, que tem mais os dados, quem pode inclusive, ah! ele está muito sedado, vamos tirar esse remédio, esse remédio só faz mal, então, a família se ela não é bem orientada ela acaba, assim, tentando fazer o bem ela acaba fazendo o mal pro paciente, ah! não aquela atividade lá, ficar só batendo palminha, musiquinha, aquilo lá não vai ajudar você, é melhor eu.., vou te colocar de novo na escola porque se não você não vai trabalhar nunca, então todas as ansiedades da família, que se elas forem bem trabalhadas o usuário só tem a ganhar, agora, as dificuldades é: um espaço em que essa família seja acolhida, que ela seja realmente trabalhada e uma equipe, a formação, alguém com formação pra fazer isso, isso não tem (J, 22/3/2006).

Eu acho que o acompanhamento com a família ele é extremamente necessário pra elaborar a imagem que essa pessoa acabou deixando pra essa família; a família ela ainda tem uma imagem, ela tem o imaginário social em relação o que ela de repente produziu; então, há uma necessidade de se ter um acompanhamento com os familiares pra estar elaborando as relações, o dia-a-dia que ela tem com o portador de transtorno mental; as vezes se investe muito em acompanhamento com usuário e não se investe muito no acompanhamento com a família, a família está sobrecarregada, tem que se discutir a questão dos encargos familiares, porque as vezes ter um portador de transtorno mental junto com a família é extremamente estressante, e as vezes a família acaba colocando o portador de transtorno mental no hospital pra descansar, porque as vezes é complicado, tem um portador de transtorno mental que canta o dia inteiro, ou que não dorme durante a noite, dorme de dia, ou que quer ver televisão a todo momento, ou que fica conversando com a vizinhança a todo o momento, tem o portador de transtorno mental que com o seu sofrimento incomoda muito a família, então, tem de haver um profissional articulado ou apaziguador ou que provoque alguma

resolução nessa prática; [...] se não dá pro portador de transtorno mental morar com a família então que se haja (encontre) um espaço harmônico, mas a família tem que ser acompanhada sim (GIRASSOL, 20/3/2006).

Entre as dificuldades que os profissionais identificam na (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e estigma da loucura, ainda presentes no imaginário social das pessoas. Relacionamos na seqüência as respostas dos entrevistados, nas quais é expressa a relação com alguns dos aspectos enfrentados no cotidiano da vida dessas pessoas, em suas relações com a família, as instituições e a sociedade.

Em primeiro lugar a dificuldade de a família compreender o que a pessoa tem, pelo que ela passa, muitas vezes, a idéia é de que é um vagabundo, que o cara não quer trabalhar porque é vagabundo, não quer fazer nada só quer ficar em casa fumando, na frente da televisão porque é vagabundo; então, tem essa dificuldade de poder dar ou ter um certo olhar pra essa pessoa, pra esse usuário que não seja esse da discriminação; tem também o medo, o medo de que essa pessoa venha cometer algum crime, que é um pouco o mito da loucura, é o que envolve o mito da loucura, de ser alguém que é imprevisível e violento, o mito da loucura está muito marcado por isso, muitas vezes a família vem contaminada por isso, eu atendo uma mãe, por exemplo, que apesar de ser uma pessoa que contribui muito, mas ela tem medo do filho, ela tem medo, e ela reconhece isso, diz isso claramente, ela tem medo, agora menos, depois de um tempo isso está começando a se flexibilizar, ela está começando a entender um pouco diferente, mas ela tinha muito medo do que esse filho poderia fazer com ela, então, isso é algo que é bastante comum, mas isso é uma dificuldade; o outro aspecto da resistência é a idéia de que ele se tornou uma pessoa inútil, o usuário se tornou uma pessoa inútil, porque ele não pode trabalhar, que nunca vai fazer nada a não ser ficar como um louco, ficar como uma pessoa que não pode assumir responsabilidades, que não contribui, o aspecto financeiro é um problema; o Programa de Volta pra Casa não resolve isso integralmente porque ele é destinado pra pessoas que estão no mínimo há dois anos internadas, então, aqueles que não tem internação prolongada não têm acesso a esse recurso, então, ele passa a se tornar um peso econômico pra família e aí todos os outros problemas que são decorrentes disso (F, 12/4/2006).

Muitas vezes ele acaba sendo o membro da família rechaçado, ele tem o quartinho dele no fundinho. Bom, eu acho que é o próprio estigma de ter um doente mental, tem ah ele é doente mental, deixa ele quietinho lá porque se não ele vai incomodar, vai surtar, vai xingar e, que vergonha, aí os vizinhos; então, é o estigma do usuário, do paciente com transtorno mental, como muitas famílias não entendem elas tem até crenças de que isso é o demônio, isso é um castigo, ou é porque ele era uma pessoa ruim na vida passada, então, vem com mil, vamos dizer assim, explicações, que só atrapalham e impedem que aquilo seja encarado como..., ok isso aí é uma doença, e como é que a gente vai

fazer pra ajudar e tratar isso; então, os conhecimentos, a ignorância nesse sentido, [...] uma parte eu acho que seja pelo próprio desconhecimento do que é um transtorno mental, e do estigma de que o louco é o que rasga dinheiro e, enfim, isso dificulta, e aí quando você não tem um suporte pra dar à essas famílias aqui dentro, você só reforça lá fora esse estigma; então, claro, a pessoa chama a atenção da população, os pacientes que conseguem lá fora trabalhar e não ficar só dentro do CAPS, então, as oficinas que possam vir a dar renda, que elas sejam trabalhadas lá fora, até pra lá fora você convive com eles, percebe que eles não são os loucos que rasgam dinheiro, saem quebrando tudo e matando todo mundo, esse é o medo da população e acaba sendo o medo da família (J, 22/3/2006).

A questão da diferença do “louco” para o “não louco”, que na sociedade capitalista, é determinada pela relação produtivo/não produtivo, ou seja, aquele que detêm poder de consumo e aquele que não tem poder de consumo, também foi expressa pelos profissionais entrevistados como uma das dificuldades para a (re)inserção social do portador de transtorno mental, na família e na sociedade.

Eu acho que os limites do usuário; tem a coisa do preconceito, da loucura, ele, o usuário, ele não é alguém produtivo na família, ele não leva dinheiro pra casa, ele, ao contrário, ele só gasta, ainda tem que buscar remédio, ele dá mais trabalho ainda, ele não é produtivo, de maneira geral, então, isso já agrega um preconceito maior ainda, além de ter o preconceito da loucura, de ser..., enfim, alguém que tem uma “deficiência”, alguém que é muito dependente, ainda tem isso, então, ele não soma nada à família a não ser o incomodo; daí, geralmente, é uma mãe que até acolhe, ou pai, por questões afetivas, mas sempre está lidando com esse limite do usuário; tem famílias que não querem, tem muitas famílias carentes que não querem mais um problema, e quando a pessoa, então, saiu da família, que foi internada, e ficou um longo tempo fora, a família já se estruturou de forma a não contar com aquele usuário, então, já não conta mais com ele, passou três, quatro, cinco meses, aí vem uma pessoa trazendo toda uma dependência e que não é somar, ou as vezes as próprias crises dentro de casa, então, é difícil um cara que faz xixi no chão, um cara que toma um café e deixa sua xícara, um cara que quebra, que uma vez por mês quebra tudo, que bate nas pessoas dentro de casa, ninguém tem essa tolerância, tem que ser mais de uma pessoa pra suportar e, as vezes, uma pessoa, que é a mãe, suporta, mas os outros irmãos não entendem, não conseguem lidar com a questão, que é difícil mesmo, o nível de dependência, os limites, o risco que, enfim, pode correr o usuário (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Rosa (2003, p. 192), a família, apesar de procurar dividir com o Estado as demandas de cuidado do portador de transtorno mental, ainda é o principal agente responsável pelo seu provimento. Para implementá-lo, na divisão sexual do trabalho do grupo doméstico, seu ônus recai sobre a mulher. Todavia, diferente das demais

enfermidades, o transtorno mental se particulariza pelo fato de seu portador não se reconhecer como enfermo e por seu prognóstico figurar como uma incógnita, sem ter uma temporalidade previsível. Desta forma, em geral, o provimento de cuidados e o tratamento tornam-se impositivos para o portador de transtorno mental, que pouco colabora conscientemente no seu processo de recuperação. Por sua vez, o provedor de cuidado, com frequência a mulher, mãe, tem que ter uma disponibilidade de tempo, periódica ou indefinidamente, para exercer o seu papel. E, para satisfazer as necessidades individuais do portador de transtorno mental e as exigências de sua enfermidade, a mulher, mãe tem seu espaço de vida invadido, seus projetos de vida obstruídos pelas necessidades de prestar cuidado.

3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares

No contexto da Reforma Psiquiátrica, as organizações de usuários, técnicos e/ou familiares tem cumprido um importante papel na mudança do modelo assistencial em saúde mental, participando ativamente das discussões sobre os serviços e promovendo atividades que visam maior inserção social, geração de renda e trabalho e a garantia de direitos sociais. Essas associações constituem-se em importante instrumento de promoção da saúde e da cidadania de todos os envolvidos (BRASIL, 2004)

O CAPS Ponta do Coral conta com uma associação de usuários, familiares e técnicos. Apesar de estatutariamente estar prevista a participação e filiação de familiares e técnicos, atualmente, na prática, esta se tornou, efetivamente, uma associação de usuários. Em gestões anteriores, já teve em sua diretoria a participação de técnicos do serviço. Atualmente, dois técnicos acompanham as atividades desta, mas a diretoria da gestão atual (2006) é composta somente por usuários.

Com relação a participação dos usuários no planejamento das atividades do CAPS, os profissionais referem que esta acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, realizada semanalmente, na qual são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Contudo, os entrevistados observam que

existem dificuldades em realizar um processo de planejamento das ações do serviço, seja por particularidades dos usuários, seja por limitações e/ou problemas institucionais.

Assim, existem alguns espaços em que essas ações são tomadas em conjunto, a assembléia dos usuários, aqui é feita de terça-feira, em que é discutido desde a limpeza, o lanche, qual é o próximo passeio, o que vai ser de reunião, o que está sendo feito, quais são os informes em relação a saúde mental, em relação a congressos, encontros, comissões. O que eu percebo é que embora isso seja estimulado há pouca, baixíssima, aderência e quando há, em geral, são daqueles mais saudáveis no sentido de que de repente nem seriam usuários CAPS, mas eu acredito que isso seja também o próprio sintoma, de a dificuldade de lá fora conseguir um emprego, a dificuldade de iniciar uma atividade, iniciar um curso, é também pra se engajar na própria luta deles; o que eu percebo é que a família, em geral, quando pega isso vai adiante, os usuários tem poucos estímulos próprios, vamos dizer, pra continuar, pra se manter; então, na reunião da Comissão Ampliada²¹, aí participa um, mas depois a semana que vem já não vem; então, são poucos os que realmente conseguem dar conta, eu coloco a palavra no sentido de ser capaz para, tem essa dificuldade, eu acho que é própria condição (J, 22/3/2006).

Então, a gente procura estabelecer parcerias com a associação porque tem muitas coisas que pelo fato de a gente estar submetido a um organograma e a hierarquia, e aí os limites do serviço público, a gente não pode fazer; por exemplo, a questão da venda do material das oficinas, isso é algo que o CAPS não pode assumir, por conta mesmo da legislação que impede a gente de fazer esse tipo de atividade; então apesar de ter uma participação grande, o material vendido é o material das oficinas do CAPS, mas quem faz essa tarefa é a associação, é a associação que se encarrega da venda, de levar o material, de receber dinheiro etc.; além disso a associação se tornou efetivamente uma associação de usuários, apesar de o estatuto dela prever a participação e filiação de familiares e técnicos ela é uma associação de usuários na prática, e como articuladora de um projeto político e de reivindicação dos direitos do usuário dos serviços de saúde mental, como um instrumento pra viabilizar inserção no mercado de trabalho por exemplo, parece que são essas as funções da associação; com os usuários o que a gente tem é uma assembléia semanal onde são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; esse aspecto do planejamento da atividade ele de fato não tem a participação dos usuários até porque nem nós, como te falei no início, o nosso planejamento também é meio caótico, assim, a gente não tem um processo organizado de planejamento pra um ano ou mesmo pra seis meses, então, aí os usuários não chegam a participar desse planejamento, eles participam sim da discussão do funcionamento que é na assembléia,

²¹ A Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental (CPASM) é uma instância do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, criada através da Resolução N°1/CMS/2006, cuja finalidade é assessorar o plenário do conselho no que compete a formulação, implantação, implementação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas, ações e projetos em Saúde Mental, assim como prestar assessoria técnica ao gestor municipal. A CPASM é constituída por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde, e usuários e familiares da saúde mental (nota da pesquisadora).

que é toda semana, e aí se trata das coisas do dia-a-dia, é mais cotidiano (F, 12/4/2006).

A presença e participação dos usuários nas discussões e no planejamento das ações pertinentes à saúde mental vêm se ampliando progressivamente nos últimos anos. O processo de inserção inicia-se com o protagonismo dado ao sujeito na definição de seu projeto terapêutico, estende-se na organização de associações e na representatividade destas nos fóruns deliberativos (Conselhos de Saúde, Conferências, Comissões de Saúde Mental), e na participação em eventos científicos e espaços de militância política pertinentes à área da saúde mental. Essa é uma das formas em que a condição de cidadão dos portadores de transtornos mentais é resgatada. Segundo Rodrigues (2005, p. 80), “a participação política e militância de usuários e familiares em instâncias deliberativas ganham efetividade quando politicamente organizados”.

Neste sentido, a construção coletiva do protagonismo requer a saída da condição de usuário-objeto e a criação de formas concretas que produzam um usuário-ator, sujeito político. Isso vem ocorrendo através de inúmeras iniciativas de reinvenção da cidadania e *empowerment*, como atenta Vasconcelos (2000b), por meio de intervenções via associações de usuários ou de cooperativas sociais, ou ainda da participação política de tais atores nos mais importantes fóruns sociais de formulação de políticas da área, tal como nos conselhos de saúde e comissões de saúde mental.

Nas falas que seguem, os participantes da pesquisa destacam as dificuldades encontradas na organização, na articulação e no funcionamento da Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral²², bem como seus objetivos e principais lutas políticas por direitos.

Assim, eu acho que os usuários têm esse espaço da assembléia junto com os técnicos. É um espaço interessante, onde eles podem estar opinando, mais do que o da associação; o da associação é muito mais difícil de levar adiante; eu também já fiquei um tempo ajudando a associação, já fui até, uma época, da própria gestão, da própria diretoria, e a gente tem

²² Importante estudo sobre a Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral foi realizado por Rodrigues em dois trabalhos: RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral: desvelando sua significação**. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004; e RODRIGUES, J. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

que estar puxando muito como técnico, parece que deixar por conta deles a coisa não anda e, as vezes, a gente vê que fica mais um desejo nosso de que as coisas aconteçam do que deles; então, a assembléia pelo menos é um espaço que eu ainda acho que se consegue ter uma presença, agora a presença dos familiares no planejamento é muito pequena, poucos que vem, vem um ou outro, pai de alguém; dos usuários, eu acho que é mais nesse espaço da assembléia que acontece (P, 17/3/2006).

Os usuários, nós temos a assembléia dos usuários; então, na assembléia se discute algumas questões, por exemplo, as vezes o planejamento, funcionamento da casa, por outro lado nem tudo é discutido na assembléia, [...] tem uma atuação limitada, ela não é totalmente participativa. A associação, ela tem histórias de altos e baixos; teve momentos que a associação tinha uma diretoria, mas ninguém participava, não se articulava; tem momentos que a associação se integra mais, quando ela se integra a coisa fica também mais rica; nós temos aproximação, por exemplo, na questão do vale transporte, as reivindicações, sobretudo do vale transporte, de veículos pra passeio, pra participar de um evento, muito mais do que planejamento das ações, digamos assim, mais no sentido de luta por direitos e reivindicações (LÉLI, 4/4/2006).

A associação de usuários possui cinco objetivos: controle social, ajuda mútua, suporte mútuo, defesa dos direitos, geração de renda; em cima desse objetivos a associação realiza seu movimento e sua luta. Em termos do papel dos usuários no planejamento das ações do CAPS seria discutir esses objetivos em relação ao CAPS. Hoje, o que acontece, a associação de usuários acaba discutindo um pouco mais controle social; ela expressa a representatividade dos usuários na luta social, na dignidade humana, e também na geração de renda; outra coisa muito importante que a gente fala é a luta contra o preconceito, então, a associação ela participa mais nesse sentido, controle social, geração de renda e luta contra o preconceito no CAPS; esse é o papel dos usuários, realizar o controle social, participar da geração de renda e a luta contra o preconceito; a luta contra o preconceito significa realizar teatro, levar pras Academias, levar pra comunidade, mostrar que a história do louco no imaginário social das pessoas ela é transformada, pode-se reverter isso, e isso se reverte com música, cultura e arte (GIRASSOL, 20/3/2006).

O papel da associação no planejamento, é porque assim, a associação ela não é o CAPS, ela é uma entidade separada, a assembléia é uma assembléia geral do CAPS, é um mecanismo facilitador da participação dos usuários e técnicos na gestão do serviço; a associação é uma entidade, sem fins lucrativos, que foi criada e pensada pra que os usuários e familiares se organizem pela luta da política, pela luta da implantação da política de saúde mental, pela luta dos direitos, pela luta da implantação da Reforma Psiquiátrica, pela melhoria do serviço, então, assim, a associação ela caminha, mas ela é muito nova e aí se é muito nova tem uma estrutura um pouco frágil, então assim, a tua pergunta é se ela participa das ações do CAPS, ela participa sim, tem um elo de participação aí, tem um canal de participação, mas é frágil, é muito frágil, eu penso que é muito frágil porque aparece pouco (VIK, 24/3/2006).

Rodrigues (2005, pp. 81-82) destaca que as associações de usuários, enquanto dispositivos, possibilitam uma atitude política que oferece visibilidade ao usuário como ser cidadão e não apenas como portador de um transtorno. Segundo o autor, quando o usuário passa a ver, sentir, e ver sentido em suas ações associativas, sua prática organizativa torna-se efetiva e com empenho. Por isso, as associações precisam desenvolver estratégias mais amplas de adesão, visando revigorar seus quadros associativos. Nesta direção, a profissionalização e formação política dos dirigentes é vista como uma possibilidade para estimular a participação.

A compreensão das associações civis como relacionadas e condicionadas pelas associações políticas leva ao entendimento de que há uma sinergia entre a sociedade civil e a democracia política. Segundo Fleury (2004), a dimensão cívica da cidadania diz respeito à condição de inclusão ativa dos cidadãos à comunidade política, compartilhando um sistema de crenças com relação aos poderes públicos, à sociedade e ao conjunto de direitos e deveres que são atribuídos ao status de cidadão. Como dimensão pública dos indivíduos a cidadania pressupõe um modelo de integração e de sociabilidade, que transcende os interesses egoístas do indivíduo no mercado, em direção à uma atitude generosa e solidária.

A fala a seguir relaciona algumas dificuldades cotidianas vivenciadas na e pela associação de usuários do CAPS Ponta do Coral. Apresenta algumas possibilidades de atuação deste tipo de organização da sociedade civil, tanto com relação a parcerias com outras entidades, para o desenvolvimento de ações que visem a profissionalização e inserção no mundo do trabalho, quanto no processo de politização e conscientização de seus usuários com relação aos direitos de cidadania.

Eu acho que ela tem um papel relevante, a dificuldade é de incrementar esse papel relevante; os familiares vêm muito poucos; bom, talvez a gente não esteja também instigando, muitas vezes a gente convida, mas eu acho que, também, as vezes, falta um pouco de investimento da equipe para que os familiares estejam mais no CAPS; agora, a associação poderia fazer muitas coisas, desde convênios para cursos com esses órgãos que a gente tem, SENAI, SESC; poderia tentar uma penetração, mas isso seria uma outra realidade a ser criada; cada vez que entra uma gestão nova, a gente diz quem sabe agora; desde as pequenas coisas, até divulgar a lojinha aqui, é difícil, a gente uma vez fez uns folders pra distribuir aqui na vizinhança, uma vez a gente tentava vender as verduras que produzia, não conseguia muito, conseguia ali, vendia uma ou outra; agora em termos de espaço de fazer política eu acho que ela tem um peso, deveria realmente crescer, por mais que as pessoas tenham dificuldades; eu acho que tem que continuar existindo, tem que continuar batalhando para que eles possam estar assumindo um pouco

mais esse papel político, essa conexão com outras instâncias da sociedade; por exemplo, na questão até de trabalho, de poder a associação também ajudar nessa abertura de espaços de trabalho; teve uma vez que tentaram no Angeloni (supermercado), depois quando souberam que era portadores de transtorno mental não quiseram; eu acho que a gente precisava mostrar um pouco pra sociedade o que é o paciente psiquiátrico; assim, através desses recursos, não dá pra esperar vamos pra mídia, porque, assim, tem umas coisas que são boas, ótimas, mas são meio ideais, a gente tem que tentar começar com essas pequenas coisas que pode fazer: divulgar a lojinha, sei lá, fazer um contrato lá com o CIC pra fazer cursos, por exemplo, de pintura, coisas que são mais próximas da realidade exequível (P, 17/3/2006).

Para Rodrigues (2005) dois aspectos são importantes para compreender as dificuldades de falta de adesão e continuidade na participação dos membros da associação. Um deles refere-se aos elementos motivadores para a participação. Neste caso, é preciso considerar que a prática política de militância possui seus campos de conflito e tensões, que dentro da especificidade da loucura pode não conferir uma participação freqüente. O outro relaciona-se ao significado da associação na vida dos integrantes. Muitos usuários vêem a associação como possibilidade de geração de recursos financeiros, haja vista que o fator trabalho/vínculo empregatício é algo marcante na vida dos portadores de transtornos mentais, em decorrência de a maioria não possuir fonte de renda própria.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacaram o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário.

A primeira delas é a questão do controle social, a associação tem potencialmente essa função, não só dentro do serviço, mas também nas outras instâncias, conselho municipal de saúde, conselho local, aqui em Florianópolis estamos organizando uma Comissão Permanente, que é consultiva do Conselho Municipal de Saúde, é uma comissão de saúde mental, no estado (SC), a gente tem o Colegiado de Políticas Públicas e Atenção Psicossocial, que tem representação dos usuários; então, novamente, na questão da defesa dos direitos, na questão do resgate da cidadania, as vezes nem é resgate porque o cara nunca teve cidadania alguma, mas da possibilidade de instituir um certo nível de cidadania; eu vejo que a possibilidade de o usuário poder participar politicamente é algo que tem um efeito sobre a sua dinâmica, como tem efeito sobre a dinâmica de qualquer um que descobre um dia que tem essa possibilidade de participar politicamente, da vida política, e pro usuário de saúde mental isso muitas vezes é uma descoberta que representa uma guinada muito grande na sua vida, então, vamos dizer assim, tem um efeito terapêutico, um efeito clínico nesse sentido, além, obviamente, dos

efeitos políticos que isso representa, mas, mais individualmente tem esse efeito, da articulação com as outras pessoas, enfim, tem uma terapêutica aí que é função, mesmo que não reconhecida, mas é função das associações (F, 12/4/2006).

O principal papel das associações é não tornar que os serviços se tornem manicômios; a associação é a vida, é organização, é luta, é enriquecimento, é sentido de vida; tenho escutado muito de pessoas que tiveram suas vidas arruinadas que quando passaram a militar em associações de usuários passaram a ter um sentido de vida, passaram a conceber a razão da sua existência em vida; então, a principal importância das associações é não deixar que o serviço se torne manicômio, é tornar o serviço um pouco mais rico, com mais vida, é organizar a questão política, é falar em nome dos próprios usuários; então, a importância das associações de usuários é levar a boa nova aos CAPS, levar a boa nova aos serviços de saúde mental, levar a boa nova do modelo psicossocial, ou seja, discutir o controle da loucura, ou seja, a maior importância das associações é levar a discussão da liberdade, liberdade e dignidade dos portadores de transtornos mentais (GIRASSOL, 20/3/2006).

Além do tratamento e dos serviços, eu acho importante que a associação possa se fortalecer enquanto movimento popular de luta pela Reforma Psiquiátrica, que os usuários possam se conscientizar dessa importância de estarem articulados, lutando pela implantação da política, da política de saúde mental sob esse novo paradigma da Reforma Psiquiátrica; eu acho que essa é a maior importância, acho que essa é a maior tarefa da associação; claro que isso se reflete na micro política institucional no próprio CAPS; a associação vai estar lutando, a nossa associação aqui, por exemplo, já lutou pelo próprio vale transporte dos usuários, de ir até a secretaria (Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis) conversar com o secretário e reivindicar enquanto essa democracia representativa dos próprios usuários, técnicos e familiares; pela própria manutenção desta casa na época que houve a questão da construção da via de acesso ao Hospital Infantil, existia um projeto da outra via passar também por aqui, os usuários batalharam que essa casa se mantivesse aqui, que o CAPS se mantivesse aqui e conseguiram; então, acho que essa luta maior de articulação que exige uma consciência política dos líderes que estão na associação, dos usuários como um todo, é que é a grande tarefa da associação, só que isso se faz num trabalho de formiguinha, num trabalho miúdo (VIK, 24/3/2006).

Cabe destacar que o controle social compreende a participação da população na perspectiva da interferência na gestão da política pública de saúde, colocando as ações e serviços na direção dos interesses da comunidade e estabelecendo uma nova relação entre Estado e sociedade. Conforme Correia (2002, p. 212), controle social “é a atuação da sociedade civil organizada na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam às demandas e aos interesses das classes subalternas”.

A III CNSM ressalta a importância do controle social, através dos mecanismos já existentes (Conselhos, Conferências e Comissões de Saúde Mental, organizações da

sociedade civil e movimentos sociais), como forma de garantir o avanço da Reforma Psiquiátrica. Os indicativos da Referida Conferência destacam que o controle social deve constituir-se com a representação dos três segmentos – usuários, familiares e profissionais de saúde, na perspectiva de induzir uma ação de acompanhamento da construção das políticas municipais, estaduais e nacional de saúde mental. As Comissões de Saúde Mental em ação conjunta com os Conselhos de Saúde devem exercer seu papel de controle e fiscalização das políticas públicas, o que inclui o orçamento e a destinação de verbas para a saúde mental, em todos os níveis (BRASIL, 2002a).

A ação da sociedade civil e dos movimentos sociais é ressaltada visando a garantir que os programas de saúde mental não sofram descontinuidade por ocasião de mudanças de gestão administrativa e/ou política. Para tanto, devem ser criadas estratégias para a viabilização de maior envolvimento dos diferentes atores sociais com as questões da saúde mental. Entre estas, destacamos o papel das associações de usuários, técnicos e familiares e dos núcleos estaduais e/ou municipais do movimento da luta antimanicomial, na gestão dos serviços e na fiscalização das práticas de saúde mental (BRASIL, 2002a, p. 142).

3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia

A desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial são dois dos pressupostos teórico-epistemológicos orientadores das práticas assistenciais indicadas na e pela Reforma Psiquiátrica. Tendo isso em conta, perguntamos aos participantes da pesquisa se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas para a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referiram que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras.

As falas relacionadas na seqüência explicitam a percepção dos entrevistados sobre a questão e indicam algumas possibilidades que, segundo eles, poderiam favorecer o desenvolvimento de ações de reabilitação psicossocial.

Em parte sim, em parte; eu acho que como a gente não tem um sistema de avaliação a gente não consegue medir isso muito bem; a nossa intenção é essa, o que não quer dizer que as nossas ações consigam de fato alcançar; acho que a gente poderia fazer mais, a gente poderia ter uma articulação mais intensa e mais constante com outras instituições, com outros sistemas de atenção, além claro da própria rede de saúde, que não existe; em Florianópolis a gente não tem rede, até está se formando, dá pra dizer que está se formando, mas não funciona como rede ainda, efetivamente não funciona; a gente tem pouco contato com a atenção básica, com o PSF, que seria um parceiro importante, a gente tem pouco contato com os outros CAPS também em termos de troca, enfim, com outras instituições de saúde, então, acho que a gente ainda continua isolado, e aí pensar em reabilitação psicossocial com essas condições é um pouco mais complicado; a gente vê alguns efeitos, que a gente mede pelo usuário em si, que é o fato de que ele consegue evitar internação, que ele consegue muitas vezes voltar a trabalhar, sua participação nas oficinas passa a ser bastante diferente, enfim, mas são coisas que a gente não tem um instrumento pra avaliar (F, 12/4/2006).

Eu penso que sim, apesar de que hoje o programa de saúde mental não conta com uma rede completa de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, então, assim, a gente tem essa dificuldade; se existisse isso de forma mais estruturada, de forma mais incrementada seria mais fácil a reinserção social; por exemplo, a gente não tem leitos psiquiátricos no HU, um hospital geral, que já tem um ambulatório de psiquiatria, poderia ter um serviço de emergência, facilitaria, evitaria internações, um mercado protegido, um projeto de geração de renda também não temos, não temos os CAPS territorializados ainda, então, tem uma série de dificuldades colocadas aí que impedem essa reinserção social num tempo menor do que acontece hoje; acho que hoje o tempo que o usuário fica dentro do CAPS ainda é muito grande por conta de a gente não ter essa rede completa, que possa dar esse suporte extra CAPS. [...] eu não sei se isso acabaria institucionalizando, de certa forma sim, mas assim, isso está na pauta, e se isso está na pauta não está institucionalizando, você entende o que eu quero dizer? isso está sendo falado pro próprio usuário, isso está sendo dito pra ele, olha tu já está aqui muito tempo, o nosso objetivo pra ti, nosso projeto terapêutico pra ti seria de tu poder estar fazendo isso, isso e isso lá fora, então assim, não diria institucionalizado porque talvez institucionalizado seria quando a gente não se desse conta disso, ah não isso está rolando, o usuário está aqui há anos, ninguém está fazendo nada, continua na mesma, aí sim estaria cronificando, mas acho que não nesse sentido, de que isso está na perspectiva, a gente está querendo a inserção, a gente está querendo a rede extra hospitalar, a territorialização dos CAPS, só que a gente não tem uma série de elementos necessários pra fazer a reinserção, a política, o programa de saúde mental, aliás ele está sendo implantado, incrementado muito mais agora recentemente (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que sim, mas muito pouco ainda; elas se encaminham, elas têm como ideal, elas desejam, mas na prática isso é muito pouco feito; eu vejo que nesse CAPS a equipe acaba estando muito fragmentada porque faz milhões de coisas também, desde a parte administrativa, parte clínica, oficina, se divide; eu acho que deveria ter a equipe como um todo trabalhar nisso, mas ter também grupos de atuação, como a gente

chama de atuação local, então, ainda para o que necessita está muito pouco assim, muito aquém [...] A primeira proposta começaria via Regionais, nas Regionais; por exemplo, as pessoas iriam para os seus bairros, ver qual é a possibilidade, as possibilidades que existem pro usuário se inserir, mas não só a Regional, poderia ter um grupo mesmo, sair com o usuário, fazer a coisa mais concreta, ela é feita, mas é feito muito pontualmente (LÉLI, 4/4/2006).

Em geral sim, mas tem alguns pacientes que, por exemplo, circulam no CAPS e que não tem nenhuma indicação de estar no CAPS, então ele acaba sendo um lugar de institucionalização ou de capsização. Tem isso; isso acaba acontecendo, mas em geral não é isso; em geral eu acho que todas as nossas ações, o que a gente discute em equipe é até a tentativa de diminuir essa dependência, esse vínculo de dependência, que em algum momento ela pode ser muito importante, mas em outros ela é excessiva e acaba aprisionando o paciente dentro do CAPS, e aí o CAPS passa a ter o mesmo papel e a mesma função do hospital; e como isso é o que eles conhecem, esse repertório é o que se conhece, é mais fácil de se acostumar com ele do que ter uma nova postura, uma postura de que, não, aqui eu vou tomar conta do meu tratamento, eu vou lá fora procurar o que é meu...; não, (o usuário) acaba esperando, ah o que você falar está bom, e aí essa atitude bem passiva, que ela é muitas vezes muito cômoda pra todos nós em muitos momentos, pra uns mais que outros, essa atitude de comodismo, de esperar, é ótimo, e aí isso acontece, acaba acontecendo, embora as práticas, elas tem a idéia de que não seja voltada pra isso; não é o objetivo, mas a gente observa que as vezes é falho (J, 22/3/2006).

Essa pergunta é muito difícil [...]; eu acho que não mudou muito meu olhar, a gente tende a sustentar a institucionalização, a gente não consegue dar alta, o paciente não consegue ter alta, não consegue sair; assim, digo um paciente que realmente talvez esteja até mais comprometido com esse tempo aqui, tem paciente que está aqui desde o início; eu acho que a gente acaba reforçando um pouco isso por mais que a gente tem o desejo de que fosse o contrário; existe uma certa comodidade pro paciente também, aqui ele tem atenção, ele é aceito, não tem assim uma grande briga por ele ficar aqui; então, isso me preocupa muito, eu fico pensando: é uma contradição porque ao mesmo tempo que o nosso trabalho é voltado pra isso parece que a nossa ação acaba revertendo o contrário; a questão da cidadania, a questão da construção de outros laços, criação de outros espaços, eu acho que é muito precária ainda [...]; por isso que eu acho que a gente precisa também de ter formas de avaliação dos pacientes, muitas vezes fica assim um exemplo ou outro que você tem, aquela pessoa foi, está lá trabalhando, talvez ela não tenha também construído um elo tão pesado, tão forte com a instituição, que ela já veio, ficou um tempo, saiu, voltou a fazer outras coisas da vida; eu acho que a gente ainda está institucionalizando mais do que desinstitucionalizando [...] (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p. 14) observam que um dos caminhos mais importantes para o qual aponta a desinstitucionalização é o da criação de novas relações com a loucura. Estas se processam a partir da mudança das relações institucionais internas e de

desmontagem dos dispositivos da clínica e da psiquiatria, mas certamente não se restringe a isto. Novas subjetividades e um novo lugar para o sujeito louco só são produzidos em relação com o social. O trabalho de desconstrução da institucionalização, necessariamente, extravasa o contexto institucional específico, atingindo seu objetivo mais amplo de questionamento das instituições e subjetividades capitalísticas, a desconstrução como transformação cultural. Para os autores, através do trabalho no campo social a desinstitucionalização atinge seu sentido mais abrangente, como processo social amplo e complexo de participação popular, territorialização dos serviços, envolvimento de diferentes atores sociais, e mudança da relação social com o fenômeno da loucura.

Sobre este aspecto cabe destacar que a desconstrução do paradigma da institucionalização e a construção do paradigma da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial envolve um conjunto de ações teórico-epistemológicas e de práticas assistenciais, amparadas por um sistema jurídico-político capaz de criar e garantir direitos aos portadores de transtorno mental. De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (1987), a reabilitação psicossocial é o conjunto de atividade capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários (OMS 1987 apud PITTA, 2001).

Nesta direção, a formulação da política de saúde mental, orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais nos campos da educação, cultura, habitação, assistência social, esporte, trabalho, lazer e a articulação de parcerias com universidades, Ministério Público, organizações não governamentais (ONGs), visando a melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania do portador de transtorno mental (BRASIL, 2002a).

Com o objetivo de saber se existem e identificar quais são as práticas de reabilitação psicossocial desenvolvidas no e pelo CAPS Ponta do Coral, perguntamos aos participantes da pesquisa se existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer. Do total de profissionais que responderam ao formulário, a maioria (66,7%), disse não existir, dois referiram não saber responder, e dois destacaram que existem. Dentre os que responderam que não existem tais práticas, um observou não ter conhecimento, oficialmente, das parcerias, um deles destacou que existem poucas e de acordo com o planejamento terapêutico do usuário, e um outro disse que tem em momentos específicos, mas não de forma contínua. Entre os que

responderam que sim, um referiu-se a experiências muito pontuais como por exemplo o uso da quadra de esportes próxima, e outro identificou parcerias com fundações municipais e estaduais de cultura.

Neste aspecto, os indicativos aprovados na e pela III CNSM ressaltam a necessidade de se priorizar, no âmbito da assistência em saúde mental, políticas que fomentem a autonomia dos portadores de transtornos mentais, incentivando o exercício da cidadania plena. Devem-se buscar parcerias entre o poder público e organizações civis para o desenvolvimento de projetos sociais e comunitários, de geração de renda e de acesso a todos os direitos, que possam funcionar como apoio na (re)inserção social destas pessoas.

No estudo realizado, perguntamos aos profissionais se as práticas assistenciais desenvolvidas no e pelo CAPS possibilitam ao usuário a construção de sua autonomia. Os entrevistados destacaram a necessidade de refletir conceitualmente sobre o que seja a autonomia do portador de transtorno mental, como avaliar a autonomia da pessoa. Referiram que, em geral, o serviço consegue cumprir com a função de estimular o usuário à conquista de sua autonomia.

A questão é discutir o que é autonomia, eu sempre parto do princípio de que autonomia não é independência, autonomia na verdade é a possibilidade de a gente poder ampliar as dependências, que é a vida de todo mundo, ou seja, eu pra viver eu dependo de um monte de gente, um que paga meu salário, outro que falo aqui, outro com quem eu me ligo afetivamente, enfim, eu dependo de uma porção de gente e isso me dá autonomia porque eu posso depender de muitas pessoas e de muitas instituições, muitos sistemas; o problema do usuário de serviço de saúde mental, paciente psiquiátrico é que ele, geralmente, depende ou das mesmas pessoas ou das mesmas instituições, ou seja, a capacidade de autonomia dele está muito reduzida porque ele não tem como circular socialmente, ele ou está sempre dentro de casa ou de casa pra uma instituição, seja ela o CAPS ou hospital psiquiátrico; então, pra mim autonomia é isso, é essa possibilidade de você ir ampliando os vínculos pra que você possa depender de muitas pessoas ou de muitas coisas ou de muitas instituições porque afinal de contas, em última instância, essa autonomia tomada como independência ela é imaginária, ela é irreal, não existe; então, eu acho que a gente consegue isso, a gente consegue ampliar a autonomia dessa maneira, primeiro porque o CAPS acaba se tornando um centro de convivência, então, o efeito imediato é que a pessoa deixa de ficar sozinha ou só com a família e passa a conviver com outras pessoas, esse é o efeito imediato, passa a ter outras relações que muitas vezes se desdobram, saem daqui, as pessoas fazem programas juntos fora, pinta relacionamentos amorosos ou só relação sexual, que seja, mas enfim, é uma oportunidade nova que o cara não tinha, encontrar alguém mesmo que seja só pra transar, então, isso já é um ganho também, já implica na ampliação de autonomia; eu vejo que muita gente aprende a lidar com o serviço público, aprende a correr atrás dos seus direitos, aprende a lidar com outros serviços de saúde, passa a

procurar o posto de saúde onde mora ou passa a ir pegar medicação em tal lugar sozinho, por conta própria etc.; eu acho que a gente consegue essa função, a gente consegue autonomia nesse sentido, mas pode ser melhor, na medida que a gente tiver uma rede, que a gente se inserir nessa articulação com outras instituições, com outras instâncias, a gente consegue fazer isso de maneira mais eficaz (F, 12/4/2006).

Em alguns casos sim, eu acredito que alguns casos quando não há uma limitação interna eu acho que sim, que é possível, através até da participação nas oficinas, nos grupos terapêuticos, da adesão ao tratamento médico; muitos conseguem realmente; passaram por um episódio, uma crise, conseguiram ficar bem e voltar para as suas atividades diárias, eu acho que quando eles aderem ao tratamento, quando há essa adesão, quando eu digo ao tratamento é ao projeto terapêutico deles, e não tem uma limitação, vou colocar entre aspas “uma seqüela” da própria doença muito forte, há essa possibilidade; em alguns outros casos eu acho que é difícil, assim, não é tão fácil medir isso, o que, quem melhora, quem não melhora, aquele que consegue voltar, aquele que não consegue, as vezes alguém que tem até uma doença mais incapacitante consegue, outros não, depende, depende do apoio que ele tem, do externo, da família, ou da própria sociedade, da comunidade em que ele é inserido, isso tudo faz diferença, que tem o background do que ele era antes, isso também faz a diferença, ele consegue resgatar; quando já não se tem muito o que resgatar aí fica mais difícil trabalhar; é individualizada essa resposta, mas eu acredito que em alguns casos sim, consegue essa (re)inserção de uma maneira muito boa e gratificante para os dois, pro usuário e para os profissionais (J, 22/3/2006).

[...] dependendo de como o serviço é gerido, dependo de dentro de que política de saúde mental esse CAPS está inserido, ele pode ao invés de estabelecer uma autonomia, mesmo que ele tenha uma boa vontade de estabelecer autonomia, ele acaba tornando a pessoa mais dependente ainda do serviço; então, é uma grande armadilha a construção da autonomia, não só especificamente pro CAPS Ponta do Coral, mas pra todos os CAPS que eu tenho visto; então, a gente volta novamente na questão da avaliação, novamente na discussão dos termos, eu acho que a questão dos conceitos ela tem que estar muito clara, o que significa cada conceito, eu sempre tenho batido muito nisso; o que é autonomia? É a pessoa ter minimamente condição de governar a sua própria vida, gerir sua própria vida, Ok! a gente estimula a pessoa a fazer isso, trabalha nesse sentido com a questão da autonomia, agora, quais são os parâmetros que nós vamos utilizar pra avaliar essa autonomia, isso a gente não tem muito claro ainda, acho que necessita; então, o CAPS possibilita autonomia, mas ao mesmo tempo não tem uma análise crítica [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Não obstante, cabe-nos destacar que a compreensão sobre autonomia que orienta este trabalho refere-se “a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente”. Neste caso, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas

relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001, p. 57).

As falas relacionadas a seguir destacam como o atendimento no CAPS Ponta do Coral possibilita a construção da autonomia do usuário.

Eu acho que em formas gerais sim, na relação que os técnicos tem com o paciente; agora, as vezes, a gente tem uma postura muito assistencialista em muitas situações, um assistencialismo que acaba prendendo o paciente, institucionalizando; são situações, eu acho que as vezes a gente repensa sobre elas, não foi bem por aí, mas, assim, eu vejo as pessoas contando a história do CAPS, teve muitas experiências que foram positivas também, que chegaram a um resultado, assim, sem muito recurso, sem muito com que contar fora da própria equipe, fizeram coisas que são surpreendentes em relação a tantos pacientes; eu acho que essa maneira de você poder dar voz, poder valorizar aquilo que a pessoa faz, consegue fazer em uma Oficina por exemplo, eu acho que essa é uma maneira de você conferir uma posição mais sujeita, mais ativa mesmo (P, 17/3/2006).

Sim, eu acho que sim, só que eu acho que a gente possibilita em alguns casos, não tem uma história linear de possibilitar a todos, eu acho que tem um projeto de possibilitar, mas isso não acontece o tempo todo, porque também isso não é uma via de mão única; hoje, eu já fui mais ingênua em relação a isso, muitas vezes uma pessoa que ficou trinta anos, vinte anos no hospital psiquiátrico, eu não sei mais se ele quer ter mais autonomia, muitas vezes ele quer, não quer; se a gente entender autonomia como trabalhar, seja em qualquer lugar, com uma bolsa trabalho, entender autonomia como decidir ir final de semana para uma praia, autonomia como ir ao supermercado, escolher o que vai comer, até certo ponto sim; por exemplo, se tenta até que muitos usuários saiam no final de semana, a gente na reunião das Regionais combina que eles possam ir, no final de semana, para um passeio, e eles não vão, eles ficam em casa, só vão se o técnico for, no dia de semana; então, acaba ficando um outro processo de não autonomia; então, a luta, a intenção é que isso se dê de outra forma, que também não fique dependendo do CAPS; existe uma construção pra isso e isso acontece, em certa medida acontece, mas ainda não como gostaríamos, porque nós também temos uma idealização de autonomia [...] alguns casos tem sim, vão até um certo ponto da autonomia que é possível pra pessoa, e outros vão mais além, outros regridem (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre as possibilidades de construção da autonomia do portador de transtorno mental, Kinoshita (2001, pp. 56-57) considera que a contratualidade do usuário, primeiramente vai estar determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Estes podem emprestar seu poder contratual para possibilitar relações e

experiências renovadas ao usuário, através de seu prestígio, de sua delegação social, do saber reconhecido pela sociedade. O referido autor destaca que aos profissionais é dada a capacidade de elaborar projetos, isto é, ações práticas que venham a modificar as condições concretas de vida do usuário.

A entrevista citada na seqüência relaciona a construção da autonomia do usuário a ações que envolvem outros serviços e outras políticas sociais como uma possibilidade para que o portador de transtorno mental adquira sua independência econômica. No caso, a profissional refere-se a Política de Assistência Social, através do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Outro recurso financeiro que pode ser acessado pelos egressos de internações psiquiátricas prolongadas é auxílio reabilitação psicossocial instituído com o Programa de Volta Pra Casa, através da Lei Federal N° 10.708/2003.

[...] um outro elemento pra isso (autonomia) são os usuários que estão totalmente desprovidos de qualquer recurso material que conseguem o BPC e isso garante autonomia porque ele tem o mínimo pra poder dar conta das suas necessidades materiais; então, muitas vezes, ele está numa condição muito vulnerável e aí passa a poder comprar aquilo que ele deseja, minimamente, porque é muito pouco o valor, mas consegue algumas coisas e isso garante essa autonomia, porque as vezes ele fica na família, fica sendo aquele peso que só incomoda, que não tem recurso financeiro nenhum porque ele está fora do mercado de trabalho mesmo, então, aí o benefício da previdência social também é um elemento de autonomia e de reconstrução da cidadania, mas entre todos esses outro que eu falei, do próprio material que ele tem contato na oficina terapêutica que ele consegue produzir algo; aquele usuário que é egresso do hospital psiquiátrico de polireincidência nas internações que consegue produzir uma peça bonita e que essa peça é vendida e que depois recebe o dinheiro dessa venda, também confere autonomia, confere cidadania, auto-estima (VIK, 24/3/2006).

Entendemos que a possibilidade de ter recurso financeiro próprio favorece sim a independência econômica do portador de transtorno mental, possibilitando-lhe uma vida com maior autonomia. Contudo, conforme destacou a entrevistada este é só um dos elementos que compõem o rol das necessidades humanas. A reabilitação psicossocial é um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia (KINOSHITA, 2001). Neste sentido, reabilitação e construção da autonomia caminham lado a lado.

3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental

A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos entrevistados como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista jurídico-política dos direitos do portador de transtorno mental.

Eu acho que hoje a gente já tem uma rede assistencial muito mais capacitada e quantitativamente significativa; no Brasil já são 800 CAPS; o fato de que tem recurso financeiro do Ministério da Saúde destinado, especificamente, à saúde mental, isso facilita a criação do serviço no município; em termos das modificações em relação ao que seja a loucura, o que seja o transtorno psíquico, acho que apesar das dificuldades a gente já conseguiu avançar com relação a isso, a gente já conseguiu trazer a discussão pra sociedade de uma outra maneira, levantando a necessidade de olhar isso também de uma outra forma; a medida que as pessoas começam a sair dos hospitais e voltam a morar seja em residências terapêuticas, seja com a sua família, e conseguem se manter bem dessa maneira isso também vai mudando o olhar das pessoas, pelo menos daquelas que o cercam; os projetos que a gente chama de modificação da cultura, a modificação da cultura manicomial, isso eu percebo que há um avanço, gradual, lento, tem um monte de resistência, mas a gente consegue, conseguiu, tem conseguido, e isso implica também no avanço político, no sentido da garantia do direito, no sentido de ter algumas prerrogativas preservadas com relação ao direito do usuário; então, eu vejo que de uma maneira geral a gente tem avanços e avanços muito significativos se a gente compara o que era transtorno mental há vinte, trinta anos, nesse país, tem coisas muito importantes que eu identifico (F, 12/4/2006).

Acho que a própria existência de CAPS, os hospitais dia, de ambulatórios de saúde mental, próximos as casas de onde o paciente mora, o Programa de Volta pra Casa, a possibilidade de uma residência terapêutica, são todas medidas atuais e dispositivos atuais que possibilitam essa nova forma de encarar o que alguém portador de transtorno mental pode ocupar, o que eles podem ocupar; então, eles podem ocupar os espaços, eles podem começar a fazer parte daquela comunidade (J, 22/3/2006).

A fala a seguir expressa como foi, historicamente, se alterando a forma de assistência ao portador de transtorno mental e de atenção em saúde mental na política de saúde do município.

Eu acho que a questão de criar um espaço que é aberto já é uma conquista; eu acho que hoje a gente tem essas possibilidades de CAPS, no posto de saúde mesmo; [...] quando eu comecei a trabalhar na prefeitura, há 20 anos atrás, assim, era uma equipe de um psiquiatra com mais um monte de estagiários de psicologia que saía em uma Kombi velha pra fazer alguma coisa, quando pintava um problema lá com um paciente do Campeche por exemplo [...]; não tinha nada na prefeitura há 20 anos atrás de saúde mental, então, hoje já tem, está se criando uma rede, tem profissionais nos postos, tem psicólogos, se pensa em fazer treinamento de agente de saúde, treinamento de clínico geral, já se fez algumas coisas; eu acho que isso, imagino que alguém que fica confinado dentro de um espaço, ele ter a possibilidade de circular, mesmo o pessoal do HCTP, eu acho que pra eles, assim, tem uns que não querem muito mais que isso na vida, pelo menos eles não estão tendo que trabalhar duramente como trabalhavam quando eram crianças, vem aqui, circulam, comem uma comida, anda aqui, vê televisão, bom! talvez essa seja a vida que eles querem, talvez seja...., já sai lá daquela estrutura fechada (P, 17/3/2006).

Na seqüência, a entrevistada relaciona algumas formas de exercício da cidadania que o usuário pode acessar com o tratamento no CAPS.

É, se for pensar que muitos usuários eles tiveram uma história, antes do surto, de uma vida organizada socialmente, trabalhando, talvez seria a reconstrução da cidadania, mas a medida que vem todo o isolamento propiciado pelo hospital psiquiátrico, todo o estigma do transtorno mental que a própria comunidade coloca, realmente de fato foi perdida; quando ele chega no CAPS e se propõe a se beneficiar desse espaço, assim, de fato se vincula ao projeto terapêutico dele, acho que ele consegue reconstruir elementos pra essa cidadania, num primeiro momento autonomia, acho que o cartão do vale transporte, o exemplo que eu posso dar, o cartão do vale transporte que é oferecido no período que ele tem tratamento aqui é o mesmo cartão do cidadão que vai comprar lá no SETUF, então, aquele usuário que é estigmatizado, eu já presenciei essa cena, um usuário de uma comunidade de periferia que era o louco do bairro, ele entrou dentro do ônibus com o mesmo cartão que qualquer outra pessoa, passou o seu cartão, veio pro CAPS, depois foi embora pra sua casa, então, isso já é um elemento, muito pequeno, mas é um primeiro elemento talvez, que começa aí, de ele se reconhecer enquanto sujeito, enquanto cidadão, e depois aqui também, a possibilidade de participação, no momento que ele consegue produzir algo numa Oficina, no momento quando ele consegue, na clínica, se dar conta dos seus conflitos e ter mais qualidade de vida nas relações [...] (VIK, 24/3/2006).

Uma das entrevistadas fez destaque às formas de atuação que, na sua opinião, representam conquistas significativas e correspondem a práticas que favorecem o exercício da cidadania do portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Avanços, pra começar, acho que o grande avanço foi a Reforma Psiquiátrica, a construção do CAPS, dos CAPS, as portarias que fazem com que os hospitais psiquiátricos sejam substituídos por vários CAPS, esse foi o grande avanço em primeiro lugar, porque é o momento de tirada das pessoas desses castelos, dessas muralhas, não só porque ficaram ali presas, mas de todo aquele sofrimento mesmo, de miséria, enfim, como os últimos dos últimos, então, eu acho que esse é o primeiro ponto, é que os sofredores de transtorno psíquicos e mentais não ficassem segregados, mas poder estarem sendo mostrados e expostos - uma parte da sociedade, são pessoas que podem transitar, que estão aí, não necessariamente precisam ser escondidos como uma vergonha; junto aos CAPS, isso não caminha sozinho, tem a construção as redes de atenção básica também; [...] mas quando fala em cidadania acho que tem três eixos: um é a construção do CAPS, de serviços como o CAPS, outro são as residências terapêuticas e o outro a economia solidária; hoje eu vejo como isso, assim, esses três projetos, que foram feitos com luta, porque a primeira luta foi dos hospitais, então, tem as portarias que substituiu os hospitais por CAPS, progressivamente, tem toda a luta do movimento antimanicomial, tem as leis que protegem, tem esses três eixos; residência terapêutica é um lugar de resgate à cidadania porque a pessoa vai poder estar numa casa, vai poder comprar um bombril pra limpar a panela, vai poder comprar tomate e batata, vai começar a transitar no meio de outras pessoas, com a vizinhança, a se autogerir, poder fazer escolhas para sua casa, onde ele quer botar um quadro, onde ele quer botar o guarda-roupa, sua roupa, com outros colegas, mas enfim...; tem também a economia solidária que é o momento de autogestão, de fazer escolhas também, de decidir sobre sua vida, em uma certa instância, porque em última instância, em última análise ninguém daqui decide sobre a sua vida, nem eu, nem tu, a gente já nasce num sistema que te absorve e a gente é o que em última análise o capitalismo quer que a gente seja mesmo, nossa roupinha, nossa comida, nosso padrão de beleza, tudo a gente faz como é vendido; eu acho que essas iniciativas, porque a economia solidária não é só cooperativa, não é só associação, não é somente, é uma outra forma de produzir trabalho e discutir sobre esse lucro, que antes estava na mão de algumas pessoas, então, é dividir, eu também decido sobre o que é o meu trabalho, eu não me alieno dele, mas eu sei onde é que vai o meu trabalho (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Fleury (2004, p. 4), os grupos excluídos estão, em geral, impossibilitados de participar das relações econômicas predominantes no mercado, como produtores e/ou consumidores, e das relações políticas vigentes, os direitos de cidadania. Segundo a autora, esta situação é agravada pela transformação das políticas públicas de proteção social, afastando-se de um modelo de seguridade social, que buscava assegurar coletivamente o mínimo vital para todos os cidadãos, em direção à individualização da pobreza e da exclusão.

Conforme aponta Pitta (2001), o homem moderno, acriticamente, persegue formas de inclusão social pelo trabalho, desconsiderando o fato do trabalho não ser nem

tão disponível nem tão flexível para suportar as diferentes demandas individuais e coletivas que a sociedade moderna impõe. Não obstante, a tradição asilar e assistencialista das instituições psiquiátricas, historicamente, caracterizou-se pela função de excluir os marginalizados, produtos das disfunções do modo de produção capitalista e da divisão social do trabalho. Em geral, a população internada, e muitos dos egressos de hospitais psiquiátricos atendidos nos CAPS, está cronificada, com poucas chances de retorno ao mundo do trabalho capitalista.

A fala relacionada a seguir traz a compressão e reflexão, do profissional entrevistado, com relação ao conceito de cidadania e as implicações práticas deste quando se tem como parâmetro uma concepção e um modelo de cidadania pautado na lógica da racionalidade.

Eu tenho visto que está se percebendo uma maior clareza da necessidade dessa cidadania do portador de transtorno mental, porém ainda falta um pouco mais de discussão em nome de que direitos o portador de transtorno mental tem pra fazer cidadania, porque é assim, a cidadania dentro desse modelo francês - igualdade, fraternidade, liberdade, ela exige muito a questão da razão, pra você exercer cidadania você tem que falar em nome da razão, e muitas vezes o usuário, quando está em crise acaba não falando numa razão, acaba falando uma desrazão, e aí como fazer? como dar conta disso? ainda não temos resposta, em nome de que cidadania é reinventada uma cidadania para os loucos, mas tudo bem, isso é pra gente pensar; então, o avanço que tem em relação a construção da cidadania é quanto mais ter associação de usuários em que se discuta cidadania, mais vai ter cidadania, que eu não acredito que os CAPS tenham trabalhado muito nessa lógica, porque acaba não discutindo a questão da cidadania, que cidadania é essa, o que se entende por cidadania, o que é o ser cidadão [...](GIRASSOL, 20/3/2006).

A cidadania integra as exigências de justiça e exercício democrático do poder; o sentimento de pertencer a uma comunidade e de estar integrado a uma dada coletividade social, em determinado espaço territorial (FLEURY, 2004). A idéia de direitos do cidadão – civis, políticos e sociais – remete a construção dos Estados nações, em que o princípio das nacionalidades precede o ideal filosófico cidadania universal. A cidadania, definida pelos princípios da democracia, constitui-se na criação de espaços sociais de luta (movimentos sociais) e na criação de instituições permanentes para a expressão política; significa, necessariamente, conquista e consolidação social e política (VIEIRA, 2002, p. 40). Ainda, a cidadania passiva, outorgada pelo Estado, se diferencia da cidadania ativa, na qual o cidadão, portador de direitos e deveres, é essencialmente criador de direitos para abrir novos espaços de participação política.

Diversos são os obstáculos para o exercício da cidadania do portador de transtorno mental entre estes a vinculação dos direitos a racionalidade instrumental-cognitiva da ciência; a vinculação da sua prática a inclusão controlada no mundo do trabalho, modelo este que, no caso brasileiro, é denominado por Santos (1979) de cidadania regulada. Vasconcelos (2000b, p. 191) indica que, para aqueles que assumiram a proposta da desinstitucionalização e reinvenção da cidadania no campo da saúde mental, há de considerar que estamos diante de um terreno de relações de forças complexo e paradoxal, em que a manutenção do caráter democrático nas relações exige abandonar esquemas conceituais lineares, onipotentes, que queiram garantir de antemão a sua eficácia.

Fleury (2004, p. 12), observa que “a mediação entre os indivíduos e o Estado, através da igualização realizada na cidadania só é efetiva, na medida em que a sociedade civil seja capaz de realizar as funções de agregação dos interesses, reconhecimento dos sujeitos e sua inserção na esfera pública. Só assim a cidadania deixa de ser um invólucro legal e passa a ser um exercício na vida social”. Portanto, uma visão mais ativa de cidadania requer um sentido de sociedade civil como uma esfera pública onde os cidadãos se encontram em reconhecimento mútuo, e isto faz possível a sociedade plural.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referiram que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental substitutivos ao modelo tradicional/asilar. As falas a seguir identificam estas dificuldades fazendo uma análise da questão na realidade da sociedade capitalista atual.

Tem o mito de louco, do louco perigoso, do louco imprevisível, é algo que pesa muito [...], que é a lógica do mercado; pra nós, basicamente, estar inserido na sociedade é estar trabalhando, a gente se pauta muito por isso, pra poder se considerar inserido, vinculado no mundo você tem que estar no mercado de trabalho e, muitas vezes, essa lógica enlouqueceu muita gente, e as pessoas não conseguem, principalmente os usuários dos serviços de saúde mental, os psicóticos em particular, tem muita dificuldade em entrar nessa lógica, e se submeter a ela, coisa que pra qualquer um tem um custo muito alto em termos de saúde, eu digo quem está inserido mesmo no mercado de trabalho, em termos de saúde, de relação com a sua família, com as pessoas que gosta, com os amigos etc., isso tem...; viver para o trabalho é algo que pra nós é insalubre de uma certa maneira, a gente não faz outra coisa a não ser trabalhar; então, pra essas pessoas que estão fora do mercado de trabalho

é muito complicado poder voltar, o que sobra é uma rede de assistência que na nossa realidade é sempre capenga, sempre parcial, tem dificuldade em aceitar o louco por conta desses mitos, e, também, da própria resistência do usuário, da pessoa com esse tipo de dificuldade de entrar nessa lógica, no que ele de uma certa maneira faz muito bem, algo que cria outros problemas pra ele (F, 12/4/2006).

São tantas, é assim, primeiro lugar, eu vejo assim, com todo o preconceito que tem da loucura, tem uma coisa no nosso sistema capitalista que é a questão da produção, produção de capital, produção de bens, e inserção no comércio, no mercado de trabalho, então, o portador de transtorno, sofrimento mental, ele a princípio, quando ele está nesse estado, ele não é produtivo, produtivo pra esse sistema capitalista, ele não trabalha, ele não consome muito, porque ele não vai ter dinheiro, portanto, isso de maneira geral, a gente sabe que as pessoas de posse, que a loucura, o sofrimento psíquico ele atravessa qualquer classe, mas 90% tem isso; então, a princípio existe a exclusão, já existe esse preconceito também, mas muito mais que isso, que a sociedade de fato ela é dividida entre os que produzem, os que fazem a engrenagem funcionar e os que estão a margem, então, o usuário é mais um que está a margem, assim como o menino de rua, os rapazes do morro, então, ele é mais um, também, que causa incomodo, e ele no Estado, das políticas públicas do Estado ele seria como só o gasto, não seria mais uma produção; além de ser uma sociedade racionalista que tem toda a sua formação no discurso, no discurso reto, no discurso racional, na fala, a fala racional, na linguagem articulada como o único meio privilegiado de comunicação, e o usuário, muitas vezes, não tem esse instrumento, por conta da sua fragmentação, da sua história, da sua medicação, da própria coisa do delírio, muitas vezes ele não tem o tempo todo essa fala coerente, esse discurso, dessa forma já faz com que ele não seja inserido, uma vez que ele é a minoria digamos assim (LÉLI, 4/4/2006).

Hoje, a gente fala muito em rede de atenção psicossocial; eu percebo que é uma rede que ela tem que estar instituída, que são locais de proteção para o portador de transtorno mental, são as certezas, são os caminhos certos que os usuários teriam, a rede; o problema a começar é que nós não temos essa rede instituída, entendo por rede: emergência psiquiátrica ou emergência em atenção psicossocial em hospital geral, CAPS III, CAPS II, CAPS criança e adolescente, CAPS álcool e droga, associação de usuários, escritório jurídico para amparar o direito do portador de transtorno mental, atenção primária em saúde mental, equipes volantes, centros de convivência, enfim, tudo o que preconiza a rede em atenção psicossocial, esse seria o primeiro passo; então, essa dificuldade, não temos a rede em atenção psicossocial, esse é um passo; segundo, o próprio imaginário social das pessoas em relação a loucura e ao louco, isso é uma outra dificuldade, que daí entra em cena o estigma e o preconceito, onde o portador de transtorno mental passa a não ter crédito na comunidade, e isso ainda é uma dificuldade; e, claro, depois tem toda a questão do trabalho, as cooperativas de trabalho, que ainda não se discute muito em Santa Catarina, não conheço nenhuma cooperativa social de trabalho para portadores de transtorno mental, que é uma forma de gerar trabalho diferente dessa preconizada pelo modo de produção capitalista, que você tem que produzir pra receber, isso é uma outra dificuldade, a dificuldade em cima da questão do trabalho, do emprego, que muitos acabam tendo seu reconhecimento, sua valorização em cima

do dinheiro que tem no bolso, o poder contratual que a pessoa possa ter, as vezes, na sociedade, é o quanto ela tem no bolso, e a maioria dos usuários não possui isso, e é aonde muitos acabam querendo se aposentar para poder ter o seu dinheiro, que não tem outra alternativa ou clareza do que fazer pra ter dinheiro, então, esse é um problema enorme na questão da reinserção social (GIRASSOL, 20/3/2006).

Os participantes da pesquisa apontaram que uma das possibilidades para a (re)inserção familiar e social pode ser a separação das oficinas produtivas da área física do CAPS. Esta proposta e os projetos de geração de renda via economia solidária foram apontadas por alguns dos entrevistados como uma das alternativas para a realização de uma maior integração do serviço com a comunidade, bem como a melhor adequação do próprio espaço físico do CAPS.

[...] a questão do projeto de geração de renda, que eu acho que de fato está faltando, inclusive a gente já está também se mobilizando pra tentar criar um projeto nesse sentido, porque os usuários aqui, nas oficinas terapêuticas produtivas, eles conseguem ter acesso ao material específico de cada oficina produtiva, também, a técnica de produzir o artesanato, mas não tem mercado; eles conseguem vender as peças, conseguem resgatar uma grana, mas não é suficiente pra poder manter ele, manter as condições de sobrevivência; então, precisa implantar essa geração de renda, de fato acho que vai dar um gás pra essa (re)inserção dos usuários que estão sendo tratados do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Já para uma das profissionais entrevistada as dificuldades na (re)inserção social estão mais relacionadas a questões de singularidades dos portadores de transtorno mental.

Eu acredito que volta de novo pro estigma, vai voltar pra própria incapacidade, pra própria dificuldade do usuário, do paciente; muitas vezes eles poderiam fazer algo muito mais do que fazem, e aí tem o medo, o medo deles, o medo de eles terem de enfrentar a própria doença, de eles terem que enfrentar os outros, e a hora que eles conseguem fazer esse movimento aí vem o medo do outro, aí é mais fácil ficar parado, aí volta pro comodismo, mas de alguma forma se a gente consegue..., aí não precisa de grandes movimentos, eu imagino que pequenos movimentos dentro da comunidade, que seja, alguém ir conversar com o diretor da escola, ir conversar, aí a diretora consegue conversar na sala, vamos supor que tem alguns pacientes, mais jovens, que pelo surto psicótico deixaram de ir e aí não retomam, não retomam porque tem medo, porque as vezes vão rir dele porque ele é louco; então, pequenas intervenções, elas tornam possível mudar um pouco essa inserção, essa reinserção, mas a gente esbarra de novo na falta de técnicos pra fazer isso e também acho que até por uma falta de equipe, aí volta pra equipe, entende, não tem uma equipe que pense isso em conjunto, que age em conjunto e aí como fica muito personalizado, individualizado os atendimentos, cada um vai pra..., eu vou pro meu consultório, outro vai pra oficina e aí não tem a equipe (J, 22/3/2006).

Outra entrevistada referiu-se ao estigma e preconceito existente por falta de conhecimento e divulgação, exposição, seja nas universidades ou por parte dos próprios serviços de atenção, sobre saúde mental.

Bom, eu acho que entre elas a questão do estigma, do preconceito, e não é um preconceito.... a gente sabe que tem riscos em algumas situações, a gente também as vezes tem medo de algum paciente, te dizem ah fulano matou três pessoas..., não é um preconceito que nasce do nada, muitas vezes é um preconceito que de alguma forma é compreensível, mas você não pode ah então ta...; eu acho que não existe muito, você não vê muito nos meios de comunicação uma campanha em torno da desestigmatização, você vê de outras coisas, com relação a aleitamento materno, outras questões da política de saúde; com relação a saúde mental eu acho que se fala pouco na sociedade, se discute pouco; por exemplo, na universidade, até não sei se lá na saúde pública o pessoal da saúde mental tem feito mais coisa, até os alunos que vem fazer residência aqui, a primeira reação deles é: a gente está aqui e tem medo, nem eles foram preparados pra isso, então, você começa a avaliar que tem uma falta..., não se fala muito no assunto, acho que assim, não se fala no assunto na sociedade; assim como se faz grupos de mulheres lá nos postos de saúde pra tratar de questões de sexualidade, muitas vezes faz sala de espera pra tarar de questões..., não se faz uma sala de espera pra falar de saúde mental; então, eu acho que talvez assim, a gente pensar, bom! nós estamos nisso (na saúde mental) e nós nunca fomos fazer uma sala de espera no posto de saúde da Agrônômica pra falar de saúde mental, pra falar do CAPS, quem sabe a gente também precisasse fazer algumas coisas assim, começar uma divulgação maior; acho que pouca gente de fora do serviço, fora das pessoas que trabalham na saúde mental sabem da política do Ministério pra saúde mental, que existe uma política de criação residências terapêuticas; eu li relatos de pessoas no Rio (RJ) que tiveram muita dificuldade de alugar pra se fazer uma residência terapêutica, num prédio então, quando ficaram sabendo que eram pessoas que vinham de hospital psiquiátrico ninguém quis; então é muito difícil, e ao mesmo tempo tem experiências positivas, tem pessoas que estão na residência e diz que a vizinhança viu que eles não são bichos, que eles podem interagir, podem estabelecer laços de vizinhança, então, tem algumas experiências boas e algumas experiências que são difíceis (P, 17/3/2006).

No contexto do estudo foi perguntado aos profissionais entrevistados se a atual organização dos serviços de saúde mental favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais. Conforme pode ser observado nas falas relacionadas, as opiniões foram divergentes. Dois deles observaram sobre a necessidade da existência de diversas instituições e serviços articulados e integrados à proposta da rede de saúde mental para que seja possível favorecer a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental

Embora a estrutura se localize no município, pelo menos eu estou pensando em termos de utilização da rede; então, a gente tem no Brasil inteiro muita diversidade, tem cidades onde a rede está montada, foi instituída e funciona legal, não é o caso de Florianópolis, a gente tem dá pra dizer poucos serviços, são só três CAPS que deveriam estar regionalizados ou territorializados, mas não estão, e tem algumas equipes de saúde mental nas Regionais, nas sedes das regionais, então, eu vejo assim, tem uma rede a ser constituída, ela precisa criar os mecanismos pra que a pessoa possa usar isso como rede, isso em termos de atenção à saúde, quando eu falo em rede eu também não estou pensando só em serviço de saúde, estou pensando que há uma possibilidade de a gente ter uma rede que inclua outros serviços, que não sejam só os de saúde, só os especializados, que eu acho que é a nossa necessidade, você incluir outras instituições, outros programas, enfim, que tenham vinculação com a cultura, com o trabalho, com a arte, produção do conhecimento, com as universidades por exemplo, as universidades são um campo excelente, seriam um campo excelente pra gente poder trocar um monte de coisas, pelos programas de extensão que eles tem, pelos projetos comunitários etc., a gente podia estar fazendo parceria com as universidades, mas não conseguimos, não sai, não rola; [...] a saúde mental eu acho que é o melhor exemplo desse distanciamento porque é difícil encontrar uma universidade onde a Reforma Psiquiátrica esteja incluída, ou mesmo os temas da reabilitação psicossocial estejam incluídos nos currículos dos cursos de saúde, é raríssimo (F, 12/4/2006).

Então, essa rede montada de forma territorializada, principalmente, eu acho que esse aspecto da territorialização é fundamental, é chave pra conseguir a reinserção social, não só por facilitar o acesso do usuário, mas pelo fato de o serviço estar ali no seu território, isso é fundamental, além disso, o projeto de geração de renda, as vagas, os leitos psiquiátricos no hospital geral, é todo esse contexto que precisa ser implantado para de fato poder facilitar o trabalho de cada instituição dessas, seja do CAPS, seja do projeto de geração de renda, ou do próprio hospital geral, como um todo, assim, essa engrenagem funcionando bem aí sim vai ser mais rápida a reinserção social do usuário portador de transtorno mental (VIK, 24/3/2006).

A partir das colocações dos participantes da pesquisa, destaca-se a importância da rede de serviços na construção da cidadania das pessoas atendidas pelas políticas de ativação, as quais, segundo Fleury (2004), tem como objetivo a inclusão social de conjuntos populacionais definidos a partir da territorialidade. Tal proposta pretende tratar o território como um componente, tanto material como simbólico, da esfera pública. Neste sentido, a construção da cidadania passa, necessariamente, pela reconstrução das cidades e potencialização da rede de serviços na valorização das características objetivas e subjetivas da demanda local.

Na seqüência, um dos entrevistados enfatiza que a forma como são pensados e estão organizados os serviços de atenção não favorece a construção da cidadania dos usuários.

Não, não favorece, porque, primeiro, os serviços de saúde mental estão sendo construídos pra quê? Não tem muito claro ainda pra quê que se tem atenção básica em saúde mental hoje, pra quê se constrói centro de convivência, pra quê tem o CAPS? acho que o objetivo do serviço parece não estar muito claro, talvez eu esteja enganado; veja bem, a atenção básica é mais no sentido pra estar discutindo os seus conflitos, minimizando os “sintomas psiquiátricos”, e aí acaba não tendo um trabalho de reflexão sobre o contexto que a pessoa está inserida; [...] a questão da cidadania tem a haver..., quanto mais articulada for a pessoa, quanto mais ela se envolver com as lutas sociais, mais cidadania ela vai exercer, quanto mais clareza, mas crítica, mais conhecimento ela vai ter, ela vai desenvolver cidadania; então, a forma hoje como os serviços estão organizados, ela acaba não favorecendo essa questão da construção da cidadania porque ainda vem de uma lógica de modelo centrado no transtorno mental (GIRASSOL, 20/3/2006).

Uma outra profissional considerou ser difícil avaliar a questão pelo fato de a rede de serviços não estar implantada por completo, e por não ter avaliações sistemáticas dos resultados.

Olha, eu não sei se a gente já tem condições de fazer uma avaliação, a rede está meio que andando [...] assim, qualquer coisa que eu vá dizer é, assim, referente uma experiência ou outra, não sei se a gente tem condições de fazer uma avaliação enquanto rede; por exemplo, eu vi muitas experiência positivas em cidades como Campinas (SP) que eles já tem há mais tempo, por exemplo, residências terapêuticas, tem desde o começo dos anos 1990, tem muitas experiências boas de pessoas que conseguem transitar na vida, tem gente que está trabalhando; [...] eu acho que a gente precisa além de ter a política, de ter a carta de intenções, a gente precisa ter avaliações também, eu acho que uma questão dessa eu sinto que precisa ter uma forma mais sistemática de avaliar, qualquer coisa é uma coisa mais ou menos um olhar particular pra aqui pra ali, acho que no todo a gente não tem (avaliação sistemática), pelo menos eu não conheço ainda, pode ser que estão fazendo e eu não saiba ainda (P, 17/3/2006).

Já para duas das entrevistadas, a atual organização da rede de serviços na política de saúde mental favorece sim a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental.

Sim, eu acredito que sim, na teoria ela é muito importante e acho que trabalhando em todas as instâncias, se a gente for pensar naqueles mapinhas, os ambulatórios, os CAPS, hospitais dia, a escola, e os centros comunitários, os postos de saúde, todos capacitados; eu acredito que sim, a rede ela é bem estruturada e ela possibilita aos portadores de doença

mental, enfim, terem uma reinserção melhor e maior na sociedade, e também de entendimento do que ele tem, do que ele pode fazer, quais são os recursos que ele tem também pra lidar, dentro dessa rede (J, 22/3/2006).

Acho que sim, favorece, se tu me perguntasse se ela resolve, eu diria que não claro, ou até que ponto ela resolve, mas favorece sim, eu acho que tem um favorecimento relacionado a forma que as pessoas eram tratadas, acho que favorece muito mais (LÉLI, 4/4/2006).

É possível perceber nas falas relacionadas acima a preocupação com a efetiva implantação da rede de serviços em saúde. As redes, conforme proposto na política de saúde mental, possuem muitos centros, muitos nós que as compõem e as tornam complexas e resistentes. Estão embasadas na noção de território, como um sistema de relações e estruturas, muito mais que um simples espaço geográfico. O fundamental neste processo é que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento.

Neste sentido, torna-se de fundamental importância refletir sobre o exercício da cidadania no contexto das políticas públicas, cada vez mais segmentadas e focalizadas. Para Fleury (2004, p. 2), “as políticas atuais de inserção buscam reafirmar a natureza contratual do elo social em novas bases, com a revalorização do local e comunitário e a transformação do Estado em um animador e mobilizador de recursos societários. Reduzido a mantenedor da estabilidade de uma ordem econômica que produz a fragmentação e a exclusão social, o Estado, busca atuar de maneira compensatória e focalizada, atendendo aos grupos mais vulneráveis e/ou potencialmente ameaçadores da ordem social, por meio da convocatória da solidariedade lançada aos diferentes setores inseridos na ordem econômica. No entanto, a incapacidade de alterar as condições estruturais de produção da exclusão mostra os limites das políticas de ativação, cuja promessa de inserção social carece de expectativas de emancipação dos sujeitos e coletividades beneficiários”.

3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica

Os CAPS compõem o rol de serviços do modelo psicossocial de atenção em saúde mental proposto na e pela Reforma Psiquiátrica. Perguntamos aos entrevistados qual seria o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica e obtivemos como

resposta que este teria a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos ideais da própria Reforma.

Eu acho que a função imediata ela é servir como um ponto de articulação, porque a gente consegue criar um ambiente que é relativamente protegido e que dá ao usuário as condições de ele poder participar de outros circuitos; fundamentalmente é essa a função, de articulação; eu lembro de uma discussão que a gente fazia, em Brasília, uma vez, sobre essa importância excessiva que os CAPS acabaram adquirindo, como quase que o central do sistema hoje é o CAPS, mas ao mesmo tempo a necessidade de se ter um espaço como esse, principalmente, pra quem está vindo de uma internação prolongada ou pra quem sempre passou a vida dentro de um hospital psiquiátrico, se tem que ter um pólo, uma instância articuladora pra poder fazer a passagem, porque o cara não vai sair do hospital e retomar sua vida imediatamente, não vai, ele tem uma série de dificuldades que ele não consegue vencer, e o CAPS, nesse sentido, a função seria essa, de poder..., tem uma expressão que eu acho interessante que é: emprestar poder de contratualidade, ou seja, poder dá um certo aval de que esse sujeito pode participar novamente ou pode participar pela primeira vez dos circuitos sociais, pode fazer laços com outras pessoas, com outras entidade, outras instituições, esse é o aval que eu acho que um CAPS pode fornecer e essa é sua principal função (F, 12/4/2006).

É pensar o CAPS como um espaço em que o paciente vai estar usando e tendo apoio para os momentos de crise, e fora os momentos de crise, também, que não seja hospital, e aí, dentro da Reforma eu acho que o CAPS ele é fundamental, assim como os hospitais dia, é que aqui em Florianópolis a gente não tem hospital dia, mas eu acho que os moldes do CAPS (eles estão) é muito próximos, as vezes até é difícil dizer o que é um o que é outro; esse momento de transição do hospital para a sociedade, nesse momento o CAPS é algo muito importante, ele dá, é capaz de conter, dar uma continência pra o usuário, isso a gente percebe mesmo quando não tem nada, o paciente já está muito bem, eles voltam quando estão em crise, sem ter nada marcado, e só de estar aqui pra muitos já é confortante, então, a gente percebe que essa continência, esse acolhimento, e saber que ninguém vai vir aqui e amarrar e conter, porque acho que esse é o medo, de todo mundo, acho que isso já possibilita a procura, eu estou mal vou lá, vou buscar a ajuda do CAPS (J, 22/3/2006).

Eu diria que o CAPS seria o pensador da estruturação da rede de saúde mental, que via de regra o CAPS acaba sendo pra municípios de médio porte o primeiro serviço a ser instituído no território, no município, aí o CAPS acaba assumindo essa responsabilidade, a portaria fala bem disso, a 336, do que compete ao CAPS, e tem vários itens lá, entre eles organizar a rede de saúde mental no município, porém, acaba sobrecarregando os profissionais de saúde mental que atuam nesse CAPS; então, a importância do CAPS na operacionalização da Reforma, ele é importante enquanto um dispositivo crítico, ou seja, se o CAPS não ter a clareza do que seja a Reforma Psiquiátrica ele não vai

operacionalizar, ele só vai operacionalizar a Reforma Psiquiátrica quando ele entender que Reforma Psiquiátrica é o processo social complexo que se configura pelas quatro dimensões, enquanto ele não repensar, refletir a sua prática, o que ele está fazendo, o que não está fazendo, ter mais autocrítica, ele não vai conseguir operacionalizar a Reforma Psiquiátrica; ele tem importância porque tem vários atores, vários profissionais, é um time de pessoas, muito rico, envolvidas que estão no CAPS; agora, enquanto não ter claro o que é Reforma Psiquiátrica, esse processo, não vai conseguir fazer nada; ele é importante, mas se não tiver clareza de Reforma... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Na medida que o CAPS é a primeira, digamos, unidade, primeiro serviço que se propõem a substituir o hospital psiquiátrico já existe nisso por si só a sua importância; é substituição e não que a pessoa não possa ser internada, mas a idéia é que seja nos hospitais gerais, em algum leito nos hospitais gerais, então, bom, o CAPS é o primeiro ponto, é o primeiro lugar onde a pessoa vai passar o dia, onde vai ser tratado de outra forma o seu sofrimento, então, a importância dele está nisso, na importância política e clínica também (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que o CAPS, fundamentalmente, ele faz a clínica; se tem essa rede montada o CAPS faz a clínica, ele faz o atendimento psicossocial do usuário portador de transtorno mental, ele atende as questões mais subjetivas, e de fato toda esse mix de previdência social, a medicação, o atendimento psicológico, atendimento de enfermagem, mas se existe essa rede montada e aí vamos ter um projeto de geração de renda, aí ele vai fazer geração de renda, todas as Oficinas vão acontecer ali e não dentro do CAPS, o CAPS deveria estar na comunidade ele deveria estar territorializado (VIK, 24/3/2006).

Acho que todo mundo gostaria que ele pudesse ser um eixo desencadeador de todos esses ideais da Reforma Psiquiátrica, que a partir disso se experimentasse uma nova relação, que o paciente pudesse estar se soltando mais pra vida, pra construir seus projetos, seus ideais; acho que é muito importante poder retirar pessoas que estão enclausuradas há anos, criar esses mecanismos como residências, etc. pra pessoas que não vão resgatar os vínculos familiares, tem que procurar outras alternativas; acho que o CAPS ainda é uma instituição que é fundamental nessa política, ainda acho que ela pode fazer um papel importante; no dia-a-dia é um pouco mais difícil porque as vezes a gente não tem tantos mecanismos de avaliações, muitas coisas que também a gente vai capengando; quando você vê algumas experiências de pessoas que estão conseguindo dar conta da sua vida, saem, aí você vê que, bom! tem algumas coisas boas que estão acontecendo, o CAPS também está contribuindo; então, no meio dos prós e dos contras eu acho que os prós ainda são maiores, eu acho que é muito mais humano, muito mais um fator de justiça social você ter um espaço assim do que você ter uma pessoa enclausurada no hospital (P, 17/3/2006).

Neste sentido, conforme inscrito na Política Nacional de Saúde Mental, os CAPS devem assumir seu papel estratégico na articulação e no “tecimento” das redes de atenção em saúde mental. Tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da

rede de serviços, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, ONGs, empresas etc. (BRASIL, 2004, p. 12)

3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde

A proposta do progressivo deslocamento dos centros de cuidados em saúde mental para fora do hospital psiquiátrico, em direção à comunidade, colocada na e pela Reforma psiquiátrica tem nos CAPS o dispositivo estratégico desse movimento. Neste sentido, a rede básica de saúde torna-se o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os portadores de transtorno mental.

Essa rede é formada pelos centros ou unidades locais e/ou regionais de saúde, Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, que atuam na comunidade de sua área de abrangência. Os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, pois tem um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Por sua proximidade com as famílias e comunidades, as equipes de atenção básica são um recurso fundamental para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso de substâncias psicoativas e diversas formas de sofrimento psíquico. Neste sentido, é importante e necessária a integração e articulação dos CAPS com a atenção básica. Assumir esse compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção da saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo (BRASIL, 2004).

As atuais diretrizes da política de saúde mental do Ministério da Saúde orientam que, onde houver cobertura do PSF, deverá haver uma equipe de apoio matricial em saúde mental para no mínimo seis e no máximo nove equipes de PSF. E, que as ações de saúde mental na atenção básica devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2004).

No que se refere à relação existente entre o CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município e qual o tipo de relação existente, os dados coletados na

pesquisa indicam que: a maioria (91,7%) respondeu que sim, com ressalva de que é muito pouco, funciona de maneira precária e confusa, e que está num processo preliminar ainda. O profissional que respondeu não, observou que a rede está em processo de formação. Os profissionais cujas respostas foram positivas identificaram que a relação é de encaminhamentos, atendimentos em conjunto com as equipes de saúde mental das Regionais de Saúde, ajuda em atendimentos nas unidades locais de saúde, com os agentes comunitários de saúde, de referência, de acompanhamento, visitas domiciliares, encontro mensal dos trabalhadores de saúde mental da rede e encontro mensal dos psiquiatras da rede.

Sobre a relação do CAPS com as equipes de PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência alguns entrevistados observaram que a relação é pouca ou mínima, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda²³. Foram apontadas como justificativas o fato de o CAPS Ponta do Coral não estar territorializado, deste ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta do município, e a ausência de um planejamento e de estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente.

O CAPS como ele é único, então, ele é de toda a região; então, eu poderia até estar te respondendo que a gente tem um Posto aqui de cima do CAPS, que é o Posto da Agrônômica, ali tem o Programa de Saúde da Família implantado, com a presença dos residentes do Programa Saúde da Família e o contato que eu tenho, ele é meu, não existe nenhum outro programa ou vamos dizer convênio do CAPS com a Agrônômica, é meu aqui, assim como talvez seja da psicóloga em outro momento quando há essa partilha de paciente quando faz parte dos dois, então, eu só sei do que eu tenho, mas é muito pouco, eu tenho contato com alguns residentes que atendem alguns pacientes daqui, e eles precisam de algumas dicas ou, enfim, de se interar do que acontece, e eu também preciso saber como é que anda o acompanhamento deles lá, e aí entra em contato, as vezes vem aqui ou eu vou lá, mas são essas formas isoladas e depende daquele momento e da necessidade daquele usuário, não é algo que seja programado, que seja antecipado, institucionalizado, no sentido de firmar essas relações de uma forma..., não há; e, assim, o contato é com os residentes, não tem o contato com quem realmente vai ficar, porque os residentes passam depois de dois anos, eu também não tenho contato de quem é o médico, quem é o enfermeiro do Programa Saúde da Família, quem é o agente comunitário que vai na casa desses usuários, isso não tem, acho isso muito ruim, é muito falho, embora, volta pra aquela questão da equipe, que as coisas não são compartilhadas, você nunca sabe direito, é muito fragmentado, o que já foi feito, o que não está sendo feito; também não é delegado a função à ninguém de fazer, não há um planejamento pra isso (J, 22/3/2006).

²³ Em estudo sobre o CAPS de Palhoça/SC, Franco (2005) encontrou situação semelhante na relação do CAPS com o PSF e demais serviços de atenção básica municipais.

É mínima, é mínimo o contato, assim, as vezes, quando a gente necessita a gente vai atrás, tenta achar alguém que se interessa, que tenha alguma afinidade com a saúde mental, as vezes um agente de saúde que consegue se aproximar mais daquele usuário que mora lá e que resolve dá uma força, mas é assim, depende de uma série de coisas, da disponibilidade pessoal, da sorte de encontrar alguém etc., quer dizer é falta mesmo da articulação em rede, porque se a gente tivesse essa articulação o PSF automaticamente já seria acionado, e a gente não tem isso; claro, quando a gente precisa a gente até encontra uma boa resposta das equipes do PSF, mas pode não encontrar, tem um risco[...] não, isso não existe (articulação institucional CAPS – PSF), isso tem que ser construído, tem que ser proposto (F, 12/4/2006).

A relação que o CAPS tem é principalmente pra acompanhamento, a relação é essa, relação de acompanhamento, as vezes precisa realizar alguma busca ativa e não temos a possibilidade no momento, então, tem essa relação, a relação que a gente tem é mais no sentido de acompanhamento do próprio usuário; o que seria ideal, seria um pouco mais de estreitamento, discutir junto com o Programa de Saúde da Família alguns casos, nós irmos aonde os agentes comunitários estão, discutir algumas situações e isso não tem acontecido ainda; com essa lógica aí das regionalizações tem essa possibilidade; então, hoje existe uma relação, só que uma relação muito esporádica de situações isoladas e que precisa ser superada; o maior problema que existe é devido ao CAPS não ser territorializado, o CAPS II Ponta do Coral ele tem que atender uma demanda muito grande, basta ver o IBGE hoje, tem 400 e poucas mil pessoas em Florianópolis, então, é um CAPS II pra atender toda a demanda adulta do município, talvez o ideal seria um CAPS I em cada região, nas cinco regionais, e transformar esse CAPS num CAPS III no caso, e aí repensar depois toda a rede; então, a relação, ela se compromete com o Programa Saúde da Família devido a não territorialização do CAPS Ponta do Coral, a relação que existe é a relação de acompanhamentos isolados (GIRASSOL, 20/3/2006).

É uma relação ainda muito inicial ainda, um pouco precária; com os agentes comunitários a gente tem mais proximidade, no momento da visita domiciliar e no momento de fazer o resgate dos usuários que abandonaram, por algum motivo, o atendimento, mas acho que a relação poderia ser melhorada se o CAPS fosse territorializado, como a gente está aqui, é no centro pra todo o município, fica muito difícil, então, a nossa relação é muito mais com as referências regionais de saúde mental da atenção básica do que com as próprias equipes de PSF das unidades locais de saúde (VIK, 24/3/2006).

É isso que eu falei, essa perspectiva da regionalização que começou aqui visava uma maior articulação com a rede; eu acho que isso é um projeto que está ainda meio que na sua infância, ele está começando e, assim, o que eu te falei, a gente precisa sair mais daqui, no Norte (Regional Norte) a gente vai tentar essa experiência agora (realizar as reuniões da regional nos postos de saúde) de contato e incluir, por exemplo, os agentes comunitários nos processos de reunião com os pacientes daqui, tentar ver se eles podem estar acompanhando o paciente lá; tem uma paciente que está aqui que a gente esteve lá no Posto do Saco Grande pedindo pra equipe assumir alguns cuidados com essa paciente, eles se

dispuseram, mas assim, por enquanto ta muito mais alguma iniciativa aqui, ali, do que um processo mais amplo, não sei assim como isso vai caminhar com a história de já ter, por exemplo, profissionais regionalizados, isso também vai poder ser incrementado, esse é um desejo que eu tenho (P, 17/3/2006).

É muito pequena, muito, muito, muito, muito; eu não sei nem te dizer, em uma escala de um a dez acho que fica em dois, está muito pequena, está muito além do que poderia ser, eu acho que talvez com a implantação agora dos serviços na rede, nós temos em cada Regional um psiquiatra, dois psicólogos, uma média assim, está existindo mais aproximação, mas do CAPS não, muito pouco, muito pouco. [...] quando tu pergunta, hoje, qual é a relação do CAPS? eu não posso te mentir, pra mim é quase zero (LÉLI, 4/4/2006).

Buscando explorar as informações sobre a relação do CAPS com a rede municipal de serviços de saúde, perguntamos aos profissionais se o serviço realiza algum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. A maioria deles (75%) respondeu que não, dois referiram não saber responder e um respondeu que sim. Dentre os que responderam que não, um justificou que o CAPS não tem estrutura para atender mais esta demanda. Dois dos profissionais entrevistados disseram estar pensando neste tipo de trabalho. Um deles falou sobre a existência de um projeto, conforme relatado na fala que segue.

[...] a gente tem um projeto aqui que é de formação de acompanhantes terapêuticos, e no ano passado a gente formalizou esse projeto e mandamos pro Ministério da Saúde, ele foi aprovado e até hoje estamos esperando a liberação de dinheiro, mas enfim, o projeto foi aprovado, e a idéia era justamente transformar o agente comunitário de saúde num acompanhante terapêutico, e aí a gente faria a formação, uma capacitação, um curso de capacitação aqui, e depois faria o segmento com supervisões regulares, é uma forma de dar formação em saúde mental pra atenção básica e manter essa que é uma função do CAPS de dar supervisão e a formação mesmo pra esse nível da atenção; [...] a gente está esperando o dinheiro do Ministério da Saúde, ta lá pendurado, a gente olha o nome do projeto na internet, está lá, mas não tem nem empenho ainda, significa que não tem dinheiro destinado (F, 12/4/2006).

Para que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas na atenção básica é fundamental a capacitação destas equipes. A orientação é que as equipes de saúde mental de apoio á atenção básica incorporem ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. Conforme aparece na fala do profissional, são previstos recursos para o financiamento deste tipo de ações, embora, muitas vezes, a dependência de orçamento, a morosidade burocrática e/ou

ausência de decisão política, que justificam a longa demora, acabam por desestimular, dificultar, inviabilizar as iniciativas dos profissionais.

Repetidamente, temos ressaltado neste trabalho que os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico para a organização da rede de atenção em saúde mental, conforme é indicado nas diretrizes políticas da Reforma Psiquiátrica. Nesta direção, questionamos os técnicos da equipe do CAPS Ponta do Coral sobre qual o lugar que o serviço ocupa na rede municipal de atenção em saúde, em Florianópolis. As falas transcritas na seqüência destacam o fato deste não estar territorializado e, portanto, não se constituir no serviço regulador da porta de entrada para o atendimento em saúde mental. As equipes de saúde mental nas referências das Regionais de Saúde é que, atualmente, constituem-se no serviço primeiro de atenção em saúde mental. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhados pessoas com transtorno mental grave.

Seria esse serviço que articula, que regulamenta; não necessariamente ele é uma porta aberta que entra qualquer um; eu acho que ele pode até ser a articulação e a regulação, pode ser feita até capacitações nas equipes locais de unidades básicas, que a partir daí você vai poder em um caso de uma ansiedade ou uma briga com o namorado, “eu tomei 4 aspirinas”, não vai chegar aqui no CAPS; vai chegar aqui no CAPS realmente aquilo que for um caso mais grave, e só há possibilidade de isso acontecer a partir do momento em que as unidades locais estejam todas capacitadas e entendendo, até porque assim diminui o trânsito desse paciente; vamos supor: ele sai de uma cidade, vem pra Florianópolis, daí diz: onde é que eu vou num psiquiatra? Ah! vai lá no CAPS, aí alguém fala: mas tem que passar no clínico antes, aí passa no clínico, aí o clínico encaminha pro psiquiatra, daí ele não sabe onde vai procurar o psiquiátrica - vem pro CAPS, não vem pro CAPS, aí vem pro CAPS, mas é que na verdade ele toma fluoxetina há 2 anos, está em tratamento de manutenção porque ele tem um quadro de depressão recorrente, não é caso CAPS, então, isso já poderia ter sido triado lá no começo, o paciente já poderia estar tendo as consultas desde o início, todas acertadas, sem precisar ficar correndo de um lado pro outro [...]; então, eu acho que ele tem esse papel, tem essa função de regular, de saber o que está acontecendo no hospital, na Colônia, e ter esse contato, uma ligação sempre com a Colônia, e com os Postos de saúde [...]. (hoje, o CAPS faz isso?) algumas coisas, bem isoladas, de novo, é meio como um apaga fogueira; por exemplo, hoje, a gente foi fazer uma visita domiciliar lá no Saco Grande (bairro de Florianópolis) porque o paciente estava em tratamento psiquiátrico particular e parou de tomar o remédio, e aí a gente foi lá, só que o paciente não queria falar com a gente, mas, assim, eu chego lá, converso com a equipe que está lá naquele local e muitas vezes é só a psicóloga; também tem um certo descaso, no sentido de que ah! agora eu não posso falar, porque não percebe que conversando sobre aquele caso vai possibilitar que isso seja ampliado pra outros casos, pensam-se saídas semelhantes pra outro momentos, mas, assim, acaba virando um apaga fogo, e toda hora você tem que ir

apagar um fogo; então, existe um pouco, mas não de uma forma bem usada (J, 22/3/2006).

É atenção secundária como se diz; ele regula e não regula; [...] tudo vai passar muito pela clareza que os profissionais que estão na saúde mental tem em relação a própria epistemologia, tem em relação a própria política, tem em relação a própria noção de SUS, a própria noção de controle social, a própria noção dos princípios do SUS; então, tudo vai passar por isso, porque que eu estou dizendo isso, o CAPS é uma atenção secundária como a gente chama, eu acho ainda que o atendimento mais complexo, o atendimento terciário, deveria ser no território, acho que centrar as forças no território [...]; então, [...] a atenção básica é onde deveria regular isso, a regulação dessa entrada nesse sistema de saúde mental, nessa rede de saúde mental ela teria que ser prioritariamente atenção primária em saúde; então, as vezes, por necessidades especiais, por situações específicas, a pessoa acaba vindo direto pra cá, direto pro CAPS e aqui a gente atende, e, as vezes, essa pessoa não é indicada pra estar no CAPS, aí volta pra atenção básica, então, tem essa dificuldade, ou seja, o lugar que o CAPS ocupa na rede municipal de atenção em saúde é uma atenção secundária à pessoa com transtorno mental grave, já avaliada pela atenção primária em saúde, aquela pessoa que corre risco de suicídio, que acaba prejudicando a vida de outras pessoas, que está muito mal, nesse sentido (GIRASSOL, 20/3/2006).

Regulador da porta de entrada: não; como não é territorializado, a gente tem esse problema de ser serviço de referência pra onde vem os pacientes já encaminhados, ele passou pela porta de entrada do sistema lá no Posto, ele vem encaminhado pra cá ou através dos hospitais psiquiátricos, que é também uma outra forma de encaminhamento, mas a gente não faz a regulação da entrada; hoje, também, como tem equipes mínimas de saúde mental nas regionais, elas também funcionam muito mais como a reguladora do que nós; a porta de entrada é pelas equipes de saúde mental das regionais (F, 12/4/2006).

Eu acho que são várias coisas, por ser o único CAPS, pela rede não estar estruturada ainda, e pelas pessoas não conhecerem o serviço da rede, existe uma mistura, assim, o que é pra ir lá pro psiquiatra do Sul (regional de saúde), o que é pra vir pro CAPS; qual é o papel do CAPS, é a não internação, mas não tem CAPS III, então, a noite o cara não tem pra onde ir, na verdade, o CAPS ele é um espaço que regula a entrada do usuário sim, num primeiro momento sim, porque todos os que foram para a atenção básica muitos foram daqui, muito mais que a procura de fora daqui, primeiro eles vem pra cá, depois eles vão pra lá, agora o processo até está sendo inverso, já estão procurando a atenção básica porque eles já estão conhecendo, mas antes era daqui pra atenção básica, e é o único espaço, programa que acolhe o usuário psicótico, com transtornos mentais graves, porque a rede básica, ela não atende, se o cara tem um surto psicótico, está com qualquer surto, que está mal, ou ele tem um embotamento, ele não fala, está na família há anos, está lá segregado, está lá no quatinho dos fundos, não é caso de atenção básica é caso CAPS, então, ele é o único serviço de Florianópolis que se propõem a atender o usuário, o portador de sofrimento psíquico fora de hospital (LÉLI, 4/4/2006).

Ele é o primeiro serviço de saúde mental do município, primeiro serviço estruturado, credenciado no Ministério da Saúde, eu penso que ele tem um papel importante, ele serve como uma referência de atendimento em saúde mental a usuários portadores de transtornos mentais; dentro da rede, hoje, a gente tem as referências regionais de atenção em saúde mental na atenção básica, nas ULS, que são as unidades locais de saúde, então o CAPS serve como referência de atendimento a usuários com transtornos mentais graves do município de Florianópolis, é pra isso, essa é a função (VIK, 24/3/2006).

Pelas falas dos profissionais evidencia-se que Florianópolis não tem uma política municipal de saúde mental estruturada. A rede de serviços está em processo de formação e implementação. As ações ainda são muito isoladas e fragmentadas, sem uma direção comum. É notório que um único CAPS para atender a totalidade da demanda adulta do município é insuficiente. As possibilidades de atuação do serviço na prevenção e promoção da saúde mental, na capacitação e supervisão das equipes de atenção básica ficam, assim, prejudicadas e/ou inviabilizadas.

No processo de operacionalização da Reforma Psiquiátrica, conforme as orientações da Política Nacional de Saúde Mental e as propostas aprovadas na III CNSM, é necessário que os gestores estaduais e municipais estabeleçam mecanismos efetivos para o controle das internações psiquiátricas. De acordo com a Portaria GM/MS n ° 336/02, os CAPS devem possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou modulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local (BRASIL, 2002a). Com base nisto, perguntamos aos entrevistados se o CAPS tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Eles referiram que não, contudo, divergiram sobre como o serviço fica sabendo quando ocorre internação de seus usuários.

Não tem. A gente fica sabendo quando a família comunica ou quando é usuário de atenção intensiva, ou ele fez uma crise ou ele desapareceu do serviço, aí pela falta mesmo, pela ausência que ele provoca a gente vai atrás e fica sabendo que ele foi internado, mas a gente não tem instrumentos de controle sobre isso; a gente faz, no momento da internação, a gente procura manter pelo menos uma visita da equipe da Regional pra não perder o vínculo etc., mas nada formalizado, assim, no momento que aparece, que a gente fica sabendo; geralmente, a gente sabe, hoje é relativamente fácil, não acontece daquilo... fulano desapareceu e de repente aparece ele dois meses depois aqui novamente..., sai da internação ontem e tal, isso não acontece mais, geralmente a gente consegue ficar sabendo (F, 12/4/2006).

Não. Na realidade a família leva pra internar e pronto, as vezes comunica, as vezes a gente fica sabendo quando a gente vai fazer uma visita lá, muitas vezes a gente nem sabe que o paciente ficou internado, a não ser quando a gente liga, e aí o que está acontecendo, não está vindo, mas ele foi internado; então, não há esse controle e também quando é internado lá, dificilmente, alguém entra em contato, nunca vi, entra em contato olha fulano de tal está internado aqui com a gente, não tem essa comunicação (J, 22/3/2006).

Em relação ao controle das internações psiquiátricas, oficial e formal, nós não temos; estou falando enquanto profissional que atende uma determinada regional de saúde, isso nós não temos; o que poderia ser feito: um maior estreitamento com o “manicômio”, com o IPQ ou o São José (hospitais psiquiátricos), que quando internasse pessoas lá teria esse contato aqui, pra gente já ir conversando, já acompanhando juntamente com a equipe do hospital psiquiátrico essa pessoa, porque final de semana ou depois das 18 horas o serviço não atende, as vezes as pessoas entram em crise e a gente não tem como acompanhar isso, não tem como saber; o acompanhamento que tem é, as vezes, os familiares nos avisam que a pessoa está internada, quando a gente acompanha essa pessoa e fica sabendo que ela acabou internando; então, não tem uma política mais estreita de acompanhamento de internação psiquiátrica, isso não tem. (GIRASSOL, 20/3/2006).

Da área de abrangência seria toda a cidade, isso não, mas dos usuários aqui sim, atendidos aqui sim; [...] geralmente, assim, quando o usuário está iniciando um surto a gente tenta fazer o atendimento pra prevenir a internação, pra evitar de fato a internação psiquiátrica, só que nós estamos aqui até as 6 horas da tarde e não estamos final de semana, então, a gente não está nem a noite nem final de semana, e aí acontece de a família internar, isso acontece pouco, muito pouco, e quando acontece a gente faz o atendimento no próprio hospital, a gente vai até lá faz o atendimento, mas é pouco assim, agora da cidade como o todo a gente não tem (VIK, 24/3/2006).

O controle ele tem pelo prontuário, não poderia te dizer que tem um controle do ponto vista de uma escala, ah anualmente quanto a gente tinha e quantos foram internados, [...] o usuário se ele foi internado a gente não soube, se está internado, aí ele aparece aqui depois da internação, um mês ou dois meses, a gente tem escrito no prontuário, esse é digamos o que a gente fica sabendo (LÉLI, 4/4/2006).

Não, eu digo por nós, eu acho que, as vezes, a gente... ah o paciente foi internado, como acontece de a gente saber, e as vezes a gente vai lá fazer uma visita, as vezes tem a questão do carro (o CAPS tem um carro a disposição somente um dia por semana), e a gente fica...; sempre que acontece e tal, as vezes, a gente nem fica sabendo, quando vê o paciente já está de volta, as vezes acontece essa situação; eu fui tentar fazer um pequeno levantamento pra fazer essa avaliação e percebi que a gente não tem registro de quantos dias o paciente ficou internado, se ele ficou internado quantas vezes durante o tempo que está em tratamento aqui, falta um registro melhor e um acompanhamento melhor dos técnicos; (como ficam sabendo da internação) as vezes o paciente volta já depois, as vezes a família liga avisando, [...] o hospital não me lembro se eles ligaram, só se precisar de alguma coisa, em geral, eles não ligam; então,

assim, o paciente saiu aí eles trazem de novo aquele encaminhamento, ou ele vem pra cá porque, normalmente, ele já estava aqui, mas assim, a gente tenta ao máximo que ele não precise ser internado, essa política existe, segurar a crise (P, 17/3/2006).

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que a internação e a reinternação psiquiátrica deverão ocorrer após avaliação da equipe técnica de saúde mental dos serviços substitutivos, devendo ser estabelecidas formas de controle único para a emissão de AIH, assegurando que todas as internações necessárias sejam autorizadas pelo serviço público, preferencialmente de base territorial (BRASIL, 2002a).

Conforme pode ser observado nas falas dos participantes da pesquisa, a insuficiência do CAPS em exercer o controle das internações referente a sua clientela e a demanda no município refere-se ao fato de o serviço não estar territorializado, sendo inviável cumprir com tal exigência no âmbito da totalidade de uma população de aproximadamente quatrocentos mil habitantes, distribuídos numa área geográfica de 436,5 Km². Com a implantação das equipes de saúde mental nas Regionais de Saúde, estas passam a ser as responsáveis pela regulação da porta de entrada no sistema de atendimento. O CAPS II Ponta do Coral passa a ser a referência para onde são encaminhadas pessoas com transtornos mentais graves, egressos de hospitais psiquiátricos, internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). A falta de controle das internações psiquiátricas é uma realidade também de outros centros de atenção psicossocial, conforme verificado por Franco (2005), em seu estudo sobre o CAPS do município vizinho de Palhoça/SC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha deste tema de pesquisa está relacionada à minha trajetória de estudos no Curso de Graduação em Serviço Social e à minha inserção como pesquisadora no Núcleo de Estudos e Pesquisas Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas (NESPP) do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. A esta trajetória soma-se a experiência de Estágio Curricular em Serviço Social, realizada no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis, em 2003, da qual resultou o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Programa Alta Progressiva: uma contribuição para o processo de reabilitação psicossocial no HCTP de Florianópolis”. Com o referido Estágio foi possível vivenciar o contato direto com a realidade de algumas instituições como hospitais psiquiátricos e centros de atenção psicossocial da rede municipal e estadual de serviços de atenção em saúde mental, fato este que estimulou a busca de novos conhecimentos e o desejo de atuação profissional na área. A continuidade dos estudos foi possibilitada por meio da entrada como mestranda no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da mesma universidade. Sendo assim, o trabalho que apresentado nesta dissertação tem estreita relação com meu percurso profissional e meu desejo pessoal.

Conforme destacamos no decorrer do estudo, a reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

A implantação de uma nova política de atenção, com as implicações socioculturais da proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira passa pela necessidade de articulação intersetorial e por ações que contribuam para alterar as representações sociais sobre a loucura e os direitos dos portadores de transtornos mentais. A transformação do modelo assistencial e de um conceito teórico em diretrizes operacionais é um processo complexo e depende de vários fatores para que se mantenha a direcionalidade pretendida pelos diferentes atores sociais, participantes do jogo social.

Especificamente, no caso do CAPS estudado, as dificuldades de concretização dessa nova lógica de atenção em saúde mental perpassam e se inter-relacionam nos diferentes eixos que compuseram a presente pesquisa.

No que se refere a estrutura física, os profissionais indicam que o CAPS conta com espaço e equipamentos adequados às necessidades do serviço. Entre os anos de 2003 a 2004, o CAPS passou por uma reforma em suas instalações, ficando estas, adequadas aos objetivos da unidade. As condições poderiam ser melhores se as oficinas produtivas fossem realizadas em outro local, pois além de favorecer a utilização do espaço hoje ocupado para outras atividades, possibilitaria a inserção dos usuários em outro ambiente, favorecendo-lhes sua sociabilidade.

Em relação aos materiais de consumo, os problemas vão desde a ausência total de objetos e utilidades básicas à manutenção do serviço até o recorrente atraso no repasse dos materiais necessários às oficinas terapêuticas e de produtividade. As oficinas ficam prejudicadas e até mesmo paralisadas por conta das faltas de recursos e dificuldades de gestão adequada do serviço. Esta situação coloca em prejuízo o projeto terapêutico de tratamento dos usuários e a eficácia e efetividade dos propósitos da nova política de atenção em saúde mental.

No campo da gestão do CAPS, apesar da histórica escassez de recursos destinados à saúde, foram evidenciadas situações problemáticas, principalmente no processo de descentralização político-administrativa, que poderiam ser melhoradas a partir dos recursos existentes. De acordo com os resultados da pesquisa, 50% do grupo de técnicos afirmam que existe planejamento e avaliação das ações. Alguns deles observam estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação, objetiva e sistemática, dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declaram não existir processo de planejamento e avaliação das ações, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

Sobre este aspecto, cabe destacar que as técnicas disponíveis na área de planejamento e avaliação de serviços de saúde têm mostrado bons resultados quando aliadas à vontade política de mudar a situação. Apesar dos dados demonstrarem uma divisão entre os técnicos no que se refere a afirmação sobre a existência de planejamento e avaliação, destacamos que as poucas ações que acontecem giram em torno das atividades que são e aquelas que poderão ser realizadas, e na discussão sobre as dificuldades cotidianas do trabalho na unidade. As avaliações são informais, realizadas na reunião

mensal da equipe técnica e nas reuniões clínicas semanais, sendo notório a ausência de um processo de planejamento estratégico, sistemático e contínuo do projeto terapêutico do CAPS, bem como, de avaliação de indicadores.

Com relação aos recursos financeiros, os resultados da pesquisa apontam para o que já vem sendo denunciado por autores como Amarante (2003; 2005): o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. O pagamento pelo sistema de procedimentos realizados, por meio das APACs, condiciona a existência de recursos à produtividade do serviço. Quando os CAPS não estão articulados com outras políticas sociais necessárias à sobrevivência do usuário e a adesão dele ao projeto de vida que o serviço deve-lhe oferecer, a tendência é fracassar.

Para que a pessoa possa freqüentar o CAPS ela precisa de condições materiais e psicossociais básicas, como moradia, transporte, alimentação, auto-estima, estímulo, desejo, etc.. Quando o usuário não desfruta de tais condições as chances dele se vincular ao projeto terapêutico são menores e, conseqüentemente, sem a participação ativa dos usuários o CAPS não terá produtividade. Ainda, nem todas as ações realizadas no CAPS constam na tabela de procedimentos pagos pelo atual sistema do SUS, dificultando as atividades de ressocialização que envolvem trabalhos na comunidade e na sociedade.

Os profissionais afirmam que os usuários participam do planejamento das atividades do CAPS. Referem que isso acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Neste caso, foi possível perceber que a participação dos usuários em geral diz respeito mais a questões cotidianas do funcionamento do serviço. A associação participa diretamente da comercialização dos produtos confeccionados nas oficinas e na realização de alguns convênios com entidades da área da cultura, lazer, ensino, etc. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada, que abarque as especificidades da área da saúde mental e envolva os usuários, os familiares e os técnicos como sujeitos partícipes do processo de gestão do serviço.

No eixo recursos humanos e projeto terapêutico existem contradições explícitas e implícitas que perpassam o discurso e as práticas dos técnicos que prestam assistência aos usuários do serviço. Eles reconhecem e destacam a relevância do trabalho em equipe, argumentam que este traz a possibilidade de trocas entre as várias áreas do conhecimento e a conseqüente oferta de um atendimento multidimensional. Contudo, relatam dificuldades

na realização deste trabalho, devido a uma suposta diferença de formação profissional e de concepção, com relação ao que sejam os objetivos do CAPS e da Reforma Psiquiátrica. Indicam existir interdisciplinaridade no atendimento ao usuário, no entanto, percebeu-se que a concepção de interdisciplinaridade aparece muito mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade, estando ainda distante dos ideais da intertransdisciplinaridade.

Sendo assim, cabe destacar que sem a devida clareza e consciência do que exatamente deve mudar corre-se o risco de que, fundamentalmente, se modifiquem os espaços de realização do tratamento, transferindo-se e conservando-se as práticas de exclusão e discriminação. É preciso se ter em conta que toda dimensão técnica tem também uma dimensão política. Dessa forma, faz-se necessário questionar-se sobre o que se pretende com o “fazer” nos novos serviços de atenção à saúde mental e que valores estão presentes nas ações executadas. O usuário precisa ser percebido como sujeito do processo saúde-enfermidade, e não como objeto e instrumento do exercício das relações de poder disciplinar.

Com relação ao eixo participação do usuário e da família no tratamento, os participantes da pesquisa identificam dificuldades em realizar o atendimento familiar no CAPS. Os profissionais relacionam como justificativas, a falta de técnicos qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades da equipe. Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que seja o transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, também foram relatados pelos entrevistados. Entre os obstáculos para a (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e o estigma da loucura ainda presentes no imaginário social das pessoas.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacam o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário. Neste aspecto queremos destacar a necessidade de se reconhecer, no processo de implantação da Reforma e da política de saúde mental, um projeto ético-político social, capaz de reavaliar, substancialmente, o conceito tradicional de

“doença/saúde mental” e, conseqüentemente, a forma de como lidar as diferenças em sociedade.

No eixo (re)inserção social procuramos identificar se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas à desinstitucionalização e à reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referem que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras. A maioria deles afirma que não existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer.

Tais dados nos remetem ao questionamento sobre como a Reforma Psiquiátrica, em sua aplicação prática, apresenta certa inércia política. Existe uma lacuna entre o referencial teórico do novo modelo de atenção e as práticas que se efetivam no cotidiano dos serviços. Com isso, queremos chamar a atenção para a necessidade urgente de se construírem ações de atenção que favoreçam o conhecimento de si, reforcem a autonomia, o cuidado de si e a emancipação do sofredor psíquico.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referem que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental. A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos profissionais como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista político-jurídica dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico. Na visão dos participantes da pesquisa, o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica relaciona-se a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos pressupostos da própria Reforma. Não obstante, destacamos aqui a necessidade de se refletir sobre o descompasso entre a vitória no campo jurídico, o novo discurso da Reforma Psiquiátrica e um fazer prático que parecem ainda negar a emancipação do portador de transtorno mental.

No eixo integração do CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município, os dados coletados na pesquisa indicam que a relação existente é pouca, funciona de maneira precária e confusa, e que ainda está num processo preliminar. A articulação com as equipes de PSF e PACS também é insuficiente, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda. A unidade não realiza nenhum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. Apenas dois profissionais referiram estar pensando neste tipo de trabalho.

Foram apontadas como justificativas para esta situação o fato do CAPS não estar territorializado, de ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta de todo o município, e a ausência de um planejamento e estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhadas pessoas com transtorno mental grave. E, segundo os entrevistados, não tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Neste aspecto, vê-se a urgência na redefinição da abordagem em saúde mental, fazendo-se necessário a construção de estratégias de atenção integral, dentro dos princípios do SUS, que envolvam o portador de transtorno mental como cidadão, a família, o Estado e a sociedade.

De acordo com os profissionais existem diferenças no atendimento prestado no e pelo CAPS em relação aos hospitais psiquiátricos. Eles se referem às diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência do discurso médico psiquiátrico do hospital, e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e as necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial, em contraposição ao tratamento igual para todos das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Por fim, os dados coletados na presente pesquisa indicam que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes, prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a relação eficácia/efetividade dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Concluimos, com este estudo, que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é ainda um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológica, técnico-assistencial, político-jurídico e sócio-cultural.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____, P. (coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995a.

_____, P.. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. vol.11, no.3, jul./set. 1995b, p.491-494. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 14/09/2005.

_____, P. A (clínica) e a Reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. pp. 45-65.

_____, P. **A epistemologia e a Clínica da Reforma**. Conferência proferida no IV Encontro Catarinense de Saúde Mental. Florianópolis, 30 de junho a 2 de julho de 2005. (anotações manuscritas).

BASAGLIA F. (coord.) **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 3ª ed. Tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002a, 213 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em Saúde Mental 1990-2002**. 3ª ed. revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAPS II PONTA DO CORAL. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. **Projeto Terapêutico**. Florianópolis, 2004.

CORREIA, M. V.C..Que controle social na política de Assistência Social? **Revista Serviço Social & Sociedade**. N. 72. São Paulo: Cortez, nov. 2002, pp. 119-144.

COSTA, R. C. R. da.. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia e Política** Nº 18: 49-71 JUN. 2002

COSTA –ROSA, A. da; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. p. 13-44.

COSTA-ROSA, A. da.. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asialr. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. p. 141-168.

CHIZZOTTI, A.. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R.. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

DESVIAT, M.. **A Reforma Psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental**. In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

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

FLEURY, S.. **Espaço, território e cidadania**: a cidade dos cidadãos. Trabalho apresentado no VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra (16,17,18 de setembro), 2004. Disponível em: <www.ces.uc.pt/LAB2004>. Acessado em 20 de fevereiro de 2006.

_____, S.. (org.). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989.

FREIRE, F. H. M. de A.; UGÁ, M.A.D.; AMARANTE, P. Os centros de atenção psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

FRANCO, S. de O.. **Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de caso**. 2005. 110f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Florianópolis, 2005. 110f.

FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial**. Percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004.

GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E.. **A pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, R.. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M.. **Microfísica do poder**. Trad. de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graaal, 1979.

MINAYO, M. C. de S.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC; ABRASCO, 1994.

MIOTO, R.C.T.. Família e saúde mental: contribuições para reflexão sobre os processos familiares. **Revista Katalysis**. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico. Departamento de Serviço Social. N.2 Florianópolis: Editora da UFSC, 1998.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental: em busca da articulação e qualificação das ações em saúde**. Monografia

(Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Latu Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

OLIVEIRA, W. F.; DORNELES, P.. Patrimônio e ambiente da loucura: a formação do profissional de saúde mental e o dialogo com a vida da cidade. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

PITTTA A.. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje. In: PITTA. A.(org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral**: desvelando sua significação. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

_____. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

ROSA, L.C.dos S.. Os saberes construídos sobre a família na área da saúde mental. **Revista Serviço Social & Sociedade**. N° 71. Ano XXIII. São Paulo: Cortez, set de 2002, pp. 138-164.

_____. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, F., et. al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SANTOS, W.G.. **Cidadania e Justiça**. Rio de Janeiro: Editora Campos, 1979.

SARACENO, B.. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SOUZA, W. da S.. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. jul./ago. 2001, vol.17, no.4

p.933-939. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 19/10/2005.

SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Teses em Enfermagem, 42).

STUANI, D.. **Projeto de Estágio**. (Projeto de Estágio Curricular apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina). Florianópolis, 2005. texto digit.

TENÓRIO, F. G. (org.). **Gestão de ONGs**: principais funções gerenciais. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

TORRE, E.H. G; AMARANTE, P.. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. [online]. 2001, vol.6, no.1 [citado 05 Dezembro 2005], p.73-85. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br> >. ISSN 1413-8123.

TRIVIÑOS, A.N. S.. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. (org.). **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000a.

_____, E. M. Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000b. p. 169-194.

VIEIRA, L. **Cidadania e globalização**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Formulário a ser aplicado a todos os profissionais da equipe do CAPS.

Identificação

Nome:

Apelido:

Formação:

Ano:

Capacitação específica na área: Sim Não

Nível: residência especialização mestrado doutorado

Tempo de serviço na instituição:

Tipo de vínculo empregatício: Servidor público concursado contrato temporário

Outro. Especifique _____

Regime de trabalho: _____ (horas semanais)

Tempo de atuação na área:

Experiência de atuação profissional em outra instituição: Sim Não

Qual:

Tempo:

Principais perguntas

- 1) A área física do Caps é suficiente para o atendimento da demanda? Sim Não
- 2) As instalações são adequadas para a realização das atividades propostas? Sim Não
- 3) Os equipamentos disponíveis são suficientes? Sim Não
- 4) Estão em bom estado de utilização? Sim Não
- 5) Os materiais disponíveis são suficientes? Sim Não
- 6) Existem dificuldades na realização das atividades do Caps Sim Não. Em caso de resposta afirmativa, especifique as cinco principais? _____

- 7) O trabalho é realizado em equipe? () Sim () Não.
- 8) Existe algum tipo de supervisão de equipe ou outro recurso para acompanhar e discutir as questões do trabalho em equipe? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual?

- 9) Participa ou já participou de capacitação específica para atuar no Caps? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual? _____
- 10) Durante o tempo em que está trabalhando na instituição houve algum treinamento ou capacitação? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quando? _____(ano). De quantas horas? _____. Organizado por quem? _____
- 11) Na sua opinião, existe interdisciplinaridade no trabalho no Caps? () Sim () Não
- 12) Você conhece a política de saúde mental? () Sim () Não.
- 13) No Caps, existe disponibilidade de material didático e documentos sobre a política de saúde mental? () Sim () Não.
- 14) Existe planejamento e avaliação das ações do Caps? () Sim () Não
- 15) Existe projeto terapêutico de trabalho da instituição? () Sim () Não. Em caso afirmativo, foi planejado em equipe? () Sim () Não.
- 16) O serviço adota projeto terapêutico individualizado? () Sim () Não.
- 17) O usuário participa do planejamento do seu tratamento? () Sim () Não.
- 18) Existe atendimento familiar? () Sim () Não.
- 19) Existem ações intersetoriais do Caps e outras instituições que envolvam: educação, trabalho, esporte, cultura e lazer? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quais?

- 20) Existe relação do Caps com a rede básica de saúde municipal? () Sim () Não.
Que tipo? _____
- 21) O Caps realiza algum trabalho de educação permanente (capacitação e supervisão) sobre saúde mental em cooperação com as equipes de atenção básica? () Sim () Não.
Que tipo? _____

Outras observações:

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Entrevista a ser realizada com os profissionais da equipe do CAPS, segundo o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de nível superior entre as existentes na unidade. Em caso de mais de um profissional na área será realizado sorteio.

Identificação

Nome:

Apelido:

Temas e principais perguntas

1 Estrutura e recursos financeiros

- 1) Qual conhecimento possui sobre o repasse dos recursos financeiros para o Caps?
- 2) Conhece a forma de financiamento do serviço? O que você acha?
- 3) Como são administrados os recursos repassados? Existe planejamento?
- 4) Na sua opinião, a descentralização administrativa dos recursos possibilita o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do Caps? Quais as vantagens e desvantagens identifica?
- 5) Na sua opinião, os recursos repassados (gerados pelo serviço) são suficientes para realizar as atividades do Caps? Em caso de resposta negativa, quais atividades ficam prejudicadas e/ou poderiam ser realizadas se houvessem recursos?
- 6) Existem dificuldades no funcionamento do Caps com relação a falta de recursos financeiros? Quais identifica?

2 Recursos humanos e projeto terapêutico

- 1) Quais dificuldades identifica no trabalho em equipe no Caps?
- 2) Na sua opinião, quais vantagens o trabalho em equipe possibilita?
- 3) Considera importante a capacitação específica em saúde mental para atuar no Caps? Fale sobre.

- 4) Na sua opinião, qual a importância da interdisciplinaridade no atendimento ao usuário de saúde mental?
- 5) Considera importante conhecer sobre a política de saúde mental, seus princípios, sua estrutura e organização para o trabalho do Caps?
- 6) Como acontece o planejamento e a avaliação das ações do Caps?
- 7) Na sua opinião, em relação ao atendimento nas instituições tradicionais/asilares (hospitais psiquiátricos), como é o atendimento ao usuário no Caps?

3 Participação do usuário e da família no tratamento

- 1) Como é pensado o projeto terapêutico de tratamento do usuário?
- 2) Como o usuário participa do planejamento do seu tratamento?
- 3) Quais as formas criadas para oportunizar a participação do usuário no planejamento do seu tratamento?
- 4) A família participa do tratamento? Em caso de resposta afirmativa, de que forma? Em caso de resposta negativa, por quê?
- 5) Quais as formas criadas para oportunizar a participação da família no tratamento?
- 6) Quais dificuldades identifica com relação a realização do atendimento familiar?
- 7) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção familiar do portador de transtornos mentais?
- 8) Qual o papel dos usuários (ou da associação de usuários e familiares) no planejamento das ações do Caps?
- 9) Na sua opinião, qual a importância das associações de usuários e familiares para o tratamento do portador de transtornos mentais e para os serviços de saúde mental?

4 Inserção social

- 1) Na sua opinião, as práticas assistenciais realizadas no Caps encaminham-se na direção da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial?
- 2) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção social do portador de transtornos mentais?
- 3) Quais avanços e conquistas identifica com relação a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais?
- 4) Na sua opinião, o atendimento no Caps possibilita ao usuário a construção da sua autonomia? Como?

- 5) Na sua opinião, a organização atual dos serviços de saúde mental (da política de saúde mental) favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais? Qual a importância do caps nesse contexto?

5 Integração com a rede municipal de assistência em saúde

- 1) Qual a relação do Caps com a(s) equipe(s) de Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência?
- 2) O Caps tem controle das internações psiquiátricas no seu território? Em caso afirmativo, como ocorre este controle?
- 3) Na sua opinião, qual o lugar que o Caps ocupa na rede de atenção em saúde? Constitui-se no serviço que regula a porta de entrada para o atendimento em saúde mental?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este instrumento tem a intenção de obter o seu consentimento por escrito para participar do estudo “A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis”, durante o período de 01 a 31 de março de 2006, com o intuito de contribuir para o levantamento de dados para a elaboração do referido trabalho.

O estudo tem como objetivo geral analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Ao propormos a presente pesquisa esperamos contribuir com a produção de conhecimentos e saberes sobre as novas práticas de atenção e cuidado ao portador de transtornos mentais.

Os relatos obtidos serão confidenciais e, portanto, não será utilizado o nome dos participantes em nenhum momento, garantindo sempre o sigilo da pesquisa e os preceitos éticos da profissão. Os depoimentos serão referenciados pelo apelido a ser escolhido pelo próprio entrevistado

Certa de sua colaboração, agradeço sua disponibilidade em participar do estudo.

Eu _____,
consinto em participar desta pesquisa, desde que respeitadas as respectivas proposições contidas neste termo.

Florianópolis, março de 2006.

Assinatura do entrevistado.

ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

FERNANDA SCALZAVARA

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Serviço Social** - Área de concentração: Serviço Social, Direitos Humanos e Questão Social.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ivete Simionatto.

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de **Mestre em Serviço Social**, e aprovada na sua forma final, em 31/7/2006, atendendo as normas vigentes no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e na Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof^a Dr^a Catarina Maria Schmickler
Coordenadora do PPGSS/UFSC

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Ivete Simionatto, Dr^a.
Departamento de Serviço Social/UFSC
Presidente

Prof^o Walter Ferreira de Oliveira, Ph.D.
Departamento de Saúde Pública/UFSC
Membro

Prof^o Jonas Salomão Spricigo, Dr.
Departamento de Enfermagem/UFSC
Membro

Prof^o Mário Teixeira, Dr.
Departamento de Clínica Médica/UFSC
Membro Suplente

*Aos profissionais e aos usuários do CAPS
Ponta do Coral de Florianópolis.*

AGRADECIMENTOS

Desejo expressar meus sinceros agradecimentos aos profissionais do CAPS Ponta do Coral, pela receptividade, atenção, acolhimento e colaboração na fase mais importante desta pesquisa, assim como pela consideração ao meu trabalho profissional. Também, aos usuários desta unidade de serviço, pela forma carinhosa e acolhedora com que sempre me receberam.

À professora Ivete Simionatto por ter aceitado a orientação do trabalho; agradeço a oportunidade de poder ter desenvolvido a pesquisa de meu interesse e desejo profissional.

Aos professores Jonas Spricigo e Mário Teixeira pela atenção, disponibilidade e colaboração, essenciais na definição e elaboração do projeto de dissertação. Igualmente, ao professor Walter Ferreira de Oliveira pelas considerações e contribuições no exame de qualificação.

À sempre Mestre, amiga e professora Iliane Kohler, pela relação de ensino-aprendizado humana, saudável, mantida no decorrer de toda a minha vida acadêmica; pelas ajudas concretas nos momentos de dificuldades, pelos conselhos, orientações e *encaminhamentos* necessários nos instantes, nas horas, nas fases de incerteza, insegurança, angústia, desespero.

Aos profissionais Mara Regina de Oliveira e Antônio Heinzen Filho, pelo suporte terapêutico necessário nos últimos anos da minha vida; especialmente por terem me ajudado a transformar as dificuldades, os obstáculos, as conquistas cotidianas no *Mestrado da Vida*.

Às profissionais e amigas Maria Sirene Cordioli e Maria Inês Bernardino, pela relação profissional responsável, ética, competente, que me impulsionou para os estudos na área da saúde mental; pela amizade acolhedora, carinhosa, fraterna, pelas comemorações e pelos momentos de descontração.

Aos meus pais e à minha família, base dos meus valores ético-morais.

Às minhas amigas e aos meus amigos, que de perto ou de longe, acompanham minha trajetória, acreditam e torcem por mim.

Formalmente, agradeço as instituições públicas CAPES e UFSC, através dos programas PROF e PGSS, pelo financiamento da bolsa que permitiu a dedicação profissional integral para a realização deste trabalho.

RESUMO

O presente trabalho tem como objeto de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. Constitui-se como objetivo geral da presente pesquisa analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Os procedimentos metodológicos da pesquisa constaram de: pesquisa empírica na coleta das informações, através de entrevistas semi-estruturadas, gravadas, realizadas com um profissional de cada área de formação de nível superior, dentre as existentes no CAPS, e aplicação de formulário, com questões fechadas, a todos os profissionais que compõem a equipe. As informações coletadas foram sistematizadas e organizadas em itens correspondentes aos eixos que nortearam a coleta dos dados, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde. A análise final foi realizada com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os resultados obtidos nos permitem concluir que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a efetividade e eficácia dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial. De maneira geral, podemos afirmar que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológico, técnico assistencial, político-jurídico, social cultural.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, política de saúde mental, serviços substitutivos.

ABSTRACT

The objective of present work is to study the operationalization of the Psychiatric Reformation in the city of Florianopolis, Brazil, based on one specific institutional model - the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral. The general objective of the present research is to analyze the institutional reality at the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral, Florianopolis, related to the operational process of mental health politics, based on the requirements of the Brazilian Psychiatric Reformation. The research methodological procedures have consisted of: empirical research and data collection, through semi-structured interviews, recorded, realized under the presence and supervision of a professional of each field, plus de existing data from the CAPS, and filled application, with closed questions, to all the professionals who compose the team. The data colleted was systematized and organized in items and events that are surrounded the data collection, which are: financial structure and resources, human resources and therapeutic project, participation of the user and the family in the treatment, social insertion, and integration of the service with the municipal network of assistance in health. The final analysis was based on theoretical production on mental health and the Psychiatric Reformation. The results allowed us to conclude that in scope of management of CAPS, the limited number of studies and the difficulties to transfer and administer them harmed the functioning of the service. The contributing factors were lack of strategic planning and systematic evaluation of actions. The difficulties associated with teamwork compromised the effectiveness and efficacy of the objectives. The absence of a municipal network dedicated to structure and articulate mental health appears as an obstacle to the practice of desinstitutionalization and psychosocial rehabilitation. In general, we can affirm that the changes in the assistance model, directed for Psychiatric Reformation is one of the challenges to the concretization to mental health politics in a new interaction between society and people with psychological illnesses. The operationalizational political difficulties of mental health go through different fronts of performance which constitute the complexity of social processes associated with Reformation in its different dimensions. These dimensions are: theoretic-epistemological, technical assistance, politic-legal and socio-cultural.

Keywords: Psychiatric Reformation, mental health politics, substitute services.

LISTA DE SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
APAC - Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CPASM - Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental
CMS – Conselho Municipal de Saúde
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FNS – Fundo Nacional de Saúde
INAMPS – Instituto Nacional de Aposentadorias e Pensões
IPQ – Instituto de Psiquiatria Catarinense
MS – Ministério da Saúde
MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS – Organização Mundial para a Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF - Programa de Saúde da Família
RP – Reforma Psiquiátrica
SIH - Sistema de Informação Hospitalar
SAI – Sistema de Informação Ambulatorial
SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
SUS – Sistema Único de Saúde
TR – Terapeuta de Referência
ULS – Unidade Local de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Procedimentos metodológicos	18
2 REFORMA PSIQUIÁTRICA	222
2.1 O Modo Psicossocial	26
2.1.2 Atenção Psicossocial.....	28
2.2 Desinstitucionalização	30
2.3 Reabilitação psicossocial	32
3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA	344
3.1 Estrutura e recursos financeiros	344
3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico	45
3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental	46
3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário	51
3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações.....	59
3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento.....	65
3.3 Participação do usuário e da família no tratamento	69
3.3.1 Planejamento terapêutico individual.....	70
3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral.....	72
3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares	81
3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia.....	88
3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental.....	96
3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica	106
3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde...	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
REFERÊNCIAS.....	125
APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS.....	130
ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica.....	136

1 INTRODUÇÃO

O processo de mobilização, organização e luta pela Reforma Psiquiátrica brasileira origina-se no contexto dos movimentos sociais, no período de redemocratização do país (décadas de 1970/1980), e tem como base os pressupostos da Reforma Sanitária brasileira e da Psiquiatria Democrática italiana. Tal movimento esteve direcionado no sentido da crítica e desconstrução gradativa da assistência existente, embasada no saber psiquiátrico, que justificava as práticas decorrentes do modelo asilar e, ao mesmo tempo, buscava a construção de propostas de superação deste modelo.

Os anos de luta pela transformação do modelo assistencial tradicional (asilar), centrado na internação hospitalar, culminaram com a criação e regulamentação de leis e portarias relativas à implantação de uma rede de serviços substitutivos a este. A partir da década de 1990 um conjunto de leis, portarias, decretos, resoluções define novas exigências em relação à assistência psiquiátrica prestada aos portadores de transtorno mental¹, incluindo a adequação das condições físicas das instituições de atendimento, a existência de projeto terapêutico, equipe multidisciplinar e outros dispositivos que garantam maior qualidade assistencial.

A Reforma Psiquiátrica é um processo em construção, que envolve tanto a sociedade civil, através dos diferentes os movimentos sociais, os profissionais, os usuários, bem como os órgãos gestores das políticas públicas. Estes são os responsáveis pela operacionalização das ações com relação a mudança de paradigma e prática em saúde mental. Nessa trajetória, aos profissionais cabe exercer o papel de sujeitos e críticos do processo de implantação da Reforma Psiquiátrica; aos gestores da política de saúde compete a decisão política com vistas a assegurar as condições técnicas para a implementação e operacionalização dos serviços de atenção; aos movimentos sociais fica a luta política pela construção social de um outro sentido para lidar com a "loucura" e com o "louco", a partir de uma transformação na relação sociedade/loucura.

¹ Cabe destacar que a expressão “portador de transtorno mental” é adotada neste estudo por acreditar-se que a palavra portador traz em si um caráter mutante. Ou seja, secundariza o transtorno mental e resgata o sujeito envolvido na condição de enfermo, como um ser dinâmico. Por sua vez, o termo transtorno mental traz um caráter psicossociológico, dinâmico, mutável, diferente do termo doença mental, muito embora não seja menos controvertido do que este último (ROSA, 2003, pp. 37-38). E, também, por ser “portador de transtorno mental” a expressão utilizada na linguagem técnica constante na política de saúde mental do Ministério da Saúde.

No curso das transformações operadas na e pela Reforma Psiquiátrica destacamos como marco significativo recente a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM)². Em seu documento conclusivo reafirma-se que as políticas de saúde mental devem respeitar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das leis Federal e estaduais, priorizando a construção da rede de atenção integral em saúde mental. Tais políticas devem ter como pressupostos básicos a inclusão social e a reabilitação psicossocial, estar integradas com outras políticas sociais, como educação, trabalho, lazer, cultura, esporte e habilitação profissional, visando garantir o exercício pleno da cidadania (BRASIL, 2002a).

O mesmo documento ressalta que a reorientação do modelo assistencial deve estar direcionada para concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e de promoção da saúde. Nesse sentido, é fundamental que as novas modalidades assistenciais desenvolvam práticas pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a auto-estima, a autonomia e a cidadania, buscando superar a relação de tutela e reprodução da institucionalização e/ou cronificação (BRASIL, 2002a).

A mudança do modelo assistencial é um dos desafios da Reforma Psiquiátrica. Busca-se, no âmbito da gestão pública, a construção de um novo pacto para transferir os recursos aplicados no modelo hospitalar para uma assistência comunitária. Entretanto, a mudança da lógica de atenção em saúde mental requer, também, uma mudança de paradigma. No bojo dos novos dispositivos de cuidado necessariamente deve estar uma nova ética do cuidar, baseada na premissa básica da autonomia possível e dos direitos humanos dos portadores de sofrimento psíquico. Isso significa considerar que as possibilidades de novas práticas terapêuticas devem caminhar ao lado da preocupação com a mudança das representações simbólicas do “louco” na sociedade, e com a produção de outros saberes.

Na atualidade, todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, bem como a literatura da área, referem-se a desconstrução como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade das ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Tal proposição tem como base a

² Realizada em Brasília, de 11 a 15 de dezembro de 2001. A I Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em 1987 e a II em 1992.

incapacidade da psiquiatria em explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (TORRE; AMARANTE, 2001).

O modelo manicomial tem seu fundamento na noção de que a experiência de sofrimento psíquico diversa (delírio, alucinação) é sinônima de erro. Um dos aspectos mais importantes no processo de transformação radical deste é a superação do conceito de doença. Conforme apontam Torre e Amarante (2001, p.73-85), “não se trata, obviamente, de negar a diversidade da experiência do delírio ou da alucinação, mas de não utilizar o conceito de doença (igual a erro) na relação com o sujeito”. Nesta direção, Rotelli (1990) propõe, no lugar do objeto “doença mental”, o objeto “existência-sofrimento” do sujeito em sua relação com o corpo social.

Segundo Costa-Rosa (et. al., 2003, p. 28), “ao se buscar a superação do saber psiquiátrico, sobretudo do paradigma doença-cura, procurou-se romper com práticas identificadas com o modelo clínico, por considerá-las ineficazes, segregadoras”. Busca-se no modo psicossocial estabelecer-se “a construção de uma relação de contrato com o sujeito que substitua a relação de tutela instaurada pela psiquiatria” (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 73-85). Como oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar surge, no contexto da Reforma Psiquiátrica, a atenção psicossocial como paradigma do modo psicossocial.

A origem das práticas de atenção psicossocial, como designação de experiências significativas no contexto da saúde mental, está relacionada às contribuições das diferentes experiências históricas de reforma, que incluem as Comunidades Terapêuticas e a Antipsiquiatria, na Inglaterra, a Psicoterapia Institucional, na França, a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, nos Estados Unidos e a Psiquiatria Democrática, na Itália³. No caso brasileiro somam-se as contribuições das políticas públicas e das experiências locais pioneiras dos centros e núcleos de atenção psicossocial, em Santos, São Paulo.

O modelo psicossocial vem ganhando elementos tanto em termos teórico e técnico quanto ideológicos e éticos, aptos a constituírem um novo paradigma para as práticas em saúde mental, capaz de substituir o paradigma psiquiátrico que ainda é dominante. Costa-Rosa (et al., 2003, p.31), observa que de modo geral os elementos teóricos subjacentes a essas experiências passam principalmente pelas idéias sociológicas e psicológicas, pelo materialismo histórico, pela psicanálise e pela filosofia da diferença. Nesse sentido, é importante indicar que o lugar social da saúde mental é um lugar de

³ Estudos sobre estas experiências encontram-se em DESVIAT (1999); ROTELLI (2001).

conflito, confronto e contradição. Entender a saúde mental dessa forma implica em reconhecê-la como expressão e resultante de relações e situações sociais concretas. “Por qualquer perspectiva que se olhe, tratar-se-á sempre de um eterno confronto: pulsações de vida/pulsações mortíferas; inclusão/exclusão; tolerância/intolerância” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p. 29).

A operacionalização da Reforma Psiquiátrica, através da implantação da rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, territorializados e integrados à rede de saúde, tem sido uma construção lenta e difícil, perpassada por interesses políticos e econômicos. Muitas vezes são privilegiados procedimentos técnico-burocráticos, assistenciais, em prejuízo de um serviço que tenha como foco o tratamento da pessoa humana na sua dimensão integral. Por outras, a Reforma Psiquiátrica é entendida como sinônimo de reestruturação de serviços; introdução ou modernização de novas tecnologias de tratamento e cuidado; promulgação de uma nova legislação. Em geral, os problemas passam pela tendência de tornar a Reforma a implantação de centros de atenção psicossocial, de forma a banalizar o serviço, fazendo com que estes sejam uma extensão do hospital psiquiátrico (AMARANTE, 2005).

Não obstante, a transformação do modelo de atenção tradicional requer a construção de uma rede de atendimento ampla, com serviços diversificados e complementares, substitutivos das práticas asilares. O modelo substitutivo não significa alternativo, paralelo, complementar ou intermediário do sistema tradicional. Trata-se de um serviço forte, que comporta uma estrutura complexa em que o sentido das práticas deve ser alterado do “eixo da clínica” para o “eixo da cidadania”. Isso significa olhar para a pessoa-sujeito e não unicamente para a doença (AMARANTE, 2005).

Pensar a mudança do paradigma teórico-conceitual clássico significa provocar uma transformação na cultura da forma tradicional de ver e lidar com a loucura, buscar a construção de um outro lugar social para a loucura e a doença mental, a partir de uma transformação das relações sociedade-loucura/doença mental.

Nesse processo, os centros de atenção psicossocial (CAPS) constituem-se no “braço” do modelo psicossocial. Tornam-se serviços privilegiados para o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial e dispositivos estratégicos para a mudança da atenção em saúde mental.

De acordo com as normatizações do Ministério da Saúde, são atribuições dos CAPS: organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; prestar atendimento em regime de atenção diária; oferecer cuidado clínico eficiente e personalizado; realizar a

dispensação de medicamentos; acompanhar usuários que moram em residências terapêuticas; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, assessorando o trabalho dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território ou área de abrangência (BRASIL, 2004).

No sentido de favorecer o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, bem como estimular a mudança da lógica de ver e lidar com a “doença” e o “doente mental”, o direcionamento da Política Nacional de Saúde Mental preconiza que os projetos terapêuticos dos CAPS podem ultrapassar a estrutura física da unidade, em busca da rede de suporte social comunitária. O atendimento prestado deve ser através de projeto terapêutico individualizado, construído conjuntamente com o usuário. A preocupação principal não deve ser o estabelecimento de um diagnóstico clínico, mas sim o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2004).

Com base no exposto, a presente dissertação de mestrado tem como recorte de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - O Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. A escolha deste CAPS deve-se ao fato de ser este um serviço público de atendimento diário a portadores de transtornos mentais adultos, único nesta modalidade no município. A população de Florianópolis conta com outros dois centros de atenção psicossocial, um para atendimento de crianças e adolescentes (CAPSi) e outro para atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (CAPSad).

O CAPS Ponta do Coral constitui-se no principal serviço de atendimento extra-hospitalar na realidade local, desempenhando um papel central na assistência a portadores de transtornos mentais graves. A rede municipal de atenção em saúde mental é incipiente, com poucos recursos e o CAPS enfrenta diversas dificuldades na realização de suas atividades, concentrando uma demanda de atendimento superior a sua capacidade.

Destacamos a relevância deste estudo na medida em que está em curso no país uma reforma nos serviços de assistência em saúde mental, em que a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos pelo cuidado comunitário/ambulatorial tem sido a

diretriz básica para a reorganização da política de saúde mental, desde o nível federal aos níveis estadual e municipal.

A reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

O processo de reestruturação dos serviços de saúde mental está baseado na organização de uma rede comunitária de cuidados. Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esportes etc), culturais, religiosos e de lazer são convocados para potencializar as equipes de saúde na tarefa de realizar ações de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004).

Fazem parte desta rede de serviços de saúde mental os centros de atenção psicossocial, os núcleos de atenção psicossocial (NAPS), os serviços residenciais terapêuticos (SRTs), os hospitais gerais, os centros locais de saúde, as equipes de saúde da família e agente comunitários de saúde, entre outros. Particularmente, neste trabalho, nos interessamos por estudar os CAPS por estes assumirem um papel central na organização da rede, constituindo-se em serviços de atenção que “almejam à outra lógica, outra fundamentação teórica-técnica e outra ética, que não mais a do paradigma psiquiátrico” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.19).

Os CAPS foram criados para serem substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos, oferecendo atendimento em saúde mental à população de sua área de abrangência. São atendidas pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, incluindo aquelas que apresentam transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e crianças e adolescentes. As práticas realizadas neste tipo de serviço devem caracterizar-se por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro, na comunidade.

Oficialmente os CAPS foram instituídos pela Portaria GM/MS N°224/1992 e definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam uma população adscrita definida pelo nível local e oferecem atendimento de cuidados intermediários entre

o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (BRASIL, 2002b).

Atualmente, os CAPS são regulamentados pela Portaria GM/MS N° 336/2002 e integram a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta portaria estabelece critérios de porte/complexidade e abrangência populacional aos CAPS, classificando-os nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad⁴. A classificação dos diversos tipos de CAPS difere, basicamente, quanto ao tamanho da população pela qual se responsabilizam e quanto ao regime de funcionamento.

Os profissionais que trabalham nos CAPS integram uma equipe multiprofissional. São técnicos de nível superior e nível médio, de diferentes áreas de formação. Os profissionais de nível superior são médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física entre outros necessários para as atividades oferecidas, de acordo com o projeto terapêutico do CAPS. Os profissionais de nível médio podem ser técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores, artesãos, profissionais de limpeza e cozinha (BRASIL, 2004).

As equipes técnicas possuem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. Cabe aos profissionais a tarefa de organizar-se para realizar o acolhimento dos usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, realizar as atividades de reabilitação psicossocial, equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas.

Ao considerarmos as práticas em saúde mental de um centro de atenção psicossocial nosso objeto de estudo estamos entendemos que é a partir delas que a mudança de paradigma se torna possível, haja vista que a estruturação de uma rede de

⁴ O CAPS I tem capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e deve funcionar das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira; o CAPS II atende municípios com população entre 70.000 e 200.000, deve funcionar das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas; o CAPS III atende municípios com população acima de 200.000 habitantes, funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana. Já os CAPSi e os CAPSad possuem características diferenciadas dos demais. O CAPSi é referência para municípios com população acima de 200.000 habitantes e constitui-se em um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período até 21 horas. Os CAPSad destinam-se a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. É indicado em municípios com população acima de 100.000 habitantes, funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas (BRASIL, 2002b).

novos serviços de saúde mental não constitui por si só uma ruptura com o paradigma das práticas asilares, da segregação e da tutela do portador de transtorno mental. Contudo, sabemos que analisar uma realidade institucional é uma tarefa difícil, principalmente quando nos propomos olhar esta realidade em movimento, permeada de contradições e como fruto de um processo sócio-histórico.

Nesse sentido, elegemos como sujeitos informantes os profissionais que atuam no Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, por entendermos que a eles cabe a tarefa de realizar as atividades institucionais cotidianas. Esses profissionais integram uma equipe multiprofissional e assumem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. A nosso ver, constituem-se atores sociais centrais no processo de implementação e operacionalização da Reforma Psiquiátrica na realidade local.

Com isso queremos destacar que os profissionais de saúde mental exercem um papel relevante para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, seja como partícipes dos movimentos sociais, como gestores da política de saúde mental e/ou como trabalhadores (técnicos) nos serviços de assistência. Particularmente, aos profissionais dos CAPS cabe o compromisso de operacionalizar a mudança da lógica da assistência, na medida que estão atuando em um serviço considerado um dispositivo estratégico da rede de assistência em saúde mental. Esses profissionais estão diretamente ligados aos usuários do serviço e a implementação da política de saúde mental, função que os coloca na linha de frente de um cenário novo que vem passando por formulações e reformulações nos campos “político-jurídico, técnico-assistencial, epistemológico e sociocultural” (AMARANTE, 2003).

Torna-se pertinente ressaltar que o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) teve forte influência nos avanços ocorridos na mudança da assistência psiquiátrica. Constituído inicialmente de técnicos de saúde mental buscava a melhoria da assistência psiquiátrica e denunciava a situação precária dos manicômios. O MTSM posicionou-se em relação à assistência prestada, politizou a questão da Reforma, construiu uma linha de pensamento crítica no campo da saúde mental. Organizados, os trabalhadores criaram fóruns de discussões locais de caráter técnico e político e defenderam as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Posteriormente, o movimento ampliou-se no sentido de ultrapassar sua natureza técnico-científica, organizou sua estrutura administrativa como fórum nacional e passou a ser designado Movimento da Luta Antimanicomial, tornando-se um movimento social que passou a englobar várias entidades como associações de usuários

e familiares⁵, ONGs, entre outras (AMARANTE, 1994, 1995a; SOUZA, 2001; VASCONCELOS, 2000b, 2004).

Assim, nos parece certo que os profissionais de saúde mental são atores sociais influentes na efetivação da Reforma Psiquiátrica. Razões significativas para pesquisar e valorizar suas experiências e opiniões, na medida em que seus relatos podem indicar como vem se realizando no dia-a-dia a Reforma, bem como contribuir para a construção de novas práticas e a produção de novos saberes. E, entendemos como Foucault, que os saberes não são apenas conhecimentos acadêmicos, produções que se autodenominam científicas. Os saberes também estão onde são produzidos, pois sempre criam visões de mundo, produzem histórias e História.

Dessa forma, a presente pesquisa tem a finalidade específica de contribuir para a análise das práticas locais de saúde mental, a partir do estudo da realidade vivenciada no CAPS de Florianópolis e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Lembramos, ainda, que neste ano de 2006 o CAPS Ponta do Coral completa dez anos de atividades, fato que nos leva a destacar a importância de um estudo que identifique as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação deste serviço. No geral, busca-se fornecer subsídios para os avanços nas políticas de saúde mental e contribuir para a produção de conhecimentos sobre a realidade da prática das políticas públicas de saúde mental. Para tanto, elegemos como eixos de estudo e análise cinco pontos, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social e integração com a rede municipal de assistência em saúde.

Constitui-se como objetivo geral do presente estudo a análise da realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Para alcançarmos este definimos como objetivos específicos: 1) caracterizar a estrutura e os recursos financeiros disponibilizados

⁵ Cabe registrar que no campo da saúde mental encontram-se associações de composição variada. Há associações de usuários; associações de familiares; associações de usuários e familiares; associações de usuários, familiares e técnicos; associações de usuários e técnicos; e associações de técnicos e familiares. Em sua maior parte, o processo organizativo das associações é conduzido por elementos de constituição de laços de solidariedade e ajuda mútua. Contudo, existem associações que são favoráveis à agenda de inovações da assistência colocada pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e, outras, que se caracterizam como uma comunidade de veto em relação à mesma agenda (SOUZA, 2001).

e sua adequação às atividades do Caps; 2) conhecer as práticas assistenciais desenvolvidas pelo CAPS com relação ao projeto terapêutico e como se organiza o trabalho da equipe técnica; 3) identificar como ocorrem as práticas institucionais de participação do usuário e da família no tratamento e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica; 4) identificar se existem e quais são as ações institucionais, intersetoriais e/ou outras criadas com relação a inserção social do portador de transtornos mentais; 5) descrever e analisar a relação existente entre o CAPS e a rede municipal de assistência em saúde com relação a operacionalização da política de saúde mental e do SUS; 6) identificar quais as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação do CAPS, pontos positivos e negativos.

1.1 Procedimentos metodológicos

Para operacionalizar os objetivos do nosso estudo foi realizada uma pesquisa de caráter qualitativo, do tipo estudo de caso. Segundo Minayo (1994), a pesquisa qualitativa, nas ciências sociais, responde a questões particulares, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Isso significa considerar que trabalhamos com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que correspondem a pontos mais profundos das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser quantificáveis. E, segundo Chizzotti (2003, p. 104), em geral, a pesquisa qualitativa objetiva provocar o esclarecimento de uma situação para uma tomada de consciência pelos próprios pesquisados dos seus problemas e das condições que os geram, a fim de elaborar meios e estratégias de resolvê-los.

Dentre os tipos de pesquisa qualitativa, o estudo de caso talvez seja um dos mais relevantes. É uma modalidade que propicia retratar uma realidade de forma ampla e profunda, de forma a revelar a multiplicidade de dimensões presentes numa determinada situação e contextualizar o objeto para melhor compreendê-lo (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Nesta forma de estudo, o caso é tomado como unidade significativa do todo porque tanto retrata uma determinada realidade quanto revela a multiplicidade de aspectos globais presentes em uma dada situação (CHIZZOTTI, 2003). A principal função do estudo de caso é a explicação sistemática de fatos que ocorrem no contexto social e geralmente se

relacionam com uma multiplicidade de variáveis. Essa técnica caracteriza-se por ser um estudo intensivo, o qual deve considerar a compreensão geral do assunto investigado (FACHINI, 2001).

O local escolhido para a realização do estudo, o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, é um serviço público, municipal, cadastrado na modalidade CAPS II, situado à rua Rui Barbosa, 713 (fundos), no bairro Agrônômica, Florianópolis/SC. CAPS Ponta do Coral funciona das 8h às 18hs e atende uma demanda média diária de 40 usuários. O serviço foi criado em março de 1996 e funciona neste endereço desde o mês de dezembro do mesmo ano⁶.

A principal fonte de informação da presente pesquisa constituiu-se das falas dos profissionais, de formação de nível superior, e, no resultado do formulário aplicado a todos os membros da equipe do CAPS Ponta do Coral. Utilizamos para a coleta de informações a entrevista semi-estruturada, gravada, com questões abertas, e a aplicação de formulário com questões fechadas (Apêndices A e B). As entrevistas foram orientadas por um roteiro com perguntas estruturadas e agrupadas em cinco blocos correspondentes aos eixos de estudo da pesquisa. De acordo com Trivinos (1987), a entrevista semi-estruturada geralmente parte de certos questionamentos básicos, de perguntas fundamentais derivadas da teoria que é adotada para a pesquisa e de informações que o pesquisador possui sobre o tema a ser pesquisado.

Na pesquisa qualitativa, a entrevista é uma das técnicas mais utilizadas na coleta do material empírico. No tipo de estudo escolhido, foi possível perceber que a entrevista constituiu-se na ferramenta capaz de possibilitar a obtenção de dados mais profundos da realidade, os quais só podem ser obtidos com a contribuição dos sujeitos envolvidos.

O trabalho empírico para coleta dos dados e das informações na Instituição foi realizado entre a segunda quinzena do mês de março e a primeira quinzena do mês de abril de 2006 (16/3/2006 a 13/4/2006). A coleta teve início após a apresentação e solicitação de autorização para a realização da pesquisa à coordenação da Instituição. O projeto foi encaminhado à Comissão de Ensino e Pesquisa do CAPS II Ponta do Coral e à Direção de

⁶ A implantação do serviço foi efetivada em 25/3/1996, ficando instalado, provisoriamente, junto ao Centro de Saúde II do Centro de Florianópolis (atual ULS Centro), na Avenida Rio Branco. Em dezembro do mesmo ano foi transferido para o atual endereço, passando a ser chamado NAPS Ponta do Coral. Seu credenciamento no Ministério da Saúde aconteceu ao longo do ano de 1997. Em 2002, a Portaria GM n° 336 regulamentou a denominação dos antigos NAPS para CAPS (STUANI, 2005).

Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis para parecer. Mediante o parecer favorável (Anexo A) das referidas instâncias, foi realizada, em reunião de equipe, a apresentação do projeto aos profissionais do CAPS Ponta do Coral. Concluída esta etapa, foi realizada a entrevista pré-teste. A escolha do profissional observou os critérios constantes da metodologia do projeto. A entrevistada foi uma profissional da área da psicologia (área que tem mais de um profissional no CAPS) que tinha disponibilidade para a realização da entrevista na data escolhida. A partir desta entrevista, foram realizadas pequenas alterações no roteiro, com vistas a agrupar algumas perguntas, no sentido de diminuir o tempo necessário à efetivação da mesma. A referida entrevista teve a duração aproximada de uma hora e vinte minutos, acrescida de mais quinze minutos para a aplicação do formulário, totalizando uma hora e trinta e cinco minutos.

No total, foram realizadas seis entrevistas e aplicados doze formulários, de acordo com a metodologia estabelecida, a qual privilegiou, para a entrevista, o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de ensino superior, dentre as existentes no CAPS Ponta do Coral, quais sejam: psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Os formulários foram aplicados a todos os profissionais de formação de nível superior e de formação de nível médio. Foi necessário realizar sorteio do profissional a ser entrevistado apenas com relação a área da psicologia, por esta ter quatro profissionais atuando na equipe do CAPS. Como utilizamos um deles para a realização do pré-teste, participaram do sorteio apenas os outros três. O sorteio foi realizado na presença de outras duas profissionais da equipe.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos profissionais. A aplicação dos formulários foi simultânea e obedeceu ao mesmo critério. No caso de três dos profissionais entrevistados não foi possível realizar a aplicação do formulário no momento da entrevista, a pedido dos mesmos, devido a limitações de tempo. As entrevistas foram gravadas em fitas cassete, com a autorização prévia dos entrevistados, e, posteriormente, as falas foram transcritas.

As informações e os dados coletados foram sistematizados e classificados, de acordo com os eixos de pesquisa, e posteriormente analisados com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os dados originados dos formulários foram analisados e tratados descritivamente, ou seja, reduzidos a termos descritivos. Para efeito de padronização e de comparação foi adotado o método da porcentagem.

A análise final, que, segundo Minayo (1994), corresponde a um movimento contínuo entre o empírico e o teórico e vice-versa para fazer do caos aparente das

informações revelações da sua especificidade, foi construída pela síntese das informações coletadas em cada eixo de estudo, previamente definidos.

As questões éticas foram consideradas em todas as etapas do estudo, especialmente, na relação com os entrevistados, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) e dentro do que determina a Resolução N° 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde e o Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina. Os profissionais foram informados e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa quando da apresentação do projeto em reunião de equipe e individualmente antes da realização da entrevista. Foi preservado o anonimato dos entrevistado ao se utilizar codinomes para referenciar as falas no trabalho, destacando-se que os mesmos escolheram livremente seu próprio apelido quando da realização da entrevista. Apenas uma das entrevistadas optou por deixar a cargo da pesquisadora a escolha do codinome.

O trabalho que ora apresentamos está organizado de forma a contemplar, neste primeiro capítulo, a introdução do tema e a metodologia utilizada na pesquisa; no segundo capítulo descrevemos, sistematizadamente, o norte teórico utilizado como referência para a análise dos dados e das informações coletadas; no terceiro capítulo trazemos os resultados e as análises da pesquisa. Ao final, resgatamos os principais tópicos relacionados aos eixos de estudo e expomos nossas considerações finais sobre o tema.

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA

Procuramos expor neste capítulo uma síntese das análises de alguns autores que têm contribuído para o avanço nas discussões sobre a Reforma Psiquiátrica, bem como a definição do que vem a ser este outro modelo de atenção em saúde mental – o Modo Psicossocial, tanto em seus aspectos prático-assistenciais quanto em suas exigências éticas e teóricas, no sentido de construirmos o norte teórico orientador das análises da presente pesquisa.

Todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, na atualidade, bem como a literatura da área estabelecem a categoria teórico-prática “desconstrução” como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade nas ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Reiteram, também, a incapacidade da psiquiatria de explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (BASAGLIA, 1985; ROTELLI, 1990). Neste sentido, a proposta da Reforma Psiquiátrica objetiva criar experiências alternativas ao hospital psiquiátrico e ao modelo de suas práticas, através da extinção desse tipo de instituição e sua substituição por recursos que sejam capazes de rever tanto as concepções do “objeto” quanto dos “meios” e modos da sua intervenção nessa área.

A partir das contribuições colocadas por Fleury (et. al., 1989), com relação ao conceito de Reforma Sanitária como um “processo de transformação estrutural”, e da noção de *processo social complexo* proposta por Rotelli (1990), Paulo Amarante (2003, p.49), define Reforma Psiquiátrica como:

um processo social complexo que se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade.

Nessa concepção, o autor observa que processo indica algo em permanente movimento, que não tem um fim predeterminado, nem um objetivo último ou ótimo. E, a idéia de complexidade é posta não como sinônimo de complicação, mas sim como uma atitude epistemológica no sentido de reabrir a possibilidade de recomplexificação do fenômeno, proposição oposta a naturalização/objetualização da noção de doença. Neste sentido, a doença deixaria de ser reduzida a uma alteração biológica, para tornar-se um

processo de saúde/enfermidade. Em outras palavras, “a doença não é um objeto, mas uma experiência nas vidas de sujeitos distintos” (AMARANTE, 2003, p.53).

Na continuidade de suas análises sobre a Reforma Psiquiátrica Amarante (2000, 2003) designa quatro dimensões para as transformações operadas na e pelas práticas da Reforma, quais sejam: teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural.

A dimensão teórico-conceitual ou epistemológica contempla o conjunto de questões que dizem respeito a produção de conhecimentos e saberes que irão subsidiar as práticas. É uma dimensão que vai desde a reflexão dos conceitos mais fundamentais do campo das ciências até os conceitos produzidos pela psiquiatria: alienação, doença mental, normalidade/anormalidade, terapêutica e cura. Um aspecto muito importante desta dimensão refere-se ao desafio de se repensar as relações entre conhecimento e objeto (AMARANTE, 2003).

Na interpretação de Costa-Rosa (et al., 2003, p. 32), o campo teórico-conceitual pauta-se na desconstrução de conceitos e práticas, sustentados pela psiquiatria e pela psicologia nas suas visões acerca da doença mental. Propõe-se como contrapartida a construção de noções e conceitos como “existência-sofrimento” do sujeito na sua relação com o corpo social, acolhimento, cuidado, emancipação e contratualidade social. Nesse âmbito, pode-se entender que o conceito de existência-sofrimento impulsiona a Reforma Psiquiátrica na direção de uma revolução paradigmática, uma vez que questiona a tão cara relação sujeito-objeto e o próprio paradigma doença-cura. Tal conceito aparece por contraposição ao paradigma doença-cura, expressando a exigência de se dar ao sujeito a centralidade da cena.

Como exemplo desse campo Amarante (2003, p. 50) destaca o processo de desconstrução do conceito de clínica, que deixaria de ser o isolamento terapêutico ou o tratamento moral para tornar-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades; a desconstrução do conceito de doença produzido pela psiquiatria, em que o sujeito, não mais visto como alteridade incompreensível, possibilitará outras formas de conhecimento, que produzirão novas práticas clínicas e sociais.

Cabe destacar que quando um conceito é submetido ao processo de desconstrução é possível supor que as relações entre as pessoas envolvidas também serão transformadas, assim como os serviços, os dispositivos e os espaços. Conseqüentemente, mudam, ainda, os conceitos e as práticas jurídicas que eram adotadas pelos conceitos desconstruídos.

Para Basaglia (1985) e Rotelli (1990), desconstrução está relacionada à noção de *invenção*, de construção do real, de produção da subjetividade, recolocando em discussão a ciência e a psiquiatria. Os autores referem-se a “desconstrução” do dispositivo psiquiátrico e clínico em seus paradigmas fundantes e suas técnicas de poder-saber, entendendo-a como uma ação prática de desmantelamento das incrustações institucionais que cobriam a doença. A desconstrução questiona as bases do dispositivo psiquiátrico, em sua competência para atuar frente à loucura.

Entende-se desconstrução como um processo social complexo, de desmontagem do dispositivo psiquiátrico, que não tem fim, ou não pretende constituir, um modelo ideal, mas sim dar novo significado às relações e colocar questões imanentes às situações-problema. Nesse sentido, é um processo que precisa, por definição, ser reinventado incessantemente, e questionar também o conjunto dos segmentos sociais que deveria ser [...] objeto de uma verdadeira "revolução molecular", quer dizer, de uma re-invenção permanente (GUATTARI, 1992 apud TORRE; AMARANTE, 2001, p. 14).

A dimensão político-jurídica passa pela criação e alterações na legislação com relação aos direitos e a assistência ao portador de transtornos mentais. O âmbito jurídico é decorrente do fato de a psiquiatria ter instituído a noção de relação entre loucura, periculosidade, irracionalidade, incapacidade, irresponsabilidade civil. No plano político luta-se pela extinção dos manicômios e sua substituição por instituições abertas, pela revisão das legislações sanitárias, civil e penal referente a doença mental, para possibilitar o exercício dos direitos à cidadania, ao trabalho e à inclusão social. Importa nessa dimensão rediscutir e redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais (AMARANTE, 2003, p. 53; COSTA-ROSA, et al., 2003, p. 33).

No âmbito da dimensão técnico-assistencial está o modelo assistencial. É nesse campo que, na realidade brasileira, aparecem mais visivelmente as inovações com relação as práticas assistenciais em saúde mental, concomitante a reconstrução dos conceitos. As transformações vêm acontecendo tanto na concepção de novos serviços (CAPS, oficinas terapêuticas e de reintegração sociocultural, cooperativas de trabalho) quanto na sua forma de organização e gestão (instituições abertas com participação e co-gestão com os usuários e a população).

Nos últimos anos têm-se objetivado construir uma rede de novos serviços, concebidos como espaços de sociabilidade, de trocas, em que se enfatiza a produção de saúde como produção de subjetividades. Essas mudanças indicam para uma mudança nas práticas de atenção e tem significado *colocar a doença entre parênteses*, propiciando

contato com o sujeito, rompendo com as práticas disciplinares; aumentando a possibilidade de recuperação do seu estatuto de sujeito de direitos (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 32-33; AMARANTE, 2003, p.51).

A expressão *colocar a doença entre parênteses* é atribuída a Basaglia, significa a suspensão do conceito e implica na possibilidade de novos contatos empíricos com o fenômeno em questão. Para o autor, a psiquiatria colocou o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença como fenômeno da natureza. Assim, Basaglia propõe uma inversão, isto é, colocar a doença entre parênteses para tornar-se possível lidar com o sujeito e não com a doença.

Amarante (2003) chama a atenção para o fato de a atitude epistemológica de colocar a doença entre parênteses não significa a negação da doença no sentido do não se reconhecer que experiências de sofrimento ou diversidade fazem parte da realidade concreta da saúde mental. Nas palavras do autor:

não significa a recusa em aceitar que exista uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar. Significa, isto sim, a recusa a explicação da psiquiatria, para dar conta daquela experiência, como se esta pudesse ser explicada pelo simples fato de ser nomeada como doença. A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia social e política da exclusão, e a ruptura epistemológica com o saber da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para objetivar conhecer a subjetividade (AMARANTE, 2003, p. 56).

A dimensão sociocultural expressa o objetivo maior da Reforma Psiquiátrica, haja vista que pretende transformar o *lugar social* da loucura no imaginário social, transformando as relações entre a sociedade e a loucura. Muito do imaginário social é decorrente da ideologia psiquiátrica que tornou senso comum a relação da loucura à incapacidade do sujeito de estabelecer trocas sociais e simbólicas (AMARANTE, 2003, p. 53).

Para tanto se têm estimulado uma série de práticas sociais visando transformar o imaginário social relacionado a loucura, a doença mental e a anormalidade. Está em processo de mudança a imagem da loucura e do louco, a imagem da instituição e a da relação dos usuários e a população com ela. A intencionalidade passa pela construção de uma imagem das instituições de atendimento como espaços abertos de circulação e pólos de exercício estético, e uma imagem do “louco” como cidadão que deve almejar poder de contratualidade social (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 33).

Pensar a Reforma Psiquiátrica como um processo complexo implica desconstruir, superar conceitos; pensar, refletir sobre as ações no campo da saúde mental e os efeitos de

suas práticas; criar, construir novas práticas e produzir outros saberes. Trata-se, portanto, de um processo contínuo em que os verbos transformar, produzir, desconstruir, desmontar, emancipar, reconstruir devem estar no cotidiano do fazer em saúde mental.

2.1 O Modo Psicossocial

A elaboração das práticas do modo psicossocial é tributária de diferentes movimentos sociais científicos e vários campos teóricos. Sob esse aspecto, Abílio da Costa-Rosa (2000; 2003), busca especificar elementos básicos do novo paradigma traçando um paralelo de análise entre as práticas constitutivas do modo asilar e aquelas exigidas ao modo psicossocial⁷.

As principais características do modo asilar são: ênfase na consideração de determinantes orgânicos nos problemas que se pretende tratar, o que implica que o seu meio básico seja medicamentoso; pouca ou nenhuma consideração da existência do sujeito, o que implica que não se insista na sua mobilização como participante do tratamento. O indivíduo continua sendo visto como doente, tanto em relação à família quanto em um contexto social mais amplo. Daí decorre que a intervenção seja quase exclusivamente centrada nele. As aproximações da família, quando ocorrem, costumam ter caráter apenas pedagógico e assistencial. Dessa consideração do indivíduo como centro do problema, entre outros fatores, decorre também seu isolamento em relação ao meio familiar e social.

Ainda, com relação as práticas assistenciais, no modo asilar, o trabalho é realizado sem que os profissionais se encontrem para conversar sobre a atividade comum. O prontuário é considerado o elo de interconexão entre os profissionais da equipe. Mesmo no caso em que o meio é multiprofissional, a determinação fundamental dos problemas continua, na prática, sendo biológica. Portanto, a eficácia do tratamento espera-se que venha da química. Sua instituição típica continua sendo o hospital psiquiátrico fechado,

⁷ O autor observa que esta análise tem uma dimensão histórica, na medida que inclui uma consideração dos avanços que tem ocorrido nas práticas concretas até o presente; e outra dimensão lógica, visto que decorre da dedução realizada, através do método de análise, das características imprescindíveis a um determinado dispositivo para que ele configure uma lógica contraditória com a dos dispositivos que pretende superar e substituir (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.36).

ainda que nas últimas décadas esse venha sendo alvo de reformas democratizantes, intermitentes e esteja acompanhado de dispositivos chamados extra-asilares.

No modo psicossocial a concepção do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos sustentados para lidar com esse processo requer a desinstitucionalização do paradigma “doença-cura” e sua substituição pelo “existência-sofrimento”, conjuntamente com a configuração de práticas de trabalho transdisciplinares.

Destacam-se como principais exigências ao modo psicossocial: a determinação e consistência psíquica e sociocultural dos problemas, e não orgânica; a desospitalização e a desmedicalização, o que significa desconsiderar a medicação como resposta única ou preponderante e a priori; o exercício da “clínica da escuta e da criação de si”, e não a clínica da observação e da retomada do estado anterior às crises; a horizontalização das relações intrainstitucionais; a participação dos usuários e da população em forma de autogestão e co-gestão; o livre trânsito dos usuários e da população; a ética do reposicionamento do sujeito, que significa reconhecer a implicação subjetiva como forma de singularização e não supressão sintomática.

Os dispositivos institucionais típicos do modo psicossocial são os centros e núcleos de atenção psicossocial, o Hospital-Dia, ambulatórios de saúde mental; equipes multiprofissionais de saúde mental, inseridas em Centros de Saúde; setores para tratamento em saúde mental, inseridos em hospitais gerais. Seus meios básicos de tratamento são a psicoterapia, a laboterapia, as socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural, além da medicação.

É decisiva a importância que se atribui ao sujeito, daí que se insista de maneira fundamental na sua mobilização como participante principal do tratamento. Não se deixa de considerar, por isso, a sua dimensão de indivíduo (orgânico e sócio-cultural). Dá-se ênfase à consideração da pertinência do indivíduo a um grupo familiar e social. Supõe-se que se deve trabalhar também a família e o grupo social como agentes das mudanças buscadas.

Da consideração de que não é o indivíduo o único problemático, sugere-se que se inclua no tratamento também a família e eventualmente um grupo mais ampliado. As formas de participação da família e do grupo ampliado no tratamento são várias e superam, em muito, as posturas assistencial e orientadora, características do modo asilar. As associações de usuários e familiares criadas no modo psicossocial são reflexos dessa nova postura em relação aos usuários.

No modo psicossocial, espera-se que as diferentes possibilidades de ação se estendam desde a continência do indivíduo, durante a crise, até o reconhecimento da implicação familiar e social nos mesmos problemas. Espera-se, portanto, que tanto uns quanto outros possam assumir a parte de seu compromisso na atenção e no apoio. Além disso, dá-se acentuada ênfase à reinserção social do indivíduo, sem perder de vista que, muitas vezes, não é a problemática com a qual ele chegou a responsável pela sua saída da circulação sociocultural.

Quanto às formas de organização institucional, no modo asilar estas são marcadas por estratificações de poder e saber no âmbito do pessoal da instituição, que se transladam para a relação com os usuários e a população, os quais estão excluídos de qualquer participação que não seja a do objeto inerte e o mundo. Já os dispositivos do modo psicossocial tem suas práticas fundamentadas na lógica da Psicoterapia Institucional e da Comunidade Terapêutica e, geralmente, estas são instrumentadas por meio de assembleias de usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental. Participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais no modo psicossocial, por oposição à estratificação e interdição institucionais à heterogestão e à disciplina das especialidades que dominam no modo asilar.

Neste sentido, o autor propõe designar a Atenção Psicossocial como paradigma do modo psicossocial, em oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar.

2.1.2 Atenção Psicossocial

O termo Atenção, no contexto da Reforma Psiquiátrica, assume o conceito de “dar e prestar atenção, acolher, receber com atenção, tomar em consideração, levar em conta e escutar atentamente”. Designa uma parte fundamental do contorno que se pretende imprimir às ações de Atenção Psicossocial nas práticas em saúde mental. Expressa certos princípios relativos, sobretudo, à forma das relações dos agentes institucionais e das próprias instituições como dispositivos, com os sujeitos usuários e suas demandas (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 22).

Já o conceito Psicossocial designa as práticas em Saúde Mental Coletiva que se inscrevem como transição paradigmática da psiquiatria; enquanto que o termo psicossocial

agrega ao 'objeto' das práticas em saúde mental aspectos psíquicos e sociais, e tem a função de designar experiências reformadoras em sentido amplo (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 19).

Segundo o autor, ao somatizar aspectos sociais e psíquicos aos aspectos biológicos do paradigma e do objeto da psiquiatria a Atenção Psicossocial vai promover transformações nas concepções do objeto, nos modos de conceber e estruturar a instituição como dispositivo e, sobretudo, na forma de conceber e estruturar as relações terapêuticas, que tem, por sua vez, implicações éticas radicalmente distintas das práticas asilares.

A Atenção Psicossocial subentende ações diferenciadas das contidas no paradigma asilar e psiquiátrico. Na definição de Costa-Rosa Luzio e Yasui (2003, pp. 34-36):

a Atenção Psicossocial parece configurar um campo capaz de congrega e nomear todo o conjunto das práticas substitutivas ao Modo Asilar, conservando ao mesmo tempo a abertura necessária para a inclusão das inovações que ainda estão se processando e para outras que certamente virão. [...] As práticas de Atenção Psicossocial representam a sedimentação de um vasto conjunto de variações teórico-técnicas e éticas, mais ou menos radicais, conforme o caso, em relação às práticas vigentes e dominantes, que estão no lugar estrutural de sua alteridade necessária.

Os autores argumentam que a Atenção Psicossocial tem sustentado um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas norteadas pela aspiração de substituírem o modo asilar, e algumas vezes o próprio paradigma da psiquiatria. As ações na esfera político-ideológica trabalham em sintonia com os movimentos sociais que lutam pelo resgate da dignidade humana e dos direitos individuais e coletivos de cidadania. As ações teórico-técnicas referem-se à produção de novas formas de intervenção que possibilitem a construção de novos dispositivos que trabalhem pela transformação radical dos modelos institucionalizados e da ética em que se pautam.

Atenção Psicossocial, entendida como paradigma do modo psicossocial, designa concepções contrárias ao modo asilar. Quando referida as políticas públicas de saúde mental aspira a inclusão de aspectos políticos, econômicos, sociais, culturais e outros relacionados com ações que visam a construção de práticas de emancipação para a cidadania. Neste trabalho, se refere ao modelo de atenção em saúde mental que deve nortear as práticas dos serviços substitutivos, especificamente, a dos centros de atenção psicossocial.

Dessa forma, a complexidade e amplitude das práticas de Atenção Psicossocial inclui como seus componentes necessários, os conceitos e as práticas englobadas na desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, a partir de uma perspectiva baseada no aumento da contratualidade social dos usuários das instituições.

2.2 Desinstitucionalização

A desinstitucionalização tem sua origem nas experiências desenvolvidas por Franco Rotelli (1990), na Psiquiatria Democrática italiana. Segundo o autor, o primeiro passo da desinstitucionalização consiste em desmontar a relação problema-solução, renunciando a busca da solução racional (tendencialmente ótima) que no caso da psiquiatria é a normalidade plenamente restabelecida.

“O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de “cura” mas no projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente” (ROTELLI, 1990, p.30). Neste sentido, trata-se de um processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito doente. A desinstitucionalização traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação na qual exista reciprocidade entre sujeitos - uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade.

Nas palavras do autor,

A desinstitucionalização é, sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. [...] Depois de ter descartado a ‘solução-cura’ se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento (ROTELLI, 1990, p.33).

Em sua origem, os pressupostos da desinstitucionalização encaminham-se no sentido da restituição da subjetividade do indivíduo, possibilitando-lhes a recuperação de sua contratualidade, isto é, da posse de recursos para trocas sociais e, por conseguinte, para a cidadania social. Contudo, alguns estudos sobre as mudanças operadas na assistência no

âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira apontam para a compreensão da desinstitucionalização como desospitalização⁸.

Segundo Spricigo (2001), a desinstitucionalização, não correlata da desospitalização, torna-se a um só tempo, processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito adoecido. Traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação em que exista reciprocidade entre sujeitos, uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade. Isso gera a necessidade de invenção de novas modalidades de mediação, não somente médicas, mas principalmente políticas, sociais e culturais.

Sobre esta questão, Amarante (1995b) enfatiza que a mudança desejada na assistência em saúde mental não corresponde simplesmente ao fechamento de hospitais psiquiátricos e o conseqüente abandono das pessoas em suas famílias ou nas ruas, nem no fechamento de leitos para reduzir custos, no sentido do neoliberalismo ou no sentido do enxugamento do Estado. Segundo o autor,

desinstitucionalização não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativo. Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social (AMARANTE, 1995b, p. 491-494).

⁸ Ver SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Série Teses em Enfermagem, n° 42)

Neste sentido, a proposta da desinstitucionalização está centrada em uma mudança completa do paradigma de saber em saúde mental e, do ponto de vista assistencial, na constatação de que o hospital psiquiátrico tradicional é antiterapêutico. Assim, a estratégia de conversão do sistema de cuidado deve partir da substituição do hospital psiquiátrico por um amplo rol de serviços abertos e comunitários, capazes de assistir o usuário desde a crise aguda até às necessidades mais amplas de caráter social. Nestes novos serviços, a reabilitação psicossocial vem se configurando como um lineamento para o desenvolvimento de programas, eticamente responsáveis, no sentido de dar conta da totalidade das demandas que os problemas mentais severos e persistentes requerem.

2.3 Reabilitação psicossocial

Na definição da Organização Mundial de Saúde (1987 apud PITTA, 2001) reabilitação psicossocial é o conjunto de atividade capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários.

Segundo Pitta (2001), a reabilitação psicossocial, no seu sentido instrumental, é representada por um conjunto de meios (programas e serviços) que são desenvolvidos para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes, ou seja, um processo para facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. Tal processo enfatiza as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo e a cada situação de modo personalizado.

Para Saraceno (2001), a reabilitação psicossocial prevê um processo de restituição e reconstrução de direitos políticos legais e sociais para o cidadão. Para tal, projetos de ressocialização devem promover o reconhecimento do portador de transtorno mental.

Para Kinoshita (2001), reabilitar é reconstruir valores, aumentar o poder contratual, criar condições de possibilidade para que um paciente possa, de alguma

maneira, participar do processo de trocas sociais, produzir dispositivos que, desde uma situação de desvalor quase absoluto (pressuposto), possa passar por experimentações, mediações que busquem adjudicar valores aptos para o intercâmbio, ou seja, modificar o pressuposto de desvalor natural para um pressuposto de valor possível proposto, explícito.

O autor considera que reabilitar pode ser entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia. Sendo que, a contratualidade do usuário vai estar, primeiramente, determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Se estes podem usar de seu poder para aumentar o poder do usuário ou não. Depois pela capacidade de se elaborar projetos, isto é, ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida.

Ainda, diretamente ligada a questão da reabilitação de pacientes está a necessidade de se estabelecerem diversificadas redes de relações, as quais melhor capacitariam os indivíduos a compreenderem quais determinações influenciam sua vida cotidiana, ampliando sua autonomia.

O conceito de autonomia aqui referenciado é entendido como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001).

3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Apresentamos, a seguir, os resultados e as análises da pesquisa realizada, a partir dos eixos que nortearam a coleta dos dados e das informações: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde.

3.1 Estrutura e recursos financeiros

O conjunto de serviços substitutivos ao modelo de atenção em saúde mental tradicional (manicomial/asilar), do qual os centros de atenção psicossocial fazem parte, é, atualmente, regulamentado pela Portaria GM/MS N° 336/2002. Esta portaria estabelece portes diferenciados, a partir de critérios populacionais, para abrangência, financiamento e tipo de serviço prestado, de acordo com cada modalidade de CAPS.

Com relação a estrutura física, os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender a sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado. Para tanto, devem estar equipados com consultórios individuais para consultas, entrevistas, terapias, salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitório, sanitários, área externa para oficinas, recreação e esportes (BRASIL, 2004).

Neste aspecto, O CAPS Ponta do Coral tem uma estrutura que compreende um terreno com área física total aproximada de 1.936,00m², destes, aproximadamente 421m² são de área construída. Fazem parte das instalações, uma casa com dois pavimentos, um anexo, utilizado como sala do brechó, área de lazer e estar externa, e estacionamento. O pavimento superior da casa comporta 2 varandas, sala de recepção, sala de espera, 2 áreas de circulação (corredores), sala de administração, 2 consultórios, sendo que no momento um é utilizado como sala administrativa para realização de procedimentos relacionados ao preenchimento das APACs⁹, 2 salas para atividades grupais com WC, sala de depósito de

⁹ Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo.

material, cozinha com despensa, refeitório com churrasqueira, sala ampla (auditório) equipada com multimídia, sala de enfermagem, sala de repouso, e 7 banheiros distribuídos no espaço físico do pavimento superior. No pavimento inferior encontra-se a sala utilizada pela associação de usuários, 2 salas para a realização de oficinas (com passagem de uma para outra), sala com forno, sala de depósito de material e lavanderia¹⁰.

De acordo a pesquisa realizada, 83,3% dos profissionais considera a área física do CAPS suficiente para o atendimento da demanda e 66,7% consideram as instalações adequadas para a realização das atividades propostas; apenas um profissional observou que considera a estrutura do CAPS suficiente desde que as oficinas produtivas sejam realizadas fora da unidade. A mesma porcentagem (66,7%) considera os equipamentos disponíveis suficientes. Neste âmbito, o serviço conta com computador com impressora, aparelho de telefone e fone/faz, televisão, mesas de escritório, cadeiras, quadro branco, maca para atendimento em enfermagem, camas de repouso, fogão industrial, pia, mesas e bancos no refeitório, bancos para estar e descanso, entre outros. Metade dos profissionais respondeu que os equipamentos estão em bom estado de utilização, com ressalvas para salas com pouca ventilação no pavimento inferior.

Já com relação aos materiais de consumo, 91,7%, correspondente a onze dos doze profissionais que responderam ao formulário, consideram que os materiais de consumo não são suficientes. Eles se referem à falta e irregularidade no recebimento de materiais básicos à manutenção do serviço, tais como copo descartável para água, papel higiênico, e, principalmente, material específico para uso nas oficinas terapêuticas e de produtividade. Esta situação pode ser observada nas falas dos profissionais, que identificam as dificuldades no funcionamento do CAPS com relação a falta de recursos materiais e financeiros:

[...] essa falta de recursos é isso que eu te digo, desde a parte administrativa, nós precisamos de papel, carbono, copo pra tomar água, por exemplo, agora nós somos uma Unidade Local de Saúde que não tem copo descartável, já faz quase quinze dias, vinte dias, não tem copo descartável; falta água, aí nós temos que esperar, sendo que é um lugar que transita muitos usuários, eles tomam medicação e precisam tomar água, eles tomam muita água, e acaba não tendo água potável; por exemplo, teve época que faltou papel higiênico, em um serviço onde os usuários chegam fazem lanche, almoçam, fazem lanche da tarde, eles passam o dia aqui, então precisa ter uma estrutura mínima de atendimento (LÉLI, 4/4/2006).

¹⁰ Conforme Planta Baixa da unidade constante no projeto de reforma e ampliação executado em 2003/2004.

[...] a gente tem também o problema de fornecimento de material de consumo já há algum tempo, também desde que essa administração começou (Gestão Municipal e da Secretaria de Saúde), o fornecimento de material de consumo é interrompido, a gente fica sem tinta pra impressora, sem papel, sem papel higiênico...; tem diversos itens desses que são necessários, fazem parte do funcionamento do dia-a-dia do serviço (F, 12/4/2006).

[...] as oficinas terapêuticas e produtivas, requerem um material específico que precisa de dinheiro, e aqui, na política específica do município não tem uma regularização quanto ao repasse desse dinheiro [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

[...] a falta de agilidade no fornecimento das reservas para as oficinas, tudo isso resulta em um prejuízo para o trabalho; ficou quase uns dois meses a oficina fechada por falta de material, por exemplo [...] (P, 17/3/2006).

Outra dificuldade mencionada pelos profissionais no funcionamento do serviço é o vale transporte dos usuários:

[...] o funcionamento em geral fica prejudicado porque na medida em que falta vale transporte o usuário não vem, não consegue se deslocar para vir até aqui, aí interrompe aquele projeto terapêutico que havia sido feito com o usuário [...] (VIK, 24/3/2006).

[...] a questão, por exemplo, da dificuldade que a gente tem aqui: o transporte dos pacientes, a questão do passe, é muito irregular; então, isso reduz a nossa produtividade também, porque os pacientes acabam não vindo. Muitas vezes a gente não pode, por exemplo, contar com aquele paciente que veio para uma entrevista inicial porque ele não tem como estar vindo no curto prazo, então, acho que isso, a questão do custo que é o transporte em Florianópolis, também acaba afetando o nosso trabalho, então, nesse sentido, a falta de regularidade no passe [...] (P, 17/3/2006).

A partir dessa relação entre as diversas necessidades para o funcionamento do serviço é possível perceber que os profissionais assumem como princípio uma concepção de saúde ampliada, na qual não basta somente o atendimento terapêutico. Outros fatores estão interligados e contribuem para que a assistência efetivamente ocorra. Contudo, a concepção e prática setorializada das políticas sociais brasileiras provoca situações dessa natureza, na medida em que não se trabalha a inter-relação entre elas. Esta forma de setorialização das políticas sociais, no entanto, não é característica apenas da realidade brasileira, mas uma “modalidade do Estado burguês” que traduz as expressões da questão social mediante a tipificação das políticas sociais (NETTO, 1992).

Várias iniciativas têm buscado romper com esta perspectiva como a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), que reafirmou a necessidade de se garantir e melhorar o acesso aos bens e serviços da sociedade: prover trabalho, creches, profissionalização, educação, lazer, escolas, habitação, transporte, segurança pública, saneamento básico. Também, destacou ser fundamental enfatizar a questão do transporte urbano acessível aos usuários, a fim de que seja garantido o deslocamento entre os serviços de saúde e sua moradia (BRASIL, 2002a).

Na seqüência da pesquisa realizada, dois entrevistados referiram que a falta e as dificuldades no fornecimento dos recursos materiais necessários estão mais acentuadas na atual gestão administrativa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)¹¹. Foram relacionadas, ainda, como dificuldades, a falta de um carro disponível para o CAPS, a falta de terapeuta ocupacional, de outro médico psiquiatra e outros profissionais de nível médio (auxiliar administrativo, pessoa para limpeza). Outras questões listadas estão relacionadas aos recursos humanos e as necessidades de integração do serviço na política municipal de saúde. Os profissionais relatam a existência de dificuldades de interação da equipe, falta de capacitação, supervisão institucional, falta de apoio institucional, falta de efetivação de uma rede de saúde mental e/ou a existência de uma rede de atenção ainda incipiente, em processo de formação, falta de estrutura para atenção às urgências, dificuldades do gestor em compreender a lógica da saúde mental, salários incompatíveis com as funções.

Os problemas relatados pelos profissionais aparecem diretamente relacionados à insuficiência dos recursos financeiros de custeio do serviço. Todos os entrevistados referiram que os recursos gerados pelo serviço, através das APACs, não são suficientes para a realização das atividades do CAPS. Dentre as atividades prejudicadas, o trabalho nas oficinas foi apontado como o principal, conforme aparece na fala a seguir:

o que requer mais recursos, atualmente, são as oficinas produtivas, por exemplo, houve uma paralisação de muitas das oficinas quando faltou recurso. O recurso não é exatamente suficiente. Eu acho que os R\$ 500,00 por mês é um recurso pequeno [...] acho que o recurso poderia ser maior, pelas necessidades ele acaba sendo reduzido, não é uma coisa que você possa comprar a vontade, assim, é limitado, muitas vezes, a oficina tira de uma pra passar pra outra (P, 17/3/2006).

¹¹ Gestão Municipal 2004/2008; a Gestão da Secretaria de Saúde referida é a de 2004 a abril de 2006 que teve como gestor o vereador Walter da Luz; à época da coleta dos dados empíricos houve mudança do gestor municipal de saúde, assumindo o cargo o ex-secretário estadual de saúde João José Cândido da Silva.

Um dos profissionais apontou como principal atividade prejudicada pela falta de recursos financeiros a questão do território. Segundo este, a falta de recursos interfere no atendimento prestado, no sentido de que não é possível realizar o acompanhamento, a inclusão e avaliação do usuário em seu território. De acordo com este profissional,

o dinheiro do CAPS pode ser melhor gerido se investir no território. Investir no território seria elaborar projetos, ter mais articulação com a associação de moradores, ou seja, com os recursos que o território oferece, e aí precisa aumentar a própria equipe porque vai ter equipes que vão ter que se deslocar do CAPS; vai ter que ter investimento em carro, daí vai ter que ter um motorista, os próprios agentes comunitários tem que ter essa parceria, isso tudo implica em financiamento. [...] como eu sempre digo, território é onde a vida acontece, onde a cultura é produzida, onde as manifestações de vida, elas estão mais visíveis [...], mas investir lá no território, a equipe tem que estar inserida lá, estar toda hora pensando e discutindo [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

De acordo com as recomendações da política do Ministério da Saúde, as ações de saúde mental devem obedecer a um modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas. São ações que envolvem práticas de reabilitação psicossocial, promoção da cidadania, construção da autonomia possível dos usuários no ambiente em que eles vivem, e que necessitam de uma equipe multidisciplinar capaz de trabalhar sobre a ótica da interdisciplinaridade (BRASIL, 2004).

Necessariamente, a mudança de um modelo assistencial requer a análise de sua estrutura de financiamento. Isso significa que as características singulares e diferentes dos CAPS, em relação aos modelos tradicionais de assistenciais, e a complexidade das ações desenvolvidas por estes serviços necessita vir acompanhada de uma mudança na lógica de alocação de recursos financeiros.

Atualmente, o principal órgão financiador dos CAPS é o Ministério da Saúde (MS). Com a publicação da Portaria GM/MS nº 336/2002 os CAPS passam a fazer parte das ações estratégicas do MS. Esses serviços são incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e a remuneração é através do sistema APAC/SIA¹². Baseado na fatura que o prestador de serviços de saúde apresenta ao SUS, correspondente aos seus gastos

¹² A Portaria GM/MS nº 336/2002 descreve os procedimentos objeto de remuneração, classificando-os em intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Para essas três modalidades de atendimento, a Portaria GM/MS nº 189/2002 fixou o número máximo de atendimentos mensais para cada modalidade, de acordo com cada tipo de CAPS, sendo que para cada tipo de procedimento é destinado um valor diferenciado. Nos CAPS II, um procedimento intensivo custa R\$ 25,40; um semi-intensivo, R\$ 16,30; e um não-intensivo, R\$ 14,85 (BRASIL, 2002).

mensais com a produção de atendimentos aos usuários dos CAPS, o Ministério da Saúde repassa, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, o montante equivalente à sua produção. A inovação introduzida por este modelo de pagamento refere-se à fonte de financiamento, ou seja, ao acréscimo de recursos financeiros repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estadual e Municipal de Saúde (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, pp.129-132).

Sobre este aspecto, perguntamos aos entrevistados qual conhecimento possuem sobre o repasse dos recursos financeiros para o CAPS. Na sua maioria, eles referiram saber sobre os recursos originados a partir das APACs, contudo, relataram não saber sobre o controle do uso desse recurso, conforme expresso nas falas relacionadas:

[...] tem o valor, o montante desse valor que é produzido dos atendimentos pagos pelo Ministério (MS), então, tem isso mensal, a gente tem o valor que chegou, somou, vamos dizer assim, esse montante que a gente somou dos atendimentos feitos no mês, isso a gente sabe, porque as APACs são geradas aqui no CAPS, mas o repasse disso via Fundo Municipal, esse controle eu não sei, eu sei do valor que tem que receber mensalmente (VIK, 24/3/2006).

Bom, formalmente, eu desconheço qualquer..., todas as formas de recursos. O dinheiro da produtividade referente as APACs vai para o Fundo Municipal de Saúde e nunca teve prestação de contas disso. Na verdade a gente não sabe qual é o destino que é dado nem quanto vem; tem o nosso levantamento interno da produtividade, mas não sabemos o que é feito desse recurso (F, 12/4/2006).

Alguns profissionais referiram-se ao fato de o município não ter gestão plena do SUS,

Bom, eu tenho algum, pouco do que é repassado, a gente sabe o que foi recolhido, por exemplo, através das APACs, que são os atendimentos feitos aqui, então eu sei quantos atendimentos foram, qual seria o valor que essas APACs dariam, mas eu não sei qual o valor que a gente acaba recebendo, que fica num fundo perdido, no sentido de que é um fundo único por não ser gestão plena (J, 22/3/2006).

O conhecimento que eu possuo é muito irregular e insatisfatório, assim, a relação APAC, por exemplo, o repasse do dinheiro que viria do Ministério da Saúde a gente acaba..., nós não somos gestão plena então vai pra secretaria (municipal) de saúde e ali é passado pra compra de alimento..., enfim, mas nós não temos autonomia sobre esse dinheiro, então, uma vez que você não tem autonomia o teu conhecimento fica restrito. Está na mão da secretaria mesmo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais discorreu detalhadamente sobre a forma como os recursos são gerados e repassados à unidade gestora (SMS), referindo-se que todas as diretrizes sobre financiamento do serviço são preconizadas pelo Ministério da Saúde através de portarias.

Os recursos financeiros do CAPS são obtidos através de APACs, Autorização de Procedimento de Alto Custo; pra se preencher uma APAC é necessário que haja uma organização do serviço em cima de modalidades de atendimento; as modalidades de atendimento podem ser: semi-intensivo, intensivo e não-intensivo, cada um tem um determinado valor em relação a esse procedimento, ou seja, todas as diretrizes em relação a financiamento, o Ministério preconiza isso em portaria, então, os conhecimentos que eu possuo em relação aos recursos financeiros do Caps são os conhecimentos que já estão preconizados em relação ao Ministério da Saúde; essa APAC uma vez preenchida ela é computada, ela é repassada pro governo federal e este repassa o dinheiro fundo a fundo; esse dinheiro vem pro Fundo Municipal de Saúde, e é esse dinheiro que é aplicado na saúde mental pra ter a gestão do serviço [...] aqui acontece da seguinte forma: cada gestor municipal, como a política é municipalizada, eles criam um protocolo, nesse protocolo eles colocam de que forma esse dinheiro pode ser gastado na saúde mental; então, existe um documento no município dizendo, olha na saúde mental você pode gastar tanto com a associação de usuários, tanto pra comprar materiais, tanto pra gastar em vale transporte; então, existe um protocolo dizendo no que você pode gastar esse dinheiro que vem na saúde mental; é um dinheiro que vem do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde; esse dinheiro cai nessa conta e ali existe um acordo de como se gastar; esse dinheiro é manejado pelo gestor municipal de saúde (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme apontam Freire, Ugá e Amarante (2005, pp. 131-133), o modelo de alocação de recursos dos CAPS (sistema de remuneração por APAC) trás contribuições à política nacional de saúde mental ao inserir os CAPS no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) do MS, pois proporciona maiores incentivos financeiros, haja vista a alocação de recursos municipais extra-teto para a manutenção de serviços já existentes e a implantação de novos serviços.

Contudo, os mesmos autores ressaltam que há de se perceber que a lógica da remuneração que o SUS imprime aos CAPS vincula-se, preponderantemente, à doença. Ou seja, as unidades assistenciais do SUS seguem um sistema de remuneração vinculado a um diagnóstico, mais especificamente, a um episódio de doença, internação, contidos na tabela de procedimentos hospitalares (SIH/SUS) ou a ações ambulatoriais, inscritas na tabela de procedimentos ambulatoriais (SIA/SUS). Desta forma, “o sistema de saúde encontra-se, em sua quase totalidade, voltado para a produção de atos vinculados a doença, isto é, atos

curativos, valorizando, em consequência, intervenções predominantemente individuais, que são remuneradas pela venda de procedimentos, diárias e atos médicos-assistenciais de natureza privatizante” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p 133).

Amarante (2003, pp. 62-63) considera que os CAPS, como os serviços integrantes do SUS, também foram capturados pela lógica da *inampização*, ou seja, pela lógica do pagamento por procedimento. Para o autor, “o modelo prevalente dos CAPS é o herdeiro mais autêntico e legítimo da lógica do antigo INAMPS, onde a saúde era reduzida a doença, ao mesmo tempo em que o sistema de saúde era reduzido a assistência médico-curativa”.

Portanto, o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. Pelo contrário, tente a prejudicar a complexidade de ações dos CAPS, na medida em que não é previsto financiamento das diversas relações que podem ser estabelecidas com a comunidade, com as lideranças e associações comunitárias. Tais ações, dentre muitas outras possibilidades de intervenção territorial, “são inerentes a esse tipo de serviço e objetivariam imprimir um processo de transformação cultural nos diversos segmentos da sociedade, no lidar e no acolhimento das pessoas em sofrimento mental” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 135).

Sobre a forma de repasse dos recursos financeiros ao CAPS, os profissionais entrevistados relataram não existir descentralização administrativa. Os recursos chegam ao serviço na forma de materiais. Alguns profissionais observaram que até a gestão administrativa da secretaria municipal de saúde anterior eles tinham acesso a uma verba de R\$ 500,00 que utilizavam na compra de material para as oficinas. A partir da atual gestão esse dinheiro não foi mais repassado. A compra do material passou a ser feita através de orçamento encaminhado à secretaria, que faz o pagamento, e os profissionais retiram os materiais.

Não, a gente não tem acesso a esse recurso diretamente, a gente não é uma unidade que gere o seu recurso; ele vai pra secretaria e a secretaria... por exemplo: toda a compra de... o pagamento dos almoços, lanches, etc.. é a secretaria que faz; a gente não tem autonomia; o único recurso que a gente manuseia são os R\$ 500,00, que vem para as oficinas; isso é dividido, as Oficinas fazem um rateio, cada oficina compra o seu material, mas até parece..., da última compra fui eu que comprei, ela (SMS de Florianópolis) determinou, já colocou a empresa que vai fornecer; não sei se foi mediante licitação, já fez o pagamento direto, a gente só foi lá escolher e pegar os produtos que tinham sido

solicitados; então..., de outras vezes, por exemplo, a gente pegava o cheque ia lá comprava, pagava naquele valor, agora isso não foi feito dessa forma (P, 17/3/2006).

Desde que começou essa administração (Gestão Municipal 2004-2008) acabou esse repasse; então atualmente a única vez que a gente conseguiu material pras oficinas foi através de empenho que a própria secretaria fez..., então, permanece centralizado, a única coisa que a gente teve que fazer foi ir nas lojas fazer orçamento, passar pra secretaria, a secretaria emitiu as notas, e aí a gente foi buscar o material com essas notas, mas não com o dinheiro (F, 12/4/2006).

Não, não existe, porque, na gestão passada (Gestão Municipal 2000-2004) ainda vinha uma verba de dois em dois meses, tipo quinhentos reais pra compra de material pra oficinas; nós comprávamos, apresentávamos as notas e depois eles colocavam o dinheiro; nessa gestão (Gestão Municipal 2004-2008; Gestão da Secretaria de Saúde de 2004 até abril de 2006) não existe nada, então, a pergunta se existe descentralização administrativa dos recursos financeiros, não, não existe (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais referiu-se a descentralização não apenas como repasse de recursos financeiros e funções administrativas, mas como compartilhamento de poder na gestão do serviço.

Essa descentralização, eu estou entendendo como um compartilhamento de poder; não existe esse compartilhamento de poder na hora de gerir os recursos, assim, o CAPS possui CNPJ, mas ele não possui uma conta específica pra vir dinheiro pro CAPS, não existe isso, existe esse acordo que eu te falei, que vem do fundo a fundo e esse dinheiro vai pra saúde mental e o CAPS tem uma vertente pro CAPS, o dinheiro não é só pro CAPS, ela vai pra saúde mental, e aí o CAPS acaba utilizando esse dinheiro, então, quando pergunta sobre a descentralização eu faço a avaliação de que é o compartilhamento de poder, então, não tem isso, é o gestor que acaba se apoderando desse sistema de financeiro, a gente não interfere (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ao considerarmos a questão da descentralização político-administrativa dos recursos financeiros, temos a intenção de destacar que a transferência desta prática às unidades prestadoras de serviços em saúde nos municípios poderia estar favorecendo uma melhor utilização e adequação dos recursos às necessidades reais do serviço, bem como possibilitar maior agilidade na compra dos materiais e viabilizar um processo de gestão democrática e participativa, entre técnicos trabalhadores, usuários e gestores. Essa prática traduz-se, por sua vez, em um exercício político-pedagógico de construção da democracia, objetivando uma atuação com transparência na administração da coisa pública.

Quando questionados sobre se a descentralização financeira dos recursos possibilitaria o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, os

profissionais, na sua maioria, disseram que sim, com algumas ressalvas feitas para a necessidade de mudanças na forma de gestão administrativa do serviço, conforme expresso nas falas que seguem:

Sem dúvida, sim sem dúvida, isso é um equívoco assim porque..., justamente porque a gente não sabe qual é o destino dado a esse dinheiro. A gente acredita que se a gente tivesse mais transparência nesse processo a gente poderia pelo menos priorizar certas coisas que são de fato importante e garantir que elas fossem..., que a gente conseguisse obter essas coisas, enfim, o investimento necessário (F, 12/4/2006).

A melhor utilização sim acho que o planejamento teria que ser anterior, mas sim, acredito que utilizar no sentido até..., porque muitas vezes, como vai para esse Fundo que é pra todos, pra toda a saúde, você acaba sem saber, igual agora, que a gente já tem o dinheiro da supervisão disponível na secretaria, mas não tem como a gente começar amanhã, embora o dinheiro já esteja lá., porquê? porque a gente não sabe como esse dinheiro vai sair e entrar na mão do terapeuta que vai fazer a supervisão da equipe e isso pode demorar um mês, dois meses, vai saber, seria melhor, claro (J, 22/3/2006).

Sim, com certeza, porque nos iríamos sentar e ver as necessidades, por exemplo, esse ano nós ficamos desde o ano passado até um mês atrás sem material nenhum pras oficinas e as oficinas que mais tinham, capitalizavam usuários e não tínhamos material, nós tivemos que suspender as oficinas; então nós sabemos das necessidades, as necessidades dos usuários, quais as oficinas tem mais usuários, pra gente pode administrar e vê onde pode estar investindo (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que sim porque ficaria mais próximo da própria administração do CAPS, porém, ia surgir a necessidade de ter todo um aparato administrativo pra poder gerenciar isso, mas assim, na medida que aqui no CAPS a gente tem uma gestão participativa, em que os usuários estão reunidos semanalmente pra pensar as regras do CAPS, as necessidades do CAPS, enfim, seria mais interessante talvez, esse repasse direto tu quer dizer, é... não sei assim, a princípio..., hoje a gente tem uma estrutura de conselho que prevê o controle social através do Fundo Municipal de Saúde, o Conselho Municipal tem essa ligação também, e aí a gente está lá também, de certa forma representado (VIK, 24/3/2006).

Olha, eu acho que teria que mudar um pouco a nossa dinâmica de funcionamento; não deixa de ter um lado...bom, é uma faca de dois gumes, poderia facilitar a gente fazer um processo mais rápido talvez, não faltaria coisa, porque as vezes faltam coisas básicas, agora, por exemplo, faltam copos, se você tivesse o recurso você ia ali e comprava uns pacotes de copos, não teria essa... essa falha; agora é saber que é mais uma tarefa também que acumularia em termos administrativos, financeiros, quer dizer, não sei se você não está ali também inchando o processo burocrático aqui dentro do CAPS; eu acho que pode ter vantagens, mas pode ter desvantagens; eu teria que pensar melhor, nunca pensei nessa possibilidade; assim, acho que o dinheiro da Oficina, puxa, se a gente tivesse aqui uma verba seria mais fácil, as vezes faltam coisas

pequenas que você não tem como estar repondo aqui, tem que esperar uma nova verba, de repente pra.... (P, 17/3/2006).

Um dos profissionais observou sobre as questões práticas e políticas que envolvem a descentralização no contexto do SUS:

Esse compartilhamento de poder ele só pode ser discutido dentro da lógica do SUS, universalização, integralização, etc., dentro dos preceitos do SUS tem o controle social, essa descentralização só pode ser discutida quando acontece o controle social. Hoje essa descentralização ela tem que ser discutida no Conselho Municipal de Saúde e mais precisamente no conselho gestor dentro do CAPS; agora, porque não ocorre isso? Porque não tem a clareza da necessidade; eu acredito que as pessoas que acabam estando na prática, principalmente no CAPS, se sobrecarregando com as coisas, e acabam não tendo a clareza, ou não querendo assumir mais um encargo trabalhista; então, esse é um dos grandes problemas que existe, a sobrecarga de trabalho, as condições de trabalho, aí você acaba tendo que lutar por tudo isso; isso aí eu vejo que tem muito a ver com a questão da militância, pessoas que já estão, lá na época ou do ensino médio, que já começam ir pros grêmios, depois a pessoa acaba indo pra militância no movimento estudantil, e quando vão pros serviços de saúde são profissionais mais críticos, que acabam tendo essa visão mais ampla da saúde e da política; então, as pessoas que acabam chegando no serviço com um pouco desse ideal de controle social eu diria, acabam questionando mais essa questão da descentralização; voltando a tua pergunta sobre a descentralização financeira, ela poderia sim possibilitar um melhor planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, se houver o controle social dentro dessa descentralização financeira (GIRASSOL, 20/3/2006).

Cabe destacar que a proposta da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, na regionalização e na hierarquização da rede de serviços, constante entre os princípios e diretrizes do SUS, coloca o município como lugar privilegiado para o desenvolvimento de uma política de financiamento das ações em saúde, com critérios transparentes, e que respeite as particularidades da realidade local. O Ministério da Saúde continua a ser a instância que, na administração do Fundo Nacional de Saúde (FNS), acompanha a aplicação dos recursos que são repassados aos estados e municípios. Estes, por sua vez, são obrigados a constituir os seus respectivos fundos de saúde e conselhos estaduais e municipais, elaborar planos de ação e apresentar relatórios de gestão, garantindo também a existência de contrapartida de recursos para a saúde nos seus orçamentos (COSTA, 2002).

Embora a descentralização seja uma prática com vistas a aumentar o poder decisório de aplicação dos recursos na esfera local, esta ainda apresenta muitos problemas, na medida que não consegue alcançar efetividade, dados os impasses de ordem burocrática e administrativa. Por si só a descentralização não garante maior controle social ou uma prática democrática. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada que abarque as especificidades da área da saúde mental.

Nesse sentido, a lógica fundamental da estrutura de financiamento exigida é a de que os recursos financeiros devem ser centrados nas pessoas e não nos serviços. O financiamento deve contemplar todas as ações necessárias e decorrentes da implantação, implementação e sustentação de uma nova política de saúde mental (BRASIL, 2002a). O que deve ser colocado em pauta é a viabilidade de se financiar o CAPS como um todo, envolvendo todas as suas ações e especificidades, permitindo-se que cada serviço tenha flexibilidade para realizar seu trabalho de acordo com as necessidades locais, desvinculando o financiamento da relação de compra e venda de serviços e da noção de doença (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 136).

3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico

Os profissionais que trabalham nos CAPS compõem um grupo de diferentes técnicos de formação de nível superior e nível médio, e integram uma equipe multidisciplinar. Todas as unidades de serviço devem obedecer a exigência da diversidade profissional e cada CAPS tem suas próprias características quanto ao tipo e a quantidade de profissionais. A equipe mínima indicada para os CAPS II é composta por médico psiquiatra, enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior de outras categorias profissionais entre psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro necessário ao projeto terapêutico e seis profissionais de nível médio entre técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).

O papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. As equipes devem organizar-se para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação

psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e poder equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas (BRASIL, 2004).

Neste item nos propomos a descrever e analisar a composição e perfil da equipe técnica do CAPS Ponta do Coral, bem como as dificuldades e facilidades do trabalho em equipe consideradas pelos profissionais, a existência de práticas interdisciplinares no atendimento ao usuário, de projeto terapêutico e planejamento das ações da unidade de serviço¹³. Ao final do item consideramos os apontamentos dos profissionais sobre as diferenças do atendimento prestado no CAPS em relação ao realizado nas instituições tradicionais/hospitais psiquiátricos.

3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental

O CAPS Ponta do Coral conta com uma equipe de profissionais multidisciplinar que atua diretamente no atendimento aos usuários. São profissionais com formação de nível superior nas áreas de psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Entre os de formação de nível médio estão dois técnicos em enfermagem e um auxiliar administrativo. Compõem a equipe, ainda, os profissionais de apoio, vigilantes e auxiliar de limpeza, e estagiários de psicologia, serviço social e enfermagem.

¹³ É importante destacar que o perfil bem como a opinião dos profissionais sobre o serviço varia, no decorrer do tempo histórico, de acordo com a composição da equipe naquele determinado momento. Outros trabalhos já realizados identificam o perfil da equipe, a percepção dos profissionais sobre o trabalho no CAPS, o significado e o processo de inserção no serviço, a concepção sobre o modelo assistencial e práticas de desinstitucionalização, em épocas anteriores. Entre estes ver: GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003; FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial** - percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004; NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental:** em busca da articulação e qualificação das ações em saúde. Monografia (Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Lato Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

A maioria dos técnicos de nível superior concluiu a graduação na década de 1980. Metade deles possui capacitação específica na área de saúde mental, em geral, cursos de formação e aperfeiçoamento, especialização em terapia cognitiva comportamental, saúde pública, clínica, psicoterapia, psicanálise, atenção psicossocial. Três profissionais possuem mestrado nas áreas de enfermagem, sociologia política, artes cênicas; um fez residência médica em psiquiatria e cursa mestrado na mesma área; uma profissional tem doutorado em sociologia política.

Mais da metade dos profissionais (58,3%) possuem experiências de atuação profissional em outras instituições da área de saúde mental como clínica de internação, hospital psiquiátrico, centro comunitário de saúde mental, serviços de atenção à dependentes químicos e centro de atenção psicossocial. A maioria (66,7%) atua na área de saúde mental a partir da segunda metade da década de 1990. Cinco profissionais identificaram ter experiência de atuação em outras instituições que não da área de saúde mental.

Com relação ao tempo de serviço no CAPS, quatro profissionais atuam desde a implantação do serviço, em 1996, três ingressaram na equipe entre os anos de 2001 e 2002, e quatro profissionais passaram a fazer parte da equipe recentemente, a partir de meados de 2004. Quanto ao tipo de vínculo empregatício, a maioria, 75% (9 profissionais), é servidor público concursado, dois são contrato temporário e um ingressou no serviço público municipal através de indicação técnica. Nove profissionais possuem regime de trabalho de 30 horas semanais e 3 deles trabalham 40 horas semanais.

Com relação a capacitação específica em saúde mental para atuar no CAPS, todos os entrevistados consideram esse quesito de grande importância. Entre as razões apresentadas estão: a necessidade de compreensão e entendimento comum do que é um CAPS e o entendimento do tipo de assistência que este serviço deve oferecer; a preocupação com a diferença no atendimento que o CAPS deve oferecer em relação aquele prestado em outros serviços de saúde mental; a necessidade da capacitação para suprir as defasagens da formação acadêmica, que, em geral, não abarca as especificidades do campo da saúde mental.

Na opinião dos entrevistados,

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS, não tem a qualificação pra atuar, então ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então é necessária a questão da capacitação... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ah sem dúvida, sem dúvida, principalmente porque o que a gente está propondo é uma reformulação no modo da assistência em saúde mental, então é preciso que quem venha trabalhar num CAPS entenda essa lógica, que não venha pra cá com a mesma mentalidade do que se faz no hospital psiquiátrico, do que se faz em ambulatório, é outra coisa também diferente da atenção básica, então o CAPS precisa disso, precisa que o profissional tenha essa.., esse tipo de orientação, esse tipo de compreensão da sua finalidade (F, 12/4/2006).

Muito, muito importante, justamente por isso que eu estou te falando, porque assim, o profissional que trabalha no campo psicossocial, de qualquer área, ele necessariamente precisa quebrar a prática estereotipada pra poder entrar num serviço como esse porque o assistente social de um CAPS ele não é aquele assistente social de um hospital psiquiátrico, ele muda, ele faz outras coisas, ele se coloca de outro jeito, assim também é o médico, assim também é o psicólogo, o enfermeiro, então, uma formação específica pra essa área é bastante adequado porque vai tratar especificamente das necessidades que se colocam no cotidiano (VIK, 24/3/2006).

Considero, considero sim. É interessante que cada um tenha um saber, que traga o seu saber pela sua formação, da sua prática, do seu bairro, da sua comunidade, mas trabalhar no CAPS não é trabalhar em ambulatório, trabalhar no CAPS é ter um conhecimento sim do que é uma Reforma Psiquiátrica, do que significa um CAPS num panorama hospitalocêntrico. É toda essa questão política que tem por trás, questão financeira também, que é um serviço que se propõem substituir sim progressivamente os hospitais. Em muitos lugares isso já é feito, já conseguem fazer internação zero, outros lugares não; então, uma abordagem no CAPS precisa sim ter capacitação (LÉLI, 4/4/2006).

Sim, até por que o que é o CAPS? O quê um CAPS deveria ser? Cada um tem a sua idéia do que é um CAPS, mas ela não é uma idéia homogênea, então a minha experiência do que é um CAPS em outros lugares, que eu já tive em outros lugares especificamente, é muito diferente do que eu chego aqui e encontro as pessoas falando o que é um CAPS. é claro que a capacitação para um CAPS, para o que é o trabalho em CAPS podia homogeneizar, pelo menos todo mundo iria estar falando a mesma língua (J, 22/3/2006).

Sobre este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005, p. 30), observam que “os profissionais de saúde mental são, ainda em grande parte, formados a partir da prática cotidiana que caracteriza a lógica manicomial”. Hospitais e clínicas psiquiátricas constituem-se ainda os espaços onde “são oferecidos treinamentos em serviço (sob a forma de estágios e residências) aos profissionais que irão, no futuro, tentar materializar a nova lógica dos serviços substitutivos”.

Os autores destacam que “do sucesso da forma de organização da produção e transmissão do conhecimento pode depender o sucesso da própria reforma psiquiátrica” (OLIVEIRA; DORNELES, 2005, p. 32). Neste sentido, é importante que seja colocado na

cena do debate o funcionamento das instituições de aprendizado profissional sob a ótica da reflexão sobre as práticas e não apenas sobre o discurso das propostas dos cursos de formação. Os centros de formação devem se programar, planejar e garantir aprendizado e treinamento supervisionado, em que se pratique e construa espaços de práticas genuinamente terapêutica.

Na mesma direção, um dos entrevistados expressou sua preocupação com relação a seleção dos profissionais que vão atuar no CAPS, argumentando que os resultados do trabalho também dependem desse aspecto.

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS não tem a qualificação pra atuar, então, ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então, é necessária a questão da capacitação [...]. o processo de inclusão do profissional na área da saúde mental hoje, como se dá? Ele se dá por indicação política, seleção por contrato temporário e por concurso público. A indicação política pode ofertar profissionais desqualificados, pode! O contrato temporário, se não tiver um rigor no perfil que se quer pra trabalhar em CAPS vai acontecer a mesma coisa, um profissional desqualificado, o concurso público a mesma coisa, se não tiver um perfil, se não tiver o que se gostaria realmente, qual profissional que você gostaria de estar atuando hoje no CAPS, então, enquanto não se superar a forma de inserção no trabalho do CAPS, enquanto não se superar a discussão da saúde mental nos currículos acadêmicos vai continuar sendo sempre necessária a questão da capacitação [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Com relação a formação das equipes técnicas para atuar nos CAPS, as indicações aprovadas na e pela III CNSM apontam para a necessidade de que a contratação de profissionais deva ser realizada exclusivamente por meio de concursos públicos, e em caso de urgência, através da CLT, mas com seleção pública. E, ainda, os concursos devem exigir os pré-requisitos necessários e adequados à proposta de trabalho em saúde mental, alinhada teórica e conceitualmente aos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2002a).

Assim, é necessário considerar, quando da seleção dos profissionais, o perfil para trabalhar junto ao portador de sofrimento psíquico, bem como a existência de uma dimensão subjetiva, humanizante, solidária e fraterna como componente fundamental do perfil dos trabalhadores em saúde mental. Nesta direção, uma das participantes da pesquisa destacou a questão da opção política por este tipo de trabalho, associada a necessidade de competência técnica para atuar na área.

Eu acho que a gente trabalha com situações que requerem um estudo permanente, formação permanente, [...] eu acho que este é um dos vícios da saúde pública. Muitas vezes se confunde um pouco o tratamento ético ou moralmente responsável com uma qualidade também técnica. Eu acho que as duas coisas têm que estar associadas, tem que ter uma empatia pela causa da saúde pública, que aí entra na questão ética, moral de cada um, valores que você tem quando você vem pra esse tipo de trabalho; muitas pessoas que vem pra saúde pública quase que tem uma vocação religiosa. Mas ao mesmo tempo você também tem que ter uma competência técnica; não basta você tratar bem o paciente, você acolher, você precisa saber como intervir dentro da linha de trabalho que cada um escolhe, isso é fundamental (P, 17/3/2006).

Os profissionais, na sua maioria, indicaram ter recebido capacitação para atuar no CAPS. Referiram-se, especificamente, a um treinamento/capacitação realizado em novembro de 2005, com duração aproximada de 20 horas, organizado pela Assessoria Técnica de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde¹⁴. Contudo, alguns observaram que foi um treinamento tipo encontro, de curta duração, com trocas de experiências, e que não chegou a ser muito significativo.

Com relação a política de saúde mental, a maioria dos profissionais (83,3%) afirmou ter no mínimo algum conhecimento de sua organização e diretrizes. Entre os entrevistados, todos consideram importante saber sobre os princípios, a estrutura e forma de organização da política de saúde mental para o trabalho do CAPS. Todos indicaram haver disponibilidade de material didático relativo a política na unidade de serviço.

Sim, precisa conhecer a política porque o atendimento está dentro dessa política, dessa lógica. (LÉLI, 4/4/2006).

Claro! é vital, pra poder planejar o seu trabalho, pra poder saber como é que a gente se liga com outros serviços, como é que a gente pode montar a rede, isso é fundamental porque o trabalho não se encerra aqui dentro, não pode ficar aqui dentro só, ele tem que poder justamente se expandir (F, 12/4/2006).

Sim é muito importante, até pra saber o que está acontecendo, o que pode ser feito, quais são os recursos disponíveis, o que precisa melhorar. Acredito que, fora a sua capacitação individual, eu acho que isso é uma outra premissa pra você iniciar no serviço [...] (J, 22/3/2006).

É importantíssimo conhecer, primeiro saber se ela existe, primeiro a pessoa tem que ter a curiosidade, tem que ter o desejo e a clareza de que é essencial ter os parâmetros ou diretrizes políticas de saúde mental pra

¹⁴ O município não tem o cargo de Coordenador de Saúde Mental. Em novembro de 2005 foi nomeada Assessora Técnica em Saúde Mental a enfermeira Lílian Pagliuca, que permanece na função até a data da presente pesquisa.

poder acompanhar, se orientar, e, segundo, conhecer sobre essa política (GIRASSOL, 20/3/2006).

Muito importante porque hoje a gente tem acesso a isso, aqui no CAPS a gente tem a legislação de saúde mental e pra gente poder entender porque, assim, a gente está na gestão da política também, por ser participativa, por estar junto nas decisões, então é preciso que a gente entenda, e tem muito detalhamento, são muitas portarias, o sistema de financiamento também é bastante complexo [...] (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que claro, porque a gente está dentro de um braço da política nacional de saúde; tanto pra você ter noção de qual é a perspectiva, em nome de que esse serviço está sendo mantido, também pra você poder avaliar a possibilidade desse ideais, dessas prerrogativas, que são pensadas a nível geral e nacional, serem realmente eficaz em termos práticos, porque muitas vezes você tem uma boa idéia, mas nem sempre uma boa idéia traz um bom resultado [...] (P, 17/3/2006).

Nesse sentido, a construção e consolidação de uma política de saúde mental, coerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o estabelecimento de uma política adequada de recursos humanos, que valorize e considere a importância do trabalhador de saúde mental na produção dos atos de cuidar. Para isso, deve-se garantir a capacitação e qualificação continuadas; a remuneração justa dos profissionais; a garantia de condições de trabalho e de planos de cargos, carreira e salários; a democratização das relações e das discussões em todos os níveis de gestão; a incorporação das questões de segurança, saúde e saúde mental do trabalhador; a garantia de supervisão clínica e institucional; a avaliação de desempenho e garantia da jornada de trabalho adequada para todos os profissionais de nível superior, bem como a isonomia salarial entre eles (BRASIL, 2002a).

3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário

De acordo com as indicações aprovadas na III CNSM, a política de recursos humanos para a saúde mental deve visar implantar, em todos os níveis de atenção, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, na perspectiva do rompimento dos especialismos e da construção de um novo trabalhador em saúde mental, atento e sensível

aos diversos aspectos do cuidado, ou seja, com uma visão integral e não fragmentada da saúde (BRASIL, 2002 a).

Segundo 83,3% dos profissionais o trabalho no CAPS Ponta do Coral é realizado em equipe. A maioria considera que existem dificuldades na realização das atividades. Uma delas está relacionada, conforme identificado por eles, ao fato de que nem todos compartilham das mesmas referências com relação à Reforma Psiquiátrica, à saúde pública e ao projeto do CAPS.

Bom, são várias, mas o que eu vejo de mais complicado é o fato de que nem toda a equipe compartilha das mesmas referências em relação ao que seja a Reforma Psiquiátrica, a função de um CAPS, as necessidades que o CAPS tem pra alcançar esses objetivos. Isso se deve em parte a diversidade da formação, e também às convicções pessoais. O problema não é a diversidade em termos da formação profissional em si, mas o modo, o fato de que você tem uma equipe multiprofissional por exemplo, isso gera alguma dificuldade na troca, na possibilidade de produzir um conhecimento novo a partir dessas experiências que são de diferentes disciplinas, diferentes áreas. Mas eu diria que é mais no sentido da Reforma Psiquiátrica mesmo, naquilo que ela aponta, então parece que esse é um problema a mais; outro que tem se tornado mais evidente pra mim ultimamente é a falta de formação de grande parte dos profissionais sobre o que seja saúde pública, boa parte deles não conhece o sistema de saúde pública, apesar de trabalhar num serviço de saúde pública, mas não conhece o sistema, não sabe a lógica, não sabe como é que ele funciona, então acaba tomando decisões muitas vezes administrativas que são equivocadas, que não levam em conta o modo de funcionamento da saúde pública (F, 12/4/2006).

Tem sim várias dificuldades, entre elas, existem diferenças de formação e, portanto, ideológicas. Alguns momentos a gente vê, assim, o CAPS tem um projeto de não internação, de autonomia do usuário, de gestão plena do usuário, e, as vezes, a equipe, algumas pessoas acabam esbarrando com isso. O entendimento disso é muito difícil também, as vezes é uma linha muito tênue entre o que é o assistencialismo, a autonomia, o que é dar o limite do ponto de vista terapêutico e o que é dar o limite porque você não quer se incomodar. Então, algumas pessoas não vêm de uma postura da Reforma Psiquiátrica, não sabe o que é uma Reforma Psiquiátrica, não tem uma noção, [...] é uma luta política também e algumas pessoas não sabem o que é [...] (LÉLI, 4/4/2006).

Em outras falas, foi apontada como uma das dificuldades do trabalho em equipe questões relacionadas a uma suposta divisão entre o grupo de técnicos.

A relação com a equipe tem uma certa peculiaridade, eu acho que as pessoas, a equipe que começou anteriormente, já desde a formação ou no começo do CAPS, eles se intitulam como a equipe do CAPS. Os que chegaram depois, em geral, não são bem acolhidos, ou são muito pouco,

tanto que as próprias atividades em equipe, em grupo, dificilmente, essas pessoas novas são incorporadas ao que já existe; então, acaba criando aí até a equipe da manhã, a equipe da tarde, mais ou menos, embora eu estou aqui todo o período, mas tem essa divisão... e eu acho que assim o ponto de partida é esse, a sensação é que quem não estava aqui desde o começo não fez parte da história (J, 22/3/2006).

A equipe que iniciou lá em 96 (1996) veio com algumas questões conceituais amarradas. Por quê? Porque a pessoa que estava pensando, planejando o CAPS ela vinha do Movimento da Luta Antimanicomial, era uma das representantes em nível nacional aqui em Floripa, Santa Catarina; então tinha algumas coisas amarradas na estrutura de atendimento do CAPS, que era muito pra poder implantar o sonho da Reforma Psiquiátrica aqui em Floripa, criar um serviço, do município, que de fato evitasse internação, que de fato fosse continente pros usuários com transtorno mental grave, e isso se mantém, porém, com a chegada dos técnicos que foram sendo substituídos, alguns saíram, técnicos novos entraram, a equipe de profissionais foi se modificando, a gente tem uma distância conceitual por mais que a gente pretende uma proposta multiprofissional, e a gente consegue, ao longo do tempo a gente conseguiu, é muito interessante o jeito como nós trabalhamos, porque de fato conseguimos trabalhar cada profissional lado a lado, dividindo o mesmo grupo, a mesma oficina terapêutica, então, assim, isso é possível, mas hoje, a gente, assim, tenta manter esse paradigma da Reforma Psiquiátrica, da desospitalização, do fortalecimento dos serviços territorializados, de um modelo que é um modelo multiprofissional, com a gestão participativa dos usuários, contra o modelo hospitalocêntrico, médico centrado, mas existem diferenças na questão conceitual da equipe, isso é falho, inclusive pra própria equipe (VIK, 24/3/2006).

A importância da unidade da equipe no atendimento ao usuário e na organização do trabalho recai sobre a qualidade do tratamento terapêutico ofertado. A mudança de paradigma epistemológico com relação a saúde mental não garante por si só a alteração das práticas assistenciais. Os conflitos e problemas de equipe existentes precisam ser trabalhados nas supervisões institucionais de forma que os técnicos consigam superar as dificuldades que obstaculizam a união do grupo em torno de um objetivo comum, sejam elas ideológicas, de formação, de concepção e/ou de afinidade com os colegas.

Um dos entrevistados apontou a questão das relações de poder e diferenças nos valores pessoais e nas relações interpessoais como dificuldades do trabalho em equipe.

Primeiro, a relação de poder, eu acho que é um grande problema, uma dificuldade que existe. Essa relação de poder, ela emana, que eu tenho percebido, da psicanálise, da teoria psicanalítica e da teoria psiquiátrica; então, os profissionais detentores desse conhecimento acabam, sutilmente, estabelecendo poder frente aos profissionais não-psi diria; essa relação de poder pelo saber é um dos problemas ou uma das dificuldades que eu encontro pra trabalhar em equipe no CAPS; outra

dificuldade, acho que é a própria experiência de vida das pessoas, aquelas pessoas em que parece que não estão claros os valores humanos como solidariedade, amor, justiça, sabedoria, a práxis, o repensar a prática, profissionais que não fazem a autocrítica da sua prática, pra mim, eu acho que é uma dificuldade trabalhar em equipe devido a isso; então, seria esse poder pela teoria e essa questão um pouco mais pessoal que é a relação de lidar com o outro, as relações interpessoais, são dificuldades que eu vejo em equipe (GIRASSOL, 20/3/2006).

A partir da fala profissional é possível pensar sobre as relações de poder que se estabelecem pelo saber. Conforme nos ensina Foucault (1979), os poderes se exercem em níveis variados e em pontos diferentes da vida social. Neste complexo, existem os micropoderes que estão intimamente relacionados com a produção de determinados saberes (sobre o criminoso, a sexualidade, a doença, a loucura). Assim, o poder não é algo que se detém como uma coisa, como uma propriedade, que se possui ou não. O poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona, como uma máquina social que não está situada em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda estrutura social (MACHADO, 1979 p. XIV).

De acordo com Foucault (1979), todo conhecimento, seja ele científico ou ideológico, só pode existir a partir de condições políticas, que são as condições para que se formem tanto o sujeito quanto os domínios de saber. Para o autor não há saber neutro, todo saber é político. Dessa forma, saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber. E, em contrapartida, todo saber assegura o exercício de um poder (MACHADO, 1979 p. XXI - XXII).

Na seqüência, a entrevistada aponta de forma geral algumas das questões cotidianas como dificuldade no trabalho em equipe.

Bom, eu acho que as vezes a gente é muito trefista, a gente não tem o tempo suficiente que a gente gostaria para estar parando para discutir os casos, se ater a cada paciente; tem diferenças na equipe também, tem conflitos [...] mas assim, a gente ainda tem, as vezes, coisas assim muito imediatistas, que não nos propiciam fazer realmente um estudo de caso mais integrado, ter uma intervenção, as vezes, mais articulada; a gente tem tentado em alguns momentos, mas assim, não é uma coisa que tem um peso forte como eu acho que deveria ter (P, 17/3/2006).

Dessa forma, a intensidade das demandas colocadas aos profissionais, especialmente na atualidade, provocam o desenvolvimento de ações pragmatistas, muitas

vezes sem uma reflexão maior. Isso vem acontecendo em vários contextos institucionais e com diferentes profissões. Ou seja, na medida que aumentam as necessidades humanas e as demandas para satisfazê-las, não ocorre no mesmo ritmo, o aumento da oferta de equipamentos e serviços assistenciais capazes de dar conta da complexidade dos problemas decorrentes da emergência das novas relações sociais, econômicas, culturais, advindas com a modernidade.

A precarização das condições de trabalho também foi apontada pelos entrevistados como mais um dos fatores que, por vezes, dificultam a convivência e o trabalho em equipe. Eles se referem a questão da diferença na remuneração salarial entre os profissionais que trabalham no CAPS, principalmente do médico para as outras profissões. A desproporção salarial chega a diferença de até quatro vezes mais entre o que recebe o profissional médico e o salário dos demais técnicos. Associadas a esta situação estão a diferença na carga horária de trabalho, a condição de contratação temporária, a falta de reconhecimento por parte da SMS, no apoio e incentivo à participação em eventos científicos e de militância política na área, entre outras.

Os profissionais indicaram que contam com supervisão institucional para lidar com as questões do trabalho no cotidiano. A supervisão institucional existente era, até o início deste ano (2006), paga pelos próprios profissionais, mas nem todos participavam. A partir do mês de abril do corrente esta passou a ser financiada com recursos provenientes do Ministério da Saúde. Além deste tipo de supervisão, foi relacionado como outro recurso existente para abordar essas questões as reuniões de equipe, realizadas mensalmente, as reuniões clínicas, realizadas semanalmente, e foi citada pelos técnicos em enfermagem, a supervisão realizada com profissional da área.

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que as políticas de formação e capacitação em saúde mental devem criar espaços de trocas baseados na realidade local, com valorização dos diversos saberes e metodologia participativa. A supervisão clínica e institucional permanentes deve ser estendida a todas as pessoas que trabalham com portadores de transtorno mental: equipes de PSF e PACS, trabalhadores da urgência e emergência, do hospital geral, dos serviços substitutivos e dispositivos residenciais, cuidadores de saúde mental, profissionais de nível médio e superior da rede de saúde mental. A referida Conferência destaca, ainda, a necessidade de implantação da NOB – Recursos Humanos do SUS, salientando a importância da garantia da capacitação para todos os níveis, supervisão permanente, interdisciplinaridade e isonomia salarial (BRASIL, 2002a).

Com relação as potencialidades que o trabalho em equipe possibilita os profissionais destacam a relevância deste no atendimento ao usuário, a possibilidade de trocas entre as varias áreas e a oferta de um atendimento multidimensional.

Entendo que essa é uma clínica multidisciplinar e isso (trabalho em equipe) é importante pela complexidade mesmo do tipo de fenômeno com o qual a gente trabalha, então, a gente precisa, é necessário ter uma oferta de serviços e de formas de atenção, que seja a mais diversificada possível, pra que a gente possa atender a uma série de necessidades que as profissões nas suas especialidades não dão conta; então essa é a grande vantagem, você pode fazer essa atenção multidimensional, isso é interessante (F, 12/4/2006).

A vantagem é justamente a estrutura coletiva de resposta à uma situação que chega pra você; vem a psiquiatria trazer um conhecimento, a psicanálise traz outro, [...] a enfermagem acaba dando a sua contribuição quando discute realmente a relação, vem o serviço social discute essa articulação que a pessoa tem com o social, e essas pessoas (profissionais), com seus conhecimentos, vão socializando esse conhecimento pra dar a resposta às fragilidades ou às potencialidades de vida que essa pessoa traz (GIRASSOL, 20/3/2006).

Acho que a grande vantagem é que a gente quebra a lógica hospitalocêntrica que era muito centrada no médico, na figura do médico, naquilo que o próprio médico decidia do tratamento, hoje quem decide é a equipe multiprofissional [...] (VIK, 24/3/2006).

Ah! Muitas, eu acho, em primeiro lugar, essa possibilidade da troca interdisciplinar; porque eu acho que cada um tem um tipo de contribuição diferente, um saber que te ajuda a pensar com mais amplitude o próprio trabalho, o próprio paciente, e, eu acho que quebra um pouco certas relações de poder; também, assim, o fato de a gente lidar com situações que são muito pesadas para alguém estar lidando sozinho, então quando você sente essa coisa da equipe, quando tem um paciente que está muito comprometido ou que tem risco de vida, a gente se sente muitas vezes angustiada por aquele paciente e você tem a equipe pra te dar um respaldo, pra estar pensando junto. Acho que isso é, sem duvida, algo que gratifica também (P, 17/3/2006).

Primeiro, agregar conhecimentos, se a equipe for multidisciplinar, que não quer dizer interdisciplinar, mas a princípio se ela for multidisciplinar a possibilidade de trocas de conhecimento de várias áreas realmente acaba sendo muito rica; são vários olhares sobre uma mesma questão, vários pontos de vista. Quando o trabalho de equipe é interdisciplinar, as pessoas acabam trocando mesmo, saindo, as vezes, do seu campo de formação, podendo estar se estendendo em outros campos, acaba sendo mais rico ainda. Num trabalho como o CAPS é necessário (o trabalho em equipe). Eu não consigo ver o trabalho que não seja em equipe porque pra você atender um usuário você precisa de uma equipe, pra você abordar o usuário, uma família, receber uma família precisa de vários olhares, enfim, de várias formações, vários olhares técnicos, da parte de

enfermagem, psicologia, da arte, serviço social, então, isso é importante (LÉLI, 4/4/2006).

O reconhecimento de outras dimensões no processo saúde-enfermidade, que não estritamente a biológica, traz a tona a questão da interdisciplinaridade¹⁵, pois na busca da integralidade da assistência a atuação de um único saber profissional não é suficiente. No processo da Reforma Psiquiátrica o campo da saúde mental é chamado a refazer-se por inteiro, ampliando o seu foco de abordagem e procurando romper com as delimitações dos saberes tradicionais na área. Busca-se uma nova recomposição de conhecimentos, sustentados sobre um conjunto de rupturas e novas premissas, e não apenas um novo somatório ou rearranjo simples dos saberes especializados. Desta forma, diversos campos de saber, implicados na assistência em saúde mental, são envolvidos na teorização e nas novas práticas de cuidado (VASCONCELOS, 2000a).

A pesquisa realizada indicou que 66,3% (correspondente a oito dos doze profissionais que responderam o formulário) dos profissionais consideram que existe interdisciplinaridade no atendimento ao usuário no CAPS Ponta do Coral. As falas relacionadas na seqüência apresentam a concepção dos profissionais sobre interdisciplinaridade e indicam a respectiva compreensão sobre a importância desta no atendimento ao usuário.

A gente poder ter o que a gente chama de clínica ampliada, essa multidimensionalidade que nos permite atacar o problema de várias formas e, portanto, oferecer diversas formas de atendimento, desde o medicamentoso até o serviço social, as oficinas, as oficinas expressivas, a arte, etc. (F, 12/4/2006).

Eu acho que em primeiro lugar isso, assim, é um olhar mais amplo para a condição daquele paciente. Cada profissional tem um aspecto que acentua, pela sua vida, pela sua formação; o educador artístico tem uma outra estratégia, por exemplo, pra lidar com aquela queixa do paciente, o assistente social tem uma, o psicólogo tem outro olhar, assim, eu acho que pra mim soma, eu acho que é uma forma da gente também aprender, enriquecer a nossa análise, a nossa possibilidade de intervir; sem dúvida que é rico (P, 17/3/2006).

Alguns profissionais expressaram sua concepção de interdisciplinaridade observando que esta não é sinônimo de multidisciplinaridade e que nem sempre é possível fazer práticas interdisciplinares.

É justamente isso, poder compartilhar o conhecimento que cada disciplina traz, essa inter, mas realmente compartilhar isso e não a

¹⁵ Sobre os conceitos de multi, inter e transdisciplinaridade ver, entre outros, Vasconcelos, 2000a.

multidisciplinaridade; é pensar, coletivamente, saídas pra enriquecer a vida da pessoa e aí é sempre um pensar e repensar (GIRASSOL, 20/3/2006).

Então, essa idéia dessa troca de conhecimento pra poder ajudar o usuário, pra poder a equipe ter um suporte também, pra poder, num estudo de caso, por exemplo, trocar os vários conhecimentos, os vários pontos de vista e poder estar entrelaçando; então, é importante, mas nem sempre se consegue fazer (LÉLI, 4/4/2006).

Já nas falas que seguem é possível perceber a concepção de interdisciplinaridade mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade.

Cada profissional tem a sua especialização, e ele foi formado para atender determinadas características que aquele usuário precise, ou informações, e a própria atenção, e cada um tem uma formação específica e diferenciada; então, eu acho que quanto mais ampla, mais amplamente ele for avaliado, e receber essas informações, e esse tratamento, vai ser melhor pra ele; então, desde o serviço social, desde o atendimento psicológico, o atendimento médico, enfim, até ah! eu cortei meu dedinho, o que eu faço? Então, vai poder ser atendido ali, ser acolhido pelo técnico de enfermagem (J, 22/3/2006).

É muito importante porque cada profissão tem o seu conhecimento específico e contribui aí com o seu conhecimento. É necessário que cada um de nós tenha muito claro o seu papel aqui dentro pra que não vire uma salada mista e se dilua o que cada um faz, que é específico de cada um. Então, é importante que a gente tenha boa formação técnica, específica da saúde mental pra que a gente possa chegar numa equipe que trabalha sob o paradigma do campo psicossocial, e que de fato possa ser multi, no sentido do atendimento, e aí, assim, no campo psicossocial, aqui no CAPS, por exemplo, a gente vê a necessidade de os profissionais trocarem mesmo, porque surgem muitas demandas, são muitas necessidades do usuário, é um campo novo. Então, assim, tem n coisas que vai se descobrindo, que cada área contribui diferentemente, mas ao mesmo tempo de forma conjunta. Então, o psicólogo, obviamente, ele tem mais elementos pra entender a parte clínica, o assistente social tem mais elementos pra entender a parte previdenciária, da assistência social desse usuário, que também é importante, muito importante pra ele, o médico tem o conhecimento sobre os psicofarmacos, sobre essa parte mais específica da medicação, e assim a gente vai trocando (VIK, 24/3/2006).

Com relação a este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005) observam que, no Brasil, a interdisciplinaridade faz parte do discurso politicamente correto, garantindo seu estabelecimento como princípio, traduzido na expansão cada vez maior dos territórios profissionais e na fusão dos saberes. O discurso da multi e da transdisciplinaridade é relativamente bem conhecido e aceito em nível intelectual, mas as práticas institucionais apontam, paradoxalmente, para fortes resistências, isolamento e hiperespecialização.

De acordo com os autores, para que estas ações multidisciplinares se tornem efetivas há necessidade de estratégias e planos, que visem a harmonização da convivência para que esta não seja imposta, mas compreendida e desejada pelos profissionais. Na prática, o momento é de impasse, pois multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade existem em tese e como imposição de comando, mas não se concretizam, ainda, como prática planejada, efetiva e eficaz (OLIVEIRA; DORNELES, 2005).

Ainda segundo os referidos autores, uma verdadeira transdisciplinaridade não está nem mesmo no horizonte das instituições de saúde mental brasileiras. Este é um dilema fundamental no processo da reforma psiquiátrica, que depende de ações integradas (órgãos reguladores do ensino superior, programas universitários, instituições e serviços de atendimento) para cumprir sua missão de transcender as práticas manicomial e os territórios de dominação e poder estabelecidos entre as disciplinas que formam a saúde mental.

3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações

A importância do projeto terapêutico dos CAPS recai sobre a responsabilidade de que todo o trabalho desenvolvido em cada unidade deve ser realizado em um ambiente terapêutico. Isto significa que tanto os atendimentos individuais, grupais como a convivência no serviço tem finalidade terapêutica. Cada CAPS deve ter um projeto terapêutico, que leve em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais, as iniciativas de familiares e usuários e o território onde se situa, com sua identidade, sua cultura local e regional (BRASIL, 2004).

O CAPS Ponta do Coral conta com projeto terapêutico do serviço, o qual, segundo 75% dos profissionais que responderam ao formulário, foi planejado em equipe. Três profissionais referiram não saber sobre o planejamento em equipe por não fazerem parte desta a época.

O sistema atual de atendimento no CAPS Ponta do Coral difere da maioria do adotado pelos serviços desta natureza. Em geral, os CAPS realizam a assistência ao usuário

no modelo de TR¹⁶. O CAPS Ponta do Coral oferece atendimento sob a ótica da regionalização. Ou seja, como o serviço não é territorializado, é o único na modalidade, na cidade e no município, a equipe técnica foi subdividida em pequenos grupos ou mini-equipes de dois e/ou três profissionais, sendo cada uma destes responsáveis por uma das regionais, que é onde o usuário mora. Esta proposta foi pensada e implementada há quase dois anos, quando os profissionais identificaram dificuldades em atender no sistema de Terapeuta de Referência (TR) toda a demanda existente. Tal estratégia utiliza-se do sistema de divisão por regionais da Secretaria Municipal de Saúde. Ao total são cinco Regionais de Saúde, Leste, Norte, Sul, Centro, Continente, distribuídas espacialmente na área geográfica do município. Nestas regionais, foram implantadas, recentemente (a partir do final do ano de 2005 e início de 2006), equipes de atenção em saúde mental, compostas por um médico psiquiatra e duas ou três psicólogas em cada uma das Regionais de Saúde.

De acordo com o projeto terapêutico do serviço, as atividades desenvolvidas são: psicoterapia, atenção medicamentosa, atendimentos de emergência, grupo terapêutico, oficinas terapêuticas¹⁷, assembléia de técnicos, usuários e familiares, visitas domiciliares, articulação com entidade, programas e serviço, atividades de formação e pesquisa, reuniões de equipe, reuniões clínicas de casos¹⁸.

Conforme as determinações da Portaria GM/MS Nº 336/2002, a assistência prestada ao usuário no CAPS deve incluir atendimento individual, em grupo, atendimento à família, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades comunitárias, enfocando a integração do portador de transtorno mental na comunidade e sua (re)inserção familiar e

¹⁶ Este sistema de atendimento é desenvolvido na maioria dos CAPS e constitui-se do acolhimento da pessoa quando de sua chegada ao serviço por um dos profissionais da equipe. A partir daí é traçado um projeto terapêutico com o usuário e o profissional que o acolheu passará a ser uma referência para ele. O Terapeuta de Referência (TR) tem a responsabilidade de monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo as atividades e a frequência de participação. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, discutindo com o usuário e com a equipe técnica do CAPS (BRASIL, 2004, p. 16).

¹⁷ São oferecidas as seguintes oficinas: oficina de cerâmica, oficina de artes plásticas, oficina de mosaico, oficina de jogos, esportes e lazer, oficina de tapeçaria, oficina de trabalhos manuais, oficina da terra, oficina de jornal, oficina de velas, oficina de leitura, oficina de música, oficina brechó, oficina de teatro, oficina de formação política, oficina de fotografia. Destas, as oficinas de cerâmica, velas e mosaico são produtivas, ou seja, sua produção é comercializada. Cabe destacar que algumas oficinas podem estar em funcionamento ou não, em determinado período de tempo, de acordo com a disponibilidade de técnicos para acompanhar, de condições materiais para o funcionamento e da demanda de usuários.

¹⁸ A descrição e o objetivo de cada atividade pode ser consultado no Projeto Terapêutico do CAPS II Ponta do Coral (2004), ou a partir do projeto de Estágio curricular em Serviço Social de Stuari (2005).

social. A depender do projeto terapêutico de cada usuário, o CAPS poderá oferecer as seguintes modalidades de atendimento: atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo¹⁹.

Já com relação ao planejamento das ações, 50% dos profissionais consideram que este existe. Cabe lembrar que ao questionarmos os participantes da pesquisa sobre este fator, estamos nos referindo ao planejamento estratégico, aquele voltado para uma visão ampla, global e de longo alcance da organização/instituição, baseado na análise do contexto e com a finalidade de buscar alternativas de ação. No entanto, alguns dos entrevistados observaram estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação objetivo e sistemático dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declararam não existir processo de planejamento e avaliação das ações do serviço, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

As falas relacionadas a seguir demonstram o tipo de planejamento existente no CAPS e como este acontece.

Bom, o planejamento é feito mais ou menos assim: chega uma época do ano em que a Secretaria (SMS de Florianópolis) nos pede um planejamento e aí, geralmente isso é com uma semana no máximo de antecedência, é aquela correria, a gente monta um plano básico de trabalho etc., mas é muito mais pra cumprir a obrigação. A gente tem um projeto terapêutico que é amplo, que é do serviço todo, e a gente vai, com esse projeto terapêutico a gente vai ajustando as atividades e aquilo que a gente pretende alcançar, mas não há um planejamento muito formalizado, não há um processo de planejamento, até porque é tudo muito fragmentado, o que a gente planeja aqui, boa parte depende desse recurso financeiro, depende do apoio da Secretaria, que é sempre uma coisa incerta. Então, em termos de planejamento a coisa fica sempre muito precária. Em termos de avaliação é mais precário ainda, a gente não tem indicadores; novamente, no final do ano, aí a Secretaria pede um relatório do que foi feito, a gente faz um levantamento geral, mas ele é descritivo, ele não é avaliativo, a gente não sabe de fato quais são

¹⁹*Atendimento intensivo* – atendimento diário, oferecido à pessoa que se encontra em grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento semi-intensivo - nessa modalidade, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Este tipo de atendimento é oferecido quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento não intensivo – oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até 3 dias no mês. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário (BRASIL, 2004, p. 16).

os efeitos que a nossa intervenção produz; claro, a gente tem uma certa dimensão pelo contato direto com os usuários, fulano que não interna a tanto tempo, ou fulano que voltou a trabalhar, ou que resolveu pelo menos algumas coisas que eram mais complicadas na sua vida, isso a gente tem, mas não tem um processo de avaliação estruturado que nos permita dados com visibilidade maior (F, 12/4/2006).

Neste sentido, destacamos que, a nosso entender, a função planejamento deve orientar todas as ações no dia-a-dia das organizações. O planejamento é o processo de estabelecer antecipadamente a finalidade da organização/instituição, definir os objetivos e prever as atividades e os recursos necessários para atingi-los. Planejar é uma forma de pensar o futuro da organização/instituição, definindo o que fazer, como, quando e com recursos. Nesse processo, é importante considerar que as organizações/instituições estão inseridas num contexto constituído pela sociedade, pelo Estado e por outras instituições que influenciam suas decisões (TENÓRIO, 2000).

Alguns profissionais referiram-se, especificamente, ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, reuniões clínicas e na supervisão de equipe. Segundo estes, é na reunião de equipe mensal que se planejam mais as ações, estas entendidas como a definição dos grupos terapêuticos ou oficinas que vão ter, o objetivo e a finalidade destes, a demanda etc..

Mensalmente, a gente tem uma reunião de equipe, que tem um pouco esse objetivo, de planejar e avaliar o que é feito. Além dessa reunião mensal a gente tem dois outros momentos semanais, que é um na quarta-feira outro na quinta-feira, que a gente chama de reunião técnica, [...] mas isso se dá muito no cotidiano também, na assembléia geral do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Ele acontece em reunião de equipe, uma reunião mensal, a gente planeja grupos, planeja..., então.., acontece, primeiro tem uma reunião mensal da equipe e reunião duas vezes por semana, que são os estudos de caso; agora, a avaliação, acontece em reunião de equipe mais; o planejamento, por exemplo, como abordar um determinado caso, como ajudar, de como servir a família, o trabalho, é feito durante a semana nos estudos de caso, e nós temos a supervisão, que é um espaço que também acaba se fazendo uma avaliação, a supervisão de equipe (LÉLI, 4/4/2006).

Outras falas detalharam as conseqüências da falta de um processo sistemático de planejamento e avaliação das ações, inclusive fazendo análise dessa problemática em relação as instituições públicas em geral.

Eu acho que esse é um problema, acho que falta muito; por exemplo, se você esta aqui fazendo a avaliação da política a partir do olhar dos profissionais, eu, nesse momento, tenho tido muito incomodo diante da

necessidade que eu vejo de avaliar as ações, de avaliar os pacientes, e a gente não tem uma forma sistemática de fazer isso; por exemplo, a gente não tem um instrumento de captação do trajeto do paciente dentro do CAPS, a gente não anota algumas coisas, os prontuários também deixam muito..., as vezes a gente não faz registro nos prontuários e mesmo quando a gente faz ele não tem, assim, por exemplo, uma sistematicidade, o que é que eu vou enxergar, como é que eu vou ver se aquele paciente está melhor ou está pior depois que ele está aqui, então, a gente não tem esse instrumento; e, o planejamento, é feito um planejamento terapêutico com o paciente; o planejamento do nosso serviço é mais ou menos...., funciona, assim, com as oficinas, não é um planejamento rigoroso, a cada período a gente senta e reorganiza não, tem algumas diretrizes gerais, eu acho que em termos práticos falta muito dos dois lados, planejamento das nossas atividades, por exemplo, as vezes naquele roldão a gente vai fazendo, vai fazendo, e, também, a avaliação da eficácia, do que realmente aquilo está resultando pra vida do sujeito, se ele está realmente conseguindo chegar mais próximos desses lugares que a gente apregoa como princípios da saúde mental - autonomia, dessas coisas que a gente também fala: relação com o trabalho, relações, laços sociais; então, a gente não tem esse (instrumento de planejamento e avaliação), eu acho que falta (planejamento e avaliação) [...] Na verdade eu acho que esse é um problema das instituições públicas em geral, eu acho que tem uma grande resistência no Brasil a qualquer critério de avaliação, porque, esse discurso, a retórica da igualdade, ela exatamente vai na contramão de um processo meritocrático, ou seja, você avaliar também por mérito; você tem que criar esse tipo de instrumento; a prefeitura não tem, nunca teve uma avaliação nos anos que estou aqui que medisse o desempenho profissional, principalmente aqui, que a gente lida com pessoas que estão aqui pra se tratar, e a gente não sabe se a pessoa...., a gente vai olhando um caso ou outro; não existe um processo institucional de avaliação, nesse sentido (P, 17/3/2006).

Em geral, as organizações precisam de um processo de avaliação que realize uma revisão dos objetivos e metas alcançados e daqueles a serem atingidos. O planejamento e a avaliação são a oportunidade de fazer uma pausa e examinar a situação da instituição.

Não obstante, as políticas públicas no Brasil vêm se estruturando de forma descentralizada, com responsabilidades de organização e financiamento partilhadas entre a União, Estados e Municípios, cabendo a estes últimos a execução dos serviços de atenção direta à população. Deste modo, os processos de avaliação de serviços de saúde mental devem ocorrer no âmbito municipal. Segundo Dias (2002, p. 2)²⁰, este desafio coloca no debate o aspecto de como avaliar o funcionamento de um serviço de saúde mental, que está

²⁰ A autora realizou um trabalho de construção coletiva de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental junto aos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre; uma apresentação resumida dos resultados pode ser consultada em DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental.** In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

inserido num novo patamar conceitual e tem como tarefa não reproduzir uma prática de tutela, com ênfase na patologia, mas de incluir o sujeito portador de transtorno psíquico no planejamento e na execução das ações terapêuticas, numa nova relação que garanta a viabilidade do exercício da cidadania numa sociedade desigual. Ou seja, as dimensões de mudança conceitual, realidade social e política pública de saúde de âmbito municipal, tornam complexa a adoção de processos de avaliação.

A fala descrita na seqüência especifica o processo de planejamento e avaliação no que se refere a ação interventiva profissional no tratamento ao usuário, destacando que não existe um processo sistemático de planejamento e avaliação com relação as ações do CAPS.

O planejamento e a avaliação das ações do CAPS, eles acontecem só de uma forma muito primária ainda, nós temos [...] o planejamento e avaliação da ação do profissional a título de intervenção em relação ao usuário existe de três formas: primeiro, casos clínicos, que aqui nós fazemos reuniões de casos clínicos, quarta-feira das 8 às 9 horas e quinta-feira das 11h30min às 12h30min pra discutir a questão do caso clínico de pessoas; outra forma, construção de projetos terapêuticos ou revisão dos projetos terapêuticos na reunião da regional, cada regional, que são cinco, fazem suas reuniões pra discutir o planejamento e avaliar a vida dessa pessoa nas regionais, e a outra, especificamente do CAPS, a título de gestão, é a reunião de equipe, que você presenciou semana passada, aí é um outro momento de planejar e avaliar, porém, ressalvo, não se tem algo mais fidedigno, ou academicamente falando, que nos ampare pra fazer essa avaliação; então, é extremamente necessário nós termos supervisão, termos pesquisadores, que nos ampare no sentido de avaliar o serviço, avaliar nossa prática, avaliar a autonomia do usuário; a grosso modo nós temos, mas é muito de senso comum; então, precisa cientificar ou legitimar, regularizar, tornar mais fiel esse tipo de avaliação, a grosso modo temos, agora, com mais rigor, por escrito, não temos (GIRASSOL, 20/3/2006).

Sabe-se que a ausência de um processo de planejamento estratégico e avaliação sistemática comprometem a efetividade dos objetivos propostos. Conforme destaca Dias (2002), o cenário da Reforma Psiquiátrica requer tanto uma multiplicidade de respostas à sua plena implantação como para a avaliação de seus resultados. Contudo, é importante ressaltar que a especificidade das ações em saúde mental demanda a adoção de um método participativo, com o fim de superar o caráter unidimensional, comum em avaliações tradicionais.

A avaliação participativa já é uma exigência nas políticas sociais, decorrentes da pressão social pela garantia de acesso a bens e serviços públicos. Por analogia, a

construção de indicadores de avaliação também pode ser participativa, com a contribuição dos sujeitos inseridos na esfera municipal, responsável pela execução da atenção em saúde mental. Para a autora, apesar de certa reserva científica pela adoção desta sistemática metodológica, o seu valor está no alcance social de incluir os responsáveis pela execução de determinada ação, na sua construção e sistematização (DIAS, 2002).

3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento

Conforme já destacado neste trabalho os hospitais psiquiátricos são instituições representativas do modo asilar enquanto os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico de exercício das práticas de atenção psicossocial, do modo psicossocial.

O modelo de assistência do modo psicossocial destaca-se por seus meios básicos de tratamento (rede diversificada de serviços territorializados), e pela importância decisiva que se atribui ao sujeito na sua mobilização como participante principal do tratamento. Neste, considera-se o indivíduo como pertencente a um grupo familiar e social, o que supõe que se deve trabalhar, também, a família e o grupo social, como agentes das mudanças buscadas.

Já no modo asilar a organização institucional é marcada por estratificações de poder e saber, no âmbito das relações profissionais e da instituição, as quais transladam para a relação com os usuários e a população. Estes são excluídos de qualquer forma de participação, enquanto que no modo psicossocial, participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais.

Na pesquisa realizada, a maioria dos profissionais entrevistados referiu conhecer sobre a forma de atendimento no hospital psiquiátrico, seja por visitas, atuação profissional, contatos institucionais, relato dos usuários que estiveram internados.

No que se refere as diferenças no atendimento prestado pelo CAPS em relação ao hospital psiquiátricos, os entrevistados consideraram que existem diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência de um só discurso, o médico psiquiátrico do hospital e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial em contraposição ao tratamento igual para todos

das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Eu acho que é diferente em vários aspectos, primeiro, são essas diferenças que eu digo que são de base, sobre a Reforma Psiquiátrica e a função de um CAPS nesse processo de reforma. Existe por parte da maioria da equipe uma convicção de que a nossa função é evitar a internação e de uma certa maneira poder fazer substituição a essas instituições tradicionais; deslocar a centralidade do sistema pra um serviço aberto, que seja interdisciplinar, ou seja, onde você não tenha um discurso único dando a orientação, que no caso é o discurso psiquiátrico nas instituições (tradicionais); você tem essa multidimensionalidade então você pode compartilhar o discurso; em relação ao próprio atendimento, começa na forma do acolhimento, eu acho que o nosso acolhimento é bom, ele tem condições de receber a pessoa, de entender o que ela está procurando, o que ela está precisando, quais são as suas necessidades; a gente tenta de alguma maneira envolver família embora com dificuldades, mas a gente tenta e tenta principalmente manter a vinculação ou criar novos vínculos desse usuário; o projeto terapêutico que é individualizado também é outra coisa fundamental, que aí a gente quebra com a lógica tradicional de que todos recebem o mesmo tratamento, é a mesma medicação, são os mesmos horários, são as mesmas atividades pra todo mundo, não, a gente procura justamente ao levar em consideração essas características que são mais individuais, são mais singulares, a gente procura atender e levar em conta esses aspectos, então, isso pra mim já é muito diferente, além do que a gente procura o tempo todo ou minimizar ou quebrar mesmo a hierarquia, instituindo certas formas que evitam que a hierarquia se cristalice de maneira muito brutal, pra você não ter um deslocamento de poder dentro do serviço, que seja prejudicial pra todo mundo, igual no hospital (F, 12/4/2006).

A relação entre profissional e usuário foi destacada como diferencial por todos os entrevistados, conforme pode ser observado a seguir.

A relação entre o profissional e o usuário, pra mim, a maior diferença é essa relação interinstitucional ou interpessoal; é a forma como se dá, porque as ações também são diferentes, porque existem oficinas terapêuticas, existem os grupos terapêuticos, existem os atendimentos, mas esse modelo de atendimento pode também ocorrer numa outra instituição, ou mesmo num CAPS, mas se a relação de profissional e usuário não estiver pautada no respeito, uma relação sujeito-sujeito onde se possa esse serviço, obviamente, quando ele estiver num bom nível de participação, num bom nível de reabilitação, mas também..., o fundamental é isso, é estar pra além da instituição, estar pra relação do usuário com o profissional, e claro, o espaço também, o espaço físico tem que ter qualidade, a gente vê aqui um espaço super bom aqui no caso, as propostas de atendimento, como que são colocadas, como que é olhado esse usuário, esse usuário está junto no pensar da instituição, mas a cima de tudo assim, entender como cidadão de direitos, de respeitá-lo (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que tem um maior reconhecimento da condição subjetiva do paciente, acho que um certo respeito. Hoje, a Colônia Santana tem tido mudanças, tem uma política que também..., na verdade a política do Ministério também visa atingir as instituições mais asilares, os hospitais também estão mudando..., talvez seja mais lenta, aqui, a gente já chegou com uma outra perspectiva de trabalho; eu acho que a equipe toda, de forma geral, tem uma sensibilidade pra esse respeito pelo paciente, pelo outro, procura, na medida do possível, não estabelecer uma relação de poder; eu acho que aqui, por exemplo, a recepção é muito bem feita, os vigias também são pessoas que entraram no clima, assim, talvez já seja deles, mas entraram no clima do CAPS; acho que todos têm um compromisso com isso, um valor digamos; também, talvez seja deste CAPS, eu não conheço tantos outros CAPSs; eu acho que é uma relação diferenciada, na medida que você está aqui com esse objetivo de que a pessoa assuma a própria vida, contribuir para que isso aconteça; isso implica em ter pelo menos um respeito, um reconhecimento do outro (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p.10) destacam que o papel do técnico se transforma quando ele se coloca sob outros princípios; “se ele faz funcionar a tecnologia da doença mental, fortalece o dispositivo psiquiátrico. Mas, se transforma sua forma de intervenção, trabalha no sentido da desmontagem desse dispositivo”. Segundo os autores, isso significa pôr em funcionamento um dispositivo de desinstitucionalização e reinserir a complexidade dos problemas com os quais lida. Significa ainda abrir mão das interpretações da loucura segundo erro, incapacidade, inferioridade, doença mental, e potencializá-la como diferença, um modo diferente de relação com o mundo. Enfim, não usar o saber como técnica normativa, mas como possibilidade de criação de subjetividades. A técnica deixa de ser instrumento da violência quando a prática funciona como uma desconstrução da clínica.

As falas que seguem referem-se ao atendimento aberto e as possibilidades de escolha que o CAPS oferece em contraposição ao isolamento e segregação gerados pela internação hospitalar prolongada.

Em primeiro lugar o atendimento no CAPS é um atendimento, vou usar a palavra, aberto, ou seja, pra começar o usuário ele não fica internado aqui, mesmo se em algum momento tiver o CAPS III, é diferente. Ele vem, ele faz o trabalho dele, a sua terapia, durante o dia, e ele volta, quando, no caso tem família, pra casa; então, primeiro lugar a idéia do CAPS, o trabalho do CAPS não é segregar e isolar; quando o usuário vai para o hospital, eu acho que seja ele em qualquer campo da saúde, mas vai para o hospital e fica internado trinta dias, quinze dias, ele já esta sendo isolado do convívio com a família, do convívio social, ou seja, acaba perdendo progressivamente o contato com as pessoas e com o grupo social mesmo, e acaba sendo destituído das suas práticas pequenas, como desde pegar um ônibus, fazer sua comida, ir no

supermercado; no momento em que uma pessoa é colocada em um hospital e fica um mês, ele acaba perdendo o contato com essas mínimas..., não é nem com o mundo lá fora, mas com as mínimas coisas que ele teria em casa, na sua casa, enfim, ele perde tudo isso como se fosse realmente uma pessoa que não tem possibilidade nenhuma de fazer nem um café, enquanto o CAPS possibilita isso, acho que o CAPS ele, independente dos problemas que tem, acho que ele mostra que não, você ainda, apesar da sua crise, com a sua crise, com todas as limitações que as vezes um surto pode oferecer do ponto de vista cotidiano, você ainda pode fazer algumas coisas sim, como pegar um ônibus pra ir e voltar pra casa, fazer a escolha do seu planejamento terapêutico, vem aqui escolhe, em parte, o que gostaria de participar (LÉLI, 4/4/2006).

Assim, a possibilidade do usuário no CAPS de ter voz ela é muito maior do que nas outras instituições, as outras eu não vou generalizar, mas em algumas, as asilares, esses hospitais são.., enfim, crônicos até pela dificuldade mesmo de antes você pensar em ter outra alternativa que não a trancar e deixar lá e não tem medicação, não tem nada disso, estou falando de bem bastante tempo atrás, e isso ficou e se perpetuou, então, eu acho que a possibilidade do usuário aqui, no CAPS, nos CAPS, e até mesmo nos ambulatórios, acho que hoje em dia não é só CAPS que permite isso, é fazer parte como contribuinte do próprio tratamento, então isso é o que diferencia do paciente internado, vamos dizer assim, em São Paulo, no Vera Cruz, que é um hospital e tal, diferente de outros, tem algumas dessas internações que são diferentes, mas essa relação aí de profissional e usuário ela é mais aberta, é mais ampla, além do CAPS, especificamente, oferecer algumas possibilidades; então, a possibilidade de trabalhar em uma oficina, dessa oficina ter uma renda, que, assim, é um entrave no sentido que eles se sentem muito limitados e não só se sentem como eu acho que muitas doenças incapacitam mesmo, são incapacitantes, a esquizofrenia é uma delas, e é a nossa clientela aqui, a maior parte é de pacientes com esquizofrenia; a própria esquizofrenia já altera, vamos dizer assim, na cognição, na parte de planejamento, de você conseguir realmente se estruturar para trabalhar; tem umas pessoas que não conseguem nem ter o início, a iniciativa, ela é minada com a esquizofrenia, e aqui tem uma possibilidade, mesmo que essa possibilidade seja fazer oficina e ganhar uma renda, mesmo que, assim, seja só..., não é o valor que importa, é simbólico (J,22/3/2006).

O relato a seguir explicita epistemologicamente e em termos técnico-assistencial a diferença entre o modelo de atenção tradicional/hospitalar e o modelo de atenção psicossocial.

Primeiro, em relação a concepção da pessoa e em relação a concepção dos próprios meios de trabalho; na instituição psiquiátrica predomina o modelo manicomial/asilar como a gente chama, que daí vai olhar a pessoa enquanto doença, enquanto diagnóstico, aqui, no CAPS, a gente olha os seres humanos enquanto pessoas, enquanto a existência de um sofrimento, o que podemos fazer pra minimizar esse sofrimento da pessoa, então, essa é a primeira diferença que tem, quem é essa pessoa, que no modelo manicomial acaba sendo vista mais como diagnóstico, como um doente, isso que eu sempre falo, essa iatrogênia que o modelo

manicomial acaba inserindo na pessoa, você é um doente, vai ter que tomar remédio pra vida toda, e o máximo que você pode chegar é um portador de transtorno mental em recuperação, isso é uma das diferenças, outra é a própria concepção de saúde/doença que existe; as formas de organização dos dois modelos, são modelos diferentes, um é mais centralizado no psiquiatra, na instituição psiquiátrica, o no CAPS seria mais centralizado na equipe e, principalmente, nos usuários; a forma de relação com a clientela ou com o usuário, no modelo manicomial, é sempre uma relação hierárquica, de cima pra baixo, no CAPS, sempre uma relação, ou a gente tenta sempre ter uma relação horizontal; e a própria questão do que é bom ou não é bom pra pessoa, a pessoa tem que dizer o que é bom pra ela e, as vezes, no hospital, são os profissionais que já dizem o que deva ser bom pra ela, ou seja, a grande diferença que existe é: quem decide o que? No hospital as pessoas decidem sobre a vida da pessoa, eu acho que no modelo psicossocial é a pessoa que compartilha a decisão da sua vida (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme destaca Rotelli (1990), no manicômio (modelo/tradicional) a sociabilidade é reduzida a zero. A tutela, a internação tem a única finalidade de subtração das trocas, de estabelecer relações de mera dependência pessoal. Enquanto que a emancipação terapêutica (que se torna o objetivo substituto da "cura") só pode ser (cientemente) a mobilização de ações e de comportamentos que emancipem a estrutura inteira do campo terapêutico. Assim, o problema que se coloca aos novos serviços (CAPS) não é cura (a vida produtiva), mas sim a produção de vida, de sentido, de sociabilidade.

Neste aspecto, pode-se considerar a proposta basagliana de *colocar a doença entre parênteses* para assim direcionar o olhar ao sujeito em sofrimento e não à doença. Essa é uma questão fundamental, pois é o movimento de *tomada de responsabilidade* (DELL'ACQUA, 1992) individual e coletiva que se constitui como meio para a transformação institucional e para o processo de desconstrução. A cura cede espaço à emancipação, mudando a natureza do ato terapêutico, que agora se centra em outra finalidade: produzir autonomia, cidadania ativa, desconstruindo a relação de tutela e o lugar de objeto que captura a possibilidade de ser sujeito (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3 Participação do usuário e da família no tratamento

De acordo com as diretrizes da atenção em saúde mental do modelo psicossocial, o protagonismo dos usuários é fundamental para que seja alcançado o objetivo do CAPS de se constituir como dispositivo de promoção da saúde e da reabilitação psicossocial. Os

usuários e familiares devem ser chamados a participar das discussões sobre as atividades terapêuticas do serviço. A equipe técnica deve trabalhar de forma a estimulá-los a participar de forma ativa do tratamento e da construção de laços sociais. Entre os tipos de atendimento que o CAPS pode oferecer está o atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, de lazer com familiares (BRASIL, 2004).

Na seqüência deste item analisaremos as formas criadas pelo CAPS Ponta do Coral para envolver ativamente usuários e familiares no processo terapêutico, seja com relação ao projeto terapêutico individual, ao atendimento e a participação das famílias no tratamento.

3.3.1 Planejamento terapêutico individual

Conforme as determinações da política de atenção em saúde mental, cada usuário deve ter um projeto terapêutico individual, composto por um conjunto de atendimentos personalizado, que respeite as particularidades, necessidades de cada pessoa e proponha atividades durante a permanência diária na unidade e fora dela (BRASIL, 2004).

O atendimento no CAPS oferece projeto terapêutico de tratamento individualizado, o qual é pensado e avaliado com a participação do usuário. A fala relacionada a seguir detalha como acontece o planejamento do tratamento.

O primeiro passo desse projeto terapêutico ele é feito na entrevista inicial, que é basicamente a entrada desse usuário no serviço; então, a gente pensa uma programação mínima, levando em conta as necessidades, as condições, os limites e as capacidades do usuário e, quando a gente pode contar, com a família também. Além disso, uma vez por mês, [...] tem o encontro da Regional, e os usuários dessa Regional podem reelaborar o seu projeto terapêutico, a gente faz a revisão, a gente discute como é que está sendo esse projeto, se está sendo interessante, que ganhos, se está havendo ganhos ou não, se a pessoa está se sentindo contemplada de alguma maneira e tal, e aí a gente faz as alterações que a gente discute e acha necessário (F, 12/4/2006).

Com relação a forma como o usuário participa do processo de planejamento do seu tratamento, os entrevistados colocaram que é através da manifestação das preferências,

opções e desejos dele, dentro das possibilidades que o CAPS oferece. Nas falas relacionadas é explicitado qual a participação do usuário e do profissional no planejamento do projeto terapêutico de tratamento.

Quando o usuário chega no serviço, encaminhado de algum outro (serviço), ou de um hospital, ou de uma unidade local de saúde, ou por demanda espontânea é feito o acolhimento, onde a gente usa uma entrevista inicial pra fazer uma coleta de dados, ali resgata um pouco da história que o próprio usuário vai estar contando, e, então, nesse momento é feito o projeto terapêutico; inicia-se o projeto terapêutico, não que ele tenha que se esgotar nesse momento inicial; uma pergunta que a gente sempre faz pra ele é do que ele precisa, como a gente vai poder ajudar, então, a partir daí a gente oferece o nosso leque de atendimentos, o nosso projeto terapêutico do CAPS, e aí vai se construindo dessa forma (VIK, 24/3/2006).

Em geral a gente faz isso quando ele chega, na entrevista inicial, a gente pede pra que ele diga, a gente apresenta o que a gente tem; a gente pede que ele diga o que ele gostaria de estar fazendo, o que ele fazia, quais as preferências que ele têm, se ele não sabe, em algumas situações, a gente sugere que ele venha participar de algumas oficinas para ele, por exemplo, escolher; então, assim, é feito muito respeitando o desejo do paciente, o que ele gosta mais, as preferências dele; agora, se a gente vê que o paciente está muito ansioso, se ele precisa, a gente sugere um grupo terapêutico ou as vezes o atendimento individual; assim, não tem uma uniformidade, em geral a gente age assim (P, 17/3/2006).

Ele tem, esse projeto terapêutico, ele tem um primeiro momento, quando o usuário chega e faz a entrevista inicial é colocado com ele e oferecido, mostrado as possibilidades, o que o CAPS oferece em termos de terapia, desde grupos terapêuticos, atendimento individual e oficina, mas não é só oferecido, é também feito uma avaliação do técnico, o que ele pensa que, naquele momento, poderia estar ajudando aquele usuário, e é conversado com o usuário, muitas vezes acaba o usuário escolhendo tudo, escolhendo o que ele quer e o técnico tem pouca interferência, outras vezes o usuário quer algo que talvez naquele momento, por exemplo, atendimento individual, mas não tem vaga, não tem, os técnicos estão todos..., se tem alguém fazendo atendimento individual já não tem horário, então se entra em um acordo das possibilidades, dos desejos do usuário, e das possibilidades que o serviço oferece; isso é o primeiro momento, no segundo momento, ao longo do período do usuário aqui, vão tendo transformações, muitas vezes ele abandona aquele grupo ou oficina, que não era aquilo que ele achava que era bom, que ele gostava, abandona formalmente ou informalmente, simplesmente não vai, ou ele entrou em surto não veio mais, uma série de questões, então isso tudo é retomado, a gente tenta fazer a retomada na reunião das Regionais, reunião mensal, como é que está o tempo dele aqui, o que ainda se mantém fazendo, como ele está se sentindo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos entrevistados destacou que o projeto terapêutico de tratamento do usuário

é sempre pensado a partir da necessidade dele, o que ele traz de necessidade, o que ele traz de sonho, de vontade, de sofrimento, de

tristeza, então, o projeto terapêutico é sempre pensado, repensado, analisado, refletido, em cima da necessidade da pessoa (GIRASSOL, 20/3/2006).

É importante destacar que o planejamento do projeto terapêutico deve envolver o portador de transtorno mental como sujeito deste processo. A participação ativa do usuário na escolha do que fazer e na expressão de suas necessidades favorece a adesão e continuidade no tratamento, confere-lhe o exercício da liberdade de escolha e da cidadania. Neste processo, o ato terapêutico, quando não é mais fundado sobre a doença e não provém da autoridade médica, torna-se a própria organização coletiva, convertendo-se em *tomada de responsabilidade* e produção de subjetividade (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral

No plano teórico, a relação da família com o portador de transtorno mental é construída a partir do alienismo, como produto da sociedade moderna/burguesa. No interior desta perspectiva concentram-se dois entendimentos polarizadores: “o da família ameaçada pela eclosão da enfermidade, portanto, sofrendo suas conseqüências ou causadora da emergência do transtorno mental, assim culpabilizada por sua etiologia” (ROSA, 2002, p. 139). Historicamente, o segundo entendimento foi o que prevaleceu na maioria das abordagens teóricas na área da saúde mental, com uma relativa diminuição nos anos 1970, seguido de uma complexificação da compreensão do grupo familiar e de sua dinâmica, a partir dos avanços teóricos da leitura feminista e marxista. “Contemporaneamente, a inclusão do grupo familiar nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental; a assunção de sua condição de parceira e co-responsável dos serviços e a exigência de constituição de uma nova pedagogia institucional em sua abordagem atravessam a construção de uma nova relação entre o louco e a sociedade” (ROSA, 2002, p. 139).

Nesta direção, um dos objetivos do CAPS é incentivar as famílias a participar do cotidiano do serviço. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas importantes para o trabalho dos CAPS. Eles podem participar de diversas maneiras, incentivando o usuário a se envolver no projeto

terapêutico, participando diretamente das atividades do serviço, nas reuniões, assembleias, nas associações de usuários, técnicos e familiares, trazendo dúvidas, sugestões. A participação pode acontecer tanto nas atividades internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. (BRASIL, 2004).

A Portaria /GM nº 251/2002 constitui-se como mais um dispositivo na mudança das relações entre os serviços de saúde mental e a família à medida que prevê, no desenvolvimento dos projetos terapêuticos, o preparo para o retorno à residência/inserção domiciliar e uma abordagem dirigida à família no sentido de garantir orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento.

O atendimento aos familiares é uma das formas para que as famílias participem, conheçam o trabalho dos CAPS e passem a se envolver ativamente no processo terapêutico. Neste sentido, a família ganha visibilidade como protagonista, parceira dos serviços e co-responsável no provimento de cuidados do portador de transtorno mental.

Além disso, o avanço dos conhecimentos e entendimento de que os fenômenos humanos comportam uma multiplicidade de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos e éticos, inter-relacionados entre si, possibilitou mudanças na assistência às pessoas em estado de sofrimento psíquico. Essas puderam ser compreendidas na totalidade de sua condição existencial. E, o sofrimento, antes tomado apenas como algo individual, passou a ser visto como parte de um contexto onde outras pessoas estão envolvidas e também merecem cuidado e atenção.

No CAPS Ponta do Coral, na sua maioria, os profissionais afirmam que existe atendimento familiar, com ressalvas de um deles que referiu não existir atendimento familiar sistemático e outro que observou que existe atendimento familiar individual. As falas relacionadas expressam de que forma a família participa no tratamento do seu membro no CAPS.

A família participa não como uma preconização ou uma exigência do serviço; o que eu tenho visto é que a família participa aqui no CAPS na medida em que há uma necessidade, quando há necessidade do serviço conversar com a família ela é incluída, quando há uma necessidade da família pelo serviço ela procura, mas não é uma rotina todas as pessoas que vem aqui a família ser atendida, as vezes o usuário não quer saber da família, as vezes a família não quer saber do usuário e assim sucessivamente, ou seja, a família participa na medida que temos a clareza da necessidade, mas não é uma prática oficial do serviço (GIRASSOL, 20/3/2006).

Alguns casos sim, em alguns casos eles vem para a reunião mensal da Regional, ou vem para uma consulta com a psiquiatra, ou vem pra trazer o usuário que não consegue ainda vir sozinho, mas é muito restrita a

participação da família, normalmente ela vem mesmo quando a coisa está apertando, quando o usuário surtou, não está conseguindo segurar, quando ele está já nas últimas (LÉLI, 4/4/2006).

Os profissionais que afirmam a existência da participação da família no tratamento explicitam como esta acontece e como se dá o atendimento no serviço, observando o cuidado que existe em atender a família e o usuário juntos.

Sim, tem alguns usuários que vem acompanhado de familiares, as vezes nós chamamos a família, quando existe necessidade, e isso acontece assim no cotidiano, conforme realmente surge a necessidade; geralmente há uma relação muito conflituosa entre o usuário e família, geralmente o familiar mais próximo, referência mais próxima e aí a gente intervém, mais ou menos com dois objetivos, assim, um de pensar essa relação conflituosa, o que pode ser negociado aí pra viverem melhor, pra ter mais qualidade de vida nesse ambiente, que moram juntos, e o outro pra poder então capacitar, colocar elementos pro familiar sobre o tratamento, sobre os transtornos mentais, pra que ele possa ser um cuidador também, o que ele é, pra que ele possa se qualificar; então, uma outra coisa que eu penso é que esse atendimento familiar ele sempre tem que privilegiar a participação do usuário porque fica complicado falar do usuário sem ele estar presente (VIK, 24/3/2006).

Sim, a família participa, claro, na medida de cada caso; em geral, assim, a gente tem a disponibilidade de atender a família, então, muitas vezes, precisa de o paciente vir com a família em várias situações, e esse atendimento é dado; o grupo de família, também está tendo o grupo de família, as vezes é dado (o atendimento) a família daquele paciente; mas sempre a gente tem o cuidado de receber a família e atendê-la junto com o paciente, nunca assim..., não gerar essas fantasias perseguitórias por parte do paciente “tá falando o que de mim”; isso é mais ou menos quase uma regra aqui no CAPS, a gente atende junto com o paciente (P, 17/3/2006).

Os trechos das entrevistas relacionados a seguir descrevem as formas criadas pelo CAPS para oportunizar a participação da família no tratamento. Alguns profissionais referiram-se a um grupo de famílias que chegou a ser iniciado, mas que pela falta de adesão e outras dificuldades não funcionou mais.

Um pouco assim, o acolhimento na segunda-feira é um espaço que a família pode participar junto com o usuário pra relatar como é que foi o final de semana e pra relatar e como estão as atividades no CAPS; o outro espaço são as reuniões das Regionais de equipe, fora o trabalho individual, que, assim, eu acabo chamando muitas vezes, eu quero atender você na presença de um familiar, as vezes você precisa até forçar nesse sentido, de que a família compareça, faço cartinha, mando e aí atendo em consulta individual, mas não em grupo, não é uma abordagem psicoterápica, é mais no sentido de psicoeducação do que de terapia (J, 22/3/2006).

[...] existe um planejamento pra se atender família, um grupo de familiares a serem atendidos por psicóloga [...]; então, as formas criadas para oportunizar a participação da família é justamente quando ela vem, acompanha, que é aberto para os familiares participarem das oficinas junto com o usuário, então, sempre tem essa oportunidade e grupos específicos pra famílias que estão se tornando real (GIRASSOL, 20/3/2006).

É mais ou menos como eu te falei; então, assim, as vezes a gente chama pra um atendimento individual, e também ela participa dos eventos acontecidos aqui no CAPS, promovidos pelo CAPS, de festas, geralmente o dia nacional da Luta Antimanicomial, quando a gente comemora, que faz uma confraternização, as festas sempre tem a presença de familiares também, festa de natal, festa junina (VIK, 24/3/2006).

As reuniões das Regionais por exemplo, uma vez por mês, e tem alguns técnicos que fazem reuniões com as famílias, discutindo, por exemplo, aquele usuário em que a família está implicada diretamente, tem problema com a família, então chama a família pra trabalhar; já teve grupo de família, mas foi fechado porque as pessoas ficaram um tempo, mas as famílias, segundo as técnicas que fizeram, muito pouco se apropriavam, vinham, se utilizavam desse espaço (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre este aspecto, cabe destacar que o deslocamento do eixo da compreensão do problema individual para o familiar/social, que tem como consequência o acolhimento da família como uma unidade que necessita de cuidado tanto quanto o paciente individual, pressupõe um novo olhar sobre as possibilidades das famílias para enfrentarem suas crises e atuarem como suporte terapêutico. Nessa perspectiva, se impõe a necessidade de não só reconhecer o atendimento ao grupo familiar, mas de oferecer uma atenção singular que leve em conta, por um lado, as especificidades de cada família, considerando a história, a estrutura, a dinâmica, bem como a inserção desta no contexto social. Por outro lado, deve-se avaliar a realidade e as possibilidades das famílias para usufruírem das formas de atenção que lhes são propostas (MIOTO, 1998, pp. 25-26).

Nesta direção, dois dos participantes da pesquisa identificaram como uma das dificuldades em realizar o atendimento familiar, a falta de profissionais qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades, conforme pode ser observado nas falas a seguir.

A maior dificuldade que eu vejo é que não existe ninguém capacitado aqui dentro para lidar com a família, é claro que, assim, eu faço um atendimento com o usuário a família vai estar junto eu vou estar explicando, mas quando você vai pensar em trabalhar com a família, trabalhar no sentido psicoterápico, isso não existe, agora informar a família, tentar com que a família faça parte do planejamento, a gente

tenta e incentiva, estimula que eles venham nas reuniões das Regionais, mas o que eu percebo, assim, a equipe ela é muito pequena pra dar conta de tudo, então a maioria das vezes o paciente chega, a família está ali fora, mas todo mundo tem a sua atividade, estão todas na oficina e isso me sobrecarrega muito porque eu tenho que dar conta de tudo, inclusive da família que chegou, do atestado que está faltando, e a família que quer saber porque que o remédio..., mas não existe um espaço pra ela, não existe um espaço que acolhe a família (J, 22/3/2006).

Profissionais qualificados, eu acho que necessita de profissionais que tenha um pouco mais de experiência, de conhecimento pra estar lidando com família, que toda a família tem sempre os seus nós górdios, tem sempre questões de fundo, que as vezes precisa de um certo conhecimento, experiência pra estar lidando com isso; até que ponto é vítima ou réu, então, acredito que profissionais que tenham experiência, que tenham a qualificação teórica, [...] possa estar oportunizando uma melhor relação no atendimento CAPS com família, então, a qualidade do profissional para estar realizando essa participação (GIRASSOL, 20/3/2006).

Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que é um transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, foram relatados pelos profissionais.

Acho que tem uma junção, eu acho que tem uma coisa primeiro que é o entendimento, a família, muitos familiares, querem deixar o usuário aqui, e querem fazer sua vida, até por questão de sobrevivência; o que eles alegam muito é que eles precisam trabalhar, então não pode faltar ao trabalho uma vez semana pra poder estar aqui porque mesmo que tenha atestado pra poder estar aqui, acaba perdendo o trabalho, não tem como justificar; e a outra questão é o próprio entendimento de que é na família o espaço em que o usuário pode ser tratado, porque a idéia de tratamento é uma idéia também que se direciona, que acaba sendo entendida como médica, hospitalar ou clínica, ou então, agora tem o CAPS; e o lugar de tratamento, digamos tratamento como restituição, como reinserção, também é na família (LÉLI, 4/4/2006).

É, chega um momento que as vezes de fato a relação se esgota, assim, são tantos conflitos, são tantas brigas, tantas dificuldades de convivência, de relacionamento, que já vem desde a infância, que chega em momentos quando, geralmente, o usuário tem as primeiras crises, isso gera um isolamento, assim, o usuário fica isolado nesse ambiente, nesse contexto familiar, realmente é muito difícil; as vezes tem uma mãe muito controladora e que aí o usuário não quer muito aproximação do serviço com essa referência porque o serviço passa a ser então um lugar de acolhimento pra ele que ele não tinha até então, porém, a gente busca a família, pra que a família possa cumprir essa função da referência (VIK, 24/3/2006).

Neste sentido, deve-se considerar que no contexto brasileiro, pela própria ausência ou precariedade da intervenção estatal por meio das políticas públicas de corte social, a família torna-se a principal garantidora da reprodução da força de trabalho. As famílias, para suportar, todas as funções que lhes são atribuídas e enfrentar as situações de risco social, buscam dividir com o Estado o encargo dos cuidados com seu ente enfermo. Mesmo assim, configuram-se, para elas, condições deficitárias de atendimento, em particular no caso da atenção em saúde mental (ROSA, 2003, p. 192).

Na seqüência, o entrevistado realiza uma análise das várias situações singulares e sociais que envolvem as dificuldades do serviço, das famílias e dos usuários, em realizar um tratamento integrado na relação usuário/família/CAPS.

Então, também envolve vários aspectos, eu vou apontar alguns; assim, em primeiro lugar, a gente vê que boa parte das famílias vê o CAPS como um lugar pra poder deixar o seu familiar, é um lugar onde ela não vai precisar cuidar dele durante um certo tempo, então, eles até participam de algumas entrevistas iniciais, hoje, por exemplo, eu tenho uma (entrevista inicial) que a pessoa veio sozinha, não veio família; é bastante freqüente que venha o usuário sem acompanhante familiar algum, esse é um aspecto, a família de uma certa maneira toma o CAPS como um lugar pra deixar o seu familiar, nós por outro lado, não criamos estratégias pra fixar essa família, pra trazer essa família mais perto; tem um grupo de família que funciona de maneira meio irregular, mas que a gente vê cada vez mais a necessidade de tornar isso algo mais organizado, poder atender a família, a gente faz o acompanhamento com família, geralmente, quando há um pedido específico ou do usuário ou da própria família, aí a gente procura fazer, mas é mais individualizado, é uma questão mais individualizada, e há também, por parte dos usuários há o desejo de que a família não participe, isso ficou muito evidente na organização da associação, que é uma associação de usuários, familiares e técnicos, e quando a gente estava organizando a associação, toda vez que se falava na participação dos familiares havia uma certa resistência por parte dos próprios usuários que os familiares participassem; a gente entende isso como uma maneira de buscar uma certa autonomia, uma certa distância dessa família, que é, as vezes, bastante complicado de fato tê-los muito próximos, aí precisa de um outro tipo de abordagem, não dá pra incluir, como a gente fazia no início por exemplo, a gente fazia grupos de usuários e familiares, mas a família atrapalhava mais do que ajudava nesses grupos, aí a gente resolveu começar a separar, deixar o espaço específico para o usuário, porque a família vinha e tomava o espaço, e falava, e ficava reclamando da pessoa, do que ele não fazia, de todas as dificuldades etc..., então, a gente achou melhor botar um pouco uma barreira, botar um filtro ali pra que tivesse espaço do usuário e que ele pudesse aproveitar isso da melhor maneira possível (F, 12/4/2006).

No entanto, cabe destacar que, numa visão mais abrangente e totalizante, a família é entendida, no cerne das condições de reprodução social do portador de transtorno

mental, como um sujeito que procura reconstruir relações cotidianas, criar novos sentidos, manter e fortalecer laços de sociabilidade. É percebida, positivamente, em suas possibilidades, potencialidades e recursos, como elemento fundamental à manutenção do poder contratual, à autonomia e à emancipação do portador de transtorno mental (ROSA, 2002, pp. 152-153).

As falas relacionadas a seguir apresentam a compreensão dos entrevistados com relação às possibilidades da participação da família no tratamento, e as dificuldades do CAPS em realizar esse tipo de atendimento. Um deles argumenta que o acompanhamento à família é essencial para minimizar os efeitos da convivência com o portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Acho que o atendimento familiar assim como ele pode ter dificuldades ele também pode te ajudar um monte, então, assim, tem os dois lados, as dificuldades eu acho que é porque também ele vai estar trazendo, vai sobrecarregando com mais, digamos assim, mais queixas, vai estar trazendo.., as vezes nem está relacionado ao usuário os problemas e as situações, embora eu acredito que na maioria das vezes ela ajuda, ela ajuda porque é que está convivendo com o usuário lá fora o tempo inteiro, que tem mais os dados, quem pode inclusive, ah! ele está muito sedado, vamos tirar esse remédio, esse remédio só faz mal, então, a família se ela não é bem orientada ela acaba, assim, tentando fazer o bem ela acaba fazendo o mal pro paciente, ah! não aquela atividade lá, ficar só batendo palminha, musiquinha, aquilo lá não vai ajudar você, é melhor eu.., vou te colocar de novo na escola porque se não você não vai trabalhar nunca, então todas as ansiedades da família, que se elas forem bem trabalhadas o usuário só tem a ganhar, agora, as dificuldades é: um espaço em que essa família seja acolhida, que ela seja realmente trabalhada e uma equipe, a formação, alguém com formação pra fazer isso, isso não tem (J, 22/3/2006).

Eu acho que o acompanhamento com a família ele é extremamente necessário pra elaborar a imagem que essa pessoa acabou deixando pra essa família; a família ela ainda tem uma imagem, ela tem o imaginário social em relação o que ela de repente produziu; então, há uma necessidade de se ter um acompanhamento com os familiares pra estar elaborando as relações, o dia-a-dia que ela tem com o portador de transtorno mental; as vezes se investe muito em acompanhamento com usuário e não se investe muito no acompanhamento com a família, a família está sobrecarregada, tem que se discutir a questão dos encargos familiares, porque as vezes ter um portador de transtorno mental junto com a família é extremamente estressante, e as vezes a família acaba colocando o portador de transtorno mental no hospital pra descansar, porque as vezes é complicado, tem um portador de transtorno mental que canta o dia inteiro, ou que não dorme durante a noite, dorme de dia, ou que quer ver televisão a todo momento, ou que fica conversando com a vizinhança a todo o momento, tem o portador de transtorno mental que com o seu sofrimento incomoda muito a família, então, tem de haver um profissional articulado ou apaziguador ou que provoque alguma

resolução nessa prática; [...] se não dá pro portador de transtorno mental morar com a família então que se haja (encontre) um espaço harmônico, mas a família tem que ser acompanhada sim (GIRASSOL, 20/3/2006).

Entre as dificuldades que os profissionais identificam na (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e estigma da loucura, ainda presentes no imaginário social das pessoas. Relacionamos na seqüência as respostas dos entrevistados, nas quais é expressa a relação com alguns dos aspectos enfrentados no cotidiano da vida dessas pessoas, em suas relações com a família, as instituições e a sociedade.

Em primeiro lugar a dificuldade de a família compreender o que a pessoa tem, pelo que ela passa, muitas vezes, a idéia é de que é um vagabundo, que o cara não quer trabalhar porque é vagabundo, não quer fazer nada só quer ficar em casa fumando, na frente da televisão porque é vagabundo; então, tem essa dificuldade de poder dar ou ter um certo olhar pra essa pessoa, pra esse usuário que não seja esse da discriminação; tem também o medo, o medo de que essa pessoa venha cometer algum crime, que é um pouco o mito da loucura, é o que envolve o mito da loucura, de ser alguém que é imprevisível e violento, o mito da loucura está muito marcado por isso, muitas vezes a família vem contaminada por isso, eu atendo uma mãe, por exemplo, que apesar de ser uma pessoa que contribui muito, mas ela tem medo do filho, ela tem medo, e ela reconhece isso, diz isso claramente, ela tem medo, agora menos, depois de um tempo isso está começando a se flexibilizar, ela está começando a entender um pouco diferente, mas ela tinha muito medo do que esse filho poderia fazer com ela, então, isso é algo que é bastante comum, mas isso é uma dificuldade; o outro aspecto da resistência é a idéia de que ele se tornou uma pessoa inútil, o usuário se tornou uma pessoa inútil, porque ele não pode trabalhar, que nunca vai fazer nada a não ser ficar como um louco, ficar como uma pessoa que não pode assumir responsabilidades, que não contribui, o aspecto financeiro é um problema; o Programa de Volta pra Casa não resolve isso integralmente porque ele é destinado pra pessoas que estão no mínimo há dois anos internadas, então, aqueles que não tem internação prolongada não têm acesso a esse recurso, então, ele passa a se tornar um peso econômico pra família e aí todos os outros problemas que são decorrentes disso (F, 12/4/2006).

Muitas vezes ele acaba sendo o membro da família rejeitado, ele tem o quartinho dele no fundinho. Bom, eu acho que é o próprio estigma de ter um doente mental, tem ah ele é doente mental, deixa ele quietinho lá porque se não ele vai incomodar, vai surtar, vai xingar e, que vergonha, aí os vizinhos; então, é o estigma do usuário, do paciente com transtorno mental, como muitas famílias não entendem elas tem até crenças de que isso é o demônio, isso é um castigo, ou é porque ele era uma pessoa ruim na vida passada, então, vem com mil, vamos dizer assim, explicações, que só atrapalham e impedem que aquilo seja encarado como..., ok isso aí é uma doença, e como é que a gente vai

fazer pra ajudar e tratar isso; então, os conhecimentos, a ignorância nesse sentido, [...] uma parte eu acho que seja pelo próprio desconhecimento do que é um transtorno mental, e do estigma de que o louco é o que rasga dinheiro e, enfim, isso dificulta, e aí quando você não tem um suporte pra dar à essas famílias aqui dentro, você só reforça lá fora esse estigma; então, claro, a pessoa chama a atenção da população, os pacientes que conseguem lá fora trabalhar e não ficar só dentro do CAPS, então, as oficinas que possam vir a dar renda, que elas sejam trabalhadas lá fora, até pra lá fora você convive com eles, percebe que eles não são os loucos que rasgam dinheiro, saem quebrando tudo e matando todo mundo, esse é o medo da população e acaba sendo o medo da família (J, 22/3/2006).

A questão da diferença do “louco” para o “não louco”, que na sociedade capitalista, é determinada pela relação produtivo/não produtivo, ou seja, aquele que detêm poder de consumo e aquele que não tem poder de consumo, também foi expressa pelos profissionais entrevistados como uma das dificuldades para a (re)inserção social do portador de transtorno mental, na família e na sociedade.

Eu acho que os limites do usuário; tem a coisa do preconceito, da loucura, ele, o usuário, ele não é alguém produtivo na família, ele não leva dinheiro pra casa, ele, ao contrário, ele só gasta, ainda tem que buscar remédio, ele dá mais trabalho ainda, ele não é produtivo, de maneira geral, então, isso já agrega um preconceito maior ainda, além de ter o preconceito da loucura, de ser..., enfim, alguém que tem uma “deficiência”, alguém que é muito dependente, ainda tem isso, então, ele não soma nada à família a não ser o incomodo; daí, geralmente, é uma mãe que até acolhe, ou pai, por questões afetivas, mas sempre está lidando com esse limite do usuário; tem famílias que não querem, tem muitas famílias carentes que não querem mais um problema, e quando a pessoa, então, saiu da família, que foi internada, e ficou um longo tempo fora, a família já se estruturou de forma a não contar com aquele usuário, então, já não conta mais com ele, passou três, quatro, cinco meses, aí vem uma pessoa trazendo toda uma dependência e que não é somar, ou as vezes as próprias crises dentro de casa, então, é difícil um cara que faz xixi no chão, um cara que toma um café e deixa sua xícara, um cara que quebra, que uma vez por mês quebra tudo, que bate nas pessoas dentro de casa, ninguém tem essa tolerância, tem que ser mais de uma pessoa pra suportar e, as vezes, uma pessoa, que é a mãe, suporta, mas os outros irmãos não entendem, não conseguem lidar com a questão, que é difícil mesmo, o nível de dependência, os limites, o risco que, enfim, pode correr o usuário (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Rosa (2003, p. 192), a família, apesar de procurar dividir com o Estado as demandas de cuidado do portador de transtorno mental, ainda é o principal agente responsável pelo seu provimento. Para implementá-lo, na divisão sexual do trabalho do grupo doméstico, seu ônus recai sobre a mulher. Todavia, diferente das demais

enfermidades, o transtorno mental se particulariza pelo fato de seu portador não se reconhecer como enfermo e por seu prognóstico figurar como uma incógnita, sem ter uma temporalidade previsível. Desta forma, em geral, o provimento de cuidados e o tratamento tornam-se impositivos para o portador de transtorno mental, que pouco colabora conscientemente no seu processo de recuperação. Por sua vez, o provedor de cuidado, com frequência a mulher, mãe, tem que ter uma disponibilidade de tempo, periódica ou indefinidamente, para exercer o seu papel. E, para satisfazer as necessidades individuais do portador de transtorno mental e as exigências de sua enfermidade, a mulher, mãe tem seu espaço de vida invadido, seus projetos de vida obstruídos pelas necessidades de prestar cuidado.

3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares

No contexto da Reforma Psiquiátrica, as organizações de usuários, técnicos e/ou familiares tem cumprido um importante papel na mudança do modelo assistencial em saúde mental, participando ativamente das discussões sobre os serviços e promovendo atividades que visam maior inserção social, geração de renda e trabalho e a garantia de direitos sociais. Essas associações constituem-se em importante instrumento de promoção da saúde e da cidadania de todos os envolvidos (BRASIL, 2004)

O CAPS Ponta do Coral conta com uma associação de usuários, familiares e técnicos. Apesar de estatutariamente estar prevista a participação e filiação de familiares e técnicos, atualmente, na prática, esta se tornou, efetivamente, uma associação de usuários. Em gestões anteriores, já teve em sua diretoria a participação de técnicos do serviço. Atualmente, dois técnicos acompanham as atividades desta, mas a diretoria da gestão atual (2006) é composta somente por usuários.

Com relação a participação dos usuários no planejamento das atividades do CAPS, os profissionais referem que esta acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, realizada semanalmente, na qual são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Contudo, os entrevistados observam que

existem dificuldades em realizar um processo de planejamento das ações do serviço, seja por particularidades dos usuários, seja por limitações e/ou problemas institucionais.

Assim, existem alguns espaços em que essas ações são tomadas em conjunto, a assembléia dos usuários, aqui é feita de terça-feira, em que é discutido desde a limpeza, o lanche, qual é o próximo passeio, o que vai ser de reunião, o que está sendo feito, quais são os informes em relação a saúde mental, em relação a congressos, encontros, comissões. O que eu percebo é que embora isso seja estimulado há pouca, baixíssima, aderência e quando há, em geral, são daqueles mais saudáveis no sentido de que de repente nem seriam usuários CAPS, mas eu acredito que isso seja também o próprio sintoma, de a dificuldade de lá fora conseguir um emprego, a dificuldade de iniciar uma atividade, iniciar um curso, é também pra se engajar na própria luta deles; o que eu percebo é que a família, em geral, quando pega isso vai adiante, os usuários tem poucos estímulos próprios, vamos dizer, pra continuar, pra se manter; então, na reunião da Comissão Ampliada²¹, aí participa um, mas depois a semana que vem já não vem; então, são poucos os que realmente conseguem dar conta, eu coloco a palavra no sentido de ser capaz para, tem essa dificuldade, eu acho que é própria condição (J, 22/3/2006).

Então, a gente procura estabelecer parcerias com a associação porque tem muitas coisas que pelo fato de a gente estar submetido a um organograma e a hierarquia, e aí os limites do serviço público, a gente não pode fazer; por exemplo, a questão da venda do material das oficinas, isso é algo que o CAPS não pode assumir, por conta mesmo da legislação que impede a gente de fazer esse tipo de atividade; então apesar de ter uma participação grande, o material vendido é o material das oficinas do CAPS, mas quem faz essa tarefa é a associação, é a associação que se encarrega da venda, de levar o material, de receber dinheiro etc.; além disso a associação se tornou efetivamente uma associação de usuários, apesar de o estatuto dela prever a participação e filiação de familiares e técnicos ela é uma associação de usuários na prática, e como articuladora de um projeto político e de reivindicação dos direitos do usuário dos serviços de saúde mental, como um instrumento pra viabilizar inserção no mercado de trabalho por exemplo, parece que são essas as funções da associação; com os usuários o que a gente tem é uma assembléia semanal onde são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; esse aspecto do planejamento da atividade ele de fato não tem a participação dos usuários até porque nem nós, como te falei no início, o nosso planejamento também é meio caótico, assim, a gente não tem um processo organizado de planejamento pra um ano ou mesmo pra seis meses, então, aí os usuários não chegam a participar desse planejamento, eles participam sim da discussão do funcionamento que é na assembléia,

²¹ A Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental (CPASM) é uma instância do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, criada através da Resolução N°1/CMS/2006, cuja finalidade é assessorar o plenário do conselho no que compete a formulação, implantação, implementação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas, ações e projetos em Saúde Mental, assim como prestar assessoria técnica ao gestor municipal. A CPASM é constituída por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde, e usuários e familiares da saúde mental (nota da pesquisadora).

que é toda semana, e aí se trata das coisas do dia-a-dia, é mais cotidiano (F, 12/4/2006).

A presença e participação dos usuários nas discussões e no planejamento das ações pertinentes à saúde mental vêm se ampliando progressivamente nos últimos anos. O processo de inserção inicia-se com o protagonismo dado ao sujeito na definição de seu projeto terapêutico, estende-se na organização de associações e na representatividade destas nos fóruns deliberativos (Conselhos de Saúde, Conferências, Comissões de Saúde Mental), e na participação em eventos científicos e espaços de militância política pertinentes à área da saúde mental. Essa é uma das formas em que a condição de cidadão dos portadores de transtornos mentais é resgatada. Segundo Rodrigues (2005, p. 80), “a participação política e militância de usuários e familiares em instâncias deliberativas ganham efetividade quando politicamente organizados”.

Neste sentido, a construção coletiva do protagonismo requer a saída da condição de usuário-objeto e a criação de formas concretas que produzam um usuário-ator, sujeito político. Isso vem ocorrendo através de inúmeras iniciativas de reinvenção da cidadania e *empowerment*, como atenta Vasconcelos (2000b), por meio de intervenções via associações de usuários ou de cooperativas sociais, ou ainda da participação política de tais atores nos mais importantes fóruns sociais de formulação de políticas da área, tal como nos conselhos de saúde e comissões de saúde mental.

Nas falas que seguem, os participantes da pesquisa destacam as dificuldades encontradas na organização, na articulação e no funcionamento da Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral²², bem como seus objetivos e principais lutas políticas por direitos.

Assim, eu acho que os usuários têm esse espaço da assembléia junto com os técnicos. É um espaço interessante, onde eles podem estar opinando, mais do que o da associação; o da associação é muito mais difícil de levar adiante; eu também já fiquei um tempo ajudando a associação, já fui até, uma época, da própria gestão, da própria diretoria, e a gente tem

²² Importante estudo sobre a Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral foi realizado por Rodrigues em dois trabalhos: RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral: desvelando sua significação**. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004; e RODRIGUES, J. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

que estar puxando muito como técnico, parece que deixar por conta deles a coisa não anda e, as vezes, a gente vê que fica mais um desejo nosso de que as coisas aconteçam do que deles; então, a assembléia pelo menos é um espaço que eu ainda acho que se consegue ter uma presença, agora a presença dos familiares no planejamento é muito pequena, poucos que vem, vem um ou outro, pai de alguém; dos usuários, eu acho que é mais nesse espaço da assembléia que acontece (P, 17/3/2006).

Os usuários, nós temos a assembléia dos usuários; então, na assembléia se discute algumas questões, por exemplo, as vezes o planejamento, funcionamento da casa, por outro lado nem tudo é discutido na assembléia, [...] tem uma atuação limitada, ela não é totalmente participativa. A associação, ela tem histórias de altos e baixos; teve momentos que a associação tinha uma diretoria, mas ninguém participava, não se articulava; tem momentos que a associação se integra mais, quando ela se integra a coisa fica também mais rica; nós temos aproximação, por exemplo, na questão do vale transporte, as reivindicações, sobretudo do vale transporte, de veículos pra passeio, pra participar de um evento, muito mais do que planejamento das ações, digamos assim, mais no sentido de luta por direitos e reivindicações (LÉLI, 4/4/2006).

A associação de usuários possui cinco objetivos: controle social, ajuda mútua, suporte mútuo, defesa dos direitos, geração de renda; em cima desse objetivos a associação realiza seu movimento e sua luta. Em termos do papel dos usuários no planejamento das ações do CAPS seria discutir esses objetivos em relação ao CAPS. Hoje, o que acontece, a associação de usuários acaba discutindo um pouco mais controle social; ela expressa a representatividade dos usuários na luta social, na dignidade humana, e também na geração de renda; outra coisa muito importante que a gente fala é a luta contra o preconceito, então, a associação ela participa mais nesse sentido, controle social, geração de renda e luta contra o preconceito no CAPS; esse é o papel dos usuários, realizar o controle social, participar da geração de renda e a luta contra o preconceito; a luta contra o preconceito significa realizar teatro, levar pras Academias, levar pra comunidade, mostrar que a história do louco no imaginário social das pessoas ela é transformada, pode-se reverter isso, e isso se reverte com música, cultura e arte (GIRASSOL, 20/3/2006).

O papel da associação no planejamento, é porque assim, a associação ela não é o CAPS, ela é uma entidade separada, a assembléia é uma assembléia geral do CAPS, é um mecanismo facilitador da participação dos usuários e técnicos na gestão do serviço; a associação é uma entidade, sem fins lucrativos, que foi criada e pensada pra que os usuários e familiares se organizem pela luta da política, pela luta da implantação da política de saúde mental, pela luta dos direitos, pela luta da implantação da Reforma Psiquiátrica, pela melhoria do serviço, então, assim, a associação ela caminha, mas ela é muito nova e aí se é muito nova tem uma estrutura um pouco frágil, então assim, a tua pergunta é se ela participa das ações do CAPS, ela participa sim, tem um elo de participação aí, tem um canal de participação, mas é frágil, é muito frágil, eu penso que é muito frágil porque aparece pouco (VIK, 24/3/2006).

Rodrigues (2005, pp. 81-82) destaca que as associações de usuários, enquanto dispositivos, possibilitam uma atitude política que oferece visibilidade ao usuário como ser cidadão e não apenas como portador de um transtorno. Segundo o autor, quando o usuário passa a ver, sentir, e ver sentido em suas ações associativas, sua prática organizativa torna-se efetiva e com empenho. Por isso, as associações precisam desenvolver estratégias mais amplas de adesão, visando revigorar seus quadros associativos. Nesta direção, a profissionalização e formação política dos dirigentes é vista como uma possibilidade para estimular a participação.

A compreensão das associações civis como relacionadas e condicionadas pelas associações políticas leva ao entendimento de que há uma sinergia entre a sociedade civil e a democracia política. Segundo Fleury (2004), a dimensão cívica da cidadania diz respeito à condição de inclusão ativa dos cidadãos à comunidade política, compartilhando um sistema de crenças com relação aos poderes públicos, à sociedade e ao conjunto de direitos e deveres que são atribuídos ao status de cidadão. Como dimensão pública dos indivíduos a cidadania pressupõe um modelo de integração e de sociabilidade, que transcende os interesses egoístas do indivíduo no mercado, em direção à uma atitude generosa e solidária.

A fala a seguir relaciona algumas dificuldades cotidianas vivenciadas na e pela associação de usuários do CAPS Ponta do Coral. Apresenta algumas possibilidades de atuação deste tipo de organização da sociedade civil, tanto com relação a parcerias com outras entidades, para o desenvolvimento de ações que visem a profissionalização e inserção no mundo do trabalho, quanto no processo de politização e conscientização de seus usuários com relação aos direitos de cidadania.

Eu acho que ela tem um papel relevante, a dificuldade é de incrementar esse papel relevante; os familiares vêm muito poucos; bom, talvez a gente não esteja também instigando, muitas vezes a gente convida, mas eu acho que, também, as vezes, falta um pouco de investimento da equipe para que os familiares estejam mais no CAPS; agora, a associação poderia fazer muitas coisas, desde convênios para cursos com esses órgãos que a gente tem, SENAI, SESC; poderia tentar uma penetração, mas isso seria uma outra realidade a ser criada; cada vez que entra uma gestão nova, a gente diz quem sabe agora; desde as pequenas coisas, até divulgar a lojinha aqui, é difícil, a gente uma vez fez uns folders pra distribuir aqui na vizinhança, uma vez a gente tentava vender as verduras que produzia, não conseguia muito, conseguia ali, vendia uma ou outra; agora em termos de espaço de fazer política eu acho que ela tem um peso, deveria realmente crescer, por mais que as pessoas tenham dificuldades; eu acho que tem que continuar existindo, tem que continuar batalhando para que eles possam estar assumindo um pouco

mais esse papel político, essa conexão com outras instâncias da sociedade; por exemplo, na questão até de trabalho, de poder a associação também ajudar nessa abertura de espaços de trabalho; teve uma vez que tentaram no Angeloni (supermercado), depois quando souberam que era portadores de transtorno mental não quiseram; eu acho que a gente precisava mostrar um pouco pra sociedade o que é o paciente psiquiátrico; assim, através desses recursos, não dá pra esperar vamos pra mídia, porque, assim, tem umas coisas que são boas, ótimas, mas são meio ideais, a gente tem que tentar começar com essas pequenas coisas que pode fazer: divulgar a lojinha, sei lá, fazer um contrato lá com o CIC pra fazer cursos, por exemplo, de pintura, coisas que são mais próximas da realidade exequível (P, 17/3/2006).

Para Rodrigues (2005) dois aspectos são importantes para compreender as dificuldades de falta de adesão e continuidade na participação dos membros da associação. Um deles refere-se aos elementos motivadores para a participação. Neste caso, é preciso considerar que a prática política de militância possui seus campos de conflito e tensões, que dentro da especificidade da loucura pode não conferir uma participação freqüente. O outro relaciona-se ao significado da associação na vida dos integrantes. Muitos usuários vêem a associação como possibilidade de geração de recursos financeiros, haja vista que o fator trabalho/vínculo empregatício é algo marcante na vida dos portadores de transtornos mentais, em decorrência de a maioria não possuir fonte de renda própria.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacaram o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário.

A primeira delas é a questão do controle social, a associação tem potencialmente essa função, não só dentro do serviço, mas também nas outras instâncias, conselho municipal de saúde, conselho local, aqui em Florianópolis estamos organizando uma Comissão Permanente, que é consultiva do Conselho Municipal de Saúde, é uma comissão de saúde mental, no estado (SC), a gente tem o Colegiado de Políticas Públicas e Atenção Psicossocial, que tem representação dos usuários; então, novamente, na questão da defesa dos direitos, na questão do resgate da cidadania, as vezes nem é resgate porque o cara nunca teve cidadania alguma, mas da possibilidade de instituir um certo nível de cidadania; eu vejo que a possibilidade de o usuário poder participar politicamente é algo que tem um efeito sobre a sua dinâmica, como tem efeito sobre a dinâmica de qualquer um que descobre um dia que tem essa possibilidade de participar politicamente, da vida política, e pro usuário de saúde mental isso muitas vezes é uma descoberta que representa uma guinada muito grande na sua vida, então, vamos dizer assim, tem um efeito terapêutico, um efeito clínico nesse sentido, além, obviamente, dos

efeitos políticos que isso representa, mas, mais individualmente tem esse efeito, da articulação com as outras pessoas, enfim, tem uma terapêutica aí que é função, mesmo que não reconhecida, mas é função das associações (F, 12/4/2006).

O principal papel das associações é não tornar que os serviços se tornem manicômios; a associação é a vida, é organização, é luta, é enriquecimento, é sentido de vida; tenho escutado muito de pessoas que tiveram suas vidas arruinadas que quando passaram a militar em associações de usuários passaram a ter um sentido de vida, passaram a conceber a razão da sua existência em vida; então, a principal importância das associações é não deixar que o serviço se torne manicômio, é tornar o serviço um pouco mais rico, com mais vida, é organizar a questão política, é falar em nome dos próprios usuários; então, a importância das associações de usuários é levar a boa nova aos CAPS, levar a boa nova aos serviços de saúde mental, levar a boa nova do modelo psicossocial, ou seja, discutir o controle da loucura, ou seja, a maior importância das associações é levar a discussão da liberdade, liberdade e dignidade dos portadores de transtornos mentais (GIRASSOL, 20/3/2006).

Além do tratamento e dos serviços, eu acho importante que a associação possa se fortalecer enquanto movimento popular de luta pela Reforma Psiquiátrica, que os usuários possam se conscientizar dessa importância de estarem articulados, lutando pela implantação da política, da política de saúde mental sob esse novo paradigma da Reforma Psiquiátrica; eu acho que essa é a maior importância, acho que essa é a maior tarefa da associação; claro que isso se reflete na micro política institucional no próprio CAPS; a associação vai estar lutando, a nossa associação aqui, por exemplo, já lutou pelo próprio vale transporte dos usuários, de ir até a secretaria (Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis) conversar com o secretário e reivindicar enquanto essa democracia representativa dos próprios usuários, técnicos e familiares; pela própria manutenção desta casa na época que houve a questão da construção da via de acesso ao Hospital Infantil, existia um projeto da outra via passar também por aqui, os usuários batalharam que essa casa se mantivesse aqui, que o CAPS se mantivesse aqui e conseguiram; então, acho que essa luta maior de articulação que exige uma consciência política dos líderes que estão na associação, dos usuários como um todo, é que é a grande tarefa da associação, só que isso se faz num trabalho de formiguinha, num trabalho miúdo (VIK, 24/3/2006).

Cabe destacar que o controle social compreende a participação da população na perspectiva da interferência na gestão da política pública de saúde, colocando as ações e serviços na direção dos interesses da comunidade e estabelecendo uma nova relação entre Estado e sociedade. Conforme Correia (2002, p. 212), controle social “é a atuação da sociedade civil organizada na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam às demandas e aos interesses das classes subalternas”.

A III CNSM ressalta a importância do controle social, através dos mecanismos já existentes (Conselhos, Conferências e Comissões de Saúde Mental, organizações da

sociedade civil e movimentos sociais), como forma de garantir o avanço da Reforma Psiquiátrica. Os indicativos da Referida Conferência destacam que o controle social deve constituir-se com a representação dos três segmentos – usuários, familiares e profissionais de saúde, na perspectiva de induzir uma ação de acompanhamento da construção das políticas municipais, estaduais e nacional de saúde mental. As Comissões de Saúde Mental em ação conjunta com os Conselhos de Saúde devem exercer seu papel de controle e fiscalização das políticas públicas, o que inclui o orçamento e a destinação de verbas para a saúde mental, em todos os níveis (BRASIL, 2002a).

A ação da sociedade civil e dos movimentos sociais é ressaltada visando a garantir que os programas de saúde mental não sofram descontinuidade por ocasião de mudanças de gestão administrativa e/ou política. Para tanto, devem ser criadas estratégias para a viabilização de maior envolvimento dos diferentes atores sociais com as questões da saúde mental. Entre estas, destacamos o papel das associações de usuários, técnicos e familiares e dos núcleos estaduais e/ou municipais do movimento da luta antimanicomial, na gestão dos serviços e na fiscalização das práticas de saúde mental (BRASIL, 2002a, p. 142).

3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia

A desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial são dois dos pressupostos teórico-epistemológicos orientadores das práticas assistenciais indicadas na e pela Reforma Psiquiátrica. Tendo isso em conta, perguntamos aos participantes da pesquisa se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas para a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referiram que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras.

As falas relacionadas na seqüência explicitam a percepção dos entrevistados sobre a questão e indicam algumas possibilidades que, segundo eles, poderiam favorecer o desenvolvimento de ações de reabilitação psicossocial.

Em parte sim, em parte; eu acho que como a gente não tem um sistema de avaliação a gente não consegue medir isso muito bem; a nossa intenção é essa, o que não quer dizer que as nossas ações consigam de fato alcançar; acho que a gente poderia fazer mais, a gente poderia ter uma articulação mais intensa e mais constante com outras instituições, com outros sistemas de atenção, além claro da própria rede de saúde, que não existe; em Florianópolis a gente não tem rede, até está se formando, dá pra dizer que está se formando, mas não funciona como rede ainda, efetivamente não funciona; a gente tem pouco contato com a atenção básica, com o PSF, que seria um parceiro importante, a gente tem pouco contato com os outros CAPS também em termos de troca, enfim, com outras instituições de saúde, então, acho que a gente ainda continua isolado, e aí pensar em reabilitação psicossocial com essas condições é um pouco mais complicado; a gente vê alguns efeitos, que a gente mede pelo usuário em si, que é o fato de que ele consegue evitar internação, que ele consegue muitas vezes voltar a trabalhar, sua participação nas oficinas passa a ser bastante diferente, enfim, mas são coisas que a gente não tem um instrumento pra avaliar (F, 12/4/2006).

Eu penso que sim, apesar de que hoje o programa de saúde mental não conta com uma rede completa de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, então, assim, a gente tem essa dificuldade; se existisse isso de forma mais estruturada, de forma mais incrementada seria mais fácil a reinserção social; por exemplo, a gente não tem leitos psiquiátricos no HU, um hospital geral, que já tem um ambulatório de psiquiatria, poderia ter um serviço de emergência, facilitaria, evitaria internações, um mercado protegido, um projeto de geração de renda também não temos, não temos os CAPS territorializados ainda, então, tem uma série de dificuldades colocadas aí que impedem essa reinserção social num tempo menor do que acontece hoje; acho que hoje o tempo que o usuário fica dentro do CAPS ainda é muito grande por conta de a gente não ter essa rede completa, que possa dar esse suporte extra CAPS. [...] eu não sei se isso acabaria institucionalizando, de certa forma sim, mas assim, isso está na pauta, e se isso está na pauta não está institucionalizando, você entende o que eu quero dizer? isso está sendo falado pro próprio usuário, isso está sendo dito pra ele, olha tu já está aqui muito tempo, o nosso objetivo pra ti, nosso projeto terapêutico pra ti seria de tu poder estar fazendo isso, isso e isso lá fora, então assim, não diria institucionalizado porque talvez institucionalizado seria quando a gente não se desse conta disso, ah não isso está rolando, o usuário está aqui há anos, ninguém está fazendo nada, continua na mesma, aí sim estaria cronificando, mas acho que não nesse sentido, de que isso está na perspectiva, a gente está querendo a inserção, a gente está querendo a rede extra hospitalar, a territorialização dos CAPS, só que a gente não tem uma série de elementos necessários pra fazer a reinserção, a política, o programa de saúde mental, aliás ele está sendo implantado, incrementado muito mais agora recentemente (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que sim, mas muito pouco ainda; elas se encaminham, elas têm como ideal, elas desejam, mas na prática isso é muito pouco feito; eu vejo que nesse CAPS a equipe acaba estando muito fragmentada porque faz milhões de coisas também, desde a parte administrativa, parte clínica, oficina, se divide; eu acho que deveria ter a equipe como um todo trabalhar nisso, mas ter também grupos de atuação, como a gente

chama de atuação local, então, ainda para o que necessita está muito pouco assim, muito aquém [...] A primeira proposta começaria via Regionais, nas Regionais; por exemplo, as pessoas iriam para os seus bairros, ver qual é a possibilidade, as possibilidades que existem pro usuário se inserir, mas não só a Regional, poderia ter um grupo mesmo, sair com o usuário, fazer a coisa mais concreta, ela é feita, mas é feito muito pontualmente (LÉLI, 4/4/2006).

Em geral sim, mas tem alguns pacientes que, por exemplo, circulam no CAPS e que não tem nenhuma indicação de estar no CAPS, então ele acaba sendo um lugar de institucionalização ou de capsização. Tem isso; isso acaba acontecendo, mas em geral não é isso; em geral eu acho que todas as nossas ações, o que a gente discute em equipe é até a tentativa de diminuir essa dependência, esse vínculo de dependência, que em algum momento ela pode ser muito importante, mas em outros ela é excessiva e acaba aprisionando o paciente dentro do CAPS, e aí o CAPS passa a ter o mesmo papel e a mesma função do hospital; e como isso é o que eles conhecem, esse repertório é o que se conhece, é mais fácil de se acostumar com ele do que ter uma nova postura, uma postura de que, não, aqui eu vou tomar conta do meu tratamento, eu vou lá fora procurar o que é meu...; não, (o usuário) acaba esperando, ah o que você falar está bom, e aí essa atitude bem passiva, que ela é muitas vezes muito cômoda pra todos nós em muitos momentos, pra uns mais que outros, essa atitude de comodismo, de esperar, é ótimo, e aí isso acontece, acaba acontecendo, embora as práticas, elas tem a idéia de que não seja voltada pra isso; não é o objetivo, mas a gente observa que as vezes é falho (J, 22/3/2006).

Essa pergunta é muito difícil [...]; eu acho que não mudou muito meu olhar, a gente tende a sustentar a institucionalização, a gente não consegue dar alta, o paciente não consegue ter alta, não consegue sair; assim, digo um paciente que realmente talvez esteja até mais comprometido com esse tempo aqui, tem paciente que está aqui desde o início; eu acho que a gente acaba reforçando um pouco isso por mais que a gente tem o desejo de que fosse o contrário; existe uma certa comodidade pro paciente também, aqui ele tem atenção, ele é aceito, não tem assim uma grande briga por ele ficar aqui; então, isso me preocupa muito, eu fico pensando: é uma contradição porque ao mesmo tempo que o nosso trabalho é voltado pra isso parece que a nossa ação acaba revertendo o contrário; a questão da cidadania, a questão da construção de outros laços, criação de outros espaços, eu acho que é muito precária ainda [...]; por isso que eu acho que a gente precisa também de ter formas de avaliação dos pacientes, muitas vezes fica assim um exemplo ou outro que você tem, aquela pessoa foi, está lá trabalhando, talvez ela não tenha também construído um elo tão pesado, tão forte com a instituição, que ela já veio, ficou um tempo, saiu, voltou a fazer outras coisas da vida; eu acho que a gente ainda está institucionalizando mais do que desinstitucionalizando [...] (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p. 14) observam que um dos caminhos mais importantes para o qual aponta a desinstitucionalização é o da criação de novas relações com a loucura. Estas se processam a partir da mudança das relações institucionais internas e de

desmontagem dos dispositivos da clínica e da psiquiatria, mas certamente não se restringe a isto. Novas subjetividades e um novo lugar para o sujeito louco só são produzidos em relação com o social. O trabalho de desconstrução da institucionalização, necessariamente, extravasa o contexto institucional específico, atingindo seu objetivo mais amplo de questionamento das instituições e subjetividades capitalísticas, a desconstrução como transformação cultural. Para os autores, através do trabalho no campo social a desinstitucionalização atinge seu sentido mais abrangente, como processo social amplo e complexo de participação popular, territorialização dos serviços, envolvimento de diferentes atores sociais, e mudança da relação social com o fenômeno da loucura.

Sobre este aspecto cabe destacar que a desconstrução do paradigma da institucionalização e a construção do paradigma da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial envolve um conjunto de ações teórico-epistemológicas e de práticas assistenciais, amparadas por um sistema jurídico-político capaz de criar e garantir direitos aos portadores de transtorno mental. De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (1987), a reabilitação psicossocial é o conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários (OMS 1987 apud PITTA, 2001).

Nesta direção, a formulação da política de saúde mental, orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais nos campos da educação, cultura, habitação, assistência social, esporte, trabalho, lazer e a articulação de parcerias com universidades, Ministério Público, organizações não governamentais (ONGs), visando a melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania do portador de transtorno mental (BRASIL, 2002a).

Com o objetivo de saber se existem e identificar quais são as práticas de reabilitação psicossocial desenvolvidas no e pelo CAPS Ponta do Coral, perguntamos aos participantes da pesquisa se existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer. Do total de profissionais que responderam ao formulário, a maioria (66,7%), disse não existir, dois referiram não saber responder, e dois destacaram que existem. Dentre os que responderam que não existem tais práticas, um observou não ter conhecimento, oficialmente, das parcerias, um deles destacou que existem poucas e de acordo com o planejamento terapêutico do usuário, e um outro disse que tem em momentos específicos, mas não de forma contínua. Entre os que

responderam que sim, um referiu-se a experiências muito pontuais como por exemplo o uso da quadra de esportes próxima, e outro identificou parcerias com fundações municipais e estaduais de cultura.

Neste aspecto, os indicativos aprovados na e pela III CNSM ressaltam a necessidade de se priorizar, no âmbito da assistência em saúde mental, políticas que fomentem a autonomia dos portadores de transtornos mentais, incentivando o exercício da cidadania plena. Devem-se buscar parcerias entre o poder público e organizações civis para o desenvolvimento de projetos sociais e comunitários, de geração de renda e de acesso a todos os direitos, que possam funcionar como apoio na (re)inserção social destas pessoas.

No estudo realizado, perguntamos aos profissionais se as práticas assistenciais desenvolvidas no e pelo CAPS possibilitam ao usuário a construção de sua autonomia. Os entrevistados destacaram a necessidade de refletir conceitualmente sobre o que seja a autonomia do portador de transtorno mental, como avaliar a autonomia da pessoa. Referiram que, em geral, o serviço consegue cumprir com a função de estimular o usuário à conquista de sua autonomia.

A questão é discutir o que é autonomia, eu sempre parto do princípio de que autonomia não é independência, autonomia na verdade é a possibilidade de a gente poder ampliar as dependências, que é a vida de todo mundo, ou seja, eu pra viver eu dependo de um monte de gente, um que paga meu salário, outro que falo aqui, outro com quem eu me ligo afetivamente, enfim, eu dependo de uma porção de gente e isso me dá autonomia porque eu posso depender de muitas pessoas e de muitas instituições, muitos sistemas; o problema do usuário de serviço de saúde mental, paciente psiquiátrico é que ele, geralmente, depende ou das mesmas pessoas ou das mesmas instituições, ou seja, a capacidade de autonomia dele está muito reduzida porque ele não tem como circular socialmente, ele ou está sempre dentro de casa ou de casa pra uma instituição, seja ela o CAPS ou hospital psiquiátrico; então, pra mim autonomia é isso, é essa possibilidade de você ir ampliando os vínculos pra que você possa depender de muitas pessoas ou de muitas coisas ou de muitas instituições porque afinal de contas, em última instância, essa autonomia tomada como independência ela é imaginária, ela é irreal, não existe; então, eu acho que a gente consegue isso, a gente consegue ampliar a autonomia dessa maneira, primeiro porque o CAPS acaba se tornando um centro de convivência, então, o efeito imediato é que a pessoa deixa de ficar sozinha ou só com a família e passa a conviver com outras pessoas, esse é o efeito imediato, passa a ter outras relações que muitas vezes se desdobram, saem daqui, as pessoas fazem programas juntos fora, pinta relacionamentos amorosos ou só relação sexual, que seja, mas enfim, é uma oportunidade nova que o cara não tinha, encontrar alguém mesmo que seja só pra transar, então, isso já é um ganho também, já implica na ampliação de autonomia; eu vejo que muita gente aprende a lidar com o serviço público, aprende a correr atrás dos seus direitos, aprende a lidar com outros serviços de saúde, passa a

procurar o posto de saúde onde mora ou passa a ir pegar medicação em tal lugar sozinho, por conta própria etc.; eu acho que a gente consegue essa função, a gente consegue autonomia nesse sentido, mas pode ser melhor, na medida que a gente tiver uma rede, que a gente se inserir nessa articulação com outras instituições, com outras instâncias, a gente consegue fazer isso de maneira mais eficaz (F, 12/4/2006).

Em alguns casos sim, eu acredito que alguns casos quando não há uma limitação interna eu acho que sim, que é possível, através até da participação nas oficinas, nos grupos terapêuticos, da adesão ao tratamento médico; muitos conseguem realmente; passaram por um episódio, uma crise, conseguiram ficar bem e voltar para as suas atividades diárias, eu acho que quando eles aderem ao tratamento, quando há essa adesão, quando eu digo ao tratamento é ao projeto terapêutico deles, e não tem uma limitação, vou colocar entre aspas “uma seqüela” da própria doença muito forte, há essa possibilidade; em alguns outros casos eu acho que é difícil, assim, não é tão fácil medir isso, o que, quem melhora, quem não melhora, aquele que consegue voltar, aquele que não consegue, as vezes alguém que tem até uma doença mais incapacitante consegue, outros não, depende, depende do apoio que ele tem, do externo, da família, ou da própria sociedade, da comunidade em que ele é inserido, isso tudo faz diferença, que tem o background do que ele era antes, isso também faz a diferença, ele consegue resgatar; quando já não se tem muito o que resgatar aí fica mais difícil trabalhar; é individualizada essa resposta, mas eu acredito que em alguns casos sim, consegue essa (re)inserção de uma maneira muito boa e gratificante para os dois, pro usuário e para os profissionais (J, 22/3/2006).

[...] dependendo de como o serviço é gerido, dependo de dentro de que política de saúde mental esse CAPS está inserido, ele pode ao invés de estabelecer uma autonomia, mesmo que ele tenha uma boa vontade de estabelecer autonomia, ele acaba tornando a pessoa mais dependente ainda do serviço; então, é uma grande armadilha a construção da autonomia, não só especificamente pro CAPS Ponta do Coral, mas pra todos os CAPS que eu tenho visto; então, a gente volta novamente na questão da avaliação, novamente na discussão dos termos, eu acho que a questão dos conceitos ela tem que estar muito clara, o que significa cada conceito, eu sempre tenho batido muito nisso; o que é autonomia? É a pessoa ter minimamente condição de governar a sua própria vida, gerir sua própria vida, Ok! a gente estimula a pessoa a fazer isso, trabalha nesse sentido com a questão da autonomia, agora, quais são os parâmetros que nós vamos utilizar pra avaliar essa autonomia, isso a gente não tem muito claro ainda, acho que necessita; então, o CAPS possibilita autonomia, mas ao mesmo tempo não tem uma análise crítica [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Não obstante, cabe-nos destacar que a compreensão sobre autonomia que orienta este trabalho refere-se “a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente”. Neste caso, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas

relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001, p. 57).

As falas relacionadas a seguir destacam como o atendimento no CAPS Ponta do Coral possibilita a construção da autonomia do usuário.

Eu acho que em formas gerais sim, na relação que os técnicos tem com o paciente; agora, as vezes, a gente tem uma postura muito assistencialista em muitas situações, um assistencialismo que acaba prendendo o paciente, institucionalizando; são situações, eu acho que as vezes a gente repensa sobre elas, não foi bem por aí, mas, assim, eu vejo as pessoas contando a história do CAPS, teve muitas experiências que foram positivas também, que chegaram a um resultado, assim, sem muito recurso, sem muito com que contar fora da própria equipe, fizeram coisas que são surpreendentes em relação a tantos pacientes; eu acho que essa maneira de você poder dar voz, poder valorizar aquilo que a pessoa faz, consegue fazer em uma Oficina por exemplo, eu acho que essa é uma maneira de você conferir uma posição mais sujeita, mais ativa mesmo (P, 17/3/2006).

Sim, eu acho que sim, só que eu acho que a gente possibilita em alguns casos, não tem uma história linear de possibilitar a todos, eu acho que tem um projeto de possibilitar, mas isso não acontece o tempo todo, porque também isso não é uma via de mão única; hoje, eu já fui mais ingênua em relação a isso, muitas vezes uma pessoa que ficou trinta anos, vinte anos no hospital psiquiátrico, eu não sei mais se ele quer ter mais autonomia, muitas vezes ele quer, não quer; se a gente entender autonomia como trabalhar, seja em qualquer lugar, com uma bolsa trabalho, entender autonomia como decidir ir final de semana para uma praia, autonomia como ir ao supermercado, escolher o que vai comer, até certo ponto sim; por exemplo, se tenta até que muitos usuários saiam no final de semana, a gente na reunião das Regionais combina que eles possam ir, no final de semana, para um passeio, e eles não vão, eles ficam em casa, só vão se o técnico for, no dia de semana; então, acaba ficando um outro processo de não autonomia; então, a luta, a intenção é que isso se dê de outra forma, que também não fique dependendo do CAPS; existe uma construção pra isso e isso acontece, em certa medida acontece, mas ainda não como gostaríamos, porque nós também temos uma idealização de autonomia [...] alguns casos tem sim, vão até um certo ponto da autonomia que é possível pra pessoa, e outros vão mais além, outros regridem (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre as possibilidades de construção da autonomia do portador de transtorno mental, Kinoshita (2001, pp. 56-57) considera que a contratualidade do usuário, primeiramente vai estar determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Estes podem emprestar seu poder contratual para possibilitar relações e

experiências renovadas ao usuário, através de seu prestígio, de sua delegação social, do saber reconhecido pela sociedade. O referido autor destaca que aos profissionais é dada a capacidade de elaborar projetos, isto é, ações práticas que venham a modificar as condições concretas de vida do usuário.

A entrevista citada na seqüência relaciona a construção da autonomia do usuário a ações que envolvem outros serviços e outras políticas sociais como uma possibilidade para que o portador de transtorno mental adquira sua independência econômica. No caso, a profissional refere-se a Política de Assistência Social, através do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Outro recurso financeiro que pode ser acessado pelos egressos de internações psiquiátricas prolongadas é auxílio reabilitação psicossocial instituído com o Programa de Volta Pra Casa, através da Lei Federal N° 10.708/2003.

[...] um outro elemento pra isso (autonomia) são os usuários que estão totalmente desprovidos de qualquer recurso material que conseguem o BPC e isso garante autonomia porque ele tem o mínimo pra poder dar conta das suas necessidades materiais; então, muitas vezes, ele está numa condição muito vulnerável e aí passa a poder comprar aquilo que ele deseja, minimamente, porque é muito pouco o valor, mas consegue algumas coisas e isso garante essa autonomia, porque as vezes ele fica na família, fica sendo aquele peso que só incomoda, que não tem recurso financeiro nenhum porque ele está fora do mercado de trabalho mesmo, então, aí o benefício da previdência social também é um elemento de autonomia e de reconstrução da cidadania, mas entre todos esses outro que eu falei, do próprio material que ele tem contato na oficina terapêutica que ele consegue produzir algo; aquele usuário que é egresso do hospital psiquiátrico de polireincidência nas internações que consegue produzir uma peça bonita e que essa peça é vendida e que depois recebe o dinheiro dessa venda, também confere autonomia, confere cidadania, auto-estima (VIK, 24/3/2006).

Entendemos que a possibilidade de ter recurso financeiro próprio favorece sim a independência econômica do portador de transtorno mental, possibilitando-lhe uma vida com maior autonomia. Contudo, conforme destacou a entrevistada este é só um dos elementos que compõem o rol das necessidades humanas. A reabilitação psicossocial é um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia (KINOSHITA, 2001). Neste sentido, reabilitação e construção da autonomia caminham lado a lado.

3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental

A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos entrevistados como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista jurídico-política dos direitos do portador de transtorno mental.

Eu acho que hoje a gente já tem uma rede assistencial muito mais capacitada e quantitativamente significativa; no Brasil já são 800 CAPS; o fato de que tem recurso financeiro do Ministério da Saúde destinado, especificamente, à saúde mental, isso facilita a criação do serviço no município; em termos das modificações em relação ao que seja a loucura, o que seja o transtorno psíquico, acho que apesar das dificuldades a gente já conseguiu avançar com relação a isso, a gente já conseguiu trazer a discussão pra sociedade de uma outra maneira, levantando a necessidade de olhar isso também de uma outra forma; a medida que as pessoas começam a sair dos hospitais e voltam a morar seja em residências terapêuticas, seja com a sua família, e conseguem se manter bem dessa maneira isso também vai mudando o olhar das pessoas, pelo menos daquelas que o cercam; os projetos que a gente chama de modificação da cultura, a modificação da cultura manicomial, isso eu percebo que há um avanço, gradual, lento, tem um monte de resistência, mas a gente consegue, conseguiu, tem conseguido, e isso implica também no avanço político, no sentido da garantia do direito, no sentido de ter algumas prerrogativas preservadas com relação ao direito do usuário; então, eu vejo que de uma maneira geral a gente tem avanços e avanços muito significativos se a gente compara o que era transtorno mental há vinte, trinta anos, nesse país, tem coisas muito importantes que eu identifico (F, 12/4/2006).

Acho que a própria existência de CAPS, os hospitais dia, de ambulatórios de saúde mental, próximos as casas de onde o paciente mora, o Programa de Volta pra Casa, a possibilidade de uma residência terapêutica, são todas medidas atuais e dispositivos atuais que possibilitam essa nova forma de encarar o que alguém portador de transtorno mental pode ocupar, o que eles podem ocupar; então, eles podem ocupar os espaços, eles podem começar a fazer parte daquela comunidade (J, 22/3/2006).

A fala a seguir expressa como foi, historicamente, se alterando a forma de assistência ao portador de transtorno mental e de atenção em saúde mental na política de saúde do município.

Eu acho que a questão de criar um espaço que é aberto já é uma conquista; eu acho que hoje a gente tem essas possibilidades de CAPS, no posto de saúde mesmo; [...] quando eu comecei a trabalhar na prefeitura, há 20 anos atrás, assim, era uma equipe de um psiquiatra com mais um monte de estagiários de psicologia que saía em uma Kombi velha pra fazer alguma coisa, quando pintava um problema lá com um paciente do Campeche por exemplo [...]; não tinha nada na prefeitura há 20 anos atrás de saúde mental, então, hoje já tem, está se criando uma rede, tem profissionais nos postos, tem psicólogos, se pensa em fazer treinamento de agente de saúde, treinamento de clínico geral, já se fez algumas coisas; eu acho que isso, imagino que alguém que fica confinado dentro de um espaço, ele ter a possibilidade de circular, mesmo o pessoal do HCTP, eu acho que pra eles, assim, tem uns que não querem muito mais que isso na vida, pelo menos eles não estão tendo que trabalhar duramente como trabalhavam quando eram crianças, vem aqui, circulam, comem uma comida, anda aqui, vê televisão, bom! talvez essa seja a vida que eles querem, talvez seja...., já sai lá daquela estrutura fechada (P, 17/3/2006).

Na seqüência, a entrevistada relaciona algumas formas de exercício da cidadania que o usuário pode acessar com o tratamento no CAPS.

É, se for pensar que muitos usuários eles tiveram uma história, antes do surto, de uma vida organizada socialmente, trabalhando, talvez seria a reconstrução da cidadania, mas a medida que vem todo o isolamento propiciado pelo hospital psiquiátrico, todo o estigma do transtorno mental que a própria comunidade coloca, realmente de fato foi perdida; quando ele chega no CAPS e se propõe a se beneficiar desse espaço, assim, de fato se vincula ao projeto terapêutico dele, acho que ele consegue reconstruir elementos pra essa cidadania, num primeiro momento autonomia, acho que o cartão do vale transporte, o exemplo que eu posso dar, o cartão do vale transporte que é oferecido no período que ele tem tratamento aqui é o mesmo cartão do cidadão que vai comprar lá no SETUF, então, aquele usuário que é estigmatizado, eu já presenciei essa cena, um usuário de uma comunidade de periferia que era o louco do bairro, ele entrou dentro do ônibus com o mesmo cartão que qualquer outra pessoa, passou o seu cartão, veio pro CAPS, depois foi embora pra sua casa, então, isso já é um elemento, muito pequeno, mas é um primeiro elemento talvez, que começa aí, de ele se reconhecer enquanto sujeito, enquanto cidadão, e depois aqui também, a possibilidade de participação, no momento que ele consegue produzir algo numa Oficina, no momento quando ele consegue, na clínica, se dar conta dos seus conflitos e ter mais qualidade de vida nas relações [...] (VIK, 24/3/2006).

Uma das entrevistadas fez destaque às formas de atuação que, na sua opinião, representam conquistas significativas e correspondem a práticas que favorecem o exercício da cidadania do portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Avanços, pra começar, acho que o grande avanço foi a Reforma Psiquiátrica, a construção do CAPS, dos CAPS, as portarias que fazem com que os hospitais psiquiátricos sejam substituídos por vários CAPS, esse foi o grande avanço em primeiro lugar, porque é o momento de tirada das pessoas desses castelos, dessas muralhas, não só porque ficaram ali presas, mas de todo aquele sofrimento mesmo, de miséria, enfim, como os últimos dos últimos, então, eu acho que esse é o primeiro ponto, é que os sofredores de transtorno psíquicos e mentais não ficassem segregados, mas poder estarem sendo mostrados e expostos - uma parte da sociedade, são pessoas que podem transitar, que estão aí, não necessariamente precisam ser escondidos como uma vergonha; junto aos CAPS, isso não caminha sozinho, tem a construção as redes de atenção básica também; [...] mas quando fala em cidadania acho que tem três eixos: um é a construção do CAPS, de serviços como o CAPS, outro são as residências terapêuticas e o outro a economia solidária; hoje eu vejo como isso, assim, esses três projetos, que foram feitos com luta, porque a primeira luta foi dos hospitais, então, tem as portarias que substituiu os hospitais por CAPS, progressivamente, tem toda a luta do movimento antimanicomial, tem as leis que protegem, tem esses três eixos; residência terapêutica é um lugar de resgate à cidadania porque a pessoa vai poder estar numa casa, vai poder comprar um bombril pra limpar a panela, vai poder comprar tomate e batata, vai começar a transitar no meio de outras pessoas, com a vizinhança, a se autogerir, poder fazer escolhas para sua casa, onde ele quer botar um quadro, onde ele quer botar o guarda-roupa, sua roupa, com outros colegas, mas enfim...; tem também a economia solidária que é o momento de autogestão, de fazer escolhas também, de decidir sobre sua vida, em uma certa instância, porque em última instância, em última análise ninguém daqui decide sobre a sua vida, nem eu, nem tu, a gente já nasce num sistema que te absorve e a gente é o que em última análise o capitalismo quer que a gente seja mesmo, nossa roupinha, nossa comida, nosso padrão de beleza, tudo a gente faz como é vendido; eu acho que essas iniciativas, porque a economia solidária não é só cooperativa, não é só associação, não é somente, é uma outra forma de produzir trabalho e discutir sobre esse lucro, que antes estava na mão de algumas pessoas, então, é dividir, eu também decido sobre o que é o meu trabalho, eu não me alieno dele, mas eu sei onde é que vai o meu trabalho (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Fleury (2004, p. 4), os grupos excluídos estão, em geral, impossibilitados de participar das relações econômicas predominantes no mercado, como produtores e/ou consumidores, e das relações políticas vigentes, os direitos de cidadania. Segundo a autora, esta situação é agravada pela transformação das políticas públicas de proteção social, afastando-se de um modelo de seguridade social, que buscava assegurar coletivamente o mínimo vital para todos os cidadãos, em direção à individualização da pobreza e da exclusão.

Conforme aponta Pitta (2001), o homem moderno, acriticamente, persegue formas de inclusão social pelo trabalho, desconsiderando o fato do trabalho não ser nem

tão disponível nem tão flexível para suportar as diferentes demandas individuais e coletivas que a sociedade moderna impõe. Não obstante, a tradição asilar e assistencialista das instituições psiquiátricas, historicamente, caracterizou-se pela função de excluir os marginalizados, produtos das disfunções do modo de produção capitalista e da divisão social do trabalho. Em geral, a população internada, e muitos dos egressos de hospitais psiquiátricos atendidos nos CAPS, está cronificada, com poucas chances de retorno ao mundo do trabalho capitalista.

A fala relacionada a seguir traz a compressão e reflexão, do profissional entrevistado, com relação ao conceito de cidadania e as implicações práticas deste quando se tem como parâmetro uma concepção e um modelo de cidadania pautado na lógica da racionalidade.

Eu tenho visto que está se percebendo uma maior clareza da necessidade dessa cidadania do portador de transtorno mental, porém ainda falta um pouco mais de discussão em nome de que direitos o portador de transtorno mental tem pra fazer cidadania, porque é assim, a cidadania dentro desse modelo francês - igualdade, fraternidade, liberdade, ela exige muito a questão da razão, pra você exercer cidadania você tem que falar em nome da razão, e muitas vezes o usuário, quando está em crise acaba não falando numa razão, acaba falando uma desrazão, e aí como fazer? como dar conta disso? ainda não temos resposta, em nome de que cidadania é reinventada uma cidadania para os loucos, mas tudo bem, isso é pra gente pensar; então, o avanço que tem em relação a construção da cidadania é quanto mais ter associação de usuários em que se discuta cidadania, mais vai ter cidadania, que eu não acredito que os CAPS tenham trabalhado muito nessa lógica, porque acaba não discutindo a questão da cidadania, que cidadania é essa, o que se entende por cidadania, o que é o ser cidadão [...](GIRASSOL, 20/3/2006).

A cidadania integra as exigências de justiça e exercício democrático do poder; o sentimento de pertencer a uma comunidade e de estar integrado a uma dada coletividade social, em determinado espaço territorial (FLEURY, 2004). A idéia de direitos do cidadão – civis, políticos e sociais – remete a construção dos Estados nações, em que o princípio das nacionalidades precede o ideal filosófico cidadania universal. A cidadania, definida pelos princípios da democracia, constitui-se na criação de espaços sociais de luta (movimentos sociais) e na criação de instituições permanentes para a expressão política; significa, necessariamente, conquista e consolidação social e política (VIEIRA, 2002, p. 40). Ainda, a cidadania passiva, outorgada pelo Estado, se diferencia da cidadania ativa, na qual o cidadão, portador de direitos e deveres, é essencialmente criador de direitos para abrir novos espaços de participação política.

Diversos são os obstáculos para o exercício da cidadania do portador de transtorno mental entre estes a vinculação dos direitos a racionalidade instrumental-cognitiva da ciência; a vinculação da sua prática a inclusão controlada no mundo do trabalho, modelo este que, no caso brasileiro, é denominado por Santos (1979) de cidadania regulada. Vasconcelos (2000b, p. 191) indica que, para aqueles que assumiram a proposta da desinstitucionalização e reinvenção da cidadania no campo da saúde mental, há de considerar que estamos diante de um terreno de relações de forças complexo e paradoxal, em que a manutenção do caráter democrático nas relações exige abandonar esquemas conceituais lineares, onipotentes, que queiram garantir de antemão a sua eficácia.

Fleury (2004, p. 12), observa que “a mediação entre os indivíduos e o Estado, através da igualização realizada na cidadania só é efetiva, na medida em que a sociedade civil seja capaz de realizar as funções de agregação dos interesses, reconhecimento dos sujeitos e sua inserção na esfera pública. Só assim a cidadania deixa de ser um invólucro legal e passa a ser um exercício na vida social”. Portanto, uma visão mais ativa de cidadania requer um sentido de sociedade civil como uma esfera pública onde os cidadãos se encontram em reconhecimento mútuo, e isto faz possível a sociedade plural.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referiram que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental substitutivos ao modelo tradicional/asilar. As falas a seguir identificam estas dificuldades fazendo uma análise da questão na realidade da sociedade capitalista atual.

Tem o mito de louco, do louco perigoso, do louco imprevisível, é algo que pesa muito [...], que é a lógica do mercado; pra nós, basicamente, estar inserido na sociedade é estar trabalhando, a gente se pauta muito por isso, pra poder se considerar inserido, vinculado no mundo você tem que estar no mercado de trabalho e, muitas vezes, essa lógica enlouqueceu muita gente, e as pessoas não conseguem, principalmente os usuários dos serviços de saúde mental, os psicóticos em particular, tem muita dificuldade em entrar nessa lógica, e se submeter a ela, coisa que pra qualquer um tem um custo muito alto em termos de saúde, eu digo quem está inserido mesmo no mercado de trabalho, em termos de saúde, de relação com a sua família, com as pessoas que gosta, com os amigos etc., isso tem...; viver para o trabalho é algo que pra nós é insalubre de uma certa maneira, a gente não faz outra coisa a não ser trabalhar; então, pra essas pessoas que estão fora do mercado de trabalho

é muito complicado poder voltar, o que sobra é uma rede de assistência que na nossa realidade é sempre capenga, sempre parcial, tem dificuldade em aceitar o louco por conta desses mitos, e, também, da própria resistência do usuário, da pessoa com esse tipo de dificuldade de entrar nessa lógica, no que ele de uma certa maneira faz muito bem, algo que cria outros problemas pra ele (F, 12/4/2006).

São tantas, é assim, primeiro lugar, eu vejo assim, com todo o preconceito que tem da loucura, tem uma coisa no nosso sistema capitalista que é a questão da produção, produção de capital, produção de bens, e inserção no comércio, no mercado de trabalho, então, o portador de transtorno, sofrimento mental, ele a princípio, quando ele está nesse estado, ele não é produtivo, produtivo pra esse sistema capitalista, ele não trabalha, ele não consome muito, porque ele não vai ter dinheiro, portanto, isso de maneira geral, a gente sabe que as pessoas de posse, que a loucura, o sofrimento psíquico ele atravessa qualquer classe, mas 90% tem isso; então, a princípio existe a exclusão, já existe esse preconceito também, mas muito mais que isso, que a sociedade de fato ela é dividida entre os que produzem, os que fazem a engrenagem funcionar e os que estão a margem, então, o usuário é mais um que está a margem, assim como o menino de rua, os rapazes do morro, então, ele é mais um, também, que causa incomodo, e ele no Estado, das políticas públicas do Estado ele seria como só o gasto, não seria mais uma produção; além de ser uma sociedade racionalista que tem toda a sua formação no discurso, no discurso reto, no discurso racional, na fala, a fala racional, na linguagem articulada como o único meio privilegiado de comunicação, e o usuário, muitas vezes, não tem esse instrumento, por conta da sua fragmentação, da sua história, da sua medicação, da própria coisa do delírio, muitas vezes ele não tem o tempo todo essa fala coerente, esse discurso, dessa forma já faz com que ele não seja inserido, uma vez que ele é a minoria digamos assim (LÉLI, 4/4/2006).

Hoje, a gente fala muito em rede de atenção psicossocial; eu percebo que é uma rede que ela tem que estar instituída, que são locais de proteção para o portador de transtorno mental, são as certezas, são os caminhos certos que os usuários teriam, a rede; o problema a começar é que nós não temos essa rede instituída, entendo por rede: emergência psiquiátrica ou emergência em atenção psicossocial em hospital geral, CAPS III, CAPS II, CAPS criança e adolescente, CAPS álcool e droga, associação de usuários, escritório jurídico para amparar o direito do portador de transtorno mental, atenção primária em saúde mental, equipes volantes, centros de convivência, enfim, tudo o que preconiza a rede em atenção psicossocial, esse seria o primeiro passo; então, essa dificuldade, não temos a rede em atenção psicossocial, esse é um passo; segundo, o próprio imaginário social das pessoas em relação a loucura e ao louco, isso é uma outra dificuldade, que daí entra em cena o estigma e o preconceito, onde o portador de transtorno mental passa a não ter crédito na comunidade, e isso ainda é uma dificuldade; e, claro, depois tem toda a questão do trabalho, as cooperativas de trabalho, que ainda não se discute muito em Santa Catarina, não conheço nenhuma cooperativa social de trabalho para portadores de transtorno mental, que é uma forma de gerar trabalho diferente dessa preconizada pelo modo de produção capitalista, que você tem que produzir pra receber, isso é uma outra dificuldade, a dificuldade em cima da questão do trabalho, do emprego, que muitos acabam tendo seu reconhecimento, sua valorização em cima

do dinheiro que tem no bolso, o poder contratual que a pessoa possa ter, as vezes, na sociedade, é o quanto ela tem no bolso, e a maioria dos usuários não possui isso, e é aonde muitos acabam querendo se aposentar para poder ter o seu dinheiro, que não tem outra alternativa ou clareza do que fazer pra ter dinheiro, então, esse é um problema enorme na questão da reinserção social (GIRASSOL, 20/3/2006).

Os participantes da pesquisa apontaram que uma das possibilidades para a (re)inserção familiar e social pode ser a separação das oficinas produtivas da área física do CAPS. Esta proposta e os projetos de geração de renda via economia solidária foram apontadas por alguns dos entrevistados como uma das alternativas para a realização de uma maior integração do serviço com a comunidade, bem como a melhor adequação do próprio espaço físico do CAPS.

[...] a questão do projeto de geração de renda, que eu acho que de fato está faltando, inclusive a gente já está também se mobilizando pra tentar criar um projeto nesse sentido, porque os usuários aqui, nas oficinas terapêuticas produtivas, eles conseguem ter acesso ao material específico de cada oficina produtiva, também, a técnica de produzir o artesanato, mas não tem mercado; eles conseguem vender as peças, conseguem resgatar uma grana, mas não é suficiente pra poder manter ele, manter as condições de sobrevivência; então, precisa implantar essa geração de renda, de fato acho que vai dar um gás pra essa (re)inserção dos usuários que estão sendo tratados do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Já para uma das profissionais entrevistada as dificuldades na (re)inserção social estão mais relacionadas a questões de singularidades dos portadores de transtorno mental.

Eu acredito que volta de novo pro estigma, vai voltar pra própria incapacidade, pra própria dificuldade do usuário, do paciente; muitas vezes eles poderiam fazer algo muito mais do que fazem, e aí tem o medo, o medo deles, o medo de eles terem de enfrentar a própria doença, de eles terem que enfrentar os outros, e a hora que eles conseguem fazer esse movimento aí vem o medo do outro, aí é mais fácil ficar parado, aí volta pro comodismo, mas de alguma forma se a gente consegue..., aí não precisa de grandes movimentos, eu imagino que pequenos movimentos dentro da comunidade, que seja, alguém ir conversar com o diretor da escola, ir conversar, aí a diretora consegue conversar na sala, vamos supor que tem alguns pacientes, mais jovens, que pelo surto psicótico deixaram de ir e aí não retomam, não retomam porque tem medo, porque as vezes vão rir dele porque ele é louco; então, pequenas intervenções, elas tornam possível mudar um pouco essa inserção, essa reinserção, mas a gente esbarra de novo na falta de técnicos pra fazer isso e também acho que até por uma falta de equipe, aí volta pra equipe, entende, não tem uma equipe que pense isso em conjunto, que age em conjunto e aí como fica muito personalizado, individualizado os atendimentos, cada um vai pra..., eu vou pro meu consultório, outro vai pra oficina e aí não tem a equipe (J, 22/3/2006).

Outra entrevistada referiu-se ao estigma e preconceito existente por falta de conhecimento e divulgação, exposição, seja nas universidades ou por parte dos próprios serviços de atenção, sobre saúde mental.

Bom, eu acho que entre elas a questão do estigma, do preconceito, e não é um preconceito.... a gente sabe que tem riscos em algumas situações, a gente também as vezes tem medo de algum paciente, te dizem ah fulano matou três pessoas..., não é um preconceito que nasce do nada, muitas vezes é um preconceito que de alguma forma é compreensível, mas você não pode ah então ta...; eu acho que não existe muito, você não vê muito nos meios de comunicação uma campanha em torno da desestigmatização, você vê de outras coisas, com relação a aleitamento materno, outras questões da política de saúde; com relação a saúde mental eu acho que se fala pouco na sociedade, se discute pouco; por exemplo, na universidade, até não sei se lá na saúde pública o pessoal da saúde mental tem feito mais coisa, até os alunos que vem fazer residência aqui, a primeira reação deles é: a gente está aqui e tem medo, nem eles foram preparados pra isso, então, você começa a avaliar que tem uma falta..., não se fala muito no assunto, acho que assim, não se fala no assunto na sociedade; assim como se faz grupos de mulheres lá nos postos de saúde pra tratar de questões de sexualidade, muitas vezes faz sala de espera pra tarar de questões..., não se faz uma sala de espera pra falar de saúde mental; então, eu acho que talvez assim, a gente pensar, bom! nós estamos nisso (na saúde mental) e nós nunca fomos fazer uma sala de espera no posto de saúde da Agrônômica pra falar de saúde mental, pra falar do CAPS, quem sabe a gente também precisasse fazer algumas coisas assim, começar uma divulgação maior; acho que pouca gente de fora do serviço, fora das pessoas que trabalham na saúde mental sabem da política do Ministério pra saúde mental, que existe uma política de criação residências terapêuticas; eu li relatos de pessoas no Rio (RJ) que tiveram muita dificuldade de alugar pra se fazer uma residência terapêutica, num prédio então, quando ficaram sabendo que eram pessoas que vinham de hospital psiquiátrico ninguém quis; então é muito difícil, e ao mesmo tempo tem experiências positivas, tem pessoas que estão na residência e diz que a vizinhança viu que eles não são bichos, que eles podem interagir, podem estabelecer laços de vizinhança, então, tem algumas experiências boas e algumas experiências que são difíceis (P, 17/3/2006).

No contexto do estudo foi perguntado aos profissionais entrevistados se a atual organização dos serviços de saúde mental favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais. Conforme pode ser observado nas falas relacionadas, as opiniões foram divergentes. Dois deles observaram sobre a necessidade da existência de diversas instituições e serviços articulados e integrados à proposta da rede de saúde mental para que seja possível favorecer a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental

Embora a estrutura se localize no município, pelo menos eu estou pensando em termos de utilização da rede; então, a gente tem no Brasil inteiro muita diversidade, tem cidades onde a rede está montada, foi instituída e funciona legal, não é o caso de Florianópolis, a gente tem dá pra dizer poucos serviços, são só três CAPS que deveriam estar regionalizados ou territorializados, mas não estão, e tem algumas equipes de saúde mental nas Regionais, nas sedes das regionais, então, eu vejo assim, tem uma rede a ser constituída, ela precisa criar os mecanismos pra que a pessoa possa usar isso como rede, isso em termos de atenção à saúde, quando eu falo em rede eu também não estou pensando só em serviço de saúde, estou pensando que há uma possibilidade de a gente ter uma rede que inclua outros serviços, que não sejam só os de saúde, só os especializados, que eu acho que é a nossa necessidade, você incluir outras instituições, outros programas, enfim, que tenham vinculação com a cultura, com o trabalho, com a arte, produção do conhecimento, com as universidades por exemplo, as universidades são um campo excelente, seriam um campo excelente pra gente poder trocar um monte de coisas, pelos programas de extensão que eles tem, pelos projetos comunitários etc., a gente podia estar fazendo parceria com as universidades, mas não conseguimos, não sai, não rola; [...] a saúde mental eu acho que é o melhor exemplo desse distanciamento porque é difícil encontrar uma universidade onde a Reforma Psiquiátrica esteja incluída, ou mesmo os temas da reabilitação psicossocial estejam incluídos nos currículos dos cursos de saúde, é raríssimo (F, 12/4/2006).

Então, essa rede montada de forma territorializada, principalmente, eu acho que esse aspecto da territorialização é fundamental, é chave pra conseguir a reinserção social, não só por facilitar o acesso do usuário, mas pelo fato de o serviço estar ali no seu território, isso é fundamental, além disso, o projeto de geração de renda, as vagas, os leitos psiquiátricos no hospital geral, é todo esse contexto que precisa ser implantado para de fato poder facilitar o trabalho de cada instituição dessas, seja do CAPS, seja do projeto de geração de renda, ou do próprio hospital geral, como um todo, assim, essa engrenagem funcionando bem aí sim vai ser mais rápida a reinserção social do usuário portador de transtorno mental (VIK, 24/3/2006).

A partir das colocações dos participantes da pesquisa, destaca-se a importância da rede de serviços na construção da cidadania das pessoas atendidas pelas políticas de ativação, as quais, segundo Fleury (2004), tem como objetivo a inclusão social de conjuntos populacionais definidos a partir da territorialidade. Tal proposta pretende tratar o território como um componente, tanto material como simbólico, da esfera pública. Neste sentido, a construção da cidadania passa, necessariamente, pela reconstrução das cidades e potencialização da rede de serviços na valorização das características objetivas e subjetivas da demanda local.

Na seqüência, um dos entrevistados enfatiza que a forma como são pensados e estão organizados os serviços de atenção não favorece a construção da cidadania dos usuários.

Não, não favorece, porque, primeiro, os serviços de saúde mental estão sendo construídos pra quê? Não tem muito claro ainda pra quê que se tem atenção básica em saúde mental hoje, pra quê se constrói centro de convivência, pra quê tem o CAPS? acho que o objetivo do serviço parece não estar muito claro, talvez eu esteja enganado; veja bem, a atenção básica é mais no sentido pra estar discutindo os seus conflitos, minimizando os “sintomas psiquiátricos”, e aí acaba não tendo um trabalho de reflexão sobre o contexto que a pessoa está inserida; [...] a questão da cidadania tem a haver..., quanto mais articulada for a pessoa, quanto mais ela se envolver com as lutas sociais, mais cidadania ela vai exercer, quanto mais clareza, mas crítica, mais conhecimento ela vai ter, ela vai desenvolver cidadania; então, a forma hoje como os serviços estão organizados, ela acaba não favorecendo essa questão da construção da cidadania porque ainda vem de uma lógica de modelo centrado no transtorno mental (GIRASSOL, 20/3/2006).

Uma outra profissional considerou ser difícil avaliar a questão pelo fato de a rede de serviços não estar implantada por completo, e por não ter avaliações sistemáticas dos resultados.

Olha, eu não sei se a gente já tem condições de fazer uma avaliação, a rede está meio que andando [...] assim, qualquer coisa que eu vá dizer é, assim, referente uma experiência ou outra, não sei se a gente tem condições de fazer uma avaliação enquanto rede; por exemplo, eu vi muitas experiência positivas em cidades como Campinas (SP) que eles já tem há mais tempo, por exemplo, residências terapêuticas, tem desde o começo dos anos 1990, tem muitas experiências boas de pessoas que conseguem transitar na vida, tem gente que está trabalhando; [...] eu acho que a gente precisa além de ter a política, de ter a carta de intenções, a gente precisa ter avaliações também, eu acho que uma questão dessa eu sinto que precisa ter uma forma mais sistemática de avaliar, qualquer coisa é uma coisa mais ou menos um olhar particular pra aqui pra ali, acho que no todo a gente não tem (avaliação sistemática), pelo menos eu não conheço ainda, pode ser que estão fazendo e eu não saiba ainda (P, 17/3/2006).

Já para duas das entrevistadas, a atual organização da rede de serviços na política de saúde mental favorece sim a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental.

Sim, eu acredito que sim, na teoria ela é muito importante e acho que trabalhando em todas as instâncias, se a gente for pensar naqueles mapinhas, os ambulatórios, os CAPS, hospitais dia, a escola, e os centros comunitários, os postos de saúde, todos capacitados; eu acredito que sim, a rede ela é bem estruturada e ela possibilita aos portadores de doença

mental, enfim, terem uma reinserção melhor e maior na sociedade, e também de entendimento do que ele tem, do que ele pode fazer, quais são os recursos que ele tem também pra lidar, dentro dessa rede (J, 22/3/2006).

Acho que sim, favorece, se tu me perguntasse se ela resolve, eu diria que não claro, ou até que ponto ela resolve, mas favorece sim, eu acho que tem um favorecimento relacionado a forma que as pessoas eram tratadas, acho que favorece muito mais (LÉLI, 4/4/2006).

É possível perceber nas falas relacionadas acima a preocupação com a efetiva implantação da rede de serviços em saúde. As redes, conforme proposto na política de saúde mental, possuem muitos centros, muitos nós que as compõem e as tornam complexas e resistentes. Estão embasadas na noção de território, como um sistema de relações e estruturas, muito mais que um simples espaço geográfico. O fundamental neste processo é que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento.

Neste sentido, torna-se de fundamental importância refletir sobre o exercício da cidadania no contexto das políticas públicas, cada vez mais segmentadas e focalizadas. Para Fleury (2004, p. 2), “as políticas atuais de inserção buscam reafirmar a natureza contratual do elo social em novas bases, com a revalorização do local e comunitário e a transformação do Estado em um animador e mobilizador de recursos societários. Reduzido a mantenedor da estabilidade de uma ordem econômica que produz a fragmentação e a exclusão social, o Estado, busca atuar de maneira compensatória e focalizada, atendendo aos grupos mais vulneráveis e/ou potencialmente ameaçadores da ordem social, por meio da convocatória da solidariedade lançada aos diferentes setores inseridos na ordem econômica. No entanto, a incapacidade de alterar as condições estruturais de produção da exclusão mostra os limites das políticas de ativação, cuja promessa de inserção social carece de expectativas de emancipação dos sujeitos e coletividades beneficiários”.

3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica

Os CAPS compõem o rol de serviços do modelo psicossocial de atenção em saúde mental proposto na e pela Reforma Psiquiátrica. Perguntamos aos entrevistados qual seria o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica e obtivemos como

resposta que este teria a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos ideais da própria Reforma.

Eu acho que a função imediata ela é servir como um ponto de articulação, porque a gente consegue criar um ambiente que é relativamente protegido e que dá ao usuário as condições de ele poder participar de outros circuitos; fundamentalmente é essa a função, de articulação; eu lembro de uma discussão que a gente fazia, em Brasília, uma vez, sobre essa importância excessiva que os CAPS acabaram adquirindo, como quase que o central do sistema hoje é o CAPS, mas ao mesmo tempo a necessidade de se ter um espaço como esse, principalmente, pra quem está vindo de uma internação prolongada ou pra quem sempre passou a vida dentro de um hospital psiquiátrico, se tem que ter um pólo, uma instância articuladora pra poder fazer a passagem, porque o cara não vai sair do hospital e retomar sua vida imediatamente, não vai, ele tem uma série de dificuldades que ele não consegue vencer, e o CAPS, nesse sentido, a função seria essa, de poder..., tem uma expressão que eu acho interessante que é: emprestar poder de contratualidade, ou seja, poder dá um certo aval de que esse sujeito pode participar novamente ou pode participar pela primeira vez dos circuitos sociais, pode fazer laços com outras pessoas, com outras entidade, outras instituições, esse é o aval que eu acho que um CAPS pode fornecer e essa é sua principal função (F, 12/4/2006).

É pensar o CAPS como um espaço em que o paciente vai estar usando e tendo apoio para os momentos de crise, e fora os momentos de crise, também, que não seja hospital, e aí, dentro da Reforma eu acho que o CAPS ele é fundamental, assim como os hospitais dia, é que aqui em Florianópolis a gente não tem hospital dia, mas eu acho que os moldes do CAPS (eles estão) é muito próximos, as vezes até é difícil dizer o que é um o que é outro; esse momento de transição do hospital para a sociedade, nesse momento o CAPS é algo muito importante, ele dá, é capaz de conter, dar uma continência pra o usuário, isso a gente percebe mesmo quando não tem nada, o paciente já está muito bem, eles voltam quando estão em crise, sem ter nada marcado, e só de estar aqui pra muitos já é confortante, então, a gente percebe que essa continência, esse acolhimento, e saber que ninguém vai vir aqui e amarrar e conter, porque acho que esse é o medo, de todo mundo, acho que isso já possibilita a procura, eu estou mal vou lá, vou buscar a ajuda do CAPS (J, 22/3/2006).

Eu diria que o CAPS seria o pensador da estruturação da rede de saúde mental, que via de regra o CAPS acaba sendo pra municípios de médio porte o primeiro serviço a ser instituído no território, no município, aí o CAPS acaba assumindo essa responsabilidade, a portaria fala bem disso, a 336, do que compete ao CAPS, e tem vários itens lá, entre eles organizar a rede de saúde mental no município, porém, acaba sobrecarregando os profissionais de saúde mental que atuam nesse CAPS; então, a importância do CAPS na operacionalização da Reforma, ele é importante enquanto um dispositivo crítico, ou seja, se o CAPS não ter a clareza do que seja a Reforma Psiquiátrica ele não vai

operacionalizar, ele só vai operacionalizar a Reforma Psiquiátrica quando ele entender que Reforma Psiquiátrica é o processo social complexo que se configura pelas quatro dimensões, enquanto ele não repensar, refletir a sua prática, o que ele está fazendo, o que não está fazendo, ter mais autocrítica, ele não vai conseguir operacionalizar a Reforma Psiquiátrica; ele tem importância porque tem vários atores, vários profissionais, é um time de pessoas, muito rico, envolvidas que estão no CAPS; agora, enquanto não ter claro o que é Reforma Psiquiátrica, esse processo, não vai conseguir fazer nada; ele é importante, mas se não tiver clareza de Reforma... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Na medida que o CAPS é a primeira, digamos, unidade, primeiro serviço que se propõem a substituir o hospital psiquiátrico já existe nisso por si só a sua importância; é substituição e não que a pessoa não possa ser internada, mas a idéia é que seja nos hospitais gerais, em algum leito nos hospitais gerais, então, bom, o CAPS é o primeiro ponto, é o primeiro lugar onde a pessoa vai passar o dia, onde vai ser tratado de outra forma o seu sofrimento, então, a importância dele está nisso, na importância política e clínica também (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que o CAPS, fundamentalmente, ele faz a clínica; se tem essa rede montada o CAPS faz a clínica, ele faz o atendimento psicossocial do usuário portador de transtorno mental, ele atende as questões mais subjetivas, e de fato toda esse mix de previdência social, a medicação, o atendimento psicológico, atendimento de enfermagem, mas se existe essa rede montada e aí vamos ter um projeto de geração de renda, aí ele vai fazer geração de renda, todas as Oficinas vão acontecer ali e não dentro do CAPS, o CAPS deveria estar na comunidade ele deveria estar territorializado (VIK, 24/3/2006).

Acho que todo mundo gostaria que ele pudesse ser um eixo desencadeador de todos esses ideais da Reforma Psiquiátrica, que a partir disso se experimentasse uma nova relação, que o paciente pudesse estar se soltando mais pra vida, pra construir seus projetos, seus ideais; acho que é muito importante poder retirar pessoas que estão enclausuradas há anos, criar esses mecanismos como residências, etc. pra pessoas que não vão resgatar os vínculos familiares, tem que procurar outras alternativas; acho que o CAPS ainda é uma instituição que é fundamental nessa política, ainda acho que ela pode fazer um papel importante; no dia-a-dia é um pouco mais difícil porque as vezes a gente não tem tantos mecanismos de avaliações, muitas coisas que também a gente vai capengando; quando você vê algumas experiências de pessoas que estão conseguindo dar conta da sua vida, saem, aí você vê que, bom! tem algumas coisas boas que estão acontecendo, o CAPS também está contribuindo; então, no meio dos prós e dos contras eu acho que os prós ainda são maiores, eu acho que é muito mais humano, muito mais um fator de justiça social você ter um espaço assim do que você ter uma pessoa enclausurada no hospital (P, 17/3/2006).

Neste sentido, conforme inscrito na Política Nacional de Saúde Mental, os CAPS devem assumir seu papel estratégico na articulação e no “tecimento” das redes de atenção em saúde mental. Tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da

rede de serviços, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, ONGs, empresas etc. (BRASIL, 2004, p. 12)

3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde

A proposta do progressivo deslocamento dos centros de cuidados em saúde mental para fora do hospital psiquiátrico, em direção à comunidade, colocada na e pela Reforma psiquiátrica tem nos CAPS o dispositivo estratégico desse movimento. Neste sentido, a rede básica de saúde torna-se o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os portadores de transtorno mental.

Essa rede é formada pelos centros ou unidades locais e/ou regionais de saúde, Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, que atuam na comunidade de sua área de abrangência. Os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, pois tem um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Por sua proximidade com as famílias e comunidades, as equipes de atenção básica são um recurso fundamental para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso de substâncias psicoativas e diversas formas de sofrimento psíquico. Neste sentido, é importante e necessária a integração e articulação dos CAPS com a atenção básica. Assumir esse compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção da saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo (BRASIL, 2004).

As atuais diretrizes da política de saúde mental do Ministério da Saúde orientam que, onde houver cobertura do PSF, deverá haver uma equipe de apoio matricial em saúde mental para no mínimo seis e no máximo nove equipes de PSF. E, que as ações de saúde mental na atenção básica devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2004).

No que se refere à relação existente entre o CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município e qual o tipo de relação existente, os dados coletados na

pesquisa indicam que: a maioria (91,7%) respondeu que sim, com ressalva de que é muito pouco, funciona de maneira precária e confusa, e que está num processo preliminar ainda. O profissional que respondeu não, observou que a rede está em processo de formação. Os profissionais cujas respostas foram positivas identificaram que a relação é de encaminhamentos, atendimentos em conjunto com as equipes de saúde mental das Regionais de Saúde, ajuda em atendimentos nas unidades locais de saúde, com os agentes comunitários de saúde, de referência, de acompanhamento, visitas domiciliares, encontro mensal dos trabalhadores de saúde mental da rede e encontro mensal dos psiquiatras da rede.

Sobre a relação do CAPS com as equipes de PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência alguns entrevistados observaram que a relação é pouca ou mínima, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda²³. Foram apontadas como justificativas o fato de o CAPS Ponta do Coral não estar territorializado, deste ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta do município, e a ausência de um planejamento e de estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente.

O CAPS como ele é único, então, ele é de toda a região; então, eu poderia até estar te respondendo que a gente tem um Posto aqui de cima do CAPS, que é o Posto da Agrônômica, ali tem o Programa de Saúde da Família implantado, com a presença dos residentes do Programa Saúde da Família e o contato que eu tenho, ele é meu, não existe nenhum outro programa ou vamos dizer convênio do CAPS com a Agrônômica, é meu aqui, assim como talvez seja da psicóloga em outro momento quando há essa partilha de paciente quando faz parte dos dois, então, eu só sei do que eu tenho, mas é muito pouco, eu tenho contato com alguns residentes que atendem alguns pacientes daqui, e eles precisam de algumas dicas ou, enfim, de se interar do que acontece, e eu também preciso saber como é que anda o acompanhamento deles lá, e aí entra em contato, as vezes vem aqui ou eu vou lá, mas são essas formas isoladas e depende daquele momento e da necessidade daquele usuário, não é algo que seja programado, que seja antecipado, institucionalizado, no sentido de firmar essas relações de uma forma..., não há; e, assim, o contato é com os residentes, não tem o contato com quem realmente vai ficar, porque os residentes passam depois de dois anos, eu também não tenho contato de quem é o médico, quem é o enfermeiro do Programa Saúde da Família, quem é o agente comunitário que vai na casa desses usuários, isso não tem, acho isso muito ruim, é muito falho, embora, volta pra aquela questão da equipe, que as coisas não são compartilhadas, você nunca sabe direito, é muito fragmentado, o que já foi feito, o que não está sendo feito; também não é delegado a função à ninguém de fazer, não há um planejamento pra isso (J, 22/3/2006).

²³ Em estudo sobre o CAPS de Palhoça/SC, Franco (2005) encontrou situação semelhante na relação do CAPS com o PSF e demais serviços de atenção básica municipais.

É mínima, é mínimo o contato, assim, as vezes, quando a gente necessita a gente vai atrás, tenta achar alguém que se interessa, que tenha alguma afinidade com a saúde mental, as vezes um agente de saúde que consegue se aproximar mais daquele usuário que mora lá e que resolve dá uma força, mas é assim, depende de uma série de coisas, da disponibilidade pessoal, da sorte de encontrar alguém etc., quer dizer é falta mesmo da articulação em rede, porque se a gente tivesse essa articulação o PSF automaticamente já seria acionado, e a gente não tem isso; claro, quando a gente precisa a gente até encontra uma boa resposta das equipes do PSF, mas pode não encontrar, tem um risco[...] não, isso não existe (articulação institucional CAPS – PSF), isso tem que ser construído, tem que ser proposto (F, 12/4/2006).

A relação que o CAPS tem é principalmente pra acompanhamento, a relação é essa, relação de acompanhamento, as vezes precisa realizar alguma busca ativa e não temos a possibilidade no momento, então, tem essa relação, a relação que a gente tem é mais no sentido de acompanhamento do próprio usuário; o que seria ideal, seria um pouco mais de estreitamento, discutir junto com o Programa de Saúde da Família alguns casos, nós irmos aonde os agentes comunitários estão, discutir algumas situações e isso não tem acontecido ainda; com essa lógica aí das regionalizações tem essa possibilidade; então, hoje existe uma relação, só que uma relação muito esporádica de situações isoladas e que precisa ser superada; o maior problema que existe é devido ao CAPS não ser territorializado, o CAPS II Ponta do Coral ele tem que atender uma demanda muito grande, basta ver o IBGE hoje, tem 400 e poucas mil pessoas em Florianópolis, então, é um CAPS II pra atender toda a demanda adulta do município, talvez o ideal seria um CAPS I em cada região, nas cinco regionais, e transformar esse CAPS num CAPS III no caso, e aí repensar depois toda a rede; então, a relação, ela se compromete com o Programa Saúde da Família devido a não territorialização do CAPS Ponta do Coral, a relação que existe é a relação de acompanhamentos isolados (GIRASSOL, 20/3/2006).

É uma relação ainda muito inicial ainda, um pouco precária; com os agentes comunitários a gente tem mais proximidade, no momento da visita domiciliar e no momento de fazer o resgate dos usuários que abandonaram, por algum motivo, o atendimento, mas acho que a relação poderia ser melhorada se o CAPS fosse territorializado, como a gente está aqui, é no centro pra todo o município, fica muito difícil, então, a nossa relação é muito mais com as referências regionais de saúde mental da atenção básica do que com as próprias equipes de PSF das unidades locais de saúde (VIK, 24/3/2006).

É isso que eu falei, essa perspectiva da regionalização que começou aqui visava uma maior articulação com a rede; eu acho que isso é um projeto que está ainda meio que na sua infância, ele está começando e, assim, o que eu te falei, a gente precisa sair mais daqui, no Norte (Regional Norte) a gente vai tentar essa experiência agora (realizar as reuniões da regional nos postos de saúde) de contato e incluir, por exemplo, os agentes comunitários nos processos de reunião com os pacientes daqui, tentar ver se eles podem estar acompanhando o paciente lá; tem uma paciente que está aqui que a gente esteve lá no Posto do Saco Grande pedindo pra equipe assumir alguns cuidados com essa paciente, eles se

dispuseram, mas assim, por enquanto ta muito mais alguma iniciativa aqui, ali, do que um processo mais amplo, não sei assim como isso vai caminhar com a história de já ter, por exemplo, profissionais regionalizados, isso também vai poder ser incrementado, esse é um desejo que eu tenho (P, 17/3/2006).

É muito pequena, muito, muito, muito, muito; eu não sei nem te dizer, em uma escala de um a dez acho que fica em dois, está muito pequena, está muito além do que poderia ser, eu acho que talvez com a implantação agora dos serviços na rede, nós temos em cada Regional um psiquiatra, dois psicólogos, uma média assim, está existindo mais aproximação, mas do CAPS não, muito pouco, muito pouco. [...] quando tu pergunta, hoje, qual é a relação do CAPS? eu não posso te mentir, pra mim é quase zero (LÉLI, 4/4/2006).

Buscando explorar as informações sobre a relação do CAPS com a rede municipal de serviços de saúde, perguntamos aos profissionais se o serviço realiza algum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. A maioria deles (75%) respondeu que não, dois referiram não saber responder e um respondeu que sim. Dentre os que responderam que não, um justificou que o CAPS não tem estrutura para atender mais esta demanda. Dois dos profissionais entrevistados disseram estar pensando neste tipo de trabalho. Um deles falou sobre a existência de um projeto, conforme relatado na fala que segue.

[...] a gente tem um projeto aqui que é de formação de acompanhantes terapêuticos, e no ano passado a gente formalizou esse projeto e mandamos pro Ministério da Saúde, ele foi aprovado e até hoje estamos esperando a liberação de dinheiro, mas enfim, o projeto foi aprovado, e a idéia era justamente transformar o agente comunitário de saúde num acompanhante terapêutico, e aí a gente faria a formação, uma capacitação, um curso de capacitação aqui, e depois faria o segmento com supervisões regulares, é uma forma de dar formação em saúde mental pra atenção básica e manter essa que é uma função do CAPS de dar supervisão e a formação mesmo pra esse nível da atenção; [...] a gente está esperando o dinheiro do Ministério da Saúde, ta lá pendurado, a gente olha o nome do projeto na internet, está lá, mas não tem nem empenho ainda, significa que não tem dinheiro destinado (F, 12/4/2006).

Para que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas na atenção básica é fundamental a capacitação destas equipes. A orientação é que as equipes de saúde mental de apoio á atenção básica incorporem ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. Conforme aparece na fala do profissional, são previstos recursos para o financiamento deste tipo de ações, embora, muitas vezes, a dependência de orçamento, a morosidade burocrática e/ou

ausência de decisão política, que justificam a longa demora, acabam por desestimular, dificultar, inviabilizar as iniciativas dos profissionais.

Repetidamente, temos ressaltado neste trabalho que os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico para a organização da rede de atenção em saúde mental, conforme é indicado nas diretrizes políticas da Reforma Psiquiátrica. Nesta direção, questionamos os técnicos da equipe do CAPS Ponta do Coral sobre qual o lugar que o serviço ocupa na rede municipal de atenção em saúde, em Florianópolis. As falas transcritas na seqüência destacam o fato deste não estar territorializado e, portanto, não se constituir no serviço regulador da porta de entrada para o atendimento em saúde mental. As equipes de saúde mental nas referências das Regionais de Saúde é que, atualmente, constituem-se no serviço primeiro de atenção em saúde mental. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhados pessoas com transtorno mental grave.

Seria esse serviço que articula, que regulamenta; não necessariamente ele é uma porta aberta que entra qualquer um; eu acho que ele pode até ser a articulação e a regulação, pode ser feita até capacitações nas equipes locais de unidades básicas, que a partir daí você vai poder em um caso de uma ansiedade ou uma briga com o namorado, “eu tomei 4 aspirinas”, não vai chegar aqui no CAPS; vai chegar aqui no CAPS realmente aquilo que for um caso mais grave, e só há possibilidade de isso acontecer a partir do momento em que as unidades locais estejam todas capacitadas e entendendo, até porque assim diminui o trânsito desse paciente; vamos supor: ele sai de uma cidade, vem pra Florianópolis, daí diz: onde é que eu vou num psiquiatra? Ah! vai lá no CAPS, aí alguém fala: mas tem que passar no clínico antes, aí passa no clínico, aí o clínico encaminha pro psiquiatra, daí ele não sabe onde vai procurar o psiquiátrica - vem pro CAPS, não vem pro CAPS, aí vem pro CAPS, mas é que na verdade ele toma fluoxetina há 2 anos, está em tratamento de manutenção porque ele tem um quadro de depressão recorrente, não é caso CAPS, então, isso já poderia ter sido triado lá no começo, o paciente já poderia estar tendo as consultas desde o início, todas acertadas, sem precisar ficar correndo de um lado pro outro [...]; então, eu acho que ele tem esse papel, tem essa função de regular, de saber o que está acontecendo no hospital, na Colônia, e ter esse contato, uma ligação sempre com a Colônia, e com os Postos de saúde [...]. (hoje, o CAPS faz isso?) algumas coisas, bem isoladas, de novo, é meio como um apaga fogueira; por exemplo, hoje, a gente foi fazer uma visita domiciliar lá no Saco Grande (bairro de Florianópolis) porque o paciente estava em tratamento psiquiátrico particular e parou de tomar o remédio, e aí a gente foi lá, só que o paciente não queria falar com a gente, mas, assim, eu chego lá, converso com a equipe que está lá naquele local e muitas vezes é só a psicóloga; também tem um certo descaso, no sentido de que ah! agora eu não posso falar, porque não percebe que conversando sobre aquele caso vai possibilitar que isso seja ampliado pra outros casos, pensam-se saídas semelhantes pra outro momentos, mas, assim, acaba virando um apaga fogo, e toda hora você tem que ir

apagar um fogo; então, existe um pouco, mas não de uma forma bem usada (J, 22/3/2006).

É atenção secundária como se diz; ele regula e não regula; [...] tudo vai passar muito pela clareza que os profissionais que estão na saúde mental tem em relação a própria epistemologia, tem em relação a própria política, tem em relação a própria noção de SUS, a própria noção de controle social, a própria noção dos princípios do SUS; então, tudo vai passar por isso, porque que eu estou dizendo isso, o CAPS é uma atenção secundária como a gente chama, eu acho ainda que o atendimento mais complexo, o atendimento terciário, deveria ser no território, acho que centrar as forças no território [...]; então, [...] a atenção básica é onde deveria regular isso, a regulação dessa entrada nesse sistema de saúde mental, nessa rede de saúde mental ela teria que ser prioritariamente atenção primária em saúde; então, as vezes, por necessidades especiais, por situações específicas, a pessoa acaba vindo direto pra cá, direto pro CAPS e aqui a gente atende, e, as vezes, essa pessoa não é indicada pra estar no CAPS, aí volta pra atenção básica, então, tem essa dificuldade, ou seja, o lugar que o CAPS ocupa na rede municipal de atenção em saúde é uma atenção secundária à pessoa com transtorno mental grave, já avaliada pela atenção primária em saúde, aquela pessoa que corre risco de suicídio, que acaba prejudicando a vida de outras pessoas, que está muito mal, nesse sentido (GIRASSOL, 20/3/2006).

Regulador da porta de entrada: não; como não é territorializado, a gente tem esse problema de ser serviço de referência pra onde vem os pacientes já encaminhados, ele passou pela porta de entrada do sistema lá no Posto, ele vem encaminhado pra cá ou através dos hospitais psiquiátricos, que é também uma outra forma de encaminhamento, mas a gente não faz a regulação da entrada; hoje, também, como tem equipes mínimas de saúde mental nas regionais, elas também funcionam muito mais como a reguladora do que nós; a porta de entrada é pelas equipes de saúde mental das regionais (F, 12/4/2006).

Eu acho que são várias coisas, por ser o único CAPS, pela rede não estar estruturada ainda, e pelas pessoas não conhecerem o serviço da rede, existe uma mistura, assim, o que é pra ir lá pro psiquiatra do Sul (regional de saúde), o que é pra vir pro CAPS; qual é o papel do CAPS, é a não internação, mas não tem CAPS III, então, a noite o cara não tem pra onde ir, na verdade, o CAPS ele é um espaço que regula a entrada do usuário sim, num primeiro momento sim, porque todos os que foram para a atenção básica muitos foram daqui, muito mais que a procura de fora daqui, primeiro eles vem pra cá, depois eles vão pra lá, agora o processo até está sendo inverso, já estão procurando a atenção básica porque eles já estão conhecendo, mas antes era daqui pra atenção básica, e é o único espaço, programa que acolhe o usuário psicótico, com transtornos mentais graves, porque a rede básica, ela não atende, se o cara tem um surto psicótico, está com qualquer surto, que está mal, ou ele tem um embotamento, ele não fala, está na família há anos, está lá segregado, está lá no quatinho dos fundos, não é caso de atenção básica é caso CAPS, então, ele é o único serviço de Florianópolis que se propõem a atender o usuário, o portador de sofrimento psíquico fora de hospital (LÉLI, 4/4/2006).

Ele é o primeiro serviço de saúde mental do município, primeiro serviço estruturado, credenciado no Ministério da Saúde, eu penso que ele tem um papel importante, ele serve como uma referência de atendimento em saúde mental a usuários portadores de transtornos mentais; dentro da rede, hoje, a gente tem as referências regionais de atenção em saúde mental na atenção básica, nas ULS, que são as unidades locais de saúde, então o CAPS serve como referência de atendimento a usuários com transtornos mentais graves do município de Florianópolis, é pra isso, essa é a função (VIK, 24/3/2006).

Pelas falas dos profissionais evidencia-se que Florianópolis não tem uma política municipal de saúde mental estruturada. A rede de serviços está em processo de formação e implementação. As ações ainda são muito isoladas e fragmentadas, sem uma direção comum. É notório que um único CAPS para atender a totalidade da demanda adulta do município é insuficiente. As possibilidades de atuação do serviço na prevenção e promoção da saúde mental, na capacitação e supervisão das equipes de atenção básica ficam, assim, prejudicadas e/ou inviabilizadas.

No processo de operacionalização da Reforma Psiquiátrica, conforme as orientações da Política Nacional de Saúde Mental e as propostas aprovadas na III CNSM, é necessário que os gestores estaduais e municipais estabeleçam mecanismos efetivos para o controle das internações psiquiátricas. De acordo com a Portaria GM/MS n ° 336/02, os CAPS devem possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou modulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local (BRASIL, 2002a). Com base nisto, perguntamos aos entrevistados se o CAPS tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Eles referiram que não, contudo, divergiram sobre como o serviço fica sabendo quando ocorre internação de seus usuários.

Não tem. A gente fica sabendo quando a família comunica ou quando é usuário de atenção intensiva, ou ele fez uma crise ou ele desapareceu do serviço, aí pela falta mesmo, pela ausência que ele provoca a gente vai atrás e fica sabendo que ele foi internado, mas a gente não tem instrumentos de controle sobre isso; a gente faz, no momento da internação, a gente procura manter pelo menos uma visita da equipe da Regional pra não perder o vínculo etc., mas nada formalizado, assim, no momento que aparece, que a gente fica sabendo; geralmente, a gente sabe, hoje é relativamente fácil, não acontece daquilo... fulano desapareceu e de repente aparece ele dois meses depois aqui novamente..., sai da internação ontem e tal, isso não acontece mais, geralmente a gente consegue ficar sabendo (F, 12/4/2006).

Não. Na realidade a família leva pra internar e pronto, as vezes comunica, as vezes a gente fica sabendo quando a gente vai fazer uma visita lá, muitas vezes a gente nem sabe que o paciente ficou internado, a não ser quando a gente liga, e aí o que está acontecendo, não está vindo, mas ele foi internado; então, não há esse controle e também quando é internado lá, dificilmente, alguém entra em contato, nunca vi, entra em contato olha fulano de tal está internado aqui com a gente, não tem essa comunicação (J, 22/3/2006).

Em relação ao controle das internações psiquiátricas, oficial e formal, nós não temos; estou falando enquanto profissional que atende uma determinada regional de saúde, isso nós não temos; o que poderia ser feito: um maior estreitamento com o “manicômio”, com o IPQ ou o São José (hospitais psiquiátricos), que quando internasse pessoas lá teria esse contato aqui, pra gente já ir conversando, já acompanhando juntamente com a equipe do hospital psiquiátrico essa pessoa, porque final de semana ou depois das 18 horas o serviço não atende, as vezes as pessoas entram em crise e a gente não tem como acompanhar isso, não tem como saber; o acompanhamento que tem é, as vezes, os familiares nos avisam que a pessoa está internada, quando a gente acompanha essa pessoa e fica sabendo que ela acabou internando; então, não tem uma política mais estreita de acompanhamento de internação psiquiátrica, isso não tem. (GIRASSOL, 20/3/2006).

Da área de abrangência seria toda a cidade, isso não, mas dos usuários aqui sim, atendidos aqui sim; [...] geralmente, assim, quando o usuário está iniciando um surto a gente tenta fazer o atendimento pra prevenir a internação, pra evitar de fato a internação psiquiátrica, só que nós estamos aqui até as 6 horas da tarde e não estamos final de semana, então, a gente não está nem a noite nem final de semana, e aí acontece de a família internar, isso acontece pouco, muito pouco, e quando acontece a gente faz o atendimento no próprio hospital, a gente vai até lá faz o atendimento, mas é pouco assim, agora da cidade como o todo a gente não tem (VIK, 24/3/2006).

O controle ele tem pelo prontuário, não poderia te dizer que tem um controle do ponto vista de uma escala, ah anualmente quanto a gente tinha e quantos foram internados, [...] o usuário se ele foi internado a gente não soube, se está internado, aí ele aparece aqui depois da internação, um mês ou dois meses, a gente tem escrito no prontuário, esse é digamos o que a gente fica sabendo (LÉLI, 4/4/2006).

Não, eu digo por nós, eu acho que, as vezes, a gente... ah o paciente foi internado, como acontece de a gente saber, e as vezes a gente vai lá fazer uma visita, as vezes tem a questão do carro (o CAPS tem um carro a disposição somente um dia por semana), e a gente fica...; sempre que acontece e tal, as vezes, a gente nem fica sabendo, quando vê o paciente já está de volta, as vezes acontece essa situação; eu fui tentar fazer um pequeno levantamento pra fazer essa avaliação e percebi que a gente não tem registro de quantos dias o paciente ficou internado, se ele ficou internado quantas vezes durante o tempo que está em tratamento aqui, falta um registro melhor e um acompanhamento melhor dos técnicos; (como ficam sabendo da internação) as vezes o paciente volta já depois, as vezes a família liga avisando, [...] o hospital não me lembro se eles ligaram, só se precisar de alguma coisa, em geral, eles não ligam; então,

assim, o paciente saiu aí eles trazem de novo aquele encaminhamento, ou ele vem pra cá porque, normalmente, ele já estava aqui, mas assim, a gente tenta ao máximo que ele não precise ser internado, essa política existe, segurar a crise (P, 17/3/2006).

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que a internação e a reinternação psiquiátrica deverão ocorrer após avaliação da equipe técnica de saúde mental dos serviços substitutivos, devendo ser estabelecidas formas de controle único para a emissão de AIH, assegurando que todas as internações necessárias sejam autorizadas pelo serviço público, preferencialmente de base territorial (BRASIL, 2002a).

Conforme pode ser observado nas falas dos participantes da pesquisa, a insuficiência do CAPS em exercer o controle das internações referente a sua clientela e a demanda no município refere-se ao fato de o serviço não estar territorializado, sendo inviável cumprir com tal exigência no âmbito da totalidade de uma população de aproximadamente quatrocentos mil habitantes, distribuídos numa área geográfica de 436,5 Km². Com a implantação das equipes de saúde mental nas Regionais de Saúde, estas passam a ser as responsáveis pela regulação da porta de entrada no sistema de atendimento. O CAPS II Ponta do Coral passa a ser a referência para onde são encaminhadas pessoas com transtornos mentais graves, egressos de hospitais psiquiátricos, internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). A falta de controle das internações psiquiátricas é uma realidade também de outros centros de atenção psicossocial, conforme verificado por Franco (2005), em seu estudo sobre o CAPS do município vizinho de Palhoça/SC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha deste tema de pesquisa está relacionada à minha trajetória de estudos no Curso de Graduação em Serviço Social e à minha inserção como pesquisadora no Núcleo de Estudos e Pesquisas Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas (NESPP) do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. A esta trajetória soma-se a experiência de Estágio Curricular em Serviço Social, realizada no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis, em 2003, da qual resultou o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Programa Alta Progressiva: uma contribuição para o processo de reabilitação psicossocial no HCTP de Florianópolis”. Com o referido Estágio foi possível vivenciar o contato direto com a realidade de algumas instituições como hospitais psiquiátricos e centros de atenção psicossocial da rede municipal e estadual de serviços de atenção em saúde mental, fato este que estimulou a busca de novos conhecimentos e o desejo de atuação profissional na área. A continuidade dos estudos foi possibilitada por meio da entrada como mestranda no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da mesma universidade. Sendo assim, o trabalho que apresentado nesta dissertação tem estreita relação com meu percurso profissional e meu desejo pessoal.

Conforme destacamos no decorrer do estudo, a reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

A implantação de uma nova política de atenção, com as implicações socioculturais da proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira passa pela necessidade de articulação intersetorial e por ações que contribuam para alterar as representações sociais sobre a loucura e os direitos dos portadores de transtornos mentais. A transformação do modelo assistencial e de um conceito teórico em diretrizes operacionais é um processo complexo e depende de vários fatores para que se mantenha a direcionalidade pretendida pelos diferentes atores sociais, participantes do jogo social.

Especificamente, no caso do CAPS estudado, as dificuldades de concretização dessa nova lógica de atenção em saúde mental perpassam e se inter-relacionam nos diferentes eixos que compuseram a presente pesquisa.

No que se refere a estrutura física, os profissionais indicam que o CAPS conta com espaço e equipamentos adequados às necessidades do serviço. Entre os anos de 2003 a 2004, o CAPS passou por uma reforma em suas instalações, ficando estas, adequadas aos objetivos da unidade. As condições poderiam ser melhores se as oficinas produtivas fossem realizadas em outro local, pois além de favorecer a utilização do espaço hoje ocupado para outras atividades, possibilitaria a inserção dos usuários em outro ambiente, favorecendo-lhes sua sociabilidade.

Em relação aos materiais de consumo, os problemas vão desde a ausência total de objetos e utilidades básicas à manutenção do serviço até o recorrente atraso no repasse dos materiais necessários às oficinas terapêuticas e de produtividade. As oficinas ficam prejudicadas e até mesmo paralisadas por conta das faltas de recursos e dificuldades de gestão adequada do serviço. Esta situação coloca em prejuízo o projeto terapêutico de tratamento dos usuários e a eficácia e efetividade dos propósitos da nova política de atenção em saúde mental.

No campo da gestão do CAPS, apesar da histórica escassez de recursos destinados à saúde, foram evidenciadas situações problemáticas, principalmente no processo de descentralização político-administrativa, que poderiam ser melhoradas a partir dos recursos existentes. De acordo com os resultados da pesquisa, 50% do grupo de técnicos afirmam que existe planejamento e avaliação das ações. Alguns deles observam estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação, objetiva e sistemática, dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declaram não existir processo de planejamento e avaliação das ações, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

Sobre este aspecto, cabe destacar que as técnicas disponíveis na área de planejamento e avaliação de serviços de saúde têm mostrado bons resultados quando aliadas à vontade política de mudar a situação. Apesar dos dados demonstrarem uma divisão entre os técnicos no que se refere a afirmação sobre a existência de planejamento e avaliação, destacamos que as poucas ações que acontecem giram em torno das atividades que são e aquelas que poderão ser realizadas, e na discussão sobre as dificuldades cotidianas do trabalho na unidade. As avaliações são informais, realizadas na reunião

mensal da equipe técnica e nas reuniões clínicas semanais, sendo notório a ausência de um processo de planejamento estratégico, sistemático e contínuo do projeto terapêutico do CAPS, bem como, de avaliação de indicadores.

Com relação aos recursos financeiros, os resultados da pesquisa apontam para o que já vem sendo denunciado por autores como Amarante (2003; 2005): o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. O pagamento pelo sistema de procedimentos realizados, por meio das APACs, condiciona a existência de recursos à produtividade do serviço. Quando os CAPS não estão articulados com outras políticas sociais necessárias à sobrevivência do usuário e a adesão dele ao projeto de vida que o serviço deve-lhe oferecer, a tendência é fracassar.

Para que a pessoa possa freqüentar o CAPS ela precisa de condições materiais e psicossociais básicas, como moradia, transporte, alimentação, auto-estima, estímulo, desejo, etc.. Quando o usuário não desfruta de tais condições as chances dele se vincular ao projeto terapêutico são menores e, conseqüentemente, sem a participação ativa dos usuários o CAPS não terá produtividade. Ainda, nem todas as ações realizadas no CAPS constam na tabela de procedimentos pagos pelo atual sistema do SUS, dificultando as atividades de ressocialização que envolvem trabalhos na comunidade e na sociedade.

Os profissionais afirmam que os usuários participam do planejamento das atividades do CAPS. Referem que isso acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Neste caso, foi possível perceber que a participação dos usuários em geral diz respeito mais a questões cotidianas do funcionamento do serviço. A associação participa diretamente da comercialização dos produtos confeccionados nas oficinas e na realização de alguns convênios com entidades da área da cultura, lazer, ensino, etc. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada, que abarque as especificidades da área da saúde mental e envolva os usuários, os familiares e os técnicos como sujeitos partícipes do processo de gestão do serviço.

No eixo recursos humanos e projeto terapêutico existem contradições explícitas e implícitas que perpassam o discurso e as práticas dos técnicos que prestam assistência aos usuários do serviço. Eles reconhecem e destacam a relevância do trabalho em equipe, argumentam que este traz a possibilidade de trocas entre as várias áreas do conhecimento e a conseqüente oferta de um atendimento multidimensional. Contudo, relatam dificuldades

na realização deste trabalho, devido a uma suposta diferença de formação profissional e de concepção, com relação ao que sejam os objetivos do CAPS e da Reforma Psiquiátrica. Indicam existir interdisciplinaridade no atendimento ao usuário, no entanto, percebeu-se que a concepção de interdisciplinaridade aparece muito mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade, estando ainda distante dos ideais da intertransdisciplinaridade.

Sendo assim, cabe destacar que sem a devida clareza e consciência do que exatamente deve mudar corre-se o risco de que, fundamentalmente, se modifiquem os espaços de realização do tratamento, transferindo-se e conservando-se as práticas de exclusão e discriminação. É preciso se ter em conta que toda dimensão técnica tem também uma dimensão política. Dessa forma, faz-se necessário questionar-se sobre o que se pretende com o “fazer” nos novos serviços de atenção à saúde mental e que valores estão presentes nas ações executadas. O usuário precisa ser percebido como sujeito do processo saúde-enfermidade, e não como objeto e instrumento do exercício das relações de poder disciplinar.

Com relação ao eixo participação do usuário e da família no tratamento, os participantes da pesquisa identificam dificuldades em realizar o atendimento familiar no CAPS. Os profissionais relacionam como justificativas, a falta de técnicos qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades da equipe. Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que seja o transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, também foram relatados pelos entrevistados. Entre os obstáculos para a (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e o estigma da loucura ainda presentes no imaginário social das pessoas.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacam o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário. Neste aspecto queremos destacar a necessidade de se reconhecer, no processo de implantação da Reforma e da política de saúde mental, um projeto ético-político social, capaz de reavaliar, substancialmente, o conceito tradicional de

“doença/saúde mental” e, conseqüentemente, a forma de como lidar as diferenças em sociedade.

No eixo (re)inserção social procuramos identificar se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas à desinstitucionalização e à reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referem que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras. A maioria deles afirma que não existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer.

Tais dados nos remetem ao questionamento sobre como a Reforma Psiquiátrica, em sua aplicação prática, apresenta certa inércia política. Existe uma lacuna entre o referencial teórico do novo modelo de atenção e as práticas que se efetivam no cotidiano dos serviços. Com isso, queremos chamar a atenção para a necessidade urgente de se construírem ações de atenção que favoreçam o conhecimento de si, reforcem a autonomia, o cuidado de si e a emancipação do sofredor psíquico.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referem que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental. A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos profissionais como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista político-jurídica dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico. Na visão dos participantes da pesquisa, o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica relaciona-se a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos pressupostos da própria Reforma. Não obstante, destacamos aqui a necessidade de se refletir sobre o descompasso entre a vitória no campo jurídico, o novo discurso da Reforma Psiquiátrica e um fazer prático que parecem ainda negar a emancipação do portador de transtorno mental.

No eixo integração do CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município, os dados coletados na pesquisa indicam que a relação existente é pouca, funciona de maneira precária e confusa, e que ainda está num processo preliminar. A articulação com as equipes de PSF e PACS também é insuficiente, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda. A unidade não realiza nenhum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. Apenas dois profissionais referiram estar pensando neste tipo de trabalho.

Foram apontadas como justificativas para esta situação o fato do CAPS não estar territorializado, de ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta de todo o município, e a ausência de um planejamento e estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhadas pessoas com transtorno mental grave. E, segundo os entrevistados, não tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Neste aspecto, vê-se a urgência na redefinição da abordagem em saúde mental, fazendo-se necessário a construção de estratégias de atenção integral, dentro dos princípios do SUS, que envolvam o portador de transtorno mental como cidadão, a família, o Estado e a sociedade.

De acordo com os profissionais existem diferenças no atendimento prestado no e pelo CAPS em relação aos hospitais psiquiátricos. Eles se referem às diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência do discurso médico psiquiátrico do hospital, e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e as necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial, em contraposição ao tratamento igual para todos das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Por fim, os dados coletados na presente pesquisa indicam que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes, prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a relação eficácia/efetividade dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Concluimos, com este estudo, que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é ainda um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológica, técnico-assistencial, político-jurídico e sócio-cultural.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____, P. (coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995a.

_____, P.. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. vol.11, no.3, jul./set. 1995b, p.491-494. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 14/09/2005.

_____, P. A (clínica) e a Reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. pp. 45-65.

_____, P. **A epistemologia e a Clínica da Reforma**. Conferência proferida no IV Encontro Catarinense de Saúde Mental. Florianópolis, 30 de junho a 2 de julho de 2005. (anotações manuscritas).

BASAGLIA F. (coord.) **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 3ª ed. Tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002a, 213 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em Saúde Mental 1990-2002**. 3ª ed. revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAPS II PONTA DO CORAL. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. **Projeto Terapêutico**. Florianópolis, 2004.

CORREIA, M. V.C..Que controle social na política de Assistência Social? **Revista Serviço Social & Sociedade**. N. 72. São Paulo: Cortez, nov. 2002, pp. 119-144.

COSTA, R. C. R. da.. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia e Política** Nº 18: 49-71 JUN. 2002

COSTA –ROSA, A. da; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. p. 13-44.

COSTA-ROSA, A. da.. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asialr. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. p. 141-168.

CHIZZOTTI, A.. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R.. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

DESVIAT, M.. **A Reforma Psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental**. In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

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

FLEURY, S.. **Espaço, território e cidadania**: a cidade dos cidadãos. Trabalho apresentado no VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra (16,17,18 de setembro), 2004. Disponível em: <www.ces.uc.pt/LAB2004>. Acessado em 20 de fevereiro de 2006.

_____, S.. (org.). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989.

FREIRE, F. H. M. de A.; UGÁ, M.A.D.; AMARANTE, P. Os centros de atenção psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

FRANCO, S. de O.. **Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de caso**. 2005. 110f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Florianópolis, 2005. 110f.

FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial**. Percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004.

GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E.. **A pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, R.. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M.. **Microfísica do poder**. Trad. de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graaal, 1979.

MINAYO, M. C. de S.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC; ABRASCO, 1994.

MIOTO, R.C.T.. Família e saúde mental: contribuições para reflexão sobre os processos familiares. **Revista Katalysis**. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico. Departamento de Serviço Social. N.2 Florianópolis: Editora da UFSC, 1998.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental: em busca da articulação e qualificação das ações em saúde**. Monografia

(Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Latu Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

OLIVEIRA, W. F.; DORNELES, P.. Patrimônio e ambiente da loucura: a formação do profissional de saúde mental e o dialogo com a vida da cidade. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

PITTTA A.. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje. In: PITTA. A.(org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral**: desvelando sua significação. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

_____. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

ROSA, L.C.dos S.. Os saberes construídos sobre a família na área da saúde mental. **Revista Serviço Social & Sociedade**. N° 71. Ano XXIII. São Paulo: Cortez, set de 2002, pp. 138-164.

_____. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, F., et. al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SANTOS, W.G.. **Cidadania e Justiça**. Rio de Janeiro: Editora Campos, 1979.

SARACENO, B.. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SOUZA, W. da S.. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. jul./ago. 2001, vol.17, no.4

p.933-939. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 19/10/2005.

SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Teses em Enfermagem, 42).

STUANI, D.. **Projeto de Estágio**. (Projeto de Estágio Curricular apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina). Florianópolis, 2005. texto digit.

TENÓRIO, F. G. (org.). **Gestão de ONGs**: principais funções gerenciais. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

TORRE, E.H. G; AMARANTE, P.. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. [online]. 2001, vol.6, no.1 [citado 05 Dezembro 2005], p.73-85. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br> >. ISSN 1413-8123.

TRIVIÑOS, A.N. S.. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. (org.). **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000a.

_____, E. M. Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000b. p. 169-194.

VIEIRA, L. **Cidadania e globalização**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Formulário a ser aplicado a todos os profissionais da equipe do CAPS.

Identificação

Nome:

Apelido:

Formação:

Ano:

Capacitação específica na área: Sim Não

Nível: residência especialização mestrado doutorado

Tempo de serviço na instituição:

Tipo de vínculo empregatício: Servidor público concursado contrato temporário

Outro. Especifique _____

Regime de trabalho: _____ (horas semanais)

Tempo de atuação na área:

Experiência de atuação profissional em outra instituição: Sim Não

Qual:

Tempo:

Principais perguntas

- 1) A área física do Caps é suficiente para o atendimento da demanda? Sim Não
- 2) As instalações são adequadas para a realização das atividades propostas? Sim Não
- 3) Os equipamentos disponíveis são suficientes? Sim Não
- 4) Estão em bom estado de utilização? Sim Não
- 5) Os materiais disponíveis são suficientes? Sim Não
- 6) Existem dificuldades na realização das atividades do Caps Sim Não. Em caso de resposta afirmativa, especifique as cinco principais? _____

- 7) O trabalho é realizado em equipe? () Sim () Não.
- 8) Existe algum tipo de supervisão de equipe ou outro recurso para acompanhar e discutir as questões do trabalho em equipe? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual?

- 9) Participa ou já participou de capacitação específica para atuar no Caps? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual? _____
- 10) Durante o tempo em que está trabalhando na instituição houve algum treinamento ou capacitação? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quando? _____(ano). De quantas horas? _____. Organizado por quem? _____
- 11) Na sua opinião, existe interdisciplinaridade no trabalho no Caps? () Sim () Não
- 12) Você conhece a política de saúde mental? () Sim () Não.
- 13) No Caps, existe disponibilidade de material didático e documentos sobre a política de saúde mental? () Sim () Não.
- 14) Existe planejamento e avaliação das ações do Caps? () Sim () Não
- 15) Existe projeto terapêutico de trabalho da instituição? () Sim () Não. Em caso afirmativo, foi planejado em equipe? () Sim () Não.
- 16) O serviço adota projeto terapêutico individualizado? () Sim () Não.
- 17) O usuário participa do planejamento do seu tratamento? () Sim () Não.
- 18) Existe atendimento familiar? () Sim () Não.
- 19) Existem ações intersetoriais do Caps e outras instituições que envolvam: educação, trabalho, esporte, cultura e lazer? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quais?

- 20) Existe relação do Caps com a rede básica de saúde municipal? () Sim () Não.
Que tipo? _____
- 21) O Caps realiza algum trabalho de educação permanente (capacitação e supervisão) sobre saúde mental em cooperação com as equipes de atenção básica? () Sim () Não.
Que tipo? _____

Outras observações:

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Entrevista a ser realizada com os profissionais da equipe do CAPS, segundo o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de nível superior entre as existentes na unidade. Em caso de mais de um profissional na área será realizado sorteio.

Identificação

Nome:

Apelido:

Temas e principais perguntas

1 Estrutura e recursos financeiros

- 1) Qual conhecimento possui sobre o repasse dos recursos financeiros para o Caps?
- 2) Conhece a forma de financiamento do serviço? O que você acha?
- 3) Como são administrados os recursos repassados? Existe planejamento?
- 4) Na sua opinião, a descentralização administrativa dos recursos possibilita o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do Caps? Quais as vantagens e desvantagens identifica?
- 5) Na sua opinião, os recursos repassados (gerados pelo serviço) são suficientes para realizar as atividades do Caps? Em caso de resposta negativa, quais atividades ficam prejudicadas e/ou poderiam ser realizadas se houvessem recursos?
- 6) Existem dificuldades no funcionamento do Caps com relação a falta de recursos financeiros? Quais identifica?

2 Recursos humanos e projeto terapêutico

- 1) Quais dificuldades identifica no trabalho em equipe no Caps?
- 2) Na sua opinião, quais vantagens o trabalho em equipe possibilita?
- 3) Considera importante a capacitação específica em saúde mental para atuar no Caps? Fale sobre.

- 4) Na sua opinião, qual a importância da interdisciplinaridade no atendimento ao usuário de saúde mental?
- 5) Considera importante conhecer sobre a política de saúde mental, seus princípios, sua estrutura e organização para o trabalho do Caps?
- 6) Como acontece o planejamento e a avaliação das ações do Caps?
- 7) Na sua opinião, em relação ao atendimento nas instituições tradicionais/asilares (hospitais psiquiátricos), como é o atendimento ao usuário no Caps?

3 Participação do usuário e da família no tratamento

- 1) Como é pensado o projeto terapêutico de tratamento do usuário?
- 2) Como o usuário participa do planejamento do seu tratamento?
- 3) Quais as formas criadas para oportunizar a participação do usuário no planejamento do seu tratamento?
- 4) A família participa do tratamento? Em caso de resposta afirmativa, de que forma? Em caso de resposta negativa, por quê?
- 5) Quais as formas criadas para oportunizar a participação da família no tratamento?
- 6) Quais dificuldades identifica com relação a realização do atendimento familiar?
- 7) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção familiar do portador de transtornos mentais?
- 8) Qual o papel dos usuários (ou da associação de usuários e familiares) no planejamento das ações do Caps?
- 9) Na sua opinião, qual a importância das associações de usuários e familiares para o tratamento do portador de transtornos mentais e para os serviços de saúde mental?

4 Inserção social

- 1) Na sua opinião, as práticas assistenciais realizadas no Caps encaminham-se na direção da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial?
- 2) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção social do portador de transtornos mentais?
- 3) Quais avanços e conquistas identifica com relação a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais?
- 4) Na sua opinião, o atendimento no Caps possibilita ao usuário a construção da sua autonomia? Como?

- 5) Na sua opinião, a organização atual dos serviços de saúde mental (da política de saúde mental) favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais? Qual a importância do caps nesse contexto?

5 Integração com a rede municipal de assistência em saúde

- 1) Qual a relação do Caps com a(s) equipe(s) de Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência?
- 2) O Caps tem controle das internações psiquiátricas no seu território? Em caso afirmativo, como ocorre este controle?
- 3) Na sua opinião, qual o lugar que o Caps ocupa na rede de atenção em saúde? Constitui-se no serviço que regula a porta de entrada para o atendimento em saúde mental?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este instrumento tem a intenção de obter o seu consentimento por escrito para participar do estudo “A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis”, durante o período de 01 a 31 de março de 2006, com o intuito de contribuir para o levantamento de dados para a elaboração do referido trabalho.

O estudo tem como objetivo geral analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Ao propormos a presente pesquisa esperamos contribuir com a produção de conhecimentos e saberes sobre as novas práticas de atenção e cuidado ao portador de transtornos mentais.

Os relatos obtidos serão confidenciais e, portanto, não será utilizado o nome dos participantes em nenhum momento, garantindo sempre o sigilo da pesquisa e os preceitos éticos da profissão. Os depoimentos serão referenciados pelo apelido a ser escolhido pelo próprio entrevistado

Certa de sua colaboração, agradeço sua disponibilidade em participar do estudo.

Eu _____,
consinto em participar desta pesquisa, desde que respeitadas as respectivas proposições contidas neste termo.

Florianópolis, março de 2006.

Assinatura do entrevistado.

ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

FERNANDA SCALZAVARA

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Serviço Social** - Área de concentração: Serviço Social, Direitos Humanos e Questão Social.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ivete Simionatto.

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de **Mestre em Serviço Social**, e aprovada na sua forma final, em 31/7/2006, atendendo as normas vigentes no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e na Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof^a Dr^a Catarina Maria Schmickler
Coordenadora do PPGSS/UFSC

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Ivete Simionatto, Dr^a.
Departamento de Serviço Social/UFSC
Presidente

Prof^o Walter Ferreira de Oliveira, Ph.D.
Departamento de Saúde Pública/UFSC
Membro

Prof^o Jonas Salomão Spricigo, Dr.
Departamento de Enfermagem/UFSC
Membro

Prof^o Mário Teixeira, Dr.
Departamento de Clínica Médica/UFSC
Membro Suplente

*Aos profissionais e aos usuários do CAPS
Ponta do Coral de Florianópolis.*

AGRADECIMENTOS

Desejo expressar meus sinceros agradecimentos aos profissionais do CAPS Ponta do Coral, pela receptividade, atenção, acolhimento e colaboração na fase mais importante desta pesquisa, assim como pela consideração ao meu trabalho profissional. Também, aos usuários desta unidade de serviço, pela forma carinhosa e acolhedora com que sempre me receberam.

À professora Ivete Simionatto por ter aceitado a orientação do trabalho; agradeço a oportunidade de poder ter desenvolvido a pesquisa de meu interesse e desejo profissional.

Aos professores Jonas Spricigo e Mário Teixeira pela atenção, disponibilidade e colaboração, essenciais na definição e elaboração do projeto de dissertação. Igualmente, ao professor Walter Ferreira de Oliveira pelas considerações e contribuições no exame de qualificação.

À sempre Mestre, amiga e professora Iliane Kohler, pela relação de ensino-aprendizado humana, saudável, mantida no decorrer de toda a minha vida acadêmica; pelas ajudas concretas nos momentos de dificuldades, pelos conselhos, orientações e *encaminhamentos* necessários nos instantes, nas horas, nas fases de incerteza, insegurança, angústia, desespero.

Aos profissionais Mara Regina de Oliveira e Antônio Heinzen Filho, pelo suporte terapêutico necessário nos últimos anos da minha vida; especialmente por terem me ajudado a transformar as dificuldades, os obstáculos, as conquistas cotidianas no *Mestrado da Vida*.

Às profissionais e amigas Maria Sirene Cordioli e Maria Inês Bernardino, pela relação profissional responsável, ética, competente, que me impulsionou para os estudos na área da saúde mental; pela amizade acolhedora, carinhosa, fraterna, pelas comemorações e pelos momentos de descontração.

Aos meus pais e à minha família, base dos meus valores ético-morais.

Às minhas amigas e aos meus amigos, que de perto ou de longe, acompanham minha trajetória, acreditam e torcem por mim.

Formalmente, agradeço as instituições públicas CAPES e UFSC, através dos programas PROF e PGSS, pelo financiamento da bolsa que permitiu a dedicação profissional integral para a realização deste trabalho.

RESUMO

O presente trabalho tem como objeto de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. Constitui-se como objetivo geral da presente pesquisa analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Os procedimentos metodológicos da pesquisa constaram de: pesquisa empírica na coleta das informações, através de entrevistas semi-estruturadas, gravadas, realizadas com um profissional de cada área de formação de nível superior, dentre as existentes no CAPS, e aplicação de formulário, com questões fechadas, a todos os profissionais que compõem a equipe. As informações coletadas foram sistematizadas e organizadas em itens correspondentes aos eixos que nortearam a coleta dos dados, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde. A análise final foi realizada com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os resultados obtidos nos permitem concluir que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a efetividade e eficácia dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial. De maneira geral, podemos afirmar que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológico, técnico assistencial, político-jurídico, social cultural.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, política de saúde mental, serviços substitutivos.

ABSTRACT

The objective of present work is to study the operationalization of the Psychiatric Reformation in the city of Florianopolis, Brazil, based on one specific institutional model - the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral. The general objective of the present research is to analyze the institutional reality at the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral, Florianopolis, related to the operational process of mental health politics, based on the requirements of the Brazilian Psychiatric Reformation. The research methodological procedures have consisted of: empirical research and data collection, through semi-structured interviews, recorded, realized under the presence and supervision of a professional of each field, plus de existing data from the CAPS, and filled application, with closed questions, to all the professionals who compose the team. The data colleted was systematized and organized in items and events that are surrounded the data collection, which are: financial structure and resources, human resources and therapeutic project, participation of the user and the family in the treatment, social insertion, and integration of the service with the municipal network of assistance in health. The final analysis was based on theoretical production on mental health and the Psychiatric Reformation. The results allowed us to conclude that in scope of management of CAPS, the limited number of studies and the difficulties to transfer and administer them harmed the functioning of the service. The contributing factors were lack of strategic planning and systematic evaluation of actions. The difficulties associated with teamwork compromised the effectiveness and efficacy of the objectives. The absence of a municipal network dedicated to structure and articulate mental health appears as an obstacle to the practice of desinstitutionalization and psychosocial rehabilitation. In general, we can affirm that the changes in the assistance model, directed for Psychiatric Reformation is one of the challenges to the concretization to mental health politics in a new interaction between society and people with psychological illnesses. The operationalizational political difficulties of mental health go through different fronts of performance which constitute the complexity of social processes associated with Reformation in its different dimensions. These dimensions are: theoretic-epistemological, technical assistance, politic-legal and socio-cultural.

Keywords: Psychiatric Reformation, mental health politics, substitute services.

LISTA DE SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
APAC - Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CPASM - Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental
CMS – Conselho Municipal de Saúde
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FNS – Fundo Nacional de Saúde
INAMPS – Instituto Nacional de Aposentadorias e Pensões
IPQ – Instituto de Psiquiatria Catarinense
MS – Ministério da Saúde
MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS – Organização Mundial para a Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF - Programa de Saúde da Família
RP – Reforma Psiquiátrica
SIH - Sistema de Informação Hospitalar
SAI – Sistema de Informação Ambulatorial
SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
SUS – Sistema Único de Saúde
TR – Terapeuta de Referência
ULS – Unidade Local de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Procedimentos metodológicos	18
2 REFORMA PSIQUIÁTRICA	222
2.1 O Modo Psicossocial	26
2.1.2 Atenção Psicossocial.....	28
2.2 Desinstitucionalização	30
2.3 Reabilitação psicossocial	32
3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA	344
3.1 Estrutura e recursos financeiros	344
3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico	45
3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental	46
3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário	51
3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações.....	59
3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento.....	65
3.3 Participação do usuário e da família no tratamento	69
3.3.1 Planejamento terapêutico individual.....	70
3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral.....	72
3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares	81
3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia.....	88
3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental.....	96
3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica	106
3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde...	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
REFERÊNCIAS.....	125
APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS.....	130
ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica.....	136

1 INTRODUÇÃO

O processo de mobilização, organização e luta pela Reforma Psiquiátrica brasileira origina-se no contexto dos movimentos sociais, no período de redemocratização do país (décadas de 1970/1980), e tem como base os pressupostos da Reforma Sanitária brasileira e da Psiquiatria Democrática italiana. Tal movimento esteve direcionado no sentido da crítica e desconstrução gradativa da assistência existente, embasada no saber psiquiátrico, que justificava as práticas decorrentes do modelo asilar e, ao mesmo tempo, buscava a construção de propostas de superação deste modelo.

Os anos de luta pela transformação do modelo assistencial tradicional (asilar), centrado na internação hospitalar, culminaram com a criação e regulamentação de leis e portarias relativas à implantação de uma rede de serviços substitutivos a este. A partir da década de 1990 um conjunto de leis, portarias, decretos, resoluções define novas exigências em relação à assistência psiquiátrica prestada aos portadores de transtorno mental¹, incluindo a adequação das condições físicas das instituições de atendimento, a existência de projeto terapêutico, equipe multidisciplinar e outros dispositivos que garantam maior qualidade assistencial.

A Reforma Psiquiátrica é um processo em construção, que envolve tanto a sociedade civil, através dos diferentes os movimentos sociais, os profissionais, os usuários, bem como os órgãos gestores das políticas públicas. Estes são os responsáveis pela operacionalização das ações com relação a mudança de paradigma e prática em saúde mental. Nessa trajetória, aos profissionais cabe exercer o papel de sujeitos e críticos do processo de implantação da Reforma Psiquiátrica; aos gestores da política de saúde compete a decisão política com vistas a assegurar as condições técnicas para a implementação e operacionalização dos serviços de atenção; aos movimentos sociais fica a luta política pela construção social de um outro sentido para lidar com a "loucura" e com o "louco", a partir de uma transformação na relação sociedade/loucura.

¹ Cabe destacar que a expressão “portador de transtorno mental” é adotada neste estudo por acreditar-se que a palavra portador traz em si um caráter mutante. Ou seja, secundariza o transtorno mental e resgata o sujeito envolvido na condição de enfermo, como um ser dinâmico. Por sua vez, o termo transtorno mental traz um caráter psicossociológico, dinâmico, mutável, diferente do termo doença mental, muito embora não seja menos controvertido do que este último (ROSA, 2003, pp. 37-38). E, também, por ser “portador de transtorno mental” a expressão utilizada na linguagem técnica constante na política de saúde mental do Ministério da Saúde.

No curso das transformações operadas na e pela Reforma Psiquiátrica destacamos como marco significativo recente a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM)². Em seu documento conclusivo reafirma-se que as políticas de saúde mental devem respeitar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das leis Federal e estaduais, priorizando a construção da rede de atenção integral em saúde mental. Tais políticas devem ter como pressupostos básicos a inclusão social e a reabilitação psicossocial, estar integradas com outras políticas sociais, como educação, trabalho, lazer, cultura, esporte e habilitação profissional, visando garantir o exercício pleno da cidadania (BRASIL, 2002a).

O mesmo documento ressalta que a reorientação do modelo assistencial deve estar direcionada para concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e de promoção da saúde. Nesse sentido, é fundamental que as novas modalidades assistenciais desenvolvam práticas pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a auto-estima, a autonomia e a cidadania, buscando superar a relação de tutela e reprodução da institucionalização e/ou cronificação (BRASIL, 2002a).

A mudança do modelo assistencial é um dos desafios da Reforma Psiquiátrica. Busca-se, no âmbito da gestão pública, a construção de um novo pacto para transferir os recursos aplicados no modelo hospitalar para uma assistência comunitária. Entretanto, a mudança da lógica de atenção em saúde mental requer, também, uma mudança de paradigma. No bojo dos novos dispositivos de cuidado necessariamente deve estar uma nova ética do cuidar, baseada na premissa básica da autonomia possível e dos direitos humanos dos portadores de sofrimento psíquico. Isso significa considerar que as possibilidades de novas práticas terapêuticas devem caminhar ao lado da preocupação com a mudança das representações simbólicas do “louco” na sociedade, e com a produção de outros saberes.

Na atualidade, todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, bem como a literatura da área, referem-se a desconstrução como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade das ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Tal proposição tem como base a

² Realizada em Brasília, de 11 a 15 de dezembro de 2001. A I Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em 1987 e a II em 1992.

incapacidade da psiquiatria em explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (TORRE; AMARANTE, 2001).

O modelo manicomial tem seu fundamento na noção de que a experiência de sofrimento psíquico diversa (delírio, alucinação) é sinônima de erro. Um dos aspectos mais importantes no processo de transformação radical deste é a superação do conceito de doença. Conforme apontam Torre e Amarante (2001, p.73-85), “não se trata, obviamente, de negar a diversidade da experiência do delírio ou da alucinação, mas de não utilizar o conceito de doença (igual a erro) na relação com o sujeito”. Nesta direção, Rotelli (1990) propõe, no lugar do objeto “doença mental”, o objeto “existência-sofrimento” do sujeito em sua relação com o corpo social.

Segundo Costa-Rosa (et. al., 2003, p. 28), “ao se buscar a superação do saber psiquiátrico, sobretudo do paradigma doença-cura, procurou-se romper com práticas identificadas com o modelo clínico, por considerá-las ineficazes, segregadoras”. Busca-se no modo psicossocial estabelecer-se “a construção de uma relação de contrato com o sujeito que substitua a relação de tutela instaurada pela psiquiatria” (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 73-85). Como oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar surge, no contexto da Reforma Psiquiátrica, a atenção psicossocial como paradigma do modo psicossocial.

A origem das práticas de atenção psicossocial, como designação de experiências significativas no contexto da saúde mental, está relacionada às contribuições das diferentes experiências históricas de reforma, que incluem as Comunidades Terapêuticas e a Antipsiquiatria, na Inglaterra, a Psicoterapia Institucional, na França, a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, nos Estados Unidos e a Psiquiatria Democrática, na Itália³. No caso brasileiro somam-se as contribuições das políticas públicas e das experiências locais pioneiras dos centros e núcleos de atenção psicossocial, em Santos, São Paulo.

O modelo psicossocial vem ganhando elementos tanto em termos teórico e técnico quanto ideológicos e éticos, aptos a constituírem um novo paradigma para as práticas em saúde mental, capaz de substituir o paradigma psiquiátrico que ainda é dominante. Costa-Rosa (et al., 2003, p.31), observa que de modo geral os elementos teóricos subjacentes a essas experiências passam principalmente pelas idéias sociológicas e psicológicas, pelo materialismo histórico, pela psicanálise e pela filosofia da diferença. Nesse sentido, é importante indicar que o lugar social da saúde mental é um lugar de

³ Estudos sobre estas experiências encontram-se em DESVIAT (1999); ROTELLI (2001).

conflito, confronto e contradição. Entender a saúde mental dessa forma implica em reconhecê-la como expressão e resultante de relações e situações sociais concretas. “Por qualquer perspectiva que se olhe, tratar-se-á sempre de um eterno confronto: pulsações de vida/pulsações mortíferas; inclusão/exclusão; tolerância/intolerância” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p. 29).

A operacionalização da Reforma Psiquiátrica, através da implantação da rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, territorializados e integrados à rede de saúde, tem sido uma construção lenta e difícil, perpassada por interesses políticos e econômicos. Muitas vezes são privilegiados procedimentos técnico-burocráticos, assistenciais, em prejuízo de um serviço que tenha como foco o tratamento da pessoa humana na sua dimensão integral. Por outras, a Reforma Psiquiátrica é entendida como sinônimo de reestruturação de serviços; introdução ou modernização de novas tecnologias de tratamento e cuidado; promulgação de uma nova legislação. Em geral, os problemas passam pela tendência de tornar a Reforma a implantação de centros de atenção psicossocial, de forma a banalizar o serviço, fazendo com que estes sejam uma extensão do hospital psiquiátrico (AMARANTE, 2005).

Não obstante, a transformação do modelo de atenção tradicional requer a construção de uma rede de atendimento ampla, com serviços diversificados e complementares, substitutivos das práticas asilares. O modelo substitutivo não significa alternativo, paralelo, complementar ou intermediário do sistema tradicional. Trata-se de um serviço forte, que comporta uma estrutura complexa em que o sentido das práticas deve ser alterado do “eixo da clínica” para o “eixo da cidadania”. Isso significa olhar para a pessoa-sujeito e não unicamente para a doença (AMARANTE, 2005).

Pensar a mudança do paradigma teórico-conceitual clássico significa provocar uma transformação na cultura da forma tradicional de ver e lidar com a loucura, buscar a construção de um outro lugar social para a loucura e a doença mental, a partir de uma transformação das relações sociedade-loucura/doença mental.

Nesse processo, os centros de atenção psicossocial (CAPS) constituem-se no “braço” do modelo psicossocial. Tornam-se serviços privilegiados para o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial e dispositivos estratégicos para a mudança da atenção em saúde mental.

De acordo com as normatizações do Ministério da Saúde, são atribuições dos CAPS: organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; prestar atendimento em regime de atenção diária; oferecer cuidado clínico eficiente e personalizado; realizar a

dispensação de medicamentos; acompanhar usuários que moram em residências terapêuticas; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, assessorando o trabalho dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território ou área de abrangência (BRASIL, 2004).

No sentido de favorecer o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, bem como estimular a mudança da lógica de ver e lidar com a “doença” e o “doente mental”, o direcionamento da Política Nacional de Saúde Mental preconiza que os projetos terapêuticos dos CAPS podem ultrapassar a estrutura física da unidade, em busca da rede de suporte social comunitária. O atendimento prestado deve ser através de projeto terapêutico individualizado, construído conjuntamente com o usuário. A preocupação principal não deve ser o estabelecimento de um diagnóstico clínico, mas sim o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2004).

Com base no exposto, a presente dissertação de mestrado tem como recorte de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - O Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. A escolha deste CAPS deve-se ao fato de ser este um serviço público de atendimento diário a portadores de transtornos mentais adultos, único nesta modalidade no município. A população de Florianópolis conta com outros dois centros de atenção psicossocial, um para atendimento de crianças e adolescentes (CAPSi) e outro para atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (CAPSad).

O CAPS Ponta do Coral constitui-se no principal serviço de atendimento extra-hospitalar na realidade local, desempenhando um papel central na assistência a portadores de transtornos mentais graves. A rede municipal de atenção em saúde mental é incipiente, com poucos recursos e o CAPS enfrenta diversas dificuldades na realização de suas atividades, concentrando uma demanda de atendimento superior a sua capacidade.

Destacamos a relevância deste estudo na medida em que está em curso no país uma reforma nos serviços de assistência em saúde mental, em que a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos pelo cuidado comunitário/ambulatorial tem sido a

diretriz básica para a reorganização da política de saúde mental, desde o nível federal aos níveis estadual e municipal.

A reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

O processo de reestruturação dos serviços de saúde mental está baseado na organização de uma rede comunitária de cuidados. Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esportes etc), culturais, religiosos e de lazer são convocados para potencializar as equipes de saúde na tarefa de realizar ações de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004).

Fazem parte desta rede de serviços de saúde mental os centros de atenção psicossocial, os núcleos de atenção psicossocial (NAPS), os serviços residenciais terapêuticos (SRTs), os hospitais gerais, os centros locais de saúde, as equipes de saúde da família e agente comunitários de saúde, entre outros. Particularmente, neste trabalho, nos interessamos por estudar os CAPS por estes assumirem um papel central na organização da rede, constituindo-se em serviços de atenção que “almejam à outra lógica, outra fundamentação teórica-técnica e outra ética, que não mais a do paradigma psiquiátrico” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.19).

Os CAPS foram criados para serem substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos, oferecendo atendimento em saúde mental à população de sua área de abrangência. São atendidas pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, incluindo aquelas que apresentam transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e crianças e adolescentes. As práticas realizadas neste tipo de serviço devem caracterizar-se por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro, na comunidade.

Oficialmente os CAPS foram instituídos pela Portaria GM/MS N°224/1992 e definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam uma população adscrita definida pelo nível local e oferecem atendimento de cuidados intermediários entre

o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (BRASIL, 2002b).

Atualmente, os CAPS são regulamentados pela Portaria GM/MS N° 336/2002 e integram a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta portaria estabelece critérios de porte/complexidade e abrangência populacional aos CAPS, classificando-os nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad⁴. A classificação dos diversos tipos de CAPS difere, basicamente, quanto ao tamanho da população pela qual se responsabilizam e quanto ao regime de funcionamento.

Os profissionais que trabalham nos CAPS integram uma equipe multiprofissional. São técnicos de nível superior e nível médio, de diferentes áreas de formação. Os profissionais de nível superior são médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física entre outros necessários para as atividades oferecidas, de acordo com o projeto terapêutico do CAPS. Os profissionais de nível médio podem ser técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores, artesãos, profissionais de limpeza e cozinha (BRASIL, 2004).

As equipes técnicas possuem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. Cabe aos profissionais a tarefa de organizar-se para realizar o acolhimento dos usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, realizar as atividades de reabilitação psicossocial, equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas.

Ao considerarmos as práticas em saúde mental de um centro de atenção psicossocial nosso objeto de estudo estamos entendemos que é a partir delas que a mudança de paradigma se torna possível, haja vista que a estruturação de uma rede de

⁴ O CAPS I tem capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e deve funcionar das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira; o CAPS II atende municípios com população entre 70.000 e 200.000, deve funcionar das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas; o CAPS III atende municípios com população acima de 200.000 habitantes, funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana. Já os CAPSi e os CAPSad possuem características diferenciadas dos demais. O CAPSi é referência para municípios com população acima de 200.000 habitantes e constitui-se em um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período até 21 horas. Os CAPSad destinam-se a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. É indicado em municípios com população acima de 100.000 habitantes, funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas (BRASIL, 2002b).

novos serviços de saúde mental não constitui por si só uma ruptura com o paradigma das práticas asilares, da segregação e da tutela do portador de transtorno mental. Contudo, sabemos que analisar uma realidade institucional é uma tarefa difícil, principalmente quando nos propomos olhar esta realidade em movimento, permeada de contradições e como fruto de um processo sócio-histórico.

Nesse sentido, elegemos como sujeitos informantes os profissionais que atuam no Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, por entendermos que a eles cabe a tarefa de realizar as atividades institucionais cotidianas. Esses profissionais integram uma equipe multiprofissional e assumem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. A nosso ver, constituem-se atores sociais centrais no processo de implementação e operacionalização da Reforma Psiquiátrica na realidade local.

Com isso queremos destacar que os profissionais de saúde mental exercem um papel relevante para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, seja como partícipes dos movimentos sociais, como gestores da política de saúde mental e/ou como trabalhadores (técnicos) nos serviços de assistência. Particularmente, aos profissionais dos CAPS cabe o compromisso de operacionalizar a mudança da lógica da assistência, na medida que estão atuando em um serviço considerado um dispositivo estratégico da rede de assistência em saúde mental. Esses profissionais estão diretamente ligados aos usuários do serviço e a implementação da política de saúde mental, função que os coloca na linha de frente de um cenário novo que vem passando por formulações e reformulações nos campos “político-jurídico, técnico-assistencial, epistemológico e sociocultural” (AMARANTE, 2003).

Torna-se pertinente ressaltar que o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) teve forte influência nos avanços ocorridos na mudança da assistência psiquiátrica. Constituído inicialmente de técnicos de saúde mental buscava a melhoria da assistência psiquiátrica e denunciava a situação precária dos manicômios. O MTSM posicionou-se em relação à assistência prestada, politizou a questão da Reforma, construiu uma linha de pensamento crítica no campo da saúde mental. Organizados, os trabalhadores criaram fóruns de discussões locais de caráter técnico e político e defenderam as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Posteriormente, o movimento ampliou-se no sentido de ultrapassar sua natureza técnico-científica, organizou sua estrutura administrativa como fórum nacional e passou a ser designado Movimento da Luta Antimanicomial, tornando-se um movimento social que passou a englobar várias entidades como associações de usuários

e familiares⁵, ONGs, entre outras (AMARANTE, 1994, 1995a; SOUZA, 2001; VASCONCELOS, 2000b, 2004).

Assim, nos parece certo que os profissionais de saúde mental são atores sociais influentes na efetivação da Reforma Psiquiátrica. Razões significativas para pesquisar e valorizar suas experiências e opiniões, na medida em que seus relatos podem indicar como vem se realizando no dia-a-dia a Reforma, bem como contribuir para a construção de novas práticas e a produção de novos saberes. E, entendemos como Foucault, que os saberes não são apenas conhecimentos acadêmicos, produções que se autodenominam científicas. Os saberes também estão onde são produzidos, pois sempre criam visões de mundo, produzem histórias e História.

Dessa forma, a presente pesquisa tem a finalidade específica de contribuir para a análise das práticas locais de saúde mental, a partir do estudo da realidade vivenciada no CAPS de Florianópolis e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Lembramos, ainda, que neste ano de 2006 o CAPS Ponta do Coral completa dez anos de atividades, fato que nos leva a destacar a importância de um estudo que identifique as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação deste serviço. No geral, busca-se fornecer subsídios para os avanços nas políticas de saúde mental e contribuir para a produção de conhecimentos sobre a realidade da prática das políticas públicas de saúde mental. Para tanto, elegemos como eixos de estudo e análise cinco pontos, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social e integração com a rede municipal de assistência em saúde.

Constitui-se como objetivo geral do presente estudo a análise da realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Para alcançarmos este definimos como objetivos específicos: 1) caracterizar a estrutura e os recursos financeiros disponibilizados

⁵ Cabe registrar que no campo da saúde mental encontram-se associações de composição variada. Há associações de usuários; associações de familiares; associações de usuários e familiares; associações de usuários, familiares e técnicos; associações de usuários e técnicos; e associações de técnicos e familiares. Em sua maior parte, o processo organizativo das associações é conduzido por elementos de constituição de laços de solidariedade e ajuda mútua. Contudo, existem associações que são favoráveis à agenda de inovações da assistência colocada pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e, outras, que se caracterizam como uma comunidade de veto em relação à mesma agenda (SOUZA, 2001).

e sua adequação às atividades do Caps; 2) conhecer as práticas assistenciais desenvolvidas pelo CAPS com relação ao projeto terapêutico e como se organiza o trabalho da equipe técnica; 3) identificar como ocorrem as práticas institucionais de participação do usuário e da família no tratamento e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica; 4) identificar se existem e quais são as ações institucionais, intersetoriais e/ou outras criadas com relação a inserção social do portador de transtornos mentais; 5) descrever e analisar a relação existente entre o CAPS e a rede municipal de assistência em saúde com relação a operacionalização da política de saúde mental e do SUS; 6) identificar quais as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação do CAPS, pontos positivos e negativos.

1.1 Procedimentos metodológicos

Para operacionalizar os objetivos do nosso estudo foi realizada uma pesquisa de caráter qualitativo, do tipo estudo de caso. Segundo Minayo (1994), a pesquisa qualitativa, nas ciências sociais, responde a questões particulares, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Isso significa considerar que trabalhamos com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que correspondem a pontos mais profundos das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser quantificáveis. E, segundo Chizzotti (2003, p. 104), em geral, a pesquisa qualitativa objetiva provocar o esclarecimento de uma situação para uma tomada de consciência pelos próprios pesquisados dos seus problemas e das condições que os geram, a fim de elaborar meios e estratégias de resolvê-los.

Dentre os tipos de pesquisa qualitativa, o estudo de caso talvez seja um dos mais relevantes. É uma modalidade que propicia retratar uma realidade de forma ampla e profunda, de forma a revelar a multiplicidade de dimensões presentes numa determinada situação e contextualizar o objeto para melhor compreendê-lo (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Nesta forma de estudo, o caso é tomado como unidade significativa do todo porque tanto retrata uma determinada realidade quanto revela a multiplicidade de aspectos globais presentes em uma dada situação (CHIZZOTTI, 2003). A principal função do estudo de caso é a explicação sistemática de fatos que ocorrem no contexto social e geralmente se

relacionam com uma multiplicidade de variáveis. Essa técnica caracteriza-se por ser um estudo intensivo, o qual deve considerar a compreensão geral do assunto investigado (FACHINI, 2001).

O local escolhido para a realização do estudo, o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, é um serviço público, municipal, cadastrado na modalidade CAPS II, situado à rua Rui Barbosa, 713 (fundos), no bairro Agrônômica, Florianópolis/SC. CAPS Ponta do Coral funciona das 8h às 18hs e atende uma demanda média diária de 40 usuários. O serviço foi criado em março de 1996 e funciona neste endereço desde o mês de dezembro do mesmo ano⁶.

A principal fonte de informação da presente pesquisa constituiu-se das falas dos profissionais, de formação de nível superior, e, no resultado do formulário aplicado a todos os membros da equipe do CAPS Ponta do Coral. Utilizamos para a coleta de informações a entrevista semi-estruturada, gravada, com questões abertas, e a aplicação de formulário com questões fechadas (Apêndices A e B). As entrevistas foram orientadas por um roteiro com perguntas estruturadas e agrupadas em cinco blocos correspondentes aos eixos de estudo da pesquisa. De acordo com Trivinos (1987), a entrevista semi-estruturada geralmente parte de certos questionamentos básicos, de perguntas fundamentais derivadas da teoria que é adotada para a pesquisa e de informações que o pesquisador possui sobre o tema a ser pesquisado.

Na pesquisa qualitativa, a entrevista é uma das técnicas mais utilizadas na coleta do material empírico. No tipo de estudo escolhido, foi possível perceber que a entrevista constituiu-se na ferramenta capaz de possibilitar a obtenção de dados mais profundos da realidade, os quais só podem ser obtidos com a contribuição dos sujeitos envolvidos.

O trabalho empírico para coleta dos dados e das informações na Instituição foi realizado entre a segunda quinzena do mês de março e a primeira quinzena do mês de abril de 2006 (16/3/2006 a 13/4/2006). A coleta teve início após a apresentação e solicitação de autorização para a realização da pesquisa à coordenação da Instituição. O projeto foi encaminhado à Comissão de Ensino e Pesquisa do CAPS II Ponta do Coral e à Direção de

⁶ A implantação do serviço foi efetivada em 25/3/1996, ficando instalado, provisoriamente, junto ao Centro de Saúde II do Centro de Florianópolis (atual ULS Centro), na Avenida Rio Branco. Em dezembro do mesmo ano foi transferido para o atual endereço, passando a ser chamado NAPS Ponta do Coral. Seu credenciamento no Ministério da Saúde aconteceu ao longo do ano de 1997. Em 2002, a Portaria GM n° 336 regulamentou a denominação dos antigos NAPS para CAPS (STUANI, 2005).

Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis para parecer. Mediante o parecer favorável (Anexo A) das referidas instâncias, foi realizada, em reunião de equipe, a apresentação do projeto aos profissionais do CAPS Ponta do Coral. Concluída esta etapa, foi realizada a entrevista pré-teste. A escolha do profissional observou os critérios constantes da metodologia do projeto. A entrevistada foi uma profissional da área da psicologia (área que tem mais de um profissional no CAPS) que tinha disponibilidade para a realização da entrevista na data escolhida. A partir desta entrevista, foram realizadas pequenas alterações no roteiro, com vistas a agrupar algumas perguntas, no sentido de diminuir o tempo necessário à efetivação da mesma. A referida entrevista teve a duração aproximada de uma hora e vinte minutos, acrescida de mais quinze minutos para a aplicação do formulário, totalizando uma hora e trinta e cinco minutos.

No total, foram realizadas seis entrevistas e aplicados doze formulários, de acordo com a metodologia estabelecida, a qual privilegiou, para a entrevista, o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de ensino superior, dentre as existentes no CAPS Ponta do Coral, quais sejam: psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Os formulários foram aplicados a todos os profissionais de formação de nível superior e de formação de nível médio. Foi necessário realizar sorteio do profissional a ser entrevistado apenas com relação a área da psicologia, por esta ter quatro profissionais atuando na equipe do CAPS. Como utilizamos um deles para a realização do pré-teste, participaram do sorteio apenas os outros três. O sorteio foi realizado na presença de outras duas profissionais da equipe.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos profissionais. A aplicação dos formulários foi simultânea e obedeceu ao mesmo critério. No caso de três dos profissionais entrevistados não foi possível realizar a aplicação do formulário no momento da entrevista, a pedido dos mesmos, devido a limitações de tempo. As entrevistas foram gravadas em fitas cassete, com a autorização prévia dos entrevistados, e, posteriormente, as falas foram transcritas.

As informações e os dados coletados foram sistematizados e classificados, de acordo com os eixos de pesquisa, e posteriormente analisados com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os dados originados dos formulários foram analisados e tratados descritivamente, ou seja, reduzidos a termos descritivos. Para efeito de padronização e de comparação foi adotado o método da porcentagem.

A análise final, que, segundo Minayo (1994), corresponde a um movimento contínuo entre o empírico e o teórico e vice-versa para fazer do caos aparente das

informações revelações da sua especificidade, foi construída pela síntese das informações coletadas em cada eixo de estudo, previamente definidos.

As questões éticas foram consideradas em todas as etapas do estudo, especialmente, na relação com os entrevistados, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) e dentro do que determina a Resolução N° 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde e o Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina. Os profissionais foram informados e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa quando da apresentação do projeto em reunião de equipe e individualmente antes da realização da entrevista. Foi preservado o anonimato dos entrevistado ao se utilizar codinomes para referenciar as falas no trabalho, destacando-se que os mesmos escolheram livremente seu próprio apelido quando da realização da entrevista. Apenas uma das entrevistadas optou por deixar a cargo da pesquisadora a escolha do codinome.

O trabalho que ora apresentamos está organizado de forma a contemplar, neste primeiro capítulo, a introdução do tema e a metodologia utilizada na pesquisa; no segundo capítulo descrevemos, sistematizadamente, o norte teórico utilizado como referência para a análise dos dados e das informações coletadas; no terceiro capítulo trazemos os resultados e as análises da pesquisa. Ao final, resgatamos os principais tópicos relacionados aos eixos de estudo e expomos nossas considerações finais sobre o tema.

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA

Procuramos expor neste capítulo uma síntese das análises de alguns autores que têm contribuído para o avanço nas discussões sobre a Reforma Psiquiátrica, bem como a definição do que vem a ser este outro modelo de atenção em saúde mental – o Modo Psicossocial, tanto em seus aspectos prático-assistenciais quanto em suas exigências éticas e teóricas, no sentido de construirmos o norte teórico orientador das análises da presente pesquisa.

Todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, na atualidade, bem como a literatura da área estabelecem a categoria teórico-prática “desconstrução” como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade nas ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Reiteram, também, a incapacidade da psiquiatria de explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (BASAGLIA, 1985; ROTELLI, 1990). Neste sentido, a proposta da Reforma Psiquiátrica objetiva criar experiências alternativas ao hospital psiquiátrico e ao modelo de suas práticas, através da extinção desse tipo de instituição e sua substituição por recursos que sejam capazes de rever tanto as concepções do “objeto” quanto dos “meios” e modos da sua intervenção nessa área.

A partir das contribuições colocadas por Fleury (et. al., 1989), com relação ao conceito de Reforma Sanitária como um “processo de transformação estrutural”, e da noção de *processo social complexo* proposta por Rotelli (1990), Paulo Amarante (2003, p.49), define Reforma Psiquiátrica como:

um processo social complexo que se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade.

Nessa concepção, o autor observa que processo indica algo em permanente movimento, que não tem um fim predeterminado, nem um objetivo último ou ótimo. E, a idéia de complexidade é posta não como sinônimo de complicação, mas sim como uma atitude epistemológica no sentido de reabrir a possibilidade de recomplexificação do fenômeno, proposição oposta a naturalização/objetualização da noção de doença. Neste sentido, a doença deixaria de ser reduzida a uma alteração biológica, para tornar-se um

processo de saúde/enfermidade. Em outras palavras, “a doença não é um objeto, mas uma experiência nas vidas de sujeitos distintos” (AMARANTE, 2003, p.53).

Na continuidade de suas análises sobre a Reforma Psiquiátrica Amarante (2000, 2003) designa quatro dimensões para as transformações operadas na e pelas práticas da Reforma, quais sejam: teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural.

A dimensão teórico-conceitual ou epistemológica contempla o conjunto de questões que dizem respeito a produção de conhecimentos e saberes que irão subsidiar as práticas. É uma dimensão que vai desde a reflexão dos conceitos mais fundamentais do campo das ciências até os conceitos produzidos pela psiquiatria: alienação, doença mental, normalidade/anormalidade, terapêutica e cura. Um aspecto muito importante desta dimensão refere-se ao desafio de se repensar as relações entre conhecimento e objeto (AMARANTE, 2003).

Na interpretação de Costa-Rosa (et al., 2003, p. 32), o campo teórico-conceitual pauta-se na desconstrução de conceitos e práticas, sustentados pela psiquiatria e pela psicologia nas suas visões acerca da doença mental. Propõe-se como contrapartida a construção de noções e conceitos como “existência-sofrimento” do sujeito na sua relação com o corpo social, acolhimento, cuidado, emancipação e contratualidade social. Nesse âmbito, pode-se entender que o conceito de existência-sofrimento impulsiona a Reforma Psiquiátrica na direção de uma revolução paradigmática, uma vez que questiona a tão cara relação sujeito-objeto e o próprio paradigma doença-cura. Tal conceito aparece por contraposição ao paradigma doença-cura, expressando a exigência de se dar ao sujeito a centralidade da cena.

Como exemplo desse campo Amarante (2003, p. 50) destaca o processo de desconstrução do conceito de clínica, que deixaria de ser o isolamento terapêutico ou o tratamento moral para tornar-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades; a desconstrução do conceito de doença produzido pela psiquiatria, em que o sujeito, não mais visto como alteridade incompreensível, possibilitará outras formas de conhecimento, que produzirão novas práticas clínicas e sociais.

Cabe destacar que quando um conceito é submetido ao processo de desconstrução é possível supor que as relações entre as pessoas envolvidas também serão transformadas, assim como os serviços, os dispositivos e os espaços. Conseqüentemente, mudam, ainda, os conceitos e as práticas jurídicas que eram adotadas pelos conceitos desconstruídos.

Para Basaglia (1985) e Rotelli (1990), desconstrução está relacionada à noção de *invenção*, de construção do real, de produção da subjetividade, recolocando em discussão a ciência e a psiquiatria. Os autores referem-se a “desconstrução” do dispositivo psiquiátrico e clínico em seus paradigmas fundantes e suas técnicas de poder-saber, entendendo-a como uma ação prática de desmantelamento das incrustações institucionais que cobriam a doença. A desconstrução questiona as bases do dispositivo psiquiátrico, em sua competência para atuar frente à loucura.

Entende-se desconstrução como um processo social complexo, de desmontagem do dispositivo psiquiátrico, que não tem fim, ou não pretende constituir, um modelo ideal, mas sim dar novo significado às relações e colocar questões imanentes às situações-problema. Nesse sentido, é um processo que precisa, por definição, ser reinventado incessantemente, e questionar também o conjunto dos segmentos sociais que deveria ser [...] objeto de uma verdadeira "revolução molecular", quer dizer, de uma re-invenção permanente (GUATTARI, 1992 apud TORRE; AMARANTE, 2001, p. 14).

A dimensão político-jurídica passa pela criação e alterações na legislação com relação aos direitos e a assistência ao portador de transtornos mentais. O âmbito jurídico é decorrente do fato de a psiquiatria ter instituído a noção de relação entre loucura, periculosidade, irracionalidade, incapacidade, irresponsabilidade civil. No plano político luta-se pela extinção dos manicômios e sua substituição por instituições abertas, pela revisão das legislações sanitárias, civil e penal referente a doença mental, para possibilitar o exercício dos direitos à cidadania, ao trabalho e à inclusão social. Importa nessa dimensão rediscutir e redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais (AMARANTE, 2003, p. 53; COSTA-ROSA, et al., 2003, p. 33).

No âmbito da dimensão técnico-assistencial está o modelo assistencial. É nesse campo que, na realidade brasileira, aparecem mais visivelmente as inovações com relação as práticas assistenciais em saúde mental, concomitante a reconstrução dos conceitos. As transformações vêm acontecendo tanto na concepção de novos serviços (CAPS, oficinas terapêuticas e de reintegração sociocultural, cooperativas de trabalho) quanto na sua forma de organização e gestão (instituições abertas com participação e co-gestão com os usuários e a população).

Nos últimos anos têm-se objetivado construir uma rede de novos serviços, concebidos como espaços de sociabilidade, de trocas, em que se enfatiza a produção de saúde como produção de subjetividades. Essas mudanças indicam para uma mudança nas práticas de atenção e tem significado *colocar a doença entre parênteses*, propiciando

contato com o sujeito, rompendo com as práticas disciplinares; aumentando a possibilidade de recuperação do seu estatuto de sujeito de direitos (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 32-33; AMARANTE, 2003, p.51).

A expressão *colocar a doença entre parênteses* é atribuída a Basaglia, significa a suspensão do conceito e implica na possibilidade de novos contatos empíricos com o fenômeno em questão. Para o autor, a psiquiatria colocou o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença como fenômeno da natureza. Assim, Basaglia propõe uma inversão, isto é, colocar a doença entre parênteses para tornar-se possível lidar com o sujeito e não com a doença.

Amarante (2003) chama a atenção para o fato de a atitude epistemológica de colocar a doença entre parênteses não significa a negação da doença no sentido do não se reconhecer que experiências de sofrimento ou diversidade fazem parte da realidade concreta da saúde mental. Nas palavras do autor:

não significa a recusa em aceitar que exista uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar. Significa, isto sim, a recusa a explicação da psiquiatria, para dar conta daquela experiência, como se esta pudesse ser explicada pelo simples fato de ser nomeada como doença. A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia social e política da exclusão, e a ruptura epistemológica com o saber da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para objetivar conhecer a subjetividade (AMARANTE, 2003, p. 56).

A dimensão sociocultural expressa o objetivo maior da Reforma Psiquiátrica, haja vista que pretende transformar o *lugar social* da loucura no imaginário social, transformando as relações entre a sociedade e a loucura. Muito do imaginário social é decorrente da ideologia psiquiátrica que tornou senso comum a relação da loucura à incapacidade do sujeito de estabelecer trocas sociais e simbólicas (AMARANTE, 2003, p. 53).

Para tanto se têm estimulado uma série de práticas sociais visando transformar o imaginário social relacionado a loucura, a doença mental e a anormalidade. Está em processo de mudança a imagem da loucura e do louco, a imagem da instituição e a da relação dos usuários e a população com ela. A intencionalidade passa pela construção de uma imagem das instituições de atendimento como espaços abertos de circulação e pólos de exercício estético, e uma imagem do “louco” como cidadão que deve almejar poder de contratualidade social (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 33).

Pensar a Reforma Psiquiátrica como um processo complexo implica desconstruir, superar conceitos; pensar, refletir sobre as ações no campo da saúde mental e os efeitos de

suas práticas; criar, construir novas práticas e produzir outros saberes. Trata-se, portanto, de um processo contínuo em que os verbos transformar, produzir, desconstruir, desmontar, emancipar, reconstruir devem estar no cotidiano do fazer em saúde mental.

2.1 O Modo Psicossocial

A elaboração das práticas do modo psicossocial é tributária de diferentes movimentos sociais científicos e vários campos teóricos. Sob esse aspecto, Abílio da Costa-Rosa (2000; 2003), busca especificar elementos básicos do novo paradigma traçando um paralelo de análise entre as práticas constitutivas do modo asilar e aquelas exigidas ao modo psicossocial⁷.

As principais características do modo asilar são: ênfase na consideração de determinantes orgânicos nos problemas que se pretende tratar, o que implica que o seu meio básico seja medicamentoso; pouca ou nenhuma consideração da existência do sujeito, o que implica que não se insista na sua mobilização como participante do tratamento. O indivíduo continua sendo visto como doente, tanto em relação à família quanto em um contexto social mais amplo. Daí decorre que a intervenção seja quase exclusivamente centrada nele. As aproximações da família, quando ocorrem, costumam ter caráter apenas pedagógico e assistencial. Dessa consideração do indivíduo como centro do problema, entre outros fatores, decorre também seu isolamento em relação ao meio familiar e social.

Ainda, com relação as práticas assistenciais, no modo asilar, o trabalho é realizado sem que os profissionais se encontrem para conversar sobre a atividade comum. O prontuário é considerado o elo de interconexão entre os profissionais da equipe. Mesmo no caso em que o meio é multiprofissional, a determinação fundamental dos problemas continua, na prática, sendo biológica. Portanto, a eficácia do tratamento espera-se que venha da química. Sua instituição típica continua sendo o hospital psiquiátrico fechado,

⁷ O autor observa que esta análise tem uma dimensão histórica, na medida que inclui uma consideração dos avanços que tem ocorrido nas práticas concretas até o presente; e outra dimensão lógica, visto que decorre da dedução realizada, através do método de análise, das características imprescindíveis a um determinado dispositivo para que ele configure uma lógica contraditória com a dos dispositivos que pretende superar e substituir (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.36).

ainda que nas últimas décadas esse venha sendo alvo de reformas democratizantes, intermitentes e esteja acompanhado de dispositivos chamados extra-asilares.

No modo psicossocial a concepção do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos sustentados para lidar com esse processo requer a desinstitucionalização do paradigma “doença-cura” e sua substituição pelo “existência-sofrimento”, conjuntamente com a configuração de práticas de trabalho transdisciplinares.

Destacam-se como principais exigências ao modo psicossocial: a determinação e consistência psíquica e sociocultural dos problemas, e não orgânica; a desospitalização e a desmedicalização, o que significa desconsiderar a medicação como resposta única ou preponderante e a priori; o exercício da “clínica da escuta e da criação de si”, e não a clínica da observação e da retomada do estado anterior às crises; a horizontalização das relações intrainstitucionais; a participação dos usuários e da população em forma de autogestão e co-gestão; o livre trânsito dos usuários e da população; a ética do reposicionamento do sujeito, que significa reconhecer a implicação subjetiva como forma de singularização e não supressão sintomática.

Os dispositivos institucionais típicos do modo psicossocial são os centros e núcleos de atenção psicossocial, o Hospital-Dia, ambulatórios de saúde mental; equipes multiprofissionais de saúde mental, inseridas em Centros de Saúde; setores para tratamento em saúde mental, inseridos em hospitais gerais. Seus meios básicos de tratamento são a psicoterapia, a laboterapia, as socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural, além da medicação.

É decisiva a importância que se atribui ao sujeito, daí que se insista de maneira fundamental na sua mobilização como participante principal do tratamento. Não se deixa de considerar, por isso, a sua dimensão de indivíduo (orgânico e sócio-cultural). Dá-se ênfase à consideração da pertinência do indivíduo a um grupo familiar e social. Supõe-se que se deve trabalhar também a família e o grupo social como agentes das mudanças buscadas.

Da consideração de que não é o indivíduo o único problemático, sugere-se que se inclua no tratamento também a família e eventualmente um grupo mais ampliado. As formas de participação da família e do grupo ampliado no tratamento são várias e superam, em muito, as posturas assistencial e orientadora, características do modo asilar. As associações de usuários e familiares criadas no modo psicossocial são reflexos dessa nova postura em relação aos usuários.

No modo psicossocial, espera-se que as diferentes possibilidades de ação se estendam desde a continência do indivíduo, durante a crise, até o reconhecimento da implicação familiar e social nos mesmos problemas. Espera-se, portanto, que tanto uns quanto outros possam assumir a parte de seu compromisso na atenção e no apoio. Além disso, dá-se acentuada ênfase à reinserção social do indivíduo, sem perder de vista que, muitas vezes, não é a problemática com a qual ele chegou a responsável pela sua saída da circulação sociocultural.

Quanto às formas de organização institucional, no modo asilar estas são marcadas por estratificações de poder e saber no âmbito do pessoal da instituição, que se transladam para a relação com os usuários e a população, os quais estão excluídos de qualquer participação que não seja a do objeto inerte e o mundo. Já os dispositivos do modo psicossocial tem suas práticas fundamentadas na lógica da Psicoterapia Institucional e da Comunidade Terapêutica e, geralmente, estas são instrumentadas por meio de assembleias de usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental. Participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais no modo psicossocial, por oposição à estratificação e interdição institucionais à heterogestão e à disciplina das especialidades que dominam no modo asilar.

Neste sentido, o autor propõe designar a Atenção Psicossocial como paradigma do modo psicossocial, em oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar.

2.1.2 Atenção Psicossocial

O termo Atenção, no contexto da Reforma Psiquiátrica, assume o conceito de “dar e prestar atenção, acolher, receber com atenção, tomar em consideração, levar em conta e escutar atentamente”. Designa uma parte fundamental do contorno que se pretende imprimir às ações de Atenção Psicossocial nas práticas em saúde mental. Expressa certos princípios relativos, sobretudo, à forma das relações dos agentes institucionais e das próprias instituições como dispositivos, com os sujeitos usuários e suas demandas (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 22).

Já o conceito Psicossocial designa as práticas em Saúde Mental Coletiva que se inscrevem como transição paradigmática da psiquiatria; enquanto que o termo psicossocial

agrega ao 'objeto' das práticas em saúde mental aspectos psíquicos e sociais, e tem a função de designar experiências reformadoras em sentido amplo (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 19).

Segundo o autor, ao somatizar aspectos sociais e psíquicos aos aspectos biológicos do paradigma e do objeto da psiquiatria a Atenção Psicossocial vai promover transformações nas concepções do objeto, nos modos de conceber e estruturar a instituição como dispositivo e, sobretudo, na forma de conceber e estruturar as relações terapêuticas, que tem, por sua vez, implicações éticas radicalmente distintas das práticas asilares.

A Atenção Psicossocial subentende ações diferenciadas das contidas no paradigma asilar e psiquiátrico. Na definição de Costa-Rosa Luzio e Yasui (2003, pp. 34-36):

a Atenção Psicossocial parece configurar um campo capaz de congrega e nomear todo o conjunto das práticas substitutivas ao Modo Asilar, conservando ao mesmo tempo a abertura necessária para a inclusão das inovações que ainda estão se processando e para outras que certamente virão. [...] As práticas de Atenção Psicossocial representam a sedimentação de um vasto conjunto de variações teórico-técnicas e éticas, mais ou menos radicais, conforme o caso, em relação às práticas vigentes e dominantes, que estão no lugar estrutural de sua alteridade necessária.

Os autores argumentam que a Atenção Psicossocial tem sustentado um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas norteadas pela aspiração de substituírem o modo asilar, e algumas vezes o próprio paradigma da psiquiatria. As ações na esfera político-ideológica trabalham em sintonia com os movimentos sociais que lutam pelo resgate da dignidade humana e dos direitos individuais e coletivos de cidadania. As ações teórico-técnicas referem-se à produção de novas formas de intervenção que possibilitem a construção de novos dispositivos que trabalhem pela transformação radical dos modelos institucionalizados e da ética em que se pautam.

Atenção Psicossocial, entendida como paradigma do modo psicossocial, designa concepções contrárias ao modo asilar. Quando referida as políticas públicas de saúde mental aspira a inclusão de aspectos políticos, econômicos, sociais, culturais e outros relacionados com ações que visam a construção de práticas de emancipação para a cidadania. Neste trabalho, se refere ao modelo de atenção em saúde mental que deve nortear as práticas dos serviços substitutivos, especificamente, a dos centros de atenção psicossocial.

Dessa forma, a complexidade e amplitude das práticas de Atenção Psicossocial inclui como seus componentes necessários, os conceitos e as práticas englobadas na desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, a partir de uma perspectiva baseada no aumento da contratualidade social dos usuários das instituições.

2.2 Desinstitucionalização

A desinstitucionalização tem sua origem nas experiências desenvolvidas por Franco Rotelli (1990), na Psiquiatria Democrática italiana. Segundo o autor, o primeiro passo da desinstitucionalização consiste em desmontar a relação problema-solução, renunciando a busca da solução racional (tendencialmente ótima) que no caso da psiquiatria é a normalidade plenamente restabelecida.

“O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de “cura” mas no projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente” (ROTELLI, 1990, p.30). Neste sentido, trata-se de um processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito doente. A desinstitucionalização traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação na qual exista reciprocidade entre sujeitos - uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade.

Nas palavras do autor,

A desinstitucionalização é, sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. [...] Depois de ter descartado a ‘solução-cura’ se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento (ROTELLI, 1990, p.33).

Em sua origem, os pressupostos da desinstitucionalização encaminham-se no sentido da restituição da subjetividade do indivíduo, possibilitando-lhes a recuperação de sua contratualidade, isto é, da posse de recursos para trocas sociais e, por conseguinte, para a cidadania social. Contudo, alguns estudos sobre as mudanças operadas na assistência no

âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira apontam para a compreensão da desinstitucionalização como desospitalização⁸.

Segundo Spricigo (2001), a desinstitucionalização, não correlata da desospitalização, torna-se a um só tempo, processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito adoecido. Traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação em que exista reciprocidade entre sujeitos, uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade. Isso gera a necessidade de invenção de novas modalidades de mediação, não somente médicas, mas principalmente políticas, sociais e culturais.

Sobre esta questão, Amarante (1995b) enfatiza que a mudança desejada na assistência em saúde mental não corresponde simplesmente ao fechamento de hospitais psiquiátricos e o conseqüente abandono das pessoas em suas famílias ou nas ruas, nem no fechamento de leitos para reduzir custos, no sentido do neoliberalismo ou no sentido do enxugamento do Estado. Segundo o autor,

desinstitucionalização não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativo. Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social (AMARANTE, 1995b, p. 491-494).

⁸ Ver SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Série Teses em Enfermagem, n° 42)

Neste sentido, a proposta da desinstitucionalização está centrada em uma mudança completa do paradigma de saber em saúde mental e, do ponto de vista assistencial, na constatação de que o hospital psiquiátrico tradicional é antiterapêutico. Assim, a estratégia de conversão do sistema de cuidado deve partir da substituição do hospital psiquiátrico por um amplo rol de serviços abertos e comunitários, capazes de assistir o usuário desde a crise aguda até às necessidades mais amplas de caráter social. Nestes novos serviços, a reabilitação psicossocial vem se configurando como um lineamento para o desenvolvimento de programas, eticamente responsáveis, no sentido de dar conta da totalidade das demandas que os problemas mentais severos e persistentes requerem.

2.3 Reabilitação psicossocial

Na definição da Organização Mundial de Saúde (1987 apud PITTA, 2001) reabilitação psicossocial é o conjunto de atividade capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários.

Segundo Pitta (2001), a reabilitação psicossocial, no seu sentido instrumental, é representada por um conjunto de meios (programas e serviços) que são desenvolvidos para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes, ou seja, um processo para facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. Tal processo enfatiza as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo e a cada situação de modo personalizado.

Para Saraceno (2001), a reabilitação psicossocial prevê um processo de restituição e reconstrução de direitos políticos legais e sociais para o cidadão. Para tal, projetos de ressocialização devem promover o reconhecimento do portador de transtorno mental.

Para Kinoshita (2001), reabilitar é reconstruir valores, aumentar o poder contratual, criar condições de possibilidade para que um paciente possa, de alguma

maneira, participar do processo de trocas sociais, produzir dispositivos que, desde uma situação de desvalor quase absoluto (pressuposto), possa passar por experimentações, mediações que busquem adjudicar valores aptos para o intercâmbio, ou seja, modificar o pressuposto de desvalor natural para um pressuposto de valor possível proposto, explícito.

O autor considera que reabilitar pode ser entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia. Sendo que, a contratualidade do usuário vai estar, primeiramente, determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Se estes podem usar de seu poder para aumentar o poder do usuário ou não. Depois pela capacidade de se elaborar projetos, isto é, ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida.

Ainda, diretamente ligada a questão da reabilitação de pacientes está a necessidade de se estabelecerem diversificadas redes de relações, as quais melhor capacitariam os indivíduos a compreenderem quais determinações influenciam sua vida cotidiana, ampliando sua autonomia.

O conceito de autonomia aqui referenciado é entendido como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001).

3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Apresentamos, a seguir, os resultados e as análises da pesquisa realizada, a partir dos eixos que nortearam a coleta dos dados e das informações: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde.

3.1 Estrutura e recursos financeiros

O conjunto de serviços substitutivos ao modelo de atenção em saúde mental tradicional (manicomial/asilar), do qual os centros de atenção psicossocial fazem parte, é, atualmente, regulamentado pela Portaria GM/MS N° 336/2002. Esta portaria estabelece portes diferenciados, a partir de critérios populacionais, para abrangência, financiamento e tipo de serviço prestado, de acordo com cada modalidade de CAPS.

Com relação a estrutura física, os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender a sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado. Para tanto, devem estar equipados com consultórios individuais para consultas, entrevistas, terapias, salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitório, sanitários, área externa para oficinas, recreação e esportes (BRASIL, 2004).

Neste aspecto, O CAPS Ponta do Coral tem uma estrutura que compreende um terreno com área física total aproximada de 1.936,00m², destes, aproximadamente 421m² são de área construída. Fazem parte das instalações, uma casa com dois pavimentos, um anexo, utilizado como sala do brechó, área de lazer e estar externa, e estacionamento. O pavimento superior da casa comporta 2 varandas, sala de recepção, sala de espera, 2 áreas de circulação (corredores), sala de administração, 2 consultórios, sendo que no momento um é utilizado como sala administrativa para realização de procedimentos relacionados ao preenchimento das APACs⁹, 2 salas para atividades grupais com WC, sala de depósito de

⁹ Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo.

material, cozinha com despensa, refeitório com churrasqueira, sala ampla (auditório) equipada com multimídia, sala de enfermagem, sala de repouso, e 7 banheiros distribuídos no espaço físico do pavimento superior. No pavimento inferior encontra-se a sala utilizada pela associação de usuários, 2 salas para a realização de oficinas (com passagem de uma para outra), sala com forno, sala de depósito de material e lavanderia¹⁰.

De acordo a pesquisa realizada, 83,3% dos profissionais considera a área física do CAPS suficiente para o atendimento da demanda e 66,7% consideram as instalações adequadas para a realização das atividades propostas; apenas um profissional observou que considera a estrutura do CAPS suficiente desde que as oficinas produtivas sejam realizadas fora da unidade. A mesma porcentagem (66,7%) considera os equipamentos disponíveis suficientes. Neste âmbito, o serviço conta com computador com impressora, aparelho de telefone e fone/faz, televisão, mesas de escritório, cadeiras, quadro branco, maca para atendimento em enfermagem, camas de repouso, fogão industrial, pia, mesas e bancos no refeitório, bancos para estar e descanso, entre outros. Metade dos profissionais respondeu que os equipamentos estão em bom estado de utilização, com ressalvas para salas com pouca ventilação no pavimento inferior.

Já com relação aos materiais de consumo, 91,7%, correspondente a onze dos doze profissionais que responderam ao formulário, consideram que os materiais de consumo não são suficientes. Eles se referem à falta e irregularidade no recebimento de materiais básicos à manutenção do serviço, tais como copo descartável para água, papel higiênico, e, principalmente, material específico para uso nas oficinas terapêuticas e de produtividade. Esta situação pode ser observada nas falas dos profissionais, que identificam as dificuldades no funcionamento do CAPS com relação a falta de recursos materiais e financeiros:

[...] essa falta de recursos é isso que eu te digo, desde a parte administrativa, nós precisamos de papel, carbono, copo pra tomar água, por exemplo, agora nós somos uma Unidade Local de Saúde que não tem copo descartável, já faz quase quinze dias, vinte dias, não tem copo descartável; falta água, aí nós temos que esperar, sendo que é um lugar que transita muitos usuários, eles tomam medicação e precisam tomar água, eles tomam muita água, e acaba não tendo água potável; por exemplo, teve época que faltou papel higiênico, em um serviço onde os usuários chegam fazem lanche, almoçam, fazem lanche da tarde, eles passam o dia aqui, então precisa ter uma estrutura mínima de atendimento (LÉLI, 4/4/2006).

¹⁰ Conforme Planta Baixa da unidade constante no projeto de reforma e ampliação executado em 2003/2004.

[...] a gente tem também o problema de fornecimento de material de consumo já há algum tempo, também desde que essa administração começou (Gestão Municipal e da Secretaria de Saúde), o fornecimento de material de consumo é interrompido, a gente fica sem tinta pra impressora, sem papel, sem papel higiênico...; tem diversos itens desses que são necessários, fazem parte do funcionamento do dia-a-dia do serviço (F, 12/4/2006).

[...] as oficinas terapêuticas e produtivas, requerem um material específico que precisa de dinheiro, e aqui, na política específica do município não tem uma regularização quanto ao repasse desse dinheiro [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

[...] a falta de agilidade no fornecimento das reservas para as oficinas, tudo isso resulta em um prejuízo para o trabalho; ficou quase uns dois meses a oficina fechada por falta de material, por exemplo [...] (P, 17/3/2006).

Outra dificuldade mencionada pelos profissionais no funcionamento do serviço é o vale transporte dos usuários:

[...] o funcionamento em geral fica prejudicado porque na medida em que falta vale transporte o usuário não vem, não consegue se deslocar para vir até aqui, aí interrompe aquele projeto terapêutico que havia sido feito com o usuário [...] (VIK, 24/3/2006).

[...] a questão, por exemplo, da dificuldade que a gente tem aqui: o transporte dos pacientes, a questão do passe, é muito irregular; então, isso reduz a nossa produtividade também, porque os pacientes acabam não vindo. Muitas vezes a gente não pode, por exemplo, contar com aquele paciente que veio para uma entrevista inicial porque ele não tem como estar vindo no curto prazo, então, acho que isso, a questão do custo que é o transporte em Florianópolis, também acaba afetando o nosso trabalho, então, nesse sentido, a falta de regularidade no passe [...] (P, 17/3/2006).

A partir dessa relação entre as diversas necessidades para o funcionamento do serviço é possível perceber que os profissionais assumem como princípio uma concepção de saúde ampliada, na qual não basta somente o atendimento terapêutico. Outros fatores estão interligados e contribuem para que a assistência efetivamente ocorra. Contudo, a concepção e prática setorializada das políticas sociais brasileiras provoca situações dessa natureza, na medida em que não se trabalha a inter-relação entre elas. Esta forma de setorialização das políticas sociais, no entanto, não é característica apenas da realidade brasileira, mas uma “modalidade do Estado burguês” que traduz as expressões da questão social mediante a tipificação das políticas sociais (NETTO, 1992).

Várias iniciativas têm buscado romper com esta perspectiva como a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), que reafirmou a necessidade de se garantir e melhorar o acesso aos bens e serviços da sociedade: prover trabalho, creches, profissionalização, educação, lazer, escolas, habitação, transporte, segurança pública, saneamento básico. Também, destacou ser fundamental enfatizar a questão do transporte urbano acessível aos usuários, a fim de que seja garantido o deslocamento entre os serviços de saúde e sua moradia (BRASIL, 2002a).

Na seqüência da pesquisa realizada, dois entrevistados referiram que a falta e as dificuldades no fornecimento dos recursos materiais necessários estão mais acentuadas na atual gestão administrativa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)¹¹. Foram relacionadas, ainda, como dificuldades, a falta de um carro disponível para o CAPS, a falta de terapeuta ocupacional, de outro médico psiquiatra e outros profissionais de nível médio (auxiliar administrativo, pessoa para limpeza). Outras questões listadas estão relacionadas aos recursos humanos e as necessidades de integração do serviço na política municipal de saúde. Os profissionais relatam a existência de dificuldades de interação da equipe, falta de capacitação, supervisão institucional, falta de apoio institucional, falta de efetivação de uma rede de saúde mental e/ou a existência de uma rede de atenção ainda incipiente, em processo de formação, falta de estrutura para atenção às urgências, dificuldades do gestor em compreender a lógica da saúde mental, salários incompatíveis com as funções.

Os problemas relatados pelos profissionais aparecem diretamente relacionados à insuficiência dos recursos financeiros de custeio do serviço. Todos os entrevistados referiram que os recursos gerados pelo serviço, através das APACs, não são suficientes para a realização das atividades do CAPS. Dentre as atividades prejudicadas, o trabalho nas oficinas foi apontado como o principal, conforme aparece na fala a seguir:

o que requer mais recursos, atualmente, são as oficinas produtivas, por exemplo, houve uma paralisação de muitas das oficinas quando faltou recurso. O recurso não é exatamente suficiente. Eu acho que os R\$ 500,00 por mês é um recurso pequeno [...] acho que o recurso poderia ser maior, pelas necessidades ele acaba sendo reduzido, não é uma coisa que você possa comprar a vontade, assim, é limitado, muitas vezes, a oficina tira de uma pra passar pra outra (P, 17/3/2006).

¹¹ Gestão Municipal 2004/2008; a Gestão da Secretaria de Saúde referida é a de 2004 a abril de 2006 que teve como gestor o vereador Walter da Luz; à época da coleta dos dados empíricos houve mudança do gestor municipal de saúde, assumindo o cargo o ex-secretário estadual de saúde João José Cândido da Silva.

Um dos profissionais apontou como principal atividade prejudicada pela falta de recursos financeiros a questão do território. Segundo este, a falta de recursos interfere no atendimento prestado, no sentido de que não é possível realizar o acompanhamento, a inclusão e avaliação do usuário em seu território. De acordo com este profissional,

o dinheiro do CAPS pode ser melhor gerido se investir no território. Investir no território seria elaborar projetos, ter mais articulação com a associação de moradores, ou seja, com os recursos que o território oferece, e aí precisa aumentar a própria equipe porque vai ter equipes que vão ter que se deslocar do CAPS; vai ter que ter investimento em carro, daí vai ter que ter um motorista, os próprios agentes comunitários tem que ter essa parceria, isso tudo implica em financiamento. [...] como eu sempre digo, território é onde a vida acontece, onde a cultura é produzida, onde as manifestações de vida, elas estão mais visíveis [...], mas investir lá no território, a equipe tem que estar inserida lá, estar toda hora pensando e discutindo [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

De acordo com as recomendações da política do Ministério da Saúde, as ações de saúde mental devem obedecer a um modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas. São ações que envolvem práticas de reabilitação psicossocial, promoção da cidadania, construção da autonomia possível dos usuários no ambiente em que eles vivem, e que necessitam de uma equipe multidisciplinar capaz de trabalhar sobre a ótica da interdisciplinaridade (BRASIL, 2004).

Necessariamente, a mudança de um modelo assistencial requer a análise de sua estrutura de financiamento. Isso significa que as características singulares e diferentes dos CAPS, em relação aos modelos tradicionais de assistenciais, e a complexidade das ações desenvolvidas por estes serviços necessita vir acompanhada de uma mudança na lógica de alocação de recursos financeiros.

Atualmente, o principal órgão financiador dos CAPS é o Ministério da Saúde (MS). Com a publicação da Portaria GM/MS nº 336/2002 os CAPS passam a fazer parte das ações estratégicas do MS. Esses serviços são incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e a remuneração é através do sistema APAC/SIA¹². Baseado na fatura que o prestador de serviços de saúde apresenta ao SUS, correspondente aos seus gastos

¹² A Portaria GM/MS nº 336/2002 descreve os procedimentos objeto de remuneração, classificando-os em intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Para essas três modalidades de atendimento, a Portaria GM/MS nº 189/2002 fixou o número máximo de atendimentos mensais para cada modalidade, de acordo com cada tipo de CAPS, sendo que para cada tipo de procedimento é destinado um valor diferenciado. Nos CAPS II, um procedimento intensivo custa R\$ 25,40; um semi-intensivo, R\$ 16,30; e um não-intensivo, R\$ 14,85 (BRASIL, 2002).

mensais com a produção de atendimentos aos usuários dos CAPS, o Ministério da Saúde repassa, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, o montante equivalente à sua produção. A inovação introduzida por este modelo de pagamento refere-se à fonte de financiamento, ou seja, ao acréscimo de recursos financeiros repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estadual e Municipal de Saúde (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, pp.129-132).

Sobre este aspecto, perguntamos aos entrevistados qual conhecimento possuem sobre o repasse dos recursos financeiros para o CAPS. Na sua maioria, eles referiram saber sobre os recursos originados a partir das APACs, contudo, relataram não saber sobre o controle do uso desse recurso, conforme expresso nas falas relacionadas:

[...] tem o valor, o montante desse valor que é produzido dos atendimentos pagos pelo Ministério (MS), então, tem isso mensal, a gente tem o valor que chegou, somou, vamos dizer assim, esse montante que a gente somou dos atendimentos feitos no mês, isso a gente sabe, porque as APACs são geradas aqui no CAPS, mas o repasse disso via Fundo Municipal, esse controle eu não sei, eu sei do valor que tem que receber mensalmente (VIK, 24/3/2006).

Bom, formalmente, eu desconheço qualquer..., todas as formas de recursos. O dinheiro da produtividade referente as APACs vai para o Fundo Municipal de Saúde e nunca teve prestação de contas disso. Na verdade a gente não sabe qual é o destino que é dado nem quanto vem; tem o nosso levantamento interno da produtividade, mas não sabemos o que é feito desse recurso (F, 12/4/2006).

Alguns profissionais referiram-se ao fato de o município não ter gestão plena do SUS,

Bom, eu tenho algum, pouco do que é repassado, a gente sabe o que foi recolhido, por exemplo, através das APACs, que são os atendimentos feitos aqui, então eu sei quantos atendimentos foram, qual seria o valor que essas APACs dariam, mas eu não sei qual o valor que a gente acaba recebendo, que fica num fundo perdido, no sentido de que é um fundo único por não ser gestão plena (J, 22/3/2006).

O conhecimento que eu possuo é muito irregular e insatisfatório, assim, a relação APAC, por exemplo, o repasse do dinheiro que viria do Ministério da Saúde a gente acaba..., nós não somos gestão plena então vai pra secretaria (municipal) de saúde e ali é passado pra compra de alimento..., enfim, mas nós não temos autonomia sobre esse dinheiro, então, uma vez que você não tem autonomia o teu conhecimento fica restrito. Está na mão da secretaria mesmo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais discorreu detalhadamente sobre a forma como os recursos são gerados e repassados à unidade gestora (SMS), referindo-se que todas as diretrizes sobre financiamento do serviço são preconizadas pelo Ministério da Saúde através de portarias.

Os recursos financeiros do CAPS são obtidos através de APACs, Autorização de Procedimento de Alto Custo; pra se preencher uma APAC é necessário que haja uma organização do serviço em cima de modalidades de atendimento; as modalidades de atendimento podem ser: semi-intensivo, intensivo e não-intensivo, cada um tem um determinado valor em relação a esse procedimento, ou seja, todas as diretrizes em relação a financiamento, o Ministério preconiza isso em portaria, então, os conhecimentos que eu possuo em relação aos recursos financeiros do Caps são os conhecimentos que já estão preconizados em relação ao Ministério da Saúde; essa APAC uma vez preenchida ela é computada, ela é repassada pro governo federal e este repassa o dinheiro fundo a fundo; esse dinheiro vem pro Fundo Municipal de Saúde, e é esse dinheiro que é aplicado na saúde mental pra ter a gestão do serviço [...] aqui acontece da seguinte forma: cada gestor municipal, como a política é municipalizada, eles criam um protocolo, nesse protocolo eles colocam de que forma esse dinheiro pode ser gastado na saúde mental; então, existe um documento no município dizendo, olha na saúde mental você pode gastar tanto com a associação de usuários, tanto pra comprar materiais, tanto pra gastar em vale transporte; então, existe um protocolo dizendo no que você pode gastar esse dinheiro que vem na saúde mental; é um dinheiro que vem do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde; esse dinheiro cai nessa conta e ali existe um acordo de como se gastar; esse dinheiro é manejado pelo gestor municipal de saúde (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme apontam Freire, Ugá e Amarante (2005, pp. 131-133), o modelo de alocação de recursos dos CAPS (sistema de remuneração por APAC) trás contribuições à política nacional de saúde mental ao inserir os CAPS no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) do MS, pois proporciona maiores incentivos financeiros, haja vista a alocação de recursos municipais extra-teto para a manutenção de serviços já existentes e a implantação de novos serviços.

Contudo, os mesmos autores ressaltam que há de se perceber que a lógica da remuneração que o SUS imprime aos CAPS vincula-se, preponderantemente, à doença. Ou seja, as unidades assistenciais do SUS seguem um sistema de remuneração vinculado a um diagnóstico, mais especificamente, a um episódio de doença, internação, contidos na tabela de procedimentos hospitalares (SIH/SUS) ou a ações ambulatoriais, inscritas na tabela de procedimentos ambulatoriais (SIA/SUS). Desta forma, “o sistema de saúde encontra-se, em sua quase totalidade, voltado para a produção de atos vinculados a doença, isto é, atos

curativos, valorizando, em consequência, intervenções predominantemente individuais, que são remuneradas pela venda de procedimentos, diárias e atos médicos-assistenciais de natureza privatizante” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p 133).

Amarante (2003, pp. 62-63) considera que os CAPS, como os serviços integrantes do SUS, também foram capturados pela lógica da *inampização*, ou seja, pela lógica do pagamento por procedimento. Para o autor, “o modelo prevalente dos CAPS é o herdeiro mais autêntico e legítimo da lógica do antigo INAMPS, onde a saúde era reduzida a doença, ao mesmo tempo em que o sistema de saúde era reduzido a assistência médico-curativa”.

Portanto, o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. Pelo contrário, tente a prejudicar a complexidade de ações dos CAPS, na medida em que não é previsto financiamento das diversas relações que podem ser estabelecidas com a comunidade, com as lideranças e associações comunitárias. Tais ações, dentre muitas outras possibilidades de intervenção territorial, “são inerentes a esse tipo de serviço e objetivariam imprimir um processo de transformação cultural nos diversos segmentos da sociedade, no lidar e no acolhimento das pessoas em sofrimento mental” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 135).

Sobre a forma de repasse dos recursos financeiros ao CAPS, os profissionais entrevistados relataram não existir descentralização administrativa. Os recursos chegam ao serviço na forma de materiais. Alguns profissionais observaram que até a gestão administrativa da secretaria municipal de saúde anterior eles tinham acesso a uma verba de R\$ 500,00 que utilizavam na compra de material para as oficinas. A partir da atual gestão esse dinheiro não foi mais repassado. A compra do material passou a ser feita através de orçamento encaminhado à secretaria, que faz o pagamento, e os profissionais retiram os materiais.

Não, a gente não tem acesso a esse recurso diretamente, a gente não é uma unidade que gere o seu recurso; ele vai pra secretaria e a secretaria... por exemplo: toda a compra de... o pagamento dos almoços, lanches, etc.. é a secretaria que faz; a gente não tem autonomia; o único recurso que a gente manuseia são os R\$ 500,00, que vem para as oficinas; isso é dividido, as Oficinas fazem um rateio, cada oficina compra o seu material, mas até parece..., da última compra fui eu que comprei, ela (SMS de Florianópolis) determinou, já colocou a empresa que vai fornecer; não sei se foi mediante licitação, já fez o pagamento direto, a gente só foi lá escolher e pegar os produtos que tinham sido

solicitados; então..., de outras vezes, por exemplo, a gente pegava o cheque ia lá comprava, pagava naquele valor, agora isso não foi feito dessa forma (P, 17/3/2006).

Desde que começou essa administração (Gestão Municipal 2004-2008) acabou esse repasse; então atualmente a única vez que a gente conseguiu material pras oficinas foi através de empenho que a própria secretaria fez..., então, permanece centralizado, a única coisa que a gente teve que fazer foi ir nas lojas fazer orçamento, passar pra secretaria, a secretaria emitiu as notas, e aí a gente foi buscar o material com essas notas, mas não com o dinheiro (F, 12/4/2006).

Não, não existe, porque, na gestão passada (Gestão Municipal 2000-2004) ainda vinha uma verba de dois em dois meses, tipo quinhentos reais pra compra de material pra oficinas; nós comprávamos, apresentávamos as notas e depois eles colocavam o dinheiro; nessa gestão (Gestão Municipal 2004-2008; Gestão da Secretaria de Saúde de 2004 até abril de 2006) não existe nada, então, a pergunta se existe descentralização administrativa dos recursos financeiros, não, não existe (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais referiu-se a descentralização não apenas como repasse de recursos financeiros e funções administrativas, mas como compartilhamento de poder na gestão do serviço.

Essa descentralização, eu estou entendendo como um compartilhamento de poder; não existe esse compartilhamento de poder na hora de gerir os recursos, assim, o CAPS possui CNPJ, mas ele não possui uma conta específica pra vir dinheiro pro CAPS, não existe isso, existe esse acordo que eu te falei, que vem do fundo a fundo e esse dinheiro vai pra saúde mental e o CAPS tem uma vertente pro CAPS, o dinheiro não é só pro CAPS, ela vai pra saúde mental, e aí o CAPS acaba utilizando esse dinheiro, então, quando pergunta sobre a descentralização eu faço a avaliação de que é o compartilhamento de poder, então, não tem isso, é o gestor que acaba se apoderando desse sistema de financeiro, a gente não interfere (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ao considerarmos a questão da descentralização político-administrativa dos recursos financeiros, temos a intenção de destacar que a transferência desta prática às unidades prestadoras de serviços em saúde nos municípios poderia estar favorecendo uma melhor utilização e adequação dos recursos às necessidades reais do serviço, bem como possibilitar maior agilidade na compra dos materiais e viabilizar um processo de gestão democrática e participativa, entre técnicos trabalhadores, usuários e gestores. Essa prática traduz-se, por sua vez, em um exercício político-pedagógico de construção da democracia, objetivando uma atuação com transparência na administração da coisa pública.

Quando questionados sobre se a descentralização financeira dos recursos possibilitaria o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, os

profissionais, na sua maioria, disseram que sim, com algumas ressalvas feitas para a necessidade de mudanças na forma de gestão administrativa do serviço, conforme expresso nas falas que seguem:

Sem dúvida, sim sem dúvida, isso é um equívoco assim porque..., justamente porque a gente não sabe qual é o destino dado a esse dinheiro. A gente acredita que se a gente tivesse mais transparência nesse processo a gente poderia pelo menos priorizar certas coisas que são de fato importante e garantir que elas fossem..., que a gente conseguisse obter essas coisas, enfim, o investimento necessário (F, 12/4/2006).

A melhor utilização sim acho que o planejamento teria que ser anterior, mas sim, acredito que utilizar no sentido até..., porque muitas vezes, como vai para esse Fundo que é pra todos, pra toda a saúde, você acaba sem saber, igual agora, que a gente já tem o dinheiro da supervisão disponível na secretaria, mas não tem como a gente começar amanhã, embora o dinheiro já esteja lá., porquê? porque a gente não sabe como esse dinheiro vai sair e entrar na mão do terapeuta que vai fazer a supervisão da equipe e isso pode demorar um mês, dois meses, vai saber, seria melhor, claro (J, 22/3/2006).

Sim, com certeza, porque nos iríamos sentar e ver as necessidades, por exemplo, esse ano nós ficamos desde o ano passado até um mês atrás sem material nenhum pras oficinas e as oficinas que mais tinham, capitalizavam usuários e não tínhamos material, nós tivemos que suspender as oficinas; então nós sabemos das necessidades, as necessidades dos usuários, quais as oficinas tem mais usuários, pra gente pode administrar e vê onde pode estar investindo (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que sim porque ficaria mais próximo da própria administração do CAPS, porém, ia surgir a necessidade de ter todo um aparato administrativo pra poder gerenciar isso, mas assim, na medida que aqui no CAPS a gente tem uma gestão participativa, em que os usuários estão reunidos semanalmente pra pensar as regras do CAPS, as necessidades do CAPS, enfim, seria mais interessante talvez, esse repasse direto tu quer dizer, é... não sei assim, a princípio..., hoje a gente tem uma estrutura de conselho que prevê o controle social através do Fundo Municipal de Saúde, o Conselho Municipal tem essa ligação também, e aí a gente está lá também, de certa forma representado (VIK, 24/3/2006).

Olha, eu acho que teria que mudar um pouco a nossa dinâmica de funcionamento; não deixa de ter um lado...bom, é uma faca de dois gumes, poderia facilitar a gente fazer um processo mais rápido talvez, não faltaria coisa, porque as vezes faltam coisas básicas, agora, por exemplo, faltam copos, se você tivesse o recurso você ia ali e comprava uns pacotes de copos, não teria essa... essa falha; agora é saber que é mais uma tarefa também que acumularia em termos administrativos, financeiros, quer dizer, não sei se você não está ali também inchando o processo burocrático aqui dentro do CAPS; eu acho que pode ter vantagens, mas pode ter desvantagens; eu teria que pensar melhor, nunca pensei nessa possibilidade; assim, acho que o dinheiro da Oficina, puxa, se a gente tivesse aqui uma verba seria mais fácil, as vezes faltam coisas

pequenas que você não tem como estar repondo aqui, tem que esperar uma nova verba, de repente pra.... (P, 17/3/2006).

Um dos profissionais observou sobre as questões práticas e políticas que envolvem a descentralização no contexto do SUS:

Esse compartilhamento de poder ele só pode ser discutido dentro da lógica do SUS, universalização, integralização, etc., dentro dos preceitos do SUS tem o controle social, essa descentralização só pode ser discutida quando acontece o controle social. Hoje essa descentralização ela tem que ser discutida no Conselho Municipal de Saúde e mais precisamente no conselho gestor dentro do CAPS; agora, porque não ocorre isso? Porque não tem a clareza da necessidade; eu acredito que as pessoas que acabam estando na prática, principalmente no CAPS, se sobrecarregando com as coisas, e acabam não tendo a clareza, ou não querendo assumir mais um encargo trabalhista; então, esse é um dos grandes problemas que existe, a sobrecarga de trabalho, as condições de trabalho, aí você acaba tendo que lutar por tudo isso; isso aí eu vejo que tem muito a ver com a questão da militância, pessoas que já estão, lá na época ou do ensino médio, que já começam ir pros grêmios, depois a pessoa acaba indo pra militância no movimento estudantil, e quando vão pros serviços de saúde são profissionais mais críticos, que acabam tendo essa visão mais ampla da saúde e da política; então, as pessoas que acabam chegando no serviço com um pouco desse ideal de controle social eu diria, acabam questionando mais essa questão da descentralização; voltando a tua pergunta sobre a descentralização financeira, ela poderia sim possibilitar um melhor planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, se houver o controle social dentro dessa descentralização financeira (GIRASSOL, 20/3/2006).

Cabe destacar que a proposta da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, na regionalização e na hierarquização da rede de serviços, constante entre os princípios e diretrizes do SUS, coloca o município como lugar privilegiado para o desenvolvimento de uma política de financiamento das ações em saúde, com critérios transparentes, e que respeite as particularidades da realidade local. O Ministério da Saúde continua a ser a instância que, na administração do Fundo Nacional de Saúde (FNS), acompanha a aplicação dos recursos que são repassados aos estados e municípios. Estes, por sua vez, são obrigados a constituir os seus respectivos fundos de saúde e conselhos estaduais e municipais, elaborar planos de ação e apresentar relatórios de gestão, garantindo também a existência de contrapartida de recursos para a saúde nos seus orçamentos (COSTA, 2002).

Embora a descentralização seja uma prática com vistas a aumentar o poder decisório de aplicação dos recursos na esfera local, esta ainda apresenta muitos problemas, na medida que não consegue alcançar efetividade, dados os impasses de ordem burocrática e administrativa. Por si só a descentralização não garante maior controle social ou uma prática democrática. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada que abarque as especificidades da área da saúde mental.

Nesse sentido, a lógica fundamental da estrutura de financiamento exigida é a de que os recursos financeiros devem ser centrados nas pessoas e não nos serviços. O financiamento deve contemplar todas as ações necessárias e decorrentes da implantação, implementação e sustentação de uma nova política de saúde mental (BRASIL, 2002a). O que deve ser colocado em pauta é a viabilidade de se financiar o CAPS como um todo, envolvendo todas as suas ações e especificidades, permitindo-se que cada serviço tenha flexibilidade para realizar seu trabalho de acordo com as necessidades locais, desvinculando o financiamento da relação de compra e venda de serviços e da noção de doença (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 136).

3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico

Os profissionais que trabalham nos CAPS compõem um grupo de diferentes técnicos de formação de nível superior e nível médio, e integram uma equipe multidisciplinar. Todas as unidades de serviço devem obedecer a exigência da diversidade profissional e cada CAPS tem suas próprias características quanto ao tipo e a quantidade de profissionais. A equipe mínima indicada para os CAPS II é composta por médico psiquiatra, enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior de outras categorias profissionais entre psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro necessário ao projeto terapêutico e seis profissionais de nível médio entre técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).

O papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. As equipes devem organizar-se para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação

psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e poder equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas (BRASIL, 2004).

Neste item nos propomos a descrever e analisar a composição e perfil da equipe técnica do CAPS Ponta do Coral, bem como as dificuldades e facilidades do trabalho em equipe consideradas pelos profissionais, a existência de práticas interdisciplinares no atendimento ao usuário, de projeto terapêutico e planejamento das ações da unidade de serviço¹³. Ao final do item consideramos os apontamentos dos profissionais sobre as diferenças do atendimento prestado no CAPS em relação ao realizado nas instituições tradicionais/hospitais psiquiátricos.

3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental

O CAPS Ponta do Coral conta com uma equipe de profissionais multidisciplinar que atua diretamente no atendimento aos usuários. São profissionais com formação de nível superior nas áreas de psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Entre os de formação de nível médio estão dois técnicos em enfermagem e um auxiliar administrativo. Compõem a equipe, ainda, os profissionais de apoio, vigilantes e auxiliar de limpeza, e estagiários de psicologia, serviço social e enfermagem.

¹³ É importante destacar que o perfil bem como a opinião dos profissionais sobre o serviço varia, no decorrer do tempo histórico, de acordo com a composição da equipe naquele determinado momento. Outros trabalhos já realizados identificam o perfil da equipe, a percepção dos profissionais sobre o trabalho no CAPS, o significado e o processo de inserção no serviço, a concepção sobre o modelo assistencial e práticas de desinstitucionalização, em épocas anteriores. Entre estes ver: GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003; FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial** - percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004; NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental:** em busca da articulação e qualificação das ações em saúde. Monografia (Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Lato Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

A maioria dos técnicos de nível superior concluiu a graduação na década de 1980. Metade deles possui capacitação específica na área de saúde mental, em geral, cursos de formação e aperfeiçoamento, especialização em terapia cognitiva comportamental, saúde pública, clínica, psicoterapia, psicanálise, atenção psicossocial. Três profissionais possuem mestrado nas áreas de enfermagem, sociologia política, artes cênicas; um fez residência médica em psiquiatria e cursa mestrado na mesma área; uma profissional tem doutorado em sociologia política.

Mais da metade dos profissionais (58,3%) possuem experiências de atuação profissional em outras instituições da área de saúde mental como clínica de internação, hospital psiquiátrico, centro comunitário de saúde mental, serviços de atenção à dependentes químicos e centro de atenção psicossocial. A maioria (66,7%) atua na área de saúde mental a partir da segunda metade da década de 1990. Cinco profissionais identificaram ter experiência de atuação em outras instituições que não da área de saúde mental.

Com relação ao tempo de serviço no CAPS, quatro profissionais atuam desde a implantação do serviço, em 1996, três ingressaram na equipe entre os anos de 2001 e 2002, e quatro profissionais passaram a fazer parte da equipe recentemente, a partir de meados de 2004. Quanto ao tipo de vínculo empregatício, a maioria, 75% (9 profissionais), é servidor público concursado, dois são contrato temporário e um ingressou no serviço público municipal através de indicação técnica. Nove profissionais possuem regime de trabalho de 30 horas semanais e 3 deles trabalham 40 horas semanais.

Com relação a capacitação específica em saúde mental para atuar no CAPS, todos os entrevistados consideram esse quesito de grande importância. Entre as razões apresentadas estão: a necessidade de compreensão e entendimento comum do que é um CAPS e o entendimento do tipo de assistência que este serviço deve oferecer; a preocupação com a diferença no atendimento que o CAPS deve oferecer em relação aquele prestado em outros serviços de saúde mental; a necessidade da capacitação para suprir as defasagens da formação acadêmica, que, em geral, não abarca as especificidades do campo da saúde mental.

Na opinião dos entrevistados,

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS, não tem a qualificação pra atuar, então ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então é necessária a questão da capacitação... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ah sem dúvida, sem dúvida, principalmente porque o que a gente está propondo é uma reformulação no modo da assistência em saúde mental, então é preciso que quem venha trabalhar num CAPS entenda essa lógica, que não venha pra cá com a mesma mentalidade do que se faz no hospital psiquiátrico, do que se faz em ambulatório, é outra coisa também diferente da atenção básica, então o CAPS precisa disso, precisa que o profissional tenha essa.., esse tipo de orientação, esse tipo de compreensão da sua finalidade (F, 12/4/2006).

Muito, muito importante, justamente por isso que eu estou te falando, porque assim, o profissional que trabalha no campo psicossocial, de qualquer área, ele necessariamente precisa quebrar a prática estereotipada pra poder entrar num serviço como esse porque o assistente social de um CAPS ele não é aquele assistente social de um hospital psiquiátrico, ele muda, ele faz outras coisas, ele se coloca de outro jeito, assim também é o médico, assim também é o psicólogo, o enfermeiro, então, uma formação específica pra essa área é bastante adequado porque vai tratar especificamente das necessidades que se colocam no cotidiano (VIK, 24/3/2006).

Considero, considero sim. É interessante que cada um tenha um saber, que traga o seu saber pela sua formação, da sua prática, do seu bairro, da sua comunidade, mas trabalhar no CAPS não é trabalhar em ambulatório, trabalhar no CAPS é ter um conhecimento sim do que é uma Reforma Psiquiátrica, do que significa um CAPS num panorama hospitalocêntrico. É toda essa questão política que tem por trás, questão financeira também, que é um serviço que se propõem substituir sim progressivamente os hospitais. Em muitos lugares isso já é feito, já conseguem fazer internação zero, outros lugares não; então, uma abordagem no CAPS precisa sim ter capacitação (LÉLI, 4/4/2006).

Sim, até por que o que é o CAPS? O quê um CAPS deveria ser? Cada um tem a sua idéia do que é um CAPS, mas ela não é uma idéia homogênea, então a minha experiência do que é um CAPS em outros lugares, que eu já tive em outros lugares especificamente, é muito diferente do que eu chego aqui e encontro as pessoas falando o que é um CAPS. é claro que a capacitação para um CAPS, para o que é o trabalho em CAPS podia homogeneizar, pelo menos todo mundo iria estar falando a mesma língua (J, 22/3/2006).

Sobre este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005, p. 30), observam que “os profissionais de saúde mental são, ainda em grande parte, formados a partir da prática cotidiana que caracteriza a lógica manicomial”. Hospitais e clínicas psiquiátricas constituem-se ainda os espaços onde “são oferecidos treinamentos em serviço (sob a forma de estágios e residências) aos profissionais que irão, no futuro, tentar materializar a nova lógica dos serviços substitutivos”.

Os autores destacam que “do sucesso da forma de organização da produção e transmissão do conhecimento pode depender o sucesso da própria reforma psiquiátrica” (OLIVEIRA; DORNELES, 2005, p. 32). Neste sentido, é importante que seja colocado na

cena do debate o funcionamento das instituições de aprendizado profissional sob a ótica da reflexão sobre as práticas e não apenas sobre o discurso das propostas dos cursos de formação. Os centros de formação devem se programar, planejar e garantir aprendizado e treinamento supervisionado, em que se pratique e construa espaços de práticas genuinamente terapêutica.

Na mesma direção, um dos entrevistados expressou sua preocupação com relação a seleção dos profissionais que vão atuar no CAPS, argumentando que os resultados do trabalho também dependem desse aspecto.

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS não tem a qualificação pra atuar, então, ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então, é necessária a questão da capacitação [...]. o processo de inclusão do profissional na área da saúde mental hoje, como se dá? Ele se dá por indicação política, seleção por contrato temporário e por concurso público. A indicação política pode ofertar profissionais desqualificados, pode! O contrato temporário, se não tiver um rigor no perfil que se quer pra trabalhar em CAPS vai acontecer a mesma coisa, um profissional desqualificado, o concurso público a mesma coisa, se não tiver um perfil, se não tiver o que se gostaria realmente, qual profissional que você gostaria de estar atuando hoje no CAPS, então, enquanto não se superar a forma de inserção no trabalho do CAPS, enquanto não se superar a discussão da saúde mental nos currículos acadêmicos vai continuar sendo sempre necessária a questão da capacitação [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Com relação a formação das equipes técnicas para atuar nos CAPS, as indicações aprovadas na e pela III CNSM apontam para a necessidade de que a contratação de profissionais deva ser realizada exclusivamente por meio de concursos públicos, e em caso de urgência, através da CLT, mas com seleção pública. E, ainda, os concursos devem exigir os pré-requisitos necessários e adequados à proposta de trabalho em saúde mental, alinhada teórica e conceitualmente aos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2002a).

Assim, é necessário considerar, quando da seleção dos profissionais, o perfil para trabalhar junto ao portador de sofrimento psíquico, bem como a existência de uma dimensão subjetiva, humanizante, solidária e fraterna como componente fundamental do perfil dos trabalhadores em saúde mental. Nesta direção, uma das participantes da pesquisa destacou a questão da opção política por este tipo de trabalho, associada a necessidade de competência técnica para atuar na área.

Eu acho que a gente trabalha com situações que requerem um estudo permanente, formação permanente, [...] eu acho que este é um dos vícios da saúde pública. Muitas vezes se confunde um pouco o tratamento ético ou moralmente responsável com uma qualidade também técnica. Eu acho que as duas coisas têm que estar associadas, tem que ter uma empatia pela causa da saúde pública, que aí entra na questão ética, moral de cada um, valores que você tem quando você vem pra esse tipo de trabalho; muitas pessoas que vem pra saúde pública quase que tem uma vocação religiosa. Mas ao mesmo tempo você também tem que ter uma competência técnica; não basta você tratar bem o paciente, você acolher, você precisa saber como intervir dentro da linha de trabalho que cada um escolhe, isso é fundamental (P, 17/3/2006).

Os profissionais, na sua maioria, indicaram ter recebido capacitação para atuar no CAPS. Referiram-se, especificamente, a um treinamento/capacitação realizado em novembro de 2005, com duração aproximada de 20 horas, organizado pela Assessoria Técnica de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde¹⁴. Contudo, alguns observaram que foi um treinamento tipo encontro, de curta duração, com trocas de experiências, e que não chegou a ser muito significativo.

Com relação a política de saúde mental, a maioria dos profissionais (83,3%) afirmou ter no mínimo algum conhecimento de sua organização e diretrizes. Entre os entrevistados, todos consideram importante saber sobre os princípios, a estrutura e forma de organização da política de saúde mental para o trabalho do CAPS. Todos indicaram haver disponibilidade de material didático relativo a política na unidade de serviço.

Sim, precisa conhecer a política porque o atendimento está dentro dessa política, dessa lógica. (LÉLI, 4/4/2006).

Claro! é vital, pra poder planejar o seu trabalho, pra poder saber como é que a gente se liga com outros serviços, como é que a gente pode montar a rede, isso é fundamental porque o trabalho não se encerra aqui dentro, não pode ficar aqui dentro só, ele tem que poder justamente se expandir (F, 12/4/2006).

Sim é muito importante, até pra saber o que está acontecendo, o que pode ser feito, quais são os recursos disponíveis, o que precisa melhorar. Acredito que, fora a sua capacitação individual, eu acho que isso é uma outra premissa pra você iniciar no serviço [...] (J, 22/3/2006).

É importantíssimo conhecer, primeiro saber se ela existe, primeiro a pessoa tem que ter a curiosidade, tem que ter o desejo e a clareza de que é essencial ter os parâmetros ou diretrizes políticas de saúde mental pra

¹⁴ O município não tem o cargo de Coordenador de Saúde Mental. Em novembro de 2005 foi nomeada Assessora Técnica em Saúde Mental a enfermeira Lílian Pagliuca, que permanece na função até a data da presente pesquisa.

poder acompanhar, se orientar, e, segundo, conhecer sobre essa política (GIRASSOL, 20/3/2006).

Muito importante porque hoje a gente tem acesso a isso, aqui no CAPS a gente tem a legislação de saúde mental e pra gente poder entender porque, assim, a gente está na gestão da política também, por ser participativa, por estar junto nas decisões, então é preciso que a gente entenda, e tem muito detalhamento, são muitas portarias, o sistema de financiamento também é bastante complexo [...] (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que claro, porque a gente está dentro de um braço da política nacional de saúde; tanto pra você ter noção de qual é a perspectiva, em nome de que esse serviço está sendo mantido, também pra você poder avaliar a possibilidade desse ideais, dessas prerrogativas, que são pensadas a nível geral e nacional, serem realmente eficaz em termos práticos, porque muitas vezes você tem uma boa idéia, mas nem sempre uma boa idéia traz um bom resultado [...] (P, 17/3/2006).

Nesse sentido, a construção e consolidação de uma política de saúde mental, coerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o estabelecimento de uma política adequada de recursos humanos, que valorize e considere a importância do trabalhador de saúde mental na produção dos atos de cuidar. Para isso, deve-se garantir a capacitação e qualificação continuadas; a remuneração justa dos profissionais; a garantia de condições de trabalho e de planos de cargos, carreira e salários; a democratização das relações e das discussões em todos os níveis de gestão; a incorporação das questões de segurança, saúde e saúde mental do trabalhador; a garantia de supervisão clínica e institucional; a avaliação de desempenho e garantia da jornada de trabalho adequada para todos os profissionais de nível superior, bem como a isonomia salarial entre eles (BRASIL, 2002a).

3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário

De acordo com as indicações aprovadas na III CNSM, a política de recursos humanos para a saúde mental deve visar implantar, em todos os níveis de atenção, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, na perspectiva do rompimento dos especialismos e da construção de um novo trabalhador em saúde mental, atento e sensível

aos diversos aspectos do cuidado, ou seja, com uma visão integral e não fragmentada da saúde (BRASIL, 2002 a).

Segundo 83,3% dos profissionais o trabalho no CAPS Ponta do Coral é realizado em equipe. A maioria considera que existem dificuldades na realização das atividades. Uma delas está relacionada, conforme identificado por eles, ao fato de que nem todos compartilham das mesmas referências com relação à Reforma Psiquiátrica, à saúde pública e ao projeto do CAPS.

Bom, são várias, mas o que eu vejo de mais complicado é o fato de que nem toda a equipe compartilha das mesmas referências em relação ao que seja a Reforma Psiquiátrica, a função de um CAPS, as necessidades que o CAPS tem pra alcançar esses objetivos. Isso se deve em parte a diversidade da formação, e também às convicções pessoais. O problema não é a diversidade em termos da formação profissional em si, mas o modo, o fato de que você tem uma equipe multiprofissional por exemplo, isso gera alguma dificuldade na troca, na possibilidade de produzir um conhecimento novo a partir dessas experiências que são de diferentes disciplinas, diferentes áreas. Mas eu diria que é mais no sentido da Reforma Psiquiátrica mesmo, naquilo que ela aponta, então parece que esse é um problema a mais; outro que tem se tornado mais evidente pra mim ultimamente é a falta de formação de grande parte dos profissionais sobre o que seja saúde pública, boa parte deles não conhece o sistema de saúde pública, apesar de trabalhar num serviço de saúde pública, mas não conhece o sistema, não sabe a lógica, não sabe como é que ele funciona, então acaba tomando decisões muitas vezes administrativas que são equivocadas, que não levam em conta o modo de funcionamento da saúde pública (F, 12/4/2006).

Tem sim várias dificuldades, entre elas, existem diferenças de formação e, portanto, ideológicas. Alguns momentos a gente vê, assim, o CAPS tem um projeto de não internação, de autonomia do usuário, de gestão plena do usuário, e, as vezes, a equipe, algumas pessoas acabam esbarrando com isso. O entendimento disso é muito difícil também, as vezes é uma linha muito tênue entre o que é o assistencialismo, a autonomia, o que é dar o limite do ponto de vista terapêutico e o que é dar o limite porque você não quer se incomodar. Então, algumas pessoas não vêm de uma postura da Reforma Psiquiátrica, não sabe o que é uma Reforma Psiquiátrica, não tem uma noção, [...] é uma luta política também e algumas pessoas não sabem o que é [...] (LÉLI, 4/4/2006).

Em outras falas, foi apontada como uma das dificuldades do trabalho em equipe questões relacionadas a uma suposta divisão entre o grupo de técnicos.

A relação com a equipe tem uma certa peculiaridade, eu acho que as pessoas, a equipe que começou anteriormente, já desde a formação ou no começo do CAPS, eles se intitulam como a equipe do CAPS. Os que chegaram depois, em geral, não são bem acolhidos, ou são muito pouco,

tanto que as próprias atividades em equipe, em grupo, dificilmente, essas pessoas novas são incorporadas ao que já existe; então, acaba criando aí até a equipe da manhã, a equipe da tarde, mais ou menos, embora eu estou aqui todo o período, mas tem essa divisão... e eu acho que assim o ponto de partida é esse, a sensação é que quem não estava aqui desde o começo não fez parte da história (J, 22/3/2006).

A equipe que iniciou lá em 96 (1996) veio com algumas questões conceituais amarradas. Por quê? Porque a pessoa que estava pensando, planejando o CAPS ela vinha do Movimento da Luta Antimanicomial, era uma das representantes em nível nacional aqui em Floripa, Santa Catarina; então tinha algumas coisas amarradas na estrutura de atendimento do CAPS, que era muito pra poder implantar o sonho da Reforma Psiquiátrica aqui em Floripa, criar um serviço, do município, que de fato evitasse internação, que de fato fosse continente pros usuários com transtorno mental grave, e isso se mantém, porém, com a chegada dos técnicos que foram sendo substituídos, alguns saíram, técnicos novos entraram, a equipe de profissionais foi se modificando, a gente tem uma distância conceitual por mais que a gente pretende uma proposta multiprofissional, e a gente consegue, ao longo do tempo a gente conseguiu, é muito interessante o jeito como nós trabalhamos, porque de fato conseguimos trabalhar cada profissional lado a lado, dividindo o mesmo grupo, a mesma oficina terapêutica, então, assim, isso é possível, mas hoje, a gente, assim, tenta manter esse paradigma da Reforma Psiquiátrica, da desospitalização, do fortalecimento dos serviços territorializados, de um modelo que é um modelo multiprofissional, com a gestão participativa dos usuários, contra o modelo hospitalocêntrico, médico centrado, mas existem diferenças na questão conceitual da equipe, isso é falho, inclusive pra própria equipe (VIK, 24/3/2006).

A importância da unidade da equipe no atendimento ao usuário e na organização do trabalho recai sobre a qualidade do tratamento terapêutico ofertado. A mudança de paradigma epistemológico com relação a saúde mental não garante por si só a alteração das práticas assistenciais. Os conflitos e problemas de equipe existentes precisam ser trabalhados nas supervisões institucionais de forma que os técnicos consigam superar as dificuldades que obstaculizam a união do grupo em torno de um objetivo comum, sejam elas ideológicas, de formação, de concepção e/ou de afinidade com os colegas.

Um dos entrevistados apontou a questão das relações de poder e diferenças nos valores pessoais e nas relações interpessoais como dificuldades do trabalho em equipe.

Primeiro, a relação de poder, eu acho que é um grande problema, uma dificuldade que existe. Essa relação de poder, ela emana, que eu tenho percebido, da psicanálise, da teoria psicanalítica e da teoria psiquiátrica; então, os profissionais detentores desse conhecimento acabam, sutilmente, estabelecendo poder frente aos profissionais não-psi diria; essa relação de poder pelo saber é um dos problemas ou uma das dificuldades que eu encontro pra trabalhar em equipe no CAPS; outra

dificuldade, acho que é a própria experiência de vida das pessoas, aquelas pessoas em que parece que não estão claros os valores humanos como solidariedade, amor, justiça, sabedoria, a práxis, o repensar a prática, profissionais que não fazem a autocrítica da sua prática, pra mim, eu acho que é uma dificuldade trabalhar em equipe devido a isso; então, seria esse poder pela teoria e essa questão um pouco mais pessoal que é a relação de lidar com o outro, as relações interpessoais, são dificuldades que eu vejo em equipe (GIRASSOL, 20/3/2006).

A partir da fala profissional é possível pensar sobre as relações de poder que se estabelecem pelo saber. Conforme nos ensina Foucault (1979), os poderes se exercem em níveis variados e em pontos diferentes da vida social. Neste complexo, existem os micro-poderes que estão intimamente relacionados com a produção de determinados saberes (sobre o criminoso, a sexualidade, a doença, a loucura). Assim, o poder não é algo que se detém como uma coisa, como uma propriedade, que se possui ou não. O poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona, como uma máquina social que não está situada em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda estrutura social (MACHADO, 1979 p. XIV).

De acordo com Foucault (1979), todo conhecimento, seja ele científico ou ideológico, só pode existir a partir de condições políticas, que são as condições para que se formem tanto o sujeito quanto os domínios de saber. Para o autor não há saber neutro, todo saber é político. Dessa forma, saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber. E, em contrapartida, todo saber assegura o exercício de um poder (MACHADO, 1979 p. XXI - XXII).

Na seqüência, a entrevistada aponta de forma geral algumas das questões cotidianas como dificuldade no trabalho em equipe.

Bom, eu acho que as vezes a gente é muito trefista, a gente não tem o tempo suficiente que a gente gostaria para estar parando para discutir os casos, se ater a cada paciente; tem diferenças na equipe também, tem conflitos [...] mas assim, a gente ainda tem, as vezes, coisas assim muito imediatistas, que não nos propiciam fazer realmente um estudo de caso mais integrado, ter uma intervenção, as vezes, mais articulada; a gente tem tentado em alguns momentos, mas assim, não é uma coisa que tem um peso forte como eu acho que deveria ter (P, 17/3/2006).

Dessa forma, a intensidade das demandas colocadas aos profissionais, especialmente na atualidade, provocam o desenvolvimento de ações pragmatistas, muitas

vezes sem uma reflexão maior. Isso vem acontecendo em vários contextos institucionais e com diferentes profissões. Ou seja, na medida que aumentam as necessidades humanas e as demandas para satisfazê-las, não ocorre no mesmo ritmo, o aumento da oferta de equipamentos e serviços assistenciais capazes de dar conta da complexidade dos problemas decorrentes da emergência das novas relações sociais, econômicas, culturais, advindas com a modernidade.

A precarização das condições de trabalho também foi apontada pelos entrevistados como mais um dos fatores que, por vezes, dificultam a convivência e o trabalho em equipe. Eles se referem a questão da diferença na remuneração salarial entre os profissionais que trabalham no CAPS, principalmente do médico para as outras profissões. A desproporção salarial chega a diferença de até quatro vezes mais entre o que recebe o profissional médico e o salário dos demais técnicos. Associadas a esta situação estão a diferença na carga horária de trabalho, a condição de contratação temporária, a falta de reconhecimento por parte da SMS, no apoio e incentivo à participação em eventos científicos e de militância política na área, entre outras.

Os profissionais indicaram que contam com supervisão institucional para lidar com as questões do trabalho no cotidiano. A supervisão institucional existente era, até o início deste ano (2006), paga pelos próprios profissionais, mas nem todos participavam. A partir do mês de abril do corrente esta passou a ser financiada com recursos provenientes do Ministério da Saúde. Além deste tipo de supervisão, foi relacionado como outro recurso existente para abordar essas questões as reuniões de equipe, realizadas mensalmente, as reuniões clínicas, realizadas semanalmente, e foi citada pelos técnicos em enfermagem, a supervisão realizada com profissional da área.

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que as políticas de formação e capacitação em saúde mental devem criar espaços de trocas baseados na realidade local, com valorização dos diversos saberes e metodologia participativa. A supervisão clínica e institucional permanentes deve ser estendida a todas as pessoas que trabalham com portadores de transtorno mental: equipes de PSF e PACS, trabalhadores da urgência e emergência, do hospital geral, dos serviços substitutivos e dispositivos residenciais, cuidadores de saúde mental, profissionais de nível médio e superior da rede de saúde mental. A referida Conferência destaca, ainda, a necessidade de implantação da NOB – Recursos Humanos do SUS, salientando a importância da garantia da capacitação para todos os níveis, supervisão permanente, interdisciplinaridade e isonomia salarial (BRASIL, 2002a).

Com relação as potencialidades que o trabalho em equipe possibilita os profissionais destacam a relevância deste no atendimento ao usuário, a possibilidade de trocas entre as varias áreas e a oferta de um atendimento multidimensional.

Entendo que essa é uma clínica multidisciplinar e isso (trabalho em equipe) é importante pela complexidade mesmo do tipo de fenômeno com o qual a gente trabalha, então, a gente precisa, é necessário ter uma oferta de serviços e de formas de atenção, que seja a mais diversificada possível, pra que a gente possa atender a uma série de necessidades que as profissões nas suas especialidades não dão conta; então essa é a grande vantagem, você pode fazer essa atenção multidimensional, isso é interessante (F, 12/4/2006).

A vantagem é justamente a estrutura coletiva de resposta à uma situação que chega pra você; vem a psiquiatria trazer um conhecimento, a psicanálise traz outro, [...] a enfermagem acaba dando a sua contribuição quando discute realmente a relação, vem o serviço social discute essa articulação que a pessoa tem com o social, e essas pessoas (profissionais), com seus conhecimentos, vão socializando esse conhecimento pra dar a resposta às fragilidades ou às potencialidades de vida que essa pessoa traz (GIRASSOL, 20/3/2006).

Acho que a grande vantagem é que a gente quebra a lógica hospitalocêntrica que era muito centrada no médico, na figura do médico, naquilo que o próprio médico decidia do tratamento, hoje quem decide é a equipe multiprofissional [...] (VIK, 24/3/2006).

Ah! Muitas, eu acho, em primeiro lugar, essa possibilidade da troca interdisciplinar; porque eu acho que cada um tem um tipo de contribuição diferente, um saber que te ajuda a pensar com mais amplitude o próprio trabalho, o próprio paciente, e, eu acho que quebra um pouco certas relações de poder; também, assim, o fato de a gente lidar com situações que são muito pesadas para alguém estar lidando sozinho, então quando você sente essa coisa da equipe, quando tem um paciente que está muito comprometido ou que tem risco de vida, a gente se sente muitas vezes angustiada por aquele paciente e você tem a equipe pra te dar um respaldo, pra estar pensando junto. Acho que isso é, sem duvida, algo que gratifica também (P, 17/3/2006).

Primeiro, agregar conhecimentos, se a equipe for multidisciplinar, que não quer dizer interdisciplinar, mas a princípio se ela for multidisciplinar a possibilidade de trocas de conhecimento de várias áreas realmente acaba sendo muito rica; são vários olhares sobre uma mesma questão, vários pontos de vista. Quando o trabalho de equipe é interdisciplinar, as pessoas acabam trocando mesmo, saindo, as vezes, do seu campo de formação, podendo estar se estendendo em outros campos, acaba sendo mais rico ainda. Num trabalho como o CAPS é necessário (o trabalho em equipe). Eu não consigo ver o trabalho que não seja em equipe porque pra você atender um usuário você precisa de uma equipe, pra você abordar o usuário, uma família, receber uma família precisa de vários olhares, enfim, de várias formações, vários olhares técnicos, da parte de

enfermagem, psicologia, da arte, serviço social, então, isso é importante (LÉLI, 4/4/2006).

O reconhecimento de outras dimensões no processo saúde-enfermidade, que não estritamente a biológica, traz a tona a questão da interdisciplinaridade¹⁵, pois na busca da integralidade da assistência a atuação de um único saber profissional não é suficiente. No processo da Reforma Psiquiátrica o campo da saúde mental é chamado a refazer-se por inteiro, ampliando o seu foco de abordagem e procurando romper com as delimitações dos saberes tradicionais na área. Busca-se uma nova recomposição de conhecimentos, sustentados sobre um conjunto de rupturas e novas premissas, e não apenas um novo somatório ou rearranjo simples dos saberes especializados. Desta forma, diversos campos de saber, implicados na assistência em saúde mental, são envolvidos na teorização e nas novas práticas de cuidado (VASCONCELOS, 2000a).

A pesquisa realizada indicou que 66,3% (correspondente a oito dos doze profissionais que responderam o formulário) dos profissionais consideram que existe interdisciplinaridade no atendimento ao usuário no CAPS Ponta do Coral. As falas relacionadas na seqüência apresentam a concepção dos profissionais sobre interdisciplinaridade e indicam a respectiva compreensão sobre a importância desta no atendimento ao usuário.

A gente poder ter o que a gente chama de clínica ampliada, essa multidimensionalidade que nos permite atacar o problema de várias formas e, portanto, oferecer diversas formas de atendimento, desde o medicamentoso até o serviço social, as oficinas, as oficinas expressivas, a arte, etc. (F, 12/4/2006).

Eu acho que em primeiro lugar isso, assim, é um olhar mais amplo para a condição daquele paciente. Cada profissional tem um aspecto que acentua, pela sua vida, pela sua formação; o educador artístico tem uma outra estratégia, por exemplo, pra lidar com aquela queixa do paciente, o assistente social tem uma, o psicólogo tem outro olhar, assim, eu acho que pra mim soma, eu acho que é uma forma da gente também aprender, enriquecer a nossa análise, a nossa possibilidade de intervir; sem dúvida que é rico (P, 17/3/2006).

Alguns profissionais expressaram sua concepção de interdisciplinaridade observando que esta não é sinônimo de multidisciplinaridade e que nem sempre é possível fazer práticas interdisciplinares.

É justamente isso, poder compartilhar o conhecimento que cada disciplina traz, essa inter, mas realmente compartilhar isso e não a

¹⁵ Sobre os conceitos de multi, inter e transdisciplinaridade ver, entre outros, Vasconcelos, 2000a.

multidisciplinaridade; é pensar, coletivamente, saídas pra enriquecer a vida da pessoa e aí é sempre um pensar e repensar (GIRASSOL, 20/3/2006).

Então, essa idéia dessa troca de conhecimento pra poder ajudar o usuário, pra poder a equipe ter um suporte também, pra poder, num estudo de caso, por exemplo, trocar os vários conhecimentos, os vários pontos de vista e poder estar entrelaçando; então, é importante, mas nem sempre se consegue fazer (LÉLI, 4/4/2006).

Já nas falas que seguem é possível perceber a concepção de interdisciplinaridade mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade.

Cada profissional tem a sua especialização, e ele foi formado para atender determinadas características que aquele usuário precise, ou informações, e a própria atenção, e cada um tem uma formação específica e diferenciada; então, eu acho que quanto mais ampla, mais amplamente ele for avaliado, e receber essas informações, e esse tratamento, vai ser melhor pra ele; então, desde o serviço social, desde o atendimento psicológico, o atendimento médico, enfim, até ah! eu cortei meu dedinho, o que eu faço? Então, vai poder ser atendido ali, ser acolhido pelo técnico de enfermagem (J, 22/3/2006).

É muito importante porque cada profissão tem o seu conhecimento específico e contribui aí com o seu conhecimento. É necessário que cada um de nós tenha muito claro o seu papel aqui dentro pra que não vire uma salada mista e se dilua o que cada um faz, que é específico de cada um. Então, é importante que a gente tenha boa formação técnica, específica da saúde mental pra que a gente possa chegar numa equipe que trabalha sob o paradigma do campo psicossocial, e que de fato possa ser multi, no sentido do atendimento, e aí, assim, no campo psicossocial, aqui no CAPS, por exemplo, a gente vê a necessidade de os profissionais trocarem mesmo, porque surgem muitas demandas, são muitas necessidades do usuário, é um campo novo. Então, assim, tem n coisas que vai se descobrindo, que cada área contribui diferentemente, mas ao mesmo tempo de forma conjunta. Então, o psicólogo, obviamente, ele tem mais elementos pra entender a parte clínica, o assistente social tem mais elementos pra entender a parte previdenciária, da assistência social desse usuário, que também é importante, muito importante pra ele, o médico tem o conhecimento sobre os psicofarmacos, sobre essa parte mais específica da medicação, e assim a gente vai trocando (VIK, 24/3/2006).

Com relação a este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005) observam que, no Brasil, a interdisciplinaridade faz parte do discurso politicamente correto, garantindo seu estabelecimento como princípio, traduzido na expansão cada vez maior dos territórios profissionais e na fusão dos saberes. O discurso da multi e da transdisciplinaridade é relativamente bem conhecido e aceito em nível intelectual, mas as práticas institucionais apontam, paradoxalmente, para fortes resistências, isolamento e hiperespecialização.

De acordo com os autores, para que estas ações multidisciplinares se tornem efetivas há necessidade de estratégias e planos, que visem a harmonização da convivência para que esta não seja imposta, mas compreendida e desejada pelos profissionais. Na prática, o momento é de impasse, pois multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade existem em tese e como imposição de comando, mas não se concretizam, ainda, como prática planejada, efetiva e eficaz (OLIVEIRA; DORNELES, 2005).

Ainda segundo os referidos autores, uma verdadeira transdisciplinaridade não está nem mesmo no horizonte das instituições de saúde mental brasileiras. Este é um dilema fundamental no processo da reforma psiquiátrica, que depende de ações integradas (órgãos reguladores do ensino superior, programas universitários, instituições e serviços de atendimento) para cumprir sua missão de transcender as práticas manicomial e os territórios de dominação e poder estabelecidos entre as disciplinas que formam a saúde mental.

3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações

A importância do projeto terapêutico dos CAPS recai sobre a responsabilidade de que todo o trabalho desenvolvido em cada unidade deve ser realizado em um ambiente terapêutico. Isto significa que tanto os atendimentos individuais, grupais como a convivência no serviço tem finalidade terapêutica. Cada CAPS deve ter um projeto terapêutico, que leve em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais, as iniciativas de familiares e usuários e o território onde se situa, com sua identidade, sua cultura local e regional (BRASIL, 2004).

O CAPS Ponta do Coral conta com projeto terapêutico do serviço, o qual, segundo 75% dos profissionais que responderam ao formulário, foi planejado em equipe. Três profissionais referiram não saber sobre o planejamento em equipe por não fazerem parte desta a época.

O sistema atual de atendimento no CAPS Ponta do Coral difere da maioria do adotado pelos serviços desta natureza. Em geral, os CAPS realizam a assistência ao usuário

no modelo de TR¹⁶. O CAPS Ponta do Coral oferece atendimento sob a ótica da regionalização. Ou seja, como o serviço não é territorializado, é o único na modalidade, na cidade e no município, a equipe técnica foi subdividida em pequenos grupos ou mini-equipes de dois e/ou três profissionais, sendo cada uma destes responsáveis por uma das regionais, que é onde o usuário mora. Esta proposta foi pensada e implementada há quase dois anos, quando os profissionais identificaram dificuldades em atender no sistema de Terapeuta de Referência (TR) toda a demanda existente. Tal estratégia utiliza-se do sistema de divisão por regionais da Secretaria Municipal de Saúde. Ao total são cinco Regionais de Saúde, Leste, Norte, Sul, Centro, Continente, distribuídas espacialmente na área geográfica do município. Nestas regionais, foram implantadas, recentemente (a partir do final do ano de 2005 e início de 2006), equipes de atenção em saúde mental, compostas por um médico psiquiatra e duas ou três psicólogas em cada uma das Regionais de Saúde.

De acordo com o projeto terapêutico do serviço, as atividades desenvolvidas são: psicoterapia, atenção medicamentosa, atendimentos de emergência, grupo terapêutico, oficinas terapêuticas¹⁷, assembléia de técnicos, usuários e familiares, visitas domiciliares, articulação com entidade, programas e serviço, atividades de formação e pesquisa, reuniões de equipe, reuniões clínicas de casos¹⁸.

Conforme as determinações da Portaria GM/MS Nº 336/2002, a assistência prestada ao usuário no CAPS deve incluir atendimento individual, em grupo, atendimento à família, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades comunitárias, enfocando a integração do portador de transtorno mental na comunidade e sua (re)inserção familiar e

¹⁶ Este sistema de atendimento é desenvolvido na maioria dos CAPS e constitui-se do acolhimento da pessoa quando de sua chegada ao serviço por um dos profissionais da equipe. A partir daí é traçado um projeto terapêutico com o usuário e o profissional que o acolheu passará a ser uma referência para ele. O Terapeuta de Referência (TR) tem a responsabilidade de monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo as atividades e a frequência de participação. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, discutindo com o usuário e com a equipe técnica do CAPS (BRASIL, 2004, p. 16).

¹⁷ São oferecidas as seguintes oficinas: oficina de cerâmica, oficina de artes plásticas, oficina de mosaico, oficina de jogos, esportes e lazer, oficina de tapeçaria, oficina de trabalhos manuais, oficina da terra, oficina de jornal, oficina de velas, oficina de leitura, oficina de música, oficina brechó, oficina de teatro, oficina de formação política, oficina de fotografia. Destas, as oficinas de cerâmica, velas e mosaico são produtivas, ou seja, sua produção é comercializada. Cabe destacar que algumas oficinas podem estar em funcionamento ou não, em determinado período de tempo, de acordo com a disponibilidade de técnicos para acompanhar, de condições materiais para o funcionamento e da demanda de usuários.

¹⁸ A descrição e o objetivo de cada atividade pode ser consultado no Projeto Terapêutico do CAPS II Ponta do Coral (2004), ou a partir do projeto de Estágio curricular em Serviço Social de Stuari (2005).

social. A depender do projeto terapêutico de cada usuário, o CAPS poderá oferecer as seguintes modalidades de atendimento: atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo¹⁹.

Já com relação ao planejamento das ações, 50% dos profissionais consideram que este existe. Cabe lembrar que ao questionarmos os participantes da pesquisa sobre este fator, estamos nos referindo ao planejamento estratégico, aquele voltado para uma visão ampla, global e de longo alcance da organização/instituição, baseado na análise do contexto e com a finalidade de buscar alternativas de ação. No entanto, alguns dos entrevistados observaram estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação objetivo e sistemático dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declararam não existir processo de planejamento e avaliação das ações do serviço, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

As falas relacionadas a seguir demonstram o tipo de planejamento existente no CAPS e como este acontece.

Bom, o planejamento é feito mais ou menos assim: chega uma época do ano em que a Secretaria (SMS de Florianópolis) nos pede um planejamento e aí, geralmente isso é com uma semana no máximo de antecedência, é aquela correria, a gente monta um plano básico de trabalho etc., mas é muito mais pra cumprir a obrigação. A gente tem um projeto terapêutico que é amplo, que é do serviço todo, e a gente vai, com esse projeto terapêutico a gente vai ajustando as atividades e aquilo que a gente pretende alcançar, mas não há um planejamento muito formalizado, não há um processo de planejamento, até porque é tudo muito fragmentado, o que a gente planeja aqui, boa parte depende desse recurso financeiro, depende do apoio da Secretaria, que é sempre uma coisa incerta. Então, em termos de planejamento a coisa fica sempre muito precária. Em termos de avaliação é mais precário ainda, a gente não tem indicadores; novamente, no final do ano, aí a Secretaria pede um relatório do que foi feito, a gente faz um levantamento geral, mas ele é descritivo, ele não é avaliativo, a gente não sabe de fato quais são

¹⁹*Atendimento intensivo* – atendimento diário, oferecido à pessoa que se encontra em grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento semi-intensivo - nessa modalidade, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Este tipo de atendimento é oferecido quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento não intensivo – oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até 3 dias no mês. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário (BRASIL, 2004, p. 16).

os efeitos que a nossa intervenção produz; claro, a gente tem uma certa dimensão pelo contato direto com os usuários, fulano que não interna a tanto tempo, ou fulano que voltou a trabalhar, ou que resolveu pelo menos algumas coisas que eram mais complicadas na sua vida, isso a gente tem, mas não tem um processo de avaliação estruturado que nos permita dados com visibilidade maior (F, 12/4/2006).

Neste sentido, destacamos que, a nosso entender, a função planejamento deve orientar todas as ações no dia-a-dia das organizações. O planejamento é o processo de estabelecer antecipadamente a finalidade da organização/instituição, definir os objetivos e prever as atividades e os recursos necessários para atingi-los. Planejar é uma forma de pensar o futuro da organização/instituição, definindo o que fazer, como, quando e com recursos. Nesse processo, é importante considerar que as organizações/instituições estão inseridas num contexto constituído pela sociedade, pelo Estado e por outras instituições que influenciam suas decisões (TENÓRIO, 2000).

Alguns profissionais referiram-se, especificamente, ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, reuniões clínicas e na supervisão de equipe. Segundo estes, é na reunião de equipe mensal que se planejam mais as ações, estas entendidas como a definição dos grupos terapêuticos ou oficinas que vão ter, o objetivo e a finalidade destes, a demanda etc..

Mensalmente, a gente tem uma reunião de equipe, que tem um pouco esse objetivo, de planejar e avaliar o que é feito. Além dessa reunião mensal a gente tem dois outros momentos semanais, que é um na quarta-feira outro na quinta-feira, que a gente chama de reunião técnica, [...] mas isso se dá muito no cotidiano também, na assembléia geral do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Ele acontece em reunião de equipe, uma reunião mensal, a gente planeja grupos, planeja..., então.., acontece, primeiro tem uma reunião mensal da equipe e reunião duas vezes por semana, que são os estudos de caso; agora, a avaliação, acontece em reunião de equipe mais; o planejamento, por exemplo, como abordar um determinado caso, como ajudar, de como servir a família, o trabalho, é feito durante a semana nos estudos de caso, e nós temos a supervisão, que é um espaço que também acaba se fazendo uma avaliação, a supervisão de equipe (LÉLI, 4/4/2006).

Outras falas detalharam as conseqüências da falta de um processo sistemático de planejamento e avaliação das ações, inclusive fazendo análise dessa problemática em relação as instituições públicas em geral.

Eu acho que esse é um problema, acho que falta muito; por exemplo, se você esta aqui fazendo a avaliação da política a partir do olhar dos profissionais, eu, nesse momento, tenho tido muito incomodo diante da

necessidade que eu vejo de avaliar as ações, de avaliar os pacientes, e a gente não tem uma forma sistemática de fazer isso; por exemplo, a gente não tem um instrumento de captação do trajeto do paciente dentro do CAPS, a gente não anota algumas coisas, os prontuários também deixam muito..., as vezes a gente não faz registro nos prontuários e mesmo quando a gente faz ele não tem, assim, por exemplo, uma sistematicidade, o que é que eu vou enxergar, como é que eu vou ver se aquele paciente está melhor ou está pior depois que ele está aqui, então, a gente não tem esse instrumento; e, o planejamento, é feito um planejamento terapêutico com o paciente; o planejamento do nosso serviço é mais ou menos...., funciona, assim, com as oficinas, não é um planejamento rigoroso, a cada período a gente senta e reorganiza não, tem algumas diretrizes gerais, eu acho que em termos práticos falta muito dos dois lados, planejamento das nossas atividades, por exemplo, as vezes naquele roldão a gente vai fazendo, vai fazendo, e, também, a avaliação da eficácia, do que realmente aquilo está resultando pra vida do sujeito, se ele está realmente conseguindo chegar mais próximos desses lugares que a gente apregoa como princípios da saúde mental - autonomia, dessas coisas que a gente também fala: relação com o trabalho, relações, laços sociais; então, a gente não tem esse (instrumento de planejamento e avaliação), eu acho que falta (planejamento e avaliação) [...] Na verdade eu acho que esse é um problema das instituições públicas em geral, eu acho que tem uma grande resistência no Brasil a qualquer critério de avaliação, porque, esse discurso, a retórica da igualdade, ela exatamente vai na contramão de um processo meritocrático, ou seja, você avaliar também por mérito; você tem que criar esse tipo de instrumento; a prefeitura não tem, nunca teve uma avaliação nos anos que estou aqui que medisse o desempenho profissional, principalmente aqui, que a gente lida com pessoas que estão aqui pra se tratar, e a gente não sabe se a pessoa...., a gente vai olhando um caso ou outro; não existe um processo institucional de avaliação, nesse sentido (P, 17/3/2006).

Em geral, as organizações precisam de um processo de avaliação que realize uma revisão dos objetivos e metas alcançados e daqueles a serem atingidos. O planejamento e a avaliação são a oportunidade de fazer uma pausa e examinar a situação da instituição.

Não obstante, as políticas públicas no Brasil vêm se estruturando de forma descentralizada, com responsabilidades de organização e financiamento partilhadas entre a União, Estados e Municípios, cabendo a estes últimos a execução dos serviços de atenção direta à população. Deste modo, os processos de avaliação de serviços de saúde mental devem ocorrer no âmbito municipal. Segundo Dias (2002, p. 2)²⁰, este desafio coloca no debate o aspecto de como avaliar o funcionamento de um serviço de saúde mental, que está

²⁰ A autora realizou um trabalho de construção coletiva de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental junto aos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre; uma apresentação resumida dos resultados pode ser consultada em DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental.** In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

inserido num novo patamar conceitual e tem como tarefa não reproduzir uma prática de tutela, com ênfase na patologia, mas de incluir o sujeito portador de transtorno psíquico no planejamento e na execução das ações terapêuticas, numa nova relação que garanta a viabilidade do exercício da cidadania numa sociedade desigual. Ou seja, as dimensões de mudança conceitual, realidade social e política pública de saúde de âmbito municipal, tornam complexa a adoção de processos de avaliação.

A fala descrita na seqüência especifica o processo de planejamento e avaliação no que se refere a ação interventiva profissional no tratamento ao usuário, destacando que não existe um processo sistemático de planejamento e avaliação com relação as ações do CAPS.

O planejamento e a avaliação das ações do CAPS, eles acontecem só de uma forma muito primária ainda, nós temos [...] o planejamento e avaliação da ação do profissional a título de intervenção em relação ao usuário existe de três formas: primeiro, casos clínicos, que aqui nós fazemos reuniões de casos clínicos, quarta-feira das 8 às 9 horas e quinta-feira das 11h30min às 12h30min pra discutir a questão do caso clínico de pessoas; outra forma, construção de projetos terapêuticos ou revisão dos projetos terapêuticos na reunião da regional, cada regional, que são cinco, fazem suas reuniões pra discutir o planejamento e avaliar a vida dessa pessoa nas regionais, e a outra, especificamente do CAPS, a título de gestão, é a reunião de equipe, que você presenciou semana passada, aí é um outro momento de planejar e avaliar, porém, ressalvo, não se tem algo mais fidedigno, ou academicamente falando, que nos ampare pra fazer essa avaliação; então, é extremamente necessário nós termos supervisão, termos pesquisadores, que nos ampare no sentido de avaliar o serviço, avaliar nossa prática, avaliar a autonomia do usuário; a grosso modo nós temos, mas é muito de senso comum; então, precisa cientificar ou legitimar, regularizar, tornar mais fiel esse tipo de avaliação, a grosso modo temos, agora, com mais rigor, por escrito, não temos (GIRASSOL, 20/3/2006).

Sabe-se que a ausência de um processo de planejamento estratégico e avaliação sistemática comprometem a efetividade dos objetivos propostos. Conforme destaca Dias (2002), o cenário da Reforma Psiquiátrica requer tanto uma multiplicidade de respostas à sua plena implantação como para a avaliação de seus resultados. Contudo, é importante ressaltar que a especificidade das ações em saúde mental demanda a adoção de um método participativo, com o fim de superar o caráter unidimensional, comum em avaliações tradicionais.

A avaliação participativa já é uma exigência nas políticas sociais, decorrentes da pressão social pela garantia de acesso a bens e serviços públicos. Por analogia, a

construção de indicadores de avaliação também pode ser participativa, com a contribuição dos sujeitos inseridos na esfera municipal, responsável pela execução da atenção em saúde mental. Para a autora, apesar de certa reserva científica pela adoção desta sistemática metodológica, o seu valor está no alcance social de incluir os responsáveis pela execução de determinada ação, na sua construção e sistematização (DIAS, 2002).

3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento

Conforme já destacado neste trabalho os hospitais psiquiátricos são instituições representativas do modo asilar enquanto os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico de exercício das práticas de atenção psicossocial, do modo psicossocial.

O modelo de assistência do modo psicossocial destaca-se por seus meios básicos de tratamento (rede diversificada de serviços territorializados), e pela importância decisiva que se atribui ao sujeito na sua mobilização como participante principal do tratamento. Neste, considera-se o indivíduo como pertencente a um grupo familiar e social, o que supõe que se deve trabalhar, também, a família e o grupo social, como agentes das mudanças buscadas.

Já no modo asilar a organização institucional é marcada por estratificações de poder e saber, no âmbito das relações profissionais e da instituição, as quais transladam para a relação com os usuários e a população. Estes são excluídos de qualquer forma de participação, enquanto que no modo psicossocial, participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais.

Na pesquisa realizada, a maioria dos profissionais entrevistados referiu conhecer sobre a forma de atendimento no hospital psiquiátrico, seja por visitas, atuação profissional, contatos institucionais, relato dos usuários que estiveram internados.

No que se refere as diferenças no atendimento prestado pelo CAPS em relação ao hospital psiquiátricos, os entrevistados consideraram que existem diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência de um só discurso, o médico psiquiátrico do hospital e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial em contraposição ao tratamento igual para todos

das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Eu acho que é diferente em vários aspectos, primeiro, são essas diferenças que eu digo que são de base, sobre a Reforma Psiquiátrica e a função de um CAPS nesse processo de reforma. Existe por parte da maioria da equipe uma convicção de que a nossa função é evitar a internação e de uma certa maneira poder fazer substituição a essas instituições tradicionais; deslocar a centralidade do sistema pra um serviço aberto, que seja interdisciplinar, ou seja, onde você não tenha um discurso único dando a orientação, que no caso é o discurso psiquiátrico nas instituições (tradicionais); você tem essa multidimensionalidade então você pode compartilhar o discurso; em relação ao próprio atendimento, começa na forma do acolhimento, eu acho que o nosso acolhimento é bom, ele tem condições de receber a pessoa, de entender o que ela está procurando, o que ela está precisando, quais são as suas necessidades; a gente tenta de alguma maneira envolver família embora com dificuldades, mas a gente tenta e tenta principalmente manter a vinculação ou criar novos vínculos desse usuário; o projeto terapêutico que é individualizado também é outra coisa fundamental, que aí a gente quebra com a lógica tradicional de que todos recebem o mesmo tratamento, é a mesma medicação, são os mesmos horários, são as mesmas atividades pra todo mundo, não, a gente procura justamente ao levar em consideração essas características que são mais individuais, são mais singulares, a gente procura atender e levar em conta esses aspectos, então, isso pra mim já é muito diferente, além do que a gente procura o tempo todo ou minimizar ou quebrar mesmo a hierarquia, instituindo certas formas que evitam que a hierarquia se cristalize de maneira muito brutal, pra você não ter um deslocamento de poder dentro do serviço, que seja prejudicial pra todo mundo, igual no hospital (F, 12/4/2006).

A relação entre profissional e usuário foi destacada como diferencial por todos os entrevistados, conforme pode ser observado a seguir.

A relação entre o profissional e o usuário, pra mim, a maior diferença é essa relação interinstitucional ou interpessoal; é a forma como se dá, porque as ações também são diferentes, porque existem oficinas terapêuticas, existem os grupos terapêuticos, existem os atendimentos, mas esse modelo de atendimento pode também ocorrer numa outra instituição, ou mesmo num CAPS, mas se a relação de profissional e usuário não estiver pautada no respeito, uma relação sujeito-sujeito onde se possa esse serviço, obviamente, quando ele estiver num bom nível de participação, num bom nível de reabilitação, mas também..., o fundamental é isso, é estar pra além da instituição, estar pra relação do usuário com o profissional, e claro, o espaço também, o espaço físico tem que ter qualidade, a gente vê aqui um espaço super bom aqui no caso, as propostas de atendimento, como que são colocadas, como que é olhado esse usuário, esse usuário está junto no pensar da instituição, mas a cima de tudo assim, entender como cidadão de direitos, de respeitá-lo (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que tem um maior reconhecimento da condição subjetiva do paciente, acho que um certo respeito. Hoje, a Colônia Santana tem tido mudanças, tem uma política que também..., na verdade a política do Ministério também visa atingir as instituições mais asilares, os hospitais também estão mudando..., talvez seja mais lenta, aqui, a gente já chegou com uma outra perspectiva de trabalho; eu acho que a equipe toda, de forma geral, tem uma sensibilidade pra esse respeito pelo paciente, pelo outro, procura, na medida do possível, não estabelecer uma relação de poder; eu acho que aqui, por exemplo, a recepção é muito bem feita, os vigias também são pessoas que entraram no clima, assim, talvez já seja deles, mas entraram no clima do CAPS; acho que todos têm um compromisso com isso, um valor digamos; também, talvez seja deste CAPS, eu não conheço tantos outros CAPSs; eu acho que é uma relação diferenciada, na medida que você está aqui com esse objetivo de que a pessoa assuma a própria vida, contribuir para que isso aconteça; isso implica em ter pelo menos um respeito, um reconhecimento do outro (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p.10) destacam que o papel do técnico se transforma quando ele se coloca sob outros princípios; “se ele faz funcionar a tecnologia da doença mental, fortalece o dispositivo psiquiátrico. Mas, se transforma sua forma de intervenção, trabalha no sentido da desmontagem desse dispositivo”. Segundo os autores, isso significa pôr em funcionamento um dispositivo de desinstitucionalização e reinserir a complexidade dos problemas com os quais lida. Significa ainda abrir mão das interpretações da loucura segundo erro, incapacidade, inferioridade, doença mental, e potencializá-la como diferença, um modo diferente de relação com o mundo. Enfim, não usar o saber como técnica normativa, mas como possibilidade de criação de subjetividades. A técnica deixa de ser instrumento da violência quando a prática funciona como uma desconstrução da clínica.

As falas que seguem referem-se ao atendimento aberto e as possibilidades de escolha que o CAPS oferece em contraposição ao isolamento e segregação gerados pela internação hospitalar prolongada.

Em primeiro lugar o atendimento no CAPS é um atendimento, vou usar a palavra, aberto, ou seja, pra começar o usuário ele não fica internado aqui, mesmo se em algum momento tiver o CAPS III, é diferente. Ele vem, ele faz o trabalho dele, a sua terapia, durante o dia, e ele volta, quando, no caso tem família, pra casa; então, primeiro lugar a idéia do CAPS, o trabalho do CAPS não é segregar e isolar; quando o usuário vai para o hospital, eu acho que seja ele em qualquer campo da saúde, mas vai para o hospital e fica internado trinta dias, quinze dias, ele já esta sendo isolado do convívio com a família, do convívio social, ou seja, acaba perdendo progressivamente o contato com as pessoas e com o grupo social mesmo, e acaba sendo destituído das suas práticas pequenas, como desde pegar um ônibus, fazer sua comida, ir no

supermercado; no momento em que uma pessoa é colocada em um hospital e fica um mês, ele acaba perdendo o contato com essas mínimas..., não é nem com o mundo lá fora, mas com as mínimas coisas que ele teria em casa, na sua casa, enfim, ele perde tudo isso como se fosse realmente uma pessoa que não tem possibilidade nenhuma de fazer nem um café, enquanto o CAPS possibilita isso, acho que o CAPS ele, independente dos problemas que tem, acho que ele mostra que não, você ainda, apesar da sua crise, com a sua crise, com todas as limitações que as vezes um surto pode oferecer do ponto de vista cotidiano, você ainda pode fazer algumas coisas sim, como pegar um ônibus pra ir e voltar pra casa, fazer a escolha do seu planejamento terapêutico, vem aqui escolhe, em parte, o que gostaria de participar (LÉLI, 4/4/2006).

Assim, a possibilidade do usuário no CAPS de ter voz ela é muito maior do que nas outras instituições, as outras eu não vou generalizar, mas em algumas, as asilares, esses hospitais são.., enfim, crônicos até pela dificuldade mesmo de antes você pensar em ter outra alternativa que não a trancar e deixar lá e não tem medicação, não tem nada disso, estou falando de bem bastante tempo atrás, e isso ficou e se perpetuou, então, eu acho que a possibilidade do usuário aqui, no CAPS, nos CAPS, e até mesmo nos ambulatórios, acho que hoje em dia não é só CAPS que permite isso, é fazer parte como contribuinte do próprio tratamento, então isso é o que diferencia do paciente internado, vamos dizer assim, em São Paulo, no Vera Cruz, que é um hospital e tal, diferente de outros, tem algumas dessas internações que são diferentes, mas essa relação aí de profissional e usuário ela é mais aberta, é mais ampla, além do CAPS, especificamente, oferecer algumas possibilidades; então, a possibilidade de trabalhar em uma oficina, dessa oficina ter uma renda, que, assim, é um entrave no sentido que eles se sentem muito limitados e não só se sentem como eu acho que muitas doenças incapacitam mesmo, são incapacitantes, a esquizofrenia é uma delas, e é a nossa clientela aqui, a maior parte é de pacientes com esquizofrenia; a própria esquizofrenia já altera, vamos dizer assim, na cognição, na parte de planejamento, de você conseguir realmente se estruturar para trabalhar; tem umas pessoas que não conseguem nem ter o início, a iniciativa, ela é minada com a esquizofrenia, e aqui tem uma possibilidade, mesmo que essa possibilidade seja fazer oficina e ganhar uma renda, mesmo que, assim, seja só..., não é o valor que importa, é simbólico (J,22/3/2006).

O relato a seguir explicita epistemologicamente e em termos técnico-assistencial a diferença entre o modelo de atenção tradicional/hospitalar e o modelo de atenção psicossocial.

Primeiro, em relação a concepção da pessoa e em relação a concepção dos próprios meios de trabalho; na instituição psiquiátrica predomina o modelo manicomial/asilar como a gente chama, que daí vai olhar a pessoa enquanto doença, enquanto diagnóstico, aqui, no CAPS, a gente olha os seres humanos enquanto pessoas, enquanto a existência de um sofrimento, o que podemos fazer pra minimizar esse sofrimento da pessoa, então, essa é a primeira diferença que tem, quem é essa pessoa, que no modelo manicomial acaba sendo vista mais como diagnóstico, como um doente, isso que eu sempre falo, essa iatrogênia que o modelo

manicomial acaba inserindo na pessoa, você é um doente, vai ter que tomar remédio pra vida toda, e o máximo que você pode chegar é um portador de transtorno mental em recuperação, isso é uma das diferenças, outra é a própria concepção de saúde/doença que existe; as formas de organização dos dois modelos, são modelos diferentes, um é mais centralizado no psiquiatra, na instituição psiquiátrica, o no CAPS seria mais centralizado na equipe e, principalmente, nos usuários; a forma de relação com a clientela ou com o usuário, no modelo manicomial, é sempre uma relação hierárquica, de cima pra baixo, no CAPS, sempre uma relação, ou a gente tenta sempre ter uma relação horizontal; e a própria questão do que é bom ou não é bom pra pessoa, a pessoa tem que dizer o que é bom pra ela e, as vezes, no hospital, são os profissionais que já dizem o que deva ser bom pra ela, ou seja, a grande diferença que existe é: quem decide o que? No hospital as pessoas decidem sobre a vida da pessoa, eu acho que no modelo psicossocial é a pessoa que compartilha a decisão da sua vida (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme destaca Rotelli (1990), no manicômio (modelo/tradicional) a sociabilidade é reduzida a zero. A tutela, a internação tem a única finalidade de subtração das trocas, de estabelecer relações de mera dependência pessoal. Enquanto que a emancipação terapêutica (que se torna o objetivo substituto da "cura") só pode ser (cientemente) a mobilização de ações e de comportamentos que emancipem a estrutura inteira do campo terapêutico. Assim, o problema que se coloca aos novos serviços (CAPS) não é cura (a vida produtiva), mas sim a produção de vida, de sentido, de sociabilidade.

Neste aspecto, pode-se considerar a proposta basagliana de *colocar a doença entre parênteses* para assim direcionar o olhar ao sujeito em sofrimento e não à doença. Essa é uma questão fundamental, pois é o movimento de *tomada de responsabilidade* (DELL'ACQUA, 1992) individual e coletiva que se constitui como meio para a transformação institucional e para o processo de desconstrução. A cura cede espaço à emancipação, mudando a natureza do ato terapêutico, que agora se centra em outra finalidade: produzir autonomia, cidadania ativa, desconstruindo a relação de tutela e o lugar de objeto que captura a possibilidade de ser sujeito (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3 Participação do usuário e da família no tratamento

De acordo com as diretrizes da atenção em saúde mental do modelo psicossocial, o protagonismo dos usuários é fundamental para que seja alcançado o objetivo do CAPS de se constituir como dispositivo de promoção da saúde e da reabilitação psicossocial. Os

usuários e familiares devem ser chamados a participar das discussões sobre as atividades terapêuticas do serviço. A equipe técnica deve trabalhar de forma a estimulá-los a participar de forma ativa do tratamento e da construção de laços sociais. Entre os tipos de atendimento que o CAPS pode oferecer está o atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, de lazer com familiares (BRASIL, 2004).

Na seqüência deste item analisaremos as formas criadas pelo CAPS Ponta do Coral para envolver ativamente usuários e familiares no processo terapêutico, seja com relação ao projeto terapêutico individual, ao atendimento e a participação das famílias no tratamento.

3.3.1 Planejamento terapêutico individual

Conforme as determinações da política de atenção em saúde mental, cada usuário deve ter um projeto terapêutico individual, composto por um conjunto de atendimentos personalizado, que respeite as particularidades, necessidades de cada pessoa e proponha atividades durante a permanência diária na unidade e fora dela (BRASIL, 2004).

O atendimento no CAPS oferece projeto terapêutico de tratamento individualizado, o qual é pensado e avaliado com a participação do usuário. A fala relacionada a seguir detalha como acontece o planejamento do tratamento.

O primeiro passo desse projeto terapêutico ele é feito na entrevista inicial, que é basicamente a entrada desse usuário no serviço; então, a gente pensa uma programação mínima, levando em conta as necessidades, as condições, os limites e as capacidades do usuário e, quando a gente pode contar, com a família também. Além disso, uma vez por mês, [...] tem o encontro da Regional, e os usuários dessa Regional podem reelaborar o seu projeto terapêutico, a gente faz a revisão, a gente discute como é que está sendo esse projeto, se está sendo interessante, que ganhos, se está havendo ganhos ou não, se a pessoa está se sentindo contemplada de alguma maneira e tal, e aí a gente faz as alterações que a gente discute e acha necessário (F, 12/4/2006).

Com relação a forma como o usuário participa do processo de planejamento do seu tratamento, os entrevistados colocaram que é através da manifestação das preferências,

opções e desejos dele, dentro das possibilidades que o CAPS oferece. Nas falas relacionadas é explicitado qual a participação do usuário e do profissional no planejamento do projeto terapêutico de tratamento.

Quando o usuário chega no serviço, encaminhado de algum outro (serviço), ou de um hospital, ou de uma unidade local de saúde, ou por demanda espontânea é feito o acolhimento, onde a gente usa uma entrevista inicial pra fazer uma coleta de dados, ali resgata um pouco da história que o próprio usuário vai estar contando, e, então, nesse momento é feito o projeto terapêutico; inicia-se o projeto terapêutico, não que ele tenha que se esgotar nesse momento inicial; uma pergunta que a gente sempre faz pra ele é do que ele precisa, como a gente vai poder ajudar, então, a partir daí a gente oferece o nosso leque de atendimentos, o nosso projeto terapêutico do CAPS, e aí vai se construindo dessa forma (VIK, 24/3/2006).

Em geral a gente faz isso quando ele chega, na entrevista inicial, a gente pede pra que ele diga, a gente apresenta o que a gente tem; a gente pede que ele diga o que ele gostaria de estar fazendo, o que ele fazia, quais as preferências que ele têm, se ele não sabe, em algumas situações, a gente sugere que ele venha participar de algumas oficinas para ele, por exemplo, escolher; então, assim, é feito muito respeitando o desejo do paciente, o que ele gosta mais, as preferências dele; agora, se a gente vê que o paciente está muito ansioso, se ele precisa, a gente sugere um grupo terapêutico ou as vezes o atendimento individual; assim, não tem uma uniformidade, em geral a gente age assim (P, 17/3/2006).

Ele tem, esse projeto terapêutico, ele tem um primeiro momento, quando o usuário chega e faz a entrevista inicial é colocado com ele e oferecido, mostrado as possibilidades, o que o CAPS oferece em termos de terapia, desde grupos terapêuticos, atendimento individual e oficina, mas não é só oferecido, é também feito uma avaliação do técnico, o que ele pensa que, naquele momento, poderia estar ajudando aquele usuário, e é conversado com o usuário, muitas vezes acaba o usuário escolhendo tudo, escolhendo o que ele quer e o técnico tem pouca interferência, outras vezes o usuário quer algo que talvez naquele momento, por exemplo, atendimento individual, mas não tem vaga, não tem, os técnicos estão todos..., se tem alguém fazendo atendimento individual já não tem horário, então se entra em um acordo das possibilidades, dos desejos do usuário, e das possibilidades que o serviço oferece; isso é o primeiro momento, no segundo momento, ao longo do período do usuário aqui, vão tendo transformações, muitas vezes ele abandona aquele grupo ou oficina, que não era aquilo que ele achava que era bom, que ele gostava, abandona formalmente ou informalmente, simplesmente não vai, ou ele entrou em surto não veio mais, uma série de questões, então isso tudo é retomado, a gente tenta fazer a retomada na reunião das Regionais, reunião mensal, como é que está o tempo dele aqui, o que ainda se mantém fazendo, como ele está se sentindo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos entrevistados destacou que o projeto terapêutico de tratamento do usuário

é sempre pensado a partir da necessidade dele, o que ele traz de necessidade, o que ele traz de sonho, de vontade, de sofrimento, de

tristeza, então, o projeto terapêutico é sempre pensado, repensado, analisado, refletido, em cima da necessidade da pessoa (GIRASSOL, 20/3/2006).

É importante destacar que o planejamento do projeto terapêutico deve envolver o portador de transtorno mental como sujeito deste processo. A participação ativa do usuário na escolha do que fazer e na expressão de suas necessidades favorece a adesão e continuidade no tratamento, confere-lhe o exercício da liberdade de escolha e da cidadania. Neste processo, o ato terapêutico, quando não é mais fundado sobre a doença e não provém da autoridade médica, torna-se a própria organização coletiva, convertendo-se em *tomada de responsabilidade* e produção de subjetividade (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral

No plano teórico, a relação da família com o portador de transtorno mental é construída a partir do alienismo, como produto da sociedade moderna/burguesa. No interior desta perspectiva concentram-se dois entendimentos polarizadores: “o da família ameaçada pela eclosão da enfermidade, portanto, sofrendo suas conseqüências ou causadora da emergência do transtorno mental, assim culpabilizada por sua etiologia” (ROSA, 2002, p. 139). Historicamente, o segundo entendimento foi o que prevaleceu na maioria das abordagens teóricas na área da saúde mental, com uma relativa diminuição nos anos 1970, seguido de uma complexificação da compreensão do grupo familiar e de sua dinâmica, a partir dos avanços teóricos da leitura feminista e marxista. “Contemporaneamente, a inclusão do grupo familiar nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental; a assunção de sua condição de parceira e co-responsável dos serviços e a exigência de constituição de uma nova pedagogia institucional em sua abordagem atravessam a construção de uma nova relação entre o louco e a sociedade” (ROSA, 2002, p. 139).

Nesta direção, um dos objetivos do CAPS é incentivar as famílias a participar do cotidiano do serviço. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas importantes para o trabalho dos CAPS. Eles podem participar de diversas maneiras, incentivando o usuário a se envolver no projeto

terapêutico, participando diretamente das atividades do serviço, nas reuniões, assembléias, nas associações de usuários, técnicos e familiares, trazendo dúvidas, sugestões. A participação pode acontecer tanto nas atividades internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. (BRASIL, 2004).

A Portaria /GM nº 251/2002 constitui-se como mais um dispositivo na mudança das relações entre os serviços de saúde mental e a família à medida que prevê, no desenvolvimento dos projetos terapêuticos, o preparo para o retorno à residência/inserção domiciliar e uma abordagem dirigida à família no sentido de garantir orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento.

O atendimento aos familiares é uma das formas para que as famílias participem, conheçam o trabalho dos CAPS e passem a se envolver ativamente no processo terapêutico. Neste sentido, a família ganha visibilidade como protagonista, parceira dos serviços e co-responsável no provimento de cuidados do portador de transtorno mental.

Além disso, o avanço dos conhecimentos e entendimento de que os fenômenos humanos comportam uma multiplicidade de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos e éticos, inter-relacionados entre si, possibilitou mudanças na assistência às pessoas em estado de sofrimento psíquico. Essas puderam ser compreendidas na totalidade de sua condição existencial. E, o sofrimento, antes tomado apenas como algo individual, passou a ser visto como parte de um contexto onde outras pessoas estão envolvidas e também merecem cuidado e atenção.

No CAPS Ponta do Coral, na sua maioria, os profissionais afirmam que existe atendimento familiar, com ressalvas de um deles que referiu não existir atendimento familiar sistemático e outro que observou que existe atendimento familiar individual. As falas relacionadas expressam de que forma a família participa no tratamento do seu membro no CAPS.

A família participa não como uma preconização ou uma exigência do serviço; o que eu tenho visto é que a família participa aqui no CAPS na medida em que há uma necessidade, quando há necessidade do serviço conversar com a família ela é incluída, quando há uma necessidade da família pelo serviço ela procura, mas não é uma rotina todas as pessoas que vem aqui a família ser atendida, as vezes o usuário não quer saber da família, as vezes a família não quer saber do usuário e assim sucessivamente, ou seja, a família participa na medida que temos a clareza da necessidade, mas não é uma prática oficial do serviço (GIRASSOL, 20/3/2006).

Alguns casos sim, em alguns casos eles vem para a reunião mensal da Regional, ou vem para uma consulta com a psiquiatra, ou vem pra trazer o usuário que não consegue ainda vir sozinho, mas é muito restrita a

participação da família, normalmente ela vem mesmo quando a coisa está apertando, quando o usuário surtou, não está conseguindo segurar, quando ele está já nas últimas (LÉLI, 4/4/2006).

Os profissionais que afirmam a existência da participação da família no tratamento explicitam como esta acontece e como se dá o atendimento no serviço, observando o cuidado que existe em atender a família e o usuário juntos.

Sim, tem alguns usuários que vem acompanhado de familiares, as vezes nós chamamos a família, quando existe necessidade, e isso acontece assim no cotidiano, conforme realmente surge a necessidade; geralmente há uma relação muito conflituosa entre o usuário e família, geralmente o familiar mais próximo, referência mais próxima e aí a gente intervém, mais ou menos com dois objetivos, assim, um de pensar essa relação conflituosa, o que pode ser negociado aí pra viverem melhor, pra ter mais qualidade de vida nesse ambiente, que moram juntos, e o outro pra poder então capacitar, colocar elementos pro familiar sobre o tratamento, sobre os transtornos mentais, pra que ele possa ser um cuidador também, o que ele é, pra que ele possa se qualificar; então, uma outra coisa que eu penso é que esse atendimento familiar ele sempre tem que privilegiar a participação do usuário porque fica complicado falar do usuário sem ele estar presente (VIK, 24/3/2006).

Sim, a família participa, claro, na medida de cada caso; em geral, assim, a gente tem a disponibilidade de atender a família, então, muitas vezes, precisa de o paciente vir com a família em várias situações, e esse atendimento é dado; o grupo de família, também está tendo o grupo de família, as vezes é dado (o atendimento) a família daquele paciente; mas sempre a gente tem o cuidado de receber a família e atendê-la junto com o paciente, nunca assim..., não gerar essas fantasias perseguitórias por parte do paciente “tá falando o que de mim”; isso é mais ou menos quase uma regra aqui no CAPS, a gente atende junto com o paciente (P, 17/3/2006).

Os trechos das entrevistas relacionados a seguir descrevem as formas criadas pelo CAPS para oportunizar a participação da família no tratamento. Alguns profissionais referiram-se a um grupo de famílias que chegou a ser iniciado, mas que pela falta de adesão e outras dificuldades não funcionou mais.

Um pouco assim, o acolhimento na segunda-feira é um espaço que a família pode participar junto com o usuário pra relatar como é que foi o final de semana e pra relatar e como estão as atividades no CAPS; o outro espaço são as reuniões das Regionais de equipe, fora o trabalho individual, que, assim, eu acabo chamando muitas vezes, eu quero atender você na presença de um familiar, as vezes você precisa até forçar nesse sentido, de que a família compareça, faço cartinha, mando e aí atendo em consulta individual, mas não em grupo, não é uma abordagem psicoterápica, é mais no sentido de psicoeducação do que de terapia (J, 22/3/2006).

[...] existe um planejamento pra se atender família, um grupo de familiares a serem atendidos por psicóloga [...]; então, as formas criadas para oportunizar a participação da família é justamente quando ela vem, acompanha, que é aberto para os familiares participarem das oficinas junto com o usuário, então, sempre tem essa oportunidade e grupos específicos pra famílias que estão se tornando real (GIRASSOL, 20/3/2006).

É mais ou menos como eu te falei; então, assim, as vezes a gente chama pra um atendimento individual, e também ela participa dos eventos acontecidos aqui no CAPS, promovidos pelo CAPS, de festas, geralmente o dia nacional da Luta Antimanicomial, quando a gente comemora, que faz uma confraternização, as festas sempre tem a presença de familiares também, festa de natal, festa junina (VIK, 24/3/2006).

As reuniões das Regionais por exemplo, uma vez por mês, e tem alguns técnicos que fazem reuniões com as famílias, discutindo, por exemplo, aquele usuário em que a família está implicada diretamente, tem problema com a família, então chama a família pra trabalhar; já teve grupo de família, mas foi fechado porque as pessoas ficaram um tempo, mas as famílias, segundo as técnicas que fizeram, muito pouco se apropriavam, vinham, se utilizavam desse espaço (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre este aspecto, cabe destacar que o deslocamento do eixo da compreensão do problema individual para o familiar/social, que tem como consequência o acolhimento da família como uma unidade que necessita de cuidado tanto quanto o paciente individual, pressupõe um novo olhar sobre as possibilidades das famílias para enfrentarem suas crises e atuarem como suporte terapêutico. Nessa perspectiva, se impõe a necessidade de não só reconhecer o atendimento ao grupo familiar, mas de oferecer uma atenção singular que leve em conta, por um lado, as especificidades de cada família, considerando a história, a estrutura, a dinâmica, bem como a inserção desta no contexto social. Por outro lado, deve-se avaliar a realidade e as possibilidades das famílias para usufruírem das formas de atenção que lhes são propostas (MIOTO, 1998, pp. 25-26).

Nesta direção, dois dos participantes da pesquisa identificaram como uma das dificuldades em realizar o atendimento familiar, a falta de profissionais qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades, conforme pode ser observado nas falas a seguir.

A maior dificuldade que eu vejo é que não existe ninguém capacitado aqui dentro para lidar com a família, é claro que, assim, eu faço um atendimento com o usuário a família vai estar junto eu vou estar explicando, mas quando você vai pensar em trabalhar com a família, trabalhar no sentido psicoterápico, isso não existe, agora informar a família, tentar com que a família faça parte do planejamento, a gente

tenta e incentiva, estimula que eles venham nas reuniões das Regionais, mas o que eu percebo, assim, a equipe ela é muito pequena pra dar conta de tudo, então a maioria das vezes o paciente chega, a família está ali fora, mas todo mundo tem a sua atividade, estão todas na oficina e isso me sobrecarrega muito porque eu tenho que dar conta de tudo, inclusive da família que chegou, do atestado que está faltando, e a família que quer saber porque que o remédio..., mas não existe um espaço pra ela, não existe um espaço que acolhe a família (J, 22/3/2006).

Profissionais qualificados, eu acho que necessita de profissionais que tenha um pouco mais de experiência, de conhecimento pra estar lidando com família, que toda a família tem sempre os seus nós górdios, tem sempre questões de fundo, que as vezes precisa de um certo conhecimento, experiência pra estar lidando com isso; até que ponto é vítima ou réu, então, acredito que profissionais que tenham experiência, que tenham a qualificação teórica, [...] possa estar oportunizando uma melhor relação no atendimento CAPS com família, então, a qualidade do profissional para estar realizando essa participação (GIRASSOL, 20/3/2006).

Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que é um transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, foram relatados pelos profissionais.

Acho que tem uma junção, eu acho que tem uma coisa primeiro que é o entendimento, a família, muitos familiares, querem deixar o usuário aqui, e querem fazer sua vida, até por questão de sobrevivência; o que eles alegam muito é que eles precisam trabalhar, então não pode faltar ao trabalho uma vez semana pra poder estar aqui porque mesmo que tenha atestado pra poder estar aqui, acaba perdendo o trabalho, não tem como justificar; e a outra questão é o próprio entendimento de que é na família o espaço em que o usuário pode ser tratado, porque a idéia de tratamento é uma idéia também que se direciona, que acaba sendo entendida como médica, hospitalar ou clínica, ou então, agora tem o CAPS; e o lugar de tratamento, digamos tratamento como restituição, como reinserção, também é na família (LÉLI, 4/4/2006).

É, chega um momento que as vezes de fato a relação se esgota, assim, são tantos conflitos, são tantas brigas, tantas dificuldades de convivência, de relacionamento, que já vem desde a infância, que chega em momentos quando, geralmente, o usuário tem as primeiras crises, isso gera um isolamento, assim, o usuário fica isolado nesse ambiente, nesse contexto familiar, realmente é muito difícil; as vezes tem uma mãe muito controladora e que aí o usuário não quer muito aproximação do serviço com essa referência porque o serviço passa a ser então um lugar de acolhimento pra ele que ele não tinha até então, porém, a gente busca a família, pra que a família possa cumprir essa função da referência (VIK, 24/3/2006).

Neste sentido, deve-se considerar que no contexto brasileiro, pela própria ausência ou precariedade da intervenção estatal por meio das políticas públicas de corte social, a família torna-se a principal garantidora da reprodução da força de trabalho. As famílias, para suportar, todas as funções que lhes são atribuídas e enfrentar as situações de risco social, buscam dividir com o Estado o encargo dos cuidados com seu ente enfermo. Mesmo assim, configuram-se, para elas, condições deficitárias de atendimento, em particular no caso da atenção em saúde mental (ROSA, 2003, p. 192).

Na seqüência, o entrevistado realiza uma análise das várias situações singulares e sociais que envolvem as dificuldades do serviço, das famílias e dos usuários, em realizar um tratamento integrado na relação usuário/família/CAPS.

Então, também envolve vários aspectos, eu vou apontar alguns; assim, em primeiro lugar, a gente vê que boa parte das famílias vê o CAPS como um lugar pra poder deixar o seu familiar, é um lugar onde ela não vai precisar cuidar dele durante um certo tempo, então, eles até participam de algumas entrevistas iniciais, hoje, por exemplo, eu tenho uma (entrevista inicial) que a pessoa veio sozinha, não veio família; é bastante freqüente que venha o usuário sem acompanhante familiar algum, esse é um aspecto, a família de uma certa maneira toma o CAPS como um lugar pra deixar o seu familiar, nós por outro lado, não criamos estratégias pra fixar essa família, pra trazer essa família mais perto; tem um grupo de família que funciona de maneira meio irregular, mas que a gente vê cada vez mais a necessidade de tornar isso algo mais organizado, poder atender a família, a gente faz o acompanhamento com família, geralmente, quando há um pedido específico ou do usuário ou da própria família, aí a gente procura fazer, mas é mais individualizado, é uma questão mais individualizada, e há também, por parte dos usuários há o desejo de que a família não participe, isso ficou muito evidente na organização da associação, que é uma associação de usuários, familiares e técnicos, e quando a gente estava organizando a associação, toda vez que se falava na participação dos familiares havia uma certa resistência por parte dos próprios usuários que os familiares participassem; a gente entende isso como uma maneira de buscar uma certa autonomia, uma certa distância dessa família, que é, as vezes, bastante complicado de fato tê-los muito próximos, aí precisa de um outro tipo de abordagem, não dá pra incluir, como a gente fazia no início por exemplo, a gente fazia grupos de usuários e familiares, mas a família atrapalhava mais do que ajudava nesses grupos, aí a gente resolveu começar a separar, deixar o espaço específico para o usuário, porque a família vinha e tomava o espaço, e falava, e ficava reclamando da pessoa, do que ele não fazia, de todas as dificuldades etc..., então, a gente achou melhor botar um pouco uma barreira, botar um filtro ali pra que tivesse espaço do usuário e que ele pudesse aproveitar isso da melhor maneira possível (F, 12/4/2006).

No entanto, cabe destacar que, numa visão mais abrangente e totalizante, a família é entendida, no cerne das condições de reprodução social do portador de transtorno

mental, como um sujeito que procura reconstruir relações cotidianas, criar novos sentidos, manter e fortalecer laços de sociabilidade. É percebida, positivamente, em suas possibilidades, potencialidades e recursos, como elemento fundamental à manutenção do poder contratual, à autonomia e à emancipação do portador de transtorno mental (ROSA, 2002, pp. 152-153).

As falas relacionadas a seguir apresentam a compreensão dos entrevistados com relação às possibilidades da participação da família no tratamento, e as dificuldades do CAPS em realizar esse tipo de atendimento. Um deles argumenta que o acompanhamento à família é essencial para minimizar os efeitos da convivência com o portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Acho que o atendimento familiar assim como ele pode ter dificuldades ele também pode te ajudar um monte, então, assim, tem os dois lados, as dificuldades eu acho que é porque também ele vai estar trazendo, vai sobrecarregando com mais, digamos assim, mais queixas, vai estar trazendo.., as vezes nem está relacionado ao usuário os problemas e as situações, embora eu acredito que na maioria das vezes ela ajuda, ela ajuda porque é que está convivendo com o usuário lá fora o tempo inteiro, que tem mais os dados, quem pode inclusive, ah! ele está muito sedado, vamos tirar esse remédio, esse remédio só faz mal, então, a família se ela não é bem orientada ela acaba, assim, tentando fazer o bem ela acaba fazendo o mal pro paciente, ah! não aquela atividade lá, ficar só batendo palminha, musiquinha, aquilo lá não vai ajudar você, é melhor eu.., vou te colocar de novo na escola porque se não você não vai trabalhar nunca, então todas as ansiedades da família, que se elas forem bem trabalhadas o usuário só tem a ganhar, agora, as dificuldades é: um espaço em que essa família seja acolhida, que ela seja realmente trabalhada e uma equipe, a formação, alguém com formação pra fazer isso, isso não tem (J, 22/3/2006).

Eu acho que o acompanhamento com a família ele é extremamente necessário pra elaborar a imagem que essa pessoa acabou deixando pra essa família; a família ela ainda tem uma imagem, ela tem o imaginário social em relação o que ela de repente produziu; então, há uma necessidade de se ter um acompanhamento com os familiares pra estar elaborando as relações, o dia-a-dia que ela tem com o portador de transtorno mental; as vezes se investe muito em acompanhamento com usuário e não se investe muito no acompanhamento com a família, a família está sobrecarregada, tem que se discutir a questão dos encargos familiares, porque as vezes ter um portador de transtorno mental junto com a família é extremamente estressante, e as vezes a família acaba colocando o portador de transtorno mental no hospital pra descansar, porque as vezes é complicado, tem um portador de transtorno mental que canta o dia inteiro, ou que não dorme durante a noite, dorme de dia, ou que quer ver televisão a todo momento, ou que fica conversando com a vizinhança a todo o momento, tem o portador de transtorno mental que com o seu sofrimento incomoda muito a família, então, tem de haver um profissional articulado ou apaziguador ou que provoque alguma

resolução nessa prática; [...] se não dá pro portador de transtorno mental morar com a família então que se haja (encontre) um espaço harmônico, mas a família tem que ser acompanhada sim (GIRASSOL, 20/3/2006).

Entre as dificuldades que os profissionais identificam na (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e estigma da loucura, ainda presentes no imaginário social das pessoas. Relacionamos na seqüência as respostas dos entrevistados, nas quais é expressa a relação com alguns dos aspectos enfrentados no cotidiano da vida dessas pessoas, em suas relações com a família, as instituições e a sociedade.

Em primeiro lugar a dificuldade de a família compreender o que a pessoa tem, pelo que ela passa, muitas vezes, a idéia é de que é um vagabundo, que o cara não quer trabalhar porque é vagabundo, não quer fazer nada só quer ficar em casa fumando, na frente da televisão porque é vagabundo; então, tem essa dificuldade de poder dar ou ter um certo olhar pra essa pessoa, pra esse usuário que não seja esse da discriminação; tem também o medo, o medo de que essa pessoa venha cometer algum crime, que é um pouco o mito da loucura, é o que envolve o mito da loucura, de ser alguém que é imprevisível e violento, o mito da loucura está muito marcado por isso, muitas vezes a família vem contaminada por isso, eu atendo uma mãe, por exemplo, que apesar de ser uma pessoa que contribui muito, mas ela tem medo do filho, ela tem medo, e ela reconhece isso, diz isso claramente, ela tem medo, agora menos, depois de um tempo isso está começando a se flexibilizar, ela está começando a entender um pouco diferente, mas ela tinha muito medo do que esse filho poderia fazer com ela, então, isso é algo que é bastante comum, mas isso é uma dificuldade; o outro aspecto da resistência é a idéia de que ele se tornou uma pessoa inútil, o usuário se tornou uma pessoa inútil, porque ele não pode trabalhar, que nunca vai fazer nada a não ser ficar como um louco, ficar como uma pessoa que não pode assumir responsabilidades, que não contribui, o aspecto financeiro é um problema; o Programa de Volta pra Casa não resolve isso integralmente porque ele é destinado pra pessoas que estão no mínimo há dois anos internadas, então, aqueles que não tem internação prolongada não têm acesso a esse recurso, então, ele passa a se tornar um peso econômico pra família e aí todos os outros problemas que são decorrentes disso (F, 12/4/2006).

Muitas vezes ele acaba sendo o membro da família rejeitado, ele tem o quartinho dele no fundinho. Bom, eu acho que é o próprio estigma de ter um doente mental, tem ah ele é doente mental, deixa ele quietinho lá porque se não ele vai incomodar, vai surtar, vai xingar e, que vergonha, aí os vizinhos; então, é o estigma do usuário, do paciente com transtorno mental, como muitas famílias não entendem elas tem até crenças de que isso é o demônio, isso é um castigo, ou é porque ele era uma pessoa ruim na vida passada, então, vem com mil, vamos dizer assim, explicações, que só atrapalham e impedem que aquilo seja encarado como..., ok isso aí é uma doença, e como é que a gente vai

fazer pra ajudar e tratar isso; então, os conhecimentos, a ignorância nesse sentido, [...] uma parte eu acho que seja pelo próprio desconhecimento do que é um transtorno mental, e do estigma de que o louco é o que rasga dinheiro e, enfim, isso dificulta, e aí quando você não tem um suporte pra dar à essas famílias aqui dentro, você só reforça lá fora esse estigma; então, claro, a pessoa chama a atenção da população, os pacientes que conseguem lá fora trabalhar e não ficar só dentro do CAPS, então, as oficinas que possam vir a dar renda, que elas sejam trabalhadas lá fora, até pra lá fora você convive com eles, percebe que eles não são os loucos que rasgam dinheiro, saem quebrando tudo e matando todo mundo, esse é o medo da população e acaba sendo o medo da família (J, 22/3/2006).

A questão da diferença do “louco” para o “não louco”, que na sociedade capitalista, é determinada pela relação produtivo/não produtivo, ou seja, aquele que detêm poder de consumo e aquele que não tem poder de consumo, também foi expressa pelos profissionais entrevistados como uma das dificuldades para a (re)inserção social do portador de transtorno mental, na família e na sociedade.

Eu acho que os limites do usuário; tem a coisa do preconceito, da loucura, ele, o usuário, ele não é alguém produtivo na família, ele não leva dinheiro pra casa, ele, ao contrário, ele só gasta, ainda tem que buscar remédio, ele dá mais trabalho ainda, ele não é produtivo, de maneira geral, então, isso já agrega um preconceito maior ainda, além de ter o preconceito da loucura, de ser..., enfim, alguém que tem uma “deficiência”, alguém que é muito dependente, ainda tem isso, então, ele não soma nada à família a não ser o incomodo; daí, geralmente, é uma mãe que até acolhe, ou pai, por questões afetivas, mas sempre está lidando com esse limite do usuário; tem famílias que não querem, tem muitas famílias carentes que não querem mais um problema, e quando a pessoa, então, saiu da família, que foi internada, e ficou um longo tempo fora, a família já se estruturou de forma a não contar com aquele usuário, então, já não conta mais com ele, passou três, quatro, cinco meses, aí vem uma pessoa trazendo toda uma dependência e que não é somar, ou as vezes as próprias crises dentro de casa, então, é difícil um cara que faz xixi no chão, um cara que toma um café e deixa sua xícara, um cara que quebra, que uma vez por mês quebra tudo, que bate nas pessoas dentro de casa, ninguém tem essa tolerância, tem que ser mais de uma pessoa pra suportar e, as vezes, uma pessoa, que é a mãe, suporta, mas os outros irmãos não entendem, não conseguem lidar com a questão, que é difícil mesmo, o nível de dependência, os limites, o risco que, enfim, pode correr o usuário (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Rosa (2003, p. 192), a família, apesar de procurar dividir com o Estado as demandas de cuidado do portador de transtorno mental, ainda é o principal agente responsável pelo seu provimento. Para implementá-lo, na divisão sexual do trabalho do grupo doméstico, seu ônus recai sobre a mulher. Todavia, diferente das demais

enfermidades, o transtorno mental se particulariza pelo fato de seu portador não se reconhecer como enfermo e por seu prognóstico figurar como uma incógnita, sem ter uma temporalidade previsível. Desta forma, em geral, o provimento de cuidados e o tratamento tornam-se impositivos para o portador de transtorno mental, que pouco colabora conscientemente no seu processo de recuperação. Por sua vez, o provedor de cuidado, com frequência a mulher, mãe, tem que ter uma disponibilidade de tempo, periódica ou indefinidamente, para exercer o seu papel. E, para satisfazer as necessidades individuais do portador de transtorno mental e as exigências de sua enfermidade, a mulher, mãe tem seu espaço de vida invadido, seus projetos de vida obstruídos pelas necessidades de prestar cuidado.

3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares

No contexto da Reforma Psiquiátrica, as organizações de usuários, técnicos e/ou familiares tem cumprido um importante papel na mudança do modelo assistencial em saúde mental, participando ativamente das discussões sobre os serviços e promovendo atividades que visam maior inserção social, geração de renda e trabalho e a garantia de direitos sociais. Essas associações constituem-se em importante instrumento de promoção da saúde e da cidadania de todos os envolvidos (BRASIL, 2004)

O CAPS Ponta do Coral conta com uma associação de usuários, familiares e técnicos. Apesar de estatutariamente estar prevista a participação e filiação de familiares e técnicos, atualmente, na prática, esta se tornou, efetivamente, uma associação de usuários. Em gestões anteriores, já teve em sua diretoria a participação de técnicos do serviço. Atualmente, dois técnicos acompanham as atividades desta, mas a diretoria da gestão atual (2006) é composta somente por usuários.

Com relação a participação dos usuários no planejamento das atividades do CAPS, os profissionais referem que esta acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, realizada semanalmente, na qual são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Contudo, os entrevistados observam que

existem dificuldades em realizar um processo de planejamento das ações do serviço, seja por particularidades dos usuários, seja por limitações e/ou problemas institucionais.

Assim, existem alguns espaços em que essas ações são tomadas em conjunto, a assembléia dos usuários, aqui é feita de terça-feira, em que é discutido desde a limpeza, o lanche, qual é o próximo passeio, o que vai ser de reunião, o que está sendo feito, quais são os informes em relação a saúde mental, em relação a congressos, encontros, comissões. O que eu percebo é que embora isso seja estimulado há pouca, baixíssima, aderência e quando há, em geral, são daqueles mais saudáveis no sentido de que de repente nem seriam usuários CAPS, mas eu acredito que isso seja também o próprio sintoma, de a dificuldade de lá fora conseguir um emprego, a dificuldade de iniciar uma atividade, iniciar um curso, é também pra se engajar na própria luta deles; o que eu percebo é que a família, em geral, quando pega isso vai adiante, os usuários tem poucos estímulos próprios, vamos dizer, pra continuar, pra se manter; então, na reunião da Comissão Ampliada²¹, aí participa um, mas depois a semana que vem já não vem; então, são poucos os que realmente conseguem dar conta, eu coloco a palavra no sentido de ser capaz para, tem essa dificuldade, eu acho que é própria condição (J, 22/3/2006).

Então, a gente procura estabelecer parcerias com a associação porque tem muitas coisas que pelo fato de a gente estar submetido a um organograma e a hierarquia, e aí os limites do serviço público, a gente não pode fazer; por exemplo, a questão da venda do material das oficinas, isso é algo que o CAPS não pode assumir, por conta mesmo da legislação que impede a gente de fazer esse tipo de atividade; então apesar de ter uma participação grande, o material vendido é o material das oficinas do CAPS, mas quem faz essa tarefa é a associação, é a associação que se encarrega da venda, de levar o material, de receber dinheiro etc.; além disso a associação se tornou efetivamente uma associação de usuários, apesar de o estatuto dela prever a participação e filiação de familiares e técnicos ela é uma associação de usuários na prática, e como articuladora de um projeto político e de reivindicação dos direitos do usuário dos serviços de saúde mental, como um instrumento pra viabilizar inserção no mercado de trabalho por exemplo, parece que são essas as funções da associação; com os usuários o que a gente tem é uma assembléia semanal onde são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; esse aspecto do planejamento da atividade ele de fato não tem a participação dos usuários até porque nem nós, como te falei no início, o nosso planejamento também é meio caótico, assim, a gente não tem um processo organizado de planejamento pra um ano ou mesmo pra seis meses, então, aí os usuários não chegam a participar desse planejamento, eles participam sim da discussão do funcionamento que é na assembléia,

²¹ A Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental (CPASM) é uma instância do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, criada através da Resolução N°1/CMS/2006, cuja finalidade é assessorar o plenário do conselho no que compete a formulação, implantação, implementação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas, ações e projetos em Saúde Mental, assim como prestar assessoria técnica ao gestor municipal. A CPASM é constituída por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde, e usuários e familiares da saúde mental (nota da pesquisadora).

que é toda semana, e aí se trata das coisas do dia-a-dia, é mais cotidiano (F, 12/4/2006).

A presença e participação dos usuários nas discussões e no planejamento das ações pertinentes à saúde mental vêm se ampliando progressivamente nos últimos anos. O processo de inserção inicia-se com o protagonismo dado ao sujeito na definição de seu projeto terapêutico, estende-se na organização de associações e na representatividade destas nos fóruns deliberativos (Conselhos de Saúde, Conferências, Comissões de Saúde Mental), e na participação em eventos científicos e espaços de militância política pertinentes à área da saúde mental. Essa é uma das formas em que a condição de cidadão dos portadores de transtornos mentais é resgatada. Segundo Rodrigues (2005, p. 80), “a participação política e militância de usuários e familiares em instâncias deliberativas ganham efetividade quando politicamente organizados”.

Neste sentido, a construção coletiva do protagonismo requer a saída da condição de usuário-objeto e a criação de formas concretas que produzam um usuário-ator, sujeito político. Isso vem ocorrendo através de inúmeras iniciativas de reinvenção da cidadania e *empowerment*, como atenta Vasconcelos (2000b), por meio de intervenções via associações de usuários ou de cooperativas sociais, ou ainda da participação política de tais atores nos mais importantes fóruns sociais de formulação de políticas da área, tal como nos conselhos de saúde e comissões de saúde mental.

Nas falas que seguem, os participantes da pesquisa destacam as dificuldades encontradas na organização, na articulação e no funcionamento da Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral²², bem como seus objetivos e principais lutas políticas por direitos.

Assim, eu acho que os usuários têm esse espaço da assembléia junto com os técnicos. É um espaço interessante, onde eles podem estar opinando, mais do que o da associação; o da associação é muito mais difícil de levar adiante; eu também já fiquei um tempo ajudando a associação, já fui até, uma época, da própria gestão, da própria diretoria, e a gente tem

²² Importante estudo sobre a Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral foi realizado por Rodrigues em dois trabalhos: RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral: desvelando sua significação**. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004; e RODRIGUES, J. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

que estar puxando muito como técnico, parece que deixar por conta deles a coisa não anda e, as vezes, a gente vê que fica mais um desejo nosso de que as coisas aconteçam do que deles; então, a assembléia pelo menos é um espaço que eu ainda acho que se consegue ter uma presença, agora a presença dos familiares no planejamento é muito pequena, poucos que vem, vem um ou outro, pai de alguém; dos usuários, eu acho que é mais nesse espaço da assembléia que acontece (P, 17/3/2006).

Os usuários, nós temos a assembléia dos usuários; então, na assembléia se discute algumas questões, por exemplo, as vezes o planejamento, funcionamento da casa, por outro lado nem tudo é discutido na assembléia, [...] tem uma atuação limitada, ela não é totalmente participativa. A associação, ela tem histórias de altos e baixos; teve momentos que a associação tinha uma diretoria, mas ninguém participava, não se articulava; tem momentos que a associação se integra mais, quando ela se integra a coisa fica também mais rica; nós temos aproximação, por exemplo, na questão do vale transporte, as reivindicações, sobretudo do vale transporte, de veículos pra passeio, pra participar de um evento, muito mais do que planejamento das ações, digamos assim, mais no sentido de luta por direitos e reivindicações (LÉLI, 4/4/2006).

A associação de usuários possui cinco objetivos: controle social, ajuda mútua, suporte mútuo, defesa dos direitos, geração de renda; em cima desse objetivos a associação realiza seu movimento e sua luta. Em termos do papel dos usuários no planejamento das ações do CAPS seria discutir esses objetivos em relação ao CAPS. Hoje, o que acontece, a associação de usuários acaba discutindo um pouco mais controle social; ela expressa a representatividade dos usuários na luta social, na dignidade humana, e também na geração de renda; outra coisa muito importante que a gente fala é a luta contra o preconceito, então, a associação ela participa mais nesse sentido, controle social, geração de renda e luta contra o preconceito no CAPS; esse é o papel dos usuários, realizar o controle social, participar da geração de renda e a luta contra o preconceito; a luta contra o preconceito significa realizar teatro, levar pras Academias, levar pra comunidade, mostrar que a história do louco no imaginário social das pessoas ela é transformada, pode-se reverter isso, e isso se reverte com música, cultura e arte (GIRASSOL, 20/3/2006).

O papel da associação no planejamento, é porque assim, a associação ela não é o CAPS, ela é uma entidade separada, a assembléia é uma assembléia geral do CAPS, é um mecanismo facilitador da participação dos usuários e técnicos na gestão do serviço; a associação é uma entidade, sem fins lucrativos, que foi criada e pensada pra que os usuários e familiares se organizem pela luta da política, pela luta da implantação da política de saúde mental, pela luta dos direitos, pela luta da implantação da Reforma Psiquiátrica, pela melhoria do serviço, então, assim, a associação ela caminha, mas ela é muito nova e aí se é muito nova tem uma estrutura um pouco frágil, então assim, a tua pergunta é se ela participa das ações do CAPS, ela participa sim, tem um elo de participação aí, tem um canal de participação, mas é frágil, é muito frágil, eu penso que é muito frágil porque aparece pouco (VIK, 24/3/2006).

Rodrigues (2005, pp. 81-82) destaca que as associações de usuários, enquanto dispositivos, possibilitam uma atitude política que oferece visibilidade ao usuário como ser cidadão e não apenas como portador de um transtorno. Segundo o autor, quando o usuário passa a ver, sentir, e ver sentido em suas ações associativas, sua prática organizativa torna-se efetiva e com empenho. Por isso, as associações precisam desenvolver estratégias mais amplas de adesão, visando revigorar seus quadros associativos. Nesta direção, a profissionalização e formação política dos dirigentes é vista como uma possibilidade para estimular a participação.

A compreensão das associações civis como relacionadas e condicionadas pelas associações políticas leva ao entendimento de que há uma sinergia entre a sociedade civil e a democracia política. Segundo Fleury (2004), a dimensão cívica da cidadania diz respeito à condição de inclusão ativa dos cidadãos à comunidade política, compartilhando um sistema de crenças com relação aos poderes públicos, à sociedade e ao conjunto de direitos e deveres que são atribuídos ao status de cidadão. Como dimensão pública dos indivíduos a cidadania pressupõe um modelo de integração e de sociabilidade, que transcende os interesses egoístas do indivíduo no mercado, em direção à uma atitude generosa e solidária.

A fala a seguir relaciona algumas dificuldades cotidianas vivenciadas na e pela associação de usuários do CAPS Ponta do Coral. Apresenta algumas possibilidades de atuação deste tipo de organização da sociedade civil, tanto com relação a parcerias com outras entidades, para o desenvolvimento de ações que visem a profissionalização e inserção no mundo do trabalho, quanto no processo de politização e conscientização de seus usuários com relação aos direitos de cidadania.

Eu acho que ela tem um papel relevante, a dificuldade é de incrementar esse papel relevante; os familiares vêm muito poucos; bom, talvez a gente não esteja também instigando, muitas vezes a gente convida, mas eu acho que, também, as vezes, falta um pouco de investimento da equipe para que os familiares estejam mais no CAPS; agora, a associação poderia fazer muitas coisas, desde convênios para cursos com esses órgãos que a gente tem, SENAI, SESC; poderia tentar uma penetração, mas isso seria uma outra realidade a ser criada; cada vez que entra uma gestão nova, a gente diz quem sabe agora; desde as pequenas coisas, até divulgar a lojinha aqui, é difícil, a gente uma vez fez uns folders pra distribuir aqui na vizinhança, uma vez a gente tentava vender as verduras que produzia, não conseguia muito, conseguia ali, vendia uma ou outra; agora em termos de espaço de fazer política eu acho que ela tem um peso, deveria realmente crescer, por mais que as pessoas tenham dificuldades; eu acho que tem que continuar existindo, tem que continuar batalhando para que eles possam estar assumindo um pouco

mais esse papel político, essa conexão com outras instâncias da sociedade; por exemplo, na questão até de trabalho, de poder a associação também ajudar nessa abertura de espaços de trabalho; teve uma vez que tentaram no Angeloni (supermercado), depois quando souberam que era portadores de transtorno mental não quiseram; eu acho que a gente precisava mostrar um pouco pra sociedade o que é o paciente psiquiátrico; assim, através desses recursos, não dá pra esperar vamos pra mídia, porque, assim, tem umas coisas que são boas, ótimas, mas são meio ideais, a gente tem que tentar começar com essas pequenas coisas que pode fazer: divulgar a lojinha, sei lá, fazer um contrato lá com o CIC pra fazer cursos, por exemplo, de pintura, coisas que são mais próximas da realidade exequível (P, 17/3/2006).

Para Rodrigues (2005) dois aspectos são importantes para compreender as dificuldades de falta de adesão e continuidade na participação dos membros da associação. Um deles refere-se aos elementos motivadores para a participação. Neste caso, é preciso considerar que a prática política de militância possui seus campos de conflito e tensões, que dentro da especificidade da loucura pode não conferir uma participação freqüente. O outro relaciona-se ao significado da associação na vida dos integrantes. Muitos usuários vêem a associação como possibilidade de geração de recursos financeiros, haja vista que o fator trabalho/vínculo empregatício é algo marcante na vida dos portadores de transtornos mentais, em decorrência de a maioria não possuir fonte de renda própria.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacaram o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário.

A primeira delas é a questão do controle social, a associação tem potencialmente essa função, não só dentro do serviço, mas também nas outras instâncias, conselho municipal de saúde, conselho local, aqui em Florianópolis estamos organizando uma Comissão Permanente, que é consultiva do Conselho Municipal de Saúde, é uma comissão de saúde mental, no estado (SC), a gente tem o Colegiado de Políticas Públicas e Atenção Psicossocial, que tem representação dos usuários; então, novamente, na questão da defesa dos direitos, na questão do resgate da cidadania, as vezes nem é resgate porque o cara nunca teve cidadania alguma, mas da possibilidade de instituir um certo nível de cidadania; eu vejo que a possibilidade de o usuário poder participar politicamente é algo que tem um efeito sobre a sua dinâmica, como tem efeito sobre a dinâmica de qualquer um que descobre um dia que tem essa possibilidade de participar politicamente, da vida política, e pro usuário de saúde mental isso muitas vezes é uma descoberta que representa uma guinada muito grande na sua vida, então, vamos dizer assim, tem um efeito terapêutico, um efeito clínico nesse sentido, além, obviamente, dos

efeitos políticos que isso representa, mas, mais individualmente tem esse efeito, da articulação com as outras pessoas, enfim, tem uma terapêutica aí que é função, mesmo que não reconhecida, mas é função das associações (F, 12/4/2006).

O principal papel das associações é não tornar que os serviços se tornem manicômios; a associação é a vida, é organização, é luta, é enriquecimento, é sentido de vida; tenho escutado muito de pessoas que tiveram suas vidas arruinadas que quando passaram a militar em associações de usuários passaram a ter um sentido de vida, passaram a conceber a razão da sua existência em vida; então, a principal importância das associações é não deixar que o serviço se torne manicômio, é tornar o serviço um pouco mais rico, com mais vida, é organizar a questão política, é falar em nome dos próprios usuários; então, a importância das associações de usuários é levar a boa nova aos CAPS, levar a boa nova aos serviços de saúde mental, levar a boa nova do modelo psicossocial, ou seja, discutir o controle da loucura, ou seja, a maior importância das associações é levar a discussão da liberdade, liberdade e dignidade dos portadores de transtornos mentais (GIRASSOL, 20/3/2006).

Além do tratamento e dos serviços, eu acho importante que a associação possa se fortalecer enquanto movimento popular de luta pela Reforma Psiquiátrica, que os usuários possam se conscientizar dessa importância de estarem articulados, lutando pela implantação da política, da política de saúde mental sob esse novo paradigma da Reforma Psiquiátrica; eu acho que essa é a maior importância, acho que essa é a maior tarefa da associação; claro que isso se reflete na micro política institucional no próprio CAPS; a associação vai estar lutando, a nossa associação aqui, por exemplo, já lutou pelo próprio vale transporte dos usuários, de ir até a secretaria (Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis) conversar com o secretário e reivindicar enquanto essa democracia representativa dos próprios usuários, técnicos e familiares; pela própria manutenção desta casa na época que houve a questão da construção da via de acesso ao Hospital Infantil, existia um projeto da outra via passar também por aqui, os usuários batalharam que essa casa se mantivesse aqui, que o CAPS se mantivesse aqui e conseguiram; então, acho que essa luta maior de articulação que exige uma consciência política dos líderes que estão na associação, dos usuários como um todo, é que é a grande tarefa da associação, só que isso se faz num trabalho de formiguinha, num trabalho miúdo (VIK, 24/3/2006).

Cabe destacar que o controle social compreende a participação da população na perspectiva da interferência na gestão da política pública de saúde, colocando as ações e serviços na direção dos interesses da comunidade e estabelecendo uma nova relação entre Estado e sociedade. Conforme Correia (2002, p. 212), controle social “é a atuação da sociedade civil organizada na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam às demandas e aos interesses das classes subalternas”.

A III CNSM ressalta a importância do controle social, através dos mecanismos já existentes (Conselhos, Conferências e Comissões de Saúde Mental, organizações da

sociedade civil e movimentos sociais), como forma de garantir o avanço da Reforma Psiquiátrica. Os indicativos da Referida Conferência destacam que o controle social deve constituir-se com a representação dos três segmentos – usuários, familiares e profissionais de saúde, na perspectiva de induzir uma ação de acompanhamento da construção das políticas municipais, estaduais e nacional de saúde mental. As Comissões de Saúde Mental em ação conjunta com os Conselhos de Saúde devem exercer seu papel de controle e fiscalização das políticas públicas, o que inclui o orçamento e a destinação de verbas para a saúde mental, em todos os níveis (BRASIL, 2002a).

A ação da sociedade civil e dos movimentos sociais é ressaltada visando a garantir que os programas de saúde mental não sofram descontinuidade por ocasião de mudanças de gestão administrativa e/ou política. Para tanto, devem ser criadas estratégias para a viabilização de maior envolvimento dos diferentes atores sociais com as questões da saúde mental. Entre estas, destacamos o papel das associações de usuários, técnicos e familiares e dos núcleos estaduais e/ou municipais do movimento da luta antimanicomial, na gestão dos serviços e na fiscalização das práticas de saúde mental (BRASIL, 2002a, p. 142).

3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia

A desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial são dois dos pressupostos teórico-epistemológicos orientadores das práticas assistenciais indicadas na e pela Reforma Psiquiátrica. Tendo isso em conta, perguntamos aos participantes da pesquisa se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas para a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referiram que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras.

As falas relacionadas na seqüência explicitam a percepção dos entrevistados sobre a questão e indicam algumas possibilidades que, segundo eles, poderiam favorecer o desenvolvimento de ações de reabilitação psicossocial.

Em parte sim, em parte; eu acho que como a gente não tem um sistema de avaliação a gente não consegue medir isso muito bem; a nossa intenção é essa, o que não quer dizer que as nossas ações consigam de fato alcançar; acho que a gente poderia fazer mais, a gente poderia ter uma articulação mais intensa e mais constante com outras instituições, com outros sistemas de atenção, além claro da própria rede de saúde, que não existe; em Florianópolis a gente não tem rede, até está se formando, dá pra dizer que está se formando, mas não funciona como rede ainda, efetivamente não funciona; a gente tem pouco contato com a atenção básica, com o PSF, que seria um parceiro importante, a gente tem pouco contato com os outros CAPS também em termos de troca, enfim, com outras instituições de saúde, então, acho que a gente ainda continua isolado, e aí pensar em reabilitação psicossocial com essas condições é um pouco mais complicado; a gente vê alguns efeitos, que a gente mede pelo usuário em si, que é o fato de que ele consegue evitar internação, que ele consegue muitas vezes voltar a trabalhar, sua participação nas oficinas passa a ser bastante diferente, enfim, mas são coisas que a gente não tem um instrumento pra avaliar (F, 12/4/2006).

Eu penso que sim, apesar de que hoje o programa de saúde mental não conta com uma rede completa de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, então, assim, a gente tem essa dificuldade; se existisse isso de forma mais estruturada, de forma mais incrementada seria mais fácil a reinserção social; por exemplo, a gente não tem leitos psiquiátricos no HU, um hospital geral, que já tem um ambulatório de psiquiatria, poderia ter um serviço de emergência, facilitaria, evitaria internações, um mercado protegido, um projeto de geração de renda também não temos, não temos os CAPS territorializados ainda, então, tem uma série de dificuldades colocadas aí que impedem essa reinserção social num tempo menor do que acontece hoje; acho que hoje o tempo que o usuário fica dentro do CAPS ainda é muito grande por conta de a gente não ter essa rede completa, que possa dar esse suporte extra CAPS. [...] eu não sei se isso acabaria institucionalizando, de certa forma sim, mas assim, isso está na pauta, e se isso está na pauta não está institucionalizando, você entende o que eu quero dizer? isso está sendo falado pro próprio usuário, isso está sendo dito pra ele, olha tu já está aqui muito tempo, o nosso objetivo pra ti, nosso projeto terapêutico pra ti seria de tu poder estar fazendo isso, isso e isso lá fora, então assim, não diria institucionalizado porque talvez institucionalizado seria quando a gente não se desse conta disso, ah não isso está rolando, o usuário está aqui há anos, ninguém está fazendo nada, continua na mesma, aí sim estaria cronificando, mas acho que não nesse sentido, de que isso está na perspectiva, a gente está querendo a inserção, a gente está querendo a rede extra hospitalar, a territorialização dos CAPS, só que a gente não tem uma série de elementos necessários pra fazer a reinserção, a política, o programa de saúde mental, aliás ele está sendo implantado, incrementado muito mais agora recentemente (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que sim, mas muito pouco ainda; elas se encaminham, elas têm como ideal, elas desejam, mas na prática isso é muito pouco feito; eu vejo que nesse CAPS a equipe acaba estando muito fragmentada porque faz milhões de coisas também, desde a parte administrativa, parte clínica, oficina, se divide; eu acho que deveria ter a equipe como um todo trabalhar nisso, mas ter também grupos de atuação, como a gente

chama de atuação local, então, ainda para o que necessita está muito pouco assim, muito aquém [...] A primeira proposta começaria via Regionais, nas Regionais; por exemplo, as pessoas iriam para os seus bairros, ver qual é a possibilidade, as possibilidades que existem pro usuário se inserir, mas não só a Regional, poderia ter um grupo mesmo, sair com o usuário, fazer a coisa mais concreta, ela é feita, mas é feito muito pontualmente (LÉLI, 4/4/2006).

Em geral sim, mas tem alguns pacientes que, por exemplo, circulam no CAPS e que não tem nenhuma indicação de estar no CAPS, então ele acaba sendo um lugar de institucionalização ou de capsização. Tem isso; isso acaba acontecendo, mas em geral não é isso; em geral eu acho que todas as nossas ações, o que a gente discute em equipe é até a tentativa de diminuir essa dependência, esse vínculo de dependência, que em algum momento ela pode ser muito importante, mas em outros ela é excessiva e acaba aprisionando o paciente dentro do CAPS, e aí o CAPS passa a ter o mesmo papel e a mesma função do hospital; e como isso é o que eles conhecem, esse repertório é o que se conhece, é mais fácil de se acostumar com ele do que ter uma nova postura, uma postura de que, não, aqui eu vou tomar conta do meu tratamento, eu vou lá fora procurar o que é meu...; não, (o usuário) acaba esperando, ah o que você falar está bom, e aí essa atitude bem passiva, que ela é muitas vezes muito cômoda pra todos nós em muitos momentos, pra uns mais que outros, essa atitude de comodismo, de esperar, é ótimo, e aí isso acontece, acaba acontecendo, embora as práticas, elas tem a idéia de que não seja voltada pra isso; não é o objetivo, mas a gente observa que as vezes é falho (J, 22/3/2006).

Essa pergunta é muito difícil [...]; eu acho que não mudou muito meu olhar, a gente tende a sustentar a institucionalização, a gente não consegue dar alta, o paciente não consegue ter alta, não consegue sair; assim, digo um paciente que realmente talvez esteja até mais comprometido com esse tempo aqui, tem paciente que está aqui desde o início; eu acho que a gente acaba reforçando um pouco isso por mais que a gente tem o desejo de que fosse o contrário; existe uma certa comodidade pro paciente também, aqui ele tem atenção, ele é aceito, não tem assim uma grande briga por ele ficar aqui; então, isso me preocupa muito, eu fico pensando: é uma contradição porque ao mesmo tempo que o nosso trabalho é voltado pra isso parece que a nossa ação acaba revertendo o contrário; a questão da cidadania, a questão da construção de outros laços, criação de outros espaços, eu acho que é muito precária ainda [...]; por isso que eu acho que a gente precisa também de ter formas de avaliação dos pacientes, muitas vezes fica assim um exemplo ou outro que você tem, aquela pessoa foi, está lá trabalhando, talvez ela não tenha também construído um elo tão pesado, tão forte com a instituição, que ela já veio, ficou um tempo, saiu, voltou a fazer outras coisas da vida; eu acho que a gente ainda está institucionalizando mais do que desinstitucionalizando [...] (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p. 14) observam que um dos caminhos mais importantes para o qual aponta a desinstitucionalização é o da criação de novas relações com a loucura. Estas se processam a partir da mudança das relações institucionais internas e de

desmontagem dos dispositivos da clínica e da psiquiatria, mas certamente não se restringe a isto. Novas subjetividades e um novo lugar para o sujeito louco só são produzidos em relação com o social. O trabalho de desconstrução da institucionalização, necessariamente, extravasa o contexto institucional específico, atingindo seu objetivo mais amplo de questionamento das instituições e subjetividades capitalísticas, a desconstrução como transformação cultural. Para os autores, através do trabalho no campo social a desinstitucionalização atinge seu sentido mais abrangente, como processo social amplo e complexo de participação popular, territorialização dos serviços, envolvimento de diferentes atores sociais, e mudança da relação social com o fenômeno da loucura.

Sobre este aspecto cabe destacar que a desconstrução do paradigma da institucionalização e a construção do paradigma da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial envolve um conjunto de ações teórico-epistemológicas e de práticas assistenciais, amparadas por um sistema jurídico-político capaz de criar e garantir direitos aos portadores de transtorno mental. De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (1987), a reabilitação psicossocial é o conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários (OMS 1987 apud PITTA, 2001).

Nesta direção, a formulação da política de saúde mental, orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais nos campos da educação, cultura, habitação, assistência social, esporte, trabalho, lazer e a articulação de parcerias com universidades, Ministério Público, organizações não governamentais (ONGs), visando a melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania do portador de transtorno mental (BRASIL, 2002a).

Com o objetivo de saber se existem e identificar quais são as práticas de reabilitação psicossocial desenvolvidas no e pelo CAPS Ponta do Coral, perguntamos aos participantes da pesquisa se existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer. Do total de profissionais que responderam ao formulário, a maioria (66,7%), disse não existir, dois referiram não saber responder, e dois destacaram que existem. Dentre os que responderam que não existem tais práticas, um observou não ter conhecimento, oficialmente, das parcerias, um deles destacou que existem poucas e de acordo com o planejamento terapêutico do usuário, e um outro disse que tem em momentos específicos, mas não de forma contínua. Entre os que

responderam que sim, um referiu-se a experiências muito pontuais como por exemplo o uso da quadra de esportes próxima, e outro identificou parcerias com fundações municipais e estaduais de cultura.

Neste aspecto, os indicativos aprovados na e pela III CNSM ressaltam a necessidade de se priorizar, no âmbito da assistência em saúde mental, políticas que fomentem a autonomia dos portadores de transtornos mentais, incentivando o exercício da cidadania plena. Devem-se buscar parcerias entre o poder público e organizações civis para o desenvolvimento de projetos sociais e comunitários, de geração de renda e de acesso a todos os direitos, que possam funcionar como apoio na (re)inserção social destas pessoas.

No estudo realizado, perguntamos aos profissionais se as práticas assistenciais desenvolvidas no e pelo CAPS possibilitam ao usuário a construção de sua autonomia. Os entrevistados destacaram a necessidade de refletir conceitualmente sobre o que seja a autonomia do portador de transtorno mental, como avaliar a autonomia da pessoa. Referiram que, em geral, o serviço consegue cumprir com a função de estimular o usuário à conquista de sua autonomia.

A questão é discutir o que é autonomia, eu sempre parto do princípio de que autonomia não é independência, autonomia na verdade é a possibilidade de a gente poder ampliar as dependências, que é a vida de todo mundo, ou seja, eu pra viver eu dependo de um monte de gente, um que paga meu salário, outro que falo aqui, outro com quem eu me ligo afetivamente, enfim, eu dependo de uma porção de gente e isso me dá autonomia porque eu posso depender de muitas pessoas e de muitas instituições, muitos sistemas; o problema do usuário de serviço de saúde mental, paciente psiquiátrico é que ele, geralmente, depende ou das mesmas pessoas ou das mesmas instituições, ou seja, a capacidade de autonomia dele está muito reduzida porque ele não tem como circular socialmente, ele ou está sempre dentro de casa ou de casa pra uma instituição, seja ela o CAPS ou hospital psiquiátrico; então, pra mim autonomia é isso, é essa possibilidade de você ir ampliando os vínculos pra que você possa depender de muitas pessoas ou de muitas coisas ou de muitas instituições porque afinal de contas, em última instância, essa autonomia tomada como independência ela é imaginária, ela é irreal, não existe; então, eu acho que a gente consegue isso, a gente consegue ampliar a autonomia dessa maneira, primeiro porque o CAPS acaba se tornando um centro de convivência, então, o efeito imediato é que a pessoa deixa de ficar sozinha ou só com a família e passa a conviver com outras pessoas, esse é o efeito imediato, passa a ter outras relações que muitas vezes se desdobram, saem daqui, as pessoas fazem programas juntos fora, pinta relacionamentos amorosos ou só relação sexual, que seja, mas enfim, é uma oportunidade nova que o cara não tinha, encontrar alguém mesmo que seja só pra transar, então, isso já é um ganho também, já implica na ampliação de autonomia; eu vejo que muita gente aprende a lidar com o serviço público, aprende a correr atrás dos seus direitos, aprende a lidar com outros serviços de saúde, passa a

procurar o posto de saúde onde mora ou passa a ir pegar medicação em tal lugar sozinho, por conta própria etc.; eu acho que a gente consegue essa função, a gente consegue autonomia nesse sentido, mas pode ser melhor, na medida que a gente tiver uma rede, que a gente se inserir nessa articulação com outras instituições, com outras instâncias, a gente consegue fazer isso de maneira mais eficaz (F, 12/4/2006).

Em alguns casos sim, eu acredito que alguns casos quando não há uma limitação interna eu acho que sim, que é possível, através até da participação nas oficinas, nos grupos terapêuticos, da adesão ao tratamento médico; muitos conseguem realmente; passaram por um episódio, uma crise, conseguiram ficar bem e voltar para as suas atividades diárias, eu acho que quando eles aderem ao tratamento, quando há essa adesão, quando eu digo ao tratamento é ao projeto terapêutico deles, e não tem uma limitação, vou colocar entre aspas “uma seqüela” da própria doença muito forte, há essa possibilidade; em alguns outros casos eu acho que é difícil, assim, não é tão fácil medir isso, o que, quem melhora, quem não melhora, aquele que consegue voltar, aquele que não consegue, as vezes alguém que tem até uma doença mais incapacitante consegue, outros não, depende, depende do apoio que ele tem, do externo, da família, ou da própria sociedade, da comunidade em que ele é inserido, isso tudo faz diferença, que tem o background do que ele era antes, isso também faz a diferença, ele consegue resgatar; quando já não se tem muito o que resgatar aí fica mais difícil trabalhar; é individualizada essa resposta, mas eu acredito que em alguns casos sim, consegue essa (re)inserção de uma maneira muito boa e gratificante para os dois, pro usuário e para os profissionais (J, 22/3/2006).

[...] dependendo de como o serviço é gerido, dependo de dentro de que política de saúde mental esse CAPS está inserido, ele pode ao invés de estabelecer uma autonomia, mesmo que ele tenha uma boa vontade de estabelecer autonomia, ele acaba tornando a pessoa mais dependente ainda do serviço; então, é uma grande armadilha a construção da autonomia, não só especificamente pro CAPS Ponta do Coral, mas pra todos os CAPS que eu tenho visto; então, a gente volta novamente na questão da avaliação, novamente na discussão dos termos, eu acho que a questão dos conceitos ela tem que estar muito clara, o que significa cada conceito, eu sempre tenho batido muito nisso; o que é autonomia? É a pessoa ter minimamente condição de governar a sua própria vida, gerir sua própria vida, Ok! a gente estimula a pessoa a fazer isso, trabalha nesse sentido com a questão da autonomia, agora, quais são os parâmetros que nós vamos utilizar pra avaliar essa autonomia, isso a gente não tem muito claro ainda, acho que necessita; então, o CAPS possibilita autonomia, mas ao mesmo tempo não tem uma análise crítica [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Não obstante, cabe-nos destacar que a compreensão sobre autonomia que orienta este trabalho refere-se “a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente”. Neste caso, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas

relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001, p. 57).

As falas relacionadas a seguir destacam como o atendimento no CAPS Ponta do Coral possibilita a construção da autonomia do usuário.

Eu acho que em formas gerais sim, na relação que os técnicos tem com o paciente; agora, as vezes, a gente tem uma postura muito assistencialista em muitas situações, um assistencialismo que acaba prendendo o paciente, institucionalizando; são situações, eu acho que as vezes a gente repensa sobre elas, não foi bem por aí, mas, assim, eu vejo as pessoas contando a história do CAPS, teve muitas experiências que foram positivas também, que chegaram a um resultado, assim, sem muito recurso, sem muito com que contar fora da própria equipe, fizeram coisas que são surpreendentes em relação a tantos pacientes; eu acho que essa maneira de você poder dar voz, poder valorizar aquilo que a pessoa faz, consegue fazer em uma Oficina por exemplo, eu acho que essa é uma maneira de você conferir uma posição mais sujeita, mais ativa mesmo (P, 17/3/2006).

Sim, eu acho que sim, só que eu acho que a gente possibilita em alguns casos, não tem uma história linear de possibilitar a todos, eu acho que tem um projeto de possibilitar, mas isso não acontece o tempo todo, porque também isso não é uma via de mão única; hoje, eu já fui mais ingênua em relação a isso, muitas vezes uma pessoa que ficou trinta anos, vinte anos no hospital psiquiátrico, eu não sei mais se ele quer ter mais autonomia, muitas vezes ele quer, não quer; se a gente entender autonomia como trabalhar, seja em qualquer lugar, com uma bolsa trabalho, entender autonomia como decidir ir final de semana para uma praia, autonomia como ir ao supermercado, escolher o que vai comer, até certo ponto sim; por exemplo, se tenta até que muitos usuários saiam no final de semana, a gente na reunião das Regionais combina que eles possam ir, no final de semana, para um passeio, e eles não vão, eles ficam em casa, só vão se o técnico for, no dia de semana; então, acaba ficando um outro processo de não autonomia; então, a luta, a intenção é que isso se dê de outra forma, que também não fique dependendo do CAPS; existe uma construção pra isso e isso acontece, em certa medida acontece, mas ainda não como gostaríamos, porque nós também temos uma idealização de autonomia [...] alguns casos tem sim, vão até um certo ponto da autonomia que é possível pra pessoa, e outros vão mais além, outros regridem (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre as possibilidades de construção da autonomia do portador de transtorno mental, Kinoshita (2001, pp. 56-57) considera que a contratualidade do usuário, primeiramente vai estar determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Estes podem emprestar seu poder contratual para possibilitar relações e

experiências renovadas ao usuário, através de seu prestígio, de sua delegação social, do saber reconhecido pela sociedade. O referido autor destaca que aos profissionais é dada a capacidade de elaborar projetos, isto é, ações práticas que venham a modificar as condições concretas de vida do usuário.

A entrevista citada na seqüência relaciona a construção da autonomia do usuário a ações que envolvem outros serviços e outras políticas sociais como uma possibilidade para que o portador de transtorno mental adquira sua independência econômica. No caso, a profissional refere-se a Política de Assistência Social, através do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Outro recurso financeiro que pode ser acessado pelos egressos de internações psiquiátricas prolongadas é auxílio reabilitação psicossocial instituído com o Programa de Volta Pra Casa, através da Lei Federal N° 10.708/2003.

[...] um outro elemento pra isso (autonomia) são os usuários que estão totalmente desprovidos de qualquer recurso material que conseguem o BPC e isso garante autonomia porque ele tem o mínimo pra poder dar conta das suas necessidades materiais; então, muitas vezes, ele está numa condição muito vulnerável e aí passa a poder comprar aquilo que ele deseja, minimamente, porque é muito pouco o valor, mas consegue algumas coisas e isso garante essa autonomia, porque as vezes ele fica na família, fica sendo aquele peso que só incomoda, que não tem recurso financeiro nenhum porque ele está fora do mercado de trabalho mesmo, então, aí o benefício da previdência social também é um elemento de autonomia e de reconstrução da cidadania, mas entre todos esses outro que eu falei, do próprio material que ele tem contato na oficina terapêutica que ele consegue produzir algo; aquele usuário que é egresso do hospital psiquiátrico de polireincidência nas internações que consegue produzir uma peça bonita e que essa peça é vendida e que depois recebe o dinheiro dessa venda, também confere autonomia, confere cidadania, auto-estima (VIK, 24/3/2006).

Entendemos que a possibilidade de ter recurso financeiro próprio favorece sim a independência econômica do portador de transtorno mental, possibilitando-lhe uma vida com maior autonomia. Contudo, conforme destacou a entrevistada este é só um dos elementos que compõem o rol das necessidades humanas. A reabilitação psicossocial é um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia (KINOSHITA, 2001). Neste sentido, reabilitação e construção da autonomia caminham lado a lado.

3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental

A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos entrevistados como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista jurídico-política dos direitos do portador de transtorno mental.

Eu acho que hoje a gente já tem uma rede assistencial muito mais capacitada e quantitativamente significativa; no Brasil já são 800 CAPS; o fato de que tem recurso financeiro do Ministério da Saúde destinado, especificamente, à saúde mental, isso facilita a criação do serviço no município; em termos das modificações em relação ao que seja a loucura, o que seja o transtorno psíquico, acho que apesar das dificuldades a gente já conseguiu avançar com relação a isso, a gente já conseguiu trazer a discussão pra sociedade de uma outra maneira, levantando a necessidade de olhar isso também de uma outra forma; a medida que as pessoas começam a sair dos hospitais e voltam a morar seja em residências terapêuticas, seja com a sua família, e conseguem se manter bem dessa maneira isso também vai mudando o olhar das pessoas, pelo menos daquelas que o cercam; os projetos que a gente chama de modificação da cultura, a modificação da cultura manicomial, isso eu percebo que há um avanço, gradual, lento, tem um monte de resistência, mas a gente consegue, conseguiu, tem conseguido, e isso implica também no avanço político, no sentido da garantia do direito, no sentido de ter algumas prerrogativas preservadas com relação ao direito do usuário; então, eu vejo que de uma maneira geral a gente tem avanços e avanços muito significativos se a gente compara o que era transtorno mental há vinte, trinta anos, nesse país, tem coisas muito importantes que eu identifico (F, 12/4/2006).

Acho que a própria existência de CAPS, os hospitais dia, de ambulatórios de saúde mental, próximos as casas de onde o paciente mora, o Programa de Volta pra Casa, a possibilidade de uma residência terapêutica, são todas medidas atuais e dispositivos atuais que possibilitam essa nova forma de encarar o que alguém portador de transtorno mental pode ocupar, o que eles podem ocupar; então, eles podem ocupar os espaços, eles podem começar a fazer parte daquela comunidade (J, 22/3/2006).

A fala a seguir expressa como foi, historicamente, se alterando a forma de assistência ao portador de transtorno mental e de atenção em saúde mental na política de saúde do município.

Eu acho que a questão de criar um espaço que é aberto já é uma conquista; eu acho que hoje a gente tem essas possibilidades de CAPS, no posto de saúde mesmo; [...] quando eu comecei a trabalhar na prefeitura, há 20 anos atrás, assim, era uma equipe de um psiquiatra com mais um monte de estagiários de psicologia que saía em uma Kombi velha pra fazer alguma coisa, quando pintava um problema lá com um paciente do Campeche por exemplo [...]; não tinha nada na prefeitura há 20 anos atrás de saúde mental, então, hoje já tem, está se criando uma rede, tem profissionais nos postos, tem psicólogos, se pensa em fazer treinamento de agente de saúde, treinamento de clínico geral, já se fez algumas coisas; eu acho que isso, imagino que alguém que fica confinado dentro de um espaço, ele ter a possibilidade de circular, mesmo o pessoal do HCTP, eu acho que pra eles, assim, tem uns que não querem muito mais que isso na vida, pelo menos eles não estão tendo que trabalhar duramente como trabalhavam quando eram crianças, vem aqui, circulam, comem uma comida, anda aqui, vê televisão, bom! talvez essa seja a vida que eles querem, talvez seja...., já sai lá daquela estrutura fechada (P, 17/3/2006).

Na seqüência, a entrevistada relaciona algumas formas de exercício da cidadania que o usuário pode acessar com o tratamento no CAPS.

É, se for pensar que muitos usuários eles tiveram uma história, antes do surto, de uma vida organizada socialmente, trabalhando, talvez seria a reconstrução da cidadania, mas a medida que vem todo o isolamento propiciado pelo hospital psiquiátrico, todo o estigma do transtorno mental que a própria comunidade coloca, realmente de fato foi perdida; quando ele chega no CAPS e se propõe a se beneficiar desse espaço, assim, de fato se vincula ao projeto terapêutico dele, acho que ele consegue reconstruir elementos pra essa cidadania, num primeiro momento autonomia, acho que o cartão do vale transporte, o exemplo que eu posso dar, o cartão do vale transporte que é oferecido no período que ele tem tratamento aqui é o mesmo cartão do cidadão que vai comprar lá no SETUF, então, aquele usuário que é estigmatizado, eu já presenciei essa cena, um usuário de uma comunidade de periferia que era o louco do bairro, ele entrou dentro do ônibus com o mesmo cartão que qualquer outra pessoa, passou o seu cartão, veio pro CAPS, depois foi embora pra sua casa, então, isso já é um elemento, muito pequeno, mas é um primeiro elemento talvez, que começa aí, de ele se reconhecer enquanto sujeito, enquanto cidadão, e depois aqui também, a possibilidade de participação, no momento que ele consegue produzir algo numa Oficina, no momento quando ele consegue, na clínica, se dar conta dos seus conflitos e ter mais qualidade de vida nas relações [...] (VIK, 24/3/2006).

Uma das entrevistadas fez destaque às formas de atuação que, na sua opinião, representam conquistas significativas e correspondem a práticas que favorecem o exercício da cidadania do portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Avanços, pra começar, acho que o grande avanço foi a Reforma Psiquiátrica, a construção do CAPS, dos CAPS, as portarias que fazem com que os hospitais psiquiátricos sejam substituídos por vários CAPS, esse foi o grande avanço em primeiro lugar, porque é o momento de tirada das pessoas desses castelos, dessas muralhas, não só porque ficaram ali presas, mas de todo aquele sofrimento mesmo, de miséria, enfim, como os últimos dos últimos, então, eu acho que esse é o primeiro ponto, é que os sofredores de transtorno psíquicos e mentais não ficassem segregados, mas poder estarem sendo mostrados e expostos - uma parte da sociedade, são pessoas que podem transitar, que estão aí, não necessariamente precisam ser escondidos como uma vergonha; junto aos CAPS, isso não caminha sozinho, tem a construção as redes de atenção básica também; [...] mas quando fala em cidadania acho que tem três eixos: um é a construção do CAPS, de serviços como o CAPS, outro são as residências terapêuticas e o outro a economia solidária; hoje eu vejo como isso, assim, esses três projetos, que foram feitos com luta, porque a primeira luta foi dos hospitais, então, tem as portarias que substituiu os hospitais por CAPS, progressivamente, tem toda a luta do movimento antimanicomial, tem as leis que protegem, tem esses três eixos; residência terapêutica é um lugar de resgate à cidadania porque a pessoa vai poder estar numa casa, vai poder comprar um bombril pra limpar a panela, vai poder comprar tomate e batata, vai começar a transitar no meio de outras pessoas, com a vizinhança, a se autogerir, poder fazer escolhas para sua casa, onde ele quer botar um quadro, onde ele quer botar o guarda-roupa, sua roupa, com outros colegas, mas enfim...; tem também a economia solidária que é o momento de autogestão, de fazer escolhas também, de decidir sobre sua vida, em uma certa instância, porque em última instância, em última análise ninguém daqui decide sobre a sua vida, nem eu, nem tu, a gente já nasce num sistema que te absorve e a gente é o que em última análise o capitalismo quer que a gente seja mesmo, nossa roupinha, nossa comida, nosso padrão de beleza, tudo a gente faz como é vendido; eu acho que essas iniciativas, porque a economia solidária não é só cooperativa, não é só associação, não é somente, é uma outra forma de produzir trabalho e discutir sobre esse lucro, que antes estava na mão de algumas pessoas, então, é dividir, eu também decido sobre o que é o meu trabalho, eu não me alieno dele, mas eu sei onde é que vai o meu trabalho (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Fleury (2004, p. 4), os grupos excluídos estão, em geral, impossibilitados de participar das relações econômicas predominantes no mercado, como produtores e/ou consumidores, e das relações políticas vigentes, os direitos de cidadania. Segundo a autora, esta situação é agravada pela transformação das políticas públicas de proteção social, afastando-se de um modelo de seguridade social, que buscava assegurar coletivamente o mínimo vital para todos os cidadãos, em direção à individualização da pobreza e da exclusão.

Conforme aponta Pitta (2001), o homem moderno, acriticamente, persegue formas de inclusão social pelo trabalho, desconsiderando o fato do trabalho não ser nem

tão disponível nem tão flexível para suportar as diferentes demandas individuais e coletivas que a sociedade moderna impõe. Não obstante, a tradição asilar e assistencialista das instituições psiquiátricas, historicamente, caracterizou-se pela função de excluir os marginalizados, produtos das disfunções do modo de produção capitalista e da divisão social do trabalho. Em geral, a população internada, e muitos dos egressos de hospitais psiquiátricos atendidos nos CAPS, está cronificada, com poucas chances de retorno ao mundo do trabalho capitalista.

A fala relacionada a seguir traz a compressão e reflexão, do profissional entrevistado, com relação ao conceito de cidadania e as implicações práticas deste quando se tem como parâmetro uma concepção e um modelo de cidadania pautado na lógica da racionalidade.

Eu tenho visto que está se percebendo uma maior clareza da necessidade dessa cidadania do portador de transtorno mental, porém ainda falta um pouco mais de discussão em nome de que direitos o portador de transtorno mental tem pra fazer cidadania, porque é assim, a cidadania dentro desse modelo francês - igualdade, fraternidade, liberdade, ela exige muito a questão da razão, pra você exercer cidadania você tem que falar em nome da razão, e muitas vezes o usuário, quando está em crise acaba não falando numa razão, acaba falando uma desrazão, e aí como fazer? como dar conta disso? ainda não temos resposta, em nome de que cidadania é reinventada uma cidadania para os loucos, mas tudo bem, isso é pra gente pensar; então, o avanço que tem em relação a construção da cidadania é quanto mais ter associação de usuários em que se discuta cidadania, mais vai ter cidadania, que eu não acredito que os CAPS tenham trabalhado muito nessa lógica, porque acaba não discutindo a questão da cidadania, que cidadania é essa, o que se entende por cidadania, o que é o ser cidadão [...](GIRASSOL, 20/3/2006).

A cidadania integra as exigências de justiça e exercício democrático do poder; o sentimento de pertencer a uma comunidade e de estar integrado a uma dada coletividade social, em determinado espaço territorial (FLEURY, 2004). A idéia de direitos do cidadão – civis, políticos e sociais – remete a construção dos Estados nações, em que o princípio das nacionalidades precede o ideal filosófico cidadania universal. A cidadania, definida pelos princípios da democracia, constitui-se na criação de espaços sociais de luta (movimentos sociais) e na criação de instituições permanentes para a expressão política; significa, necessariamente, conquista e consolidação social e política (VIEIRA, 2002, p. 40). Ainda, a cidadania passiva, outorgada pelo Estado, se diferencia da cidadania ativa, na qual o cidadão, portador de direitos e deveres, é essencialmente criador de direitos para abrir novos espaços de participação política.

Diversos são os obstáculos para o exercício da cidadania do portador de transtorno mental entre estes a vinculação dos direitos a racionalidade instrumental-cognitiva da ciência; a vinculação da sua prática a inclusão controlada no mundo do trabalho, modelo este que, no caso brasileiro, é denominado por Santos (1979) de cidadania regulada. Vasconcelos (2000b, p. 191) indica que, para aqueles que assumiram a proposta da desinstitucionalização e reinvenção da cidadania no campo da saúde mental, há de considerar que estamos diante de um terreno de relações de forças complexo e paradoxal, em que a manutenção do caráter democrático nas relações exige abandonar esquemas conceituais lineares, onipotentes, que queiram garantir de antemão a sua eficácia.

Fleury (2004, p. 12), observa que “a mediação entre os indivíduos e o Estado, através da igualização realizada na cidadania só é efetiva, na medida em que a sociedade civil seja capaz de realizar as funções de agregação dos interesses, reconhecimento dos sujeitos e sua inserção na esfera pública. Só assim a cidadania deixa de ser um invólucro legal e passa a ser um exercício na vida social”. Portanto, uma visão mais ativa de cidadania requer um sentido de sociedade civil como uma esfera pública onde os cidadãos se encontram em reconhecimento mútuo, e isto faz possível a sociedade plural.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referiram que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental substitutivos ao modelo tradicional/asilar. As falas a seguir identificam estas dificuldades fazendo uma análise da questão na realidade da sociedade capitalista atual.

Tem o mito de louco, do louco perigoso, do louco imprevisível, é algo que pesa muito [...], que é a lógica do mercado; pra nós, basicamente, estar inserido na sociedade é estar trabalhando, a gente se pauta muito por isso, pra poder se considerar inserido, vinculado no mundo você tem que estar no mercado de trabalho e, muitas vezes, essa lógica enlouqueceu muita gente, e as pessoas não conseguem, principalmente os usuários dos serviços de saúde mental, os psicóticos em particular, tem muita dificuldade em entrar nessa lógica, e se submeter a ela, coisa que pra qualquer um tem um custo muito alto em termos de saúde, eu digo quem está inserido mesmo no mercado de trabalho, em termos de saúde, de relação com a sua família, com as pessoas que gosta, com os amigos etc., isso tem...; viver para o trabalho é algo que pra nós é insalubre de uma certa maneira, a gente não faz outra coisa a não ser trabalhar; então, pra essas pessoas que estão fora do mercado de trabalho

é muito complicado poder voltar, o que sobra é uma rede de assistência que na nossa realidade é sempre capenga, sempre parcial, tem dificuldade em aceitar o louco por conta desses mitos, e, também, da própria resistência do usuário, da pessoa com esse tipo de dificuldade de entrar nessa lógica, no que ele de uma certa maneira faz muito bem, algo que cria outros problemas pra ele (F, 12/4/2006).

São tantas, é assim, primeiro lugar, eu vejo assim, com todo o preconceito que tem da loucura, tem uma coisa no nosso sistema capitalista que é a questão da produção, produção de capital, produção de bens, e inserção no comércio, no mercado de trabalho, então, o portador de transtorno, sofrimento mental, ele a princípio, quando ele está nesse estado, ele não é produtivo, produtivo pra esse sistema capitalista, ele não trabalha, ele não consome muito, porque ele não vai ter dinheiro, portanto, isso de maneira geral, a gente sabe que as pessoas de posse, que a loucura, o sofrimento psíquico ele atravessa qualquer classe, mas 90% tem isso; então, a princípio existe a exclusão, já existe esse preconceito também, mas muito mais que isso, que a sociedade de fato ela é dividida entre os que produzem, os que fazem a engrenagem funcionar e os que estão a margem, então, o usuário é mais um que está a margem, assim como o menino de rua, os rapazes do morro, então, ele é mais um, também, que causa incomodo, e ele no Estado, das políticas públicas do Estado ele seria como só o gasto, não seria mais uma produção; além de ser uma sociedade racionalista que tem toda a sua formação no discurso, no discurso reto, no discurso racional, na fala, a fala racional, na linguagem articulada como o único meio privilegiado de comunicação, e o usuário, muitas vezes, não tem esse instrumento, por conta da sua fragmentação, da sua história, da sua medicação, da própria coisa do delírio, muitas vezes ele não tem o tempo todo essa fala coerente, esse discurso, dessa forma já faz com que ele não seja inserido, uma vez que ele é a minoria digamos assim (LÉLI, 4/4/2006).

Hoje, a gente fala muito em rede de atenção psicossocial; eu percebo que é uma rede que ela tem que estar instituída, que são locais de proteção para o portador de transtorno mental, são as certezas, são os caminhos certos que os usuários teriam, a rede; o problema a começar é que nós não temos essa rede instituída, entendo por rede: emergência psiquiátrica ou emergência em atenção psicossocial em hospital geral, CAPS III, CAPS II, CAPS criança e adolescente, CAPS álcool e droga, associação de usuários, escritório jurídico para amparar o direito do portador de transtorno mental, atenção primária em saúde mental, equipes volantes, centros de convivência, enfim, tudo o que preconiza a rede em atenção psicossocial, esse seria o primeiro passo; então, essa dificuldade, não temos a rede em atenção psicossocial, esse é um passo; segundo, o próprio imaginário social das pessoas em relação a loucura e ao louco, isso é uma outra dificuldade, que daí entra em cena o estigma e o preconceito, onde o portador de transtorno mental passa a não ter crédito na comunidade, e isso ainda é uma dificuldade; e, claro, depois tem toda a questão do trabalho, as cooperativas de trabalho, que ainda não se discute muito em Santa Catarina, não conheço nenhuma cooperativa social de trabalho para portadores de transtorno mental, que é uma forma de gerar trabalho diferente dessa preconizada pelo modo de produção capitalista, que você tem que produzir pra receber, isso é uma outra dificuldade, a dificuldade em cima da questão do trabalho, do emprego, que muitos acabam tendo seu reconhecimento, sua valorização em cima

do dinheiro que tem no bolso, o poder contratual que a pessoa possa ter, as vezes, na sociedade, é o quanto ela tem no bolso, e a maioria dos usuários não possui isso, e é aonde muitos acabam querendo se aposentar para poder ter o seu dinheiro, que não tem outra alternativa ou clareza do que fazer pra ter dinheiro, então, esse é um problema enorme na questão da reinserção social (GIRASSOL, 20/3/2006).

Os participantes da pesquisa apontaram que uma das possibilidades para a (re)inserção familiar e social pode ser a separação das oficinas produtivas da área física do CAPS. Esta proposta e os projetos de geração de renda via economia solidária foram apontadas por alguns dos entrevistados como uma das alternativas para a realização de uma maior integração do serviço com a comunidade, bem como a melhor adequação do próprio espaço físico do CAPS.

[...] a questão do projeto de geração de renda, que eu acho que de fato está faltando, inclusive a gente já está também se mobilizando pra tentar criar um projeto nesse sentido, porque os usuários aqui, nas oficinas terapêuticas produtivas, eles conseguem ter acesso ao material específico de cada oficina produtiva, também, a técnica de produzir o artesanato, mas não tem mercado; eles conseguem vender as peças, conseguem resgatar uma grana, mas não é suficiente pra poder manter ele, manter as condições de sobrevivência; então, precisa implantar essa geração de renda, de fato acho que vai dar um gás pra essa (re)inserção dos usuários que estão sendo tratados do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Já para uma das profissionais entrevistada as dificuldades na (re)inserção social estão mais relacionadas a questões de singularidades dos portadores de transtorno mental.

Eu acredito que volta de novo pro estigma, vai voltar pra própria incapacidade, pra própria dificuldade do usuário, do paciente; muitas vezes eles poderiam fazer algo muito mais do que fazem, e aí tem o medo, o medo deles, o medo de eles terem de enfrentar a própria doença, de eles terem que enfrentar os outros, e a hora que eles conseguem fazer esse movimento aí vem o medo do outro, aí é mais fácil ficar parado, aí volta pro comodismo, mas de alguma forma se a gente consegue..., aí não precisa de grandes movimentos, eu imagino que pequenos movimentos dentro da comunidade, que seja, alguém ir conversar com o diretor da escola, ir conversar, aí a diretora consegue conversar na sala, vamos supor que tem alguns pacientes, mais jovens, que pelo surto psicótico deixaram de ir e aí não retomam, não retomam porque tem medo, porque as vezes vão rir dele porque ele é louco; então, pequenas intervenções, elas tornam possível mudar um pouco essa inserção, essa reinserção, mas a gente esbarra de novo na falta de técnicos pra fazer isso e também acho que até por uma falta de equipe, aí volta pra equipe, entende, não tem uma equipe que pense isso em conjunto, que age em conjunto e aí como fica muito personalizado, individualizado os atendimentos, cada um vai pra..., eu vou pro meu consultório, outro vai pra oficina e aí não tem a equipe (J, 22/3/2006).

Outra entrevistada referiu-se ao estigma e preconceito existente por falta de conhecimento e divulgação, exposição, seja nas universidades ou por parte dos próprios serviços de atenção, sobre saúde mental.

Bom, eu acho que entre elas a questão do estigma, do preconceito, e não é um preconceito.... a gente sabe que tem riscos em algumas situações, a gente também as vezes tem medo de algum paciente, te dizem ah fulano matou três pessoas..., não é um preconceito que nasce do nada, muitas vezes é um preconceito que de alguma forma é compreensível, mas você não pode ah então ta...; eu acho que não existe muito, você não vê muito nos meios de comunicação uma campanha em torno da desestigmatização, você vê de outras coisas, com relação a aleitamento materno, outras questões da política de saúde; com relação a saúde mental eu acho que se fala pouco na sociedade, se discute pouco; por exemplo, na universidade, até não sei se lá na saúde pública o pessoal da saúde mental tem feito mais coisa, até os alunos que vem fazer residência aqui, a primeira reação deles é: a gente está aqui e tem medo, nem eles foram preparados pra isso, então, você começa a avaliar que tem uma falta..., não se fala muito no assunto, acho que assim, não se fala no assunto na sociedade; assim como se faz grupos de mulheres lá nos postos de saúde pra tratar de questões de sexualidade, muitas vezes faz sala de espera pra tarar de questões..., não se faz uma sala de espera pra falar de saúde mental; então, eu acho que talvez assim, a gente pensar, bom! nós estamos nisso (na saúde mental) e nós nunca fomos fazer uma sala de espera no posto de saúde da Agrônômica pra falar de saúde mental, pra falar do CAPS, quem sabe a gente também precisasse fazer algumas coisas assim, começar uma divulgação maior; acho que pouca gente de fora do serviço, fora das pessoas que trabalham na saúde mental sabem da política do Ministério pra saúde mental, que existe uma política de criação residências terapêuticas; eu li relatos de pessoas no Rio (RJ) que tiveram muita dificuldade de alugar pra se fazer uma residência terapêutica, num prédio então, quando ficaram sabendo que eram pessoas que vinham de hospital psiquiátrico ninguém quis; então é muito difícil, e ao mesmo tempo tem experiências positivas, tem pessoas que estão na residência e diz que a vizinhança viu que eles não são bichos, que eles podem interagir, podem estabelecer laços de vizinhança, então, tem algumas experiências boas e algumas experiências que são difíceis (P, 17/3/2006).

No contexto do estudo foi perguntado aos profissionais entrevistados se a atual organização dos serviços de saúde mental favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais. Conforme pode ser observado nas falas relacionadas, as opiniões foram divergentes. Dois deles observaram sobre a necessidade da existência de diversas instituições e serviços articulados e integrados à proposta da rede de saúde mental para que seja possível favorecer a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental

Embora a estrutura se localize no município, pelo menos eu estou pensando em termos de utilização da rede; então, a gente tem no Brasil inteiro muita diversidade, tem cidades onde a rede está montada, foi instituída e funciona legal, não é o caso de Florianópolis, a gente tem dá pra dizer poucos serviços, são só três CAPS que deveriam estar regionalizados ou territorializados, mas não estão, e tem algumas equipes de saúde mental nas Regionais, nas sedes das regionais, então, eu vejo assim, tem uma rede a ser constituída, ela precisa criar os mecanismos pra que a pessoa possa usar isso como rede, isso em termos de atenção à saúde, quando eu falo em rede eu também não estou pensando só em serviço de saúde, estou pensando que há uma possibilidade de a gente ter uma rede que inclua outros serviços, que não sejam só os de saúde, só os especializados, que eu acho que é a nossa necessidade, você incluir outras instituições, outros programas, enfim, que tenham vinculação com a cultura, com o trabalho, com a arte, produção do conhecimento, com as universidades por exemplo, as universidades são um campo excelente, seriam um campo excelente pra gente poder trocar um monte de coisas, pelos programas de extensão que eles tem, pelos projetos comunitários etc., a gente podia estar fazendo parceria com as universidades, mas não conseguimos, não sai, não rola; [...] a saúde mental eu acho que é o melhor exemplo desse distanciamento porque é difícil encontrar uma universidade onde a Reforma Psiquiátrica esteja incluída, ou mesmo os temas da reabilitação psicossocial estejam incluídos nos currículos dos cursos de saúde, é raríssimo (F, 12/4/2006).

Então, essa rede montada de forma territorializada, principalmente, eu acho que esse aspecto da territorialização é fundamental, é chave pra conseguir a reinserção social, não só por facilitar o acesso do usuário, mas pelo fato de o serviço estar ali no seu território, isso é fundamental, além disso, o projeto de geração de renda, as vagas, os leitos psiquiátricos no hospital geral, é todo esse contexto que precisa ser implantado para de fato poder facilitar o trabalho de cada instituição dessas, seja do CAPS, seja do projeto de geração de renda, ou do próprio hospital geral, como um todo, assim, essa engrenagem funcionando bem aí sim vai ser mais rápida a reinserção social do usuário portador de transtorno mental (VIK, 24/3/2006).

A partir das colocações dos participantes da pesquisa, destaca-se a importância da rede de serviços na construção da cidadania das pessoas atendidas pelas políticas de ativação, as quais, segundo Fleury (2004), tem como objetivo a inclusão social de conjuntos populacionais definidos a partir da territorialidade. Tal proposta pretende tratar o território como um componente, tanto material como simbólico, da esfera pública. Neste sentido, a construção da cidadania passa, necessariamente, pela reconstrução das cidades e potencialização da rede de serviços na valorização das características objetivas e subjetivas da demanda local.

Na seqüência, um dos entrevistados enfatiza que a forma como são pensados e estão organizados os serviços de atenção não favorece a construção da cidadania dos usuários.

Não, não favorece, porque, primeiro, os serviços de saúde mental estão sendo construídos pra quê? Não tem muito claro ainda pra quê que se tem atenção básica em saúde mental hoje, pra quê se constrói centro de convivência, pra quê tem o CAPS? acho que o objetivo do serviço parece não estar muito claro, talvez eu esteja enganado; veja bem, a atenção básica é mais no sentido pra estar discutindo os seus conflitos, minimizando os “sintomas psiquiátricos”, e aí acaba não tendo um trabalho de reflexão sobre o contexto que a pessoa está inserida; [...] a questão da cidadania tem a haver..., quanto mais articulada for a pessoa, quanto mais ela se envolver com as lutas sociais, mais cidadania ela vai exercer, quanto mais clareza, mas crítica, mais conhecimento ela vai ter, ela vai desenvolver cidadania; então, a forma hoje como os serviços estão organizados, ela acaba não favorecendo essa questão da construção da cidadania porque ainda vem de uma lógica de modelo centrado no transtorno mental (GIRASSOL, 20/3/2006).

Uma outra profissional considerou ser difícil avaliar a questão pelo fato de a rede de serviços não estar implantada por completo, e por não ter avaliações sistemáticas dos resultados.

Olha, eu não sei se a gente já tem condições de fazer uma avaliação, a rede está meio que andando [...] assim, qualquer coisa que eu vá dizer é, assim, referente uma experiência ou outra, não sei se a gente tem condições de fazer uma avaliação enquanto rede; por exemplo, eu vi muitas experiência positivas em cidades como Campinas (SP) que eles já tem há mais tempo, por exemplo, residências terapêuticas, tem desde o começo dos anos 1990, tem muitas experiências boas de pessoas que conseguem transitar na vida, tem gente que está trabalhando; [...] eu acho que a gente precisa além de ter a política, de ter a carta de intenções, a gente precisa ter avaliações também, eu acho que uma questão dessa eu sinto que precisa ter uma forma mais sistemática de avaliar, qualquer coisa é uma coisa mais ou menos um olhar particular pra aqui pra ali, acho que no todo a gente não tem (avaliação sistemática), pelo menos eu não conheço ainda, pode ser que estão fazendo e eu não saiba ainda (P, 17/3/2006).

Já para duas das entrevistadas, a atual organização da rede de serviços na política de saúde mental favorece sim a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental.

Sim, eu acredito que sim, na teoria ela é muito importante e acho que trabalhando em todas as instâncias, se a gente for pensar naqueles mapinhas, os ambulatórios, os CAPS, hospitais dia, a escola, e os centros comunitários, os postos de saúde, todos capacitados; eu acredito que sim, a rede ela é bem estruturada e ela possibilita aos portadores de doença

mental, enfim, terem uma reinserção melhor e maior na sociedade, e também de entendimento do que ele tem, do que ele pode fazer, quais são os recursos que ele tem também pra lidar, dentro dessa rede (J, 22/3/2006).

Acho que sim, favorece, se tu me perguntasse se ela resolve, eu diria que não claro, ou até que ponto ela resolve, mas favorece sim, eu acho que tem um favorecimento relacionado a forma que as pessoas eram tratadas, acho que favorece muito mais (LÉLI, 4/4/2006).

É possível perceber nas falas relacionadas acima a preocupação com a efetiva implantação da rede de serviços em saúde. As redes, conforme proposto na política de saúde mental, possuem muitos centros, muitos nós que as compõem e as tornam complexas e resistentes. Estão embasadas na noção de território, como um sistema de relações e estruturas, muito mais que um simples espaço geográfico. O fundamental neste processo é que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento.

Neste sentido, torna-se de fundamental importância refletir sobre o exercício da cidadania no contexto das políticas públicas, cada vez mais segmentadas e focalizadas. Para Fleury (2004, p. 2), “as políticas atuais de inserção buscam reafirmar a natureza contratual do elo social em novas bases, com a revalorização do local e comunitário e a transformação do Estado em um animador e mobilizador de recursos societários. Reduzido a mantenedor da estabilidade de uma ordem econômica que produz a fragmentação e a exclusão social, o Estado, busca atuar de maneira compensatória e focalizada, atendendo aos grupos mais vulneráveis e/ou potencialmente ameaçadores da ordem social, por meio da convocatória da solidariedade lançada aos diferentes setores inseridos na ordem econômica. No entanto, a incapacidade de alterar as condições estruturais de produção da exclusão mostra os limites das políticas de ativação, cuja promessa de inserção social carece de expectativas de emancipação dos sujeitos e coletividades beneficiários”.

3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica

Os CAPS compõem o rol de serviços do modelo psicossocial de atenção em saúde mental proposto na e pela Reforma Psiquiátrica. Perguntamos aos entrevistados qual seria o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica e obtivemos como

resposta que este teria a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos ideais da própria Reforma.

Eu acho que a função imediata ela é servir como um ponto de articulação, porque a gente consegue criar um ambiente que é relativamente protegido e que dá ao usuário as condições de ele poder participar de outros circuitos; fundamentalmente é essa a função, de articulação; eu lembro de uma discussão que a gente fazia, em Brasília, uma vez, sobre essa importância excessiva que os CAPS acabaram adquirindo, como quase que o central do sistema hoje é o CAPS, mas ao mesmo tempo a necessidade de se ter um espaço como esse, principalmente, pra quem está vindo de uma internação prolongada ou pra quem sempre passou a vida dentro de um hospital psiquiátrico, se tem que ter um pólo, uma instância articuladora pra poder fazer a passagem, porque o cara não vai sair do hospital e retomar sua vida imediatamente, não vai, ele tem uma série de dificuldades que ele não consegue vencer, e o CAPS, nesse sentido, a função seria essa, de poder..., tem uma expressão que eu acho interessante que é: emprestar poder de contratualidade, ou seja, poder dá um certo aval de que esse sujeito pode participar novamente ou pode participar pela primeira vez dos circuitos sociais, pode fazer laços com outras pessoas, com outras entidade, outras instituições, esse é o aval que eu acho que um CAPS pode fornecer e essa é sua principal função (F, 12/4/2006).

É pensar o CAPS como um espaço em que o paciente vai estar usando e tendo apoio para os momentos de crise, e fora os momentos de crise, também, que não seja hospital, e aí, dentro da Reforma eu acho que o CAPS ele é fundamental, assim como os hospitais dia, é que aqui em Florianópolis a gente não tem hospital dia, mas eu acho que os moldes do CAPS (eles estão) é muito próximos, as vezes até é difícil dizer o que é um o que é outro; esse momento de transição do hospital para a sociedade, nesse momento o CAPS é algo muito importante, ele dá, é capaz de conter, dar uma continência pra o usuário, isso a gente percebe mesmo quando não tem nada, o paciente já está muito bem, eles voltam quando estão em crise, sem ter nada marcado, e só de estar aqui pra muitos já é confortante, então, a gente percebe que essa continência, esse acolhimento, e saber que ninguém vai vir aqui e amarrar e conter, porque acho que esse é o medo, de todo mundo, acho que isso já possibilita a procura, eu estou mal vou lá, vou buscar a ajuda do CAPS (J, 22/3/2006).

Eu diria que o CAPS seria o pensador da estruturação da rede de saúde mental, que via de regra o CAPS acaba sendo pra municípios de médio porte o primeiro serviço a ser instituído no território, no município, aí o CAPS acaba assumindo essa responsabilidade, a portaria fala bem disso, a 336, do que compete ao CAPS, e tem vários itens lá, entre eles organizar a rede de saúde mental no município, porém, acaba sobrecarregando os profissionais de saúde mental que atuam nesse CAPS; então, a importância do CAPS na operacionalização da Reforma, ele é importante enquanto um dispositivo crítico, ou seja, se o CAPS não ter a clareza do que seja a Reforma Psiquiátrica ele não vai

operacionalizar, ele só vai operacionalizar a Reforma Psiquiátrica quando ele entender que Reforma Psiquiátrica é o processo social complexo que se configura pelas quatro dimensões, enquanto ele não repensar, refletir a sua prática, o que ele está fazendo, o que não está fazendo, ter mais autocrítica, ele não vai conseguir operacionalizar a Reforma Psiquiátrica; ele tem importância porque tem vários atores, vários profissionais, é um time de pessoas, muito rico, envolvidas que estão no CAPS; agora, enquanto não ter claro o que é Reforma Psiquiátrica, esse processo, não vai conseguir fazer nada; ele é importante, mas se não tiver clareza de Reforma... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Na medida que o CAPS é a primeira, digamos, unidade, primeiro serviço que se propõem a substituir o hospital psiquiátrico já existe nisso por si só a sua importância; é substituição e não que a pessoa não possa ser internada, mas a idéia é que seja nos hospitais gerais, em algum leito nos hospitais gerais, então, bom, o CAPS é o primeiro ponto, é o primeiro lugar onde a pessoa vai passar o dia, onde vai ser tratado de outra forma o seu sofrimento, então, a importância dele está nisso, na importância política e clínica também (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que o CAPS, fundamentalmente, ele faz a clínica; se tem essa rede montada o CAPS faz a clínica, ele faz o atendimento psicossocial do usuário portador de transtorno mental, ele atende as questões mais subjetivas, e de fato toda esse mix de previdência social, a medicação, o atendimento psicológico, atendimento de enfermagem, mas se existe essa rede montada e aí vamos ter um projeto de geração de renda, aí ele vai fazer geração de renda, todas as Oficinas vão acontecer ali e não dentro do CAPS, o CAPS deveria estar na comunidade ele deveria estar territorializado (VIK, 24/3/2006).

Acho que todo mundo gostaria que ele pudesse ser um eixo desencadeador de todos esses ideais da Reforma Psiquiátrica, que a partir disso se experimentasse uma nova relação, que o paciente pudesse estar se soltando mais pra vida, pra construir seus projetos, seus ideais; acho que é muito importante poder retirar pessoas que estão enclausuradas há anos, criar esses mecanismos como residências, etc. pra pessoas que não vão resgatar os vínculos familiares, tem que procurar outras alternativas; acho que o CAPS ainda é uma instituição que é fundamental nessa política, ainda acho que ela pode fazer um papel importante; no dia-a-dia é um pouco mais difícil porque as vezes a gente não tem tantos mecanismos de avaliações, muitas coisas que também a gente vai capengando; quando você vê algumas experiências de pessoas que estão conseguindo dar conta da sua vida, saem, aí você vê que, bom! tem algumas coisas boas que estão acontecendo, o CAPS também está contribuindo; então, no meio dos prós e dos contras eu acho que os prós ainda são maiores, eu acho que é muito mais humano, muito mais um fator de justiça social você ter um espaço assim do que você ter uma pessoa enclausurada no hospital (P, 17/3/2006).

Neste sentido, conforme inscrito na Política Nacional de Saúde Mental, os CAPS devem assumir seu papel estratégico na articulação e no “tecimento” das redes de atenção em saúde mental. Tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da

rede de serviços, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, ONGs, empresas etc. (BRASIL, 2004, p. 12)

3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde

A proposta do progressivo deslocamento dos centros de cuidados em saúde mental para fora do hospital psiquiátrico, em direção à comunidade, colocada na e pela Reforma psiquiátrica tem nos CAPS o dispositivo estratégico desse movimento. Neste sentido, a rede básica de saúde torna-se o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os portadores de transtorno mental.

Essa rede é formada pelos centros ou unidades locais e/ou regionais de saúde, Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, que atuam na comunidade de sua área de abrangência. Os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, pois tem um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Por sua proximidade com as famílias e comunidades, as equipes de atenção básica são um recurso fundamental para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso de substâncias psicoativas e diversas formas de sofrimento psíquico. Neste sentido, é importante e necessária a integração e articulação dos CAPS com a atenção básica. Assumir esse compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção da saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo (BRASIL, 2004).

As atuais diretrizes da política de saúde mental do Ministério da Saúde orientam que, onde houver cobertura do PSF, deverá haver uma equipe de apoio matricial em saúde mental para no mínimo seis e no máximo nove equipes de PSF. E, que as ações de saúde mental na atenção básica devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2004).

No que se refere à relação existente entre o CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município e qual o tipo de relação existente, os dados coletados na

pesquisa indicam que: a maioria (91,7%) respondeu que sim, com ressalva de que é muito pouco, funciona de maneira precária e confusa, e que está num processo preliminar ainda. O profissional que respondeu não, observou que a rede está em processo de formação. Os profissionais cujas respostas foram positivas identificaram que a relação é de encaminhamentos, atendimentos em conjunto com as equipes de saúde mental das Regionais de Saúde, ajuda em atendimentos nas unidades locais de saúde, com os agentes comunitários de saúde, de referência, de acompanhamento, visitas domiciliares, encontro mensal dos trabalhadores de saúde mental da rede e encontro mensal dos psiquiatras da rede.

Sobre a relação do CAPS com as equipes de PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência alguns entrevistados observaram que a relação é pouca ou mínima, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda²³. Foram apontadas como justificativas o fato de o CAPS Ponta do Coral não estar territorializado, deste ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta do município, e a ausência de um planejamento e de estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente.

O CAPS como ele é único, então, ele é de toda a região; então, eu poderia até estar te respondendo que a gente tem um Posto aqui de cima do CAPS, que é o Posto da Agrônômica, ali tem o Programa de Saúde da Família implantado, com a presença dos residentes do Programa Saúde da Família e o contato que eu tenho, ele é meu, não existe nenhum outro programa ou vamos dizer convênio do CAPS com a Agrônômica, é meu aqui, assim como talvez seja da psicóloga em outro momento quando há essa partilha de paciente quando faz parte dos dois, então, eu só sei do que eu tenho, mas é muito pouco, eu tenho contato com alguns residentes que atendem alguns pacientes daqui, e eles precisam de algumas dicas ou, enfim, de se interar do que acontece, e eu também preciso saber como é que anda o acompanhamento deles lá, e aí entra em contato, as vezes vem aqui ou eu vou lá, mas são essas formas isoladas e depende daquele momento e da necessidade daquele usuário, não é algo que seja programado, que seja antecipado, institucionalizado, no sentido de firmar essas relações de uma forma..., não há; e, assim, o contato é com os residentes, não tem o contato com quem realmente vai ficar, porque os residentes passam depois de dois anos, eu também não tenho contato de quem é o médico, quem é o enfermeiro do Programa Saúde da Família, quem é o agente comunitário que vai na casa desses usuários, isso não tem, acho isso muito ruim, é muito falho, embora, volta pra aquela questão da equipe, que as coisas não são compartilhadas, você nunca sabe direito, é muito fragmentado, o que já foi feito, o que não está sendo feito; também não é delegado a função à ninguém de fazer, não há um planejamento pra isso (J, 22/3/2006).

²³ Em estudo sobre o CAPS de Palhoça/SC, Franco (2005) encontrou situação semelhante na relação do CAPS com o PSF e demais serviços de atenção básica municipais.

É mínima, é mínimo o contato, assim, as vezes, quando a gente necessita a gente vai atrás, tenta achar alguém que se interessa, que tenha alguma afinidade com a saúde mental, as vezes um agente de saúde que consegue se aproximar mais daquele usuário que mora lá e que resolve dá uma força, mas é assim, depende de uma série de coisas, da disponibilidade pessoal, da sorte de encontrar alguém etc., quer dizer é falta mesmo da articulação em rede, porque se a gente tivesse essa articulação o PSF automaticamente já seria acionado, e a gente não tem isso; claro, quando a gente precisa a gente até encontra uma boa resposta das equipes do PSF, mas pode não encontrar, tem um risco[...] não, isso não existe (articulação institucional CAPS – PSF), isso tem que ser construído, tem que ser proposto (F, 12/4/2006).

A relação que o CAPS tem é principalmente pra acompanhamento, a relação é essa, relação de acompanhamento, as vezes precisa realizar alguma busca ativa e não temos a possibilidade no momento, então, tem essa relação, a relação que a gente tem é mais no sentido de acompanhamento do próprio usuário; o que seria ideal, seria um pouco mais de estreitamento, discutir junto com o Programa de Saúde da Família alguns casos, nós irmos aonde os agentes comunitários estão, discutir algumas situações e isso não tem acontecido ainda; com essa lógica aí das regionalizações tem essa possibilidade; então, hoje existe uma relação, só que uma relação muito esporádica de situações isoladas e que precisa ser superada; o maior problema que existe é devido ao CAPS não ser territorializado, o CAPS II Ponta do Coral ele tem que atender uma demanda muito grande, basta ver o IBGE hoje, tem 400 e poucas mil pessoas em Florianópolis, então, é um CAPS II pra atender toda a demanda adulta do município, talvez o ideal seria um CAPS I em cada região, nas cinco regionais, e transformar esse CAPS num CAPS III no caso, e aí repensar depois toda a rede; então, a relação, ela se compromete com o Programa Saúde da Família devido a não territorialização do CAPS Ponta do Coral, a relação que existe é a relação de acompanhamentos isolados (GIRASSOL, 20/3/2006).

É uma relação ainda muito inicial ainda, um pouco precária; com os agentes comunitários a gente tem mais proximidade, no momento da visita domiciliar e no momento de fazer o resgate dos usuários que abandonaram, por algum motivo, o atendimento, mas acho que a relação poderia ser melhorada se o CAPS fosse territorializado, como a gente está aqui, é no centro pra todo o município, fica muito difícil, então, a nossa relação é muito mais com as referências regionais de saúde mental da atenção básica do que com as próprias equipes de PSF das unidades locais de saúde (VIK, 24/3/2006).

É isso que eu falei, essa perspectiva da regionalização que começou aqui visava uma maior articulação com a rede; eu acho que isso é um projeto que está ainda meio que na sua infância, ele está começando e, assim, o que eu te falei, a gente precisa sair mais daqui, no Norte (Regional Norte) a gente vai tentar essa experiência agora (realizar as reuniões da regional nos postos de saúde) de contato e incluir, por exemplo, os agentes comunitários nos processos de reunião com os pacientes daqui, tentar ver se eles podem estar acompanhando o paciente lá; tem uma paciente que está aqui que a gente esteve lá no Posto do Saco Grande pedindo pra equipe assumir alguns cuidados com essa paciente, eles se

dispuseram, mas assim, por enquanto ta muito mais alguma iniciativa aqui, ali, do que um processo mais amplo, não sei assim como isso vai caminhar com a história de já ter, por exemplo, profissionais regionalizados, isso também vai poder ser incrementado, esse é um desejo que eu tenho (P, 17/3/2006).

É muito pequena, muito, muito, muito, muito; eu não sei nem te dizer, em uma escala de um a dez acho que fica em dois, está muito pequena, está muito além do que poderia ser, eu acho que talvez com a implantação agora dos serviços na rede, nós temos em cada Regional um psiquiatra, dois psicólogos, uma média assim, está existindo mais aproximação, mas do CAPS não, muito pouco, muito pouco. [...] quando tu pergunta, hoje, qual é a relação do CAPS? eu não posso te mentir, pra mim é quase zero (LÉLI, 4/4/2006).

Buscando explorar as informações sobre a relação do CAPS com a rede municipal de serviços de saúde, perguntamos aos profissionais se o serviço realiza algum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. A maioria deles (75%) respondeu que não, dois referiram não saber responder e um respondeu que sim. Dentre os que responderam que não, um justificou que o CAPS não tem estrutura para atender mais esta demanda. Dois dos profissionais entrevistados disseram estar pensando neste tipo de trabalho. Um deles falou sobre a existência de um projeto, conforme relatado na fala que segue.

[...] a gente tem um projeto aqui que é de formação de acompanhantes terapêuticos, e no ano passado a gente formalizou esse projeto e mandamos pro Ministério da Saúde, ele foi aprovado e até hoje estamos esperando a liberação de dinheiro, mas enfim, o projeto foi aprovado, e a idéia era justamente transformar o agente comunitário de saúde num acompanhante terapêutico, e aí a gente faria a formação, uma capacitação, um curso de capacitação aqui, e depois faria o segmento com supervisões regulares, é uma forma de dar formação em saúde mental pra atenção básica e manter essa que é uma função do CAPS de dar supervisão e a formação mesmo pra esse nível da atenção; [...] a gente está esperando o dinheiro do Ministério da Saúde, ta lá pendurado, a gente olha o nome do projeto na internet, está lá, mas não tem nem empenho ainda, significa que não tem dinheiro destinado (F, 12/4/2006).

Para que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas na atenção básica é fundamental a capacitação destas equipes. A orientação é que as equipes de saúde mental de apoio á atenção básica incorporem ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. Conforme aparece na fala do profissional, são previstos recursos para o financiamento deste tipo de ações, embora, muitas vezes, a dependência de orçamento, a morosidade burocrática e/ou

ausência de decisão política, que justificam a longa demora, acabam por desestimular, dificultar, inviabilizar as iniciativas dos profissionais.

Repetidamente, temos ressaltado neste trabalho que os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico para a organização da rede de atenção em saúde mental, conforme é indicado nas diretrizes políticas da Reforma Psiquiátrica. Nesta direção, questionamos os técnicos da equipe do CAPS Ponta do Coral sobre qual o lugar que o serviço ocupa na rede municipal de atenção em saúde, em Florianópolis. As falas transcritas na seqüência destacam o fato deste não estar territorializado e, portanto, não se constituir no serviço regulador da porta de entrada para o atendimento em saúde mental. As equipes de saúde mental nas referências das Regionais de Saúde é que, atualmente, constituem-se no serviço primeiro de atenção em saúde mental. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhados pessoas com transtorno mental grave.

Seria esse serviço que articula, que regulamenta; não necessariamente ele é uma porta aberta que entra qualquer um; eu acho que ele pode até ser a articulação e a regulação, pode ser feita até capacitações nas equipes locais de unidades básicas, que a partir daí você vai poder em um caso de uma ansiedade ou uma briga com o namorado, “eu tomei 4 aspirinas”, não vai chegar aqui no CAPS; vai chegar aqui no CAPS realmente aquilo que for um caso mais grave, e só há possibilidade de isso acontecer a partir do momento em que as unidades locais estejam todas capacitadas e entendendo, até porque assim diminui o trânsito desse paciente; vamos supor: ele sai de uma cidade, vem pra Florianópolis, daí diz: onde é que eu vou num psiquiatra? Ah! vai lá no CAPS, aí alguém fala: mas tem que passar no clínico antes, aí passa no clínico, aí o clínico encaminha pro psiquiatra, daí ele não sabe onde vai procurar o psiquiátrica - vem pro CAPS, não vem pro CAPS, aí vem pro CAPS, mas é que na verdade ele toma fluoxetina há 2 anos, está em tratamento de manutenção porque ele tem um quadro de depressão recorrente, não é caso CAPS, então, isso já poderia ter sido triado lá no começo, o paciente já poderia estar tendo as consultas desde o início, todas acertadas, sem precisar ficar correndo de um lado pro outro [...]; então, eu acho que ele tem esse papel, tem essa função de regular, de saber o que está acontecendo no hospital, na Colônia, e ter esse contato, uma ligação sempre com a Colônia, e com os Postos de saúde [...]. (hoje, o CAPS faz isso?) algumas coisas, bem isoladas, de novo, é meio como um apaga fogueira; por exemplo, hoje, a gente foi fazer uma visita domiciliar lá no Saco Grande (bairro de Florianópolis) porque o paciente estava em tratamento psiquiátrico particular e parou de tomar o remédio, e aí a gente foi lá, só que o paciente não queria falar com a gente, mas, assim, eu chego lá, converso com a equipe que está lá naquele local e muitas vezes é só a psicóloga; também tem um certo descaso, no sentido de que ah! agora eu não posso falar, porque não percebe que conversando sobre aquele caso vai possibilitar que isso seja ampliado pra outros casos, pensam-se saídas semelhantes pra outro momentos, mas, assim, acaba virando um apaga fogo, e toda hora você tem que ir

apagar um fogo; então, existe um pouco, mas não de uma forma bem usada (J, 22/3/2006).

É atenção secundária como se diz; ele regula e não regula; [...] tudo vai passar muito pela clareza que os profissionais que estão na saúde mental tem em relação a própria epistemologia, tem em relação a própria política, tem em relação a própria noção de SUS, a própria noção de controle social, a própria noção dos princípios do SUS; então, tudo vai passar por isso, porque que eu estou dizendo isso, o CAPS é uma atenção secundária como a gente chama, eu acho ainda que o atendimento mais complexo, o atendimento terciário, deveria ser no território, acho que centrar as forças no território [...]; então, [...] a atenção básica é onde deveria regular isso, a regulação dessa entrada nesse sistema de saúde mental, nessa rede de saúde mental ela teria que ser prioritariamente atenção primária em saúde; então, as vezes, por necessidades especiais, por situações específicas, a pessoa acaba vindo direto pra cá, direto pro CAPS e aqui a gente atende, e, as vezes, essa pessoa não é indicada pra estar no CAPS, aí volta pra atenção básica, então, tem essa dificuldade, ou seja, o lugar que o CAPS ocupa na rede municipal de atenção em saúde é uma atenção secundária à pessoa com transtorno mental grave, já avaliada pela atenção primária em saúde, aquela pessoa que corre risco de suicídio, que acaba prejudicando a vida de outras pessoas, que está muito mal, nesse sentido (GIRASSOL, 20/3/2006).

Regulador da porta de entrada: não; como não é territorializado, a gente tem esse problema de ser serviço de referência pra onde vem os pacientes já encaminhados, ele passou pela porta de entrada do sistema lá no Posto, ele vem encaminhado pra cá ou através dos hospitais psiquiátricos, que é também uma outra forma de encaminhamento, mas a gente não faz a regulação da entrada; hoje, também, como tem equipes mínimas de saúde mental nas regionais, elas também funcionam muito mais como a reguladora do que nós; a porta de entrada é pelas equipes de saúde mental das regionais (F, 12/4/2006).

Eu acho que são várias coisas, por ser o único CAPS, pela rede não estar estruturada ainda, e pelas pessoas não conhecerem o serviço da rede, existe uma mistura, assim, o que é pra ir lá pro psiquiatra do Sul (regional de saúde), o que é pra vir pro CAPS; qual é o papel do CAPS, é a não internação, mas não tem CAPS III, então, a noite o cara não tem pra onde ir, na verdade, o CAPS ele é um espaço que regula a entrada do usuário sim, num primeiro momento sim, porque todos os que foram para a atenção básica muitos foram daqui, muito mais que a procura de fora daqui, primeiro eles vem pra cá, depois eles vão pra lá, agora o processo até está sendo inverso, já estão procurando a atenção básica porque eles já estão conhecendo, mas antes era daqui pra atenção básica, e é o único espaço, programa que acolhe o usuário psicótico, com transtornos mentais graves, porque a rede básica, ela não atende, se o cara tem um surto psicótico, está com qualquer surto, que está mal, ou ele tem um embotamento, ele não fala, está na família há anos, está lá segregado, está lá no quatinho dos fundos, não é caso de atenção básica é caso CAPS, então, ele é o único serviço de Florianópolis que se propõem a atender o usuário, o portador de sofrimento psíquico fora de hospital (LÉLI, 4/4/2006).

Ele é o primeiro serviço de saúde mental do município, primeiro serviço estruturado, credenciado no Ministério da Saúde, eu penso que ele tem um papel importante, ele serve como uma referência de atendimento em saúde mental a usuários portadores de transtornos mentais; dentro da rede, hoje, a gente tem as referências regionais de atenção em saúde mental na atenção básica, nas ULS, que são as unidades locais de saúde, então o CAPS serve como referência de atendimento a usuários com transtornos mentais graves do município de Florianópolis, é pra isso, essa é a função (VIK, 24/3/2006).

Pelas falas dos profissionais evidencia-se que Florianópolis não tem uma política municipal de saúde mental estruturada. A rede de serviços está em processo de formação e implementação. As ações ainda são muito isoladas e fragmentadas, sem uma direção comum. É notório que um único CAPS para atender a totalidade da demanda adulta do município é insuficiente. As possibilidades de atuação do serviço na prevenção e promoção da saúde mental, na capacitação e supervisão das equipes de atenção básica ficam, assim, prejudicadas e/ou inviabilizadas.

No processo de operacionalização da Reforma Psiquiátrica, conforme as orientações da Política Nacional de Saúde Mental e as propostas aprovadas na III CNSM, é necessário que os gestores estaduais e municipais estabeleçam mecanismos efetivos para o controle das internações psiquiátricas. De acordo com a Portaria GM/MS n ° 336/02, os CAPS devem possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou modulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local (BRASIL, 2002a). Com base nisto, perguntamos aos entrevistados se o CAPS tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Eles referiram que não, contudo, divergiram sobre como o serviço fica sabendo quando ocorre internação de seus usuários.

Não tem. A gente fica sabendo quando a família comunica ou quando é usuário de atenção intensiva, ou ele fez uma crise ou ele desapareceu do serviço, aí pela falta mesmo, pela ausência que ele provoca a gente vai atrás e fica sabendo que ele foi internado, mas a gente não tem instrumentos de controle sobre isso; a gente faz, no momento da internação, a gente procura manter pelo menos uma visita da equipe da Regional pra não perder o vínculo etc., mas nada formalizado, assim, no momento que aparece, que a gente fica sabendo; geralmente, a gente sabe, hoje é relativamente fácil, não acontece daquilo... fulano desapareceu e de repente aparece ele dois meses depois aqui novamente..., sai da internação ontem e tal, isso não acontece mais, geralmente a gente consegue ficar sabendo (F, 12/4/2006).

Não. Na realidade a família leva pra internar e pronto, as vezes comunica, as vezes a gente fica sabendo quando a gente vai fazer uma visita lá, muitas vezes a gente nem sabe que o paciente ficou internado, a não ser quando a gente liga, e aí o que está acontecendo, não está vindo, mas ele foi internado; então, não há esse controle e também quando é internado lá, dificilmente, alguém entra em contato, nunca vi, entra em contato olha fulano de tal está internado aqui com a gente, não tem essa comunicação (J, 22/3/2006).

Em relação ao controle das internações psiquiátricas, oficial e formal, nós não temos; estou falando enquanto profissional que atende uma determinada regional de saúde, isso nós não temos; o que poderia ser feito: um maior estreitamento com o “manicômio”, com o IPQ ou o São José (hospitais psiquiátricos), que quando internasse pessoas lá teria esse contato aqui, pra gente já ir conversando, já acompanhando juntamente com a equipe do hospital psiquiátrico essa pessoa, porque final de semana ou depois das 18 horas o serviço não atende, as vezes as pessoas entram em crise e a gente não tem como acompanhar isso, não tem como saber; o acompanhamento que tem é, as vezes, os familiares nos avisam que a pessoa está internada, quando a gente acompanha essa pessoa e fica sabendo que ela acabou internando; então, não tem uma política mais estreita de acompanhamento de internação psiquiátrica, isso não tem. (GIRASSOL, 20/3/2006).

Da área de abrangência seria toda a cidade, isso não, mas dos usuários aqui sim, atendidos aqui sim; [...] geralmente, assim, quando o usuário está iniciando um surto a gente tenta fazer o atendimento pra prevenir a internação, pra evitar de fato a internação psiquiátrica, só que nós estamos aqui até as 6 horas da tarde e não estamos final de semana, então, a gente não está nem a noite nem final de semana, e aí acontece de a família internar, isso acontece pouco, muito pouco, e quando acontece a gente faz o atendimento no próprio hospital, a gente vai até lá faz o atendimento, mas é pouco assim, agora da cidade como o todo a gente não tem (VIK, 24/3/2006).

O controle ele tem pelo prontuário, não poderia te dizer que tem um controle do ponto vista de uma escala, ah anualmente quanto a gente tinha e quantos foram internados, [...] o usuário se ele foi internado a gente não soube, se está internado, aí ele aparece aqui depois da internação, um mês ou dois meses, a gente tem escrito no prontuário, esse é digamos o que a gente fica sabendo (LÉLI, 4/4/2006).

Não, eu digo por nós, eu acho que, as vezes, a gente... ah o paciente foi internado, como acontece de a gente saber, e as vezes a gente vai lá fazer uma visita, as vezes tem a questão do carro (o CAPS tem um carro a disposição somente um dia por semana), e a gente fica...; sempre que acontece e tal, as vezes, a gente nem fica sabendo, quando vê o paciente já está de volta, as vezes acontece essa situação; eu fui tentar fazer um pequeno levantamento pra fazer essa avaliação e percebi que a gente não tem registro de quantos dias o paciente ficou internado, se ele ficou internado quantas vezes durante o tempo que está em tratamento aqui, falta um registro melhor e um acompanhamento melhor dos técnicos; (como ficam sabendo da internação) as vezes o paciente volta já depois, as vezes a família liga avisando, [...] o hospital não me lembro se eles ligaram, só se precisar de alguma coisa, em geral, eles não ligam; então,

assim, o paciente saiu aí eles trazem de novo aquele encaminhamento, ou ele vem pra cá porque, normalmente, ele já estava aqui, mas assim, a gente tenta ao máximo que ele não precise ser internado, essa política existe, segurar a crise (P, 17/3/2006).

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que a internação e a reinternação psiquiátrica deverão ocorrer após avaliação da equipe técnica de saúde mental dos serviços substitutivos, devendo ser estabelecidas formas de controle único para a emissão de AIH, assegurando que todas as internações necessárias sejam autorizadas pelo serviço público, preferencialmente de base territorial (BRASIL, 2002a).

Conforme pode ser observado nas falas dos participantes da pesquisa, a insuficiência do CAPS em exercer o controle das internações referente a sua clientela e a demanda no município refere-se ao fato de o serviço não estar territorializado, sendo inviável cumprir com tal exigência no âmbito da totalidade de uma população de aproximadamente quatrocentos mil habitantes, distribuídos numa área geográfica de 436,5 Km². Com a implantação das equipes de saúde mental nas Regionais de Saúde, estas passam a ser as responsáveis pela regulação da porta de entrada no sistema de atendimento. O CAPS II Ponta do Coral passa a ser a referência para onde são encaminhadas pessoas com transtornos mentais graves, egressos de hospitais psiquiátricos, internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). A falta de controle das internações psiquiátricas é uma realidade também de outros centros de atenção psicossocial, conforme verificado por Franco (2005), em seu estudo sobre o CAPS do município vizinho de Palhoça/SC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha deste tema de pesquisa está relacionada à minha trajetória de estudos no Curso de Graduação em Serviço Social e à minha inserção como pesquisadora no Núcleo de Estudos e Pesquisas Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas (NESPP) do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. A esta trajetória soma-se a experiência de Estágio Curricular em Serviço Social, realizada no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis, em 2003, da qual resultou o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Programa Alta Progressiva: uma contribuição para o processo de reabilitação psicossocial no HCTP de Florianópolis”. Com o referido Estágio foi possível vivenciar o contato direto com a realidade de algumas instituições como hospitais psiquiátricos e centros de atenção psicossocial da rede municipal e estadual de serviços de atenção em saúde mental, fato este que estimulou a busca de novos conhecimentos e o desejo de atuação profissional na área. A continuidade dos estudos foi possibilitada por meio da entrada como mestranda no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da mesma universidade. Sendo assim, o trabalho que apresentado nesta dissertação tem estreita relação com meu percurso profissional e meu desejo pessoal.

Conforme destacamos no decorrer do estudo, a reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

A implantação de uma nova política de atenção, com as implicações socioculturais da proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira passa pela necessidade de articulação intersetorial e por ações que contribuam para alterar as representações sociais sobre a loucura e os direitos dos portadores de transtornos mentais. A transformação do modelo assistencial e de um conceito teórico em diretrizes operacionais é um processo complexo e depende de vários fatores para que se mantenha a direcionalidade pretendida pelos diferentes atores sociais, participantes do jogo social.

Especificamente, no caso do CAPS estudado, as dificuldades de concretização dessa nova lógica de atenção em saúde mental perpassam e se inter-relacionam nos diferentes eixos que compuseram a presente pesquisa.

No que se refere a estrutura física, os profissionais indicam que o CAPS conta com espaço e equipamentos adequados às necessidades do serviço. Entre os anos de 2003 a 2004, o CAPS passou por uma reforma em suas instalações, ficando estas, adequadas aos objetivos da unidade. As condições poderiam ser melhores se as oficinas produtivas fossem realizadas em outro local, pois além de favorecer a utilização do espaço hoje ocupado para outras atividades, possibilitaria a inserção dos usuários em outro ambiente, favorecendo-lhes sua sociabilidade.

Em relação aos materiais de consumo, os problemas vão desde a ausência total de objetos e utilidades básicas à manutenção do serviço até o recorrente atraso no repasse dos materiais necessários às oficinas terapêuticas e de produtividade. As oficinas ficam prejudicadas e até mesmo paralisadas por conta das faltas de recursos e dificuldades de gestão adequada do serviço. Esta situação coloca em prejuízo o projeto terapêutico de tratamento dos usuários e a eficácia e efetividade dos propósitos da nova política de atenção em saúde mental.

No campo da gestão do CAPS, apesar da histórica escassez de recursos destinados à saúde, foram evidenciadas situações problemáticas, principalmente no processo de descentralização político-administrativa, que poderiam ser melhoradas a partir dos recursos existentes. De acordo com os resultados da pesquisa, 50% do grupo de técnicos afirmam que existe planejamento e avaliação das ações. Alguns deles observam estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação, objetiva e sistemática, dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declaram não existir processo de planejamento e avaliação das ações, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

Sobre este aspecto, cabe destacar que as técnicas disponíveis na área de planejamento e avaliação de serviços de saúde têm mostrado bons resultados quando aliadas à vontade política de mudar a situação. Apesar dos dados demonstrarem uma divisão entre os técnicos no que se refere a afirmação sobre a existência de planejamento e avaliação, destacamos que as poucas ações que acontecem giram em torno das atividades que são e aquelas que poderão ser realizadas, e na discussão sobre as dificuldades cotidianas do trabalho na unidade. As avaliações são informais, realizadas na reunião

mensal da equipe técnica e nas reuniões clínicas semanais, sendo notório a ausência de um processo de planejamento estratégico, sistemático e contínuo do projeto terapêutico do CAPS, bem como, de avaliação de indicadores.

Com relação aos recursos financeiros, os resultados da pesquisa apontam para o que já vem sendo denunciado por autores como Amarante (2003; 2005): o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. O pagamento pelo sistema de procedimentos realizados, por meio das APACs, condiciona a existência de recursos à produtividade do serviço. Quando os CAPS não estão articulados com outras políticas sociais necessárias à sobrevivência do usuário e a adesão dele ao projeto de vida que o serviço deve-lhe oferecer, a tendência é fracassar.

Para que a pessoa possa freqüentar o CAPS ela precisa de condições materiais e psicossociais básicas, como moradia, transporte, alimentação, auto-estima, estímulo, desejo, etc.. Quando o usuário não desfruta de tais condições as chances dele se vincular ao projeto terapêutico são menores e, conseqüentemente, sem a participação ativa dos usuários o CAPS não terá produtividade. Ainda, nem todas as ações realizadas no CAPS constam na tabela de procedimentos pagos pelo atual sistema do SUS, dificultando as atividades de ressocialização que envolvem trabalhos na comunidade e na sociedade.

Os profissionais afirmam que os usuários participam do planejamento das atividades do CAPS. Referem que isso acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Neste caso, foi possível perceber que a participação dos usuários em geral diz respeito mais a questões cotidianas do funcionamento do serviço. A associação participa diretamente da comercialização dos produtos confeccionados nas oficinas e na realização de alguns convênios com entidades da área da cultura, lazer, ensino, etc. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada, que abarque as especificidades da área da saúde mental e envolva os usuários, os familiares e os técnicos como sujeitos partícipes do processo de gestão do serviço.

No eixo recursos humanos e projeto terapêutico existem contradições explícitas e implícitas que perpassam o discurso e as práticas dos técnicos que prestam assistência aos usuários do serviço. Eles reconhecem e destacam a relevância do trabalho em equipe, argumentam que este traz a possibilidade de trocas entre as várias áreas do conhecimento e a conseqüente oferta de um atendimento multidimensional. Contudo, relatam dificuldades

na realização deste trabalho, devido a uma suposta diferença de formação profissional e de concepção, com relação ao que sejam os objetivos do CAPS e da Reforma Psiquiátrica. Indicam existir interdisciplinaridade no atendimento ao usuário, no entanto, percebeu-se que a concepção de interdisciplinaridade aparece muito mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade, estando ainda distante dos ideais da intertransdisciplinaridade.

Sendo assim, cabe destacar que sem a devida clareza e consciência do que exatamente deve mudar corre-se o risco de que, fundamentalmente, se modifiquem os espaços de realização do tratamento, transferindo-se e conservando-se as práticas de exclusão e discriminação. É preciso se ter em conta que toda dimensão técnica tem também uma dimensão política. Dessa forma, faz-se necessário questionar-se sobre o que se pretende com o “fazer” nos novos serviços de atenção à saúde mental e que valores estão presentes nas ações executadas. O usuário precisa ser percebido como sujeito do processo saúde-enfermidade, e não como objeto e instrumento do exercício das relações de poder disciplinar.

Com relação ao eixo participação do usuário e da família no tratamento, os participantes da pesquisa identificam dificuldades em realizar o atendimento familiar no CAPS. Os profissionais relacionam como justificativas, a falta de técnicos qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades da equipe. Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que seja o transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, também foram relatados pelos entrevistados. Entre os obstáculos para a (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e o estigma da loucura ainda presentes no imaginário social das pessoas.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacam o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário. Neste aspecto queremos destacar a necessidade de se reconhecer, no processo de implantação da Reforma e da política de saúde mental, um projeto ético-político social, capaz de reavaliar, substancialmente, o conceito tradicional de

“doença/saúde mental” e, conseqüentemente, a forma de como lidar as diferenças em sociedade.

No eixo (re)inserção social procuramos identificar se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas à desinstitucionalização e à reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referem que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras. A maioria deles afirma que não existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer.

Tais dados nos remetem ao questionamento sobre como a Reforma Psiquiátrica, em sua aplicação prática, apresenta certa inércia política. Existe uma lacuna entre o referencial teórico do novo modelo de atenção e as práticas que se efetivam no cotidiano dos serviços. Com isso, queremos chamar a atenção para a necessidade urgente de se construírem ações de atenção que favoreçam o conhecimento de si, reforcem a autonomia, o cuidado de si e a emancipação do sofredor psíquico.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referem que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental. A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos profissionais como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista político-jurídica dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico. Na visão dos participantes da pesquisa, o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica relaciona-se a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos pressupostos da própria Reforma. Não obstante, destacamos aqui a necessidade de se refletir sobre o descompasso entre a vitória no campo jurídico, o novo discurso da Reforma Psiquiátrica e um fazer prático que parecem ainda negar a emancipação do portador de transtorno mental.

No eixo integração do CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município, os dados coletados na pesquisa indicam que a relação existente é pouca, funciona de maneira precária e confusa, e que ainda está num processo preliminar. A articulação com as equipes de PSF e PACS também é insuficiente, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda. A unidade não realiza nenhum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. Apenas dois profissionais referiram estar pensando neste tipo de trabalho.

Foram apontadas como justificativas para esta situação o fato do CAPS não estar territorializado, de ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta de todo o município, e a ausência de um planejamento e estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhadas pessoas com transtorno mental grave. E, segundo os entrevistados, não tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Neste aspecto, vê-se a urgência na redefinição da abordagem em saúde mental, fazendo-se necessário a construção de estratégias de atenção integral, dentro dos princípios do SUS, que envolvam o portador de transtorno mental como cidadão, a família, o Estado e a sociedade.

De acordo com os profissionais existem diferenças no atendimento prestado no e pelo CAPS em relação aos hospitais psiquiátricos. Eles se referem às diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência do discurso médico psiquiátrico do hospital, e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e as necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial, em contraposição ao tratamento igual para todos das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Por fim, os dados coletados na presente pesquisa indicam que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes, prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a relação eficácia/efetividade dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Concluimos, com este estudo, que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é ainda um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológica, técnico-assistencial, político-jurídico e sócio-cultural.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____, P. (coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995a.

_____, P.. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. vol.11, no.3, jul./set. 1995b, p.491-494. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 14/09/2005.

_____, P. A (clínica) e a Reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. pp. 45-65.

_____, P. **A epistemologia e a Clínica da Reforma**. Conferência proferida no IV Encontro Catarinense de Saúde Mental. Florianópolis, 30 de junho a 2 de julho de 2005. (anotações manuscritas).

BASAGLIA F. (coord.) **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 3ª ed. Tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002a, 213 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em Saúde Mental 1990-2002**. 3ª ed. revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAPS II PONTA DO CORAL. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. **Projeto Terapêutico**. Florianópolis, 2004.

CORREIA, M. V.C..Que controle social na política de Assistência Social? **Revista Serviço Social & Sociedade**. N. 72. São Paulo: Cortez, nov. 2002, pp. 119-144.

COSTA, R. C. R. da.. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia e Política** Nº 18: 49-71 JUN. 2002

COSTA –ROSA, A. da; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. p. 13-44.

COSTA-ROSA, A. da.. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asialr. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. p. 141-168.

CHIZZOTTI, A.. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R.. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

DESVIAT, M.. **A Reforma Psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental**. In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

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

FLEURY, S.. **Espaço, território e cidadania: a cidade dos cidadãos**. Trabalho apresentado no VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra (16,17,18 de setembro), 2004. Disponível em: <www.ces.uc.pt/LAB2004>. Acessado em 20 de fevereiro de 2006.

_____, S.. (org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989.

FREIRE, F. H. M. de A.; UGÁ, M.A.D.; AMARANTE, P. Os centros de atenção psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

FRANCO, S. de O.. **Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de caso**. 2005. 110f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Florianópolis, 2005. 110f.

FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial**. Percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004.

GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E.. **A pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, R.. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M.. **Microfísica do poder**. Trad. de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graaal, 1979.

MINAYO, M. C. de S.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC; ABRASCO, 1994.

MIOTO, R.C.T.. Família e saúde mental: contribuições para reflexão sobre os processos familiares. **Revista Katalysis**. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico. Departamento de Serviço Social. N.2 Florianópolis: Editora da UFSC, 1998.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental: em busca da articulação e qualificação das ações em saúde**. Monografia

(Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Latu Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

OLIVEIRA, W. F.; DORNELES, P.. Patrimônio e ambiente da loucura: a formação do profissional de saúde mental e o dialogo com a vida da cidade. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

PITTTA A.. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje. In: PITTA. A.(org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral**: desvelando sua significação. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

_____. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

ROSA, L.C.dos S.. Os saberes construídos sobre a família na área da saúde mental. **Revista Serviço Social & Sociedade**. N° 71. Ano XXIII. São Paulo: Cortez, set de 2002, pp. 138-164.

_____. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, F., et. al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SANTOS, W.G.. **Cidadania e Justiça**. Rio de Janeiro: Editora Campos, 1979.

SARACENO, B.. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SOUZA, W. da S.. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. jul./ago. 2001, vol.17, no.4

p.933-939. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 19/10/2005.

SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Teses em Enfermagem, 42).

STUANI, D.. **Projeto de Estágio**. (Projeto de Estágio Curricular apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina). Florianópolis, 2005. texto digit.

TENÓRIO, F. G. (org.). **Gestão de ONGs**: principais funções gerenciais. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

TORRE, E.H. G; AMARANTE, P.. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. [online]. 2001, vol.6, no.1 [citado 05 Dezembro 2005], p.73-85. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br> >. ISSN 1413-8123.

TRIVIÑOS, A.N. S.. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. (org.). **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000a.

_____, E. M. Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000b. p. 169-194.

VIEIRA, L. **Cidadania e globalização**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Formulário a ser aplicado a todos os profissionais da equipe do CAPS.

Identificação

Nome:

Apelido:

Formação:

Ano:

Capacitação específica na área: Sim Não

Nível: residência especialização mestrado doutorado

Tempo de serviço na instituição:

Tipo de vínculo empregatício: Servidor público concursado contrato temporário

Outro. Especifique _____

Regime de trabalho: _____ (horas semanais)

Tempo de atuação na área:

Experiência de atuação profissional em outra instituição: Sim Não

Qual:

Tempo:

Principais perguntas

- 1) A área física do Caps é suficiente para o atendimento da demanda? Sim Não
- 2) As instalações são adequadas para a realização das atividades propostas? Sim Não
- 3) Os equipamentos disponíveis são suficientes? Sim Não
- 4) Estão em bom estado de utilização? Sim Não
- 5) Os materiais disponíveis são suficientes? Sim Não
- 6) Existem dificuldades na realização das atividades do Caps Sim Não. Em caso de resposta afirmativa, especifique as cinco principais? _____

- 7) O trabalho é realizado em equipe? () Sim () Não.
- 8) Existe algum tipo de supervisão de equipe ou outro recurso para acompanhar e discutir as questões do trabalho em equipe? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual?

- 9) Participa ou já participou de capacitação específica para atuar no Caps? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual? _____
- 10) Durante o tempo em que está trabalhando na instituição houve algum treinamento ou capacitação? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quando? _____(ano). De quantas horas? _____. Organizado por quem? _____
- 11) Na sua opinião, existe interdisciplinaridade no trabalho no Caps? () Sim () Não
- 12) Você conhece a política de saúde mental? () Sim () Não.
- 13) No Caps, existe disponibilidade de material didático e documentos sobre a política de saúde mental? () Sim () Não.
- 14) Existe planejamento e avaliação das ações do Caps? () Sim () Não
- 15) Existe projeto terapêutico de trabalho da instituição? () Sim () Não. Em caso afirmativo, foi planejado em equipe? () Sim () Não.
- 16) O serviço adota projeto terapêutico individualizado? () Sim () Não.
- 17) O usuário participa do planejamento do seu tratamento? () Sim () Não.
- 18) Existe atendimento familiar? () Sim () Não.
- 19) Existem ações intersetoriais do Caps e outras instituições que envolvam: educação, trabalho, esporte, cultura e lazer? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quais?

- 20) Existe relação do Caps com a rede básica de saúde municipal? () Sim () Não.
Que tipo? _____
- 21) O Caps realiza algum trabalho de educação permanente (capacitação e supervisão) sobre saúde mental em cooperação com as equipes de atenção básica? () Sim () Não.
Que tipo? _____

Outras observações:

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Entrevista a ser realizada com os profissionais da equipe do CAPS, segundo o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de nível superior entre as existentes na unidade. Em caso de mais de um profissional na área será realizado sorteio.

Identificação

Nome:

Apelido:

Temas e principais perguntas

1 Estrutura e recursos financeiros

- 1) Qual conhecimento possui sobre o repasse dos recursos financeiros para o Caps?
- 2) Conhece a forma de financiamento do serviço? O que você acha?
- 3) Como são administrados os recursos repassados? Existe planejamento?
- 4) Na sua opinião, a descentralização administrativa dos recursos possibilita o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do Caps? Quais as vantagens e desvantagens identifica?
- 5) Na sua opinião, os recursos repassados (gerados pelo serviço) são suficientes para realizar as atividades do Caps? Em caso de resposta negativa, quais atividades ficam prejudicadas e/ou poderiam ser realizadas se houvessem recursos?
- 6) Existem dificuldades no funcionamento do Caps com relação a falta de recursos financeiros? Quais identifica?

2 Recursos humanos e projeto terapêutico

- 1) Quais dificuldades identifica no trabalho em equipe no Caps?
- 2) Na sua opinião, quais vantagens o trabalho em equipe possibilita?
- 3) Considera importante a capacitação específica em saúde mental para atuar no Caps? Fale sobre.

- 4) Na sua opinião, qual a importância da interdisciplinaridade no atendimento ao usuário de saúde mental?
- 5) Considera importante conhecer sobre a política de saúde mental, seus princípios, sua estrutura e organização para o trabalho do Caps?
- 6) Como acontece o planejamento e a avaliação das ações do Caps?
- 7) Na sua opinião, em relação ao atendimento nas instituições tradicionais/asilares (hospitais psiquiátricos), como é o atendimento ao usuário no Caps?

3 Participação do usuário e da família no tratamento

- 1) Como é pensado o projeto terapêutico de tratamento do usuário?
- 2) Como o usuário participa do planejamento do seu tratamento?
- 3) Quais as formas criadas para oportunizar a participação do usuário no planejamento do seu tratamento?
- 4) A família participa do tratamento? Em caso de resposta afirmativa, de que forma? Em caso de resposta negativa, por quê?
- 5) Quais as formas criadas para oportunizar a participação da família no tratamento?
- 6) Quais dificuldades identifica com relação a realização do atendimento familiar?
- 7) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção familiar do portador de transtornos mentais?
- 8) Qual o papel dos usuários (ou da associação de usuários e familiares) no planejamento das ações do Caps?
- 9) Na sua opinião, qual a importância das associações de usuários e familiares para o tratamento do portador de transtornos mentais e para os serviços de saúde mental?

4 Inserção social

- 1) Na sua opinião, as práticas assistenciais realizadas no Caps encaminham-se na direção da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial?
- 2) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção social do portador de transtornos mentais?
- 3) Quais avanços e conquistas identifica com relação a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais?
- 4) Na sua opinião, o atendimento no Caps possibilita ao usuário a construção da sua autonomia? Como?

- 5) Na sua opinião, a organização atual dos serviços de saúde mental (da política de saúde mental) favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais? Qual a importância do caps nesse contexto?

5 Integração com a rede municipal de assistência em saúde

- 1) Qual a relação do Caps com a(s) equipe(s) de Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência?
- 2) O Caps tem controle das internações psiquiátricas no seu território? Em caso afirmativo, como ocorre este controle?
- 3) Na sua opinião, qual o lugar que o Caps ocupa na rede de atenção em saúde? Constitui-se no serviço que regula a porta de entrada para o atendimento em saúde mental?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este instrumento tem a intenção de obter o seu consentimento por escrito para participar do estudo “A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis”, durante o período de 01 a 31 de março de 2006, com o intuito de contribuir para o levantamento de dados para a elaboração do referido trabalho.

O estudo tem como objetivo geral analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Ao propormos a presente pesquisa esperamos contribuir com a produção de conhecimentos e saberes sobre as novas práticas de atenção e cuidado ao portador de transtornos mentais.

Os relatos obtidos serão confidenciais e, portanto, não será utilizado o nome dos participantes em nenhum momento, garantindo sempre o sigilo da pesquisa e os preceitos éticos da profissão. Os depoimentos serão referenciados pelo apelido a ser escolhido pelo próprio entrevistado

Certa de sua colaboração, agradeço sua disponibilidade em participar do estudo.

Eu _____,
consinto em participar desta pesquisa, desde que respeitadas as respectivas proposições contidas neste termo.

Florianópolis, março de 2006.

Assinatura do entrevistado.

ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

FERNANDA SCALZAVARA

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Serviço Social** - Área de concentração: Serviço Social, Direitos Humanos e Questão Social.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ivete Simionatto.

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de **Mestre em Serviço Social**, e aprovada na sua forma final, em 31/7/2006, atendendo as normas vigentes no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e na Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof^a Dr^a Catarina Maria Schmickler
Coordenadora do PPGSS/UFSC

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Ivete Simionatto, Dr^a.
Departamento de Serviço Social/UFSC
Presidente

Prof^o Walter Ferreira de Oliveira, Ph.D.
Departamento de Saúde Pública/UFSC
Membro

Prof^o Jonas Salomão Spricigo, Dr.
Departamento de Enfermagem/UFSC
Membro

Prof^o Mário Teixeira, Dr.
Departamento de Clínica Médica/UFSC
Membro Suplente

*Aos profissionais e aos usuários do CAPS
Ponta do Coral de Florianópolis.*

AGRADECIMENTOS

Desejo expressar meus sinceros agradecimentos aos profissionais do CAPS Ponta do Coral, pela receptividade, atenção, acolhimento e colaboração na fase mais importante desta pesquisa, assim como pela consideração ao meu trabalho profissional. Também, aos usuários desta unidade de serviço, pela forma carinhosa e acolhedora com que sempre me receberam.

À professora Ivete Simionatto por ter aceitado a orientação do trabalho; agradeço a oportunidade de poder ter desenvolvido a pesquisa de meu interesse e desejo profissional.

Aos professores Jonas Spricigo e Mário Teixeira pela atenção, disponibilidade e colaboração, essenciais na definição e elaboração do projeto de dissertação. Igualmente, ao professor Walter Ferreira de Oliveira pelas considerações e contribuições no exame de qualificação.

À sempre Mestre, amiga e professora Iliane Kohler, pela relação de ensino-aprendizado humana, saudável, mantida no decorrer de toda a minha vida acadêmica; pelas ajudas concretas nos momentos de dificuldades, pelos conselhos, orientações e *encaminhamentos* necessários nos instantes, nas horas, nas fases de incerteza, insegurança, angústia, desespero.

Aos profissionais Mara Regina de Oliveira e Antônio Heinzen Filho, pelo suporte terapêutico necessário nos últimos anos da minha vida; especialmente por terem me ajudado a transformar as dificuldades, os obstáculos, as conquistas cotidianas no *Mestrado da Vida*.

Às profissionais e amigas Maria Sirene Cordioli e Maria Inês Bernardino, pela relação profissional responsável, ética, competente, que me impulsionou para os estudos na área da saúde mental; pela amizade acolhedora, carinhosa, fraterna, pelas comemorações e pelos momentos de descontração.

Aos meus pais e à minha família, base dos meus valores ético-morais.

Às minhas amigas e aos meus amigos, que de perto ou de longe, acompanham minha trajetória, acreditam e torcem por mim.

Formalmente, agradeço as instituições públicas CAPES e UFSC, através dos programas PROF e PGSS, pelo financiamento da bolsa que permitiu a dedicação profissional integral para a realização deste trabalho.

RESUMO

O presente trabalho tem como objeto de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. Constitui-se como objetivo geral da presente pesquisa analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Os procedimentos metodológicos da pesquisa constaram de: pesquisa empírica na coleta das informações, através de entrevistas semi-estruturadas, gravadas, realizadas com um profissional de cada área de formação de nível superior, dentre as existentes no CAPS, e aplicação de formulário, com questões fechadas, a todos os profissionais que compõem a equipe. As informações coletadas foram sistematizadas e organizadas em itens correspondentes aos eixos que nortearam a coleta dos dados, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde. A análise final foi realizada com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os resultados obtidos nos permitem concluir que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a efetividade e eficácia dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial. De maneira geral, podemos afirmar que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológico, técnico assistencial, político-jurídico, social cultural.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, política de saúde mental, serviços substitutivos.

ABSTRACT

The objective of present work is to study the operationalization of the Psychiatric Reformation in the city of Florianopolis, Brazil, based on one specific institutional model - the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral. The general objective of the present research is to analyze the institutional reality at the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral, Florianopolis, related to the operational process of mental health politics, based on the requirements of the Brazilian Psychiatric Reformation. The research methodological procedures have consisted of: empirical research and data collection, through semi-structured interviews, recorded, realized under the presence and supervision of a professional of each field, plus de existing data from the CAPS, and filled application, with closed questions, to all the professionals who compose the team. The data colleted was systematized and organized in items and events that are surrounded the data collection, which are: financial structure and resources, human resources and therapeutic project, participation of the user and the family in the treatment, social insertion, and integration of the service with the municipal network of assistance in health. The final analysis was based on theoretical production on mental health and the Psychiatric Reformation. The results allowed us to conclude that in scope of management of CAPS, the limited number of studies and the difficulties to transfer and administer them harmed the functioning of the service. The contributing factors were lack of strategic planning and systematic evaluation of actions. The difficulties associated with teamwork compromised the effectiveness and efficacy of the objectives. The absence of a municipal network dedicated to structure and articulate mental health appears as an obstacle to the practice of desinstitutionalization and psychosocial rehabilitation. In general, we can affirm that the changes in the assistance model, directed for Psychiatric Reformation is one of the challenges to the concretization to mental health politics in a new interaction between society and people with psychological illnesses. The operationalizational political difficulties of mental health go through different fronts of performance which constitute the complexity of social processes associated with Reformation in its different dimensions. These dimensions are: theoretic-epistemological, technical assistance, politic-legal and socio-cultural.

Keywords: Psychiatric Reformation, mental health politics, substitute services.

LISTA DE SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
APAC - Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CPASM - Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental
CMS – Conselho Municipal de Saúde
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FNS – Fundo Nacional de Saúde
INAMPS – Instituto Nacional de Aposentadorias e Pensões
IPQ – Instituto de Psiquiatria Catarinense
MS – Ministério da Saúde
MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS – Organização Mundial para a Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF - Programa de Saúde da Família
RP – Reforma Psiquiátrica
SIH - Sistema de Informação Hospitalar
SAI – Sistema de Informação Ambulatorial
SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
SUS – Sistema Único de Saúde
TR – Terapeuta de Referência
ULS – Unidade Local de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Procedimentos metodológicos	18
2 REFORMA PSIQUIÁTRICA	222
2.1 O Modo Psicossocial	26
2.1.2 Atenção Psicossocial.....	28
2.2 Desinstitucionalização	30
2.3 Reabilitação psicossocial	32
3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA	344
3.1 Estrutura e recursos financeiros	344
3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico	45
3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental	46
3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário	51
3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações.....	59
3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento.....	65
3.3 Participação do usuário e da família no tratamento	69
3.3.1 Planejamento terapêutico individual.....	70
3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral.....	72
3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares	81
3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia.....	88
3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental.....	96
3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica	106
3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde...	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
REFERÊNCIAS.....	125
APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS.....	130
ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica.....	136

1 INTRODUÇÃO

O processo de mobilização, organização e luta pela Reforma Psiquiátrica brasileira origina-se no contexto dos movimentos sociais, no período de redemocratização do país (décadas de 1970/1980), e tem como base os pressupostos da Reforma Sanitária brasileira e da Psiquiatria Democrática italiana. Tal movimento esteve direcionado no sentido da crítica e desconstrução gradativa da assistência existente, embasada no saber psiquiátrico, que justificava as práticas decorrentes do modelo asilar e, ao mesmo tempo, buscava a construção de propostas de superação deste modelo.

Os anos de luta pela transformação do modelo assistencial tradicional (asilar), centrado na internação hospitalar, culminaram com a criação e regulamentação de leis e portarias relativas à implantação de uma rede de serviços substitutivos a este. A partir da década de 1990 um conjunto de leis, portarias, decretos, resoluções define novas exigências em relação à assistência psiquiátrica prestada aos portadores de transtorno mental¹, incluindo a adequação das condições físicas das instituições de atendimento, a existência de projeto terapêutico, equipe multidisciplinar e outros dispositivos que garantam maior qualidade assistencial.

A Reforma Psiquiátrica é um processo em construção, que envolve tanto a sociedade civil, através dos diferentes os movimentos sociais, os profissionais, os usuários, bem como os órgãos gestores das políticas públicas. Estes são os responsáveis pela operacionalização das ações com relação a mudança de paradigma e prática em saúde mental. Nessa trajetória, aos profissionais cabe exercer o papel de sujeitos e críticos do processo de implantação da Reforma Psiquiátrica; aos gestores da política de saúde compete a decisão política com vistas a assegurar as condições técnicas para a implementação e operacionalização dos serviços de atenção; aos movimentos sociais fica a luta política pela construção social de um outro sentido para lidar com a "loucura" e com o "louco", a partir de uma transformação na relação sociedade/loucura.

¹ Cabe destacar que a expressão “portador de transtorno mental” é adotada neste estudo por acreditar-se que a palavra portador traz em si um caráter mutante. Ou seja, secundariza o transtorno mental e resgata o sujeito envolvido na condição de enfermo, como um ser dinâmico. Por sua vez, o termo transtorno mental traz um caráter psicossociológico, dinâmico, mutável, diferente do termo doença mental, muito embora não seja menos controvertido do que este último (ROSA, 2003, pp. 37-38). E, também, por ser “portador de transtorno mental” a expressão utilizada na linguagem técnica constante na política de saúde mental do Ministério da Saúde.

No curso das transformações operadas na e pela Reforma Psiquiátrica destacamos como marco significativo recente a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM)². Em seu documento conclusivo reafirma-se que as políticas de saúde mental devem respeitar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das leis Federal e estaduais, priorizando a construção da rede de atenção integral em saúde mental. Tais políticas devem ter como pressupostos básicos a inclusão social e a reabilitação psicossocial, estar integradas com outras políticas sociais, como educação, trabalho, lazer, cultura, esporte e habilitação profissional, visando garantir o exercício pleno da cidadania (BRASIL, 2002a).

O mesmo documento ressalta que a reorientação do modelo assistencial deve estar direcionada para concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e de promoção da saúde. Nesse sentido, é fundamental que as novas modalidades assistenciais desenvolvam práticas pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a auto-estima, a autonomia e a cidadania, buscando superar a relação de tutela e reprodução da institucionalização e/ou cronificação (BRASIL, 2002a).

A mudança do modelo assistencial é um dos desafios da Reforma Psiquiátrica. Busca-se, no âmbito da gestão pública, a construção de um novo pacto para transferir os recursos aplicados no modelo hospitalar para uma assistência comunitária. Entretanto, a mudança da lógica de atenção em saúde mental requer, também, uma mudança de paradigma. No bojo dos novos dispositivos de cuidado necessariamente deve estar uma nova ética do cuidar, baseada na premissa básica da autonomia possível e dos direitos humanos dos portadores de sofrimento psíquico. Isso significa considerar que as possibilidades de novas práticas terapêuticas devem caminhar ao lado da preocupação com a mudança das representações simbólicas do “louco” na sociedade, e com a produção de outros saberes.

Na atualidade, todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, bem como a literatura da área, referem-se a desconstrução como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade das ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Tal proposição tem como base a

² Realizada em Brasília, de 11 a 15 de dezembro de 2001. A I Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em 1987 e a II em 1992.

incapacidade da psiquiatria em explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (TORRE; AMARANTE, 2001).

O modelo manicomial tem seu fundamento na noção de que a experiência de sofrimento psíquico diversa (delírio, alucinação) é sinônima de erro. Um dos aspectos mais importantes no processo de transformação radical deste é a superação do conceito de doença. Conforme apontam Torre e Amarante (2001, p.73-85), “não se trata, obviamente, de negar a diversidade da experiência do delírio ou da alucinação, mas de não utilizar o conceito de doença (igual a erro) na relação com o sujeito”. Nesta direção, Rotelli (1990) propõe, no lugar do objeto “doença mental”, o objeto “existência-sofrimento” do sujeito em sua relação com o corpo social.

Segundo Costa-Rosa (et. al., 2003, p. 28), “ao se buscar a superação do saber psiquiátrico, sobretudo do paradigma doença-cura, procurou-se romper com práticas identificadas com o modelo clínico, por considerá-las ineficazes, segregadoras”. Busca-se no modo psicossocial estabelecer-se “a construção de uma relação de contrato com o sujeito que substitua a relação de tutela instaurada pela psiquiatria” (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 73-85). Como oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar surge, no contexto da Reforma Psiquiátrica, a atenção psicossocial como paradigma do modo psicossocial.

A origem das práticas de atenção psicossocial, como designação de experiências significativas no contexto da saúde mental, está relacionada às contribuições das diferentes experiências históricas de reforma, que incluem as Comunidades Terapêuticas e a Antipsiquiatria, na Inglaterra, a Psicoterapia Institucional, na França, a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, nos Estados Unidos e a Psiquiatria Democrática, na Itália³. No caso brasileiro somam-se as contribuições das políticas públicas e das experiências locais pioneiras dos centros e núcleos de atenção psicossocial, em Santos, São Paulo.

O modelo psicossocial vem ganhando elementos tanto em termos teórico e técnico quanto ideológicos e éticos, aptos a constituírem um novo paradigma para as práticas em saúde mental, capaz de substituir o paradigma psiquiátrico que ainda é dominante. Costa-Rosa (et al., 2003, p.31), observa que de modo geral os elementos teóricos subjacentes a essas experiências passam principalmente pelas idéias sociológicas e psicológicas, pelo materialismo histórico, pela psicanálise e pela filosofia da diferença. Nesse sentido, é importante indicar que o lugar social da saúde mental é um lugar de

³ Estudos sobre estas experiências encontram-se em DESVIAT (1999); ROTELLI (2001).

conflito, confronto e contradição. Entender a saúde mental dessa forma implica em reconhecê-la como expressão e resultante de relações e situações sociais concretas. “Por qualquer perspectiva que se olhe, tratar-se-á sempre de um eterno confronto: pulsações de vida/pulsações mortíferas; inclusão/exclusão; tolerância/intolerância” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p. 29).

A operacionalização da Reforma Psiquiátrica, através da implantação da rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, territorializados e integrados à rede de saúde, tem sido uma construção lenta e difícil, perpassada por interesses políticos e econômicos. Muitas vezes são privilegiados procedimentos técnico-burocráticos, assistenciais, em prejuízo de um serviço que tenha como foco o tratamento da pessoa humana na sua dimensão integral. Por outras, a Reforma Psiquiátrica é entendida como sinônimo de reestruturação de serviços; introdução ou modernização de novas tecnologias de tratamento e cuidado; promulgação de uma nova legislação. Em geral, os problemas passam pela tendência de tornar a Reforma a implantação de centros de atenção psicossocial, de forma a banalizar o serviço, fazendo com que estes sejam uma extensão do hospital psiquiátrico (AMARANTE, 2005).

Não obstante, a transformação do modelo de atenção tradicional requer a construção de uma rede de atendimento ampla, com serviços diversificados e complementares, substitutivos das práticas asilares. O modelo substitutivo não significa alternativo, paralelo, complementar ou intermediário do sistema tradicional. Trata-se de um serviço forte, que comporta uma estrutura complexa em que o sentido das práticas deve ser alterado do “eixo da clínica” para o “eixo da cidadania”. Isso significa olhar para a pessoa-sujeito e não unicamente para a doença (AMARANTE, 2005).

Pensar a mudança do paradigma teórico-conceitual clássico significa provocar uma transformação na cultura da forma tradicional de ver e lidar com a loucura, buscar a construção de um outro lugar social para a loucura e a doença mental, a partir de uma transformação das relações sociedade-loucura/doença mental.

Nesse processo, os centros de atenção psicossocial (CAPS) constituem-se no “braço” do modelo psicossocial. Tornam-se serviços privilegiados para o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial e dispositivos estratégicos para a mudança da atenção em saúde mental.

De acordo com as normatizações do Ministério da Saúde, são atribuições dos CAPS: organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; prestar atendimento em regime de atenção diária; oferecer cuidado clínico eficiente e personalizado; realizar a

dispensação de medicamentos; acompanhar usuários que moram em residências terapêuticas; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, assessorando o trabalho dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território ou área de abrangência (BRASIL, 2004).

No sentido de favorecer o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, bem como estimular a mudança da lógica de ver e lidar com a “doença” e o “doente mental”, o direcionamento da Política Nacional de Saúde Mental preconiza que os projetos terapêuticos dos CAPS podem ultrapassar a estrutura física da unidade, em busca da rede de suporte social comunitária. O atendimento prestado deve ser através de projeto terapêutico individualizado, construído conjuntamente com o usuário. A preocupação principal não deve ser o estabelecimento de um diagnóstico clínico, mas sim o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2004).

Com base no exposto, a presente dissertação de mestrado tem como recorte de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - O Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. A escolha deste CAPS deve-se ao fato de ser este um serviço público de atendimento diário a portadores de transtornos mentais adultos, único nesta modalidade no município. A população de Florianópolis conta com outros dois centros de atenção psicossocial, um para atendimento de crianças e adolescentes (CAPSi) e outro para atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (CAPSad).

O CAPS Ponta do Coral constitui-se no principal serviço de atendimento extra-hospitalar na realidade local, desempenhando um papel central na assistência a portadores de transtornos mentais graves. A rede municipal de atenção em saúde mental é incipiente, com poucos recursos e o CAPS enfrenta diversas dificuldades na realização de suas atividades, concentrando uma demanda de atendimento superior a sua capacidade.

Destacamos a relevância deste estudo na medida em que está em curso no país uma reforma nos serviços de assistência em saúde mental, em que a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos pelo cuidado comunitário/ambulatorial tem sido a

diretriz básica para a reorganização da política de saúde mental, desde o nível federal aos níveis estadual e municipal.

A reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

O processo de reestruturação dos serviços de saúde mental está baseado na organização de uma rede comunitária de cuidados. Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esportes etc), culturais, religiosos e de lazer são convocados para potencializar as equipes de saúde na tarefa de realizar ações de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004).

Fazem parte desta rede de serviços de saúde mental os centros de atenção psicossocial, os núcleos de atenção psicossocial (NAPS), os serviços residenciais terapêuticos (SRTs), os hospitais gerais, os centros locais de saúde, as equipes de saúde da família e agente comunitários de saúde, entre outros. Particularmente, neste trabalho, nos interessamos por estudar os CAPS por estes assumirem um papel central na organização da rede, constituindo-se em serviços de atenção que “almejam à outra lógica, outra fundamentação teórica-técnica e outra ética, que não mais a do paradigma psiquiátrico” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.19).

Os CAPS foram criados para serem substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos, oferecendo atendimento em saúde mental à população de sua área de abrangência. São atendidas pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, incluindo aquelas que apresentam transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e crianças e adolescentes. As práticas realizadas neste tipo de serviço devem caracterizar-se por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro, na comunidade.

Oficialmente os CAPS foram instituídos pela Portaria GM/MS N°224/1992 e definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam uma população adscrita definida pelo nível local e oferecem atendimento de cuidados intermediários entre

o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (BRASIL, 2002b).

Atualmente, os CAPS são regulamentados pela Portaria GM/MS N° 336/2002 e integram a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta portaria estabelece critérios de porte/complexidade e abrangência populacional aos CAPS, classificando-os nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad⁴. A classificação dos diversos tipos de CAPS difere, basicamente, quanto ao tamanho da população pela qual se responsabilizam e quanto ao regime de funcionamento.

Os profissionais que trabalham nos CAPS integram uma equipe multiprofissional. São técnicos de nível superior e nível médio, de diferentes áreas de formação. Os profissionais de nível superior são médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física entre outros necessários para as atividades oferecidas, de acordo com o projeto terapêutico do CAPS. Os profissionais de nível médio podem ser técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores, artesãos, profissionais de limpeza e cozinha (BRASIL, 2004).

As equipes técnicas possuem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. Cabe aos profissionais a tarefa de organizar-se para realizar o acolhimento dos usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, realizar as atividades de reabilitação psicossocial, equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas.

Ao considerarmos as práticas em saúde mental de um centro de atenção psicossocial nosso objeto de estudo estamos entendemos que é a partir delas que a mudança de paradigma se torna possível, haja vista que a estruturação de uma rede de

⁴ O CAPS I tem capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e deve funcionar das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira; o CAPS II atende municípios com população entre 70.000 e 200.000, deve funcionar das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas; o CAPS III atende municípios com população acima de 200.000 habitantes, funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana. Já os CAPSi e os CAPSad possuem características diferenciadas dos demais. O CAPSi é referência para municípios com população acima de 200.000 habitantes e constitui-se em um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período até 21 horas. Os CAPSad destinam-se a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. É indicado em municípios com população acima de 100.000 habitantes, funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas (BRASIL, 2002b).

novos serviços de saúde mental não constitui por si só uma ruptura com o paradigma das práticas asilares, da segregação e da tutela do portador de transtorno mental. Contudo, sabemos que analisar uma realidade institucional é uma tarefa difícil, principalmente quando nos propomos olhar esta realidade em movimento, permeada de contradições e como fruto de um processo sócio-histórico.

Nesse sentido, elegemos como sujeitos informantes os profissionais que atuam no Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, por entendermos que a eles cabe a tarefa de realizar as atividades institucionais cotidianas. Esses profissionais integram uma equipe multiprofissional e assumem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. A nosso ver, constituem-se atores sociais centrais no processo de implementação e operacionalização da Reforma Psiquiátrica na realidade local.

Com isso queremos destacar que os profissionais de saúde mental exercem um papel relevante para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, seja como partícipes dos movimentos sociais, como gestores da política de saúde mental e/ou como trabalhadores (técnicos) nos serviços de assistência. Particularmente, aos profissionais dos CAPS cabe o compromisso de operacionalizar a mudança da lógica da assistência, na medida que estão atuando em um serviço considerado um dispositivo estratégico da rede de assistência em saúde mental. Esses profissionais estão diretamente ligados aos usuários do serviço e a implementação da política de saúde mental, função que os coloca na linha de frente de um cenário novo que vem passando por formulações e reformulações nos campos “político-jurídico, técnico-assistencial, epistemológico e sociocultural” (AMARANTE, 2003).

Torna-se pertinente ressaltar que o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) teve forte influência nos avanços ocorridos na mudança da assistência psiquiátrica. Constituído inicialmente de técnicos de saúde mental buscava a melhoria da assistência psiquiátrica e denunciava a situação precária dos manicômios. O MTSM posicionou-se em relação à assistência prestada, politizou a questão da Reforma, construiu uma linha de pensamento crítica no campo da saúde mental. Organizados, os trabalhadores criaram fóruns de discussões locais de caráter técnico e político e defenderam as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Posteriormente, o movimento ampliou-se no sentido de ultrapassar sua natureza técnico-científica, organizou sua estrutura administrativa como fórum nacional e passou a ser designado Movimento da Luta Antimanicomial, tornando-se um movimento social que passou a englobar várias entidades como associações de usuários

e familiares⁵, ONGs, entre outras (AMARANTE, 1994, 1995a; SOUZA, 2001; VASCONCELOS, 2000b, 2004).

Assim, nos parece certo que os profissionais de saúde mental são atores sociais influentes na efetivação da Reforma Psiquiátrica. Razões significativas para pesquisar e valorizar suas experiências e opiniões, na medida em que seus relatos podem indicar como vem se realizando no dia-a-dia a Reforma, bem como contribuir para a construção de novas práticas e a produção de novos saberes. E, entendemos como Foucault, que os saberes não são apenas conhecimentos acadêmicos, produções que se autodenominam científicas. Os saberes também estão onde são produzidos, pois sempre criam visões de mundo, produzem histórias e História.

Dessa forma, a presente pesquisa tem a finalidade específica de contribuir para a análise das práticas locais de saúde mental, a partir do estudo da realidade vivenciada no CAPS de Florianópolis e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Lembramos, ainda, que neste ano de 2006 o CAPS Ponta do Coral completa dez anos de atividades, fato que nos leva a destacar a importância de um estudo que identifique as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação deste serviço. No geral, busca-se fornecer subsídios para os avanços nas políticas de saúde mental e contribuir para a produção de conhecimentos sobre a realidade da prática das políticas públicas de saúde mental. Para tanto, elegemos como eixos de estudo e análise cinco pontos, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social e integração com a rede municipal de assistência em saúde.

Constitui-se como objetivo geral do presente estudo a análise da realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Para alcançarmos este definimos como objetivos específicos: 1) caracterizar a estrutura e os recursos financeiros disponibilizados

⁵ Cabe registrar que no campo da saúde mental encontram-se associações de composição variada. Há associações de usuários; associações de familiares; associações de usuários e familiares; associações de usuários, familiares e técnicos; associações de usuários e técnicos; e associações de técnicos e familiares. Em sua maior parte, o processo organizativo das associações é conduzido por elementos de constituição de laços de solidariedade e ajuda mútua. Contudo, existem associações que são favoráveis à agenda de inovações da assistência colocada pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e, outras, que se caracterizam como uma comunidade de veto em relação à mesma agenda (SOUZA, 2001).

e sua adequação às atividades do Caps; 2) conhecer as práticas assistenciais desenvolvidas pelo CAPS com relação ao projeto terapêutico e como se organiza o trabalho da equipe técnica; 3) identificar como ocorrem as práticas institucionais de participação do usuário e da família no tratamento e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica; 4) identificar se existem e quais são as ações institucionais, intersetoriais e/ou outras criadas com relação a inserção social do portador de transtornos mentais; 5) descrever e analisar a relação existente entre o CAPS e a rede municipal de assistência em saúde com relação a operacionalização da política de saúde mental e do SUS; 6) identificar quais as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação do CAPS, pontos positivos e negativos.

1.1 Procedimentos metodológicos

Para operacionalizar os objetivos do nosso estudo foi realizada uma pesquisa de caráter qualitativo, do tipo estudo de caso. Segundo Minayo (1994), a pesquisa qualitativa, nas ciências sociais, responde a questões particulares, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Isso significa considerar que trabalhamos com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que correspondem a pontos mais profundos das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser quantificáveis. E, segundo Chizzotti (2003, p. 104), em geral, a pesquisa qualitativa objetiva provocar o esclarecimento de uma situação para uma tomada de consciência pelos próprios pesquisados dos seus problemas e das condições que os geram, a fim de elaborar meios e estratégias de resolvê-los.

Dentre os tipos de pesquisa qualitativa, o estudo de caso talvez seja um dos mais relevantes. É uma modalidade que propicia retratar uma realidade de forma ampla e profunda, de forma a revelar a multiplicidade de dimensões presentes numa determinada situação e contextualizar o objeto para melhor compreendê-lo (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Nesta forma de estudo, o caso é tomado como unidade significativa do todo porque tanto retrata uma determinada realidade quanto revela a multiplicidade de aspectos globais presentes em uma dada situação (CHIZZOTTI, 2003). A principal função do estudo de caso é a explicação sistemática de fatos que ocorrem no contexto social e geralmente se

relacionam com uma multiplicidade de variáveis. Essa técnica caracteriza-se por ser um estudo intensivo, o qual deve considerar a compreensão geral do assunto investigado (FACHINI, 2001).

O local escolhido para a realização do estudo, o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, é um serviço público, municipal, cadastrado na modalidade CAPS II, situado à rua Rui Barbosa, 713 (fundos), no bairro Agronômica, Florianópolis/SC. CAPS Ponta do Coral funciona das 8h às 18hs e atende uma demanda média diária de 40 usuários. O serviço foi criado em março de 1996 e funciona neste endereço desde o mês de dezembro do mesmo ano⁶.

A principal fonte de informação da presente pesquisa constituiu-se das falas dos profissionais, de formação de nível superior, e, no resultado do formulário aplicado a todos os membros da equipe do CAPS Ponta do Coral. Utilizamos para a coleta de informações a entrevista semi-estruturada, gravada, com questões abertas, e a aplicação de formulário com questões fechadas (Apêndices A e B). As entrevistas foram orientadas por um roteiro com perguntas estruturadas e agrupadas em cinco blocos correspondentes aos eixos de estudo da pesquisa. De acordo com Trivinos (1987), a entrevista semi-estruturada geralmente parte de certos questionamentos básicos, de perguntas fundamentais derivadas da teoria que é adotada para a pesquisa e de informações que o pesquisador possui sobre o tema a ser pesquisado.

Na pesquisa qualitativa, a entrevista é uma das técnicas mais utilizadas na coleta do material empírico. No tipo de estudo escolhido, foi possível perceber que a entrevista constituiu-se na ferramenta capaz de possibilitar a obtenção de dados mais profundos da realidade, os quais só podem ser obtidos com a contribuição dos sujeitos envolvidos.

O trabalho empírico para coleta dos dados e das informações na Instituição foi realizado entre a segunda quinzena do mês de março e a primeira quinzena do mês de abril de 2006 (16/3/2006 a 13/4/2006). A coleta teve início após a apresentação e solicitação de autorização para a realização da pesquisa à coordenação da Instituição. O projeto foi encaminhado à Comissão de Ensino e Pesquisa do CAPS II Ponta do Coral e à Direção de

⁶ A implantação do serviço foi efetivada em 25/3/1996, ficando instalado, provisoriamente, junto ao Centro de Saúde II do Centro de Florianópolis (atual ULS Centro), na Avenida Rio Branco. Em dezembro do mesmo ano foi transferido para o atual endereço, passando a ser chamado NAPS Ponta do Coral. Seu credenciamento no Ministério da Saúde aconteceu ao longo do ano de 1997. Em 2002, a Portaria GM n° 336 regulamentou a denominação dos antigos NAPS para CAPS (STUANI, 2005).

Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis para parecer. Mediante o parecer favorável (Anexo A) das referidas instâncias, foi realizada, em reunião de equipe, a apresentação do projeto aos profissionais do CAPS Ponta do Coral. Concluída esta etapa, foi realizada a entrevista pré-teste. A escolha do profissional observou os critérios constantes da metodologia do projeto. A entrevistada foi uma profissional da área da psicologia (área que tem mais de um profissional no CAPS) que tinha disponibilidade para a realização da entrevista na data escolhida. A partir desta entrevista, foram realizadas pequenas alterações no roteiro, com vistas a agrupar algumas perguntas, no sentido de diminuir o tempo necessário à efetivação da mesma. A referida entrevista teve a duração aproximada de uma hora e vinte minutos, acrescida de mais quinze minutos para a aplicação do formulário, totalizando uma hora e trinta e cinco minutos.

No total, foram realizadas seis entrevistas e aplicados doze formulários, de acordo com a metodologia estabelecida, a qual privilegiou, para a entrevista, o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de ensino superior, dentre as existentes no CAPS Ponta do Coral, quais sejam: psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Os formulários foram aplicados a todos os profissionais de formação de nível superior e de formação de nível médio. Foi necessário realizar sorteio do profissional a ser entrevistado apenas com relação a área da psicologia, por esta ter quatro profissionais atuando na equipe do CAPS. Como utilizamos um deles para a realização do pré-teste, participaram do sorteio apenas os outros três. O sorteio foi realizado na presença de outras duas profissionais da equipe.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos profissionais. A aplicação dos formulários foi simultânea e obedeceu ao mesmo critério. No caso de três dos profissionais entrevistados não foi possível realizar a aplicação do formulário no momento da entrevista, a pedido dos mesmos, devido a limitações de tempo. As entrevistas foram gravadas em fitas cassete, com a autorização prévia dos entrevistados, e, posteriormente, as falas foram transcritas.

As informações e os dados coletados foram sistematizados e classificados, de acordo com os eixos de pesquisa, e posteriormente analisados com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os dados originados dos formulários foram analisados e tratados descritivamente, ou seja, reduzidos a termos descritivos. Para efeito de padronização e de comparação foi adotado o método da porcentagem.

A análise final, que, segundo Minayo (1994), corresponde a um movimento contínuo entre o empírico e o teórico e vice-versa para fazer do caos aparente das

informações revelações da sua especificidade, foi construída pela síntese das informações coletadas em cada eixo de estudo, previamente definidos.

As questões éticas foram consideradas em todas as etapas do estudo, especialmente, na relação com os entrevistados, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) e dentro do que determina a Resolução N° 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde e o Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina. Os profissionais foram informados e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa quando da apresentação do projeto em reunião de equipe e individualmente antes da realização da entrevista. Foi preservado o anonimato dos entrevistado ao se utilizar codinomes para referenciar as falas no trabalho, destacando-se que os mesmos escolheram livremente seu próprio apelido quando da realização da entrevista. Apenas uma das entrevistadas optou por deixar a cargo da pesquisadora a escolha do codinome.

O trabalho que ora apresentamos está organizado de forma a contemplar, neste primeiro capítulo, a introdução do tema e a metodologia utilizada na pesquisa; no segundo capítulo descrevemos, sistematizadamente, o norte teórico utilizado como referência para a análise dos dados e das informações coletadas; no terceiro capítulo trazemos os resultados e as análises da pesquisa. Ao final, resgatamos os principais tópicos relacionados aos eixos de estudo e expomos nossas considerações finais sobre o tema.

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA

Procuramos expor neste capítulo uma síntese das análises de alguns autores que têm contribuído para o avanço nas discussões sobre a Reforma Psiquiátrica, bem como a definição do que vem a ser este outro modelo de atenção em saúde mental – o Modo Psicossocial, tanto em seus aspectos prático-assistenciais quanto em suas exigências éticas e teóricas, no sentido de construirmos o norte teórico orientador das análises da presente pesquisa.

Todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, na atualidade, bem como a literatura da área estabelecem a categoria teórico-prática “desconstrução” como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade nas ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Reiteram, também, a incapacidade da psiquiatria de explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (BASAGLIA, 1985; ROTELLI, 1990). Neste sentido, a proposta da Reforma Psiquiátrica objetiva criar experiências alternativas ao hospital psiquiátrico e ao modelo de suas práticas, através da extinção desse tipo de instituição e sua substituição por recursos que sejam capazes de rever tanto as concepções do “objeto” quanto dos “meios” e modos da sua intervenção nessa área.

A partir das contribuições colocadas por Fleury (et. al., 1989), com relação ao conceito de Reforma Sanitária como um “processo de transformação estrutural”, e da noção de *processo social complexo* proposta por Rotelli (1990), Paulo Amarante (2003, p.49), define Reforma Psiquiátrica como:

um processo social complexo que se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade.

Nessa concepção, o autor observa que processo indica algo em permanente movimento, que não tem um fim predeterminado, nem um objetivo último ou ótimo. E, a idéia de complexidade é posta não como sinônimo de complicação, mas sim como uma atitude epistemológica no sentido de reabrir a possibilidade de recomplexificação do fenômeno, proposição oposta a naturalização/objetualização da noção de doença. Neste sentido, a doença deixaria de ser reduzida a uma alteração biológica, para tornar-se um

processo de saúde/enfermidade. Em outras palavras, “a doença não é um objeto, mas uma experiência nas vidas de sujeitos distintos” (AMARANTE, 2003, p.53).

Na continuidade de suas análises sobre a Reforma Psiquiátrica Amarante (2000, 2003) designa quatro dimensões para as transformações operadas na e pelas práticas da Reforma, quais sejam: teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural.

A dimensão teórico-conceitual ou epistemológica contempla o conjunto de questões que dizem respeito a produção de conhecimentos e saberes que irão subsidiar as práticas. É uma dimensão que vai desde a reflexão dos conceitos mais fundamentais do campo das ciências até os conceitos produzidos pela psiquiatria: alienação, doença mental, normalidade/anormalidade, terapêutica e cura. Um aspecto muito importante desta dimensão refere-se ao desafio de se repensar as relações entre conhecimento e objeto (AMARANTE, 2003).

Na interpretação de Costa-Rosa (et al., 2003, p. 32), o campo teórico-conceitual pauta-se na desconstrução de conceitos e práticas, sustentados pela psiquiatria e pela psicologia nas suas visões acerca da doença mental. Propõe-se como contrapartida a construção de noções e conceitos como “existência-sofrimento” do sujeito na sua relação com o corpo social, acolhimento, cuidado, emancipação e contratualidade social. Nesse âmbito, pode-se entender que o conceito de existência-sofrimento impulsiona a Reforma Psiquiátrica na direção de uma revolução paradigmática, uma vez que questiona a tão cara relação sujeito-objeto e o próprio paradigma doença-cura. Tal conceito aparece por contraposição ao paradigma doença-cura, expressando a exigência de se dar ao sujeito a centralidade da cena.

Como exemplo desse campo Amarante (2003, p. 50) destaca o processo de desconstrução do conceito de clínica, que deixaria de ser o isolamento terapêutico ou o tratamento moral para tornar-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades; a desconstrução do conceito de doença produzido pela psiquiatria, em que o sujeito, não mais visto como alteridade incompreensível, possibilitará outras formas de conhecimento, que produzirão novas práticas clínicas e sociais.

Cabe destacar que quando um conceito é submetido ao processo de desconstrução é possível supor que as relações entre as pessoas envolvidas também serão transformadas, assim como os serviços, os dispositivos e os espaços. Conseqüentemente, mudam, ainda, os conceitos e as práticas jurídicas que eram adotadas pelos conceitos desconstruídos.

Para Basaglia (1985) e Rotelli (1990), desconstrução está relacionada à noção de *invenção*, de construção do real, de produção da subjetividade, recolocando em discussão a ciência e a psiquiatria. Os autores referem-se a “desconstrução” do dispositivo psiquiátrico e clínico em seus paradigmas fundantes e suas técnicas de poder-saber, entendendo-a como uma ação prática de dismantelamento das incrustações institucionais que cobriam a doença. A desconstrução questiona as bases do dispositivo psiquiátrico, em sua competência para atuar frente à loucura.

Entende-se desconstrução como um processo social complexo, de desmontagem do dispositivo psiquiátrico, que não tem fim, ou não pretende constituir, um modelo ideal, mas sim dar novo significado às relações e colocar questões imanentes às situações-problema. Nesse sentido, é um processo que precisa, por definição, ser reinventado incessantemente, e questionar também o conjunto dos segmentos sociais que deveria ser [...] objeto de uma verdadeira "revolução molecular", quer dizer, de uma re-invenção permanente (GUATTARI, 1992 apud TORRE; AMARANTE, 2001, p. 14).

A dimensão político-jurídica passa pela criação e alterações na legislação com relação aos direitos e a assistência ao portador de transtornos mentais. O âmbito jurídico é decorrente do fato de a psiquiatria ter instituído a noção de relação entre loucura, periculosidade, irracionalidade, incapacidade, irresponsabilidade civil. No plano político luta-se pela extinção dos manicômios e sua substituição por instituições abertas, pela revisão das legislações sanitárias, civil e penal referente a doença mental, para possibilitar o exercício dos direitos à cidadania, ao trabalho e à inclusão social. Importa nessa dimensão discutir e redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais (AMARANTE, 2003, p. 53; COSTA-ROSA, et al., 2003, p. 33).

No âmbito da dimensão técnico-assistencial está o modelo assistencial. É nesse campo que, na realidade brasileira, aparecem mais visivelmente as inovações com relação as práticas assistenciais em saúde mental, concomitante a reconstrução dos conceitos. As transformações vêm acontecendo tanto na concepção de novos serviços (CAPS, oficinas terapêuticas e de reintegração sociocultural, cooperativas de trabalho) quanto na sua forma de organização e gestão (instituições abertas com participação e co-gestão com os usuários e a população).

Nos últimos anos têm-se objetivado construir uma rede de novos serviços, concebidos como espaços de sociabilidade, de trocas, em que se enfatiza a produção de saúde como produção de subjetividades. Essas mudanças indicam para uma mudança nas práticas de atenção e tem significado *colocar a doença entre parênteses*, propiciando

contato com o sujeito, rompendo com as práticas disciplinares; aumentando a possibilidade de recuperação do seu estatuto de sujeito de direitos (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 32-33; AMARANTE, 2003, p.51).

A expressão *colocar a doença entre parênteses* é atribuída a Basaglia, significa a suspensão do conceito e implica na possibilidade de novos contatos empíricos com o fenômeno em questão. Para o autor, a psiquiatria colocou o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença como fenômeno da natureza. Assim, Basaglia propõe uma inversão, isto é, colocar a doença entre parênteses para tornar-se possível lidar com o sujeito e não com a doença.

Amarante (2003) chama a atenção para o fato de a atitude epistemológica de colocar a doença entre parênteses não significa a negação da doença no sentido do não se reconhecer que experiências de sofrimento ou diversidade fazem parte da realidade concreta da saúde mental. Nas palavras do autor:

não significa a recusa em aceitar que exista uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar. Significa, isto sim, a recusa a explicação da psiquiatria, para dar conta daquela experiência, como se esta pudesse ser explicada pelo simples fato de ser nomeada como doença. A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia social e política da exclusão, e a ruptura epistemológica com o saber da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para objetivar conhecer a subjetividade (AMARANTE, 2003, p. 56).

A dimensão sociocultural expressa o objetivo maior da Reforma Psiquiátrica, haja vista que pretende transformar o *lugar social* da loucura no imaginário social, transformando as relações entre a sociedade e a loucura. Muito do imaginário social é decorrente da ideologia psiquiátrica que tornou senso comum a relação da loucura à incapacidade do sujeito de estabelecer trocas sociais e simbólicas (AMARANTE, 2003, p. 53).

Para tanto se têm estimulado uma série de práticas sociais visando transformar o imaginário social relacionado a loucura, a doença mental e a anormalidade. Está em processo de mudança a imagem da loucura e do louco, a imagem da instituição e a da relação dos usuários e a população com ela. A intencionalidade passa pela construção de uma imagem das instituições de atendimento como espaços abertos de circulação e pólos de exercício estético, e uma imagem do “louco” como cidadão que deve almejar poder de contratualidade social (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 33).

Pensar a Reforma Psiquiátrica como um processo complexo implica desconstruir, superar conceitos; pensar, refletir sobre as ações no campo da saúde mental e os efeitos de

suas práticas; criar, construir novas práticas e produzir outros saberes. Trata-se, portanto, de um processo contínuo em que os verbos transformar, produzir, desconstruir, desmontar, emancipar, reconstruir devem estar no cotidiano do fazer em saúde mental.

2.1 O Modo Psicossocial

A elaboração das práticas do modo psicossocial é tributária de diferentes movimentos sociais científicos e vários campos teóricos. Sob esse aspecto, Abílio da Costa-Rosa (2000; 2003), busca especificar elementos básicos do novo paradigma traçando um paralelo de análise entre as práticas constitutivas do modo asilar e aquelas exigidas ao modo psicossocial⁷.

As principais características do modo asilar são: ênfase na consideração de determinantes orgânicos nos problemas que se pretende tratar, o que implica que o seu meio básico seja medicamentoso; pouca ou nenhuma consideração da existência do sujeito, o que implica que não se insista na sua mobilização como participante do tratamento. O indivíduo continua sendo visto como doente, tanto em relação à família quanto em um contexto social mais amplo. Daí decorre que a intervenção seja quase exclusivamente centrada nele. As aproximações da família, quando ocorrem, costumam ter caráter apenas pedagógico e assistencial. Dessa consideração do indivíduo como centro do problema, entre outros fatores, decorre também seu isolamento em relação ao meio familiar e social.

Ainda, com relação as práticas assistenciais, no modo asilar, o trabalho é realizado sem que os profissionais se encontrem para conversar sobre a atividade comum. O prontuário é considerado o elo de interconexão entre os profissionais da equipe. Mesmo no caso em que o meio é multiprofissional, a determinação fundamental dos problemas continua, na prática, sendo biológica. Portanto, a eficácia do tratamento espera-se que venha da química. Sua instituição típica continua sendo o hospital psiquiátrico fechado,

⁷ O autor observa que esta análise tem uma dimensão histórica, na medida que inclui uma consideração dos avanços que tem ocorrido nas práticas concretas até o presente; e outra dimensão lógica, visto que decorre da dedução realizada, através do método de análise, das características imprescindíveis a um determinado dispositivo para que ele configure uma lógica contraditória com a dos dispositivos que pretende superar e substituir (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.36).

ainda que nas últimas décadas esse venha sendo alvo de reformas democratizantes, intermitentes e esteja acompanhado de dispositivos chamados extra-asilares.

No modo psicossocial a concepção do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos sustentados para lidar com esse processo requer a desinstitucionalização do paradigma “doença-cura” e sua substituição pelo “existência-sofrimento”, conjuntamente com a configuração de práticas de trabalho transdisciplinares.

Destacam-se como principais exigências ao modo psicossocial: a determinação e consistência psíquica e sociocultural dos problemas, e não orgânica; a desospitalização e a desmedicalização, o que significa desconsiderar a medicação como resposta única ou preponderante e a priori; o exercício da “clínica da escuta e da criação de si”, e não a clínica da observação e da retomada do estado anterior às crises; a horizontalização das relações intrainstitucionais; a participação dos usuários e da população em forma de autogestão e co-gestão; o livre trânsito dos usuários e da população; a ética do reposicionamento do sujeito, que significa reconhecer a implicação subjetiva como forma de singularização e não supressão sintomática.

Os dispositivos institucionais típicos do modo psicossocial são os centros e núcleos de atenção psicossocial, o Hospital-Dia, ambulatórios de saúde mental; equipes multiprofissionais de saúde mental, inseridas em Centros de Saúde; setores para tratamento em saúde mental, inseridos em hospitais gerais. Seus meios básicos de tratamento são a psicoterapia, a laboterapia, as socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural, além da medicação.

É decisiva a importância que se atribui ao sujeito, daí que se insista de maneira fundamental na sua mobilização como participante principal do tratamento. Não se deixa de considerar, por isso, a sua dimensão de indivíduo (orgânico e sócio-cultural). Dá-se ênfase à consideração da pertinência do indivíduo a um grupo familiar e social. Supõe-se que se deve trabalhar também a família e o grupo social como agentes das mudanças buscadas.

Da consideração de que não é o indivíduo o único problemático, sugere-se que se inclua no tratamento também a família e eventualmente um grupo mais ampliado. As formas de participação da família e do grupo ampliado no tratamento são várias e superam, em muito, as posturas assistencial e orientadora, características do modo asilar. As associações de usuários e familiares criadas no modo psicossocial são reflexos dessa nova postura em relação aos usuários.

No modo psicossocial, espera-se que as diferentes possibilidades de ação se estendam desde a continência do indivíduo, durante a crise, até o reconhecimento da implicação familiar e social nos mesmos problemas. Espera-se, portanto, que tanto uns quanto outros possam assumir a parte de seu compromisso na atenção e no apoio. Além disso, dá-se acentuada ênfase à reinserção social do indivíduo, sem perder de vista que, muitas vezes, não é a problemática com a qual ele chegou a responsável pela sua saída da circulação sociocultural.

Quanto às formas de organização institucional, no modo asilar estas são marcadas por estratificações de poder e saber no âmbito do pessoal da instituição, que se transladam para a relação com os usuários e a população, os quais estão excluídos de qualquer participação que não seja a do objeto inerte e o mundo. Já os dispositivos do modo psicossocial tem suas práticas fundamentadas na lógica da Psicoterapia Institucional e da Comunidade Terapêutica e, geralmente, estas são instrumentadas por meio de assembleias de usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental. Participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais no modo psicossocial, por oposição à estratificação e interdição institucionais à heterogestão e à disciplina das especialidades que dominam no modo asilar.

Neste sentido, o autor propõe designar a Atenção Psicossocial como paradigma do modo psicossocial, em oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar.

2.1.2 Atenção Psicossocial

O termo Atenção, no contexto da Reforma Psiquiátrica, assume o conceito de “dar e prestar atenção, acolher, receber com atenção, tomar em consideração, levar em conta e escutar atentamente”. Designa uma parte fundamental do contorno que se pretende imprimir às ações de Atenção Psicossocial nas práticas em saúde mental. Expressa certos princípios relativos, sobretudo, à forma das relações dos agentes institucionais e das próprias instituições como dispositivos, com os sujeitos usuários e suas demandas (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 22).

Já o conceito Psicossocial designa as práticas em Saúde Mental Coletiva que se inscrevem como transição paradigmática da psiquiatria; enquanto que o termo psicossocial

agrega ao 'objeto' das práticas em saúde mental aspectos psíquicos e sociais, e tem a função de designar experiências reformadoras em sentido amplo (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 19).

Segundo o autor, ao somatizar aspectos sociais e psíquicos aos aspectos biológicos do paradigma e do objeto da psiquiatria a Atenção Psicossocial vai promover transformações nas concepções do objeto, nos modos de conceber e estruturar a instituição como dispositivo e, sobretudo, na forma de conceber e estruturar as relações terapêuticas, que tem, por sua vez, implicações éticas radicalmente distintas das práticas asilares.

A Atenção Psicossocial subentende ações diferenciadas das contidas no paradigma asilar e psiquiátrico. Na definição de Costa-Rosa Luzio e Yasui (2003, pp. 34-36):

a Atenção Psicossocial parece configurar um campo capaz de congrega e nomear todo o conjunto das práticas substitutivas ao Modo Asilar, conservando ao mesmo tempo a abertura necessária para a inclusão das inovações que ainda estão se processando e para outras que certamente virão. [...] As práticas de Atenção Psicossocial representam a sedimentação de um vasto conjunto de variações teórico-técnicas e éticas, mais ou menos radicais, conforme o caso, em relação às práticas vigentes e dominantes, que estão no lugar estrutural de sua alteridade necessária.

Os autores argumentam que a Atenção Psicossocial tem sustentado um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas norteadas pela aspiração de substituírem o modo asilar, e algumas vezes o próprio paradigma da psiquiatria. As ações na esfera político-ideológica trabalham em sintonia com os movimentos sociais que lutam pelo resgate da dignidade humana e dos direitos individuais e coletivos de cidadania. As ações teórico-técnicas referem-se à produção de novas formas de intervenção que possibilitem a construção de novos dispositivos que trabalhem pela transformação radical dos modelos institucionalizados e da ética em que se pautam.

Atenção Psicossocial, entendida como paradigma do modo psicossocial, designa concepções contrárias ao modo asilar. Quando referida as políticas públicas de saúde mental aspira a inclusão de aspectos políticos, econômicos, sociais, culturais e outros relacionados com ações que visam a construção de práticas de emancipação para a cidadania. Neste trabalho, se refere ao modelo de atenção em saúde mental que deve nortear as práticas dos serviços substitutivos, especificamente, a dos centros de atenção psicossocial.

Dessa forma, a complexidade e amplitude das práticas de Atenção Psicossocial inclui como seus componentes necessários, os conceitos e as práticas englobadas na desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, a partir de uma perspectiva baseada no aumento da contratualidade social dos usuários das instituições.

2.2 Desinstitucionalização

A desinstitucionalização tem sua origem nas experiências desenvolvidas por Franco Rotelli (1990), na Psiquiatria Democrática italiana. Segundo o autor, o primeiro passo da desinstitucionalização consiste em desmontar a relação problema-solução, renunciando a busca da solução racional (tendencialmente ótima) que no caso da psiquiatria é a normalidade plenamente restabelecida.

“O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de “cura” mas no projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente” (ROTELLI, 1990, p.30). Neste sentido, trata-se de um processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito doente. A desinstitucionalização traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação na qual exista reciprocidade entre sujeitos - uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade.

Nas palavras do autor,

A desinstitucionalização é, sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. [...] Depois de ter descartado a ‘solução-cura’ se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento (ROTELLI, 1990, p.33).

Em sua origem, os pressupostos da desinstitucionalização encaminham-se no sentido da restituição da subjetividade do indivíduo, possibilitando-lhes a recuperação de sua contratualidade, isto é, da posse de recursos para trocas sociais e, por conseguinte, para a cidadania social. Contudo, alguns estudos sobre as mudanças operadas na assistência no

âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira apontam para a compreensão da desinstitucionalização como desospitalização⁸.

Segundo Spricigo (2001), a desinstitucionalização, não correlata da desospitalização, torna-se a um só tempo, processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito adoecido. Traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação em que exista reciprocidade entre sujeitos, uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade. Isso gera a necessidade de invenção de novas modalidades de mediação, não somente médicas, mas principalmente políticas, sociais e culturais.

Sobre esta questão, Amarante (1995b) enfatiza que a mudança desejada na assistência em saúde mental não corresponde simplesmente ao fechamento de hospitais psiquiátricos e o conseqüente abandono das pessoas em suas famílias ou nas ruas, nem no fechamento de leitos para reduzir custos, no sentido do neoliberalismo ou no sentido do enxugamento do Estado. Segundo o autor,

desinstitucionalização não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativo. Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social (AMARANTE, 1995b, p. 491-494).

⁸ Ver SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Série Teses em Enfermagem, n° 42)

Neste sentido, a proposta da desinstitucionalização está centrada em uma mudança completa do paradigma de saber em saúde mental e, do ponto de vista assistencial, na constatação de que o hospital psiquiátrico tradicional é antiterapêutico. Assim, a estratégia de conversão do sistema de cuidado deve partir da substituição do hospital psiquiátrico por um amplo rol de serviços abertos e comunitários, capazes de assistir o usuário desde a crise aguda até às necessidades mais amplas de caráter social. Nestes novos serviços, a reabilitação psicossocial vem se configurando como um lineamento para o desenvolvimento de programas, eticamente responsáveis, no sentido de dar conta da totalidade das demandas que os problemas mentais severos e persistentes requerem.

2.3 Reabilitação psicossocial

Na definição da Organização Mundial de Saúde (1987 apud PITTA, 2001) reabilitação psicossocial é o conjunto de atividade capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários.

Segundo Pitta (2001), a reabilitação psicossocial, no seu sentido instrumental, é representada por um conjunto de meios (programas e serviços) que são desenvolvidos para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes, ou seja, um processo para facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. Tal processo enfatiza as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo e a cada situação de modo personalizado.

Para Saraceno (2001), a reabilitação psicossocial prevê um processo de restituição e reconstrução de direitos políticos legais e sociais para o cidadão. Para tal, projetos de ressocialização devem promover o reconhecimento do portador de transtorno mental.

Para Kinoshita (2001), reabilitar é reconstruir valores, aumentar o poder contratual, criar condições de possibilidade para que um paciente possa, de alguma

maneira, participar do processo de trocas sociais, produzir dispositivos que, desde uma situação de desvalor quase absoluto (pressuposto), possa passar por experimentações, mediações que busquem adjudicar valores aptos para o intercâmbio, ou seja, modificar o pressuposto de desvalor natural para um pressuposto de valor possível proposto, explícito.

O autor considera que reabilitar pode ser entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia. Sendo que, a contratualidade do usuário vai estar, primeiramente, determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Se estes podem usar de seu poder para aumentar o poder do usuário ou não. Depois pela capacidade de se elaborar projetos, isto é, ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida.

Ainda, diretamente ligada a questão da reabilitação de pacientes está a necessidade de se estabelecerem diversificadas redes de relações, as quais melhor capacitariam os indivíduos a compreenderem quais determinações influenciam sua vida cotidiana, ampliando sua autonomia.

O conceito de autonomia aqui referenciado é entendido como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001).

3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Apresentamos, a seguir, os resultados e as análises da pesquisa realizada, a partir dos eixos que nortearam a coleta dos dados e das informações: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde.

3.1 Estrutura e recursos financeiros

O conjunto de serviços substitutivos ao modelo de atenção em saúde mental tradicional (manicomial/asilar), do qual os centros de atenção psicossocial fazem parte, é, atualmente, regulamentado pela Portaria GM/MS N° 336/2002. Esta portaria estabelece portes diferenciados, a partir de critérios populacionais, para abrangência, financiamento e tipo de serviço prestado, de acordo com cada modalidade de CAPS.

Com relação a estrutura física, os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender a sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado. Para tanto, devem estar equipados com consultórios individuais para consultas, entrevistas, terapias, salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitório, sanitários, área externa para oficinas, recreação e esportes (BRASIL, 2004).

Neste aspecto, O CAPS Ponta do Coral tem uma estrutura que compreende um terreno com área física total aproximada de 1.936,00m², destes, aproximadamente 421m² são de área construída. Fazem parte das instalações, uma casa com dois pavimentos, um anexo, utilizado como sala do brechó, área de lazer e estar externa, e estacionamento. O pavimento superior da casa comporta 2 varandas, sala de recepção, sala de espera, 2 áreas de circulação (corredores), sala de administração, 2 consultórios, sendo que no momento um é utilizado como sala administrativa para realização de procedimentos relacionados ao preenchimento das APACs⁹, 2 salas para atividades grupais com WC, sala de depósito de

⁹ Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo.

material, cozinha com despensa, refeitório com churrasqueira, sala ampla (auditório) equipada com multimídia, sala de enfermagem, sala de repouso, e 7 banheiros distribuídos no espaço físico do pavimento superior. No pavimento inferior encontra-se a sala utilizada pela associação de usuários, 2 salas para a realização de oficinas (com passagem de uma para outra), sala com forno, sala de depósito de material e lavanderia¹⁰.

De acordo a pesquisa realizada, 83,3% dos profissionais considera a área física do CAPS suficiente para o atendimento da demanda e 66,7% consideram as instalações adequadas para a realização das atividades propostas; apenas um profissional observou que considera a estrutura do CAPS suficiente desde que as oficinas produtivas sejam realizadas fora da unidade. A mesma porcentagem (66,7%) considera os equipamentos disponíveis suficientes. Neste âmbito, o serviço conta com computador com impressora, aparelho de telefone e fone/faz, televisão, mesas de escritório, cadeiras, quadro branco, maca para atendimento em enfermagem, camas de repouso, fogão industrial, pia, mesas e bancos no refeitório, bancos para estar e descanso, entre outros. Metade dos profissionais respondeu que os equipamentos estão em bom estado de utilização, com ressalvas para salas com pouca ventilação no pavimento inferior.

Já com relação aos materiais de consumo, 91,7%, correspondente a onze dos doze profissionais que responderam ao formulário, consideram que os materiais de consumo não são suficientes. Eles se referem à falta e irregularidade no recebimento de materiais básicos à manutenção do serviço, tais como copo descartável para água, papel higiênico, e, principalmente, material específico para uso nas oficinas terapêuticas e de produtividade. Esta situação pode ser observada nas falas dos profissionais, que identificam as dificuldades no funcionamento do CAPS com relação a falta de recursos materiais e financeiros:

[...] essa falta de recursos é isso que eu te digo, desde a parte administrativa, nós precisamos de papel, carbono, copo pra tomar água, por exemplo, agora nós somos uma Unidade Local de Saúde que não tem copo descartável, já faz quase quinze dias, vinte dias, não tem copo descartável; falta água, aí nós temos que esperar, sendo que é um lugar que transita muitos usuários, eles tomam medicação e precisam tomar água, eles tomam muita água, e acaba não tendo água potável; por exemplo, teve época que faltou papel higiênico, em um serviço onde os usuários chegam fazem lanche, almoçam, fazem lanche da tarde, eles passam o dia aqui, então precisa ter uma estrutura mínima de atendimento (LÉLI, 4/4/2006).

¹⁰ Conforme Planta Baixa da unidade constante no projeto de reforma e ampliação executado em 2003/2004.

[...] a gente tem também o problema de fornecimento de material de consumo já há algum tempo, também desde que essa administração começou (Gestão Municipal e da Secretaria de Saúde), o fornecimento de material de consumo é interrompido, a gente fica sem tinta pra impressora, sem papel, sem papel higiênico...; tem diversos itens desses que são necessários, fazem parte do funcionamento do dia-a-dia do serviço (F, 12/4/2006).

[...] as oficinas terapêuticas e produtivas, requerem um material específico que precisa de dinheiro, e aqui, na política específica do município não tem uma regularização quanto ao repasse desse dinheiro [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

[...] a falta de agilidade no fornecimento das reservas para as oficinas, tudo isso resulta em um prejuízo para o trabalho; ficou quase uns dois meses a oficina fechada por falta de material, por exemplo [...] (P, 17/3/2006).

Outra dificuldade mencionada pelos profissionais no funcionamento do serviço é o vale transporte dos usuários:

[...] o funcionamento em geral fica prejudicado porque na medida em que falta vale transporte o usuário não vem, não consegue se deslocar para vir até aqui, aí interrompe aquele projeto terapêutico que havia sido feito com o usuário [...] (VIK, 24/3/2006).

[...] a questão, por exemplo, da dificuldade que a gente tem aqui: o transporte dos pacientes, a questão do passe, é muito irregular; então, isso reduz a nossa produtividade também, porque os pacientes acabam não vindo. Muitas vezes a gente não pode, por exemplo, contar com aquele paciente que veio para uma entrevista inicial porque ele não tem como estar vindo no curto prazo, então, acho que isso, a questão do custo que é o transporte em Florianópolis, também acaba afetando o nosso trabalho, então, nesse sentido, a falta de regularidade no passe [...] (P, 17/3/2006).

A partir dessa relação entre as diversas necessidades para o funcionamento do serviço é possível perceber que os profissionais assumem como princípio uma concepção de saúde ampliada, na qual não basta somente o atendimento terapêutico. Outros fatores estão interligados e contribuem para que a assistência efetivamente ocorra. Contudo, a concepção e prática setorializada das políticas sociais brasileiras provoca situações dessa natureza, na medida em que não se trabalha a inter-relação entre elas. Esta forma de setorialização das políticas sociais, no entanto, não é característica apenas da realidade brasileira, mas uma “modalidade do Estado burguês” que traduz as expressões da questão social mediante a tipificação das políticas sociais (NETTO, 1992).

Várias iniciativas têm buscado romper com esta perspectiva como a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), que reafirmou a necessidade de se garantir e melhorar o acesso aos bens e serviços da sociedade: prover trabalho, creches, profissionalização, educação, lazer, escolas, habitação, transporte, segurança pública, saneamento básico. Também, destacou ser fundamental enfatizar a questão do transporte urbano acessível aos usuários, a fim de que seja garantido o deslocamento entre os serviços de saúde e sua moradia (BRASIL, 2002a).

Na seqüência da pesquisa realizada, dois entrevistados referiram que a falta e as dificuldades no fornecimento dos recursos materiais necessários estão mais acentuadas na atual gestão administrativa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)¹¹. Foram relacionadas, ainda, como dificuldades, a falta de um carro disponível para o CAPS, a falta de terapeuta ocupacional, de outro médico psiquiatra e outros profissionais de nível médio (auxiliar administrativo, pessoa para limpeza). Outras questões listadas estão relacionadas aos recursos humanos e as necessidades de integração do serviço na política municipal de saúde. Os profissionais relatam a existência de dificuldades de interação da equipe, falta de capacitação, supervisão institucional, falta de apoio institucional, falta de efetivação de uma rede de saúde mental e/ou a existência de uma rede de atenção ainda incipiente, em processo de formação, falta de estrutura para atenção às urgências, dificuldades do gestor em compreender a lógica da saúde mental, salários incompatíveis com as funções.

Os problemas relatados pelos profissionais aparecem diretamente relacionados à insuficiência dos recursos financeiros de custeio do serviço. Todos os entrevistados referiram que os recursos gerados pelo serviço, através das APACs, não são suficientes para a realização das atividades do CAPS. Dentre as atividades prejudicadas, o trabalho nas oficinas foi apontado como o principal, conforme aparece na fala a seguir:

o que requer mais recursos, atualmente, são as oficinas produtivas, por exemplo, houve uma paralisação de muitas das oficinas quando faltou recurso. O recurso não é exatamente suficiente. Eu acho que os R\$ 500,00 por mês é um recurso pequeno [...] acho que o recurso poderia ser maior, pelas necessidades ele acaba sendo reduzido, não é uma coisa que você possa comprar a vontade, assim, é limitado, muitas vezes, a oficina tira de uma pra passar pra outra (P, 17/3/2006).

¹¹ Gestão Municipal 2004/2008; a Gestão da Secretaria de Saúde referida é a de 2004 a abril de 2006 que teve como gestor o vereador Walter da Luz; à época da coleta dos dados empíricos houve mudança do gestor municipal de saúde, assumindo o cargo o ex-secretário estadual de saúde João José Cândido da Silva.

Um dos profissionais apontou como principal atividade prejudicada pela falta de recursos financeiros a questão do território. Segundo este, a falta de recursos interfere no atendimento prestado, no sentido de que não é possível realizar o acompanhamento, a inclusão e avaliação do usuário em seu território. De acordo com este profissional,

o dinheiro do CAPS pode ser melhor gerido se investir no território. Investir no território seria elaborar projetos, ter mais articulação com a associação de moradores, ou seja, com os recursos que o território oferece, e aí precisa aumentar a própria equipe porque vai ter equipes que vão ter que se deslocar do CAPS; vai ter que ter investimento em carro, daí vai ter que ter um motorista, os próprios agentes comunitários tem que ter essa parceria, isso tudo implica em financiamento. [...] como eu sempre digo, território é onde a vida acontece, onde a cultura é produzida, onde as manifestações de vida, elas estão mais visíveis [...], mas investir lá no território, a equipe tem que estar inserida lá, estar toda hora pensando e discutindo [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

De acordo com as recomendações da política do Ministério da Saúde, as ações de saúde mental devem obedecer a um modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas. São ações que envolvem práticas de reabilitação psicossocial, promoção da cidadania, construção da autonomia possível dos usuários no ambiente em que eles vivem, e que necessitam de uma equipe multidisciplinar capaz de trabalhar sobre a ótica da interdisciplinaridade (BRASIL, 2004).

Necessariamente, a mudança de um modelo assistencial requer a análise de sua estrutura de financiamento. Isso significa que as características singulares e diferentes dos CAPS, em relação aos modelos tradicionais de assistenciais, e a complexidade das ações desenvolvidas por estes serviços necessita vir acompanhada de uma mudança na lógica de alocação de recursos financeiros.

Atualmente, o principal órgão financiador dos CAPS é o Ministério da Saúde (MS). Com a publicação da Portaria GM/MS nº 336/2002 os CAPS passam a fazer parte das ações estratégicas do MS. Esses serviços são incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e a remuneração é através do sistema APAC/SIA¹². Baseado na fatura que o prestador de serviços de saúde apresenta ao SUS, correspondente aos seus gastos

¹² A Portaria GM/MS nº 336/2002 descreve os procedimentos objeto de remuneração, classificando-os em intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Para essas três modalidades de atendimento, a Portaria GM/MS nº 189/2002 fixou o número máximo de atendimentos mensais para cada modalidade, de acordo com cada tipo de CAPS, sendo que para cada tipo de procedimento é destinado um valor diferenciado. Nos CAPS II, um procedimento intensivo custa R\$ 25,40; um semi-intensivo, R\$ 16,30; e um não-intensivo, R\$ 14,85 (BRASIL, 2002).

mensais com a produção de atendimentos aos usuários dos CAPS, o Ministério da Saúde repassa, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, o montante equivalente à sua produção. A inovação introduzida por este modelo de pagamento refere-se à fonte de financiamento, ou seja, ao acréscimo de recursos financeiros repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estadual e Municipal de Saúde (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, pp.129-132).

Sobre este aspecto, perguntamos aos entrevistados qual conhecimento possuem sobre o repasse dos recursos financeiros para o CAPS. Na sua maioria, eles referiram saber sobre os recursos originados a partir das APACs, contudo, relataram não saber sobre o controle do uso desse recurso, conforme expresso nas falas relacionadas:

[...] tem o valor, o montante desse valor que é produzido dos atendimentos pagos pelo Ministério (MS), então, tem isso mensal, a gente tem o valor que chegou, somou, vamos dizer assim, esse montante que a gente somou dos atendimentos feitos no mês, isso a gente sabe, porque as APACs são geradas aqui no CAPS, mas o repasse disso via Fundo Municipal, esse controle eu não sei, eu sei do valor que tem que receber mensalmente (VIK, 24/3/2006).

Bom, formalmente, eu desconheço qualquer..., todas as formas de recursos. O dinheiro da produtividade referente as APACs vai para o Fundo Municipal de Saúde e nunca teve prestação de contas disso. Na verdade a gente não sabe qual é o destino que é dado nem quanto vem; tem o nosso levantamento interno da produtividade, mas não sabemos o que é feito desse recurso (F, 12/4/2006).

Alguns profissionais referiram-se ao fato de o município não ter gestão plena do SUS,

Bom, eu tenho algum, pouco do que é repassado, a gente sabe o que foi recolhido, por exemplo, através das APACs, que são os atendimentos feitos aqui, então eu sei quantos atendimentos foram, qual seria o valor que essas APACs dariam, mas eu não sei qual o valor que a gente acaba recebendo, que fica num fundo perdido, no sentido de que é um fundo único por não ser gestão plena (J, 22/3/2006).

O conhecimento que eu possuo é muito irregular e insatisfatório, assim, a relação APAC, por exemplo, o repasse do dinheiro que viria do Ministério da Saúde a gente acaba..., nós não somos gestão plena então vai pra secretaria (municipal) de saúde e ali é passado pra compra de alimento..., enfim, mas nós não temos autonomia sobre esse dinheiro, então, uma vez que você não tem autonomia o teu conhecimento fica restrito. Está na mão da secretaria mesmo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais discorreu detalhadamente sobre a forma como os recursos são gerados e repassados à unidade gestora (SMS), referindo-se que todas as diretrizes sobre financiamento do serviço são preconizadas pelo Ministério da Saúde através de portarias.

Os recursos financeiros do CAPS são obtidos através de APACs, Autorização de Procedimento de Alto Custo; pra se preencher uma APAC é necessário que haja uma organização do serviço em cima de modalidades de atendimento; as modalidades de atendimento podem ser: semi-intensivo, intensivo e não-intensivo, cada um tem um determinado valor em relação a esse procedimento, ou seja, todas as diretrizes em relação a financiamento, o Ministério preconiza isso em portaria, então, os conhecimentos que eu possuo em relação aos recursos financeiros do Caps são os conhecimentos que já estão preconizados em relação ao Ministério da Saúde; essa APAC uma vez preenchida ela é computada, ela é repassada pro governo federal e este repassa o dinheiro fundo a fundo; esse dinheiro vem pro Fundo Municipal de Saúde, e é esse dinheiro que é aplicado na saúde mental pra ter a gestão do serviço [...] aqui acontece da seguinte forma: cada gestor municipal, como a política é municipalizada, eles criam um protocolo, nesse protocolo eles colocam de que forma esse dinheiro pode ser gastado na saúde mental; então, existe um documento no município dizendo, olha na saúde mental você pode gastar tanto com a associação de usuários, tanto pra comprar materiais, tanto pra gastar em vale transporte; então, existe um protocolo dizendo no que você pode gastar esse dinheiro que vem na saúde mental; é um dinheiro que vem do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde; esse dinheiro cai nessa conta e ali existe um acordo de como se gastar; esse dinheiro é manejado pelo gestor municipal de saúde (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme apontam Freire, Ugá e Amarante (2005, pp. 131-133), o modelo de alocação de recursos dos CAPS (sistema de remuneração por APAC) trás contribuições à política nacional de saúde mental ao inserir os CAPS no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) do MS, pois proporciona maiores incentivos financeiros, haja vista a alocação de recursos municipais extra-teto para a manutenção de serviços já existentes e a implantação de novos serviços.

Contudo, os mesmos autores ressaltam que há de se perceber que a lógica da remuneração que o SUS imprime aos CAPS vincula-se, preponderantemente, à doença. Ou seja, as unidades assistenciais do SUS seguem um sistema de remuneração vinculado a um diagnóstico, mais especificamente, a um episódio de doença, internação, contidos na tabela de procedimentos hospitalares (SIH/SUS) ou a ações ambulatoriais, inscritas na tabela de procedimentos ambulatoriais (SIA/SUS). Desta forma, “o sistema de saúde encontra-se, em sua quase totalidade, voltado para a produção de atos vinculados a doença, isto é, atos

curativos, valorizando, em consequência, intervenções predominantemente individuais, que são remuneradas pela venda de procedimentos, diárias e atos médicos-assistenciais de natureza privatizante” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p 133).

Amarante (2003, pp. 62-63) considera que os CAPS, como os serviços integrantes do SUS, também foram capturados pela lógica da *inampização*, ou seja, pela lógica do pagamento por procedimento. Para o autor, “o modelo prevalente dos CAPS é o herdeiro mais autêntico e legítimo da lógica do antigo INAMPS, onde a saúde era reduzida a doença, ao mesmo tempo em que o sistema de saúde era reduzido a assistência médico-curativa”.

Portanto, o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. Pelo contrário, tente a prejudicar a complexidade de ações dos CAPS, na medida em que não é previsto financiamento das diversas relações que podem ser estabelecidas com a comunidade, com as lideranças e associações comunitárias. Tais ações, dentre muitas outras possibilidades de intervenção territorial, “são inerentes a esse tipo de serviço e objetivariam imprimir um processo de transformação cultural nos diversos segmentos da sociedade, no lidar e no acolhimento das pessoas em sofrimento mental” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 135).

Sobre a forma de repasse dos recursos financeiros ao CAPS, os profissionais entrevistados relataram não existir descentralização administrativa. Os recursos chegam ao serviço na forma de materiais. Alguns profissionais observaram que até a gestão administrativa da secretaria municipal de saúde anterior eles tinham acesso a uma verba de R\$ 500,00 que utilizavam na compra de material para as oficinas. A partir da atual gestão esse dinheiro não foi mais repassado. A compra do material passou a ser feita através de orçamento encaminhado à secretaria, que faz o pagamento, e os profissionais retiram os materiais.

Não, a gente não tem acesso a esse recurso diretamente, a gente não é uma unidade que gere o seu recurso; ele vai pra secretaria e a secretaria... por exemplo: toda a compra de... o pagamento dos almoços, lanches, etc.. é a secretaria que faz; a gente não tem autonomia; o único recurso que a gente manuseia são os R\$ 500,00, que vem para as oficinas; isso é dividido, as Oficinas fazem um rateio, cada oficina compra o seu material, mas até parece..., da última compra fui eu que comprei, ela (SMS de Florianópolis) determinou, já colocou a empresa que vai fornecer; não sei se foi mediante licitação, já fez o pagamento direto, a gente só foi lá escolher e pegar os produtos que tinham sido

solicitados; então..., de outras vezes, por exemplo, a gente pegava o cheque ia lá comprava, pagava naquele valor, agora isso não foi feito dessa forma (P, 17/3/2006).

Desde que começou essa administração (Gestão Municipal 2004-2008) acabou esse repasse; então atualmente a única vez que a gente conseguiu material pras oficinas foi através de empenho que a própria secretaria fez..., então, permanece centralizado, a única coisa que a gente teve que fazer foi ir nas lojas fazer orçamento, passar pra secretaria, a secretaria emitiu as notas, e aí a gente foi buscar o material com essas notas, mas não com o dinheiro (F, 12/4/2006).

Não, não existe, porque, na gestão passada (Gestão Municipal 2000-2004) ainda vinha uma verba de dois em dois meses, tipo quinhentos reais pra compra de material pra oficinas; nós comprávamos, apresentávamos as notas e depois eles colocavam o dinheiro; nessa gestão (Gestão Municipal 2004-2008; Gestão da Secretaria de Saúde de 2004 até abril de 2006) não existe nada, então, a pergunta se existe descentralização administrativa dos recursos financeiros, não, não existe (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais referiu-se a descentralização não apenas como repasse de recursos financeiros e funções administrativas, mas como compartilhamento de poder na gestão do serviço.

Essa descentralização, eu estou entendendo como um compartilhamento de poder; não existe esse compartilhamento de poder na hora de gerir os recursos, assim, o CAPS possui CNPJ, mas ele não possui uma conta específica pra vir dinheiro pro CAPS, não existe isso, existe esse acordo que eu te falei, que vem do fundo a fundo e esse dinheiro vai pra saúde mental e o CAPS tem uma vertente pro CAPS, o dinheiro não é só pro CAPS, ela vai pra saúde mental, e aí o CAPS acaba utilizando esse dinheiro, então, quando pergunta sobre a descentralização eu faço a avaliação de que é o compartilhamento de poder, então, não tem isso, é o gestor que acaba se apoderando desse sistema de financeiro, a gente não interfere (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ao considerarmos a questão da descentralização político-administrativa dos recursos financeiros, temos a intenção de destacar que a transferência desta prática às unidades prestadoras de serviços em saúde nos municípios poderia estar favorecendo uma melhor utilização e adequação dos recursos às necessidades reais do serviço, bem como possibilitar maior agilidade na compra dos materiais e viabilizar um processo de gestão democrática e participativa, entre técnicos trabalhadores, usuários e gestores. Essa prática traduz-se, por sua vez, em um exercício político-pedagógico de construção da democracia, objetivando uma atuação com transparência na administração da coisa pública.

Quando questionados sobre se a descentralização financeira dos recursos possibilitaria o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, os

profissionais, na sua maioria, disseram que sim, com algumas ressalvas feitas para a necessidade de mudanças na forma de gestão administrativa do serviço, conforme expresso nas falas que seguem:

Sem dúvida, sim sem dúvida, isso é um equívoco assim porque..., justamente porque a gente não sabe qual é o destino dado a esse dinheiro. A gente acredita que se a gente tivesse mais transparência nesse processo a gente poderia pelo menos priorizar certas coisas que são de fato importante e garantir que elas fossem..., que a gente conseguisse obter essas coisas, enfim, o investimento necessário (F, 12/4/2006).

A melhor utilização sim acho que o planejamento teria que ser anterior, mas sim, acredito que utilizar no sentido até..., porque muitas vezes, como vai para esse Fundo que é pra todos, pra toda a saúde, você acaba sem saber, igual agora, que a gente já tem o dinheiro da supervisão disponível na secretaria, mas não tem como a gente começar amanhã, embora o dinheiro já esteja lá., porquê? porque a gente não sabe como esse dinheiro vai sair e entrar na mão do terapeuta que vai fazer a supervisão da equipe e isso pode demorar um mês, dois meses, vai saber, seria melhor, claro (J, 22/3/2006).

Sim, com certeza, porque nos iríamos sentar e ver as necessidades, por exemplo, esse ano nós ficamos desde o ano passado até um mês atrás sem material nenhum pras oficinas e as oficinas que mais tinham, capitalizavam usuários e não tínhamos material, nós tivemos que suspender as oficinas; então nós sabemos das necessidades, as necessidades dos usuários, quais as oficinas tem mais usuários, pra gente pode administrar e vê onde pode estar investindo (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que sim porque ficaria mais próximo da própria administração do CAPS, porém, ia surgir a necessidade de ter todo um aparato administrativo pra poder gerenciar isso, mas assim, na medida que aqui no CAPS a gente tem uma gestão participativa, em que os usuários estão reunidos semanalmente pra pensar as regras do CAPS, as necessidades do CAPS, enfim, seria mais interessante talvez, esse repasse direto tu quer dizer, é... não sei assim, a princípio..., hoje a gente tem uma estrutura de conselho que prevê o controle social através do Fundo Municipal de Saúde, o Conselho Municipal tem essa ligação também, e aí a gente está lá também, de certa forma representado (VIK, 24/3/2006).

Olha, eu acho que teria que mudar um pouco a nossa dinâmica de funcionamento; não deixa de ter um lado...bom, é uma faca de dois gumes, poderia facilitar a gente fazer um processo mais rápido talvez, não faltaria coisa, porque as vezes faltam coisas básicas, agora, por exemplo, faltam copos, se você tivesse o recurso você ia ali e comprava uns pacotes de copos, não teria essa... essa falha; agora é saber que é mais uma tarefa também que acumularia em termos administrativos, financeiros, quer dizer, não sei se você não está ali também inchando o processo burocrático aqui dentro do CAPS; eu acho que pode ter vantagens, mas pode ter desvantagens; eu teria que pensar melhor, nunca pensei nessa possibilidade; assim, acho que o dinheiro da Oficina, puxa, se a gente tivesse aqui uma verba seria mais fácil, as vezes faltam coisas

pequenas que você não tem como estar repondo aqui, tem que esperar uma nova verba, de repente pra.... (P, 17/3/2006).

Um dos profissionais observou sobre as questões práticas e políticas que envolvem a descentralização no contexto do SUS:

Esse compartilhamento de poder ele só pode ser discutido dentro da lógica do SUS, universalização, integralização, etc., dentro dos preceitos do SUS tem o controle social, essa descentralização só pode ser discutida quando acontece o controle social. Hoje essa descentralização ela tem que ser discutida no Conselho Municipal de Saúde e mais precisamente no conselho gestor dentro do CAPS; agora, porque não ocorre isso? Porque não tem a clareza da necessidade; eu acredito que as pessoas que acabam estando na prática, principalmente no CAPS, se sobrecarregando com as coisas, e acabam não tendo a clareza, ou não querendo assumir mais um encargo trabalhista; então, esse é um dos grandes problemas que existe, a sobrecarga de trabalho, as condições de trabalho, aí você acaba tendo que lutar por tudo isso; isso aí eu vejo que tem muito a ver com a questão da militância, pessoas que já estão, lá na época ou do ensino médio, que já começam ir pros grêmios, depois a pessoa acaba indo pra militância no movimento estudantil, e quando vão pros serviços de saúde são profissionais mais críticos, que acabam tendo essa visão mais ampla da saúde e da política; então, as pessoas que acabam chegando no serviço com um pouco desse ideal de controle social eu diria, acabam questionando mais essa questão da descentralização; voltando a tua pergunta sobre a descentralização financeira, ela poderia sim possibilitar um melhor planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, se houver o controle social dentro dessa descentralização financeira (GIRASSOL, 20/3/2006).

Cabe destacar que a proposta da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, na regionalização e na hierarquização da rede de serviços, constante entre os princípios e diretrizes do SUS, coloca o município como lugar privilegiado para o desenvolvimento de uma política de financiamento das ações em saúde, com critérios transparentes, e que respeite as particularidades da realidade local. O Ministério da Saúde continua a ser a instância que, na administração do Fundo Nacional de Saúde (FNS), acompanha a aplicação dos recursos que são repassados aos estados e municípios. Estes, por sua vez, são obrigados a constituir os seus respectivos fundos de saúde e conselhos estaduais e municipais, elaborar planos de ação e apresentar relatórios de gestão, garantindo também a existência de contrapartida de recursos para a saúde nos seus orçamentos (COSTA, 2002).

Embora a descentralização seja uma prática com vistas a aumentar o poder decisório de aplicação dos recursos na esfera local, esta ainda apresenta muitos problemas, na medida que não consegue alcançar efetividade, dados os impasses de ordem burocrática e administrativa. Por si só a descentralização não garante maior controle social ou uma prática democrática. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada que abarque as especificidades da área da saúde mental.

Nesse sentido, a lógica fundamental da estrutura de financiamento exigida é a de que os recursos financeiros devem ser centrados nas pessoas e não nos serviços. O financiamento deve contemplar todas as ações necessárias e decorrentes da implantação, implementação e sustentação de uma nova política de saúde mental (BRASIL, 2002a). O que deve ser colocado em pauta é a viabilidade de se financiar o CAPS como um todo, envolvendo todas as suas ações e especificidades, permitindo-se que cada serviço tenha flexibilidade para realizar seu trabalho de acordo com as necessidades locais, desvinculando o financiamento da relação de compra e venda de serviços e da noção de doença (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 136).

3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico

Os profissionais que trabalham nos CAPS compõem um grupo de diferentes técnicos de formação de nível superior e nível médio, e integram uma equipe multidisciplinar. Todas as unidades de serviço devem obedecer a exigência da diversidade profissional e cada CAPS tem suas próprias características quanto ao tipo e a quantidade de profissionais. A equipe mínima indicada para os CAPS II é composta por médico psiquiatra, enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior de outras categorias profissionais entre psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro necessário ao projeto terapêutico e seis profissionais de nível médio entre técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).

O papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. As equipes devem organizar-se para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação

psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e poder equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas (BRASIL, 2004).

Neste item nos propomos a descrever e analisar a composição e perfil da equipe técnica do CAPS Ponta do Coral, bem como as dificuldades e facilidades do trabalho em equipe consideradas pelos profissionais, a existência de práticas interdisciplinares no atendimento ao usuário, de projeto terapêutico e planejamento das ações da unidade de serviço¹³. Ao final do item consideramos os apontamentos dos profissionais sobre as diferenças do atendimento prestado no CAPS em relação ao realizado nas instituições tradicionais/hospitais psiquiátricos.

3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental

O CAPS Ponta do Coral conta com uma equipe de profissionais multidisciplinar que atua diretamente no atendimento aos usuários. São profissionais com formação de nível superior nas áreas de psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Entre os de formação de nível médio estão dois técnicos em enfermagem e um auxiliar administrativo. Compõem a equipe, ainda, os profissionais de apoio, vigilantes e auxiliar de limpeza, e estagiários de psicologia, serviço social e enfermagem.

¹³ É importante destacar que o perfil bem como a opinião dos profissionais sobre o serviço varia, no decorrer do tempo histórico, de acordo com a composição da equipe naquele determinado momento. Outros trabalhos já realizados identificam o perfil da equipe, a percepção dos profissionais sobre o trabalho no CAPS, o significado e o processo de inserção no serviço, a concepção sobre o modelo assistencial e práticas de desinstitucionalização, em épocas anteriores. Entre estes ver: GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003; FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial** - percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004; NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental:** em busca da articulação e qualificação das ações em saúde. Monografia (Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Lato Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

A maioria dos técnicos de nível superior concluiu a graduação na década de 1980. Metade deles possui capacitação específica na área de saúde mental, em geral, cursos de formação e aperfeiçoamento, especialização em terapia cognitiva comportamental, saúde pública, clínica, psicoterapia, psicanálise, atenção psicossocial. Três profissionais possuem mestrado nas áreas de enfermagem, sociologia política, artes cênicas; um fez residência médica em psiquiatria e cursa mestrado na mesma área; uma profissional tem doutorado em sociologia política.

Mais da metade dos profissionais (58,3%) possuem experiências de atuação profissional em outras instituições da área de saúde mental como clínica de internação, hospital psiquiátrico, centro comunitário de saúde mental, serviços de atenção à dependentes químicos e centro de atenção psicossocial. A maioria (66,7%) atua na área de saúde mental a partir da segunda metade da década de 1990. Cinco profissionais identificaram ter experiência de atuação em outras instituições que não da área de saúde mental.

Com relação ao tempo de serviço no CAPS, quatro profissionais atuam desde a implantação do serviço, em 1996, três ingressaram na equipe entre os anos de 2001 e 2002, e quatro profissionais passaram a fazer parte da equipe recentemente, a partir de meados de 2004. Quanto ao tipo de vínculo empregatício, a maioria, 75% (9 profissionais), é servidor público concursado, dois são contrato temporário e um ingressou no serviço público municipal através de indicação técnica. Nove profissionais possuem regime de trabalho de 30 horas semanais e 3 deles trabalham 40 horas semanais.

Com relação a capacitação específica em saúde mental para atuar no CAPS, todos os entrevistados consideram esse quesito de grande importância. Entre as razões apresentadas estão: a necessidade de compreensão e entendimento comum do que é um CAPS e o entendimento do tipo de assistência que este serviço deve oferecer; a preocupação com a diferença no atendimento que o CAPS deve oferecer em relação aquele prestado em outros serviços de saúde mental; a necessidade da capacitação para suprir as defasagens da formação acadêmica, que, em geral, não abarca as especificidades do campo da saúde mental.

Na opinião dos entrevistados,

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS, não tem a qualificação pra atuar, então ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então é necessária a questão da capacitação... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ah sem dúvida, sem dúvida, principalmente porque o que a gente está propondo é uma reformulação no modo da assistência em saúde mental, então é preciso que quem venha trabalhar num CAPS entenda essa lógica, que não venha pra cá com a mesma mentalidade do que se faz no hospital psiquiátrico, do que se faz em ambulatório, é outra coisa também diferente da atenção básica, então o CAPS precisa disso, precisa que o profissional tenha essa.., esse tipo de orientação, esse tipo de compreensão da sua finalidade (F, 12/4/2006).

Muito, muito importante, justamente por isso que eu estou te falando, porque assim, o profissional que trabalha no campo psicossocial, de qualquer área, ele necessariamente precisa quebrar a prática estereotipada pra poder entrar num serviço como esse porque o assistente social de um CAPS ele não é aquele assistente social de um hospital psiquiátrico, ele muda, ele faz outras coisas, ele se coloca de outro jeito, assim também é o médico, assim também é o psicólogo, o enfermeiro, então, uma formação específica pra essa área é bastante adequado porque vai tratar especificamente das necessidades que se colocam no cotidiano (VIK, 24/3/2006).

Considero, considero sim. É interessante que cada um tenha um saber, que traga o seu saber pela sua formação, da sua prática, do seu bairro, da sua comunidade, mas trabalhar no CAPS não é trabalhar em ambulatório, trabalhar no CAPS é ter um conhecimento sim do que é uma Reforma Psiquiátrica, do que significa um CAPS num panorama hospitalocêntrico. É toda essa questão política que tem por trás, questão financeira também, que é um serviço que se propõem substituir sim progressivamente os hospitais. Em muitos lugares isso já é feito, já conseguem fazer internação zero, outros lugares não; então, uma abordagem no CAPS precisa sim ter capacitação (LÉLI, 4/4/2006).

Sim, até por que o que é o CAPS? O quê um CAPS deveria ser? Cada um tem a sua idéia do que é um CAPS, mas ela não é uma idéia homogênea, então a minha experiência do que é um CAPS em outros lugares, que eu já tive em outros lugares especificamente, é muito diferente do que eu chego aqui e encontro as pessoas falando o que é um CAPS. é claro que a capacitação para um CAPS, para o que é o trabalho em CAPS podia homogeneizar, pelo menos todo mundo iria estar falando a mesma língua (J, 22/3/2006).

Sobre este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005, p. 30), observam que “os profissionais de saúde mental são, ainda em grande parte, formados a partir da prática cotidiana que caracteriza a lógica manicomial”. Hospitais e clínicas psiquiátricas constituem-se ainda os espaços onde “são oferecidos treinamentos em serviço (sob a forma de estágios e residências) aos profissionais que irão, no futuro, tentar materializar a nova lógica dos serviços substitutivos”.

Os autores destacam que “do sucesso da forma de organização da produção e transmissão do conhecimento pode depender o sucesso da própria reforma psiquiátrica” (OLIVEIRA; DORNELES, 2005, p. 32). Neste sentido, é importante que seja colocado na

cena do debate o funcionamento das instituições de aprendizado profissional sob a ótica da reflexão sobre as práticas e não apenas sobre o discurso das propostas dos cursos de formação. Os centros de formação devem se programar, planejar e garantir aprendizado e treinamento supervisionado, em que se pratique e construa espaços de práticas genuinamente terapêutica.

Na mesma direção, um dos entrevistados expressou sua preocupação com relação a seleção dos profissionais que vão atuar no CAPS, argumentando que os resultados do trabalho também dependem desse aspecto.

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS não tem a qualificação pra atuar, então, ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então, é necessária a questão da capacitação [...]. o processo de inclusão do profissional na área da saúde mental hoje, como se dá? Ele se dá por indicação política, seleção por contrato temporário e por concurso público. A indicação política pode ofertar profissionais desqualificados, pode! O contrato temporário, se não tiver um rigor no perfil que se quer pra trabalhar em CAPS vai acontecer a mesma coisa, um profissional desqualificado, o concurso público a mesma coisa, se não tiver um perfil, se não tiver o que se gostaria realmente, qual profissional que você gostaria de estar atuando hoje no CAPS, então, enquanto não se superar a forma de inserção no trabalho do CAPS, enquanto não se superar a discussão da saúde mental nos currículos acadêmicos vai continuar sendo sempre necessária a questão da capacitação [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Com relação a formação das equipes técnicas para atuar nos CAPS, as indicações aprovadas na e pela III CNSM apontam para a necessidade de que a contratação de profissionais deva ser realizada exclusivamente por meio de concursos públicos, e em caso de urgência, através da CLT, mas com seleção pública. E, ainda, os concursos devem exigir os pré-requisitos necessários e adequados à proposta de trabalho em saúde mental, alinhada teórica e conceitualmente aos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2002a).

Assim, é necessário considerar, quando da seleção dos profissionais, o perfil para trabalhar junto ao portador de sofrimento psíquico, bem como a existência de uma dimensão subjetiva, humanizante, solidária e fraterna como componente fundamental do perfil dos trabalhadores em saúde mental. Nesta direção, uma das participantes da pesquisa destacou a questão da opção política por este tipo de trabalho, associada a necessidade de competência técnica para atuar na área.

Eu acho que a gente trabalha com situações que requerem um estudo permanente, formação permanente, [...] eu acho que este é um dos vícios da saúde pública. Muitas vezes se confunde um pouco o tratamento ético ou moralmente responsável com uma qualidade também técnica. Eu acho que as duas coisas têm que estar associadas, tem que ter uma empatia pela causa da saúde pública, que aí entra na questão ética, moral de cada um, valores que você tem quando você vem pra esse tipo de trabalho; muitas pessoas que vem pra saúde pública quase que tem uma vocação religiosa. Mas ao mesmo tempo você também tem que ter uma competência técnica; não basta você tratar bem o paciente, você acolher, você precisa saber como intervir dentro da linha de trabalho que cada um escolhe, isso é fundamental (P, 17/3/2006).

Os profissionais, na sua maioria, indicaram ter recebido capacitação para atuar no CAPS. Referiram-se, especificamente, a um treinamento/capacitação realizado em novembro de 2005, com duração aproximada de 20 horas, organizado pela Assessoria Técnica de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde¹⁴. Contudo, alguns observaram que foi um treinamento tipo encontro, de curta duração, com trocas de experiências, e que não chegou a ser muito significativo.

Com relação a política de saúde mental, a maioria dos profissionais (83,3%) afirmou ter no mínimo algum conhecimento de sua organização e diretrizes. Entre os entrevistados, todos consideraram importante saber sobre os princípios, a estrutura e forma de organização da política de saúde mental para o trabalho do CAPS. Todos indicaram haver disponibilidade de material didático relativo a política na unidade de serviço.

Sim, precisa conhecer a política porque o atendimento está dentro dessa política, dessa lógica. (LÉLI, 4/4/2006).

Claro! é vital, pra poder planejar o seu trabalho, pra poder saber como é que a gente se liga com outros serviços, como é que a gente pode montar a rede, isso é fundamental porque o trabalho não se encerra aqui dentro, não pode ficar aqui dentro só, ele tem que poder justamente se expandir (F, 12/4/2006).

Sim é muito importante, até pra saber o que está acontecendo, o que pode ser feito, quais são os recursos disponíveis, o que precisa melhorar. Acredito que, fora a sua capacitação individual, eu acho que isso é uma outra premissa pra você iniciar no serviço [...] (J, 22/3/2006).

É importantíssimo conhecer, primeiro saber se ela existe, primeiro a pessoa tem que ter a curiosidade, tem que ter o desejo e a clareza de que é essencial ter os parâmetros ou diretrizes políticas de saúde mental pra

¹⁴ O município não tem o cargo de Coordenador de Saúde Mental. Em novembro de 2005 foi nomeada Assessora Técnica em Saúde Mental a enfermeira Lílian Pagliuca, que permanece na função até a data da presente pesquisa.

poder acompanhar, se orientar, e, segundo, conhecer sobre essa política (GIRASSOL, 20/3/2006).

Muito importante porque hoje a gente tem acesso a isso, aqui no CAPS a gente tem a legislação de saúde mental e pra gente poder entender porque, assim, a gente está na gestão da política também, por ser participativa, por estar junto nas decisões, então é preciso que a gente entenda, e tem muito detalhamento, são muitas portarias, o sistema de financiamento também é bastante complexo [...] (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que claro, porque a gente está dentro de um braço da política nacional de saúde; tanto pra você ter noção de qual é a perspectiva, em nome de que esse serviço está sendo mantido, também pra você poder avaliar a possibilidade desses ideais, dessas prerrogativas, que são pensadas a nível geral e nacional, serem realmente eficaz em termos práticos, porque muitas vezes você tem uma boa idéia, mas nem sempre uma boa idéia traz um bom resultado [...] (P, 17/3/2006).

Nesse sentido, a construção e consolidação de uma política de saúde mental, coerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o estabelecimento de uma política adequada de recursos humanos, que valorize e considere a importância do trabalhador de saúde mental na produção dos atos de cuidar. Para isso, deve-se garantir a capacitação e qualificação continuadas; a remuneração justa dos profissionais; a garantia de condições de trabalho e de planos de cargos, carreira e salários; a democratização das relações e das discussões em todos os níveis de gestão; a incorporação das questões de segurança, saúde e saúde mental do trabalhador; a garantia de supervisão clínica e institucional; a avaliação de desempenho e garantia da jornada de trabalho adequada para todos os profissionais de nível superior, bem como a isonomia salarial entre eles (BRASIL, 2002a).

3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário

De acordo com as indicações aprovadas na III CNSM, a política de recursos humanos para a saúde mental deve visar implantar, em todos os níveis de atenção, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, na perspectiva do rompimento dos especialismos e da construção de um novo trabalhador em saúde mental, atento e sensível

aos diversos aspectos do cuidado, ou seja, com uma visão integral e não fragmentada da saúde (BRASIL, 2002 a).

Segundo 83,3% dos profissionais o trabalho no CAPS Ponta do Coral é realizado em equipe. A maioria considera que existem dificuldades na realização das atividades. Uma delas está relacionada, conforme identificado por eles, ao fato de que nem todos compartilham das mesmas referências com relação à Reforma Psiquiátrica, à saúde pública e ao projeto do CAPS.

Bom, são várias, mas o que eu vejo de mais complicado é o fato de que nem toda a equipe compartilha das mesmas referências em relação ao que seja a Reforma Psiquiátrica, a função de um CAPS, as necessidades que o CAPS tem pra alcançar esses objetivos. Isso se deve em parte a diversidade da formação, e também às convicções pessoais. O problema não é a diversidade em termos da formação profissional em si, mas o modo, o fato de que você tem uma equipe multiprofissional por exemplo, isso gera alguma dificuldade na troca, na possibilidade de produzir um conhecimento novo a partir dessas experiências que são de diferentes disciplinas, diferentes áreas. Mas eu diria que é mais no sentido da Reforma Psiquiátrica mesmo, naquilo que ela aponta, então parece que esse é um problema a mais; outro que tem se tornado mais evidente pra mim ultimamente é a falta de formação de grande parte dos profissionais sobre o que seja saúde pública, boa parte deles não conhece o sistema de saúde pública, apesar de trabalhar num serviço de saúde pública, mas não conhece o sistema, não sabe a lógica, não sabe como é que ele funciona, então acaba tomando decisões muitas vezes administrativas que são equivocadas, que não levam em conta o modo de funcionamento da saúde pública (F, 12/4/2006).

Tem sim várias dificuldades, entre elas, existem diferenças de formação e, portanto, ideológicas. Alguns momentos a gente vê, assim, o CAPS tem um projeto de não internação, de autonomia do usuário, de gestão plena do usuário, e, as vezes, a equipe, algumas pessoas acabam esbarrando com isso. O entendimento disso é muito difícil também, as vezes é uma linha muito tênue entre o que é o assistencialismo, a autonomia, o que é dar o limite do ponto de vista terapêutico e o que é dar o limite porque você não quer se incomodar. Então, algumas pessoas não vêm de uma postura da Reforma Psiquiátrica, não sabe o que é uma Reforma Psiquiátrica, não tem uma noção, [...] é uma luta política também e algumas pessoas não sabem o que é [...] (LÉLI, 4/4/2006).

Em outras falas, foi apontada como uma das dificuldades do trabalho em equipe questões relacionadas a uma suposta divisão entre o grupo de técnicos.

A relação com a equipe tem uma certa peculiaridade, eu acho que as pessoas, a equipe que começou anteriormente, já desde a formação ou no começo do CAPS, eles se intitulam como a equipe do CAPS. Os que chegaram depois, em geral, não são bem acolhidos, ou são muito pouco,

tanto que as próprias atividades em equipe, em grupo, dificilmente, essas pessoas novas são incorporadas ao que já existe; então, acaba criando aí até a equipe da manhã, a equipe da tarde, mais ou menos, embora eu estou aqui todo o período, mas tem essa divisão... e eu acho que assim o ponto de partida é esse, a sensação é que quem não estava aqui desde o começo não fez parte da história (J, 22/3/2006).

A equipe que iniciou lá em 96 (1996) veio com algumas questões conceituais amarradas. Por quê? Porque a pessoa que estava pensando, planejando o CAPS ela vinha do Movimento da Luta Antimanicomial, era uma das representantes em nível nacional aqui em Floripa, Santa Catarina; então tinha algumas coisas amarradas na estrutura de atendimento do CAPS, que era muito pra poder implantar o sonho da Reforma Psiquiátrica aqui em Floripa, criar um serviço, do município, que de fato evitasse internação, que de fato fosse continente pros usuários com transtorno mental grave, e isso se mantém, porém, com a chegada dos técnicos que foram sendo substituídos, alguns saíram, técnicos novos entraram, a equipe de profissionais foi se modificando, a gente tem uma distância conceitual por mais que a gente pretende uma proposta multiprofissional, e a gente consegue, ao longo do tempo a gente conseguiu, é muito interessante o jeito como nós trabalhamos, porque de fato conseguimos trabalhar cada profissional lado a lado, dividindo o mesmo grupo, a mesma oficina terapêutica, então, assim, isso é possível, mas hoje, a gente, assim, tenta manter esse paradigma da Reforma Psiquiátrica, da desospitalização, do fortalecimento dos serviços territorializados, de um modelo que é um modelo multiprofissional, com a gestão participativa dos usuários, contra o modelo hospitalocêntrico, médico centrado, mas existem diferenças na questão conceitual da equipe, isso é falho, inclusive pra própria equipe (VIK, 24/3/2006).

A importância da unidade da equipe no atendimento ao usuário e na organização do trabalho recai sobre a qualidade do tratamento terapêutico ofertado. A mudança de paradigma epistemológico com relação a saúde mental não garante por si só a alteração das práticas assistenciais. Os conflitos e problemas de equipe existentes precisam ser trabalhados nas supervisões institucionais de forma que os técnicos consigam superar as dificuldades que obstaculizam a união do grupo em torno de um objetivo comum, sejam elas ideológicas, de formação, de concepção e/ou de afinidade com os colegas.

Um dos entrevistados apontou a questão das relações de poder e diferenças nos valores pessoais e nas relações interpessoais como dificuldades do trabalho em equipe.

Primeiro, a relação de poder, eu acho que é um grande problema, uma dificuldade que existe. Essa relação de poder, ela emana, que eu tenho percebido, da psicanálise, da teoria psicanalítica e da teoria psiquiátrica; então, os profissionais detentores desse conhecimento acabam, sutilmente, estabelecendo poder frente aos profissionais não-psi diria; essa relação de poder pelo saber é um dos problemas ou uma das dificuldades que eu encontro pra trabalhar em equipe no CAPS; outra

dificuldade, acho que é a própria experiência de vida das pessoas, aquelas pessoas em que parece que não estão claros os valores humanos como solidariedade, amor, justiça, sabedoria, a práxis, o repensar a prática, profissionais que não fazem a autocrítica da sua prática, pra mim, eu acho que é uma dificuldade trabalhar em equipe devido a isso; então, seria esse poder pela teoria e essa questão um pouco mais pessoal que é a relação de lidar com o outro, as relações interpessoais, são dificuldades que eu vejo em equipe (GIRASSOL, 20/3/2006).

A partir da fala profissional é possível pensar sobre as relações de poder que se estabelecem pelo saber. Conforme nos ensina Foucault (1979), os poderes se exercem em níveis variados e em pontos diferentes da vida social. Neste complexo, existem os micropoderes que estão intimamente relacionados com a produção de determinados saberes (sobre o criminoso, a sexualidade, a doença, a loucura). Assim, o poder não é algo que se detém como uma coisa, como uma propriedade, que se possui ou não. O poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona, como uma máquina social que não está situada em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda estrutura social (MACHADO, 1979 p. XIV).

De acordo com Foucault (1979), todo conhecimento, seja ele científico ou ideológico, só pode existir a partir de condições políticas, que são as condições para que se formem tanto o sujeito quanto os domínios de saber. Para o autor não há saber neutro, todo saber é político. Dessa forma, saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber. E, em contrapartida, todo saber assegura o exercício de um poder (MACHADO, 1979 p. XXI - XXII).

Na seqüência, a entrevistada aponta de forma geral algumas das questões cotidianas como dificuldade no trabalho em equipe.

Bom, eu acho que as vezes a gente é muito trefista, a gente não tem o tempo suficiente que a gente gostaria para estar parando para discutir os casos, se ater a cada paciente; tem diferenças na equipe também, tem conflitos [...] mas assim, a gente ainda tem, as vezes, coisas assim muito imediatistas, que não nos propiciam fazer realmente um estudo de caso mais integrado, ter uma intervenção, as vezes, mais articulada; a gente tem tentado em alguns momentos, mas assim, não é uma coisa que tem um peso forte como eu acho que deveria ter (P, 17/3/2006).

Dessa forma, a intensidade das demandas colocadas aos profissionais, especialmente na atualidade, provocam o desenvolvimento de ações pragmatistas, muitas

vezes sem uma reflexão maior. Isso vem acontecendo em vários contextos institucionais e com diferentes profissões. Ou seja, na medida que aumentam as necessidades humanas e as demandas para satisfazê-las, não ocorre no mesmo ritmo, o aumento da oferta de equipamentos e serviços assistenciais capazes de dar conta da complexidade dos problemas decorrentes da emergência das novas relações sociais, econômicas, culturais, advindas com a modernidade.

A precarização das condições de trabalho também foi apontada pelos entrevistados como mais um dos fatores que, por vezes, dificultam a convivência e o trabalho em equipe. Eles se referem a questão da diferença na remuneração salarial entre os profissionais que trabalham no CAPS, principalmente do médico para as outras profissões. A desproporção salarial chega a diferença de até quatro vezes mais entre o que recebe o profissional médico e o salário dos demais técnicos. Associadas a esta situação estão a diferença na carga horária de trabalho, a condição de contratação temporária, a falta de reconhecimento por parte da SMS, no apoio e incentivo à participação em eventos científicos e de militância política na área, entre outras.

Os profissionais indicaram que contam com supervisão institucional para lidar com as questões do trabalho no cotidiano. A supervisão institucional existente era, até o início deste ano (2006), paga pelos próprios profissionais, mas nem todos participavam. A partir do mês de abril do corrente esta passou a ser financiada com recursos provenientes do Ministério da Saúde. Além deste tipo de supervisão, foi relacionado como outro recurso existente para abordar essas questões as reuniões de equipe, realizadas mensalmente, as reuniões clínicas, realizadas semanalmente, e foi citada pelos técnicos em enfermagem, a supervisão realizada com profissional da área.

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que as políticas de formação e capacitação em saúde mental devem criar espaços de trocas baseados na realidade local, com valorização dos diversos saberes e metodologia participativa. A supervisão clínica e institucional permanentes deve ser estendida a todas as pessoas que trabalham com portadores de transtorno mental: equipes de PSF e PACS, trabalhadores da urgência e emergência, do hospital geral, dos serviços substitutivos e dispositivos residenciais, cuidadores de saúde mental, profissionais de nível médio e superior da rede de saúde mental. A referida Conferência destaca, ainda, a necessidade de implantação da NOB – Recursos Humanos do SUS, salientando a importância da garantia da capacitação para todos os níveis, supervisão permanente, interdisciplinaridade e isonomia salarial (BRASIL, 2002a).

Com relação as potencialidades que o trabalho em equipe possibilita os profissionais destacam a relevância deste no atendimento ao usuário, a possibilidade de trocas entre as varias áreas e a oferta de um atendimento multidimensional.

Entendo que essa é uma clínica multidisciplinar e isso (trabalho em equipe) é importante pela complexidade mesmo do tipo de fenômeno com o qual a gente trabalha, então, a gente precisa, é necessário ter uma oferta de serviços e de formas de atenção, que seja a mais diversificada possível, pra que a gente possa atender a uma série de necessidades que as profissões nas suas especialidades não dão conta; então essa é a grande vantagem, você pode fazer essa atenção multidimensional, isso é interessante (F, 12/4/2006).

A vantagem é justamente a estrutura coletiva de resposta à uma situação que chega pra você; vem a psiquiatria trazer um conhecimento, a psicanálise traz outro, [...] a enfermagem acaba dando a sua contribuição quando discute realmente a relação, vem o serviço social discute essa articulação que a pessoa tem com o social, e essas pessoas (profissionais), com seus conhecimentos, vão socializando esse conhecimento pra dar a resposta às fragilidades ou às potencialidades de vida que essa pessoa traz (GIRASSOL, 20/3/2006).

Acho que a grande vantagem é que a gente quebra a lógica hospitalocêntrica que era muito centrada no médico, na figura do médico, naquilo que o próprio médico decidia do tratamento, hoje quem decide é a equipe multiprofissional [...] (VIK, 24/3/2006).

Ah! Muitas, eu acho, em primeiro lugar, essa possibilidade da troca interdisciplinar; porque eu acho que cada um tem um tipo de contribuição diferente, um saber que te ajuda a pensar com mais amplitude o próprio trabalho, o próprio paciente, e, eu acho que quebra um pouco certas relações de poder; também, assim, o fato de a gente lidar com situações que são muito pesadas para alguém estar lidando sozinho, então quando você sente essa coisa da equipe, quando tem um paciente que está muito comprometido ou que tem risco de vida, a gente se sente muitas vezes angustiada por aquele paciente e você tem a equipe pra te dar um respaldo, pra estar pensando junto. Acho que isso é, sem duvida, algo que gratifica também (P, 17/3/2006).

Primeiro, agregar conhecimentos, se a equipe for multidisciplinar, que não quer dizer interdisciplinar, mas a princípio se ela for multidisciplinar a possibilidade de trocas de conhecimento de várias áreas realmente acaba sendo muito rica; são vários olhares sobre uma mesma questão, vários pontos de vista. Quando o trabalho de equipe é interdisciplinar, as pessoas acabam trocando mesmo, saindo, as vezes, do seu campo de formação, podendo estar se estendendo em outros campos, acaba sendo mais rico ainda. Num trabalho como o CAPS é necessário (o trabalho em equipe). Eu não consigo ver o trabalho que não seja em equipe porque pra você atender um usuário você precisa de uma equipe, pra você abordar o usuário, uma família, receber uma família precisa de vários olhares, enfim, de várias formações, vários olhares técnicos, da parte de

enfermagem, psicologia, da arte, serviço social, então, isso é importante (LÉLI, 4/4/2006).

O reconhecimento de outras dimensões no processo saúde-enfermidade, que não estritamente a biológica, traz a tona a questão da interdisciplinaridade¹⁵, pois na busca da integralidade da assistência a atuação de um único saber profissional não é suficiente. No processo da Reforma Psiquiátrica o campo da saúde mental é chamado a refazer-se por inteiro, ampliando o seu foco de abordagem e procurando romper com as delimitações dos saberes tradicionais na área. Busca-se uma nova recomposição de conhecimentos, sustentados sobre um conjunto de rupturas e novas premissas, e não apenas um novo somatório ou rearranjo simples dos saberes especializados. Desta forma, diversos campos de saber, implicados na assistência em saúde mental, são envolvidos na teorização e nas novas práticas de cuidado (VASCONCELOS, 2000a).

A pesquisa realizada indicou que 66,3% (correspondente a oito dos doze profissionais que responderam o formulário) dos profissionais consideram que existe interdisciplinaridade no atendimento ao usuário no CAPS Ponta do Coral. As falas relacionadas na seqüência apresentam a concepção dos profissionais sobre interdisciplinaridade e indicam a respectiva compreensão sobre a importância desta no atendimento ao usuário.

A gente poder ter o que a gente chama de clínica ampliada, essa multidimensionalidade que nos permite atacar o problema de várias formas e, portanto, oferecer diversas formas de atendimento, desde o medicamentoso até o serviço social, as oficinas, as oficinas expressivas, a arte, etc. (F, 12/4/2006).

Eu acho que em primeiro lugar isso, assim, é um olhar mais amplo para a condição daquele paciente. Cada profissional tem um aspecto que acentua, pela sua vida, pela sua formação; o educador artístico tem uma outra estratégia, por exemplo, pra lidar com aquela queixa do paciente, o assistente social tem uma, o psicólogo tem outro olhar, assim, eu acho que pra mim soma, eu acho que é uma forma da gente também aprender, enriquecer a nossa análise, a nossa possibilidade de intervir; sem dúvida que é rico (P, 17/3/2006).

Alguns profissionais expressaram sua concepção de interdisciplinaridade observando que esta não é sinônimo de multidisciplinaridade e que nem sempre é possível fazer práticas interdisciplinares.

É justamente isso, poder compartilhar o conhecimento que cada disciplina traz, essa inter, mas realmente compartilhar isso e não a

¹⁵ Sobre os conceitos de multi, inter e transdisciplinaridade ver, entre outros, Vasconcelos, 2000a.

multidisciplinaridade; é pensar, coletivamente, saídas pra enriquecer a vida da pessoa e aí é sempre um pensar e repensar (GIRASSOL, 20/3/2006).

Então, essa idéia dessa troca de conhecimento pra poder ajudar o usuário, pra poder a equipe ter um suporte também, pra poder, num estudo de caso, por exemplo, trocar os vários conhecimentos, os vários pontos de vista e poder estar entrelaçando; então, é importante, mas nem sempre se consegue fazer (LÉLI, 4/4/2006).

Já nas falas que seguem é possível perceber a concepção de interdisciplinaridade mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade.

Cada profissional tem a sua especialização, e ele foi formado para atender determinadas características que aquele usuário precise, ou informações, e a própria atenção, e cada um tem uma formação específica e diferenciada; então, eu acho que quanto mais ampla, mais amplamente ele for avaliado, e receber essas informações, e esse tratamento, vai ser melhor pra ele; então, desde o serviço social, desde o atendimento psicológico, o atendimento médico, enfim, até ah! eu cortei meu dedinho, o que eu faço? Então, vai poder ser atendido ali, ser acolhido pelo técnico de enfermagem (J, 22/3/2006).

É muito importante porque cada profissão tem o seu conhecimento específico e contribui aí com o seu conhecimento. É necessário que cada um de nós tenha muito claro o seu papel aqui dentro pra que não vire uma salada mista e se dilua o que cada um faz, que é específico de cada um. Então, é importante que a gente tenha boa formação técnica, específica da saúde mental pra que a gente possa chegar numa equipe que trabalha sob o paradigma do campo psicossocial, e que de fato possa ser multi, no sentido do atendimento, e aí, assim, no campo psicossocial, aqui no CAPS, por exemplo, a gente vê a necessidade de os profissionais trocarem mesmo, porque surgem muitas demandas, são muitas necessidades do usuário, é um campo novo. Então, assim, tem n coisas que vai se descobrindo, que cada área contribui diferentemente, mas ao mesmo tempo de forma conjunta. Então, o psicólogo, obviamente, ele tem mais elementos pra entender a parte clínica, o assistente social tem mais elementos pra entender a parte previdenciária, da assistência social desse usuário, que também é importante, muito importante pra ele, o médico tem o conhecimento sobre os psicofarmacos, sobre essa parte mais específica da medicação, e assim a gente vai trocando (VIK, 24/3/2006).

Com relação a este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005) observam que, no Brasil, a interdisciplinaridade faz parte do discurso politicamente correto, garantindo seu estabelecimento como princípio, traduzido na expansão cada vez maior dos territórios profissionais e na fusão dos saberes. O discurso da multi e da transdisciplinaridade é relativamente bem conhecido e aceito em nível intelectual, mas as práticas institucionais apontam, paradoxalmente, para fortes resistências, isolamento e hiperespecialização.

De acordo com os autores, para que estas ações multidisciplinares se tornem efetivas há necessidade de estratégias e planos, que visem a harmonização da convivência para que esta não seja imposta, mas compreendida e desejada pelos profissionais. Na prática, o momento é de impasse, pois multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade existem em tese e como imposição de comando, mas não se concretizam, ainda, como prática planejada, efetiva e eficaz (OLIVEIRA; DORNELES, 2005).

Ainda segundo os referidos autores, uma verdadeira transdisciplinaridade não está nem mesmo no horizonte das instituições de saúde mental brasileiras. Este é um dilema fundamental no processo da reforma psiquiátrica, que depende de ações integradas (órgãos reguladores do ensino superior, programas universitários, instituições e serviços de atendimento) para cumprir sua missão de transcender as práticas manicomial e os territórios de dominação e poder estabelecidos entre as disciplinas que formam a saúde mental.

3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações

A importância do projeto terapêutico dos CAPS recai sobre a responsabilidade de que todo o trabalho desenvolvido em cada unidade deve ser realizado em um ambiente terapêutico. Isto significa que tanto os atendimentos individuais, grupais como a convivência no serviço tem finalidade terapêutica. Cada CAPS deve ter um projeto terapêutico, que leve em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais, as iniciativas de familiares e usuários e o território onde se situa, com sua identidade, sua cultura local e regional (BRASIL, 2004).

O CAPS Ponta do Coral conta com projeto terapêutico do serviço, o qual, segundo 75% dos profissionais que responderam ao formulário, foi planejado em equipe. Três profissionais referiram não saber sobre o planejamento em equipe por não fazerem parte desta a época.

O sistema atual de atendimento no CAPS Ponta do Coral difere da maioria do adotado pelos serviços desta natureza. Em geral, os CAPS realizam a assistência ao usuário

no modelo de TR¹⁶. O CAPS Ponta do Coral oferece atendimento sob a ótica da regionalização. Ou seja, como o serviço não é territorializado, é o único na modalidade, na cidade e no município, a equipe técnica foi subdividida em pequenos grupos ou mini-equipes de dois e/ou três profissionais, sendo cada uma destes responsáveis por uma das regionais, que é onde o usuário mora. Esta proposta foi pensada e implementada há quase dois anos, quando os profissionais identificaram dificuldades em atender no sistema de Terapeuta de Referência (TR) toda a demanda existente. Tal estratégia utiliza-se do sistema de divisão por regionais da Secretaria Municipal de Saúde. Ao total são cinco Regionais de Saúde, Leste, Norte, Sul, Centro, Continente, distribuídas espacialmente na área geográfica do município. Nestas regionais, foram implantadas, recentemente (a partir do final do ano de 2005 e início de 2006), equipes de atenção em saúde mental, compostas por um médico psiquiatra e duas ou três psicólogas em cada uma das Regionais de Saúde.

De acordo com o projeto terapêutico do serviço, as atividades desenvolvidas são: psicoterapia, atenção medicamentosa, atendimentos de emergência, grupo terapêutico, oficinas terapêuticas¹⁷, assembléia de técnicos, usuários e familiares, visitas domiciliares, articulação com entidade, programas e serviço, atividades de formação e pesquisa, reuniões de equipe, reuniões clínicas de casos¹⁸.

Conforme as determinações da Portaria GM/MS Nº 336/2002, a assistência prestada ao usuário no CAPS deve incluir atendimento individual, em grupo, atendimento à família, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades comunitárias, enfocando a integração do portador de transtorno mental na comunidade e sua (re)inserção familiar e

¹⁶ Este sistema de atendimento é desenvolvido na maioria dos CAPS e constitui-se do acolhimento da pessoa quando de sua chegada ao serviço por um dos profissionais da equipe. A partir daí é traçado um projeto terapêutico com o usuário e o profissional que o acolheu passará a ser uma referência para ele. O Terapeuta de Referência (TR) tem a responsabilidade de monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo as atividades e a frequência de participação. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, discutindo com o usuário e com a equipe técnica do CAPS (BRASIL, 2004, p. 16).

¹⁷ São oferecidas as seguintes oficinas: oficina de cerâmica, oficina de artes plásticas, oficina de mosaico, oficina de jogos, esportes e lazer, oficina de tapeçaria, oficina de trabalhos manuais, oficina da terra, oficina de jornal, oficina de velas, oficina de leitura, oficina de música, oficina brechó, oficina de teatro, oficina de formação política, oficina de fotografia. Destas, as oficinas de cerâmica, velas e mosaico são produtivas, ou seja, sua produção é comercializada. Cabe destacar que algumas oficinas podem estar em funcionamento ou não, em determinado período de tempo, de acordo com a disponibilidade de técnicos para acompanhar, de condições materiais para o funcionamento e da demanda de usuários.

¹⁸ A descrição e o objetivo de cada atividade pode ser consultado no Projeto Terapêutico do CAPS II Ponta do Coral (2004), ou a partir do projeto de Estágio curricular em Serviço Social de Stuari (2005).

social. A depender do projeto terapêutico de cada usuário, o CAPS poderá oferecer as seguintes modalidades de atendimento: atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo¹⁹.

Já com relação ao planejamento das ações, 50% dos profissionais consideram que este existe. Cabe lembrar que ao questionarmos os participantes da pesquisa sobre este fator, estamos nos referindo ao planejamento estratégico, aquele voltado para uma visão ampla, global e de longo alcance da organização/instituição, baseado na análise do contexto e com a finalidade de buscar alternativas de ação. No entanto, alguns dos entrevistados observaram estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação objetivo e sistemático dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declararam não existir processo de planejamento e avaliação das ações do serviço, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

As falas relacionadas a seguir demonstram o tipo de planejamento existente no CAPS e como este acontece.

Bom, o planejamento é feito mais ou menos assim: chega uma época do ano em que a Secretaria (SMS de Florianópolis) nos pede um planejamento e aí, geralmente isso é com uma semana no máximo de antecedência, é aquela correria, a gente monta um plano básico de trabalho etc., mas é muito mais pra cumprir a obrigação. A gente tem um projeto terapêutico que é amplo, que é do serviço todo, e a gente vai, com esse projeto terapêutico a gente vai ajustando as atividades e aquilo que a gente pretende alcançar, mas não há um planejamento muito formalizado, não há um processo de planejamento, até porque é tudo muito fragmentado, o que a gente planeja aqui, boa parte depende desse recurso financeiro, depende do apoio da Secretaria, que é sempre uma coisa incerta. Então, em termos de planejamento a coisa fica sempre muito precária. Em termos de avaliação é mais precário ainda, a gente não tem indicadores; novamente, no final do ano, aí a Secretaria pede um relatório do que foi feito, a gente faz um levantamento geral, mas ele é descritivo, ele não é avaliativo, a gente não sabe de fato quais são

¹⁹*Atendimento intensivo* – atendimento diário, oferecido à pessoa que se encontra em grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento semi-intensivo - nessa modalidade, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Este tipo de atendimento é oferecido quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento não intensivo – oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até 3 dias no mês. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário (BRASIL, 2004, p. 16).

os efeitos que a nossa intervenção produz; claro, a gente tem uma certa dimensão pelo contato direto com os usuários, fulano que não interna a tanto tempo, ou fulano que voltou a trabalhar, ou que resolveu pelo menos algumas coisas que eram mais complicadas na sua vida, isso a gente tem, mas não tem um processo de avaliação estruturado que nos permita dados com visibilidade maior (F, 12/4/2006).

Neste sentido, destacamos que, a nosso entender, a função planejamento deve orientar todas as ações no dia-a-dia das organizações. O planejamento é o processo de estabelecer antecipadamente a finalidade da organização/instituição, definir os objetivos e prever as atividades e os recursos necessários para atingi-los. Planejar é uma forma de pensar o futuro da organização/instituição, definindo o que fazer, como, quando e com recursos. Nesse processo, é importante considerar que as organizações/instituições estão inseridas num contexto constituído pela sociedade, pelo Estado e por outras instituições que influenciam suas decisões (TENÓRIO, 2000).

Alguns profissionais referiram-se, especificamente, ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, reuniões clínicas e na supervisão de equipe. Segundo estes, é na reunião de equipe mensal que se planejam mais as ações, estas entendidas como a definição dos grupos terapêuticos ou oficinas que vão ter, o objetivo e a finalidade destes, a demanda etc..

Mensalmente, a gente tem uma reunião de equipe, que tem um pouco esse objetivo, de planejar e avaliar o que é feito. Além dessa reunião mensal a gente tem dois outros momentos semanais, que é um na quarta-feira outro na quinta-feira, que a gente chama de reunião técnica, [...] mas isso se dá muito no cotidiano também, na assembléia geral do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Ele acontece em reunião de equipe, uma reunião mensal, a gente planeja grupos, planeja..., então.., acontece, primeiro tem uma reunião mensal da equipe e reunião duas vezes por semana, que são os estudos de caso; agora, a avaliação, acontece em reunião de equipe mais; o planejamento, por exemplo, como abordar um determinado caso, como ajudar, de como servir a família, o trabalho, é feito durante a semana nos estudos de caso, e nós temos a supervisão, que é um espaço que também acaba se fazendo uma avaliação, a supervisão de equipe (LÉLI, 4/4/2006).

Outras falas detalharam as conseqüências da falta de um processo sistemático de planejamento e avaliação das ações, inclusive fazendo análise dessa problemática em relação as instituições públicas em geral.

Eu acho que esse é um problema, acho que falta muito; por exemplo, se você esta aqui fazendo a avaliação da política a partir do olhar dos profissionais, eu, nesse momento, tenho tido muito incomodo diante da

necessidade que eu vejo de avaliar as ações, de avaliar os pacientes, e a gente não tem uma forma sistemática de fazer isso; por exemplo, a gente não tem um instrumento de captação do trajeto do paciente dentro do CAPS, a gente não anota algumas coisas, os prontuários também deixam muito..., as vezes a gente não faz registro nos prontuários e mesmo quando a gente faz ele não tem, assim, por exemplo, uma sistematicidade, o que é que eu vou enxergar, como é que eu vou ver se aquele paciente está melhor ou está pior depois que ele está aqui, então, a gente não tem esse instrumento; e, o planejamento, é feito um planejamento terapêutico com o paciente; o planejamento do nosso serviço é mais ou menos...., funciona, assim, com as oficinas, não é um planejamento rigoroso, a cada período a gente senta e reorganiza não, tem algumas diretrizes gerais, eu acho que em termos práticos falta muito dos dois lados, planejamento das nossas atividades, por exemplo, as vezes naquele roldão a gente vai fazendo, vai fazendo, e, também, a avaliação da eficácia, do que realmente aquilo está resultando pra vida do sujeito, se ele está realmente conseguindo chegar mais próximos desses lugares que a gente apregoa como princípios da saúde mental - autonomia, dessas coisas que a gente também fala: relação com o trabalho, relações, laços sociais; então, a gente não tem esse (instrumento de planejamento e avaliação), eu acho que falta (planejamento e avaliação) [...] Na verdade eu acho que esse é um problema das instituições públicas em geral, eu acho que tem uma grande resistência no Brasil a qualquer critério de avaliação, porque, esse discurso, a retórica da igualdade, ela exatamente vai na contramão de um processo meritocrático, ou seja, você avaliar também por mérito; você tem que criar esse tipo de instrumento; a prefeitura não tem, nunca teve uma avaliação nos anos que estou aqui que medisse o desempenho profissional, principalmente aqui, que a gente lida com pessoas que estão aqui pra se tratar, e a gente não sabe se a pessoa...., a gente vai olhando um caso ou outro; não existe um processo institucional de avaliação, nesse sentido (P, 17/3/2006).

Em geral, as organizações precisam de um processo de avaliação que realize uma revisão dos objetivos e metas alcançados e daqueles a serem atingidos. O planejamento e a avaliação são a oportunidade de fazer uma pausa e examinar a situação da instituição.

Não obstante, as políticas públicas no Brasil vêm se estruturando de forma descentralizada, com responsabilidades de organização e financiamento partilhadas entre a União, Estados e Municípios, cabendo a estes últimos a execução dos serviços de atenção direta à população. Deste modo, os processos de avaliação de serviços de saúde mental devem ocorrer no âmbito municipal. Segundo Dias (2002, p. 2)²⁰, este desafio coloca no debate o aspecto de como avaliar o funcionamento de um serviço de saúde mental, que está

²⁰ A autora realizou um trabalho de construção coletiva de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental junto aos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre; uma apresentação resumida dos resultados pode ser consultada em DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental.** In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

inserido num novo patamar conceitual e tem como tarefa não reproduzir uma prática de tutela, com ênfase na patologia, mas de incluir o sujeito portador de transtorno psíquico no planejamento e na execução das ações terapêuticas, numa nova relação que garanta a viabilidade do exercício da cidadania numa sociedade desigual. Ou seja, as dimensões de mudança conceitual, realidade social e política pública de saúde de âmbito municipal, tornam complexa a adoção de processos de avaliação.

A fala descrita na seqüência especifica o processo de planejamento e avaliação no que se refere a ação interventiva profissional no tratamento ao usuário, destacando que não existe um processo sistemático de planejamento e avaliação com relação as ações do CAPS.

O planejamento e a avaliação das ações do CAPS, eles acontecem só de uma forma muito primária ainda, nós temos [...] o planejamento e avaliação da ação do profissional a título de intervenção em relação ao usuário existe de três formas: primeiro, casos clínicos, que aqui nós fazemos reuniões de casos clínicos, quarta-feira das 8 às 9 horas e quinta-feira das 11h30min às 12h30min pra discutir a questão do caso clínico de pessoas; outra forma, construção de projetos terapêuticos ou revisão dos projetos terapêuticos na reunião da regional, cada regional, que são cinco, fazem suas reuniões pra discutir o planejamento e avaliar a vida dessa pessoa nas regionais, e a outra, especificamente do CAPS, a título de gestão, é a reunião de equipe, que você presenciou semana passada, aí é um outro momento de planejar e avaliar, porém, ressalvo, não se tem algo mais fidedigno, ou academicamente falando, que nos ampare pra fazer essa avaliação; então, é extremamente necessário nós termos supervisão, termos pesquisadores, que nos ampare no sentido de avaliar o serviço, avaliar nossa prática, avaliar a autonomia do usuário; a grosso modo nós temos, mas é muito de senso comum; então, precisa cientificar ou legitimar, regularizar, tornar mais fiel esse tipo de avaliação, a grosso modo temos, agora, com mais rigor, por escrito, não temos (GIRASSOL, 20/3/2006).

Sabe-se que a ausência de um processo de planejamento estratégico e avaliação sistemática comprometem a efetividade dos objetivos propostos. Conforme destaca Dias (2002), o cenário da Reforma Psiquiátrica requer tanto uma multiplicidade de respostas à sua plena implantação como para a avaliação de seus resultados. Contudo, é importante ressaltar que a especificidade das ações em saúde mental demanda a adoção de um método participativo, com o fim de superar o caráter unidimensional, comum em avaliações tradicionais.

A avaliação participativa já é uma exigência nas políticas sociais, decorrentes da pressão social pela garantia de acesso a bens e serviços públicos. Por analogia, a

construção de indicadores de avaliação também pode ser participativa, com a contribuição dos sujeitos inseridos na esfera municipal, responsável pela execução da atenção em saúde mental. Para a autora, apesar de certa reserva científica pela adoção desta sistemática metodológica, o seu valor está no alcance social de incluir os responsáveis pela execução de determinada ação, na sua construção e sistematização (DIAS, 2002).

3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento

Conforme já destacado neste trabalho os hospitais psiquiátricos são instituições representativas do modo asilar enquanto os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico de exercício das práticas de atenção psicossocial, do modo psicossocial.

O modelo de assistência do modo psicossocial destaca-se por seus meios básicos de tratamento (rede diversificada de serviços territorializados), e pela importância decisiva que se atribui ao sujeito na sua mobilização como participante principal do tratamento. Neste, considera-se o indivíduo como pertencente a um grupo familiar e social, o que supõe que se deve trabalhar, também, a família e o grupo social, como agentes das mudanças buscadas.

Já no modo asilar a organização institucional é marcada por estratificações de poder e saber, no âmbito das relações profissionais e da instituição, as quais transladam para a relação com os usuários e a população. Estes são excluídos de qualquer forma de participação, enquanto que no modo psicossocial, participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais.

Na pesquisa realizada, a maioria dos profissionais entrevistados referiu conhecer sobre a forma de atendimento no hospital psiquiátrico, seja por visitas, atuação profissional, contatos institucionais, relato dos usuários que estiveram internados.

No que se refere as diferenças no atendimento prestado pelo CAPS em relação ao hospital psiquiátricos, os entrevistados consideraram que existem diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência de um só discurso, o médico psiquiátrico do hospital e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial em contraposição ao tratamento igual para todos

das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Eu acho que é diferente em vários aspectos, primeiro, são essas diferenças que eu digo que são de base, sobre a Reforma Psiquiátrica e a função de um CAPS nesse processo de reforma. Existe por parte da maioria da equipe uma convicção de que a nossa função é evitar a internação e de uma certa maneira poder fazer substituição a essas instituições tradicionais; deslocar a centralidade do sistema pra um serviço aberto, que seja interdisciplinar, ou seja, onde você não tenha um discurso único dando a orientação, que no caso é o discurso psiquiátrico nas instituições (tradicionais); você tem essa multidimensionalidade então você pode compartilhar o discurso; em relação ao próprio atendimento, começa na forma do acolhimento, eu acho que o nosso acolhimento é bom, ele tem condições de receber a pessoa, de entender o que ela está procurando, o que ela está precisando, quais são as suas necessidades; a gente tenta de alguma maneira envolver família embora com dificuldades, mas a gente tenta e tenta principalmente manter a vinculação ou criar novos vínculos desse usuário; o projeto terapêutico que é individualizado também é outra coisa fundamental, que aí a gente quebra com a lógica tradicional de que todos recebem o mesmo tratamento, é a mesma medicação, são os mesmos horários, são as mesmas atividades pra todo mundo, não, a gente procura justamente ao levar em consideração essas características que são mais individuais, são mais singulares, a gente procura atender e levar em conta esses aspectos, então, isso pra mim já é muito diferente, além do que a gente procura o tempo todo ou minimizar ou quebrar mesmo a hierarquia, instituindo certas formas que evitam que a hierarquia se cristalize de maneira muito brutal, pra você não ter um deslocamento de poder dentro do serviço, que seja prejudicial pra todo mundo, igual no hospital (F, 12/4/2006).

A relação entre profissional e usuário foi destacada como diferencial por todos os entrevistados, conforme pode ser observado a seguir.

A relação entre o profissional e o usuário, pra mim, a maior diferença é essa relação interinstitucional ou interpessoal; é a forma como se dá, porque as ações também são diferentes, porque existem oficinas terapêuticas, existem os grupos terapêuticos, existem os atendimentos, mas esse modelo de atendimento pode também ocorrer numa outra instituição, ou mesmo num CAPS, mas se a relação de profissional e usuário não estiver pautada no respeito, uma relação sujeito-sujeito onde se possa esse serviço, obviamente, quando ele estiver num bom nível de participação, num bom nível de reabilitação, mas também..., o fundamental é isso, é estar pra além da instituição, estar pra relação do usuário com o profissional, e claro, o espaço também, o espaço físico tem que ter qualidade, a gente vê aqui um espaço super bom aqui no caso, as propostas de atendimento, como que são colocadas, como que é olhado esse usuário, esse usuário está junto no pensar da instituição, mas a cima de tudo assim, entender como cidadão de direitos, de respeitá-lo (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que tem um maior reconhecimento da condição subjetiva do paciente, acho que um certo respeito. Hoje, a Colônia Santana tem tido mudanças, tem uma política que também..., na verdade a política do Ministério também visa atingir as instituições mais asilares, os hospitais também estão mudando..., talvez seja mais lenta, aqui, a gente já chegou com uma outra perspectiva de trabalho; eu acho que a equipe toda, de forma geral, tem uma sensibilidade pra esse respeito pelo paciente, pelo outro, procura, na medida do possível, não estabelecer uma relação de poder; eu acho que aqui, por exemplo, a recepção é muito bem feita, os vigias também são pessoas que entraram no clima, assim, talvez já seja deles, mas entraram no clima do CAPS; acho que todos têm um compromisso com isso, um valor digamos; também, talvez seja deste CAPS, eu não conheço tantos outros CAPSs; eu acho que é uma relação diferenciada, na medida que você está aqui com esse objetivo de que a pessoa assuma a própria vida, contribuir para que isso aconteça; isso implica em ter pelo menos um respeito, um reconhecimento do outro (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p.10) destacam que o papel do técnico se transforma quando ele se coloca sob outros princípios; “se ele faz funcionar a tecnologia da doença mental, fortalece o dispositivo psiquiátrico. Mas, se transforma sua forma de intervenção, trabalha no sentido da desmontagem desse dispositivo”. Segundo os autores, isso significa pôr em funcionamento um dispositivo de desinstitucionalização e reinserir a complexidade dos problemas com os quais lida. Significa ainda abrir mão das interpretações da loucura segundo erro, incapacidade, inferioridade, doença mental, e potencializá-la como diferença, um modo diferente de relação com o mundo. Enfim, não usar o saber como técnica normativa, mas como possibilidade de criação de subjetividades. A técnica deixa de ser instrumento da violência quando a prática funciona como uma desconstrução da clínica.

As falas que seguem referem-se ao atendimento aberto e as possibilidades de escolha que o CAPS oferece em contraposição ao isolamento e segregação gerados pela internação hospitalar prolongada.

Em primeiro lugar o atendimento no CAPS é um atendimento, vou usar a palavra, aberto, ou seja, pra começar o usuário ele não fica internado aqui, mesmo se em algum momento tiver o CAPS III, é diferente. Ele vem, ele faz o trabalho dele, a sua terapia, durante o dia, e ele volta, quando, no caso tem família, pra casa; então, primeiro lugar a idéia do CAPS, o trabalho do CAPS não é segregar e isolar; quando o usuário vai para o hospital, eu acho que seja ele em qualquer campo da saúde, mas vai para o hospital e fica internado trinta dias, quinze dias, ele já esta sendo isolado do convívio com a família, do convívio social, ou seja, acaba perdendo progressivamente o contato com as pessoas e com o grupo social mesmo, e acaba sendo destituído das suas práticas pequenas, como desde pegar um ônibus, fazer sua comida, ir no

supermercado; no momento em que uma pessoa é colocada em um hospital e fica um mês, ele acaba perdendo o contato com essas mínimas..., não é nem com o mundo lá fora, mas com as mínimas coisas que ele teria em casa, na sua casa, enfim, ele perde tudo isso como se fosse realmente uma pessoa que não tem possibilidade nenhuma de fazer nem um café, enquanto o CAPS possibilita isso, acho que o CAPS ele, independente dos problemas que tem, acho que ele mostra que não, você ainda, apesar da sua crise, com a sua crise, com todas as limitações que as vezes um surto pode oferecer do ponto de vista cotidiano, você ainda pode fazer algumas coisas sim, como pegar um ônibus pra ir e voltar pra casa, fazer a escolha do seu planejamento terapêutico, vem aqui escolhe, em parte, o que gostaria de participar (LÉLI, 4/4/2006).

Assim, a possibilidade do usuário no CAPS de ter voz ela é muito maior do que nas outras instituições, as outras eu não vou generalizar, mas em algumas, as asilares, esses hospitais são.., enfim, crônicos até pela dificuldade mesmo de antes você pensar em ter outra alternativa que não a trancar e deixar lá e não tem medicação, não tem nada disso, estou falando de bem bastante tempo atrás, e isso ficou e se perpetuou, então, eu acho que a possibilidade do usuário aqui, no CAPS, nos CAPS, e até mesmo nos ambulatórios, acho que hoje em dia não é só CAPS que permite isso, é fazer parte como contribuinte do próprio tratamento, então isso é o que diferencia do paciente internado, vamos dizer assim, em São Paulo, no Vera Cruz, que é um hospital e tal, diferente de outros, tem algumas dessas internações que são diferentes, mas essa relação aí de profissional e usuário ela é mais aberta, é mais ampla, além do CAPS, especificamente, oferecer algumas possibilidades; então, a possibilidade de trabalhar em uma oficina, dessa oficina ter uma renda, que, assim, é um entrave no sentido que eles se sentem muito limitados e não só se sentem como eu acho que muitas doenças incapacitam mesmo, são incapacitantes, a esquizofrenia é uma delas, e é a nossa clientela aqui, a maior parte é de pacientes com esquizofrenia; a própria esquizofrenia já altera, vamos dizer assim, na cognição, na parte de planejamento, de você conseguir realmente se estruturar para trabalhar; tem umas pessoas que não conseguem nem ter o início, a iniciativa, ela é minada com a esquizofrenia, e aqui tem uma possibilidade, mesmo que essa possibilidade seja fazer oficina e ganhar uma renda, mesmo que, assim, seja só..., não é o valor que importa, é simbólico (J,22/3/2006).

O relato a seguir explicita epistemologicamente e em termos técnico-assistencial a diferença entre o modelo de atenção tradicional/hospitalar e o modelo de atenção psicossocial.

Primeiro, em relação a concepção da pessoa e em relação a concepção dos próprios meios de trabalho; na instituição psiquiátrica predomina o modelo manicomial/asilar como a gente chama, que daí vai olhar a pessoa enquanto doença, enquanto diagnóstico, aqui, no CAPS, a gente olha os seres humanos enquanto pessoas, enquanto a existência de um sofrimento, o que podemos fazer pra minimizar esse sofrimento da pessoa, então, essa é a primeira diferença que tem, quem é essa pessoa, que no modelo manicomial acaba sendo vista mais como diagnóstico, como um doente, isso que eu sempre falo, essa iatrogênia que o modelo

manicomial acaba inserindo na pessoa, você é um doente, vai ter que tomar remédio pra vida toda, e o máximo que você pode chegar é um portador de transtorno mental em recuperação, isso é uma das diferenças, outra é a própria concepção de saúde/doença que existe; as formas de organização dos dois modelos, são modelos diferentes, um é mais centralizado no psiquiatra, na instituição psiquiátrica, o no CAPS seria mais centralizado na equipe e, principalmente, nos usuários; a forma de relação com a clientela ou com o usuário, no modelo manicomial, é sempre uma relação hierárquica, de cima pra baixo, no CAPS, sempre uma relação, ou a gente tenta sempre ter uma relação horizontal; e a própria questão do que é bom ou não é bom pra pessoa, a pessoa tem que dizer o que é bom pra ela e, as vezes, no hospital, são os profissionais que já dizem o que deva ser bom pra ela, ou seja, a grande diferença que existe é: quem decide o que? No hospital as pessoas decidem sobre a vida da pessoa, eu acho que no modelo psicossocial é a pessoa que compartilha a decisão da sua vida (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme destaca Rotelli (1990), no manicômio (modelo/tradicional) a sociabilidade é reduzida a zero. A tutela, a internação tem a única finalidade de subtração das trocas, de estabelecer relações de mera dependência pessoal. Enquanto que a emancipação terapêutica (que se torna o objetivo substituto da "cura") só pode ser (cientemente) a mobilização de ações e de comportamentos que emancipem a estrutura inteira do campo terapêutico. Assim, o problema que se coloca aos novos serviços (CAPS) não é cura (a vida produtiva), mas sim a produção de vida, de sentido, de sociabilidade.

Neste aspecto, pode-se considerar a proposta basagliana de *colocar a doença entre parênteses* para assim direcionar o olhar ao sujeito em sofrimento e não à doença. Essa é uma questão fundamental, pois é o movimento de *tomada de responsabilidade* (DELL'ACQUA, 1992) individual e coletiva que se constitui como meio para a transformação institucional e para o processo de desconstrução. A cura cede espaço à emancipação, mudando a natureza do ato terapêutico, que agora se centra em outra finalidade: produzir autonomia, cidadania ativa, desconstruindo a relação de tutela e o lugar de objeto que captura a possibilidade de ser sujeito (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3 Participação do usuário e da família no tratamento

De acordo com as diretrizes da atenção em saúde mental do modelo psicossocial, o protagonismo dos usuários é fundamental para que seja alcançado o objetivo do CAPS de se constituir como dispositivo de promoção da saúde e da reabilitação psicossocial. Os

usuários e familiares devem ser chamados a participar das discussões sobre as atividades terapêuticas do serviço. A equipe técnica deve trabalhar de forma a estimulá-los a participar de forma ativa do tratamento e da construção de laços sociais. Entre os tipos de atendimento que o CAPS pode oferecer está o atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, de lazer com familiares (BRASIL, 2004).

Na seqüência deste item analisaremos as formas criadas pelo CAPS Ponta do Coral para envolver ativamente usuários e familiares no processo terapêutico, seja com relação ao projeto terapêutico individual, ao atendimento e a participação das famílias no tratamento.

3.3.1 Planejamento terapêutico individual

Conforme as determinações da política de atenção em saúde mental, cada usuário deve ter um projeto terapêutico individual, composto por um conjunto de atendimentos personalizado, que respeite as particularidades, necessidades de cada pessoa e proponha atividades durante a permanência diária na unidade e fora dela (BRASIL, 2004).

O atendimento no CAPS oferece projeto terapêutico de tratamento individualizado, o qual é pensado e avaliado com a participação do usuário. A fala relacionada a seguir detalha como acontece o planejamento do tratamento.

O primeiro passo desse projeto terapêutico ele é feito na entrevista inicial, que é basicamente a entrada desse usuário no serviço; então, a gente pensa uma programação mínima, levando em conta as necessidades, as condições, os limites e as capacidades do usuário e, quando a gente pode contar, com a família também. Além disso, uma vez por mês, [...] tem o encontro da Regional, e os usuários dessa Regional podem reelaborar o seu projeto terapêutico, a gente faz a revisão, a gente discute como é que está sendo esse projeto, se está sendo interessante, que ganhos, se está havendo ganhos ou não, se a pessoa está se sentindo contemplada de alguma maneira e tal, e aí a gente faz as alterações que a gente discute e acha necessário (F, 12/4/2006).

Com relação a forma como o usuário participa do processo de planejamento do seu tratamento, os entrevistados colocaram que é através da manifestação das preferências,

opções e desejos dele, dentro das possibilidades que o CAPS oferece. Nas falas relacionadas é explicitado qual a participação do usuário e do profissional no planejamento do projeto terapêutico de tratamento.

Quando o usuário chega no serviço, encaminhado de algum outro (serviço), ou de um hospital, ou de uma unidade local de saúde, ou por demanda espontânea é feito o acolhimento, onde a gente usa uma entrevista inicial pra fazer uma coleta de dados, ali resgata um pouco da história que o próprio usuário vai estar contando, e, então, nesse momento é feito o projeto terapêutico; inicia-se o projeto terapêutico, não que ele tenha que se esgotar nesse momento inicial; uma pergunta que a gente sempre faz pra ele é do que ele precisa, como a gente vai poder ajudar, então, a partir daí a gente oferece o nosso leque de atendimentos, o nosso projeto terapêutico do CAPS, e aí vai se construindo dessa forma (VIK, 24/3/2006).

Em geral a gente faz isso quando ele chega, na entrevista inicial, a gente pede pra que ele diga, a gente apresenta o que a gente tem; a gente pede que ele diga o que ele gostaria de estar fazendo, o que ele fazia, quais as preferências que ele têm, se ele não sabe, em algumas situações, a gente sugere que ele venha participar de algumas oficinas para ele, por exemplo, escolher; então, assim, é feito muito respeitando o desejo do paciente, o que ele gosta mais, as preferências dele; agora, se a gente vê que o paciente está muito ansioso, se ele precisa, a gente sugere um grupo terapêutico ou as vezes o atendimento individual; assim, não tem uma uniformidade, em geral a gente age assim (P, 17/3/2006).

Ele tem, esse projeto terapêutico, ele tem um primeiro momento, quando o usuário chega e faz a entrevista inicial é colocado com ele e oferecido, mostrado as possibilidades, o que o CAPS oferece em termos de terapia, desde grupos terapêuticos, atendimento individual e oficina, mas não é só oferecido, é também feito uma avaliação do técnico, o que ele pensa que, naquele momento, poderia estar ajudando aquele usuário, e é conversado com o usuário, muitas vezes acaba o usuário escolhendo tudo, escolhendo o que ele quer e o técnico tem pouca interferência, outras vezes o usuário quer algo que talvez naquele momento, por exemplo, atendimento individual, mas não tem vaga, não tem, os técnicos estão todos..., se tem alguém fazendo atendimento individual já não tem horário, então se entra em um acordo das possibilidades, dos desejos do usuário, e das possibilidades que o serviço oferece; isso é o primeiro momento, no segundo momento, ao longo do período do usuário aqui, vão tendo transformações, muitas vezes ele abandona aquele grupo ou oficina, que não era aquilo que ele achava que era bom, que ele gostava, abandona formalmente ou informalmente, simplesmente não vai, ou ele entrou em surto não veio mais, uma série de questões, então isso tudo é retomado, a gente tenta fazer a retomada na reunião das Regionais, reunião mensal, como é que está o tempo dele aqui, o que ainda se mantém fazendo, como ele está se sentindo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos entrevistados destacou que o projeto terapêutico de tratamento do usuário

é sempre pensado a partir da necessidade dele, o que ele traz de necessidade, o que ele traz de sonho, de vontade, de sofrimento, de

tristeza, então, o projeto terapêutico é sempre pensado, repensado, analisado, refletido, em cima da necessidade da pessoa (GIRASSOL, 20/3/2006).

É importante destacar que o planejamento do projeto terapêutico deve envolver o portador de transtorno mental como sujeito deste processo. A participação ativa do usuário na escolha do que fazer e na expressão de suas necessidades favorece a adesão e continuidade no tratamento, confere-lhe o exercício da liberdade de escolha e da cidadania. Neste processo, o ato terapêutico, quando não é mais fundado sobre a doença e não provém da autoridade médica, torna-se a própria organização coletiva, convertendo-se em *tomada de responsabilidade* e produção de subjetividade (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral

No plano teórico, a relação da família com o portador de transtorno mental é construída a partir do alienismo, como produto da sociedade moderna/burguesa. No interior desta perspectiva concentram-se dois entendimentos polarizadores: “o da família ameaçada pela eclosão da enfermidade, portanto, sofrendo suas conseqüências ou causadora da emergência do transtorno mental, assim culpabilizada por sua etiologia” (ROSA, 2002, p. 139). Historicamente, o segundo entendimento foi o que prevaleceu na maioria das abordagens teóricas na área da saúde mental, com uma relativa diminuição nos anos 1970, seguido de uma complexificação da compreensão do grupo familiar e de sua dinâmica, a partir dos avanços teóricos da leitura feminista e marxista. “Contemporaneamente, a inclusão do grupo familiar nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental; a assunção de sua condição de parceira e co-responsável dos serviços e a exigência de constituição de uma nova pedagogia institucional em sua abordagem atravessam a construção de uma nova relação entre o louco e a sociedade” (ROSA, 2002, p. 139).

Nesta direção, um dos objetivos do CAPS é incentivar as famílias a participar do cotidiano do serviço. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas importantes para o trabalho dos CAPS. Eles podem participar de diversas maneiras, incentivando o usuário a se envolver no projeto

terapêutico, participando diretamente das atividades do serviço, nas reuniões, assembléias, nas associações de usuários, técnicos e familiares, trazendo dúvidas, sugestões. A participação pode acontecer tanto nas atividades internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. (BRASIL, 2004).

A Portaria /GM nº 251/2002 constitui-se como mais um dispositivo na mudança das relações entre os serviços de saúde mental e a família à medida que prevê, no desenvolvimento dos projetos terapêuticos, o preparo para o retorno à residência/inserção domiciliar e uma abordagem dirigida à família no sentido de garantir orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento.

O atendimento aos familiares é uma das formas para que as famílias participem, conheçam o trabalho dos CAPS e passem a se envolver ativamente no processo terapêutico. Neste sentido, a família ganha visibilidade como protagonista, parceira dos serviços e co-responsável no provimento de cuidados do portador de transtorno mental.

Além disso, o avanço dos conhecimentos e entendimento de que os fenômenos humanos comportam uma multiplicidade de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos e éticos, inter-relacionados entre si, possibilitou mudanças na assistência às pessoas em estado de sofrimento psíquico. Essas puderam ser compreendidas na totalidade de sua condição existencial. E, o sofrimento, antes tomado apenas como algo individual, passou a ser visto como parte de um contexto onde outras pessoas estão envolvidas e também merecem cuidado e atenção.

No CAPS Ponta do Coral, na sua maioria, os profissionais afirmam que existe atendimento familiar, com ressalvas de um deles que referiu não existir atendimento familiar sistemático e outro que observou que existe atendimento familiar individual. As falas relacionadas expressam de que forma a família participa no tratamento do seu membro no CAPS.

A família participa não como uma preconização ou uma exigência do serviço; o que eu tenho visto é que a família participa aqui no CAPS na medida em que há uma necessidade, quando há necessidade do serviço conversar com a família ela é incluída, quando há uma necessidade da família pelo serviço ela procura, mas não é uma rotina todas as pessoas que vem aqui a família ser atendida, as vezes o usuário não quer saber da família, as vezes a família não quer saber do usuário e assim sucessivamente, ou seja, a família participa na medida que temos a clareza da necessidade, mas não é uma prática oficial do serviço (GIRASSOL, 20/3/2006).

Alguns casos sim, em alguns casos eles vem para a reunião mensal da Regional, ou vem para uma consulta com a psiquiatra, ou vem pra trazer o usuário que não consegue ainda vir sozinho, mas é muito restrita a

participação da família, normalmente ela vem mesmo quando a coisa está apertando, quando o usuário surtou, não está conseguindo segurar, quando ele está já nas últimas (LÉLI, 4/4/2006).

Os profissionais que afirmam a existência da participação da família no tratamento explicitam como esta acontece e como se dá o atendimento no serviço, observando o cuidado que existe em atender a família e o usuário juntos.

Sim, tem alguns usuários que vem acompanhado de familiares, as vezes nós chamamos a família, quando existe necessidade, e isso acontece assim no cotidiano, conforme realmente surge a necessidade; geralmente há uma relação muito conflituosa entre o usuário e família, geralmente o familiar mais próximo, referência mais próxima e aí a gente intervém, mais ou menos com dois objetivos, assim, um de pensar essa relação conflituosa, o que pode ser negociado aí pra viverem melhor, pra ter mais qualidade de vida nesse ambiente, que moram juntos, e o outro pra poder então capacitar, colocar elementos pro familiar sobre o tratamento, sobre os transtornos mentais, pra que ele possa ser um cuidador também, o que ele é, pra que ele possa se qualificar; então, uma outra coisa que eu penso é que esse atendimento familiar ele sempre tem que privilegiar a participação do usuário porque fica complicado falar do usuário sem ele estar presente (VIK, 24/3/2006).

Sim, a família participa, claro, na medida de cada caso; em geral, assim, a gente tem a disponibilidade de atender a família, então, muitas vezes, precisa de o paciente vir com a família em várias situações, e esse atendimento é dado; o grupo de família, também está tendo o grupo de família, as vezes é dado (o atendimento) a família daquele paciente; mas sempre a gente tem o cuidado de receber a família e atendê-la junto com o paciente, nunca assim..., não gerar essas fantasias perseguitórias por parte do paciente “tá falando o que de mim”; isso é mais ou menos quase uma regra aqui no CAPS, a gente atende junto com o paciente (P, 17/3/2006).

Os trechos das entrevistas relacionados a seguir descrevem as formas criadas pelo CAPS para oportunizar a participação da família no tratamento. Alguns profissionais referiram-se a um grupo de famílias que chegou a ser iniciado, mas que pela falta de adesão e outras dificuldades não funcionou mais.

Um pouco assim, o acolhimento na segunda-feira é um espaço que a família pode participar junto com o usuário pra relatar como é que foi o final de semana e pra relatar e como estão as atividades no CAPS; o outro espaço são as reuniões das Regionais de equipe, fora o trabalho individual, que, assim, eu acabo chamando muitas vezes, eu quero atender você na presença de um familiar, as vezes você precisa até forçar nesse sentido, de que a família compareça, faço cartinha, mando e aí atendo em consulta individual, mas não em grupo, não é uma abordagem psicoterápica, é mais no sentido de psicoeducação do que de terapia (J, 22/3/2006).

[...] existe um planejamento pra se atender família, um grupo de familiares a serem atendidos por psicóloga [...]; então, as formas criadas para oportunizar a participação da família é justamente quando ela vem, acompanha, que é aberto para os familiares participarem das oficinas junto com o usuário, então, sempre tem essa oportunidade e grupos específicos pra famílias que estão se tornando real (GIRASSOL, 20/3/2006).

É mais ou menos como eu te falei; então, assim, as vezes a gente chama pra um atendimento individual, e também ela participa dos eventos acontecidos aqui no CAPS, promovidos pelo CAPS, de festas, geralmente o dia nacional da Luta Antimanicomial, quando a gente comemora, que faz uma confraternização, as festas sempre tem a presença de familiares também, festa de natal, festa junina (VIK, 24/3/2006).

As reuniões das Regionais por exemplo, uma vez por mês, e tem alguns técnicos que fazem reuniões com as famílias, discutindo, por exemplo, aquele usuário em que a família está implicada diretamente, tem problema com a família, então chama a família pra trabalhar; já teve grupo de família, mas foi fechado porque as pessoas ficaram um tempo, mas as famílias, segundo as técnicas que fizeram, muito pouco se apropriavam, vinham, se utilizavam desse espaço (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre este aspecto, cabe destacar que o deslocamento do eixo da compreensão do problema individual para o familiar/social, que tem como consequência o acolhimento da família como uma unidade que necessita de cuidado tanto quanto o paciente individual, pressupõe um novo olhar sobre as possibilidades das famílias para enfrentarem suas crises e atuarem como suporte terapêutico. Nessa perspectiva, se impõe a necessidade de não só reconhecer o atendimento ao grupo familiar, mas de oferecer uma atenção singular que leve em conta, por um lado, as especificidades de cada família, considerando a história, a estrutura, a dinâmica, bem como a inserção desta no contexto social. Por outro lado, deve-se avaliar a realidade e as possibilidades das famílias para usufruírem das formas de atenção que lhes são propostas (MIOTO, 1998, pp. 25-26).

Nesta direção, dois dos participantes da pesquisa identificaram como uma das dificuldades em realizar o atendimento familiar, a falta de profissionais qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades, conforme pode ser observado nas falas a seguir.

A maior dificuldade que eu vejo é que não existe ninguém capacitado aqui dentro para lidar com a família, é claro que, assim, eu faço um atendimento com o usuário a família vai estar junto eu vou estar explicando, mas quando você vai pensar em trabalhar com a família, trabalhar no sentido psicoterápico, isso não existe, agora informar a família, tentar com que a família faça parte do planejamento, a gente

tenta e incentiva, estimula que eles venham nas reuniões das Regionais, mas o que eu percebo, assim, a equipe ela é muito pequena pra dar conta de tudo, então a maioria das vezes o paciente chega, a família está ali fora, mas todo mundo tem a sua atividade, estão todas na oficina e isso me sobrecarrega muito porque eu tenho que dar conta de tudo, inclusive da família que chegou, do atestado que está faltando, e a família que quer saber porque que o remédio..., mas não existe um espaço pra ela, não existe um espaço que acolhe a família (J, 22/3/2006).

Profissionais qualificados, eu acho que necessita de profissionais que tenha um pouco mais de experiência, de conhecimento pra estar lidando com família, que toda a família tem sempre os seus nós górdios, tem sempre questões de fundo, que as vezes precisa de um certo conhecimento, experiência pra estar lidando com isso; até que ponto é vítima ou réu, então, acredito que profissionais que tenham experiência, que tenham a qualificação teórica, [...] possa estar oportunizando uma melhor relação no atendimento CAPS com família, então, a qualidade do profissional para estar realizando essa participação (GIRASSOL, 20/3/2006).

Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que é um transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, foram relatados pelos profissionais.

Acho que tem uma junção, eu acho que tem uma coisa primeiro que é o entendimento, a família, muitos familiares, querem deixar o usuário aqui, e querem fazer sua vida, até por questão de sobrevivência; o que eles alegam muito é que eles precisam trabalhar, então não pode faltar ao trabalho uma vez semana pra poder estar aqui porque mesmo que tenha atestado pra poder estar aqui, acaba perdendo o trabalho, não tem como justificar; e a outra questão é o próprio entendimento de que é na família o espaço em que o usuário pode ser tratado, porque a idéia de tratamento é uma idéia também que se direciona, que acaba sendo entendida como médica, hospitalar ou clínica, ou então, agora tem o CAPS; e o lugar de tratamento, digamos tratamento como restituição, como reinserção, também é na família (LÉLI, 4/4/2006).

É, chega um momento que as vezes de fato a relação se esgota, assim, são tantos conflitos, são tantas brigas, tantas dificuldades de convivência, de relacionamento, que já vem desde a infância, que chega em momentos quando, geralmente, o usuário tem as primeiras crises, isso gera um isolamento, assim, o usuário fica isolado nesse ambiente, nesse contexto familiar, realmente é muito difícil; as vezes tem uma mãe muito controladora e que aí o usuário não quer muito aproximação do serviço com essa referência porque o serviço passa a ser então um lugar de acolhimento pra ele que ele não tinha até então, porém, a gente busca a família, pra que a família possa cumprir essa função da referência (VIK, 24/3/2006).

Neste sentido, deve-se considerar que no contexto brasileiro, pela própria ausência ou precariedade da intervenção estatal por meio das políticas públicas de corte social, a família torna-se a principal garantidora da reprodução da força de trabalho. As famílias, para suportar, todas as funções que lhes são atribuídas e enfrentar as situações de risco social, buscam dividir com o Estado o encargo dos cuidados com seu ente enfermo. Mesmo assim, configuram-se, para elas, condições deficitárias de atendimento, em particular no caso da atenção em saúde mental (ROSA, 2003, p. 192).

Na seqüência, o entrevistado realiza uma análise das várias situações singulares e sociais que envolvem as dificuldades do serviço, das famílias e dos usuários, em realizar um tratamento integrado na relação usuário/família/CAPS.

Então, também envolve vários aspectos, eu vou apontar alguns; assim, em primeiro lugar, a gente vê que boa parte das famílias vê o CAPS como um lugar pra poder deixar o seu familiar, é um lugar onde ela não vai precisar cuidar dele durante um certo tempo, então, eles até participam de algumas entrevistas iniciais, hoje, por exemplo, eu tenho uma (entrevista inicial) que a pessoa veio sozinha, não veio família; é bastante freqüente que venha o usuário sem acompanhante familiar algum, esse é um aspecto, a família de uma certa maneira toma o CAPS como um lugar pra deixar o seu familiar, nós por outro lado, não criamos estratégias pra fixar essa família, pra trazer essa família mais perto; tem um grupo de família que funciona de maneira meio irregular, mas que a gente vê cada vez mais a necessidade de tornar isso algo mais organizado, poder atender a família, a gente faz o acompanhamento com família, geralmente, quando há um pedido específico ou do usuário ou da própria família, aí a gente procura fazer, mas é mais individualizado, é uma questão mais individualizada, e há também, por parte dos usuários há o desejo de que a família não participe, isso ficou muito evidente na organização da associação, que é uma associação de usuários, familiares e técnicos, e quando a gente estava organizando a associação, toda vez que se falava na participação dos familiares havia uma certa resistência por parte dos próprios usuários que os familiares participassem; a gente entende isso como uma maneira de buscar uma certa autonomia, uma certa distância dessa família, que é, as vezes, bastante complicado de fato tê-los muito próximos, aí precisa de um outro tipo de abordagem, não dá pra incluir, como a gente fazia no início por exemplo, a gente fazia grupos de usuários e familiares, mas a família atrapalhava mais do que ajudava nesses grupos, aí a gente resolveu começar a separar, deixar o espaço específico para o usuário, porque a família vinha e tomava o espaço, e falava, e ficava reclamando da pessoa, do que ele não fazia, de todas as dificuldades etc..., então, a gente achou melhor botar um pouco uma barreira, botar um filtro ali pra que tivesse espaço do usuário e que ele pudesse aproveitar isso da melhor maneira possível (F, 12/4/2006).

No entanto, cabe destacar que, numa visão mais abrangente e totalizante, a família é entendida, no cerne das condições de reprodução social do portador de transtorno

mental, como um sujeito que procura reconstruir relações cotidianas, criar novos sentidos, manter e fortalecer laços de sociabilidade. É percebida, positivamente, em suas possibilidades, potencialidades e recursos, como elemento fundamental à manutenção do poder contratual, à autonomia e à emancipação do portador de transtorno mental (ROSA, 2002, pp. 152-153).

As falas relacionadas a seguir apresentam a compreensão dos entrevistados com relação às possibilidades da participação da família no tratamento, e as dificuldades do CAPS em realizar esse tipo de atendimento. Um deles argumenta que o acompanhamento à família é essencial para minimizar os efeitos da convivência com o portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Acho que o atendimento familiar assim como ele pode ter dificuldades ele também pode te ajudar um monte, então, assim, tem os dois lados, as dificuldades eu acho que é porque também ele vai estar trazendo, vai sobrecarregando com mais, digamos assim, mais queixas, vai estar trazendo.., as vezes nem está relacionado ao usuário os problemas e as situações, embora eu acredito que na maioria das vezes ela ajuda, ela ajuda porque é que está convivendo com o usuário lá fora o tempo inteiro, que tem mais os dados, quem pode inclusive, ah! ele está muito sedado, vamos tirar esse remédio, esse remédio só faz mal, então, a família se ela não é bem orientada ela acaba, assim, tentando fazer o bem ela acaba fazendo o mal pro paciente, ah! não aquela atividade lá, ficar só batendo palminha, musiquinha, aquilo lá não vai ajudar você, é melhor eu.., vou te colocar de novo na escola porque se não você não vai trabalhar nunca, então todas as ansiedades da família, que se elas forem bem trabalhadas o usuário só tem a ganhar, agora, as dificuldades é: um espaço em que essa família seja acolhida, que ela seja realmente trabalhada e uma equipe, a formação, alguém com formação pra fazer isso, isso não tem (J, 22/3/2006).

Eu acho que o acompanhamento com a família ele é extremamente necessário pra elaborar a imagem que essa pessoa acabou deixando pra essa família; a família ela ainda tem uma imagem, ela tem o imaginário social em relação o que ela de repente produziu; então, há uma necessidade de se ter um acompanhamento com os familiares pra estar elaborando as relações, o dia-a-dia que ela tem com o portador de transtorno mental; as vezes se investe muito em acompanhamento com usuário e não se investe muito no acompanhamento com a família, a família está sobrecarregada, tem que se discutir a questão dos encargos familiares, porque as vezes ter um portador de transtorno mental junto com a família é extremamente estressante, e as vezes a família acaba colocando o portador de transtorno mental no hospital pra descansar, porque as vezes é complicado, tem um portador de transtorno mental que canta o dia inteiro, ou que não dorme durante a noite, dorme de dia, ou que quer ver televisão a todo momento, ou que fica conversando com a vizinhança a todo o momento, tem o portador de transtorno mental que com o seu sofrimento incomoda muito a família, então, tem de haver um profissional articulado ou apaziguador ou que provoque alguma

resolução nessa prática; [...] se não dá pro portador de transtorno mental morar com a família então que se haja (encontre) um espaço harmônico, mas a família tem que ser acompanhada sim (GIRASSOL, 20/3/2006).

Entre as dificuldades que os profissionais identificam na (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e estigma da loucura, ainda presentes no imaginário social das pessoas. Relacionamos na seqüência as respostas dos entrevistados, nas quais é expressa a relação com alguns dos aspectos enfrentados no cotidiano da vida dessas pessoas, em suas relações com a família, as instituições e a sociedade.

Em primeiro lugar a dificuldade de a família compreender o que a pessoa tem, pelo que ela passa, muitas vezes, a idéia é de que é um vagabundo, que o cara não quer trabalhar porque é vagabundo, não quer fazer nada só quer ficar em casa fumando, na frente da televisão porque é vagabundo; então, tem essa dificuldade de poder dar ou ter um certo olhar pra essa pessoa, pra esse usuário que não seja esse da discriminação; tem também o medo, o medo de que essa pessoa venha cometer algum crime, que é um pouco o mito da loucura, é o que envolve o mito da loucura, de ser alguém que é imprevisível e violento, o mito da loucura está muito marcado por isso, muitas vezes a família vem contaminada por isso, eu atendo uma mãe, por exemplo, que apesar de ser uma pessoa que contribui muito, mas ela tem medo do filho, ela tem medo, e ela reconhece isso, diz isso claramente, ela tem medo, agora menos, depois de um tempo isso está começando a se flexibilizar, ela está começando a entender um pouco diferente, mas ela tinha muito medo do que esse filho poderia fazer com ela, então, isso é algo que é bastante comum, mas isso é uma dificuldade; o outro aspecto da resistência é a idéia de que ele se tornou uma pessoa inútil, o usuário se tornou uma pessoa inútil, porque ele não pode trabalhar, que nunca vai fazer nada a não ser ficar como um louco, ficar como uma pessoa que não pode assumir responsabilidades, que não contribui, o aspecto financeiro é um problema; o Programa de Volta pra Casa não resolve isso integralmente porque ele é destinado pra pessoas que estão no mínimo há dois anos internadas, então, aqueles que não tem internação prolongada não têm acesso a esse recurso, então, ele passa a se tornar um peso econômico pra família e aí todos os outros problemas que são decorrentes disso (F, 12/4/2006).

Muitas vezes ele acaba sendo o membro da família rejeitado, ele tem o quartinho dele no fundinho. Bom, eu acho que é o próprio estigma de ter um doente mental, tem ah ele é doente mental, deixa ele quietinho lá porque se não ele vai incomodar, vai surtar, vai xingar e, que vergonha, aí os vizinhos; então, é o estigma do usuário, do paciente com transtorno mental, como muitas famílias não entendem elas tem até crenças de que isso é o demônio, isso é um castigo, ou é porque ele era uma pessoa ruim na vida passada, então, vem com mil, vamos dizer assim, explicações, que só atrapalham e impedem que aquilo seja encarado como..., ok isso aí é uma doença, e como é que a gente vai

fazer pra ajudar e tratar isso; então, os conhecimentos, a ignorância nesse sentido, [...] uma parte eu acho que seja pelo próprio desconhecimento do que é um transtorno mental, e do estigma de que o louco é o que rasga dinheiro e, enfim, isso dificulta, e aí quando você não tem um suporte pra dar à essas famílias aqui dentro, você só reforça lá fora esse estigma; então, claro, a pessoa chama a atenção da população, os pacientes que conseguem lá fora trabalhar e não ficar só dentro do CAPS, então, as oficinas que possam vir a dar renda, que elas sejam trabalhadas lá fora, até pra lá fora você convive com eles, percebe que eles não são os loucos que rasgam dinheiro, saem quebrando tudo e matando todo mundo, esse é o medo da população e acaba sendo o medo da família (J, 22/3/2006).

A questão da diferença do “louco” para o “não louco”, que na sociedade capitalista, é determinada pela relação produtivo/não produtivo, ou seja, aquele que detêm poder de consumo e aquele que não tem poder de consumo, também foi expressa pelos profissionais entrevistados como uma das dificuldades para a (re)inserção social do portador de transtorno mental, na família e na sociedade.

Eu acho que os limites do usuário; tem a coisa do preconceito, da loucura, ele, o usuário, ele não é alguém produtivo na família, ele não leva dinheiro pra casa, ele, ao contrário, ele só gasta, ainda tem que buscar remédio, ele dá mais trabalho ainda, ele não é produtivo, de maneira geral, então, isso já agrega um preconceito maior ainda, além de ter o preconceito da loucura, de ser..., enfim, alguém que tem uma “deficiência”, alguém que é muito dependente, ainda tem isso, então, ele não soma nada à família a não ser o incomodo; daí, geralmente, é uma mãe que até acolhe, ou pai, por questões afetivas, mas sempre está lidando com esse limite do usuário; tem famílias que não querem, tem muitas famílias carentes que não querem mais um problema, e quando a pessoa, então, saiu da família, que foi internada, e ficou um longo tempo fora, a família já se estruturou de forma a não contar com aquele usuário, então, já não conta mais com ele, passou três, quatro, cinco meses, aí vem uma pessoa trazendo toda uma dependência e que não é somar, ou as vezes as próprias crises dentro de casa, então, é difícil um cara que faz xixi no chão, um cara que toma um café e deixa sua xícara, um cara que quebra, que uma vez por mês quebra tudo, que bate nas pessoas dentro de casa, ninguém tem essa tolerância, tem que ser mais de uma pessoa pra suportar e, as vezes, uma pessoa, que é a mãe, suporta, mas os outros irmãos não entendem, não conseguem lidar com a questão, que é difícil mesmo, o nível de dependência, os limites, o risco que, enfim, pode correr o usuário (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Rosa (2003, p. 192), a família, apesar de procurar dividir com o Estado as demandas de cuidado do portador de transtorno mental, ainda é o principal agente responsável pelo seu provimento. Para implementá-lo, na divisão sexual do trabalho do grupo doméstico, seu ônus recai sobre a mulher. Todavia, diferente das demais

enfermidades, o transtorno mental se particulariza pelo fato de seu portador não se reconhecer como enfermo e por seu prognóstico figurar como uma incógnita, sem ter uma temporalidade previsível. Desta forma, em geral, o provimento de cuidados e o tratamento tornam-se impositivos para o portador de transtorno mental, que pouco colabora conscientemente no seu processo de recuperação. Por sua vez, o provedor de cuidado, com frequência a mulher, mãe, tem que ter uma disponibilidade de tempo, periódica ou indefinidamente, para exercer o seu papel. E, para satisfazer as necessidades individuais do portador de transtorno mental e as exigências de sua enfermidade, a mulher, mãe tem seu espaço de vida invadido, seus projetos de vida obstruídos pelas necessidades de prestar cuidado.

3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares

No contexto da Reforma Psiquiátrica, as organizações de usuários, técnicos e/ou familiares tem cumprido um importante papel na mudança do modelo assistencial em saúde mental, participando ativamente das discussões sobre os serviços e promovendo atividades que visam maior inserção social, geração de renda e trabalho e a garantia de direitos sociais. Essas associações constituem-se em importante instrumento de promoção da saúde e da cidadania de todos os envolvidos (BRASIL, 2004)

O CAPS Ponta do Coral conta com uma associação de usuários, familiares e técnicos. Apesar de estatutariamente estar prevista a participação e filiação de familiares e técnicos, atualmente, na prática, esta se tornou, efetivamente, uma associação de usuários. Em gestões anteriores, já teve em sua diretoria a participação de técnicos do serviço. Atualmente, dois técnicos acompanham as atividades desta, mas a diretoria da gestão atual (2006) é composta somente por usuários.

Com relação a participação dos usuários no planejamento das atividades do CAPS, os profissionais referem que esta acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, realizada semanalmente, na qual são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Contudo, os entrevistados observam que

existem dificuldades em realizar um processo de planejamento das ações do serviço, seja por particularidades dos usuários, seja por limitações e/ou problemas institucionais.

Assim, existem alguns espaços em que essas ações são tomadas em conjunto, a assembléia dos usuários, aqui é feita de terça-feira, em que é discutido desde a limpeza, o lanche, qual é o próximo passeio, o que vai ser de reunião, o que está sendo feito, quais são os informes em relação a saúde mental, em relação a congressos, encontros, comissões. O que eu percebo é que embora isso seja estimulado há pouca, baixíssima, aderência e quando há, em geral, são daqueles mais saudáveis no sentido de que de repente nem seriam usuários CAPS, mas eu acredito que isso seja também o próprio sintoma, de a dificuldade de lá fora conseguir um emprego, a dificuldade de iniciar uma atividade, iniciar um curso, é também pra se engajar na própria luta deles; o que eu percebo é que a família, em geral, quando pega isso vai adiante, os usuários tem poucos estímulos próprios, vamos dizer, pra continuar, pra se manter; então, na reunião da Comissão Ampliada²¹, aí participa um, mas depois a semana que vem já não vem; então, são poucos os que realmente conseguem dar conta, eu coloco a palavra no sentido de ser capaz para, tem essa dificuldade, eu acho que é própria condição (J, 22/3/2006).

Então, a gente procura estabelecer parcerias com a associação porque tem muitas coisas que pelo fato de a gente estar submetido a um organograma e a hierarquia, e aí os limites do serviço público, a gente não pode fazer; por exemplo, a questão da venda do material das oficinas, isso é algo que o CAPS não pode assumir, por conta mesmo da legislação que impede a gente de fazer esse tipo de atividade; então apesar de ter uma participação grande, o material vendido é o material das oficinas do CAPS, mas quem faz essa tarefa é a associação, é a associação que se encarrega da venda, de levar o material, de receber dinheiro etc.; além disso a associação se tornou efetivamente uma associação de usuários, apesar de o estatuto dela prever a participação e filiação de familiares e técnicos ela é uma associação de usuários na prática, e como articuladora de um projeto político e de reivindicação dos direitos do usuário dos serviços de saúde mental, como um instrumento pra viabilizar inserção no mercado de trabalho por exemplo, parece que são essas as funções da associação; com os usuários o que a gente tem é uma assembléia semanal onde são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; esse aspecto do planejamento da atividade ele de fato não tem a participação dos usuários até porque nem nós, como te falei no início, o nosso planejamento também é meio caótico, assim, a gente não tem um processo organizado de planejamento pra um ano ou mesmo pra seis meses, então, aí os usuários não chegam a participar desse planejamento, eles participam sim da discussão do funcionamento que é na assembléia,

²¹ A Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental (CPASM) é uma instância do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, criada através da Resolução N°1/CMS/2006, cuja finalidade é assessorar o plenário do conselho no que compete a formulação, implantação, implementação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas, ações e projetos em Saúde Mental, assim como prestar assessoria técnica ao gestor municipal. A CPASM é constituída por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde, e usuários e familiares da saúde mental (nota da pesquisadora).

que é toda semana, e aí se trata das coisas do dia-a-dia, é mais cotidiano (F, 12/4/2006).

A presença e participação dos usuários nas discussões e no planejamento das ações pertinentes à saúde mental vêm se ampliando progressivamente nos últimos anos. O processo de inserção inicia-se com o protagonismo dado ao sujeito na definição de seu projeto terapêutico, estende-se na organização de associações e na representatividade destas nos fóruns deliberativos (Conselhos de Saúde, Conferências, Comissões de Saúde Mental), e na participação em eventos científicos e espaços de militância política pertinentes à área da saúde mental. Essa é uma das formas em que a condição de cidadão dos portadores de transtornos mentais é resgatada. Segundo Rodrigues (2005, p. 80), “a participação política e militância de usuários e familiares em instâncias deliberativas ganham efetividade quando politicamente organizados”.

Neste sentido, a construção coletiva do protagonismo requer a saída da condição de usuário-objeto e a criação de formas concretas que produzam um usuário-ator, sujeito político. Isso vem ocorrendo através de inúmeras iniciativas de reinvenção da cidadania e *empowerment*, como atenta Vasconcelos (2000b), por meio de intervenções via associações de usuários ou de cooperativas sociais, ou ainda da participação política de tais atores nos mais importantes fóruns sociais de formulação de políticas da área, tal como nos conselhos de saúde e comissões de saúde mental.

Nas falas que seguem, os participantes da pesquisa destacam as dificuldades encontradas na organização, na articulação e no funcionamento da Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral²², bem como seus objetivos e principais lutas políticas por direitos.

Assim, eu acho que os usuários têm esse espaço da assembléia junto com os técnicos. É um espaço interessante, onde eles podem estar opinando, mais do que o da associação; o da associação é muito mais difícil de levar adiante; eu também já fiquei um tempo ajudando a associação, já fui até, uma época, da própria gestão, da própria diretoria, e a gente tem

²² Importante estudo sobre a Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral foi realizado por Rodrigues em dois trabalhos: RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral: desvelando sua significação**. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004; e RODRIGUES, J. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

que estar puxando muito como técnico, parece que deixar por conta deles a coisa não anda e, as vezes, a gente vê que fica mais um desejo nosso de que as coisas aconteçam do que deles; então, a assembléia pelo menos é um espaço que eu ainda acho que se consegue ter uma presença, agora a presença dos familiares no planejamento é muito pequena, poucos que vem, vem um ou outro, pai de alguém; dos usuários, eu acho que é mais nesse espaço da assembléia que acontece (P, 17/3/2006).

Os usuários, nós temos a assembléia dos usuários; então, na assembléia se discute algumas questões, por exemplo, as vezes o planejamento, funcionamento da casa, por outro lado nem tudo é discutido na assembléia, [...] tem uma atuação limitada, ela não é totalmente participativa. A associação, ela tem histórias de altos e baixos; teve momentos que a associação tinha uma diretoria, mas ninguém participava, não se articulava; tem momentos que a associação se integra mais, quando ela se integra a coisa fica também mais rica; nós temos aproximação, por exemplo, na questão do vale transporte, as reivindicações, sobretudo do vale transporte, de veículos pra passeio, pra participar de um evento, muito mais do que planejamento das ações, digamos assim, mais no sentido de luta por direitos e reivindicações (LÉLI, 4/4/2006).

A associação de usuários possui cinco objetivos: controle social, ajuda mútua, suporte mútuo, defesa dos direitos, geração de renda; em cima desse objetivos a associação realiza seu movimento e sua luta. Em termos do papel dos usuários no planejamento das ações do CAPS seria discutir esses objetivos em relação ao CAPS. Hoje, o que acontece, a associação de usuários acaba discutindo um pouco mais controle social; ela expressa a representatividade dos usuários na luta social, na dignidade humana, e também na geração de renda; outra coisa muito importante que a gente fala é a luta contra o preconceito, então, a associação ela participa mais nesse sentido, controle social, geração de renda e luta contra o preconceito no CAPS; esse é o papel dos usuários, realizar o controle social, participar da geração de renda e a luta contra o preconceito; a luta contra o preconceito significa realizar teatro, levar pras Academias, levar pra comunidade, mostrar que a história do louco no imaginário social das pessoas ela é transformada, pode-se reverter isso, e isso se reverte com música, cultura e arte (GIRASSOL, 20/3/2006).

O papel da associação no planejamento, é porque assim, a associação ela não é o CAPS, ela é uma entidade separada, a assembléia é uma assembléia geral do CAPS, é um mecanismo facilitador da participação dos usuários e técnicos na gestão do serviço; a associação é uma entidade, sem fins lucrativos, que foi criada e pensada pra que os usuários e familiares se organizem pela luta da política, pela luta da implantação da política de saúde mental, pela luta dos direitos, pela luta da implantação da Reforma Psiquiátrica, pela melhoria do serviço, então, assim, a associação ela caminha, mas ela é muito nova e aí se é muito nova tem uma estrutura um pouco frágil, então assim, a tua pergunta é se ela participa das ações do CAPS, ela participa sim, tem um elo de participação aí, tem um canal de participação, mas é frágil, é muito frágil, eu penso que é muito frágil porque aparece pouco (VIK, 24/3/2006).

Rodrigues (2005, pp. 81-82) destaca que as associações de usuários, enquanto dispositivos, possibilitam uma atitude política que oferece visibilidade ao usuário como ser cidadão e não apenas como portador de um transtorno. Segundo o autor, quando o usuário passa a ver, sentir, e ver sentido em suas ações associativas, sua prática organizativa torna-se efetiva e com empenho. Por isso, as associações precisam desenvolver estratégias mais amplas de adesão, visando revigorar seus quadros associativos. Nesta direção, a profissionalização e formação política dos dirigentes é vista como uma possibilidade para estimular a participação.

A compreensão das associações civis como relacionadas e condicionadas pelas associações políticas leva ao entendimento de que há uma sinergia entre a sociedade civil e a democracia política. Segundo Fleury (2004), a dimensão cívica da cidadania diz respeito à condição de inclusão ativa dos cidadãos à comunidade política, compartilhando um sistema de crenças com relação aos poderes públicos, à sociedade e ao conjunto de direitos e deveres que são atribuídos ao status de cidadão. Como dimensão pública dos indivíduos a cidadania pressupõe um modelo de integração e de sociabilidade, que transcende os interesses egoístas do indivíduo no mercado, em direção à uma atitude generosa e solidária.

A fala a seguir relaciona algumas dificuldades cotidianas vivenciadas na e pela associação de usuários do CAPS Ponta do Coral. Apresenta algumas possibilidades de atuação deste tipo de organização da sociedade civil, tanto com relação a parcerias com outras entidades, para o desenvolvimento de ações que visem a profissionalização e inserção no mundo do trabalho, quanto no processo de politização e conscientização de seus usuários com relação aos direitos de cidadania.

Eu acho que ela tem um papel relevante, a dificuldade é de incrementar esse papel relevante; os familiares vêm muito poucos; bom, talvez a gente não esteja também instigando, muitas vezes a gente convida, mas eu acho que, também, as vezes, falta um pouco de investimento da equipe para que os familiares estejam mais no CAPS; agora, a associação poderia fazer muitas coisas, desde convênios para cursos com esses órgãos que a gente tem, SENAI, SESC; poderia tentar uma penetração, mas isso seria uma outra realidade a ser criada; cada vez que entra uma gestão nova, a gente diz quem sabe agora; desde as pequenas coisas, até divulgar a lojinha aqui, é difícil, a gente uma vez fez uns folders pra distribuir aqui na vizinhança, uma vez a gente tentava vender as verduras que produzia, não conseguia muito, conseguia ali, vendia uma ou outra; agora em termos de espaço de fazer política eu acho que ela tem um peso, deveria realmente crescer, por mais que as pessoas tenham dificuldades; eu acho que tem que continuar existindo, tem que continuar batalhando para que eles possam estar assumindo um pouco

mais esse papel político, essa conexão com outras instâncias da sociedade; por exemplo, na questão até de trabalho, de poder a associação também ajudar nessa abertura de espaços de trabalho; teve uma vez que tentaram no Angeloni (supermercado), depois quando souberam que era portadores de transtorno mental não quiseram; eu acho que a gente precisava mostrar um pouco pra sociedade o que é o paciente psiquiátrico; assim, através desses recursos, não dá pra esperar vamos pra mídia, porque, assim, tem umas coisas que são boas, ótimas, mas são meio ideais, a gente tem que tentar começar com essas pequenas coisas que pode fazer: divulgar a lojinha, sei lá, fazer um contrato lá com o CIC pra fazer cursos, por exemplo, de pintura, coisas que são mais próximas da realidade exequível (P, 17/3/2006).

Para Rodrigues (2005) dois aspectos são importantes para compreender as dificuldades de falta de adesão e continuidade na participação dos membros da associação. Um deles refere-se aos elementos motivadores para a participação. Neste caso, é preciso considerar que a prática política de militância possui seus campos de conflito e tensões, que dentro da especificidade da loucura pode não conferir uma participação freqüente. O outro relaciona-se ao significado da associação na vida dos integrantes. Muitos usuários vêem a associação como possibilidade de geração de recursos financeiros, haja vista que o fator trabalho/vínculo empregatício é algo marcante na vida dos portadores de transtornos mentais, em decorrência de a maioria não possuir fonte de renda própria.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacaram o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário.

A primeira delas é a questão do controle social, a associação tem potencialmente essa função, não só dentro do serviço, mas também nas outras instâncias, conselho municipal de saúde, conselho local, aqui em Florianópolis estamos organizando uma Comissão Permanente, que é consultiva do Conselho Municipal de Saúde, é uma comissão de saúde mental, no estado (SC), a gente tem o Colegiado de Políticas Públicas e Atenção Psicossocial, que tem representação dos usuários; então, novamente, na questão da defesa dos direitos, na questão do resgate da cidadania, as vezes nem é resgate porque o cara nunca teve cidadania alguma, mas da possibilidade de instituir um certo nível de cidadania; eu vejo que a possibilidade de o usuário poder participar politicamente é algo que tem um efeito sobre a sua dinâmica, como tem efeito sobre a dinâmica de qualquer um que descobre um dia que tem essa possibilidade de participar politicamente, da vida política, e pro usuário de saúde mental isso muitas vezes é uma descoberta que representa uma guinada muito grande na sua vida, então, vamos dizer assim, tem um efeito terapêutico, um efeito clínico nesse sentido, além, obviamente, dos

efeitos políticos que isso representa, mas, mais individualmente tem esse efeito, da articulação com as outras pessoas, enfim, tem uma terapêutica aí que é função, mesmo que não reconhecida, mas é função das associações (F, 12/4/2006).

O principal papel das associações é não tornar que os serviços se tornem manicômios; a associação é a vida, é organização, é luta, é enriquecimento, é sentido de vida; tenho escutado muito de pessoas que tiveram suas vidas arruinadas que quando passaram a militar em associações de usuários passaram a ter um sentido de vida, passaram a conceber a razão da sua existência em vida; então, a principal importância das associações é não deixar que o serviço se torne manicômio, é tornar o serviço um pouco mais rico, com mais vida, é organizar a questão política, é falar em nome dos próprios usuários; então, a importância das associações de usuários é levar a boa nova aos CAPS, levar a boa nova aos serviços de saúde mental, levar a boa nova do modelo psicossocial, ou seja, discutir o controle da loucura, ou seja, a maior importância das associações é levar a discussão da liberdade, liberdade e dignidade dos portadores de transtornos mentais (GIRASSOL, 20/3/2006).

Além do tratamento e dos serviços, eu acho importante que a associação possa se fortalecer enquanto movimento popular de luta pela Reforma Psiquiátrica, que os usuários possam se conscientizar dessa importância de estarem articulados, lutando pela implantação da política, da política de saúde mental sob esse novo paradigma da Reforma Psiquiátrica; eu acho que essa é a maior importância, acho que essa é a maior tarefa da associação; claro que isso se reflete na micro política institucional no próprio CAPS; a associação vai estar lutando, a nossa associação aqui, por exemplo, já lutou pelo próprio vale transporte dos usuários, de ir até a secretaria (Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis) conversar com o secretário e reivindicar enquanto essa democracia representativa dos próprios usuários, técnicos e familiares; pela própria manutenção desta casa na época que houve a questão da construção da via de acesso ao Hospital Infantil, existia um projeto da outra via passar também por aqui, os usuários batalharam que essa casa se mantivesse aqui, que o CAPS se mantivesse aqui e conseguiram; então, acho que essa luta maior de articulação que exige uma consciência política dos líderes que estão na associação, dos usuários como um todo, é que é a grande tarefa da associação, só que isso se faz num trabalho de formiguinha, num trabalho miúdo (VIK, 24/3/2006).

Cabe destacar que o controle social compreende a participação da população na perspectiva da interferência na gestão da política pública de saúde, colocando as ações e serviços na direção dos interesses da comunidade e estabelecendo uma nova relação entre Estado e sociedade. Conforme Correia (2002, p. 212), controle social “é a atuação da sociedade civil organizada na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam às demandas e aos interesses das classes subalternas”.

A III CNSM ressalta a importância do controle social, através dos mecanismos já existentes (Conselhos, Conferências e Comissões de Saúde Mental, organizações da

sociedade civil e movimentos sociais), como forma de garantir o avanço da Reforma Psiquiátrica. Os indicativos da Referida Conferência destacam que o controle social deve constituir-se com a representação dos três segmentos – usuários, familiares e profissionais de saúde, na perspectiva de induzir uma ação de acompanhamento da construção das políticas municipais, estaduais e nacional de saúde mental. As Comissões de Saúde Mental em ação conjunta com os Conselhos de Saúde devem exercer seu papel de controle e fiscalização das políticas públicas, o que inclui o orçamento e a destinação de verbas para a saúde mental, em todos os níveis (BRASIL, 2002a).

A ação da sociedade civil e dos movimentos sociais é ressaltada visando a garantir que os programas de saúde mental não sofram descontinuidade por ocasião de mudanças de gestão administrativa e/ou política. Para tanto, devem ser criadas estratégias para a viabilização de maior envolvimento dos diferentes atores sociais com as questões da saúde mental. Entre estas, destacamos o papel das associações de usuários, técnicos e familiares e dos núcleos estaduais e/ou municipais do movimento da luta antimanicomial, na gestão dos serviços e na fiscalização das práticas de saúde mental (BRASIL, 2002a, p. 142).

3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia

A desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial são dois dos pressupostos teórico-epistemológicos orientadores das práticas assistenciais indicadas na e pela Reforma Psiquiátrica. Tendo isso em conta, perguntamos aos participantes da pesquisa se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas para a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referiram que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras.

As falas relacionadas na seqüência explicitam a percepção dos entrevistados sobre a questão e indicam algumas possibilidades que, segundo eles, poderiam favorecer o desenvolvimento de ações de reabilitação psicossocial.

Em parte sim, em parte; eu acho que como a gente não tem um sistema de avaliação a gente não consegue medir isso muito bem; a nossa intenção é essa, o que não quer dizer que as nossas ações consigam de fato alcançar; acho que a gente poderia fazer mais, a gente poderia ter uma articulação mais intensa e mais constante com outras instituições, com outros sistemas de atenção, além claro da própria rede de saúde, que não existe; em Florianópolis a gente não tem rede, até está se formando, dá pra dizer que está se formando, mas não funciona como rede ainda, efetivamente não funciona; a gente tem pouco contato com a atenção básica, com o PSF, que seria um parceiro importante, a gente tem pouco contato com os outros CAPS também em termos de troca, enfim, com outras instituições de saúde, então, acho que a gente ainda continua isolado, e aí pensar em reabilitação psicossocial com essas condições é um pouco mais complicado; a gente vê alguns efeitos, que a gente mede pelo usuário em si, que é o fato de que ele consegue evitar internação, que ele consegue muitas vezes voltar a trabalhar, sua participação nas oficinas passa a ser bastante diferente, enfim, mas são coisas que a gente não tem um instrumento pra avaliar (F, 12/4/2006).

Eu penso que sim, apesar de que hoje o programa de saúde mental não conta com uma rede completa de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, então, assim, a gente tem essa dificuldade; se existisse isso de forma mais estruturada, de forma mais incrementada seria mais fácil a reinserção social; por exemplo, a gente não tem leitos psiquiátricos no HU, um hospital geral, que já tem um ambulatório de psiquiatria, poderia ter um serviço de emergência, facilitaria, evitaria internações, um mercado protegido, um projeto de geração de renda também não temos, não temos os CAPS territorializados ainda, então, tem uma série de dificuldades colocadas aí que impedem essa reinserção social num tempo menor do que acontece hoje; acho que hoje o tempo que o usuário fica dentro do CAPS ainda é muito grande por conta de a gente não ter essa rede completa, que possa dar esse suporte extra CAPS. [...] eu não sei se isso acabaria institucionalizando, de certa forma sim, mas assim, isso está na pauta, e se isso está na pauta não está institucionalizando, você entende o que eu quero dizer? isso está sendo falado pro próprio usuário, isso está sendo dito pra ele, olha tu já está aqui muito tempo, o nosso objetivo pra ti, nosso projeto terapêutico pra ti seria de tu poder estar fazendo isso, isso e isso lá fora, então assim, não diria institucionalizado porque talvez institucionalizado seria quando a gente não se desse conta disso, ah não isso está rolando, o usuário está aqui há anos, ninguém está fazendo nada, continua na mesma, aí sim estaria cronificando, mas acho que não nesse sentido, de que isso está na perspectiva, a gente está querendo a inserção, a gente está querendo a rede extra hospitalar, a territorialização dos CAPS, só que a gente não tem uma série de elementos necessários pra fazer a reinserção, a política, o programa de saúde mental, aliás ele está sendo implantado, incrementado muito mais agora recentemente (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que sim, mas muito pouco ainda; elas se encaminham, elas têm como ideal, elas desejam, mas na prática isso é muito pouco feito; eu vejo que nesse CAPS a equipe acaba estando muito fragmentada porque faz milhões de coisas também, desde a parte administrativa, parte clínica, oficina, se divide; eu acho que deveria ter a equipe como um todo trabalhar nisso, mas ter também grupos de atuação, como a gente

chama de atuação local, então, ainda para o que necessita está muito pouco assim, muito aquém [...] A primeira proposta começaria via Regionais, nas Regionais; por exemplo, as pessoas iriam para os seus bairros, ver qual é a possibilidade, as possibilidades que existem pro usuário se inserir, mas não só a Regional, poderia ter um grupo mesmo, sair com o usuário, fazer a coisa mais concreta, ela é feita, mas é feito muito pontualmente (LÉLI, 4/4/2006).

Em geral sim, mas tem alguns pacientes que, por exemplo, circulam no CAPS e que não tem nenhuma indicação de estar no CAPS, então ele acaba sendo um lugar de institucionalização ou de capsização. Tem isso; isso acaba acontecendo, mas em geral não é isso; em geral eu acho que todas as nossas ações, o que a gente discute em equipe é até a tentativa de diminuir essa dependência, esse vínculo de dependência, que em algum momento ela pode ser muito importante, mas em outros ela é excessiva e acaba aprisionando o paciente dentro do CAPS, e aí o CAPS passa a ter o mesmo papel e a mesma função do hospital; e como isso é o que eles conhecem, esse repertório é o que se conhece, é mais fácil de se acostumar com ele do que ter uma nova postura, uma postura de que, não, aqui eu vou tomar conta do meu tratamento, eu vou lá fora procurar o que é meu...; não, (o usuário) acaba esperando, ah o que você falar está bom, e aí essa atitude bem passiva, que ela é muitas vezes muito cômoda pra todos nós em muitos momentos, pra uns mais que outros, essa atitude de comodismo, de esperar, é ótimo, e aí isso acontece, acaba acontecendo, embora as práticas, elas tem a idéia de que não seja voltada pra isso; não é o objetivo, mas a gente observa que as vezes é falho (J, 22/3/2006).

Essa pergunta é muito difícil [...]; eu acho que não mudou muito meu olhar, a gente tende a sustentar a institucionalização, a gente não consegue dar alta, o paciente não consegue ter alta, não consegue sair; assim, digo um paciente que realmente talvez esteja até mais comprometido com esse tempo aqui, tem paciente que está aqui desde o início; eu acho que a gente acaba reforçando um pouco isso por mais que a gente tem o desejo de que fosse o contrário; existe uma certa comodidade pro paciente também, aqui ele tem atenção, ele é aceito, não tem assim uma grande briga por ele ficar aqui; então, isso me preocupa muito, eu fico pensando: é uma contradição porque ao mesmo tempo que o nosso trabalho é voltado pra isso parece que a nossa ação acaba revertendo o contrário; a questão da cidadania, a questão da construção de outros laços, criação de outros espaços, eu acho que é muito precária ainda [...]; por isso que eu acho que a gente precisa também de ter formas de avaliação dos pacientes, muitas vezes fica assim um exemplo ou outro que você tem, aquela pessoa foi, está lá trabalhando, talvez ela não tenha também construído um elo tão pesado, tão forte com a instituição, que ela já veio, ficou um tempo, saiu, voltou a fazer outras coisas da vida; eu acho que a gente ainda está institucionalizando mais do que desinstitucionalizando [...] (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p. 14) observam que um dos caminhos mais importantes para o qual aponta a desinstitucionalização é o da criação de novas relações com a loucura. Estas se processam a partir da mudança das relações institucionais internas e de

desmontagem dos dispositivos da clínica e da psiquiatria, mas certamente não se restringe a isto. Novas subjetividades e um novo lugar para o sujeito louco só são produzidos em relação com o social. O trabalho de desconstrução da institucionalização, necessariamente, extravasa o contexto institucional específico, atingindo seu objetivo mais amplo de questionamento das instituições e subjetividades capitalísticas, a desconstrução como transformação cultural. Para os autores, através do trabalho no campo social a desinstitucionalização atinge seu sentido mais abrangente, como processo social amplo e complexo de participação popular, territorialização dos serviços, envolvimento de diferentes atores sociais, e mudança da relação social com o fenômeno da loucura.

Sobre este aspecto cabe destacar que a desconstrução do paradigma da institucionalização e a construção do paradigma da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial envolve um conjunto de ações teórico-epistemológicas e de práticas assistenciais, amparadas por um sistema jurídico-político capaz de criar e garantir direitos aos portadores de transtorno mental. De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (1987), a reabilitação psicossocial é o conjunto de atividade capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários (OMS 1987 apud PITTA, 2001).

Nesta direção, a formulação da política de saúde mental, orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais nos campos da educação, cultura, habitação, assistência social, esporte, trabalho, lazer e a articulação de parcerias com universidades, Ministério Público, organizações não governamentais (ONGs), visando a melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania do portador de transtorno mental (BRASIL, 2002a).

Com o objetivo de saber se existem e identificar quais são as práticas de reabilitação psicossocial desenvolvidas no e pelo CAPS Ponta do Coral, perguntamos aos participantes da pesquisa se existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer. Do total de profissionais que responderam ao formulário, a maioria (66,7%), disse não existir, dois referiram não saber responder, e dois destacaram que existem. Dentre os que responderam que não existem tais práticas, um observou não ter conhecimento, oficialmente, das parcerias, um deles destacou que existem poucas e de acordo com o planejamento terapêutico do usuário, e um outro disse que tem em momentos específicos, mas não de forma contínua. Entre os que

responderam que sim, um referiu-se a experiências muito pontuais como por exemplo o uso da quadra de esportes próxima, e outro identificou parcerias com fundações municipais e estaduais de cultura.

Neste aspecto, os indicativos aprovados na e pela III CNSM ressaltam a necessidade de se priorizar, no âmbito da assistência em saúde mental, políticas que fomentem a autonomia dos portadores de transtornos mentais, incentivando o exercício da cidadania plena. Devem-se buscar parcerias entre o poder público e organizações civis para o desenvolvimento de projetos sociais e comunitários, de geração de renda e de acesso a todos os direitos, que possam funcionar como apoio na (re)inserção social destas pessoas.

No estudo realizado, perguntamos aos profissionais se as práticas assistenciais desenvolvidas no e pelo CAPS possibilitam ao usuário a construção de sua autonomia. Os entrevistados destacaram a necessidade de refletir conceitualmente sobre o que seja a autonomia do portador de transtorno mental, como avaliar a autonomia da pessoa. Referiram que, em geral, o serviço consegue cumprir com a função de estimular o usuário à conquista de sua autonomia.

A questão é discutir o que é autonomia, eu sempre parto do princípio de que autonomia não é independência, autonomia na verdade é a possibilidade de a gente poder ampliar as dependências, que é a vida de todo mundo, ou seja, eu pra viver eu dependo de um monte de gente, um que paga meu salário, outro que falo aqui, outro com quem eu me ligo afetivamente, enfim, eu dependo de uma porção de gente e isso me dá autonomia porque eu posso depender de muitas pessoas e de muitas instituições, muitos sistemas; o problema do usuário de serviço de saúde mental, paciente psiquiátrico é que ele, geralmente, depende ou das mesmas pessoas ou das mesmas instituições, ou seja, a capacidade de autonomia dele está muito reduzida porque ele não tem como circular socialmente, ele ou está sempre dentro de casa ou de casa pra uma instituição, seja ela o CAPS ou hospital psiquiátrico; então, pra mim autonomia é isso, é essa possibilidade de você ir ampliando os vínculos pra que você possa depender de muitas pessoas ou de muitas coisas ou de muitas instituições porque afinal de contas, em última instância, essa autonomia tomada como independência ela é imaginária, ela é irreal, não existe; então, eu acho que a gente consegue isso, a gente consegue ampliar a autonomia dessa maneira, primeiro porque o CAPS acaba se tornando um centro de convivência, então, o efeito imediato é que a pessoa deixa de ficar sozinha ou só com a família e passa a conviver com outras pessoas, esse é o efeito imediato, passa a ter outras relações que muitas vezes se desdobram, saem daqui, as pessoas fazem programas juntos fora, pinta relacionamentos amorosos ou só relação sexual, que seja, mas enfim, é uma oportunidade nova que o cara não tinha, encontrar alguém mesmo que seja só pra transar, então, isso já é um ganho também, já implica na ampliação de autonomia; eu vejo que muita gente aprende a lidar com o serviço público, aprende a correr atrás dos seus direitos, aprende a lidar com outros serviços de saúde, passa a

procurar o posto de saúde onde mora ou passa a ir pegar medicação em tal lugar sozinho, por conta própria etc.; eu acho que a gente consegue essa função, a gente consegue autonomia nesse sentido, mas pode ser melhor, na medida que a gente tiver uma rede, que a gente se inserir nessa articulação com outras instituições, com outras instâncias, a gente consegue fazer isso de maneira mais eficaz (F, 12/4/2006).

Em alguns casos sim, eu acredito que alguns casos quando não há uma limitação interna eu acho que sim, que é possível, através até da participação nas oficinas, nos grupos terapêuticos, da adesão ao tratamento médico; muitos conseguem realmente; passaram por um episódio, uma crise, conseguiram ficar bem e voltar para as suas atividades diárias, eu acho que quando eles aderem ao tratamento, quando há essa adesão, quando eu digo ao tratamento é ao projeto terapêutico deles, e não tem uma limitação, vou colocar entre aspas “uma seqüela” da própria doença muito forte, há essa possibilidade; em alguns outros casos eu acho que é difícil, assim, não é tão fácil medir isso, o que, quem melhora, quem não melhora, aquele que consegue voltar, aquele que não consegue, as vezes alguém que tem até uma doença mais incapacitante consegue, outros não, depende, depende do apoio que ele tem, do externo, da família, ou da própria sociedade, da comunidade em que ele é inserido, isso tudo faz diferença, que tem o background do que ele era antes, isso também faz a diferença, ele consegue resgatar; quando já não se tem muito o que resgatar aí fica mais difícil trabalhar; é individualizada essa resposta, mas eu acredito que em alguns casos sim, consegue essa (re)inserção de uma maneira muito boa e gratificante para os dois, pro usuário e para os profissionais (J, 22/3/2006).

[...] dependendo de como o serviço é gerido, dependo de dentro de que política de saúde mental esse CAPS está inserido, ele pode ao invés de estabelecer uma autonomia, mesmo que ele tenha uma boa vontade de estabelecer autonomia, ele acaba tornando a pessoa mais dependente ainda do serviço; então, é uma grande armadilha a construção da autonomia, não só especificamente pro CAPS Ponta do Coral, mas pra todos os CAPS que eu tenho visto; então, a gente volta novamente na questão da avaliação, novamente na discussão dos termos, eu acho que a questão dos conceitos ela tem que estar muito clara, o que significa cada conceito, eu sempre tenho batido muito nisso; o que é autonomia? É a pessoa ter minimamente condição de governar a sua própria vida, gerir sua própria vida, Ok! a gente estimula a pessoa a fazer isso, trabalha nesse sentido com a questão da autonomia, agora, quais são os parâmetros que nós vamos utilizar pra avaliar essa autonomia, isso a gente não tem muito claro ainda, acho que necessita; então, o CAPS possibilita autonomia, mas ao mesmo tempo não tem uma análise crítica [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Não obstante, cabe-nos destacar que a compreensão sobre autonomia que orienta este trabalho refere-se “a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente”. Neste caso, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas

relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001, p. 57).

As falas relacionadas a seguir destacam como o atendimento no CAPS Ponta do Coral possibilita a construção da autonomia do usuário.

Eu acho que em formas gerais sim, na relação que os técnicos tem com o paciente; agora, as vezes, a gente tem uma postura muito assistencialista em muitas situações, um assistencialismo que acaba prendendo o paciente, institucionalizando; são situações, eu acho que as vezes a gente repensa sobre elas, não foi bem por aí, mas, assim, eu vejo as pessoas contando a história do CAPS, teve muitas experiências que foram positivas também, que chegaram a um resultado, assim, sem muito recurso, sem muito com que contar fora da própria equipe, fizeram coisas que são surpreendentes em relação a tantos pacientes; eu acho que essa maneira de você poder dar voz, poder valorizar aquilo que a pessoa faz, consegue fazer em uma Oficina por exemplo, eu acho que essa é uma maneira de você conferir uma posição mais sujeita, mais ativa mesmo (P, 17/3/2006).

Sim, eu acho que sim, só que eu acho que a gente possibilita em alguns casos, não tem uma história linear de possibilitar a todos, eu acho que tem um projeto de possibilitar, mas isso não acontece o tempo todo, porque também isso não é uma via de mão única; hoje, eu já fui mais ingênua em relação a isso, muitas vezes uma pessoa que ficou trinta anos, vinte anos no hospital psiquiátrico, eu não sei mais se ele quer ter mais autonomia, muitas vezes ele quer, não quer; se a gente entender autonomia como trabalhar, seja em qualquer lugar, com uma bolsa trabalho, entender autonomia como decidir ir final de semana para uma praia, autonomia como ir ao supermercado, escolher o que vai comer, até certo ponto sim; por exemplo, se tenta até que muitos usuários saiam no final de semana, a gente na reunião das Regionais combina que eles possam ir, no final de semana, para um passeio, e eles não vão, eles ficam em casa, só vão se o técnico for, no dia de semana; então, acaba ficando um outro processo de não autonomia; então, a luta, a intenção é que isso se dê de outra forma, que também não fique dependendo do CAPS; existe uma construção pra isso e isso acontece, em certa medida acontece, mas ainda não como gostaríamos, porque nós também temos uma idealização de autonomia [...] alguns casos tem sim, vão até um certo ponto da autonomia que é possível pra pessoa, e outros vão mais além, outros regridem (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre as possibilidades de construção da autonomia do portador de transtorno mental, Kinoshita (2001, pp. 56-57) considera que a contratualidade do usuário, primeiramente vai estar determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Estes podem emprestar seu poder contratual para possibilitar relações e

experiências renovadas ao usuário, através de seu prestígio, de sua delegação social, do saber reconhecido pela sociedade. O referido autor destaca que aos profissionais é dada a capacidade de elaborar projetos, isto é, ações práticas que venham a modificar as condições concretas de vida do usuário.

A entrevista citada na seqüência relaciona a construção da autonomia do usuário a ações que envolvem outros serviços e outras políticas sociais como uma possibilidade para que o portador de transtorno mental adquira sua independência econômica. No caso, a profissional refere-se a Política de Assistência Social, através do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Outro recurso financeiro que pode ser acessado pelos egressos de internações psiquiátricas prolongadas é auxílio reabilitação psicossocial instituído com o Programa de Volta Pra Casa, através da Lei Federal N° 10.708/2003.

[...] um outro elemento pra isso (autonomia) são os usuários que estão totalmente desprovidos de qualquer recurso material que conseguem o BPC e isso garante autonomia porque ele tem o mínimo pra poder dar conta das suas necessidades materiais; então, muitas vezes, ele está numa condição muito vulnerável e aí passa a poder comprar aquilo que ele deseja, minimamente, porque é muito pouco o valor, mas consegue algumas coisas e isso garante essa autonomia, porque as vezes ele fica na família, fica sendo aquele peso que só incomoda, que não tem recurso financeiro nenhum porque ele está fora do mercado de trabalho mesmo, então, aí o benefício da previdência social também é um elemento de autonomia e de reconstrução da cidadania, mas entre todos esses outro que eu falei, do próprio material que ele tem contato na oficina terapêutica que ele consegue produzir algo; aquele usuário que é egresso do hospital psiquiátrico de polireincidência nas internações que consegue produzir uma peça bonita e que essa peça é vendida e que depois recebe o dinheiro dessa venda, também confere autonomia, confere cidadania, auto-estima (VIK, 24/3/2006).

Entendemos que a possibilidade de ter recurso financeiro próprio favorece sim a independência econômica do portador de transtorno mental, possibilitando-lhe uma vida com maior autonomia. Contudo, conforme destacou a entrevistada este é só um dos elementos que compõem o rol das necessidades humanas. A reabilitação psicossocial é um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia (KINOSHITA, 2001). Neste sentido, reabilitação e construção da autonomia caminham lado a lado.

3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental

A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos entrevistados como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista jurídico-política dos direitos do portador de transtorno mental.

Eu acho que hoje a gente já tem uma rede assistencial muito mais capacitada e quantitativamente significativa; no Brasil já são 800 CAPS; o fato de que tem recurso financeiro do Ministério da Saúde destinado, especificamente, à saúde mental, isso facilita a criação do serviço no município; em termos das modificações em relação ao que seja a loucura, o que seja o transtorno psíquico, acho que apesar das dificuldades a gente já conseguiu avançar com relação a isso, a gente já conseguiu trazer a discussão pra sociedade de uma outra maneira, levantando a necessidade de olhar isso também de uma outra forma; a medida que as pessoas começam a sair dos hospitais e voltam a morar seja em residências terapêuticas, seja com a sua família, e conseguem se manter bem dessa maneira isso também vai mudando o olhar das pessoas, pelo menos daquelas que o cercam; os projetos que a gente chama de modificação da cultura, a modificação da cultura manicomial, isso eu percebo que há um avanço, gradual, lento, tem um monte de resistência, mas a gente consegue, conseguiu, tem conseguido, e isso implica também no avanço político, no sentido da garantia do direito, no sentido de ter algumas prerrogativas preservadas com relação ao direito do usuário; então, eu vejo que de uma maneira geral a gente tem avanços e avanços muito significativos se a gente compara o que era transtorno mental há vinte, trinta anos, nesse país, tem coisas muito importantes que eu identifico (F, 12/4/2006).

Acho que a própria existência de CAPS, os hospitais dia, de ambulatórios de saúde mental, próximos as casas de onde o paciente mora, o Programa de Volta pra Casa, a possibilidade de uma residência terapêutica, são todas medidas atuais e dispositivos atuais que possibilitam essa nova forma de encarar o que alguém portador de transtorno mental pode ocupar, o que eles podem ocupar; então, eles podem ocupar os espaços, eles podem começar a fazer parte daquela comunidade (J, 22/3/2006).

A fala a seguir expressa como foi, historicamente, se alterando a forma de assistência ao portador de transtorno mental e de atenção em saúde mental na política de saúde do município.

Eu acho que a questão de criar um espaço que é aberto já é uma conquista; eu acho que hoje a gente tem essas possibilidades de CAPS, no posto de saúde mesmo; [...] quando eu comecei a trabalhar na prefeitura, há 20 anos atrás, assim, era uma equipe de um psiquiatra com mais um monte de estagiários de psicologia que saía em uma Kombi velha pra fazer alguma coisa, quando pintava um problema lá com um paciente do Campeche por exemplo [...]; não tinha nada na prefeitura há 20 anos atrás de saúde mental, então, hoje já tem, está se criando uma rede, tem profissionais nos postos, tem psicólogos, se pensa em fazer treinamento de agente de saúde, treinamento de clínico geral, já se fez algumas coisas; eu acho que isso, imagino que alguém que fica confinado dentro de um espaço, ele ter a possibilidade de circular, mesmo o pessoal do HCTP, eu acho que pra eles, assim, tem uns que não querem muito mais que isso na vida, pelo menos eles não estão tendo que trabalhar duramente como trabalhavam quando eram crianças, vem aqui, circulam, comem uma comida, anda aqui, vê televisão, bom! talvez essa seja a vida que eles querem, talvez seja...., já sai lá daquela estrutura fechada (P, 17/3/2006).

Na seqüência, a entrevistada relaciona algumas formas de exercício da cidadania que o usuário pode acessar com o tratamento no CAPS.

É, se for pensar que muitos usuários eles tiveram uma história, antes do surto, de uma vida organizada socialmente, trabalhando, talvez seria a reconstrução da cidadania, mas a medida que vem todo o isolamento propiciado pelo hospital psiquiátrico, todo o estigma do transtorno mental que a própria comunidade coloca, realmente de fato foi perdida; quando ele chega no CAPS e se propõe a se beneficiar desse espaço, assim, de fato se vincula ao projeto terapêutico dele, acho que ele consegue reconstruir elementos pra essa cidadania, num primeiro momento autonomia, acho que o cartão do vale transporte, o exemplo que eu posso dar, o cartão do vale transporte que é oferecido no período que ele tem tratamento aqui é o mesmo cartão do cidadão que vai comprar lá no SETUF, então, aquele usuário que é estigmatizado, eu já presenciei essa cena, um usuário de uma comunidade de periferia que era o louco do bairro, ele entrou dentro do ônibus com o mesmo cartão que qualquer outra pessoa, passou o seu cartão, veio pro CAPS, depois foi embora pra sua casa, então, isso já é um elemento, muito pequeno, mas é um primeiro elemento talvez, que começa aí, de ele se reconhecer enquanto sujeito, enquanto cidadão, e depois aqui também, a possibilidade de participação, no momento que ele consegue produzir algo numa Oficina, no momento quando ele consegue, na clínica, se dar conta dos seus conflitos e ter mais qualidade de vida nas relações [...] (VIK, 24/3/2006).

Uma das entrevistadas fez destaque às formas de atuação que, na sua opinião, representam conquistas significativas e correspondem a práticas que favorecem o exercício da cidadania do portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Avanços, pra começar, acho que o grande avanço foi a Reforma Psiquiátrica, a construção do CAPS, dos CAPS, as portarias que fazem com que os hospitais psiquiátricos sejam substituídos por vários CAPS, esse foi o grande avanço em primeiro lugar, porque é o momento de tirada das pessoas desses castelos, dessas muralhas, não só porque ficaram ali presas, mas de todo aquele sofrimento mesmo, de miséria, enfim, como os últimos dos últimos, então, eu acho que esse é o primeiro ponto, é que os sofredores de transtorno psíquicos e mentais não ficassem segregados, mas poder estarem sendo mostrados e expostos - uma parte da sociedade, são pessoas que podem transitar, que estão aí, não necessariamente precisam ser escondidos como uma vergonha; junto aos CAPS, isso não caminha sozinho, tem a construção as redes de atenção básica também; [...] mas quando fala em cidadania acho que tem três eixos: um é a construção do CAPS, de serviços como o CAPS, outro são as residências terapêuticas e o outro a economia solidária; hoje eu vejo como isso, assim, esses três projetos, que foram feitos com luta, porque a primeira luta foi dos hospitais, então, tem as portarias que substituiu os hospitais por CAPS, progressivamente, tem toda a luta do movimento antimanicomial, tem as leis que protegem, tem esses três eixos; residência terapêutica é um lugar de resgate à cidadania porque a pessoa vai poder estar numa casa, vai poder comprar um bombril pra limpar a panela, vai poder comprar tomate e batata, vai começar a transitar no meio de outras pessoas, com a vizinhança, a se autogerir, poder fazer escolhas para sua casa, onde ele quer botar um quadro, onde ele quer botar o guarda-roupa, sua roupa, com outros colegas, mas enfim...; tem também a economia solidária que é o momento de autogestão, de fazer escolhas também, de decidir sobre sua vida, em uma certa instância, porque em última instância, em última análise ninguém daqui decide sobre a sua vida, nem eu, nem tu, a gente já nasce num sistema que te absorve e a gente é o que em última análise o capitalismo quer que a gente seja mesmo, nossa roupinha, nossa comida, nosso padrão de beleza, tudo a gente faz como é vendido; eu acho que essas iniciativas, porque a economia solidária não é só cooperativa, não é só associação, não é somente, é uma outra forma de produzir trabalho e discutir sobre esse lucro, que antes estava na mão de algumas pessoas, então, é dividir, eu também decido sobre o que é o meu trabalho, eu não me alieno dele, mas eu sei onde é que vai o meu trabalho (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Fleury (2004, p. 4), os grupos excluídos estão, em geral, impossibilitados de participar das relações econômicas predominantes no mercado, como produtores e/ou consumidores, e das relações políticas vigentes, os direitos de cidadania. Segundo a autora, esta situação é agravada pela transformação das políticas públicas de proteção social, afastando-se de um modelo de seguridade social, que buscava assegurar coletivamente o mínimo vital para todos os cidadãos, em direção à individualização da pobreza e da exclusão.

Conforme aponta Pitta (2001), o homem moderno, acriticamente, persegue formas de inclusão social pelo trabalho, desconsiderando o fato do trabalho não ser nem

tão disponível nem tão flexível para suportar as diferentes demandas individuais e coletivas que a sociedade moderna impõe. Não obstante, a tradição asilar e assistencialista das instituições psiquiátricas, historicamente, caracterizou-se pela função de excluir os marginalizados, produtos das disfunções do modo de produção capitalista e da divisão social do trabalho. Em geral, a população internada, e muitos dos egressos de hospitais psiquiátricos atendidos nos CAPS, está cronificada, com poucas chances de retorno ao mundo do trabalho capitalista.

A fala relacionada a seguir traz a compressão e reflexão, do profissional entrevistado, com relação ao conceito de cidadania e as implicações práticas deste quando se tem como parâmetro uma concepção e um modelo de cidadania pautado na lógica da racionalidade.

Eu tenho visto que está se percebendo uma maior clareza da necessidade dessa cidadania do portador de transtorno mental, porém ainda falta um pouco mais de discussão em nome de que direitos o portador de transtorno mental tem pra fazer cidadania, porque é assim, a cidadania dentro desse modelo francês - igualdade, fraternidade, liberdade, ela exige muito a questão da razão, pra você exercer cidadania você tem que falar em nome da razão, e muitas vezes o usuário, quando está em crise acaba não falando numa razão, acaba falando uma desrazão, e aí como fazer? como dar conta disso? ainda não temos resposta, em nome de que cidadania é reinventada uma cidadania para os loucos, mas tudo bem, isso é pra gente pensar; então, o avanço que tem em relação a construção da cidadania é quanto mais ter associação de usuários em que se discuta cidadania, mais vai ter cidadania, que eu não acredito que os CAPS tenham trabalhado muito nessa lógica, porque acaba não discutindo a questão da cidadania, que cidadania é essa, o que se entende por cidadania, o que é o ser cidadão [...](GIRASSOL, 20/3/2006).

A cidadania integra as exigências de justiça e exercício democrático do poder; o sentimento de pertencer a uma comunidade e de estar integrado a uma dada coletividade social, em determinado espaço territorial (FLEURY, 2004). A idéia de direitos do cidadão – civis, políticos e sociais – remete a construção dos Estados nações, em que o princípio das nacionalidades precede o ideal filosófico cidadania universal. A cidadania, definida pelos princípios da democracia, constitui-se na criação de espaços sociais de luta (movimentos sociais) e na criação de instituições permanentes para a expressão política; significa, necessariamente, conquista e consolidação social e política (VIEIRA, 2002, p. 40). Ainda, a cidadania passiva, outorgada pelo Estado, se diferencia da cidadania ativa, na qual o cidadão, portador de direitos e deveres, é essencialmente criador de direitos para abrir novos espaços de participação política.

Diversos são os obstáculos para o exercício da cidadania do portador de transtorno mental entre estes a vinculação dos direitos a racionalidade instrumental-cognitiva da ciência; a vinculação da sua prática a inclusão controlada no mundo do trabalho, modelo este que, no caso brasileiro, é denominado por Santos (1979) de cidadania regulada. Vasconcelos (2000b, p. 191) indica que, para aqueles que assumiram a proposta da desinstitucionalização e reinvenção da cidadania no campo da saúde mental, há de considerar que estamos diante de um terreno de relações de forças complexo e paradoxal, em que a manutenção do caráter democrático nas relações exige abandonar esquemas conceituais lineares, onipotentes, que queiram garantir de antemão a sua eficácia.

Fleury (2004, p. 12), observa que “a mediação entre os indivíduos e o Estado, através da igualização realizada na cidadania só é efetiva, na medida em que a sociedade civil seja capaz de realizar as funções de agregação dos interesses, reconhecimento dos sujeitos e sua inserção na esfera pública. Só assim a cidadania deixa de ser um invólucro legal e passa a ser um exercício na vida social”. Portanto, uma visão mais ativa de cidadania requer um sentido de sociedade civil como uma esfera pública onde os cidadãos se encontram em reconhecimento mútuo, e isto faz possível a sociedade plural.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referiram que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental substitutivos ao modelo tradicional/asilar. As falas a seguir identificam estas dificuldades fazendo uma análise da questão na realidade da sociedade capitalista atual.

Tem o mito de louco, do louco perigoso, do louco imprevisível, é algo que pesa muito [...], que é a lógica do mercado; pra nós, basicamente, estar inserido na sociedade é estar trabalhando, a gente se pauta muito por isso, pra poder se considerar inserido, vinculado no mundo você tem que estar no mercado de trabalho e, muitas vezes, essa lógica enlouqueceu muita gente, e as pessoas não conseguem, principalmente os usuários dos serviços de saúde mental, os psicóticos em particular, tem muita dificuldade em entrar nessa lógica, e se submeter a ela, coisa que pra qualquer um tem um custo muito alto em termos de saúde, eu digo quem está inserido mesmo no mercado de trabalho, em termos de saúde, de relação com a sua família, com as pessoas que gosta, com os amigos etc., isso tem...; viver para o trabalho é algo que pra nós é insalubre de uma certa maneira, a gente não faz outra coisa a não ser trabalhar; então, pra essas pessoas que estão fora do mercado de trabalho

é muito complicado poder voltar, o que sobra é uma rede de assistência que na nossa realidade é sempre capenga, sempre parcial, tem dificuldade em aceitar o louco por conta desses mitos, e, também, da própria resistência do usuário, da pessoa com esse tipo de dificuldade de entrar nessa lógica, no que ele de uma certa maneira faz muito bem, algo que cria outros problemas pra ele (F, 12/4/2006).

São tantas, é assim, primeiro lugar, eu vejo assim, com todo o preconceito que tem da loucura, tem uma coisa no nosso sistema capitalista que é a questão da produção, produção de capital, produção de bens, e inserção no comércio, no mercado de trabalho, então, o portador de transtorno, sofrimento mental, ele a princípio, quando ele está nesse estado, ele não é produtivo, produtivo pra esse sistema capitalista, ele não trabalha, ele não consome muito, porque ele não vai ter dinheiro, portanto, isso de maneira geral, a gente sabe que as pessoas de posse, que a loucura, o sofrimento psíquico ele atravessa qualquer classe, mas 90% tem isso; então, a princípio existe a exclusão, já existe esse preconceito também, mas muito mais que isso, que a sociedade de fato ela é dividida entre os que produzem, os que fazem a engrenagem funcionar e os que estão a margem, então, o usuário é mais um que está a margem, assim como o menino de rua, os rapazes do morro, então, ele é mais um, também, que causa incomodo, e ele no Estado, das políticas públicas do Estado ele seria como só o gasto, não seria mais uma produção; além de ser uma sociedade racionalista que tem toda a sua formação no discurso, no discurso reto, no discurso racional, na fala, a fala racional, na linguagem articulada como o único meio privilegiado de comunicação, e o usuário, muitas vezes, não tem esse instrumento, por conta da sua fragmentação, da sua história, da sua medicação, da própria coisa do delírio, muitas vezes ele não tem o tempo todo essa fala coerente, esse discurso, dessa forma já faz com que ele não seja inserido, uma vez que ele é a minoria digamos assim (LÉLI, 4/4/2006).

Hoje, a gente fala muito em rede de atenção psicossocial; eu percebo que é uma rede que ela tem que estar instituída, que são locais de proteção para o portador de transtorno mental, são as certezas, são os caminhos certos que os usuários teriam, a rede; o problema a começar é que nós não temos essa rede instituída, entendo por rede: emergência psiquiátrica ou emergência em atenção psicossocial em hospital geral, CAPS III, CAPS II, CAPS criança e adolescente, CAPS álcool e droga, associação de usuários, escritório jurídico para amparar o direito do portador de transtorno mental, atenção primária em saúde mental, equipes volantes, centros de convivência, enfim, tudo o que preconiza a rede em atenção psicossocial, esse seria o primeiro passo; então, essa dificuldade, não temos a rede em atenção psicossocial, esse é um passo; segundo, o próprio imaginário social das pessoas em relação a loucura e ao louco, isso é uma outra dificuldade, que daí entra em cena o estigma e o preconceito, onde o portador de transtorno mental passa a não ter crédito na comunidade, e isso ainda é uma dificuldade; e, claro, depois tem toda a questão do trabalho, as cooperativas de trabalho, que ainda não se discute muito em Santa Catarina, não conheço nenhuma cooperativa social de trabalho para portadores de transtorno mental, que é uma forma de gerar trabalho diferente dessa preconizada pelo modo de produção capitalista, que você tem que produzir pra receber, isso é uma outra dificuldade, a dificuldade em cima da questão do trabalho, do emprego, que muitos acabam tendo seu reconhecimento, sua valorização em cima

do dinheiro que tem no bolso, o poder contratual que a pessoa possa ter, as vezes, na sociedade, é o quanto ela tem no bolso, e a maioria dos usuários não possui isso, e é aonde muitos acabam querendo se aposentar para poder ter o seu dinheiro, que não tem outra alternativa ou clareza do que fazer pra ter dinheiro, então, esse é um problema enorme na questão da reinserção social (GIRASSOL, 20/3/2006).

Os participantes da pesquisa apontaram que uma das possibilidades para a (re)inserção familiar e social pode ser a separação das oficinas produtivas da área física do CAPS. Esta proposta e os projetos de geração de renda via economia solidária foram apontadas por alguns dos entrevistados como uma das alternativas para a realização de uma maior integração do serviço com a comunidade, bem como a melhor adequação do próprio espaço físico do CAPS.

[...] a questão do projeto de geração de renda, que eu acho que de fato está faltando, inclusive a gente já está também se mobilizando pra tentar criar um projeto nesse sentido, porque os usuários aqui, nas oficinas terapêuticas produtivas, eles conseguem ter acesso ao material específico de cada oficina produtiva, também, a técnica de produzir o artesanato, mas não tem mercado; eles conseguem vender as peças, conseguem resgatar uma grana, mas não é suficiente pra poder manter ele, manter as condições de sobrevivência; então, precisa implantar essa geração de renda, de fato acho que vai dar um gás pra essa (re)inserção dos usuários que estão sendo tratados do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Já para uma das profissionais entrevistada as dificuldades na (re)inserção social estão mais relacionadas a questões de singularidades dos portadores de transtorno mental.

Eu acredito que volta de novo pro estigma, vai voltar pra própria incapacidade, pra própria dificuldade do usuário, do paciente; muitas vezes eles poderiam fazer algo muito mais do que fazem, e aí tem o medo, o medo deles, o medo de eles terem de enfrentar a própria doença, de eles terem que enfrentar os outros, e a hora que eles conseguem fazer esse movimento aí vem o medo do outro, aí é mais fácil ficar parado, aí volta pro comodismo, mas de alguma forma se a gente consegue..., aí não precisa de grandes movimentos, eu imagino que pequenos movimentos dentro da comunidade, que seja, alguém ir conversar com o diretor da escola, ir conversar, aí a diretora consegue conversar na sala, vamos supor que tem alguns pacientes, mais jovens, que pelo surto psicótico deixaram de ir e aí não retomam, não retomam porque tem medo, porque as vezes vão rir dele porque ele é louco; então, pequenas intervenções, elas tornam possível mudar um pouco essa inserção, essa reinserção, mas a gente esbarra de novo na falta de técnicos pra fazer isso e também acho que até por uma falta de equipe, aí volta pra equipe, entende, não tem uma equipe que pense isso em conjunto, que age em conjunto e aí como fica muito personalizado, individualizado os atendimentos, cada um vai pra..., eu vou pro meu consultório, outro vai pra oficina e aí não tem a equipe (J, 22/3/2006).

Outra entrevistada referiu-se ao estigma e preconceito existente por falta de conhecimento e divulgação, exposição, seja nas universidades ou por parte dos próprios serviços de atenção, sobre saúde mental.

Bom, eu acho que entre elas a questão do estigma, do preconceito, e não é um preconceito.... a gente sabe que tem riscos em algumas situações, a gente também as vezes tem medo de algum paciente, te dizem ah fulano matou três pessoas..., não é um preconceito que nasce do nada, muitas vezes é um preconceito que de alguma forma é compreensível, mas você não pode ah então ta...; eu acho que não existe muito, você não vê muito nos meios de comunicação uma campanha em torno da desestigmatização, você vê de outras coisas, com relação a aleitamento materno, outras questões da política de saúde; com relação a saúde mental eu acho que se fala pouco na sociedade, se discute pouco; por exemplo, na universidade, até não sei se lá na saúde pública o pessoal da saúde mental tem feito mais coisa, até os alunos que vem fazer residência aqui, a primeira reação deles é: a gente está aqui e tem medo, nem eles foram preparados pra isso, então, você começa a avaliar que tem uma falta..., não se fala muito no assunto, acho que assim, não se fala no assunto na sociedade; assim como se faz grupos de mulheres lá nos postos de saúde pra tratar de questões de sexualidade, muitas vezes faz sala de espera pra tarar de questões..., não se faz uma sala de espera pra falar de saúde mental; então, eu acho que talvez assim, a gente pensar, bom! nós estamos nisso (na saúde mental) e nós nunca fomos fazer uma sala de espera no posto de saúde da Agrônômica pra falar de saúde mental, pra falar do CAPS, quem sabe a gente também precisasse fazer algumas coisas assim, começar uma divulgação maior; acho que pouca gente de fora do serviço, fora das pessoas que trabalham na saúde mental sabem da política do Ministério pra saúde mental, que existe uma política de criação residências terapêuticas; eu li relatos de pessoas no Rio (RJ) que tiveram muita dificuldade de alugar pra se fazer uma residência terapêutica, num prédio então, quando ficaram sabendo que eram pessoas que vinham de hospital psiquiátrico ninguém quis; então é muito difícil, e ao mesmo tempo tem experiências positivas, tem pessoas que estão na residência e diz que a vizinhança viu que eles não são bichos, que eles podem interagir, podem estabelecer laços de vizinhança, então, tem algumas experiências boas e algumas experiências que são difíceis (P, 17/3/2006).

No contexto do estudo foi perguntado aos profissionais entrevistados se a atual organização dos serviços de saúde mental favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais. Conforme pode ser observado nas falas relacionadas, as opiniões foram divergentes. Dois deles observaram sobre a necessidade da existência de diversas instituições e serviços articulados e integrados à proposta da rede de saúde mental para que seja possível favorecer a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental

Embora a estrutura se localize no município, pelo menos eu estou pensando em termos de utilização da rede; então, a gente tem no Brasil inteiro muita diversidade, tem cidades onde a rede está montada, foi instituída e funciona legal, não é o caso de Florianópolis, a gente tem dá pra dizer poucos serviços, são só três CAPS que deveriam estar regionalizados ou territorializados, mas não estão, e tem algumas equipes de saúde mental nas Regionais, nas sedes das regionais, então, eu vejo assim, tem uma rede a ser constituída, ela precisa criar os mecanismos pra que a pessoa possa usar isso como rede, isso em termos de atenção à saúde, quando eu falo em rede eu também não estou pensando só em serviço de saúde, estou pensando que há uma possibilidade de a gente ter uma rede que inclua outros serviços, que não sejam só os de saúde, só os especializados, que eu acho que é a nossa necessidade, você incluir outras instituições, outros programas, enfim, que tenham vinculação com a cultura, com o trabalho, com a arte, produção do conhecimento, com as universidades por exemplo, as universidades são um campo excelente, seriam um campo excelente pra gente poder trocar um monte de coisas, pelos programas de extensão que eles tem, pelos projetos comunitários etc., a gente podia estar fazendo parceria com as universidades, mas não conseguimos, não sai, não rola; [...] a saúde mental eu acho que é o melhor exemplo desse distanciamento porque é difícil encontrar uma universidade onde a Reforma Psiquiátrica esteja incluída, ou mesmo os temas da reabilitação psicossocial estejam incluídos nos currículos dos cursos de saúde, é raríssimo (F, 12/4/2006).

Então, essa rede montada de forma territorializada, principalmente, eu acho que esse aspecto da territorialização é fundamental, é chave pra conseguir a reinserção social, não só por facilitar o acesso do usuário, mas pelo fato de o serviço estar ali no seu território, isso é fundamental, além disso, o projeto de geração de renda, as vagas, os leitos psiquiátricos no hospital geral, é todo esse contexto que precisa ser implantado para de fato poder facilitar o trabalho de cada instituição dessas, seja do CAPS, seja do projeto de geração de renda, ou do próprio hospital geral, como um todo, assim, essa engrenagem funcionando bem aí sim vai ser mais rápida a reinserção social do usuário portador de transtorno mental (VIK, 24/3/2006).

A partir das colocações dos participantes da pesquisa, destaca-se a importância da rede de serviços na construção da cidadania das pessoas atendidas pelas políticas de ativação, as quais, segundo Fleury (2004), tem como objetivo a inclusão social de conjuntos populacionais definidos a partir da territorialidade. Tal proposta pretende tratar o território como um componente, tanto material como simbólico, da esfera pública. Neste sentido, a construção da cidadania passa, necessariamente, pela reconstrução das cidades e potencialização da rede de serviços na valorização das características objetivas e subjetivas da demanda local.

Na seqüência, um dos entrevistados enfatiza que a forma como são pensados e estão organizados os serviços de atenção não favorece a construção da cidadania dos usuários.

Não, não favorece, porque, primeiro, os serviços de saúde mental estão sendo construídos pra quê? Não tem muito claro ainda pra quê que se tem atenção básica em saúde mental hoje, pra quê se constrói centro de convivência, pra quê tem o CAPS? acho que o objetivo do serviço parece não estar muito claro, talvez eu esteja enganado; veja bem, a atenção básica é mais no sentido pra estar discutindo os seus conflitos, minimizando os “sintomas psiquiátricos”, e aí acaba não tendo um trabalho de reflexão sobre o contexto que a pessoa está inserida; [...] a questão da cidadania tem a haver..., quanto mais articulada for a pessoa, quanto mais ela se envolver com as lutas sociais, mais cidadania ela vai exercer, quanto mais clareza, mas crítica, mais conhecimento ela vai ter, ela vai desenvolver cidadania; então, a forma hoje como os serviços estão organizados, ela acaba não favorecendo essa questão da construção da cidadania porque ainda vem de uma lógica de modelo centrado no transtorno mental (GIRASSOL, 20/3/2006).

Uma outra profissional considerou ser difícil avaliar a questão pelo fato de a rede de serviços não estar implantada por completo, e por não ter avaliações sistemáticas dos resultados.

Olha, eu não sei se a gente já tem condições de fazer uma avaliação, a rede está meio que andando [...] assim, qualquer coisa que eu vá dizer é, assim, referente uma experiência ou outra, não sei se a gente tem condições de fazer uma avaliação enquanto rede; por exemplo, eu vi muitas experiência positivas em cidades como Campinas (SP) que eles já tem há mais tempo, por exemplo, residências terapêuticas, tem desde o começo dos anos 1990, tem muitas experiências boas de pessoas que conseguem transitar na vida, tem gente que está trabalhando; [...] eu acho que a gente precisa além de ter a política, de ter a carta de intenções, a gente precisa ter avaliações também, eu acho que uma questão dessa eu sinto que precisa ter uma forma mais sistemática de avaliar, qualquer coisa é uma coisa mais ou menos um olhar particular pra aqui pra ali, acho que no todo a gente não tem (avaliação sistemática), pelo menos eu não conheço ainda, pode ser que estão fazendo e eu não saiba ainda (P, 17/3/2006).

Já para duas das entrevistadas, a atual organização da rede de serviços na política de saúde mental favorece sim a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental.

Sim, eu acredito que sim, na teoria ela é muito importante e acho que trabalhando em todas as instâncias, se a gente for pensar naqueles mapinhas, os ambulatórios, os CAPS, hospitais dia, a escola, e os centros comunitários, os postos de saúde, todos capacitados; eu acredito que sim, a rede ela é bem estruturada e ela possibilita aos portadores de doença

mental, enfim, terem uma reinserção melhor e maior na sociedade, e também de entendimento do que ele tem, do que ele pode fazer, quais são os recursos que ele tem também pra lidar, dentro dessa rede (J, 22/3/2006).

Acho que sim, favorece, se tu me perguntasse se ela resolve, eu diria que não claro, ou até que ponto ela resolve, mas favorece sim, eu acho que tem um favorecimento relacionado a forma que as pessoas eram tratadas, acho que favorece muito mais (LÉLI, 4/4/2006).

É possível perceber nas falas relacionadas acima a preocupação com a efetiva implantação da rede de serviços em saúde. As redes, conforme proposto na política de saúde mental, possuem muitos centros, muitos nós que as compõem e as tornam complexas e resistentes. Estão embasadas na noção de território, como um sistema de relações e estruturas, muito mais que um simples espaço geográfico. O fundamental neste processo é que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento.

Neste sentido, torna-se de fundamental importância refletir sobre o exercício da cidadania no contexto das políticas públicas, cada vez mais segmentadas e focalizadas. Para Fleury (2004, p. 2), “as políticas atuais de inserção buscam reafirmar a natureza contratual do elo social em novas bases, com a revalorização do local e comunitário e a transformação do Estado em um animador e mobilizador de recursos societários. Reduzido a mantenedor da estabilidade de uma ordem econômica que produz a fragmentação e a exclusão social, o Estado, busca atuar de maneira compensatória e focalizada, atendendo aos grupos mais vulneráveis e/ou potencialmente ameaçadores da ordem social, por meio da convocatória da solidariedade lançada aos diferentes setores inseridos na ordem econômica. No entanto, a incapacidade de alterar as condições estruturais de produção da exclusão mostra os limites das políticas de ativação, cuja promessa de inserção social carece de expectativas de emancipação dos sujeitos e coletividades beneficiários”.

3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica

Os CAPS compõem o rol de serviços do modelo psicossocial de atenção em saúde mental proposto na e pela Reforma Psiquiátrica. Perguntamos aos entrevistados qual seria o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica e obtivemos como

resposta que este teria a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos ideais da própria Reforma.

Eu acho que a função imediata ela é servir como um ponto de articulação, porque a gente consegue criar um ambiente que é relativamente protegido e que dá ao usuário as condições de ele poder participar de outros circuitos; fundamentalmente é essa a função, de articulação; eu lembro de uma discussão que a gente fazia, em Brasília, uma vez, sobre essa importância excessiva que os CAPS acabaram adquirindo, como quase que o central do sistema hoje é o CAPS, mas ao mesmo tempo a necessidade de se ter um espaço como esse, principalmente, pra quem está vindo de uma internação prolongada ou pra quem sempre passou a vida dentro de um hospital psiquiátrico, se tem que ter um pólo, uma instância articuladora pra poder fazer a passagem, porque o cara não vai sair do hospital e retomar sua vida imediatamente, não vai, ele tem uma série de dificuldades que ele não consegue vencer, e o CAPS, nesse sentido, a função seria essa, de poder..., tem uma expressão que eu acho interessante que é: emprestar poder de contratualidade, ou seja, poder dá um certo aval de que esse sujeito pode participar novamente ou pode participar pela primeira vez dos circuitos sociais, pode fazer laços com outras pessoas, com outras entidade, outras instituições, esse é o aval que eu acho que um CAPS pode fornecer e essa é sua principal função (F, 12/4/2006).

É pensar o CAPS como um espaço em que o paciente vai estar usando e tendo apoio para os momentos de crise, e fora os momentos de crise, também, que não seja hospital, e aí, dentro da Reforma eu acho que o CAPS ele é fundamental, assim como os hospitais dia, é que aqui em Florianópolis a gente não tem hospital dia, mas eu acho que os moldes do CAPS (eles estão) é muito próximos, as vezes até é difícil dizer o que é um o que é outro; esse momento de transição do hospital para a sociedade, nesse momento o CAPS é algo muito importante, ele dá, é capaz de conter, dar uma continência pra o usuário, isso a gente percebe mesmo quando não tem nada, o paciente já está muito bem, eles voltam quando estão em crise, sem ter nada marcado, e só de estar aqui pra muitos já é confortante, então, a gente percebe que essa continência, esse acolhimento, e saber que ninguém vai vir aqui e amarrar e conter, porque acho que esse é o medo, de todo mundo, acho que isso já possibilita a procura, eu estou mal vou lá, vou buscar a ajuda do CAPS (J, 22/3/2006).

Eu diria que o CAPS seria o pensador da estruturação da rede de saúde mental, que via de regra o CAPS acaba sendo pra municípios de médio porte o primeiro serviço a ser instituído no território, no município, aí o CAPS acaba assumindo essa responsabilidade, a portaria fala bem disso, a 336, do que compete ao CAPS, e tem vários itens lá, entre eles organizar a rede de saúde mental no município, porém, acaba sobrecarregando os profissionais de saúde mental que atuam nesse CAPS; então, a importância do CAPS na operacionalização da Reforma, ele é importante enquanto um dispositivo crítico, ou seja, se o CAPS não ter a clareza do que seja a Reforma Psiquiátrica ele não vai

operacionalizar, ele só vai operacionalizar a Reforma Psiquiátrica quando ele entender que Reforma Psiquiátrica é o processo social complexo que se configura pelas quatro dimensões, enquanto ele não repensar, refletir a sua prática, o que ele está fazendo, o que não está fazendo, ter mais autocrítica, ele não vai conseguir operacionalizar a Reforma Psiquiátrica; ele tem importância porque tem vários atores, vários profissionais, é um time de pessoas, muito rico, envolvidas que estão no CAPS; agora, enquanto não ter claro o que é Reforma Psiquiátrica, esse processo, não vai conseguir fazer nada; ele é importante, mas se não tiver clareza de Reforma... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Na medida que o CAPS é a primeira, digamos, unidade, primeiro serviço que se propõem a substituir o hospital psiquiátrico já existe nisso por si só a sua importância; é substituição e não que a pessoa não possa ser internada, mas a idéia é que seja nos hospitais gerais, em algum leito nos hospitais gerais, então, bom, o CAPS é o primeiro ponto, é o primeiro lugar onde a pessoa vai passar o dia, onde vai ser tratado de outra forma o seu sofrimento, então, a importância dele está nisso, na importância política e clínica também (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que o CAPS, fundamentalmente, ele faz a clínica; se tem essa rede montada o CAPS faz a clínica, ele faz o atendimento psicossocial do usuário portador de transtorno mental, ele atende as questões mais subjetivas, e de fato toda esse mix de previdência social, a medicação, o atendimento psicológico, atendimento de enfermagem, mas se existe essa rede montada e aí vamos ter um projeto de geração de renda, aí ele vai fazer geração de renda, todas as Oficinas vão acontecer ali e não dentro do CAPS, o CAPS deveria estar na comunidade ele deveria estar territorializado (VIK, 24/3/2006).

Acho que todo mundo gostaria que ele pudesse ser um eixo desencadeador de todos esses ideais da Reforma Psiquiátrica, que a partir disso se experimentasse uma nova relação, que o paciente pudesse estar se soltando mais pra vida, pra construir seus projetos, seus ideais; acho que é muito importante poder retirar pessoas que estão enclausuradas há anos, criar esses mecanismos como residências, etc. pra pessoas que não vão resgatar os vínculos familiares, tem que procurar outras alternativas; acho que o CAPS ainda é uma instituição que é fundamental nessa política, ainda acho que ela pode fazer um papel importante; no dia-a-dia é um pouco mais difícil porque as vezes a gente não tem tantos mecanismos de avaliações, muitas coisas que também a gente vai capengando; quando você vê algumas experiências de pessoas que estão conseguindo dar conta da sua vida, saem, aí você vê que, bom! tem algumas coisas boas que estão acontecendo, o CAPS também está contribuindo; então, no meio dos prós e dos contras eu acho que os prós ainda são maiores, eu acho que é muito mais humano, muito mais um fator de justiça social você ter um espaço assim do que você ter uma pessoa enclausurada no hospital (P, 17/3/2006).

Neste sentido, conforme inscrito na Política Nacional de Saúde Mental, os CAPS devem assumir seu papel estratégico na articulação e no “tecimento” das redes de atenção em saúde mental. Tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da

rede de serviços, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, ONGs, empresas etc. (BRASIL, 2004, p. 12)

3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde

A proposta do progressivo deslocamento dos centros de cuidados em saúde mental para fora do hospital psiquiátrico, em direção à comunidade, colocada na e pela Reforma psiquiátrica tem nos CAPS o dispositivo estratégico desse movimento. Neste sentido, a rede básica de saúde torna-se o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os portadores de transtorno mental.

Essa rede é formada pelos centros ou unidades locais e/ou regionais de saúde, Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, que atuam na comunidade de sua área de abrangência. Os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, pois tem um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Por sua proximidade com as famílias e comunidades, as equipes de atenção básica são um recurso fundamental para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso de substâncias psicoativas e diversas formas de sofrimento psíquico. Neste sentido, é importante e necessária a integração e articulação dos CAPS com a atenção básica. Assumir esse compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção da saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo (BRASIL, 2004).

As atuais diretrizes da política de saúde mental do Ministério da Saúde orientam que, onde houver cobertura do PSF, deverá haver uma equipe de apoio matricial em saúde mental para no mínimo seis e no máximo nove equipes de PSF. E, que as ações de saúde mental na atenção básica devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2004).

No que se refere à relação existente entre o CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município e qual o tipo de relação existente, os dados coletados na

pesquisa indicam que: a maioria (91,7%) respondeu que sim, com ressalva de que é muito pouco, funciona de maneira precária e confusa, e que está num processo preliminar ainda. O profissional que respondeu não, observou que a rede está em processo de formação. Os profissionais cujas respostas foram positivas identificaram que a relação é de encaminhamentos, atendimentos em conjunto com as equipes de saúde mental das Regionais de Saúde, ajuda em atendimentos nas unidades locais de saúde, com os agentes comunitários de saúde, de referência, de acompanhamento, visitas domiciliares, encontro mensal dos trabalhadores de saúde mental da rede e encontro mensal dos psiquiatras da rede.

Sobre a relação do CAPS com as equipes de PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência alguns entrevistados observaram que a relação é pouca ou mínima, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda²³. Foram apontadas como justificativas o fato de o CAPS Ponta do Coral não estar territorializado, deste ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta do município, e a ausência de um planejamento e de estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente.

O CAPS como ele é único, então, ele é de toda a região; então, eu poderia até estar te respondendo que a gente tem um Posto aqui de cima do CAPS, que é o Posto da Agrônômica, ali tem o Programa de Saúde da Família implantado, com a presença dos residentes do Programa Saúde da Família e o contato que eu tenho, ele é meu, não existe nenhum outro programa ou vamos dizer convênio do CAPS com a Agrônômica, é meu aqui, assim como talvez seja da psicóloga em outro momento quando há essa partilha de paciente quando faz parte dos dois, então, eu só sei do que eu tenho, mas é muito pouco, eu tenho contato com alguns residentes que atendem alguns pacientes daqui, e eles precisam de algumas dicas ou, enfim, de se interar do que acontece, e eu também preciso saber como é que anda o acompanhamento deles lá, e aí entra em contato, as vezes vem aqui ou eu vou lá, mas são essas formas isoladas e depende daquele momento e da necessidade daquele usuário, não é algo que seja programado, que seja antecipado, institucionalizado, no sentido de firmar essas relações de uma forma..., não há; e, assim, o contato é com os residentes, não tem o contato com quem realmente vai ficar, porque os residentes passam depois de dois anos, eu também não tenho contato de quem é o médico, quem é o enfermeiro do Programa Saúde da Família, quem é o agente comunitário que vai na casa desses usuários, isso não tem, acho isso muito ruim, é muito falho, embora, volta pra aquela questão da equipe, que as coisas não são compartilhadas, você nunca sabe direito, é muito fragmentado, o que já foi feito, o que não está sendo feito; também não é delegado a função à ninguém de fazer, não há um planejamento pra isso (J, 22/3/2006).

²³ Em estudo sobre o CAPS de Palhoça/SC, Franco (2005) encontrou situação semelhante na relação do CAPS com o PSF e demais serviços de atenção básica municipais.

É mínima, é mínimo o contato, assim, as vezes, quando a gente necessita a gente vai atrás, tenta achar alguém que se interessa, que tenha alguma afinidade com a saúde mental, as vezes um agente de saúde que consegue se aproximar mais daquele usuário que mora lá e que resolve dá uma força, mas é assim, depende de uma série de coisas, da disponibilidade pessoal, da sorte de encontrar alguém etc., quer dizer é falta mesmo da articulação em rede, porque se a gente tivesse essa articulação o PSF automaticamente já seria acionado, e a gente não tem isso; claro, quando a gente precisa a gente até encontra uma boa resposta das equipes do PSF, mas pode não encontrar, tem um risco[...] não, isso não existe (articulação institucional CAPS – PSF), isso tem que ser construído, tem que ser proposto (F, 12/4/2006).

A relação que o CAPS tem é principalmente pra acompanhamento, a relação é essa, relação de acompanhamento, as vezes precisa realizar alguma busca ativa e não temos a possibilidade no momento, então, tem essa relação, a relação que a gente tem é mais no sentido de acompanhamento do próprio usuário; o que seria ideal, seria um pouco mais de estreitamento, discutir junto com o Programa de Saúde da Família alguns casos, nós irmos aonde os agentes comunitários estão, discutir algumas situações e isso não tem acontecido ainda; com essa lógica aí das regionalizações tem essa possibilidade; então, hoje existe uma relação, só que uma relação muito esporádica de situações isoladas e que precisa ser superada; o maior problema que existe é devido ao CAPS não ser territorializado, o CAPS II Ponta do Coral ele tem que atender uma demanda muito grande, basta ver o IBGE hoje, tem 400 e poucas mil pessoas em Florianópolis, então, é um CAPS II pra atender toda a demanda adulta do município, talvez o ideal seria um CAPS I em cada região, nas cinco regionais, e transformar esse CAPS num CAPS III no caso, e aí repensar depois toda a rede; então, a relação, ela se compromete com o Programa Saúde da Família devido a não territorialização do CAPS Ponta do Coral, a relação que existe é a relação de acompanhamentos isolados (GIRASSOL, 20/3/2006).

É uma relação ainda muito inicial ainda, um pouco precária; com os agentes comunitários a gente tem mais proximidade, no momento da visita domiciliar e no momento de fazer o resgate dos usuários que abandonaram, por algum motivo, o atendimento, mas acho que a relação poderia ser melhorada se o CAPS fosse territorializado, como a gente está aqui, é no centro pra todo o município, fica muito difícil, então, a nossa relação é muito mais com as referências regionais de saúde mental da atenção básica do que com as próprias equipes de PSF das unidades locais de saúde (VIK, 24/3/2006).

É isso que eu falei, essa perspectiva da regionalização que começou aqui visava uma maior articulação com a rede; eu acho que isso é um projeto que está ainda meio que na sua infância, ele está começando e, assim, o que eu te falei, a gente precisa sair mais daqui, no Norte (Regional Norte) a gente vai tentar essa experiência agora (realizar as reuniões da regional nos postos de saúde) de contato e incluir, por exemplo, os agentes comunitários nos processos de reunião com os pacientes daqui, tentar ver se eles podem estar acompanhando o paciente lá; tem uma paciente que está aqui que a gente esteve lá no Posto do Saco Grande pedindo pra equipe assumir alguns cuidados com essa paciente, eles se

dispuseram, mas assim, por enquanto ta muito mais alguma iniciativa aqui, ali, do que um processo mais amplo, não sei assim como isso vai caminhar com a história de já ter, por exemplo, profissionais regionalizados, isso também vai poder ser incrementado, esse é um desejo que eu tenho (P, 17/3/2006).

É muito pequena, muito, muito, muito, muito; eu não sei nem te dizer, em uma escala de um a dez acho que fica em dois, está muito pequena, está muito além do que poderia ser, eu acho que talvez com a implantação agora dos serviços na rede, nós temos em cada Regional um psiquiatra, dois psicólogos, uma média assim, está existindo mais aproximação, mas do CAPS não, muito pouco, muito pouco. [...] quando tu pergunta, hoje, qual é a relação do CAPS? eu não posso te mentir, pra mim é quase zero (LÉLI, 4/4/2006).

Buscando explorar as informações sobre a relação do CAPS com a rede municipal de serviços de saúde, perguntamos aos profissionais se o serviço realiza algum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. A maioria deles (75%) respondeu que não, dois referiram não saber responder e um respondeu que sim. Dentre os que responderam que não, um justificou que o CAPS não tem estrutura para atender mais esta demanda. Dois dos profissionais entrevistados disseram estar pensando neste tipo de trabalho. Um deles falou sobre a existência de um projeto, conforme relatado na fala que segue.

[...] a gente tem um projeto aqui que é de formação de acompanhantes terapêuticos, e no ano passado a gente formalizou esse projeto e mandamos pro Ministério da Saúde, ele foi aprovado e até hoje estamos esperando a liberação de dinheiro, mas enfim, o projeto foi aprovado, e a idéia era justamente transformar o agente comunitário de saúde num acompanhante terapêutico, e aí a gente faria a formação, uma capacitação, um curso de capacitação aqui, e depois faria o segmento com supervisões regulares, é uma forma de dar formação em saúde mental pra atenção básica e manter essa que é uma função do CAPS de dar supervisão e a formação mesmo pra esse nível da atenção; [...] a gente está esperando o dinheiro do Ministério da Saúde, ta lá pendurado, a gente olha o nome do projeto na internet, está lá, mas não tem nem empenho ainda, significa que não tem dinheiro destinado (F, 12/4/2006).

Para que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas na atenção básica é fundamental a capacitação destas equipes. A orientação é que as equipes de saúde mental de apoio á atenção básica incorporem ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. Conforme aparece na fala do profissional, são previstos recursos para o financiamento deste tipo de ações, embora, muitas vezes, a dependência de orçamento, a morosidade burocrática e/ou

ausência de decisão política, que justificam a longa demora, acabam por desestimular, dificultar, inviabilizar as iniciativas dos profissionais.

Repetidamente, temos ressaltado neste trabalho que os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico para a organização da rede de atenção em saúde mental, conforme é indicado nas diretrizes políticas da Reforma Psiquiátrica. Nesta direção, questionamos os técnicos da equipe do CAPS Ponta do Coral sobre qual o lugar que o serviço ocupa na rede municipal de atenção em saúde, em Florianópolis. As falas transcritas na seqüência destacam o fato deste não estar territorializado e, portanto, não se constituir no serviço regulador da porta de entrada para o atendimento em saúde mental. As equipes de saúde mental nas referências das Regionais de Saúde é que, atualmente, constituem-se no serviço primeiro de atenção em saúde mental. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhados pessoas com transtorno mental grave.

Seria esse serviço que articula, que regulamenta; não necessariamente ele é uma porta aberta que entra qualquer um; eu acho que ele pode até ser a articulação e a regulação, pode ser feita até capacitações nas equipes locais de unidades básicas, que a partir daí você vai poder em um caso de uma ansiedade ou uma briga com o namorado, “eu tomei 4 aspirinas”, não vai chegar aqui no CAPS; vai chegar aqui no CAPS realmente aquilo que for um caso mais grave, e só há possibilidade de isso acontecer a partir do momento em que as unidades locais estejam todas capacitadas e entendendo, até porque assim diminui o trânsito desse paciente; vamos supor: ele sai de uma cidade, vem pra Florianópolis, daí diz: onde é que eu vou num psiquiatra? Ah! vai lá no CAPS, aí alguém fala: mas tem que passar no clínico antes, aí passa no clínico, aí o clínico encaminha pro psiquiatra, daí ele não sabe onde vai procurar o psiquiátrica - vem pro CAPS, não vem pro CAPS, aí vem pro CAPS, mas é que na verdade ele toma fluoxetina há 2 anos, está em tratamento de manutenção porque ele tem um quadro de depressão recorrente, não é caso CAPS, então, isso já poderia ter sido triado lá no começo, o paciente já poderia estar tendo as consultas desde o início, todas acertadas, sem precisar ficar correndo de um lado pro outro [...]; então, eu acho que ele tem esse papel, tem essa função de regular, de saber o que está acontecendo no hospital, na Colônia, e ter esse contato, uma ligação sempre com a Colônia, e com os Postos de saúde [...]. (hoje, o CAPS faz isso?) algumas coisas, bem isoladas, de novo, é meio como um apaga fogueira; por exemplo, hoje, a gente foi fazer uma visita domiciliar lá no Saco Grande (bairro de Florianópolis) porque o paciente estava em tratamento psiquiátrico particular e parou de tomar o remédio, e aí a gente foi lá, só que o paciente não queria falar com a gente, mas, assim, eu chego lá, converso com a equipe que está lá naquele local e muitas vezes é só a psicóloga; também tem um certo descaso, no sentido de que ah! agora eu não posso falar, porque não percebe que conversando sobre aquele caso vai possibilitar que isso seja ampliado pra outros casos, pensam-se saídas semelhantes pra outro momentos, mas, assim, acaba virando um apaga fogo, e toda hora você tem que ir

apagar um fogo; então, existe um pouco, mas não de uma forma bem usada (J, 22/3/2006).

É atenção secundária como se diz; ele regula e não regula; [...] tudo vai passar muito pela clareza que os profissionais que estão na saúde mental tem em relação a própria epistemologia, tem em relação a própria política, tem em relação a própria noção de SUS, a própria noção de controle social, a própria noção dos princípios do SUS; então, tudo vai passar por isso, porque que eu estou dizendo isso, o CAPS é uma atenção secundária como a gente chama, eu acho ainda que o atendimento mais complexo, o atendimento terciário, deveria ser no território, acho que centrar as forças no território [...]; então, [...] a atenção básica é onde deveria regular isso, a regulação dessa entrada nesse sistema de saúde mental, nessa rede de saúde mental ela teria que ser prioritariamente atenção primária em saúde; então, as vezes, por necessidades especiais, por situações específicas, a pessoa acaba vindo direto pra cá, direto pro CAPS e aqui a gente atende, e, as vezes, essa pessoa não é indicada pra estar no CAPS, aí volta pra atenção básica, então, tem essa dificuldade, ou seja, o lugar que o CAPS ocupa na rede municipal de atenção em saúde é uma atenção secundária à pessoa com transtorno mental grave, já avaliada pela atenção primária em saúde, aquela pessoa que corre risco de suicídio, que acaba prejudicando a vida de outras pessoas, que está muito mal, nesse sentido (GIRASSOL, 20/3/2006).

Regulador da porta de entrada: não; como não é territorializado, a gente tem esse problema de ser serviço de referência pra onde vem os pacientes já encaminhados, ele passou pela porta de entrada do sistema lá no Posto, ele vem encaminhado pra cá ou através dos hospitais psiquiátricos, que é também uma outra forma de encaminhamento, mas a gente não faz a regulação da entrada; hoje, também, como tem equipes mínimas de saúde mental nas regionais, elas também funcionam muito mais como a reguladora do que nós; a porta de entrada é pelas equipes de saúde mental das regionais (F, 12/4/2006).

Eu acho que são várias coisas, por ser o único CAPS, pela rede não estar estruturada ainda, e pelas pessoas não conhecerem o serviço da rede, existe uma mistura, assim, o que é pra ir lá pro psiquiatra do Sul (regional de saúde), o que é pra vir pro CAPS; qual é o papel do CAPS, é a não internação, mas não tem CAPS III, então, a noite o cara não tem pra onde ir, na verdade, o CAPS ele é um espaço que regula a entrada do usuário sim, num primeiro momento sim, porque todos os que foram para a atenção básica muitos foram daqui, muito mais que a procura de fora daqui, primeiro eles vem pra cá, depois eles vão pra lá, agora o processo até está sendo inverso, já estão procurando a atenção básica porque eles já estão conhecendo, mas antes era daqui pra atenção básica, e é o único espaço, programa que acolhe o usuário psicótico, com transtornos mentais graves, porque a rede básica, ela não atende, se o cara tem um surto psicótico, está com qualquer surto, que está mal, ou ele tem um embotamento, ele não fala, está na família há anos, está lá segregado, está lá no quatinho dos fundos, não é caso de atenção básica é caso CAPS, então, ele é o único serviço de Florianópolis que se propõem a atender o usuário, o portador de sofrimento psíquico fora de hospital (LÉLI, 4/4/2006).

Ele é o primeiro serviço de saúde mental do município, primeiro serviço estruturado, credenciado no Ministério da Saúde, eu penso que ele tem um papel importante, ele serve como uma referência de atendimento em saúde mental a usuários portadores de transtornos mentais; dentro da rede, hoje, a gente tem as referências regionais de atenção em saúde mental na atenção básica, nas ULS, que são as unidades locais de saúde, então o CAPS serve como referência de atendimento a usuários com transtornos mentais graves do município de Florianópolis, é pra isso, essa é a função (VIK, 24/3/2006).

Pelas falas dos profissionais evidencia-se que Florianópolis não tem uma política municipal de saúde mental estruturada. A rede de serviços está em processo de formação e implementação. As ações ainda são muito isoladas e fragmentadas, sem uma direção comum. É notório que um único CAPS para atender a totalidade da demanda adulta do município é insuficiente. As possibilidades de atuação do serviço na prevenção e promoção da saúde mental, na capacitação e supervisão das equipes de atenção básica ficam, assim, prejudicadas e/ou inviabilizadas.

No processo de operacionalização da Reforma Psiquiátrica, conforme as orientações da Política Nacional de Saúde Mental e as propostas aprovadas na III CNSM, é necessário que os gestores estaduais e municipais estabeleçam mecanismos efetivos para o controle das internações psiquiátricas. De acordo com a Portaria GM/MS n ° 336/02, os CAPS devem possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou modulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local (BRASIL, 2002a). Com base nisto, perguntamos aos entrevistados se o CAPS tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Eles referiram que não, contudo, divergiram sobre como o serviço fica sabendo quando ocorre internação de seus usuários.

Não tem. A gente fica sabendo quando a família comunica ou quando é usuário de atenção intensiva, ou ele fez uma crise ou ele desapareceu do serviço, aí pela falta mesmo, pela ausência que ele provoca a gente vai atrás e fica sabendo que ele foi internado, mas a gente não tem instrumentos de controle sobre isso; a gente faz, no momento da internação, a gente procura manter pelo menos uma visita da equipe da Regional pra não perder o vínculo etc., mas nada formalizado, assim, no momento que aparece, que a gente fica sabendo; geralmente, a gente sabe, hoje é relativamente fácil, não acontece daquilo... fulano desapareceu e de repente aparece ele dois meses depois aqui novamente..., sai da internação ontem e tal, isso não acontece mais, geralmente a gente consegue ficar sabendo (F, 12/4/2006).

Não. Na realidade a família leva pra internar e pronto, as vezes comunica, as vezes a gente fica sabendo quando a gente vai fazer uma visita lá, muitas vezes a gente nem sabe que o paciente ficou internado, a não ser quando a gente liga, e aí o que está acontecendo, não está vindo, mas ele foi internado; então, não há esse controle e também quando é internado lá, dificilmente, alguém entra em contato, nunca vi, entra em contato olha fulano de tal está internado aqui com a gente, não tem essa comunicação (J, 22/3/2006).

Em relação ao controle das internações psiquiátricas, oficial e formal, nós não temos; estou falando enquanto profissional que atende uma determinada regional de saúde, isso nós não temos; o que poderia ser feito: um maior estreitamento com o “manicômio”, com o IPQ ou o São José (hospitais psiquiátricos), que quando internasse pessoas lá teria esse contato aqui, pra gente já ir conversando, já acompanhando juntamente com a equipe do hospital psiquiátrico essa pessoa, porque final de semana ou depois das 18 horas o serviço não atende, as vezes as pessoas entram em crise e a gente não tem como acompanhar isso, não tem como saber; o acompanhamento que tem é, as vezes, os familiares nos avisam que a pessoa está internada, quando a gente acompanha essa pessoa e fica sabendo que ela acabou internando; então, não tem uma política mais estreita de acompanhamento de internação psiquiátrica, isso não tem. (GIRASSOL, 20/3/2006).

Da área de abrangência seria toda a cidade, isso não, mas dos usuários aqui sim, atendidos aqui sim; [...] geralmente, assim, quando o usuário está iniciando um surto a gente tenta fazer o atendimento pra prevenir a internação, pra evitar de fato a internação psiquiátrica, só que nós estamos aqui até as 6 horas da tarde e não estamos final de semana, então, a gente não está nem a noite nem final de semana, e aí acontece de a família internar, isso acontece pouco, muito pouco, e quando acontece a gente faz o atendimento no próprio hospital, a gente vai até lá faz o atendimento, mas é pouco assim, agora da cidade como o todo a gente não tem (VIK, 24/3/2006).

O controle ele tem pelo prontuário, não poderia te dizer que tem um controle do ponto vista de uma escala, ah anualmente quanto a gente tinha e quantos foram internados, [...] o usuário se ele foi internado a gente não soube, se está internado, aí ele aparece aqui depois da internação, um mês ou dois meses, a gente tem escrito no prontuário, esse é digamos o que a gente fica sabendo (LÉLI, 4/4/2006).

Não, eu digo por nós, eu acho que, as vezes, a gente... ah o paciente foi internado, como acontece de a gente saber, e as vezes a gente vai lá fazer uma visita, as vezes tem a questão do carro (o CAPS tem um carro a disposição somente um dia por semana), e a gente fica...; sempre que acontece e tal, as vezes, a gente nem fica sabendo, quando vê o paciente já está de volta, as vezes acontece essa situação; eu fui tentar fazer um pequeno levantamento pra fazer essa avaliação e percebi que a gente não tem registro de quantos dias o paciente ficou internado, se ele ficou internado quantas vezes durante o tempo que está em tratamento aqui, falta um registro melhor e um acompanhamento melhor dos técnicos; (como ficam sabendo da internação) as vezes o paciente volta já depois, as vezes a família liga avisando, [...] o hospital não me lembro se eles ligaram, só se precisar de alguma coisa, em geral, eles não ligam; então,

assim, o paciente saiu aí eles trazem de novo aquele encaminhamento, ou ele vem pra cá porque, normalmente, ele já estava aqui, mas assim, a gente tenta ao máximo que ele não precise ser internado, essa política existe, segurar a crise (P, 17/3/2006).

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que a internação e a reinternação psiquiátrica deverão ocorrer após avaliação da equipe técnica de saúde mental dos serviços substitutivos, devendo ser estabelecidas formas de controle único para a emissão de AIH, assegurando que todas as internações necessárias sejam autorizadas pelo serviço público, preferencialmente de base territorial (BRASIL, 2002a).

Conforme pode ser observado nas falas dos participantes da pesquisa, a insuficiência do CAPS em exercer o controle das internações referente a sua clientela e a demanda no município refere-se ao fato de o serviço não estar territorializado, sendo inviável cumprir com tal exigência no âmbito da totalidade de uma população de aproximadamente quatrocentos mil habitantes, distribuídos numa área geográfica de 436,5 Km². Com a implantação das equipes de saúde mental nas Regionais de Saúde, estas passam a ser as responsáveis pela regulação da porta de entrada no sistema de atendimento. O CAPS II Ponta do Coral passa a ser a referência para onde são encaminhadas pessoas com transtornos mentais graves, egressos de hospitais psiquiátricos, internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). A falta de controle das internações psiquiátricas é uma realidade também de outros centros de atenção psicossocial, conforme verificado por Franco (2005), em seu estudo sobre o CAPS do município vizinho de Palhoça/SC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha deste tema de pesquisa está relacionada à minha trajetória de estudos no Curso de Graduação em Serviço Social e à minha inserção como pesquisadora no Núcleo de Estudos e Pesquisas Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas (NESPP) do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. A esta trajetória soma-se a experiência de Estágio Curricular em Serviço Social, realizada no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis, em 2003, da qual resultou o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Programa Alta Progressiva: uma contribuição para o processo de reabilitação psicossocial no HCTP de Florianópolis”. Com o referido Estágio foi possível vivenciar o contato direto com a realidade de algumas instituições como hospitais psiquiátricos e centros de atenção psicossocial da rede municipal e estadual de serviços de atenção em saúde mental, fato este que estimulou a busca de novos conhecimentos e o desejo de atuação profissional na área. A continuidade dos estudos foi possibilitada por meio da entrada como mestranda no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da mesma universidade. Sendo assim, o trabalho que apresentado nesta dissertação tem estreita relação com meu percurso profissional e meu desejo pessoal.

Conforme destacamos no decorrer do estudo, a reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

A implantação de uma nova política de atenção, com as implicações socioculturais da proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira passa pela necessidade de articulação intersetorial e por ações que contribuam para alterar as representações sociais sobre a loucura e os direitos dos portadores de transtornos mentais. A transformação do modelo assistencial e de um conceito teórico em diretrizes operacionais é um processo complexo e depende de vários fatores para que se mantenha a direcionalidade pretendida pelos diferentes atores sociais, participantes do jogo social.

Especificamente, no caso do CAPS estudado, as dificuldades de concretização dessa nova lógica de atenção em saúde mental perpassam e se inter-relacionam nos diferentes eixos que compuseram a presente pesquisa.

No que se refere a estrutura física, os profissionais indicam que o CAPS conta com espaço e equipamentos adequados às necessidades do serviço. Entre os anos de 2003 a 2004, o CAPS passou por uma reforma em suas instalações, ficando estas, adequadas aos objetivos da unidade. As condições poderiam ser melhores se as oficinas produtivas fossem realizadas em outro local, pois além de favorecer a utilização do espaço hoje ocupado para outras atividades, possibilitaria a inserção dos usuários em outro ambiente, favorecendo-lhes sua sociabilidade.

Em relação aos materiais de consumo, os problemas vão desde a ausência total de objetos e utilidades básicas à manutenção do serviço até o recorrente atraso no repasse dos materiais necessários às oficinas terapêuticas e de produtividade. As oficinas ficam prejudicadas e até mesmo paralisadas por conta das faltas de recursos e dificuldades de gestão adequada do serviço. Esta situação coloca em prejuízo o projeto terapêutico de tratamento dos usuários e a eficácia e efetividade dos propósitos da nova política de atenção em saúde mental.

No campo da gestão do CAPS, apesar da histórica escassez de recursos destinados à saúde, foram evidenciadas situações problemáticas, principalmente no processo de descentralização político-administrativa, que poderiam ser melhoradas a partir dos recursos existentes. De acordo com os resultados da pesquisa, 50% do grupo de técnicos afirmam que existe planejamento e avaliação das ações. Alguns deles observam estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação, objetiva e sistemática, dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declaram não existir processo de planejamento e avaliação das ações, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

Sobre este aspecto, cabe destacar que as técnicas disponíveis na área de planejamento e avaliação de serviços de saúde têm mostrado bons resultados quando aliadas à vontade política de mudar a situação. Apesar dos dados demonstrarem uma divisão entre os técnicos no que se refere a afirmação sobre a existência de planejamento e avaliação, destacamos que as poucas ações que acontecem giram em torno das atividades que são e aquelas que poderão ser realizadas, e na discussão sobre as dificuldades cotidianas do trabalho na unidade. As avaliações são informais, realizadas na reunião

mensal da equipe técnica e nas reuniões clínicas semanais, sendo notório a ausência de um processo de planejamento estratégico, sistemático e contínuo do projeto terapêutico do CAPS, bem como, de avaliação de indicadores.

Com relação aos recursos financeiros, os resultados da pesquisa apontam para o que já vem sendo denunciado por autores como Amarante (2003; 2005): o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. O pagamento pelo sistema de procedimentos realizados, por meio das APACs, condiciona a existência de recursos à produtividade do serviço. Quando os CAPS não estão articulados com outras políticas sociais necessárias à sobrevivência do usuário e a adesão dele ao projeto de vida que o serviço deve-lhe oferecer, a tendência é fracassar.

Para que a pessoa possa freqüentar o CAPS ela precisa de condições materiais e psicossociais básicas, como moradia, transporte, alimentação, auto-estima, estímulo, desejo, etc.. Quando o usuário não desfruta de tais condições as chances dele se vincular ao projeto terapêutico são menores e, conseqüentemente, sem a participação ativa dos usuários o CAPS não terá produtividade. Ainda, nem todas as ações realizadas no CAPS constam na tabela de procedimentos pagos pelo atual sistema do SUS, dificultando as atividades de ressocialização que envolvem trabalhos na comunidade e na sociedade.

Os profissionais afirmam que os usuários participam do planejamento das atividades do CAPS. Referem que isso acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Neste caso, foi possível perceber que a participação dos usuários em geral diz respeito mais a questões cotidianas do funcionamento do serviço. A associação participa diretamente da comercialização dos produtos confeccionados nas oficinas e na realização de alguns convênios com entidades da área da cultura, lazer, ensino, etc. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada, que abarque as especificidades da área da saúde mental e envolva os usuários, os familiares e os técnicos como sujeitos partícipes do processo de gestão do serviço.

No eixo recursos humanos e projeto terapêutico existem contradições explícitas e implícitas que perpassam o discurso e as práticas dos técnicos que prestam assistência aos usuários do serviço. Eles reconhecem e destacam a relevância do trabalho em equipe, argumentam que este traz a possibilidade de trocas entre as várias áreas do conhecimento e a conseqüente oferta de um atendimento multidimensional. Contudo, relatam dificuldades

na realização deste trabalho, devido a uma suposta diferença de formação profissional e de concepção, com relação ao que sejam os objetivos do CAPS e da Reforma Psiquiátrica. Indicam existir interdisciplinaridade no atendimento ao usuário, no entanto, percebeu-se que a concepção de interdisciplinaridade aparece muito mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade, estando ainda distante dos ideais da intertransdisciplinaridade.

Sendo assim, cabe destacar que sem a devida clareza e consciência do que exatamente deve mudar corre-se o risco de que, fundamentalmente, se modifiquem os espaços de realização do tratamento, transferindo-se e conservando-se as práticas de exclusão e discriminação. É preciso se ter em conta que toda dimensão técnica tem também uma dimensão política. Dessa forma, faz-se necessário questionar-se sobre o que se pretende com o “fazer” nos novos serviços de atenção à saúde mental e que valores estão presentes nas ações executadas. O usuário precisa ser percebido como sujeito do processo saúde-enfermidade, e não como objeto e instrumento do exercício das relações de poder disciplinar.

Com relação ao eixo participação do usuário e da família no tratamento, os participantes da pesquisa identificam dificuldades em realizar o atendimento familiar no CAPS. Os profissionais relacionam como justificativas, a falta de técnicos qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades da equipe. Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que seja o transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, também foram relatados pelos entrevistados. Entre os obstáculos para a (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e o estigma da loucura ainda presentes no imaginário social das pessoas.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacam o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário. Neste aspecto queremos destacar a necessidade de se reconhecer, no processo de implantação da Reforma e da política de saúde mental, um projeto ético-político social, capaz de reavaliar, substancialmente, o conceito tradicional de

“doença/saúde mental” e, conseqüentemente, a forma de como lidar as diferenças em sociedade.

No eixo (re)inserção social procuramos identificar se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas à desinstitucionalização e à reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referem que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras. A maioria deles afirma que não existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer.

Tais dados nos remetem ao questionamento sobre como a Reforma Psiquiátrica, em sua aplicação prática, apresenta certa inércia política. Existe uma lacuna entre o referencial teórico do novo modelo de atenção e as práticas que se efetivam no cotidiano dos serviços. Com isso, queremos chamar a atenção para a necessidade urgente de se construírem ações de atenção que favoreçam o conhecimento de si, reforcem a autonomia, o cuidado de si e a emancipação do sofredor psíquico.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referem que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental. A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos profissionais como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista político-jurídica dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico. Na visão dos participantes da pesquisa, o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica relaciona-se a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos pressupostos da própria Reforma. Não obstante, destacamos aqui a necessidade de se refletir sobre o descompasso entre a vitória no campo jurídico, o novo discurso da Reforma Psiquiátrica e um fazer prático que parecem ainda negar a emancipação do portador de transtorno mental.

No eixo integração do CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município, os dados coletados na pesquisa indicam que a relação existente é pouca, funciona de maneira precária e confusa, e que ainda está num processo preliminar. A articulação com as equipes de PSF e PACS também é insuficiente, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda. A unidade não realiza nenhum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. Apenas dois profissionais referiram estar pensando neste tipo de trabalho.

Foram apontadas como justificativas para esta situação o fato do CAPS não estar territorializado, de ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta de todo o município, e a ausência de um planejamento e estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhadas pessoas com transtorno mental grave. E, segundo os entrevistados, não tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Neste aspecto, vê-se a urgência na redefinição da abordagem em saúde mental, fazendo-se necessário a construção de estratégias de atenção integral, dentro dos princípios do SUS, que envolvam o portador de transtorno mental como cidadão, a família, o Estado e a sociedade.

De acordo com os profissionais existem diferenças no atendimento prestado no e pelo CAPS em relação aos hospitais psiquiátricos. Eles se referem às diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência do discurso médico psiquiátrico do hospital, e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e as necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial, em contraposição ao tratamento igual para todos das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Por fim, os dados coletados na presente pesquisa indicam que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes, prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a relação eficácia/efetividade dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Concluimos, com este estudo, que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é ainda um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológica, técnico-assistencial, político-jurídico e sócio-cultural.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____, P. (coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995a.

_____, P.. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. vol.11, no.3, jul./set. 1995b, p.491-494. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 14/09/2005.

_____, P. A (clínica) e a Reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. pp. 45-65.

_____, P. **A epistemologia e a Clínica da Reforma**. Conferência proferida no IV Encontro Catarinense de Saúde Mental. Florianópolis, 30 de junho a 2 de julho de 2005. (anotações manuscritas).

BASAGLIA F. (coord.) **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 3ª ed. Tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002a, 213 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em Saúde Mental 1990-2002**. 3ª ed. revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAPS II PONTA DO CORAL. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. **Projeto Terapêutico**. Florianópolis, 2004.

CORREIA, M. V.C..Que controle social na política de Assistência Social? **Revista Serviço Social & Sociedade**. N. 72. São Paulo: Cortez, nov. 2002, pp. 119-144.

COSTA, R. C. R. da.. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia e Política** Nº 18: 49-71 JUN. 2002

COSTA –ROSA, A. da; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. p. 13-44.

COSTA-ROSA, A. da.. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asialr. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. p. 141-168.

CHIZZOTTI, A.. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R.. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

DESVIAT, M.. **A Reforma Psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental**. In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

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

FLEURY, S.. **Espaço, território e cidadania**: a cidade dos cidadãos. Trabalho apresentado no VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra (16,17,18 de setembro), 2004. Disponível em: <www.ces.uc.pt/LAB2004>. Acessado em 20 de fevereiro de 2006.

_____, S.. (org.). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989.

FREIRE, F. H. M. de A.; UGÁ, M.A.D.; AMARANTE, P. Os centros de atenção psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

FRANCO, S. de O.. **Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de caso**. 2005. 110f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Florianópolis, 2005. 110f.

FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial**. Percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004.

GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E.. **A pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, R.. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M.. **Microfísica do poder**. Trad. de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graaal, 1979.

MINAYO, M. C. de S.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC; ABRASCO, 1994.

MIOTO, R.C.T.. Família e saúde mental: contribuições para reflexão sobre os processos familiares. **Revista Katalysis**. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico. Departamento de Serviço Social. N.2 Florianópolis: Editora da UFSC, 1998.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental: em busca da articulação e qualificação das ações em saúde**. Monografia

(Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Latu Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

OLIVEIRA, W. F.; DORNELES, P.. Patrimônio e ambiente da loucura: a formação do profissional de saúde mental e o dialogo com a vida da cidade. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

PITTTA A.. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje. In: PITTA. A.(org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral**: desvelando sua significação. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

_____. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

ROSA, L.C.dos S.. Os saberes construídos sobre a família na área da saúde mental. **Revista Serviço Social & Sociedade**. N° 71. Ano XXIII. São Paulo: Cortez, set de 2002, pp. 138-164.

_____. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, F., et. al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SANTOS, W.G.. **Cidadania e Justiça**. Rio de Janeiro: Editora Campos, 1979.

SARACENO, B.. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SOUZA, W. da S.. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. jul./ago. 2001, vol.17, no.4

p.933-939. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 19/10/2005.

SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Teses em Enfermagem, 42).

STUANI, D.. **Projeto de Estágio**. (Projeto de Estágio Curricular apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina). Florianópolis, 2005. texto digit.

TENÓRIO, F. G. (org.). **Gestão de ONGs**: principais funções gerenciais. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

TORRE, E.H. G; AMARANTE, P.. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. [online]. 2001, vol.6, no.1 [citado 05 Dezembro 2005], p.73-85. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br> >. ISSN 1413-8123.

TRIVIÑOS, A.N. S.. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. (org.). **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000a.

_____, E. M. Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000b. p. 169-194.

VIEIRA, L. **Cidadania e globalização**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Formulário a ser aplicado a todos os profissionais da equipe do CAPS.

Identificação

Nome:

Apelido:

Formação:

Ano:

Capacitação específica na área: Sim Não

Nível: residência especialização mestrado doutorado

Tempo de serviço na instituição:

Tipo de vínculo empregatício: Servidor público concursado contrato temporário

Outro. Especifique _____

Regime de trabalho: _____ (horas semanais)

Tempo de atuação na área:

Experiência de atuação profissional em outra instituição: Sim Não

Qual:

Tempo:

Principais perguntas

- 1) A área física do Caps é suficiente para o atendimento da demanda? Sim Não
- 2) As instalações são adequadas para a realização das atividades propostas? Sim Não
- 3) Os equipamentos disponíveis são suficientes? Sim Não
- 4) Estão em bom estado de utilização? Sim Não
- 5) Os materiais disponíveis são suficientes? Sim Não
- 6) Existem dificuldades na realização das atividades do Caps Sim Não. Em caso de resposta afirmativa, especifique as cinco principais? _____

- 7) O trabalho é realizado em equipe? () Sim () Não.
- 8) Existe algum tipo de supervisão de equipe ou outro recurso para acompanhar e discutir as questões do trabalho em equipe? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual?
-

9) Participa ou já participou de capacitação específica para atuar no Caps? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual? _____

10) Durante o tempo em que está trabalhando na instituição houve algum treinamento ou capacitação? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quando? _____(ano). De quantas horas? _____. Organizado por quem? _____

11) Na sua opinião, existe interdisciplinaridade no trabalho no Caps? () Sim () Não

12) Você conhece a política de saúde mental? () Sim () Não.

13) No Caps, existe disponibilidade de material didático e documentos sobre a política de saúde mental? () Sim () Não.

14) Existe planejamento e avaliação das ações do Caps? () Sim () Não

15) Existe projeto terapêutico de trabalho da instituição? () Sim () Não. Em caso afirmativo, foi planejado em equipe? () Sim () Não.

16) O serviço adota projeto terapêutico individualizado? () Sim () Não.

17) O usuário participa do planejamento do seu tratamento? () Sim () Não.

18) Existe atendimento familiar? () Sim () Não.

19) Existem ações intersetoriais do Caps e outras instituições que envolvam: educação, trabalho, esporte, cultura e lazer? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quais?

20) Existe relação do Caps com a rede básica de saúde municipal? () Sim () Não.

Que tipo? _____

21) O Caps realiza algum trabalho de educação permanente (capacitação e supervisão) sobre saúde mental em cooperação com as equipes de atenção básica? () Sim () Não.

Que tipo? _____

Outras observações:

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Entrevista a ser realizada com os profissionais da equipe do CAPS, segundo o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de nível superior entre as existentes na unidade. Em caso de mais de um profissional na área será realizado sorteio.

Identificação

Nome:

Apelido:

Temas e principais perguntas

1 Estrutura e recursos financeiros

- 1) Qual conhecimento possui sobre o repasse dos recursos financeiros para o Caps?
- 2) Conhece a forma de financiamento do serviço? O que você acha?
- 3) Como são administrados os recursos repassados? Existe planejamento?
- 4) Na sua opinião, a descentralização administrativa dos recursos possibilita o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do Caps? Quais as vantagens e desvantagens identifica?
- 5) Na sua opinião, os recursos repassados (gerados pelo serviço) são suficientes para realizar as atividades do Caps? Em caso de resposta negativa, quais atividades ficam prejudicadas e/ou poderiam ser realizadas se houvessem recursos?
- 6) Existem dificuldades no funcionamento do Caps com relação a falta de recursos financeiros? Quais identifica?

2 Recursos humanos e projeto terapêutico

- 1) Quais dificuldades identifica no trabalho em equipe no Caps?
- 2) Na sua opinião, quais vantagens o trabalho em equipe possibilita?
- 3) Considera importante a capacitação específica em saúde mental para atuar no Caps? Fale sobre.

- 4) Na sua opinião, qual a importância da interdisciplinaridade no atendimento ao usuário de saúde mental?
- 5) Considera importante conhecer sobre a política de saúde mental, seus princípios, sua estrutura e organização para o trabalho do Caps?
- 6) Como acontece o planejamento e a avaliação das ações do Caps?
- 7) Na sua opinião, em relação ao atendimento nas instituições tradicionais/asilares (hospitais psiquiátricos), como é o atendimento ao usuário no Caps?

3 Participação do usuário e da família no tratamento

- 1) Como é pensado o projeto terapêutico de tratamento do usuário?
- 2) Como o usuário participa do planejamento do seu tratamento?
- 3) Quais as formas criadas para oportunizar a participação do usuário no planejamento do seu tratamento?
- 4) A família participa do tratamento? Em caso de resposta afirmativa, de que forma? Em caso de resposta negativa, por quê?
- 5) Quais as formas criadas para oportunizar a participação da família no tratamento?
- 6) Quais dificuldades identifica com relação a realização do atendimento familiar?
- 7) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção familiar do portador de transtornos mentais?
- 8) Qual o papel dos usuários (ou da associação de usuários e familiares) no planejamento das ações do Caps?
- 9) Na sua opinião, qual a importância das associações de usuários e familiares para o tratamento do portador de transtornos mentais e para os serviços de saúde mental?

4 Inserção social

- 1) Na sua opinião, as práticas assistenciais realizadas no Caps encaminham-se na direção da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial?
- 2) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção social do portador de transtornos mentais?
- 3) Quais avanços e conquistas identifica com relação a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais?
- 4) Na sua opinião, o atendimento no Caps possibilita ao usuário a construção da sua autonomia? Como?

- 5) Na sua opinião, a organização atual dos serviços de saúde mental (da política de saúde mental) favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais? Qual a importância do caps nesse contexto?

5 Integração com a rede municipal de assistência em saúde

- 1) Qual a relação do Caps com a(s) equipe(s) de Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência?
- 2) O Caps tem controle das internações psiquiátricas no seu território? Em caso afirmativo, como ocorre este controle?
- 3) Na sua opinião, qual o lugar que o Caps ocupa na rede de atenção em saúde? Constitui-se no serviço que regula a porta de entrada para o atendimento em saúde mental?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este instrumento tem a intenção de obter o seu consentimento por escrito para participar do estudo “A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis”, durante o período de 01 a 31 de março de 2006, com o intuito de contribuir para o levantamento de dados para a elaboração do referido trabalho.

O estudo tem como objetivo geral analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Ao propormos a presente pesquisa esperamos contribuir com a produção de conhecimentos e saberes sobre as novas práticas de atenção e cuidado ao portador de transtornos mentais.

Os relatos obtidos serão confidenciais e, portanto, não será utilizado o nome dos participantes em nenhum momento, garantindo sempre o sigilo da pesquisa e os preceitos éticos da profissão. Os depoimentos serão referenciados pelo apelido a ser escolhido pelo próprio entrevistado

Certa de sua colaboração, agradeço sua disponibilidade em participar do estudo.

Eu _____,
consinto em participar desta pesquisa, desde que respeitadas as respectivas proposições contidas neste termo.

Florianópolis, março de 2006.

Assinatura do entrevistado.

ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

FERNANDA SCALZAVARA

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Serviço Social** - Área de concentração: Serviço Social, Direitos Humanos e Questão Social.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ivete Simionatto.

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de **Mestre em Serviço Social**, e aprovada na sua forma final, em 31/7/2006, atendendo as normas vigentes no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e na Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof^a Dr^a Catarina Maria Schmickler
Coordenadora do PPGSS/UFSC

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Ivete Simionatto, Dr^a.
Departamento de Serviço Social/UFSC
Presidente

Prof^o Walter Ferreira de Oliveira, Ph.D.
Departamento de Saúde Pública/UFSC
Membro

Prof^o Jonas Salomão Spricigo, Dr.
Departamento de Enfermagem/UFSC
Membro

Prof^o Mário Teixeira, Dr.
Departamento de Clínica Médica/UFSC
Membro Suplente

*Aos profissionais e aos usuários do CAPS
Ponta do Coral de Florianópolis.*

AGRADECIMENTOS

Desejo expressar meus sinceros agradecimentos aos profissionais do CAPS Ponta do Coral, pela receptividade, atenção, acolhimento e colaboração na fase mais importante desta pesquisa, assim como pela consideração ao meu trabalho profissional. Também, aos usuários desta unidade de serviço, pela forma carinhosa e acolhedora com que sempre me receberam.

À professora Ivete Simionatto por ter aceitado a orientação do trabalho; agradeço a oportunidade de poder ter desenvolvido a pesquisa de meu interesse e desejo profissional.

Aos professores Jonas Spricigo e Mário Teixeira pela atenção, disponibilidade e colaboração, essenciais na definição e elaboração do projeto de dissertação. Igualmente, ao professor Walter Ferreira de Oliveira pelas considerações e contribuições no exame de qualificação.

À sempre Mestre, amiga e professora Iliane Kohler, pela relação de ensino-aprendizado humana, saudável, mantida no decorrer de toda a minha vida acadêmica; pelas ajudas concretas nos momentos de dificuldades, pelos conselhos, orientações e *encaminhamentos* necessários nos instantes, nas horas, nas fases de incerteza, insegurança, angústia, desespero.

Aos profissionais Mara Regina de Oliveira e Antônio Heinzen Filho, pelo suporte terapêutico necessário nos últimos anos da minha vida; especialmente por terem me ajudado a transformar as dificuldades, os obstáculos, as conquistas cotidianas no *Mestrado da Vida*.

Às profissionais e amigas Maria Sirene Cordioli e Maria Inês Bernardino, pela relação profissional responsável, ética, competente, que me impulsionou para os estudos na área da saúde mental; pela amizade acolhedora, carinhosa, fraterna, pelas comemorações e pelos momentos de descontração.

Aos meus pais e à minha família, base dos meus valores ético-morais.

Às minhas amigas e aos meus amigos, que de perto ou de longe, acompanham minha trajetória, acreditam e torcem por mim.

Formalmente, agradeço as instituições públicas CAPES e UFSC, através dos programas PROF e PGSS, pelo financiamento da bolsa que permitiu a dedicação profissional integral para a realização deste trabalho.

RESUMO

O presente trabalho tem como objeto de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. Constitui-se como objetivo geral da presente pesquisa analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Os procedimentos metodológicos da pesquisa constaram de: pesquisa empírica na coleta das informações, através de entrevistas semi-estruturadas, gravadas, realizadas com um profissional de cada área de formação de nível superior, dentre as existentes no CAPS, e aplicação de formulário, com questões fechadas, a todos os profissionais que compõem a equipe. As informações coletadas foram sistematizadas e organizadas em itens correspondentes aos eixos que nortearam a coleta dos dados, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde. A análise final foi realizada com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os resultados obtidos nos permitem concluir que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a efetividade e eficácia dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial. De maneira geral, podemos afirmar que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológico, técnico assistencial, político-jurídico, social cultural.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, política de saúde mental, serviços substitutivos.

ABSTRACT

The objective of present work is to study the operationalization of the Psychiatric Reformation in the city of Florianopolis, Brazil, based on one specific institutional model - the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral. The general objective of the present research is to analyze the institutional reality at the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral, Florianopolis, related to the operational process of mental health politics, based on the requirements of the Brazilian Psychiatric Reformation. The research methodological procedures have consisted of: empirical research and data collection, through semi-structured interviews, recorded, realized under the presence and supervision of a professional of each field, plus de existing data from the CAPS, and filled application, with closed questions, to all the professionals who compose the team. The data colleted was systematized and organized in items and events that are surrounded the data collection, which are: financial structure and resources, human resources and therapeutic project, participation of the user and the family in the treatment, social insertion, and integration of the service with the municipal network of assistance in health. The final analysis was based on theoretical production on mental health and the Psychiatric Reformation. The results allowed us to conclude that in scope of management of CAPS, the limited number of studies and the difficulties to transfer and administer them harmed the functioning of the service. The contributing factors were lack of strategic planning and systematic evaluation of actions. The difficulties associated with teamwork compromised the effectiveness and efficacy of the objectives. The absence of a municipal network dedicated to structure and articulate mental health appears as an obstacle to the practice of desinstitutionalization and psychosocial rehabilitation. In general, we can affirm that the changes in the assistance model, directed for Psychiatric Reformation is one of the challenges to the concretization to mental health politics in a new interaction between society and people with psychological illnesses. The operationalizational political difficulties of mental health go through different fronts of performance which constitute the complexity of social processes associated with Reformation in its different dimensions. These dimensions are: theoretic-epistemological, technical assistance, politic-legal and socio-cultural.

Keywords: Psychiatric Reformation, mental health politics, substitute services.

LISTA DE SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
APAC - Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CPASM - Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental
CMS – Conselho Municipal de Saúde
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FNS – Fundo Nacional de Saúde
INAMPS – Instituto Nacional de Aposentadorias e Pensões
IPQ – Instituto de Psiquiatria Catarinense
MS – Ministério da Saúde
MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS – Organização Mundial para a Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF - Programa de Saúde da Família
RP – Reforma Psiquiátrica
SIH - Sistema de Informação Hospitalar
SAI – Sistema de Informação Ambulatorial
SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
SUS – Sistema Único de Saúde
TR – Terapeuta de Referência
ULS – Unidade Local de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Procedimentos metodológicos	18
2 REFORMA PSIQUIÁTRICA	222
2.1 O Modo Psicossocial	26
2.1.2 Atenção Psicossocial.....	28
2.2 Desinstitucionalização	30
2.3 Reabilitação psicossocial	32
3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA	344
3.1 Estrutura e recursos financeiros	344
3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico	45
3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental	46
3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário	51
3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações.....	59
3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento.....	65
3.3 Participação do usuário e da família no tratamento	69
3.3.1 Planejamento terapêutico individual.....	70
3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral.....	72
3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares	81
3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia.....	88
3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental.....	96
3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica	106
3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde...	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
REFERÊNCIAS.....	125
APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS.....	130
ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica.....	136

1 INTRODUÇÃO

O processo de mobilização, organização e luta pela Reforma Psiquiátrica brasileira origina-se no contexto dos movimentos sociais, no período de redemocratização do país (décadas de 1970/1980), e tem como base os pressupostos da Reforma Sanitária brasileira e da Psiquiatria Democrática italiana. Tal movimento esteve direcionado no sentido da crítica e desconstrução gradativa da assistência existente, embasada no saber psiquiátrico, que justificava as práticas decorrentes do modelo asilar e, ao mesmo tempo, buscava a construção de propostas de superação deste modelo.

Os anos de luta pela transformação do modelo assistencial tradicional (asilar), centrado na internação hospitalar, culminaram com a criação e regulamentação de leis e portarias relativas à implantação de uma rede de serviços substitutivos a este. A partir da década de 1990 um conjunto de leis, portarias, decretos, resoluções define novas exigências em relação à assistência psiquiátrica prestada aos portadores de transtorno mental¹, incluindo a adequação das condições físicas das instituições de atendimento, a existência de projeto terapêutico, equipe multidisciplinar e outros dispositivos que garantam maior qualidade assistencial.

A Reforma Psiquiátrica é um processo em construção, que envolve tanto a sociedade civil, através dos diferentes os movimentos sociais, os profissionais, os usuários, bem como os órgãos gestores das políticas públicas. Estes são os responsáveis pela operacionalização das ações com relação a mudança de paradigma e prática em saúde mental. Nessa trajetória, aos profissionais cabe exercer o papel de sujeitos e críticos do processo de implantação da Reforma Psiquiátrica; aos gestores da política de saúde compete a decisão política com vistas a assegurar as condições técnicas para a implementação e operacionalização dos serviços de atenção; aos movimentos sociais fica a luta política pela construção social de um outro sentido para lidar com a "loucura" e com o "louco", a partir de uma transformação na relação sociedade/loucura.

¹ Cabe destacar que a expressão “portador de transtorno mental” é adotada neste estudo por acreditar-se que a palavra portador traz em si um caráter mutante. Ou seja, secundariza o transtorno mental e resgata o sujeito envolvido na condição de enfermo, como um ser dinâmico. Por sua vez, o termo transtorno mental traz um caráter psicossociológico, dinâmico, mutável, diferente do termo doença mental, muito embora não seja menos controvertido do que este último (ROSA, 2003, pp. 37-38). E, também, por ser “portador de transtorno mental” a expressão utilizada na linguagem técnica constante na política de saúde mental do Ministério da Saúde.

No curso das transformações operadas na e pela Reforma Psiquiátrica destacamos como marco significativo recente a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM)². Em seu documento conclusivo reafirma-se que as políticas de saúde mental devem respeitar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das leis Federal e estaduais, priorizando a construção da rede de atenção integral em saúde mental. Tais políticas devem ter como pressupostos básicos a inclusão social e a reabilitação psicossocial, estar integradas com outras políticas sociais, como educação, trabalho, lazer, cultura, esporte e habilitação profissional, visando garantir o exercício pleno da cidadania (BRASIL, 2002a).

O mesmo documento ressalta que a reorientação do modelo assistencial deve estar direcionada para concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e de promoção da saúde. Nesse sentido, é fundamental que as novas modalidades assistenciais desenvolvam práticas pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a auto-estima, a autonomia e a cidadania, buscando superar a relação de tutela e reprodução da institucionalização e/ou cronificação (BRASIL, 2002a).

A mudança do modelo assistencial é um dos desafios da Reforma Psiquiátrica. Busca-se, no âmbito da gestão pública, a construção de um novo pacto para transferir os recursos aplicados no modelo hospitalar para uma assistência comunitária. Entretanto, a mudança da lógica de atenção em saúde mental requer, também, uma mudança de paradigma. No bojo dos novos dispositivos de cuidado necessariamente deve estar uma nova ética do cuidar, baseada na premissa básica da autonomia possível e dos direitos humanos dos portadores de sofrimento psíquico. Isso significa considerar que as possibilidades de novas práticas terapêuticas devem caminhar ao lado da preocupação com a mudança das representações simbólicas do “louco” na sociedade, e com a produção de outros saberes.

Na atualidade, todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, bem como a literatura da área, referem-se a desconstrução como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade das ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Tal proposição tem como base a

² Realizada em Brasília, de 11 a 15 de dezembro de 2001. A I Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em 1987 e a II em 1992.

incapacidade da psiquiatria em explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (TORRE; AMARANTE, 2001).

O modelo manicomial tem seu fundamento na noção de que a experiência de sofrimento psíquico diversa (delírio, alucinação) é sinônima de erro. Um dos aspectos mais importantes no processo de transformação radical deste é a superação do conceito de doença. Conforme apontam Torre e Amarante (2001, p.73-85), “não se trata, obviamente, de negar a diversidade da experiência do delírio ou da alucinação, mas de não utilizar o conceito de doença (igual a erro) na relação com o sujeito”. Nesta direção, Rotelli (1990) propõe, no lugar do objeto “doença mental”, o objeto “existência-sofrimento” do sujeito em sua relação com o corpo social.

Segundo Costa-Rosa (et. al., 2003, p. 28), “ao se buscar a superação do saber psiquiátrico, sobretudo do paradigma doença-cura, procurou-se romper com práticas identificadas com o modelo clínico, por considerá-las ineficazes, segregadoras”. Busca-se no modo psicossocial estabelecer-se “a construção de uma relação de contrato com o sujeito que substitua a relação de tutela instaurada pela psiquiatria” (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 73-85). Como oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar surge, no contexto da Reforma Psiquiátrica, a atenção psicossocial como paradigma do modo psicossocial.

A origem das práticas de atenção psicossocial, como designação de experiências significativas no contexto da saúde mental, está relacionada às contribuições das diferentes experiências históricas de reforma, que incluem as Comunidades Terapêuticas e a Antipsiquiatria, na Inglaterra, a Psicoterapia Institucional, na França, a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, nos Estados Unidos e a Psiquiatria Democrática, na Itália³. No caso brasileiro somam-se as contribuições das políticas públicas e das experiências locais pioneiras dos centros e núcleos de atenção psicossocial, em Santos, São Paulo.

O modelo psicossocial vem ganhando elementos tanto em termos teórico e técnico quanto ideológicos e éticos, aptos a constituírem um novo paradigma para as práticas em saúde mental, capaz de substituir o paradigma psiquiátrico que ainda é dominante. Costa-Rosa (et al., 2003, p.31), observa que de modo geral os elementos teóricos subjacentes a essas experiências passam principalmente pelas idéias sociológicas e psicológicas, pelo materialismo histórico, pela psicanálise e pela filosofia da diferença. Nesse sentido, é importante indicar que o lugar social da saúde mental é um lugar de

³ Estudos sobre estas experiências encontram-se em DESVIAT (1999); ROTELLI (2001).

conflito, confronto e contradição. Entender a saúde mental dessa forma implica em reconhecê-la como expressão e resultante de relações e situações sociais concretas. “Por qualquer perspectiva que se olhe, tratar-se-á sempre de um eterno confronto: pulsações de vida/pulsações mortíferas; inclusão/exclusão; tolerância/intolerância” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p. 29).

A operacionalização da Reforma Psiquiátrica, através da implantação da rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, territorializados e integrados à rede de saúde, tem sido uma construção lenta e difícil, perpassada por interesses políticos e econômicos. Muitas vezes são privilegiados procedimentos técnico-burocráticos, assistenciais, em prejuízo de um serviço que tenha como foco o tratamento da pessoa humana na sua dimensão integral. Por outras, a Reforma Psiquiátrica é entendida como sinônimo de reestruturação de serviços; introdução ou modernização de novas tecnologias de tratamento e cuidado; promulgação de uma nova legislação. Em geral, os problemas passam pela tendência de tornar a Reforma a implantação de centros de atenção psicossocial, de forma a banalizar o serviço, fazendo com que estes sejam uma extensão do hospital psiquiátrico (AMARANTE, 2005).

Não obstante, a transformação do modelo de atenção tradicional requer a construção de uma rede de atendimento ampla, com serviços diversificados e complementares, substitutivos das práticas asilares. O modelo substitutivo não significa alternativo, paralelo, complementar ou intermediário do sistema tradicional. Trata-se de um serviço forte, que comporta uma estrutura complexa em que o sentido das práticas deve ser alterado do “eixo da clínica” para o “eixo da cidadania”. Isso significa olhar para a pessoa-sujeito e não unicamente para a doença (AMARANTE, 2005).

Pensar a mudança do paradigma teórico-conceitual clássico significa provocar uma transformação na cultura da forma tradicional de ver e lidar com a loucura, buscar a construção de um outro lugar social para a loucura e a doença mental, a partir de uma transformação das relações sociedade-loucura/doença mental.

Nesse processo, os centros de atenção psicossocial (CAPS) constituem-se no “braço” do modelo psicossocial. Tornam-se serviços privilegiados para o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial e dispositivos estratégicos para a mudança da atenção em saúde mental.

De acordo com as normatizações do Ministério da Saúde, são atribuições dos CAPS: organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; prestar atendimento em regime de atenção diária; oferecer cuidado clínico eficiente e personalizado; realizar a

dispensação de medicamentos; acompanhar usuários que moram em residências terapêuticas; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, assessorando o trabalho dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território ou área de abrangência (BRASIL, 2004).

No sentido de favorecer o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, bem como estimular a mudança da lógica de ver e lidar com a “doença” e o “doente mental”, o direcionamento da Política Nacional de Saúde Mental preconiza que os projetos terapêuticos dos CAPS podem ultrapassar a estrutura física da unidade, em busca da rede de suporte social comunitária. O atendimento prestado deve ser através de projeto terapêutico individualizado, construído conjuntamente com o usuário. A preocupação principal não deve ser o estabelecimento de um diagnóstico clínico, mas sim o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2004).

Com base no exposto, a presente dissertação de mestrado tem como recorte de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - O Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. A escolha deste CAPS deve-se ao fato de ser este um serviço público de atendimento diário a portadores de transtornos mentais adultos, único nesta modalidade no município. A população de Florianópolis conta com outros dois centros de atenção psicossocial, um para atendimento de crianças e adolescentes (CAPSi) e outro para atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (CAPSad).

O CAPS Ponta do Coral constitui-se no principal serviço de atendimento extra-hospitalar na realidade local, desempenhando um papel central na assistência a portadores de transtornos mentais graves. A rede municipal de atenção em saúde mental é incipiente, com poucos recursos e o CAPS enfrenta diversas dificuldades na realização de suas atividades, concentrando uma demanda de atendimento superior a sua capacidade.

Destacamos a relevância deste estudo na medida em que está em curso no país uma reforma nos serviços de assistência em saúde mental, em que a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos pelo cuidado comunitário/ambulatorial tem sido a

diretriz básica para a reorganização da política de saúde mental, desde o nível federal aos níveis estadual e municipal.

A reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

O processo de reestruturação dos serviços de saúde mental está baseado na organização de uma rede comunitária de cuidados. Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esportes etc), culturais, religiosos e de lazer são convocados para potencializar as equipes de saúde na tarefa de realizar ações de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004).

Fazem parte desta rede de serviços de saúde mental os centros de atenção psicossocial, os núcleos de atenção psicossocial (NAPS), os serviços residenciais terapêuticos (SRTs), os hospitais gerais, os centros locais de saúde, as equipes de saúde da família e agente comunitários de saúde, entre outros. Particularmente, neste trabalho, nos interessamos por estudar os CAPS por estes assumirem um papel central na organização da rede, constituindo-se em serviços de atenção que “almejam à outra lógica, outra fundamentação teórica-técnica e outra ética, que não mais a do paradigma psiquiátrico” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.19).

Os CAPS foram criados para serem substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos, oferecendo atendimento em saúde mental à população de sua área de abrangência. São atendidas pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, incluindo aquelas que apresentam transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e crianças e adolescentes. As práticas realizadas neste tipo de serviço devem caracterizar-se por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro, na comunidade.

Oficialmente os CAPS foram instituídos pela Portaria GM/MS N°224/1992 e definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam uma população adscrita definida pelo nível local e oferecem atendimento de cuidados intermediários entre

o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (BRASIL, 2002b).

Atualmente, os CAPS são regulamentados pela Portaria GM/MS N° 336/2002 e integram a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta portaria estabelece critérios de porte/complexidade e abrangência populacional aos CAPS, classificando-os nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad⁴. A classificação dos diversos tipos de CAPS difere, basicamente, quanto ao tamanho da população pela qual se responsabilizam e quanto ao regime de funcionamento.

Os profissionais que trabalham nos CAPS integram uma equipe multiprofissional. São técnicos de nível superior e nível médio, de diferentes áreas de formação. Os profissionais de nível superior são médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física entre outros necessários para as atividades oferecidas, de acordo com o projeto terapêutico do CAPS. Os profissionais de nível médio podem ser técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores, artesãos, profissionais de limpeza e cozinha (BRASIL, 2004).

As equipes técnicas possuem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. Cabe aos profissionais a tarefa de organizar-se para realizar o acolhimento dos usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, realizar as atividades de reabilitação psicossocial, equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas.

Ao considerarmos as práticas em saúde mental de um centro de atenção psicossocial nosso objeto de estudo estamos entendemos que é a partir delas que a mudança de paradigma se torna possível, haja vista que a estruturação de uma rede de

⁴ O CAPS I tem capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e deve funcionar das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira; o CAPS II atende municípios com população entre 70.000 e 200.000, deve funcionar das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas; o CAPS III atende municípios com população acima de 200.000 habitantes, funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana. Já os CAPSi e os CAPSad possuem características diferenciadas dos demais. O CAPSi é referência para municípios com população acima de 200.000 habitantes e constitui-se em um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período até 21 horas. Os CAPSad destinam-se a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. É indicado em municípios com população acima de 100.000 habitantes, funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas (BRASIL, 2002b).

novos serviços de saúde mental não constitui por si só uma ruptura com o paradigma das práticas asilares, da segregação e da tutela do portador de transtorno mental. Contudo, sabemos que analisar uma realidade institucional é uma tarefa difícil, principalmente quando nos propomos olhar esta realidade em movimento, permeada de contradições e como fruto de um processo sócio-histórico.

Nesse sentido, elegemos como sujeitos informantes os profissionais que atuam no Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, por entendermos que a eles cabe a tarefa de realizar as atividades institucionais cotidianas. Esses profissionais integram uma equipe multiprofissional e assumem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. A nosso ver, constituem-se atores sociais centrais no processo de implementação e operacionalização da Reforma Psiquiátrica na realidade local.

Com isso queremos destacar que os profissionais de saúde mental exercem um papel relevante para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, seja como partícipes dos movimentos sociais, como gestores da política de saúde mental e/ou como trabalhadores (técnicos) nos serviços de assistência. Particularmente, aos profissionais dos CAPS cabe o compromisso de operacionalizar a mudança da lógica da assistência, na medida que estão atuando em um serviço considerado um dispositivo estratégico da rede de assistência em saúde mental. Esses profissionais estão diretamente ligados aos usuários do serviço e a implementação da política de saúde mental, função que os coloca na linha de frente de um cenário novo que vem passando por formulações e reformulações nos campos “político-jurídico, técnico-assistencial, epistemológico e sociocultural” (AMARANTE, 2003).

Torna-se pertinente ressaltar que o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) teve forte influência nos avanços ocorridos na mudança da assistência psiquiátrica. Constituído inicialmente de técnicos de saúde mental buscava a melhoria da assistência psiquiátrica e denunciava a situação precária dos manicômios. O MTSM posicionou-se em relação à assistência prestada, politizou a questão da Reforma, construiu uma linha de pensamento crítica no campo da saúde mental. Organizados, os trabalhadores criaram fóruns de discussões locais de caráter técnico e político e defenderam as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Posteriormente, o movimento ampliou-se no sentido de ultrapassar sua natureza técnico-científica, organizou sua estrutura administrativa como fórum nacional e passou a ser designado Movimento da Luta Antimanicomial, tornando-se um movimento social que passou a englobar várias entidades como associações de usuários

e familiares⁵, ONGs, entre outras (AMARANTE, 1994, 1995a; SOUZA, 2001; VASCONCELOS, 2000b, 2004).

Assim, nos parece certo que os profissionais de saúde mental são atores sociais influentes na efetivação da Reforma Psiquiátrica. Razões significativas para pesquisar e valorizar suas experiências e opiniões, na medida em que seus relatos podem indicar como vem se realizando no dia-a-dia a Reforma, bem como contribuir para a construção de novas práticas e a produção de novos saberes. E, entendemos como Foucault, que os saberes não são apenas conhecimentos acadêmicos, produções que se autodenominam científicas. Os saberes também estão onde são produzidos, pois sempre criam visões de mundo, produzem histórias e História.

Dessa forma, a presente pesquisa tem a finalidade específica de contribuir para a análise das práticas locais de saúde mental, a partir do estudo da realidade vivenciada no CAPS de Florianópolis e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Lembramos, ainda, que neste ano de 2006 o CAPS Ponta do Coral completa dez anos de atividades, fato que nos leva a destacar a importância de um estudo que identifique as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação deste serviço. No geral, busca-se fornecer subsídios para os avanços nas políticas de saúde mental e contribuir para a produção de conhecimentos sobre a realidade da prática das políticas públicas de saúde mental. Para tanto, elegemos como eixos de estudo e análise cinco pontos, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social e integração com a rede municipal de assistência em saúde.

Constitui-se como objetivo geral do presente estudo a análise da realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Para alcançarmos este definimos como objetivos específicos: 1) caracterizar a estrutura e os recursos financeiros disponibilizados

⁵ Cabe registrar que no campo da saúde mental encontram-se associações de composição variada. Há associações de usuários; associações de familiares; associações de usuários e familiares; associações de usuários, familiares e técnicos; associações de usuários e técnicos; e associações de técnicos e familiares. Em sua maior parte, o processo organizativo das associações é conduzido por elementos de constituição de laços de solidariedade e ajuda mútua. Contudo, existem associações que são favoráveis à agenda de inovações da assistência colocada pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e, outras, que se caracterizam como uma comunidade de veto em relação à mesma agenda (SOUZA, 2001).

e sua adequação às atividades do Caps; 2) conhecer as práticas assistenciais desenvolvidas pelo CAPS com relação ao projeto terapêutico e como se organiza o trabalho da equipe técnica; 3) identificar como ocorrem as práticas institucionais de participação do usuário e da família no tratamento e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica; 4) identificar se existem e quais são as ações institucionais, intersetoriais e/ou outras criadas com relação a inserção social do portador de transtornos mentais; 5) descrever e analisar a relação existente entre o CAPS e a rede municipal de assistência em saúde com relação a operacionalização da política de saúde mental e do SUS; 6) identificar quais as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação do CAPS, pontos positivos e negativos.

1.1 Procedimentos metodológicos

Para operacionalizar os objetivos do nosso estudo foi realizada uma pesquisa de caráter qualitativo, do tipo estudo de caso. Segundo Minayo (1994), a pesquisa qualitativa, nas ciências sociais, responde a questões particulares, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Isso significa considerar que trabalhamos com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que correspondem a pontos mais profundos das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser quantificáveis. E, segundo Chizzotti (2003, p. 104), em geral, a pesquisa qualitativa objetiva provocar o esclarecimento de uma situação para uma tomada de consciência pelos próprios pesquisados dos seus problemas e das condições que os geram, a fim de elaborar meios e estratégias de resolvê-los.

Dentre os tipos de pesquisa qualitativa, o estudo de caso talvez seja um dos mais relevantes. É uma modalidade que propicia retratar uma realidade de forma ampla e profunda, de forma a revelar a multiplicidade de dimensões presentes numa determinada situação e contextualizar o objeto para melhor compreendê-lo (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Nesta forma de estudo, o caso é tomado como unidade significativa do todo porque tanto retrata uma determinada realidade quanto revela a multiplicidade de aspectos globais presentes em uma dada situação (CHIZZOTTI, 2003). A principal função do estudo de caso é a explicação sistemática de fatos que ocorrem no contexto social e geralmente se

relacionam com uma multiplicidade de variáveis. Essa técnica caracteriza-se por ser um estudo intensivo, o qual deve considerar a compreensão geral do assunto investigado (FACHINI, 2001).

O local escolhido para a realização do estudo, o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, é um serviço público, municipal, cadastrado na modalidade CAPS II, situado à rua Rui Barbosa, 713 (fundos), no bairro Agrônômica, Florianópolis/SC. CAPS Ponta do Coral funciona das 8h às 18hs e atende uma demanda média diária de 40 usuários. O serviço foi criado em março de 1996 e funciona neste endereço desde o mês de dezembro do mesmo ano⁶.

A principal fonte de informação da presente pesquisa constituiu-se das falas dos profissionais, de formação de nível superior, e, no resultado do formulário aplicado a todos os membros da equipe do CAPS Ponta do Coral. Utilizamos para a coleta de informações a entrevista semi-estruturada, gravada, com questões abertas, e a aplicação de formulário com questões fechadas (Apêndices A e B). As entrevistas foram orientadas por um roteiro com perguntas estruturadas e agrupadas em cinco blocos correspondentes aos eixos de estudo da pesquisa. De acordo com Trivinos (1987), a entrevista semi-estruturada geralmente parte de certos questionamentos básicos, de perguntas fundamentais derivadas da teoria que é adotada para a pesquisa e de informações que o pesquisador possui sobre o tema a ser pesquisado.

Na pesquisa qualitativa, a entrevista é uma das técnicas mais utilizadas na coleta do material empírico. No tipo de estudo escolhido, foi possível perceber que a entrevista constituiu-se na ferramenta capaz de possibilitar a obtenção de dados mais profundos da realidade, os quais só podem ser obtidos com a contribuição dos sujeitos envolvidos.

O trabalho empírico para coleta dos dados e das informações na Instituição foi realizado entre a segunda quinzena do mês de março e a primeira quinzena do mês de abril de 2006 (16/3/2006 a 13/4/2006). A coleta teve início após a apresentação e solicitação de autorização para a realização da pesquisa à coordenação da Instituição. O projeto foi encaminhado à Comissão de Ensino e Pesquisa do CAPS II Ponta do Coral e à Direção de

⁶ A implantação do serviço foi efetivada em 25/3/1996, ficando instalado, provisoriamente, junto ao Centro de Saúde II do Centro de Florianópolis (atual ULS Centro), na Avenida Rio Branco. Em dezembro do mesmo ano foi transferido para o atual endereço, passando a ser chamado NAPS Ponta do Coral. Seu credenciamento no Ministério da Saúde aconteceu ao longo do ano de 1997. Em 2002, a Portaria GM n° 336 regulamentou a denominação dos antigos NAPS para CAPS (STUANI, 2005).

Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis para parecer. Mediante o parecer favorável (Anexo A) das referidas instâncias, foi realizada, em reunião de equipe, a apresentação do projeto aos profissionais do CAPS Ponta do Coral. Concluída esta etapa, foi realizada a entrevista pré-teste. A escolha do profissional observou os critérios constantes da metodologia do projeto. A entrevistada foi uma profissional da área da psicologia (área que tem mais de um profissional no CAPS) que tinha disponibilidade para a realização da entrevista na data escolhida. A partir desta entrevista, foram realizadas pequenas alterações no roteiro, com vistas a agrupar algumas perguntas, no sentido de diminuir o tempo necessário à efetivação da mesma. A referida entrevista teve a duração aproximada de uma hora e vinte minutos, acrescida de mais quinze minutos para a aplicação do formulário, totalizando uma hora e trinta e cinco minutos.

No total, foram realizadas seis entrevistas e aplicados doze formulários, de acordo com a metodologia estabelecida, a qual privilegiou, para a entrevista, o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de ensino superior, dentre as existentes no CAPS Ponta do Coral, quais sejam: psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Os formulários foram aplicados a todos os profissionais de formação de nível superior e de formação de nível médio. Foi necessário realizar sorteio do profissional a ser entrevistado apenas com relação a área da psicologia, por esta ter quatro profissionais atuando na equipe do CAPS. Como utilizamos um deles para a realização do pré-teste, participaram do sorteio apenas os outros três. O sorteio foi realizado na presença de outras duas profissionais da equipe.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos profissionais. A aplicação dos formulários foi simultânea e obedeceu ao mesmo critério. No caso de três dos profissionais entrevistados não foi possível realizar a aplicação do formulário no momento da entrevista, a pedido dos mesmos, devido a limitações de tempo. As entrevistas foram gravadas em fitas cassete, com a autorização prévia dos entrevistados, e, posteriormente, as falas foram transcritas.

As informações e os dados coletados foram sistematizados e classificados, de acordo com os eixos de pesquisa, e posteriormente analisados com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os dados originados dos formulários foram analisados e tratados descritivamente, ou seja, reduzidos a termos descritivos. Para efeito de padronização e de comparação foi adotado o método da porcentagem.

A análise final, que, segundo Minayo (1994), corresponde a um movimento contínuo entre o empírico e o teórico e vice-versa para fazer do caos aparente das

informações revelações da sua especificidade, foi construída pela síntese das informações coletadas em cada eixo de estudo, previamente definidos.

As questões éticas foram consideradas em todas as etapas do estudo, especialmente, na relação com os entrevistados, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) e dentro do que determina a Resolução N° 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde e o Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina. Os profissionais foram informados e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa quando da apresentação do projeto em reunião de equipe e individualmente antes da realização da entrevista. Foi preservado o anonimato dos entrevistado ao se utilizar codinomes para referenciar as falas no trabalho, destacando-se que os mesmos escolheram livremente seu próprio apelido quando da realização da entrevista. Apenas uma das entrevistadas optou por deixar a cargo da pesquisadora a escolha do codinome.

O trabalho que ora apresentamos está organizado de forma a contemplar, neste primeiro capítulo, a introdução do tema e a metodologia utilizada na pesquisa; no segundo capítulo descrevemos, sistematizadamente, o norte teórico utilizado como referência para a análise dos dados e das informações coletadas; no terceiro capítulo trazemos os resultados e as análises da pesquisa. Ao final, resgatamos os principais tópicos relacionados aos eixos de estudo e expomos nossas considerações finais sobre o tema.

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA

Procuramos expor neste capítulo uma síntese das análises de alguns autores que têm contribuído para o avanço nas discussões sobre a Reforma Psiquiátrica, bem como a definição do que vem a ser este outro modelo de atenção em saúde mental – o Modo Psicossocial, tanto em seus aspectos prático-assistenciais quanto em suas exigências éticas e teóricas, no sentido de construirmos o norte teórico orientador das análises da presente pesquisa.

Todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, na atualidade, bem como a literatura da área estabelecem a categoria teórico-prática “desconstrução” como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade nas ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Reiteram, também, a incapacidade da psiquiatria de explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (BASAGLIA, 1985; ROTELLI, 1990). Neste sentido, a proposta da Reforma Psiquiátrica objetiva criar experiências alternativas ao hospital psiquiátrico e ao modelo de suas práticas, através da extinção desse tipo de instituição e sua substituição por recursos que sejam capazes de rever tanto as concepções do “objeto” quanto dos “meios” e modos da sua intervenção nessa área.

A partir das contribuições colocadas por Fleury (et. al., 1989), com relação ao conceito de Reforma Sanitária como um “processo de transformação estrutural”, e da noção de *processo social complexo* proposta por Rotelli (1990), Paulo Amarante (2003, p.49), define Reforma Psiquiátrica como:

um processo social complexo que se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade.

Nessa concepção, o autor observa que processo indica algo em permanente movimento, que não tem um fim predeterminado, nem um objetivo último ou ótimo. E, a idéia de complexidade é posta não como sinônimo de complicação, mas sim como uma atitude epistemológica no sentido de reabrir a possibilidade de recomplexificação do fenômeno, proposição oposta a naturalização/objetualização da noção de doença. Neste sentido, a doença deixaria de ser reduzida a uma alteração biológica, para tornar-se um

processo de saúde/enfermidade. Em outras palavras, “a doença não é um objeto, mas uma experiência nas vidas de sujeitos distintos” (AMARANTE, 2003, p.53).

Na continuidade de suas análises sobre a Reforma Psiquiátrica Amarante (2000, 2003) designa quatro dimensões para as transformações operadas na e pelas práticas da Reforma, quais sejam: teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural.

A dimensão teórico-conceitual ou epistemológica contempla o conjunto de questões que dizem respeito a produção de conhecimentos e saberes que irão subsidiar as práticas. É uma dimensão que vai desde a reflexão dos conceitos mais fundamentais do campo das ciências até os conceitos produzidos pela psiquiatria: alienação, doença mental, normalidade/anormalidade, terapêutica e cura. Um aspecto muito importante desta dimensão refere-se ao desafio de se repensar as relações entre conhecimento e objeto (AMARANTE, 2003).

Na interpretação de Costa-Rosa (et al., 2003, p. 32), o campo teórico-conceitual pauta-se na desconstrução de conceitos e práticas, sustentados pela psiquiatria e pela psicologia nas suas visões acerca da doença mental. Propõe-se como contrapartida a construção de noções e conceitos como “existência-sofrimento” do sujeito na sua relação com o corpo social, acolhimento, cuidado, emancipação e contratualidade social. Nesse âmbito, pode-se entender que o conceito de existência-sofrimento impulsiona a Reforma Psiquiátrica na direção de uma revolução paradigmática, uma vez que questiona a tão cara relação sujeito-objeto e o próprio paradigma doença-cura. Tal conceito aparece por contraposição ao paradigma doença-cura, expressando a exigência de se dar ao sujeito a centralidade da cena.

Como exemplo desse campo Amarante (2003, p. 50) destaca o processo de desconstrução do conceito de clínica, que deixaria de ser o isolamento terapêutico ou o tratamento moral para tornar-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades; a desconstrução do conceito de doença produzido pela psiquiatria, em que o sujeito, não mais visto como alteridade incompreensível, possibilitará outras formas de conhecimento, que produzirão novas práticas clínicas e sociais.

Cabe destacar que quando um conceito é submetido ao processo de desconstrução é possível supor que as relações entre as pessoas envolvidas também serão transformadas, assim como os serviços, os dispositivos e os espaços. Conseqüentemente, mudam, ainda, os conceitos e as práticas jurídicas que eram adotadas pelos conceitos desconstruídos.

Para Basaglia (1985) e Rotelli (1990), desconstrução está relacionada à noção de *invenção*, de construção do real, de produção da subjetividade, recolocando em discussão a ciência e a psiquiatria. Os autores referem-se a “desconstrução” do dispositivo psiquiátrico e clínico em seus paradigmas fundantes e suas técnicas de poder-saber, entendendo-a como uma ação prática de dismantelamento das incrustações institucionais que cobriam a doença. A desconstrução questiona as bases do dispositivo psiquiátrico, em sua competência para atuar frente à loucura.

Entende-se desconstrução como um processo social complexo, de desmontagem do dispositivo psiquiátrico, que não tem fim, ou não pretende constituir, um modelo ideal, mas sim dar novo significado às relações e colocar questões imanentes às situações-problema. Nesse sentido, é um processo que precisa, por definição, ser reinventado incessantemente, e questionar também o conjunto dos segmentos sociais que deveria ser [...] objeto de uma verdadeira "revolução molecular", quer dizer, de uma re-invenção permanente (GUATTARI, 1992 apud TORRE; AMARANTE, 2001, p. 14).

A dimensão político-jurídica passa pela criação e alterações na legislação com relação aos direitos e a assistência ao portador de transtornos mentais. O âmbito jurídico é decorrente do fato de a psiquiatria ter instituído a noção de relação entre loucura, periculosidade, irracionalidade, incapacidade, irresponsabilidade civil. No plano político luta-se pela extinção dos manicômios e sua substituição por instituições abertas, pela revisão das legislações sanitárias, civil e penal referente a doença mental, para possibilitar o exercício dos direitos à cidadania, ao trabalho e à inclusão social. Importa nessa dimensão rediscutir e redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais (AMARANTE, 2003, p. 53; COSTA-ROSA, et al., 2003, p. 33).

No âmbito da dimensão técnico-assistencial está o modelo assistencial. É nesse campo que, na realidade brasileira, aparecem mais visivelmente as inovações com relação as práticas assistenciais em saúde mental, concomitante a reconstrução dos conceitos. As transformações vêm acontecendo tanto na concepção de novos serviços (CAPS, oficinas terapêuticas e de reintegração sociocultural, cooperativas de trabalho) quanto na sua forma de organização e gestão (instituições abertas com participação e co-gestão com os usuários e a população).

Nos últimos anos têm-se objetivado construir uma rede de novos serviços, concebidos como espaços de sociabilidade, de trocas, em que se enfatiza a produção de saúde como produção de subjetividades. Essas mudanças indicam para uma mudança nas práticas de atenção e tem significado *colocar a doença entre parênteses*, propiciando

contato com o sujeito, rompendo com as práticas disciplinares; aumentando a possibilidade de recuperação do seu estatuto de sujeito de direitos (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 32-33; AMARANTE, 2003, p.51).

A expressão *colocar a doença entre parênteses* é atribuída a Basaglia, significa a suspensão do conceito e implica na possibilidade de novos contatos empíricos com o fenômeno em questão. Para o autor, a psiquiatria colocou o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença como fenômeno da natureza. Assim, Basaglia propõe uma inversão, isto é, colocar a doença entre parênteses para tornar-se possível lidar com o sujeito e não com a doença.

Amarante (2003) chama a atenção para o fato de a atitude epistemológica de colocar a doença entre parênteses não significa a negação da doença no sentido do não se reconhecer que experiências de sofrimento ou diversidade fazem parte da realidade concreta da saúde mental. Nas palavras do autor:

não significa a recusa em aceitar que exista uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar. Significa, isto sim, a recusa a explicação da psiquiatria, para dar conta daquela experiência, como se esta pudesse ser explicada pelo simples fato de ser nomeada como doença. A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia social e política da exclusão, e a ruptura epistemológica com o saber da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para objetivar conhecer a subjetividade (AMARANTE, 2003, p. 56).

A dimensão sociocultural expressa o objetivo maior da Reforma Psiquiátrica, haja vista que pretende transformar o *lugar social* da loucura no imaginário social, transformando as relações entre a sociedade e a loucura. Muito do imaginário social é decorrente da ideologia psiquiátrica que tornou senso comum a relação da loucura à incapacidade do sujeito de estabelecer trocas sociais e simbólicas (AMARANTE, 2003, p. 53).

Para tanto se têm estimulado uma série de práticas sociais visando transformar o imaginário social relacionado a loucura, a doença mental e a anormalidade. Está em processo de mudança a imagem da loucura e do louco, a imagem da instituição e a da relação dos usuários e a população com ela. A intencionalidade passa pela construção de uma imagem das instituições de atendimento como espaços abertos de circulação e pólos de exercício estético, e uma imagem do “louco” como cidadão que deve almejar poder de contratualidade social (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 33).

Pensar a Reforma Psiquiátrica como um processo complexo implica desconstruir, superar conceitos; pensar, refletir sobre as ações no campo da saúde mental e os efeitos de

suas práticas; criar, construir novas práticas e produzir outros saberes. Trata-se, portanto, de um processo contínuo em que os verbos transformar, produzir, desconstruir, desmontar, emancipar, reconstruir devem estar no cotidiano do fazer em saúde mental.

2.1 O Modo Psicossocial

A elaboração das práticas do modo psicossocial é tributária de diferentes movimentos sociais científicos e vários campos teóricos. Sob esse aspecto, Abílio da Costa-Rosa (2000; 2003), busca especificar elementos básicos do novo paradigma traçando um paralelo de análise entre as práticas constitutivas do modo asilar e aquelas exigidas ao modo psicossocial⁷.

As principais características do modo asilar são: ênfase na consideração de determinantes orgânicos nos problemas que se pretende tratar, o que implica que o seu meio básico seja medicamentoso; pouca ou nenhuma consideração da existência do sujeito, o que implica que não se insista na sua mobilização como participante do tratamento. O indivíduo continua sendo visto como doente, tanto em relação à família quanto em um contexto social mais amplo. Daí decorre que a intervenção seja quase exclusivamente centrada nele. As aproximações da família, quando ocorrem, costumam ter caráter apenas pedagógico e assistencial. Dessa consideração do indivíduo como centro do problema, entre outros fatores, decorre também seu isolamento em relação ao meio familiar e social.

Ainda, com relação as práticas assistenciais, no modo asilar, o trabalho é realizado sem que os profissionais se encontrem para conversar sobre a atividade comum. O prontuário é considerado o elo de interconexão entre os profissionais da equipe. Mesmo no caso em que o meio é multiprofissional, a determinação fundamental dos problemas continua, na prática, sendo biológica. Portanto, a eficácia do tratamento espera-se que venha da química. Sua instituição típica continua sendo o hospital psiquiátrico fechado,

⁷ O autor observa que esta análise tem uma dimensão histórica, na medida que inclui uma consideração dos avanços que tem ocorrido nas práticas concretas até o presente; e outra dimensão lógica, visto que decorre da dedução realizada, através do método de análise, das características imprescindíveis a um determinado dispositivo para que ele configure uma lógica contraditória com a dos dispositivos que pretende superar e substituir (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.36).

ainda que nas últimas décadas esse venha sendo alvo de reformas democratizantes, intermitentes e esteja acompanhado de dispositivos chamados extra-asilares.

No modo psicossocial a concepção do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos sustentados para lidar com esse processo requer a desinstitucionalização do paradigma “doença-cura” e sua substituição pelo “existência-sofrimento”, conjuntamente com a configuração de práticas de trabalho transdisciplinares.

Destacam-se como principais exigências ao modo psicossocial: a determinação e consistência psíquica e sociocultural dos problemas, e não orgânica; a desospitalização e a desmedicalização, o que significa desconsiderar a medicação como resposta única ou preponderante e a priori; o exercício da “clínica da escuta e da criação de si”, e não a clínica da observação e da retomada do estado anterior às crises; a horizontalização das relações intrainstitucionais; a participação dos usuários e da população em forma de autogestão e co-gestão; o livre trânsito dos usuários e da população; a ética do reposicionamento do sujeito, que significa reconhecer a implicação subjetiva como forma de singularização e não supressão sintomática.

Os dispositivos institucionais típicos do modo psicossocial são os centros e núcleos de atenção psicossocial, o Hospital-Dia, ambulatórios de saúde mental; equipes multiprofissionais de saúde mental, inseridas em Centros de Saúde; setores para tratamento em saúde mental, inseridos em hospitais gerais. Seus meios básicos de tratamento são a psicoterapia, a laboterapia, as socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural, além da medicação.

É decisiva a importância que se atribui ao sujeito, daí que se insista de maneira fundamental na sua mobilização como participante principal do tratamento. Não se deixa de considerar, por isso, a sua dimensão de indivíduo (orgânico e sócio-cultural). Dá-se ênfase à consideração da pertinência do indivíduo a um grupo familiar e social. Supõe-se que se deve trabalhar também a família e o grupo social como agentes das mudanças buscadas.

Da consideração de que não é o indivíduo o único problemático, sugere-se que se inclua no tratamento também a família e eventualmente um grupo mais ampliado. As formas de participação da família e do grupo ampliado no tratamento são várias e superam, em muito, as posturas assistencial e orientadora, características do modo asilar. As associações de usuários e familiares criadas no modo psicossocial são reflexos dessa nova postura em relação aos usuários.

No modo psicossocial, espera-se que as diferentes possibilidades de ação se estendam desde a continência do indivíduo, durante a crise, até o reconhecimento da implicação familiar e social nos mesmos problemas. Espera-se, portanto, que tanto uns quanto outros possam assumir a parte de seu compromisso na atenção e no apoio. Além disso, dá-se acentuada ênfase à reinserção social do indivíduo, sem perder de vista que, muitas vezes, não é a problemática com a qual ele chegou a responsável pela sua saída da circulação sociocultural.

Quanto às formas de organização institucional, no modo asilar estas são marcadas por estratificações de poder e saber no âmbito do pessoal da instituição, que se transladam para a relação com os usuários e a população, os quais estão excluídos de qualquer participação que não seja a do objeto inerte e o mundo. Já os dispositivos do modo psicossocial tem suas práticas fundamentadas na lógica da Psicoterapia Institucional e da Comunidade Terapêutica e, geralmente, estas são instrumentadas por meio de assembleias de usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental. Participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais no modo psicossocial, por oposição à estratificação e interdição institucionais à heterogestão e à disciplina das especialidades que dominam no modo asilar.

Neste sentido, o autor propõe designar a Atenção Psicossocial como paradigma do modo psicossocial, em oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar.

2.1.2 Atenção Psicossocial

O termo Atenção, no contexto da Reforma Psiquiátrica, assume o conceito de “dar e prestar atenção, acolher, receber com atenção, tomar em consideração, levar em conta e escutar atentamente”. Designa uma parte fundamental do contorno que se pretende imprimir às ações de Atenção Psicossocial nas práticas em saúde mental. Expressa certos princípios relativos, sobretudo, à forma das relações dos agentes institucionais e das próprias instituições como dispositivos, com os sujeitos usuários e suas demandas (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 22).

Já o conceito Psicossocial designa as práticas em Saúde Mental Coletiva que se inscrevem como transição paradigmática da psiquiatria; enquanto que o termo psicossocial

agrega ao 'objeto' das práticas em saúde mental aspectos psíquicos e sociais, e tem a função de designar experiências reformadoras em sentido amplo (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 19).

Segundo o autor, ao somatizar aspectos sociais e psíquicos aos aspectos biológicos do paradigma e do objeto da psiquiatria a Atenção Psicossocial vai promover transformações nas concepções do objeto, nos modos de conceber e estruturar a instituição como dispositivo e, sobretudo, na forma de conceber e estruturar as relações terapêuticas, que tem, por sua vez, implicações éticas radicalmente distintas das práticas asilares.

A Atenção Psicossocial subentende ações diferenciadas das contidas no paradigma asilar e psiquiátrico. Na definição de Costa-Rosa Luzio e Yasui (2003, pp. 34-36):

a Atenção Psicossocial parece configurar um campo capaz de congrega e nomear todo o conjunto das práticas substitutivas ao Modo Asilar, conservando ao mesmo tempo a abertura necessária para a inclusão das inovações que ainda estão se processando e para outras que certamente virão. [...] As práticas de Atenção Psicossocial representam a sedimentação de um vasto conjunto de variações teórico-técnicas e éticas, mais ou menos radicais, conforme o caso, em relação às práticas vigentes e dominantes, que estão no lugar estrutural de sua alteridade necessária.

Os autores argumentam que a Atenção Psicossocial tem sustentado um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas norteadas pela aspiração de substituírem o modo asilar, e algumas vezes o próprio paradigma da psiquiatria. As ações na esfera político-ideológica trabalham em sintonia com os movimentos sociais que lutam pelo resgate da dignidade humana e dos direitos individuais e coletivos de cidadania. As ações teórico-técnicas referem-se à produção de novas formas de intervenção que possibilitem a construção de novos dispositivos que trabalhem pela transformação radical dos modelos institucionalizados e da ética em que se pautam.

Atenção Psicossocial, entendida como paradigma do modo psicossocial, designa concepções contrárias ao modo asilar. Quando referida as políticas públicas de saúde mental aspira a inclusão de aspectos políticos, econômicos, sociais, culturais e outros relacionados com ações que visam a construção de práticas de emancipação para a cidadania. Neste trabalho, se refere ao modelo de atenção em saúde mental que deve nortear as práticas dos serviços substitutivos, especificamente, a dos centros de atenção psicossocial.

Dessa forma, a complexidade e amplitude das práticas de Atenção Psicossocial inclui como seus componentes necessários, os conceitos e as práticas englobadas na desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, a partir de uma perspectiva baseada no aumento da contratualidade social dos usuários das instituições.

2.2 Desinstitucionalização

A desinstitucionalização tem sua origem nas experiências desenvolvidas por Franco Rotelli (1990), na Psiquiatria Democrática italiana. Segundo o autor, o primeiro passo da desinstitucionalização consiste em desmontar a relação problema-solução, renunciando a busca da solução racional (tendencialmente ótima) que no caso da psiquiatria é a normalidade plenamente restabelecida.

“O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de “cura” mas no projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente” (ROTELLI, 1990, p.30). Neste sentido, trata-se de um processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito doente. A desinstitucionalização traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação na qual exista reciprocidade entre sujeitos - uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade.

Nas palavras do autor,

A desinstitucionalização é, sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. [...] Depois de ter descartado a ‘solução-cura’ se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento (ROTELLI, 1990, p.33).

Em sua origem, os pressupostos da desinstitucionalização encaminham-se no sentido da restituição da subjetividade do indivíduo, possibilitando-lhes a recuperação de sua contratualidade, isto é, da posse de recursos para trocas sociais e, por conseguinte, para a cidadania social. Contudo, alguns estudos sobre as mudanças operadas na assistência no

âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira apontam para a compreensão da desinstitucionalização como desospitalização⁸.

Segundo Spricigo (2001), a desinstitucionalização, não correlata da desospitalização, torna-se a um só tempo, processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito adoecido. Traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação em que exista reciprocidade entre sujeitos, uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade. Isso gera a necessidade de invenção de novas modalidades de mediação, não somente médicas, mas principalmente políticas, sociais e culturais.

Sobre esta questão, Amarante (1995b) enfatiza que a mudança desejada na assistência em saúde mental não corresponde simplesmente ao fechamento de hospitais psiquiátricos e o conseqüente abandono das pessoas em suas famílias ou nas ruas, nem no fechamento de leitos para reduzir custos, no sentido do neoliberalismo ou no sentido do enxugamento do Estado. Segundo o autor,

desinstitucionalização não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativo. Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social (AMARANTE, 1995b, p. 491-494).

⁸ Ver SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Série Teses em Enfermagem, n° 42)

Neste sentido, a proposta da desinstitucionalização está centrada em uma mudança completa do paradigma de saber em saúde mental e, do ponto de vista assistencial, na constatação de que o hospital psiquiátrico tradicional é antiterapêutico. Assim, a estratégia de conversão do sistema de cuidado deve partir da substituição do hospital psiquiátrico por um amplo rol de serviços abertos e comunitários, capazes de assistir o usuário desde a crise aguda até às necessidades mais amplas de caráter social. Nestes novos serviços, a reabilitação psicossocial vem se configurando como um lineamento para o desenvolvimento de programas, eticamente responsáveis, no sentido de dar conta da totalidade das demandas que os problemas mentais severos e persistentes requerem.

2.3 Reabilitação psicossocial

Na definição da Organização Mundial de Saúde (1987 apud PITTA, 2001) reabilitação psicossocial é o conjunto de atividade capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários.

Segundo Pitta (2001), a reabilitação psicossocial, no seu sentido instrumental, é representada por um conjunto de meios (programas e serviços) que são desenvolvidos para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes, ou seja, um processo para facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. Tal processo enfatiza as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo e a cada situação de modo personalizado.

Para Saraceno (2001), a reabilitação psicossocial prevê um processo de restituição e reconstrução de direitos políticos legais e sociais para o cidadão. Para tal, projetos de ressocialização devem promover o reconhecimento do portador de transtorno mental.

Para Kinoshita (2001), reabilitar é reconstruir valores, aumentar o poder contratual, criar condições de possibilidade para que um paciente possa, de alguma

maneira, participar do processo de trocas sociais, produzir dispositivos que, desde uma situação de desvalor quase absoluto (pressuposto), possa passar por experimentações, mediações que busquem adjudicar valores aptos para o intercâmbio, ou seja, modificar o pressuposto de desvalor natural para um pressuposto de valor possível proposto, explícito.

O autor considera que reabilitar pode ser entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia. Sendo que, a contratualidade do usuário vai estar, primeiramente, determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Se estes podem usar de seu poder para aumentar o poder do usuário ou não. Depois pela capacidade de se elaborar projetos, isto é, ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida.

Ainda, diretamente ligada a questão da reabilitação de pacientes está a necessidade de se estabelecerem diversificadas redes de relações, as quais melhor capacitariam os indivíduos a compreenderem quais determinações influenciam sua vida cotidiana, ampliando sua autonomia.

O conceito de autonomia aqui referenciado é entendido como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001).

3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Apresentamos, a seguir, os resultados e as análises da pesquisa realizada, a partir dos eixos que nortearam a coleta dos dados e das informações: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde.

3.1 Estrutura e recursos financeiros

O conjunto de serviços substitutivos ao modelo de atenção em saúde mental tradicional (manicomial/asilar), do qual os centros de atenção psicossocial fazem parte, é, atualmente, regulamentado pela Portaria GM/MS N° 336/2002. Esta portaria estabelece portes diferenciados, a partir de critérios populacionais, para abrangência, financiamento e tipo de serviço prestado, de acordo com cada modalidade de CAPS.

Com relação a estrutura física, os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender a sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado. Para tanto, devem estar equipados com consultórios individuais para consultas, entrevistas, terapias, salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitório, sanitários, área externa para oficinas, recreação e esportes (BRASIL, 2004).

Neste aspecto, O CAPS Ponta do Coral tem uma estrutura que compreende um terreno com área física total aproximada de 1.936,00m², destes, aproximadamente 421m² são de área construída. Fazem parte das instalações, uma casa com dois pavimentos, um anexo, utilizado como sala do brechó, área de lazer e estar externa, e estacionamento. O pavimento superior da casa comporta 2 varandas, sala de recepção, sala de espera, 2 áreas de circulação (corredores), sala de administração, 2 consultórios, sendo que no momento um é utilizado como sala administrativa para realização de procedimentos relacionados ao preenchimento das APACs⁹, 2 salas para atividades grupais com WC, sala de depósito de

⁹ Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo.

material, cozinha com despensa, refeitório com churrasqueira, sala ampla (auditório) equipada com multimídia, sala de enfermagem, sala de repouso, e 7 banheiros distribuídos no espaço físico do pavimento superior. No pavimento inferior encontra-se a sala utilizada pela associação de usuários, 2 salas para a realização de oficinas (com passagem de uma para outra), sala com forno, sala de depósito de material e lavanderia¹⁰.

De acordo a pesquisa realizada, 83,3% dos profissionais considera a área física do CAPS suficiente para o atendimento da demanda e 66,7% consideram as instalações adequadas para a realização das atividades propostas; apenas um profissional observou que considera a estrutura do CAPS suficiente desde que as oficinas produtivas sejam realizadas fora da unidade. A mesma porcentagem (66,7%) considera os equipamentos disponíveis suficientes. Neste âmbito, o serviço conta com computador com impressora, aparelho de telefone e fone/faz, televisão, mesas de escritório, cadeiras, quadro branco, maca para atendimento em enfermagem, camas de repouso, fogão industrial, pia, mesas e bancos no refeitório, bancos para estar e descanso, entre outros. Metade dos profissionais respondeu que os equipamentos estão em bom estado de utilização, com ressalvas para salas com pouca ventilação no pavimento inferior.

Já com relação aos materiais de consumo, 91,7%, correspondente a onze dos doze profissionais que responderam ao formulário, consideram que os materiais de consumo não são suficientes. Eles se referem à falta e irregularidade no recebimento de materiais básicos à manutenção do serviço, tais como copo descartável para água, papel higiênico, e, principalmente, material específico para uso nas oficinas terapêuticas e de produtividade. Esta situação pode ser observada nas falas dos profissionais, que identificam as dificuldades no funcionamento do CAPS com relação a falta de recursos materiais e financeiros:

[...] essa falta de recursos é isso que eu te digo, desde a parte administrativa, nós precisamos de papel, carbono, copo pra tomar água, por exemplo, agora nós somos uma Unidade Local de Saúde que não tem copo descartável, já faz quase quinze dias, vinte dias, não tem copo descartável; falta água, aí nós temos que esperar, sendo que é um lugar que transita muitos usuários, eles tomam medicação e precisam tomar água, eles tomam muita água, e acaba não tendo água potável; por exemplo, teve época que faltou papel higiênico, em um serviço onde os usuários chegam fazem lanche, almoçam, fazem lanche da tarde, eles passam o dia aqui, então precisa ter uma estrutura mínima de atendimento (LÉLI, 4/4/2006).

¹⁰ Conforme Planta Baixa da unidade constante no projeto de reforma e ampliação executado em 2003/2004.

[...] a gente tem também o problema de fornecimento de material de consumo já há algum tempo, também desde que essa administração começou (Gestão Municipal e da Secretaria de Saúde), o fornecimento de material de consumo é interrompido, a gente fica sem tinta pra impressora, sem papel, sem papel higiênico...; tem diversos itens desses que são necessários, fazem parte do funcionamento do dia-a-dia do serviço (F, 12/4/2006).

[...] as oficinas terapêuticas e produtivas, requerem um material específico que precisa de dinheiro, e aqui, na política específica do município não tem uma regularização quanto ao repasse desse dinheiro [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

[...] a falta de agilidade no fornecimento das reservas para as oficinas, tudo isso resulta em um prejuízo para o trabalho; ficou quase uns dois meses a oficina fechada por falta de material, por exemplo [...] (P, 17/3/2006).

Outra dificuldade mencionada pelos profissionais no funcionamento do serviço é o vale transporte dos usuários:

[...] o funcionamento em geral fica prejudicado porque na medida em que falta vale transporte o usuário não vem, não consegue se deslocar para vir até aqui, aí interrompe aquele projeto terapêutico que havia sido feito com o usuário [...] (VIK, 24/3/2006).

[...] a questão, por exemplo, da dificuldade que a gente tem aqui: o transporte dos pacientes, a questão do passe, é muito irregular; então, isso reduz a nossa produtividade também, porque os pacientes acabam não vindo. Muitas vezes a gente não pode, por exemplo, contar com aquele paciente que veio para uma entrevista inicial porque ele não tem como estar vindo no curto prazo, então, acho que isso, a questão do custo que é o transporte em Florianópolis, também acaba afetando o nosso trabalho, então, nesse sentido, a falta de regularidade no passe [...] (P, 17/3/2006).

A partir dessa relação entre as diversas necessidades para o funcionamento do serviço é possível perceber que os profissionais assumem como princípio uma concepção de saúde ampliada, na qual não basta somente o atendimento terapêutico. Outros fatores estão interligados e contribuem para que a assistência efetivamente ocorra. Contudo, a concepção e prática setorializada das políticas sociais brasileiras provoca situações dessa natureza, na medida em que não se trabalha a inter-relação entre elas. Esta forma de setorialização das políticas sociais, no entanto, não é característica apenas da realidade brasileira, mas uma “modalidade do Estado burguês” que traduz as expressões da questão social mediante a tipificação das políticas sociais (NETTO, 1992).

Várias iniciativas têm buscado romper com esta perspectiva como a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), que reafirmou a necessidade de se garantir e melhorar o acesso aos bens e serviços da sociedade: prover trabalho, creches, profissionalização, educação, lazer, escolas, habitação, transporte, segurança pública, saneamento básico. Também, destacou ser fundamental enfatizar a questão do transporte urbano acessível aos usuários, a fim de que seja garantido o deslocamento entre os serviços de saúde e sua moradia (BRASIL, 2002a).

Na seqüência da pesquisa realizada, dois entrevistados referiram que a falta e as dificuldades no fornecimento dos recursos materiais necessários estão mais acentuadas na atual gestão administrativa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)¹¹. Foram relacionadas, ainda, como dificuldades, a falta de um carro disponível para o CAPS, a falta de terapeuta ocupacional, de outro médico psiquiatra e outros profissionais de nível médio (auxiliar administrativo, pessoa para limpeza). Outras questões listadas estão relacionadas aos recursos humanos e as necessidades de integração do serviço na política municipal de saúde. Os profissionais relatam a existência de dificuldades de interação da equipe, falta de capacitação, supervisão institucional, falta de apoio institucional, falta de efetivação de uma rede de saúde mental e/ou a existência de uma rede de atenção ainda incipiente, em processo de formação, falta de estrutura para atenção às urgências, dificuldades do gestor em compreender a lógica da saúde mental, salários incompatíveis com as funções.

Os problemas relatados pelos profissionais aparecem diretamente relacionados à insuficiência dos recursos financeiros de custeio do serviço. Todos os entrevistados referiram que os recursos gerados pelo serviço, através das APACs, não são suficientes para a realização das atividades do CAPS. Dentre as atividades prejudicadas, o trabalho nas oficinas foi apontado como o principal, conforme aparece na fala a seguir:

o que requer mais recursos, atualmente, são as oficinas produtivas, por exemplo, houve uma paralisação de muitas das oficinas quando faltou recurso. O recurso não é exatamente suficiente. Eu acho que os R\$ 500,00 por mês é um recurso pequeno [...] acho que o recurso poderia ser maior, pelas necessidades ele acaba sendo reduzido, não é uma coisa que você possa comprar a vontade, assim, é limitado, muitas vezes, a oficina tira de uma pra passar pra outra (P, 17/3/2006).

¹¹ Gestão Municipal 2004/2008; a Gestão da Secretaria de Saúde referida é a de 2004 a abril de 2006 que teve como gestor o vereador Walter da Luz; à época da coleta dos dados empíricos houve mudança do gestor municipal de saúde, assumindo o cargo o ex-secretário estadual de saúde João José Cândido da Silva.

Um dos profissionais apontou como principal atividade prejudicada pela falta de recursos financeiros a questão do território. Segundo este, a falta de recursos interfere no atendimento prestado, no sentido de que não é possível realizar o acompanhamento, a inclusão e avaliação do usuário em seu território. De acordo com este profissional,

o dinheiro do CAPS pode ser melhor gerido se investir no território. Investir no território seria elaborar projetos, ter mais articulação com a associação de moradores, ou seja, com os recursos que o território oferece, e aí precisa aumentar a própria equipe porque vai ter equipes que vão ter que se deslocar do CAPS; vai ter que ter investimento em carro, daí vai ter que ter um motorista, os próprios agentes comunitários tem que ter essa parceria, isso tudo implica em financiamento. [...] como eu sempre digo, território é onde a vida acontece, onde a cultura é produzida, onde as manifestações de vida, elas estão mais visíveis [...], mas investir lá no território, a equipe tem que estar inserida lá, estar toda hora pensando e discutindo [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

De acordo com as recomendações da política do Ministério da Saúde, as ações de saúde mental devem obedecer a um modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas. São ações que envolvem práticas de reabilitação psicossocial, promoção da cidadania, construção da autonomia possível dos usuários no ambiente em que eles vivem, e que necessitam de uma equipe multidisciplinar capaz de trabalhar sobre a ótica da interdisciplinaridade (BRASIL, 2004).

Necessariamente, a mudança de um modelo assistencial requer a análise de sua estrutura de financiamento. Isso significa que as características singulares e diferentes dos CAPS, em relação aos modelos tradicionais de assistenciais, e a complexidade das ações desenvolvidas por estes serviços necessita vir acompanhada de uma mudança na lógica de alocação de recursos financeiros.

Atualmente, o principal órgão financiador dos CAPS é o Ministério da Saúde (MS). Com a publicação da Portaria GM/MS nº 336/2002 os CAPS passam a fazer parte das ações estratégicas do MS. Esses serviços são incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e a remuneração é através do sistema APAC/SIA¹². Baseado na fatura que o prestador de serviços de saúde apresenta ao SUS, correspondente aos seus gastos

¹² A Portaria GM/MS nº 336/2002 descreve os procedimentos objeto de remuneração, classificando-os em intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Para essas três modalidades de atendimento, a Portaria GM/MS nº 189/2002 fixou o número máximo de atendimentos mensais para cada modalidade, de acordo com cada tipo de CAPS, sendo que para cada tipo de procedimento é destinado um valor diferenciado. Nos CAPS II, um procedimento intensivo custa R\$ 25,40; um semi-intensivo, R\$ 16,30; e um não-intensivo, R\$ 14,85 (BRASIL, 2002).

mensais com a produção de atendimentos aos usuários dos CAPS, o Ministério da Saúde repassa, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, o montante equivalente à sua produção. A inovação introduzida por este modelo de pagamento refere-se à fonte de financiamento, ou seja, ao acréscimo de recursos financeiros repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estadual e Municipal de Saúde (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, pp.129-132).

Sobre este aspecto, perguntamos aos entrevistados qual conhecimento possuem sobre o repasse dos recursos financeiros para o CAPS. Na sua maioria, eles referiram saber sobre os recursos originados a partir das APACs, contudo, relataram não saber sobre o controle do uso desse recurso, conforme expresso nas falas relacionadas:

[...] tem o valor, o montante desse valor que é produzido dos atendimentos pagos pelo Ministério (MS), então, tem isso mensal, a gente tem o valor que chegou, somou, vamos dizer assim, esse montante que a gente somou dos atendimentos feitos no mês, isso a gente sabe, porque as APACs são geradas aqui no CAPS, mas o repasse disso via Fundo Municipal, esse controle eu não sei, eu sei do valor que tem que receber mensalmente (VIK, 24/3/2006).

Bom, formalmente, eu desconheço qualquer..., todas as formas de recursos. O dinheiro da produtividade referente as APACs vai para o Fundo Municipal de Saúde e nunca teve prestação de contas disso. Na verdade a gente não sabe qual é o destino que é dado nem quanto vem; tem o nosso levantamento interno da produtividade, mas não sabemos o que é feito desse recurso (F, 12/4/2006).

Alguns profissionais referiram-se ao fato de o município não ter gestão plena do SUS,

Bom, eu tenho algum, pouco do que é repassado, a gente sabe o que foi recolhido, por exemplo, através das APACs, que são os atendimentos feitos aqui, então eu sei quantos atendimentos foram, qual seria o valor que essas APACs dariam, mas eu não sei qual o valor que a gente acaba recebendo, que fica num fundo perdido, no sentido de que é um fundo único por não ser gestão plena (J, 22/3/2006).

O conhecimento que eu possuo é muito irregular e insatisfatório, assim, a relação APAC, por exemplo, o repasse do dinheiro que viria do Ministério da Saúde a gente acaba..., nós não somos gestão plena então vai pra secretaria (municipal) de saúde e ali é passado pra compra de alimento..., enfim, mas nós não temos autonomia sobre esse dinheiro, então, uma vez que você não tem autonomia o teu conhecimento fica restrito. Está na mão da secretaria mesmo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais discorreu detalhadamente sobre a forma como os recursos são gerados e repassados à unidade gestora (SMS), referindo-se que todas as diretrizes sobre financiamento do serviço são preconizadas pelo Ministério da Saúde através de portarias.

Os recursos financeiros do CAPS são obtidos através de APACs, Autorização de Procedimento de Alto Custo; pra se preencher uma APAC é necessário que haja uma organização do serviço em cima de modalidades de atendimento; as modalidades de atendimento podem ser: semi-intensivo, intensivo e não-intensivo, cada um tem um determinado valor em relação a esse procedimento, ou seja, todas as diretrizes em relação a financiamento, o Ministério preconiza isso em portaria, então, os conhecimentos que eu possuo em relação aos recursos financeiros do Caps são os conhecimentos que já estão preconizados em relação ao Ministério da Saúde; essa APAC uma vez preenchida ela é computada, ela é repassada pro governo federal e este repassa o dinheiro fundo a fundo; esse dinheiro vem pro Fundo Municipal de Saúde, e é esse dinheiro que é aplicado na saúde mental pra ter a gestão do serviço [...] aqui acontece da seguinte forma: cada gestor municipal, como a política é municipalizada, eles criam um protocolo, nesse protocolo eles colocam de que forma esse dinheiro pode ser gastado na saúde mental; então, existe um documento no município dizendo, olha na saúde mental você pode gastar tanto com a associação de usuários, tanto pra comprar materiais, tanto pra gastar em vale transporte; então, existe um protocolo dizendo no que você pode gastar esse dinheiro que vem na saúde mental; é um dinheiro que vem do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde; esse dinheiro cai nessa conta e ali existe um acordo de como se gastar; esse dinheiro é manejado pelo gestor municipal de saúde (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme apontam Freire, Ugá e Amarante (2005, pp. 131-133), o modelo de alocação de recursos dos CAPS (sistema de remuneração por APAC) trás contribuições à política nacional de saúde mental ao inserir os CAPS no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) do MS, pois proporciona maiores incentivos financeiros, haja vista a alocação de recursos municipais extra-teto para a manutenção de serviços já existentes e a implantação de novos serviços.

Contudo, os mesmos autores ressaltam que há de se perceber que a lógica da remuneração que o SUS imprime aos CAPS vincula-se, preponderantemente, à doença. Ou seja, as unidades assistenciais do SUS seguem um sistema de remuneração vinculado a um diagnóstico, mais especificamente, a um episódio de doença, internação, contidos na tabela de procedimentos hospitalares (SIH/SUS) ou a ações ambulatoriais, inscritas na tabela de procedimentos ambulatoriais (SIA/SUS). Desta forma, “o sistema de saúde encontra-se, em sua quase totalidade, voltado para a produção de atos vinculados a doença, isto é, atos

curativos, valorizando, em consequência, intervenções predominantemente individuais, que são remuneradas pela venda de procedimentos, diárias e atos médicos-assistenciais de natureza privatizante” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p 133).

Amarante (2003, pp. 62-63) considera que os CAPS, como os serviços integrantes do SUS, também foram capturados pela lógica da *inampização*, ou seja, pela lógica do pagamento por procedimento. Para o autor, “o modelo prevalente dos CAPS é o herdeiro mais autêntico e legítimo da lógica do antigo INAMPS, onde a saúde era reduzida a doença, ao mesmo tempo em que o sistema de saúde era reduzido a assistência médico-curativa”.

Portanto, o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. Pelo contrário, tente a prejudicar a complexidade de ações dos CAPS, na medida em que não é previsto financiamento das diversas relações que podem ser estabelecidas com a comunidade, com as lideranças e associações comunitárias. Tais ações, dentre muitas outras possibilidades de intervenção territorial, “são inerentes a esse tipo de serviço e objetivariam imprimir um processo de transformação cultural nos diversos segmentos da sociedade, no lidar e no acolhimento das pessoas em sofrimento mental” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 135).

Sobre a forma de repasse dos recursos financeiros ao CAPS, os profissionais entrevistados relataram não existir descentralização administrativa. Os recursos chegam ao serviço na forma de materiais. Alguns profissionais observaram que até a gestão administrativa da secretaria municipal de saúde anterior eles tinham acesso a uma verba de R\$ 500,00 que utilizavam na compra de material para as oficinas. A partir da atual gestão esse dinheiro não foi mais repassado. A compra do material passou a ser feita através de orçamento encaminhado à secretaria, que faz o pagamento, e os profissionais retiram os materiais.

Não, a gente não tem acesso a esse recurso diretamente, a gente não é uma unidade que gere o seu recurso; ele vai pra secretaria e a secretaria... por exemplo: toda a compra de... o pagamento dos almoços, lanches, etc.. é a secretaria que faz; a gente não tem autonomia; o único recurso que a gente manuseia são os R\$ 500,00, que vem para as oficinas; isso é dividido, as Oficinas fazem um rateio, cada oficina compra o seu material, mas até parece..., da última compra fui eu que comprei, ela (SMS de Florianópolis) determinou, já colocou a empresa que vai fornecer; não sei se foi mediante licitação, já fez o pagamento direto, a gente só foi lá escolher e pegar os produtos que tinham sido

solicitados; então..., de outras vezes, por exemplo, a gente pegava o cheque ia lá comprava, pagava naquele valor, agora isso não foi feito dessa forma (P, 17/3/2006).

Desde que começou essa administração (Gestão Municipal 2004-2008) acabou esse repasse; então atualmente a única vez que a gente conseguiu material pras oficinas foi através de empenho que a própria secretaria fez..., então, permanece centralizado, a única coisa que a gente teve que fazer foi ir nas lojas fazer orçamento, passar pra secretaria, a secretaria emitiu as notas, e aí a gente foi buscar o material com essas notas, mas não com o dinheiro (F, 12/4/2006).

Não, não existe, porque, na gestão passada (Gestão Municipal 2000-2004) ainda vinha uma verba de dois em dois meses, tipo quinhentos reais pra compra de material pra oficinas; nós comprávamos, apresentávamos as notas e depois eles colocavam o dinheiro; nessa gestão (Gestão Municipal 2004-2008; Gestão da Secretaria de Saúde de 2004 até abril de 2006) não existe nada, então, a pergunta se existe descentralização administrativa dos recursos financeiros, não, não existe (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais referiu-se a descentralização não apenas como repasse de recursos financeiros e funções administrativas, mas como compartilhamento de poder na gestão do serviço.

Essa descentralização, eu estou entendendo como um compartilhamento de poder; não existe esse compartilhamento de poder na hora de gerir os recursos, assim, o CAPS possui CNPJ, mas ele não possui uma conta específica pra vir dinheiro pro CAPS, não existe isso, existe esse acordo que eu te falei, que vem do fundo a fundo e esse dinheiro vai pra saúde mental e o CAPS tem uma vertente pro CAPS, o dinheiro não é só pro CAPS, ela vai pra saúde mental, e aí o CAPS acaba utilizando esse dinheiro, então, quando pergunta sobre a descentralização eu faço a avaliação de que é o compartilhamento de poder, então, não tem isso, é o gestor que acaba se apoderando desse sistema de financeiro, a gente não interfere (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ao considerarmos a questão da descentralização político-administrativa dos recursos financeiros, temos a intenção de destacar que a transferência desta prática às unidades prestadoras de serviços em saúde nos municípios poderia estar favorecendo uma melhor utilização e adequação dos recursos às necessidades reais do serviço, bem como possibilitar maior agilidade na compra dos materiais e viabilizar um processo de gestão democrática e participativa, entre técnicos trabalhadores, usuários e gestores. Essa prática traduz-se, por sua vez, em um exercício político-pedagógico de construção da democracia, objetivando uma atuação com transparência na administração da coisa pública.

Quando questionados sobre se a descentralização financeira dos recursos possibilitaria o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, os

profissionais, na sua maioria, disseram que sim, com algumas ressalvas feitas para a necessidade de mudanças na forma de gestão administrativa do serviço, conforme expresso nas falas que seguem:

Sem dúvida, sim sem dúvida, isso é um equívoco assim porque..., justamente porque a gente não sabe qual é o destino dado a esse dinheiro. A gente acredita que se a gente tivesse mais transparência nesse processo a gente poderia pelo menos priorizar certas coisas que são de fato importante e garantir que elas fossem..., que a gente conseguisse obter essas coisas, enfim, o investimento necessário (F, 12/4/2006).

A melhor utilização sim acho que o planejamento teria que ser anterior, mas sim, acredito que utilizar no sentido até..., porque muitas vezes, como vai para esse Fundo que é pra todos, pra toda a saúde, você acaba sem saber, igual agora, que a gente já tem o dinheiro da supervisão disponível na secretaria, mas não tem como a gente começar amanhã, embora o dinheiro já esteja lá., porquê? porque a gente não sabe como esse dinheiro vai sair e entrar na mão do terapeuta que vai fazer a supervisão da equipe e isso pode demorar um mês, dois meses, vai saber, seria melhor, claro (J, 22/3/2006).

Sim, com certeza, porque nos iríamos sentar e ver as necessidades, por exemplo, esse ano nós ficamos desde o ano passado até um mês atrás sem material nenhum pras oficinas e as oficinas que mais tinham, capitalizavam usuários e não tínhamos material, nós tivemos que suspender as oficinas; então nós sabemos das necessidades, as necessidades dos usuários, quais as oficinas tem mais usuários, pra gente pode administrar e vê onde pode estar investindo (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que sim porque ficaria mais próximo da própria administração do CAPS, porém, ia surgir a necessidade de ter todo um aparato administrativo pra poder gerenciar isso, mas assim, na medida que aqui no CAPS a gente tem uma gestão participativa, em que os usuários estão reunidos semanalmente pra pensar as regras do CAPS, as necessidades do CAPS, enfim, seria mais interessante talvez, esse repasse direto tu quer dizer, é... não sei assim, a princípio..., hoje a gente tem uma estrutura de conselho que prevê o controle social através do Fundo Municipal de Saúde, o Conselho Municipal tem essa ligação também, e aí a gente está lá também, de certa forma representado (VIK, 24/3/2006).

Olha, eu acho que teria que mudar um pouco a nossa dinâmica de funcionamento; não deixa de ter um lado...bom, é uma faca de dois gumes, poderia facilitar a gente fazer um processo mais rápido talvez, não faltaria coisa, porque as vezes faltam coisas básicas, agora, por exemplo, faltam copos, se você tivesse o recurso você ia ali e comprava uns pacotes de copos, não teria essa... essa falha; agora é saber que é mais uma tarefa também que acumularia em termos administrativos, financeiros, quer dizer, não sei se você não está ali também inchando o processo burocrático aqui dentro do CAPS; eu acho que pode ter vantagens, mas pode ter desvantagens; eu teria que pensar melhor, nunca pensei nessa possibilidade; assim, acho que o dinheiro da Oficina, puxa, se a gente tivesse aqui uma verba seria mais fácil, as vezes faltam coisas

pequenas que você não tem como estar repondo aqui, tem que esperar uma nova verba, de repente pra.... (P, 17/3/2006).

Um dos profissionais observou sobre as questões práticas e políticas que envolvem a descentralização no contexto do SUS:

Esse compartilhamento de poder ele só pode ser discutido dentro da lógica do SUS, universalização, integralização, etc., dentro dos preceitos do SUS tem o controle social, essa descentralização só pode ser discutida quando acontece o controle social. Hoje essa descentralização ela tem que ser discutida no Conselho Municipal de Saúde e mais precisamente no conselho gestor dentro do CAPS; agora, porque não ocorre isso? Porque não tem a clareza da necessidade; eu acredito que as pessoas que acabam estando na prática, principalmente no CAPS, se sobrecarregando com as coisas, e acabam não tendo a clareza, ou não querendo assumir mais um encargo trabalhista; então, esse é um dos grandes problemas que existe, a sobrecarga de trabalho, as condições de trabalho, aí você acaba tendo que lutar por tudo isso; isso aí eu vejo que tem muito a ver com a questão da militância, pessoas que já estão, lá na época ou do ensino médio, que já começam ir pros grêmios, depois a pessoa acaba indo pra militância no movimento estudantil, e quando vão pros serviços de saúde são profissionais mais críticos, que acabam tendo essa visão mais ampla da saúde e da política; então, as pessoas que acabam chegando no serviço com um pouco desse ideal de controle social eu diria, acabam questionando mais essa questão da descentralização; voltando a tua pergunta sobre a descentralização financeira, ela poderia sim possibilitar um melhor planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, se houver o controle social dentro dessa descentralização financeira (GIRASSOL, 20/3/2006).

Cabe destacar que a proposta da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, na regionalização e na hierarquização da rede de serviços, constante entre os princípios e diretrizes do SUS, coloca o município como lugar privilegiado para o desenvolvimento de uma política de financiamento das ações em saúde, com critérios transparentes, e que respeite as particularidades da realidade local. O Ministério da Saúde continua a ser a instância que, na administração do Fundo Nacional de Saúde (FNS), acompanha a aplicação dos recursos que são repassados aos estados e municípios. Estes, por sua vez, são obrigados a constituir os seus respectivos fundos de saúde e conselhos estaduais e municipais, elaborar planos de ação e apresentar relatórios de gestão, garantindo também a existência de contrapartida de recursos para a saúde nos seus orçamentos (COSTA, 2002).

Embora a descentralização seja uma prática com vistas a aumentar o poder decisório de aplicação dos recursos na esfera local, esta ainda apresenta muitos problemas, na medida que não consegue alcançar efetividade, dados os impasses de ordem burocrática e administrativa. Por si só a descentralização não garante maior controle social ou uma prática democrática. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada que abarque as especificidades da área da saúde mental.

Nesse sentido, a lógica fundamental da estrutura de financiamento exigida é a de que os recursos financeiros devem ser centrados nas pessoas e não nos serviços. O financiamento deve contemplar todas as ações necessárias e decorrentes da implantação, implementação e sustentação de uma nova política de saúde mental (BRASIL, 2002a). O que deve ser colocado em pauta é a viabilidade de se financiar o CAPS como um todo, envolvendo todas as suas ações e especificidades, permitindo-se que cada serviço tenha flexibilidade para realizar seu trabalho de acordo com as necessidades locais, desvinculando o financiamento da relação de compra e venda de serviços e da noção de doença (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 136).

3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico

Os profissionais que trabalham nos CAPS compõem um grupo de diferentes técnicos de formação de nível superior e nível médio, e integram uma equipe multidisciplinar. Todas as unidades de serviço devem obedecer a exigência da diversidade profissional e cada CAPS tem suas próprias características quanto ao tipo e a quantidade de profissionais. A equipe mínima indicada para os CAPS II é composta por médico psiquiatra, enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior de outras categorias profissionais entre psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro necessário ao projeto terapêutico e seis profissionais de nível médio entre técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).

O papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. As equipes devem organizar-se para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação

psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e poder equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas (BRASIL, 2004).

Neste item nos propomos a descrever e analisar a composição e perfil da equipe técnica do CAPS Ponta do Coral, bem como as dificuldades e facilidades do trabalho em equipe consideradas pelos profissionais, a existência de práticas interdisciplinares no atendimento ao usuário, de projeto terapêutico e planejamento das ações da unidade de serviço¹³. Ao final do item consideramos os apontamentos dos profissionais sobre as diferenças do atendimento prestado no CAPS em relação ao realizado nas instituições tradicionais/hospitais psiquiátricos.

3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental

O CAPS Ponta do Coral conta com uma equipe de profissionais multidisciplinar que atua diretamente no atendimento aos usuários. São profissionais com formação de nível superior nas áreas de psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Entre os de formação de nível médio estão dois técnicos em enfermagem e um auxiliar administrativo. Compõem a equipe, ainda, os profissionais de apoio, vigilantes e auxiliar de limpeza, e estagiários de psicologia, serviço social e enfermagem.

¹³ É importante destacar que o perfil bem como a opinião dos profissionais sobre o serviço varia, no decorrer do tempo histórico, de acordo com a composição da equipe naquele determinado momento. Outros trabalhos já realizados identificam o perfil da equipe, a percepção dos profissionais sobre o trabalho no CAPS, o significado e o processo de inserção no serviço, a concepção sobre o modelo assistencial e práticas de desinstitucionalização, em épocas anteriores. Entre estes ver: GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003; FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial** - percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004; NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental:** em busca da articulação e qualificação das ações em saúde. Monografia (Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Lato Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

A maioria dos técnicos de nível superior concluiu a graduação na década de 1980. Metade deles possui capacitação específica na área de saúde mental, em geral, cursos de formação e aperfeiçoamento, especialização em terapia cognitiva comportamental, saúde pública, clínica, psicoterapia, psicanálise, atenção psicossocial. Três profissionais possuem mestrado nas áreas de enfermagem, sociologia política, artes cênicas; um fez residência médica em psiquiatria e cursa mestrado na mesma área; uma profissional tem doutorado em sociologia política.

Mais da metade dos profissionais (58,3%) possuem experiências de atuação profissional em outras instituições da área de saúde mental como clínica de internação, hospital psiquiátrico, centro comunitário de saúde mental, serviços de atenção à dependentes químicos e centro de atenção psicossocial. A maioria (66,7%) atua na área de saúde mental a partir da segunda metade da década de 1990. Cinco profissionais identificaram ter experiência de atuação em outras instituições que não da área de saúde mental.

Com relação ao tempo de serviço no CAPS, quatro profissionais atuam desde a implantação do serviço, em 1996, três ingressaram na equipe entre os anos de 2001 e 2002, e quatro profissionais passaram a fazer parte da equipe recentemente, a partir de meados de 2004. Quanto ao tipo de vínculo empregatício, a maioria, 75% (9 profissionais), é servidor público concursado, dois são contrato temporário e um ingressou no serviço público municipal através de indicação técnica. Nove profissionais possuem regime de trabalho de 30 horas semanais e 3 deles trabalham 40 horas semanais.

Com relação a capacitação específica em saúde mental para atuar no CAPS, todos os entrevistados consideram esse quesito de grande importância. Entre as razões apresentadas estão: a necessidade de compreensão e entendimento comum do que é um CAPS e o entendimento do tipo de assistência que este serviço deve oferecer; a preocupação com a diferença no atendimento que o CAPS deve oferecer em relação aquele prestado em outros serviços de saúde mental; a necessidade da capacitação para suprir as defasagens da formação acadêmica, que, em geral, não abarca as especificidades do campo da saúde mental.

Na opinião dos entrevistados,

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS, não tem a qualificação pra atuar, então ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então é necessária a questão da capacitação... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ah sem dúvida, sem dúvida, principalmente porque o que a gente está propondo é uma reformulação no modo da assistência em saúde mental, então é preciso que quem venha trabalhar num CAPS entenda essa lógica, que não venha pra cá com a mesma mentalidade do que se faz no hospital psiquiátrico, do que se faz em ambulatório, é outra coisa também diferente da atenção básica, então o CAPS precisa disso, precisa que o profissional tenha essa.., esse tipo de orientação, esse tipo de compreensão da sua finalidade (F, 12/4/2006).

Muito, muito importante, justamente por isso que eu estou te falando, porque assim, o profissional que trabalha no campo psicossocial, de qualquer área, ele necessariamente precisa quebrar a prática estereotipada pra poder entrar num serviço como esse porque o assistente social de um CAPS ele não é aquele assistente social de um hospital psiquiátrico, ele muda, ele faz outras coisas, ele se coloca de outro jeito, assim também é o médico, assim também é o psicólogo, o enfermeiro, então, uma formação específica pra essa área é bastante adequado porque vai tratar especificamente das necessidades que se colocam no cotidiano (VIK, 24/3/2006).

Considero, considero sim. É interessante que cada um tenha um saber, que traga o seu saber pela sua formação, da sua prática, do seu bairro, da sua comunidade, mas trabalhar no CAPS não é trabalhar em ambulatório, trabalhar no CAPS é ter um conhecimento sim do que é uma Reforma Psiquiátrica, do que significa um CAPS num panorama hospitalocêntrico. É toda essa questão política que tem por trás, questão financeira também, que é um serviço que se propõem substituir sim progressivamente os hospitais. Em muitos lugares isso já é feito, já conseguem fazer internação zero, outros lugares não; então, uma abordagem no CAPS precisa sim ter capacitação (LÉLI, 4/4/2006).

Sim, até por que o que é o CAPS? O quê um CAPS deveria ser? Cada um tem a sua idéia do que é um CAPS, mas ela não é uma idéia homogênea, então a minha experiência do que é um CAPS em outros lugares, que eu já tive em outros lugares especificamente, é muito diferente do que eu chego aqui e encontro as pessoas falando o que é um CAPS. é claro que a capacitação para um CAPS, para o que é o trabalho em CAPS podia homogeneizar, pelo menos todo mundo iria estar falando a mesma língua (J, 22/3/2006).

Sobre este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005, p. 30), observam que “os profissionais de saúde mental são, ainda em grande parte, formados a partir da prática cotidiana que caracteriza a lógica manicomial”. Hospitais e clínicas psiquiátricas constituem-se ainda os espaços onde “são oferecidos treinamentos em serviço (sob a forma de estágios e residências) aos profissionais que irão, no futuro, tentar materializar a nova lógica dos serviços substitutivos”.

Os autores destacam que “do sucesso da forma de organização da produção e transmissão do conhecimento pode depender o sucesso da própria reforma psiquiátrica” (OLIVEIRA; DORNELES, 2005, p. 32). Neste sentido, é importante que seja colocado na

cena do debate o funcionamento das instituições de aprendizado profissional sob a ótica da reflexão sobre as práticas e não apenas sobre o discurso das propostas dos cursos de formação. Os centros de formação devem se programar, planejar e garantir aprendizado e treinamento supervisionado, em que se pratique e construa espaços de práticas genuinamente terapêutica.

Na mesma direção, um dos entrevistados expressou sua preocupação com relação a seleção dos profissionais que vão atuar no CAPS, argumentando que os resultados do trabalho também dependem desse aspecto.

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS não tem a qualificação pra atuar, então, ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então, é necessária a questão da capacitação [...]. o processo de inclusão do profissional na área da saúde mental hoje, como se dá? Ele se dá por indicação política, seleção por contrato temporário e por concurso público. A indicação política pode ofertar profissionais desqualificados, pode! O contrato temporário, se não tiver um rigor no perfil que se quer pra trabalhar em CAPS vai acontecer a mesma coisa, um profissional desqualificado, o concurso público a mesma coisa, se não tiver um perfil, se não tiver o que se gostaria realmente, qual profissional que você gostaria de estar atuando hoje no CAPS, então, enquanto não se superar a forma de inserção no trabalho do CAPS, enquanto não se superar a discussão da saúde mental nos currículos acadêmicos vai continuar sendo sempre necessária a questão da capacitação [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Com relação a formação das equipes técnicas para atuar nos CAPS, as indicações aprovadas na e pela III CNSM apontam para a necessidade de que a contratação de profissionais deva ser realizada exclusivamente por meio de concursos públicos, e em caso de urgência, através da CLT, mas com seleção pública. E, ainda, os concursos devem exigir os pré-requisitos necessários e adequados à proposta de trabalho em saúde mental, alinhada teórica e conceitualmente aos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2002a).

Assim, é necessário considerar, quando da seleção dos profissionais, o perfil para trabalhar junto ao portador de sofrimento psíquico, bem como a existência de uma dimensão subjetiva, humanizante, solidária e fraterna como componente fundamental do perfil dos trabalhadores em saúde mental. Nesta direção, uma das participantes da pesquisa destacou a questão da opção política por este tipo de trabalho, associada a necessidade de competência técnica para atuar na área.

Eu acho que a gente trabalha com situações que requerem um estudo permanente, formação permanente, [...] eu acho que este é um dos vícios da saúde pública. Muitas vezes se confunde um pouco o tratamento ético ou moralmente responsável com uma qualidade também técnica. Eu acho que as duas coisas têm que estar associadas, tem que ter uma empatia pela causa da saúde pública, que aí entra na questão ética, moral de cada um, valores que você tem quando você vem pra esse tipo de trabalho; muitas pessoas que vem pra saúde pública quase que tem uma vocação religiosa. Mas ao mesmo tempo você também tem que ter uma competência técnica; não basta você tratar bem o paciente, você acolher, você precisa saber como intervir dentro da linha de trabalho que cada um escolhe, isso é fundamental (P, 17/3/2006).

Os profissionais, na sua maioria, indicaram ter recebido capacitação para atuar no CAPS. Referiram-se, especificamente, a um treinamento/capacitação realizado em novembro de 2005, com duração aproximada de 20 horas, organizado pela Assessoria Técnica de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde¹⁴. Contudo, alguns observaram que foi um treinamento tipo encontro, de curta duração, com trocas de experiências, e que não chegou a ser muito significativo.

Com relação a política de saúde mental, a maioria dos profissionais (83,3%) afirmou ter no mínimo algum conhecimento de sua organização e diretrizes. Entre os entrevistados, todos consideram importante saber sobre os princípios, a estrutura e forma de organização da política de saúde mental para o trabalho do CAPS. Todos indicaram haver disponibilidade de material didático relativo a política na unidade de serviço.

Sim, precisa conhecer a política porque o atendimento está dentro dessa política, dessa lógica. (LÉLI, 4/4/2006).

Claro! é vital, pra poder planejar o seu trabalho, pra poder saber como é que a gente se liga com outros serviços, como é que a gente pode montar a rede, isso é fundamental porque o trabalho não se encerra aqui dentro, não pode ficar aqui dentro só, ele tem que poder justamente se expandir (F, 12/4/2006).

Sim é muito importante, até pra saber o que está acontecendo, o que pode ser feito, quais são os recursos disponíveis, o que precisa melhorar. Acredito que, fora a sua capacitação individual, eu acho que isso é uma outra premissa pra você iniciar no serviço [...] (J, 22/3/2006).

É importantíssimo conhecer, primeiro saber se ela existe, primeiro a pessoa tem que ter a curiosidade, tem que ter o desejo e a clareza de que é essencial ter os parâmetros ou diretrizes políticas de saúde mental pra

¹⁴ O município não tem o cargo de Coordenador de Saúde Mental. Em novembro de 2005 foi nomeada Assessora Técnica em Saúde Mental a enfermeira Lílian Pagliuca, que permanece na função até a data da presente pesquisa.

poder acompanhar, se orientar, e, segundo, conhecer sobre essa política (GIRASSOL, 20/3/2006).

Muito importante porque hoje a gente tem acesso a isso, aqui no CAPS a gente tem a legislação de saúde mental e pra gente poder entender porque, assim, a gente está na gestão da política também, por ser participativa, por estar junto nas decisões, então é preciso que a gente entenda, e tem muito detalhamento, são muitas portarias, o sistema de financiamento também é bastante complexo [...] (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que claro, porque a gente está dentro de um braço da política nacional de saúde; tanto pra você ter noção de qual é a perspectiva, em nome de que esse serviço está sendo mantido, também pra você poder avaliar a possibilidade desse ideais, dessas prerrogativas, que são pensadas a nível geral e nacional, serem realmente eficaz em termos práticos, porque muitas vezes você tem uma boa idéia, mas nem sempre uma boa idéia traz um bom resultado [...] (P, 17/3/2006).

Nesse sentido, a construção e consolidação de uma política de saúde mental, coerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o estabelecimento de uma política adequada de recursos humanos, que valorize e considere a importância do trabalhador de saúde mental na produção dos atos de cuidar. Para isso, deve-se garantir a capacitação e qualificação continuadas; a remuneração justa dos profissionais; a garantia de condições de trabalho e de planos de cargos, carreira e salários; a democratização das relações e das discussões em todos os níveis de gestão; a incorporação das questões de segurança, saúde e saúde mental do trabalhador; a garantia de supervisão clínica e institucional; a avaliação de desempenho e garantia da jornada de trabalho adequada para todos os profissionais de nível superior, bem como a isonomia salarial entre eles (BRASIL, 2002a).

3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário

De acordo com as indicações aprovadas na III CNSM, a política de recursos humanos para a saúde mental deve visar implantar, em todos os níveis de atenção, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, na perspectiva do rompimento dos especialismos e da construção de um novo trabalhador em saúde mental, atento e sensível

aos diversos aspectos do cuidado, ou seja, com uma visão integral e não fragmentada da saúde (BRASIL, 2002 a).

Segundo 83,3% dos profissionais o trabalho no CAPS Ponta do Coral é realizado em equipe. A maioria considera que existem dificuldades na realização das atividades. Uma delas está relacionada, conforme identificado por eles, ao fato de que nem todos compartilham das mesmas referências com relação à Reforma Psiquiátrica, à saúde pública e ao projeto do CAPS.

Bom, são várias, mas o que eu vejo de mais complicado é o fato de que nem toda a equipe compartilha das mesmas referências em relação ao que seja a Reforma Psiquiátrica, a função de um CAPS, as necessidades que o CAPS tem pra alcançar esses objetivos. Isso se deve em parte a diversidade da formação, e também às convicções pessoais. O problema não é a diversidade em termos da formação profissional em si, mas o modo, o fato de que você tem uma equipe multiprofissional por exemplo, isso gera alguma dificuldade na troca, na possibilidade de produzir um conhecimento novo a partir dessas experiências que são de diferentes disciplinas, diferentes áreas. Mas eu diria que é mais no sentido da Reforma Psiquiátrica mesmo, naquilo que ela aponta, então parece que esse é um problema a mais; outro que tem se tornado mais evidente pra mim ultimamente é a falta de formação de grande parte dos profissionais sobre o que seja saúde pública, boa parte deles não conhece o sistema de saúde pública, apesar de trabalhar num serviço de saúde pública, mas não conhece o sistema, não sabe a lógica, não sabe como é que ele funciona, então acaba tomando decisões muitas vezes administrativas que são equivocadas, que não levam em conta o modo de funcionamento da saúde pública (F, 12/4/2006).

Tem sim várias dificuldades, entre elas, existem diferenças de formação e, portanto, ideológicas. Alguns momentos a gente vê, assim, o CAPS tem um projeto de não internação, de autonomia do usuário, de gestão plena do usuário, e, as vezes, a equipe, algumas pessoas acabam esbarrando com isso. O entendimento disso é muito difícil também, as vezes é uma linha muito tênue entre o que é o assistencialismo, a autonomia, o que é dar o limite do ponto de vista terapêutico e o que é dar o limite porque você não quer se incomodar. Então, algumas pessoas não vêm de uma postura da Reforma Psiquiátrica, não sabe o que é uma Reforma Psiquiátrica, não tem uma noção, [...] é uma luta política também e algumas pessoas não sabem o que é [...] (LÉLI, 4/4/2006).

Em outras falas, foi apontada como uma das dificuldades do trabalho em equipe questões relacionadas a uma suposta divisão entre o grupo de técnicos.

A relação com a equipe tem uma certa peculiaridade, eu acho que as pessoas, a equipe que começou anteriormente, já desde a formação ou no começo do CAPS, eles se intitulam como a equipe do CAPS. Os que chegaram depois, em geral, não são bem acolhidos, ou são muito pouco,

tanto que as próprias atividades em equipe, em grupo, dificilmente, essas pessoas novas são incorporadas ao que já existe; então, acaba criando aí até a equipe da manhã, a equipe da tarde, mais ou menos, embora eu estou aqui todo o período, mas tem essa divisão... e eu acho que assim o ponto de partida é esse, a sensação é que quem não estava aqui desde o começo não fez parte da história (J, 22/3/2006).

A equipe que iniciou lá em 96 (1996) veio com algumas questões conceituais amarradas. Por quê? Porque a pessoa que estava pensando, planejando o CAPS ela vinha do Movimento da Luta Antimanicomial, era uma das representantes em nível nacional aqui em Floripa, Santa Catarina; então tinha algumas coisas amarradas na estrutura de atendimento do CAPS, que era muito pra poder implantar o sonho da Reforma Psiquiátrica aqui em Floripa, criar um serviço, do município, que de fato evitasse internação, que de fato fosse continente pros usuários com transtorno mental grave, e isso se mantém, porém, com a chegada dos técnicos que foram sendo substituídos, alguns saíram, técnicos novos entraram, a equipe de profissionais foi se modificando, a gente tem uma distância conceitual por mais que a gente pretende uma proposta multiprofissional, e a gente consegue, ao longo do tempo a gente conseguiu, é muito interessante o jeito como nós trabalhamos, porque de fato conseguimos trabalhar cada profissional lado a lado, dividindo o mesmo grupo, a mesma oficina terapêutica, então, assim, isso é possível, mas hoje, a gente, assim, tenta manter esse paradigma da Reforma Psiquiátrica, da desospitalização, do fortalecimento dos serviços territorializados, de um modelo que é um modelo multiprofissional, com a gestão participativa dos usuários, contra o modelo hospitalocêntrico, médico centrado, mas existem diferenças na questão conceitual da equipe, isso é falho, inclusive pra própria equipe (VIK, 24/3/2006).

A importância da unidade da equipe no atendimento ao usuário e na organização do trabalho recai sobre a qualidade do tratamento terapêutico ofertado. A mudança de paradigma epistemológico com relação a saúde mental não garante por si só a alteração das práticas assistenciais. Os conflitos e problemas de equipe existentes precisam ser trabalhados nas supervisões institucionais de forma que os técnicos consigam superar as dificuldades que obstaculizam a união do grupo em torno de um objetivo comum, sejam elas ideológicas, de formação, de concepção e/ou de afinidade com os colegas.

Um dos entrevistados apontou a questão das relações de poder e diferenças nos valores pessoais e nas relações interpessoais como dificuldades do trabalho em equipe.

Primeiro, a relação de poder, eu acho que é um grande problema, uma dificuldade que existe. Essa relação de poder, ela emana, que eu tenho percebido, da psicanálise, da teoria psicanalítica e da teoria psiquiátrica; então, os profissionais detentores desse conhecimento acabam, sutilmente, estabelecendo poder frente aos profissionais não-psi diria; essa relação de poder pelo saber é um dos problemas ou uma das dificuldades que eu encontro pra trabalhar em equipe no CAPS; outra

dificuldade, acho que é a própria experiência de vida das pessoas, aquelas pessoas em que parece que não estão claros os valores humanos como solidariedade, amor, justiça, sabedoria, a práxis, o repensar a prática, profissionais que não fazem a autocrítica da sua prática, pra mim, eu acho que é uma dificuldade trabalhar em equipe devido a isso; então, seria esse poder pela teoria e essa questão um pouco mais pessoal que é a relação de lidar com o outro, as relações interpessoais, são dificuldades que eu vejo em equipe (GIRASSOL, 20/3/2006).

A partir da fala profissional é possível pensar sobre as relações de poder que se estabelecem pelo saber. Conforme nos ensina Foucault (1979), os poderes se exercem em níveis variados e em pontos diferentes da vida social. Neste complexo, existem os micropoderes que estão intimamente relacionados com a produção de determinados saberes (sobre o criminoso, a sexualidade, a doença, a loucura). Assim, o poder não é algo que se detém como uma coisa, como uma propriedade, que se possui ou não. O poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona, como uma máquina social que não está situada em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda estrutura social (MACHADO, 1979 p. XIV).

De acordo com Foucault (1979), todo conhecimento, seja ele científico ou ideológico, só pode existir a partir de condições políticas, que são as condições para que se formem tanto o sujeito quanto os domínios de saber. Para o autor não há saber neutro, todo saber é político. Dessa forma, saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber. E, em contrapartida, todo saber assegura o exercício de um poder (MACHADO, 1979 p. XXI - XXII).

Na seqüência, a entrevistada aponta de forma geral algumas das questões cotidianas como dificuldade no trabalho em equipe.

Bom, eu acho que as vezes a gente é muito trefista, a gente não tem o tempo suficiente que a gente gostaria para estar parando para discutir os casos, se ater a cada paciente; tem diferenças na equipe também, tem conflitos [...] mas assim, a gente ainda tem, as vezes, coisas assim muito imediatistas, que não nos propiciam fazer realmente um estudo de caso mais integrado, ter uma intervenção, as vezes, mais articulada; a gente tem tentado em alguns momentos, mas assim, não é uma coisa que tem um peso forte como eu acho que deveria ter (P, 17/3/2006).

Dessa forma, a intensidade das demandas colocadas aos profissionais, especialmente na atualidade, provocam o desenvolvimento de ações pragmatistas, muitas

vezes sem uma reflexão maior. Isso vem acontecendo em vários contextos institucionais e com diferentes profissões. Ou seja, na medida que aumentam as necessidades humanas e as demandas para satisfazê-las, não ocorre no mesmo ritmo, o aumento da oferta de equipamentos e serviços assistenciais capazes de dar conta da complexidade dos problemas decorrentes da emergência das novas relações sociais, econômicas, culturais, advindas com a modernidade.

A precarização das condições de trabalho também foi apontada pelos entrevistados como mais um dos fatores que, por vezes, dificultam a convivência e o trabalho em equipe. Eles se referem a questão da diferença na remuneração salarial entre os profissionais que trabalham no CAPS, principalmente do médico para as outras profissões. A desproporção salarial chega a diferença de até quatro vezes mais entre o que recebe o profissional médico e o salário dos demais técnicos. Associadas a esta situação estão a diferença na carga horária de trabalho, a condição de contratação temporária, a falta de reconhecimento por parte da SMS, no apoio e incentivo à participação em eventos científicos e de militância política na área, entre outras.

Os profissionais indicaram que contam com supervisão institucional para lidar com as questões do trabalho no cotidiano. A supervisão institucional existente era, até o início deste ano (2006), paga pelos próprios profissionais, mas nem todos participavam. A partir do mês de abril do corrente esta passou a ser financiada com recursos provenientes do Ministério da Saúde. Além deste tipo de supervisão, foi relacionado como outro recurso existente para abordar essas questões as reuniões de equipe, realizadas mensalmente, as reuniões clínicas, realizadas semanalmente, e foi citada pelos técnicos em enfermagem, a supervisão realizada com profissional da área.

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que as políticas de formação e capacitação em saúde mental devem criar espaços de trocas baseados na realidade local, com valorização dos diversos saberes e metodologia participativa. A supervisão clínica e institucional permanentes deve ser estendida a todas as pessoas que trabalham com portadores de transtorno mental: equipes de PSF e PACS, trabalhadores da urgência e emergência, do hospital geral, dos serviços substitutivos e dispositivos residenciais, cuidadores de saúde mental, profissionais de nível médio e superior da rede de saúde mental. A referida Conferência destaca, ainda, a necessidade de implantação da NOB – Recursos Humanos do SUS, salientando a importância da garantia da capacitação para todos os níveis, supervisão permanente, interdisciplinaridade e isonomia salarial (BRASIL, 2002a).

Com relação as potencialidades que o trabalho em equipe possibilita os profissionais destacam a relevância deste no atendimento ao usuário, a possibilidade de trocas entre as varias áreas e a oferta de um atendimento multidimensional.

Entendo que essa é uma clínica multidisciplinar e isso (trabalho em equipe) é importante pela complexidade mesmo do tipo de fenômeno com o qual a gente trabalha, então, a gente precisa, é necessário ter uma oferta de serviços e de formas de atenção, que seja a mais diversificada possível, pra que a gente possa atender a uma série de necessidades que as profissões nas suas especialidades não dão conta; então essa é a grande vantagem, você pode fazer essa atenção multidimensional, isso é interessante (F, 12/4/2006).

A vantagem é justamente a estrutura coletiva de resposta à uma situação que chega pra você; vem a psiquiatria trazer um conhecimento, a psicanálise traz outro, [...] a enfermagem acaba dando a sua contribuição quando discute realmente a relação, vem o serviço social discute essa articulação que a pessoa tem com o social, e essas pessoas (profissionais), com seus conhecimentos, vão socializando esse conhecimento pra dar a resposta às fragilidades ou às potencialidades de vida que essa pessoa traz (GIRASSOL, 20/3/2006).

Acho que a grande vantagem é que a gente quebra a lógica hospitalocêntrica que era muito centrada no médico, na figura do médico, naquilo que o próprio médico decidia do tratamento, hoje quem decide é a equipe multiprofissional [...] (VIK, 24/3/2006).

Ah! Muitas, eu acho, em primeiro lugar, essa possibilidade da troca interdisciplinar; porque eu acho que cada um tem um tipo de contribuição diferente, um saber que te ajuda a pensar com mais amplitude o próprio trabalho, o próprio paciente, e, eu acho que quebra um pouco certas relações de poder; também, assim, o fato de a gente lidar com situações que são muito pesadas para alguém estar lidando sozinho, então quando você sente essa coisa da equipe, quando tem um paciente que está muito comprometido ou que tem risco de vida, a gente se sente muitas vezes angustiada por aquele paciente e você tem a equipe pra te dar um respaldo, pra estar pensando junto. Acho que isso é, sem duvida, algo que gratifica também (P, 17/3/2006).

Primeiro, agregar conhecimentos, se a equipe for multidisciplinar, que não quer dizer interdisciplinar, mas a princípio se ela for multidisciplinar a possibilidade de trocas de conhecimento de várias áreas realmente acaba sendo muito rica; são vários olhares sobre uma mesma questão, vários pontos de vista. Quando o trabalho de equipe é interdisciplinar, as pessoas acabam trocando mesmo, saindo, as vezes, do seu campo de formação, podendo estar se estendendo em outros campos, acaba sendo mais rico ainda. Num trabalho como o CAPS é necessário (o trabalho em equipe). Eu não consigo ver o trabalho que não seja em equipe porque pra você atender um usuário você precisa de uma equipe, pra você abordar o usuário, uma família, receber uma família precisa de vários olhares, enfim, de várias formações, vários olhares técnicos, da parte de

enfermagem, psicologia, da arte, serviço social, então, isso é importante (LÉLI, 4/4/2006).

O reconhecimento de outras dimensões no processo saúde-enfermidade, que não estritamente a biológica, traz a tona a questão da interdisciplinaridade¹⁵, pois na busca da integralidade da assistência a atuação de um único saber profissional não é suficiente. No processo da Reforma Psiquiátrica o campo da saúde mental é chamado a refazer-se por inteiro, ampliando o seu foco de abordagem e procurando romper com as delimitações dos saberes tradicionais na área. Busca-se uma nova recomposição de conhecimentos, sustentados sobre um conjunto de rupturas e novas premissas, e não apenas um novo somatório ou rearranjo simples dos saberes especializados. Desta forma, diversos campos de saber, implicados na assistência em saúde mental, são envolvidos na teorização e nas novas práticas de cuidado (VASCONCELOS, 2000a).

A pesquisa realizada indicou que 66,3% (correspondente a oito dos doze profissionais que responderam o formulário) dos profissionais consideram que existe interdisciplinaridade no atendimento ao usuário no CAPS Ponta do Coral. As falas relacionadas na seqüência apresentam a concepção dos profissionais sobre interdisciplinaridade e indicam a respectiva compreensão sobre a importância desta no atendimento ao usuário.

A gente poder ter o que a gente chama de clínica ampliada, essa multidimensionalidade que nos permite atacar o problema de várias formas e, portanto, oferecer diversas formas de atendimento, desde o medicamentoso até o serviço social, as oficinas, as oficinas expressivas, a arte, etc. (F, 12/4/2006).

Eu acho que em primeiro lugar isso, assim, é um olhar mais amplo para a condição daquele paciente. Cada profissional tem um aspecto que acentua, pela sua vida, pela sua formação; o educador artístico tem uma outra estratégia, por exemplo, pra lidar com aquela queixa do paciente, o assistente social tem uma, o psicólogo tem outro olhar, assim, eu acho que pra mim soma, eu acho que é uma forma da gente também aprender, enriquecer a nossa análise, a nossa possibilidade de intervir; sem dúvida que é rico (P, 17/3/2006).

Alguns profissionais expressaram sua concepção de interdisciplinaridade observando que esta não é sinônimo de multidisciplinaridade e que nem sempre é possível fazer práticas interdisciplinares.

É justamente isso, poder compartilhar o conhecimento que cada disciplina traz, essa inter, mas realmente compartilhar isso e não a

¹⁵ Sobre os conceitos de multi, inter e transdisciplinaridade ver, entre outros, Vasconcelos, 2000a.

multidisciplinaridade; é pensar, coletivamente, saídas pra enriquecer a vida da pessoa e aí é sempre um pensar e repensar (GIRASSOL, 20/3/2006).

Então, essa idéia dessa troca de conhecimento pra poder ajudar o usuário, pra poder a equipe ter um suporte também, pra poder, num estudo de caso, por exemplo, trocar os vários conhecimentos, os vários pontos de vista e poder estar entrelaçando; então, é importante, mas nem sempre se consegue fazer (LÉLI, 4/4/2006).

Já nas falas que seguem é possível perceber a concepção de interdisciplinaridade mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade.

Cada profissional tem a sua especialização, e ele foi formado para atender determinadas características que aquele usuário precise, ou informações, e a própria atenção, e cada um tem uma formação específica e diferenciada; então, eu acho que quanto mais ampla, mais amplamente ele for avaliado, e receber essas informações, e esse tratamento, vai ser melhor pra ele; então, desde o serviço social, desde o atendimento psicológico, o atendimento médico, enfim, até ah! eu cortei meu dedinho, o que eu faço? Então, vai poder ser atendido ali, ser acolhido pelo técnico de enfermagem (J, 22/3/2006).

É muito importante porque cada profissão tem o seu conhecimento específico e contribui aí com o seu conhecimento. É necessário que cada um de nós tenha muito claro o seu papel aqui dentro pra que não vire uma salada mista e se dilua o que cada um faz, que é específico de cada um. Então, é importante que a gente tenha boa formação técnica, específica da saúde mental pra que a gente possa chegar numa equipe que trabalha sob o paradigma do campo psicossocial, e que de fato possa ser multi, no sentido do atendimento, e aí, assim, no campo psicossocial, aqui no CAPS, por exemplo, a gente vê a necessidade de os profissionais trocarem mesmo, porque surgem muitas demandas, são muitas necessidades do usuário, é um campo novo. Então, assim, tem n coisas que vai se descobrindo, que cada área contribui diferentemente, mas ao mesmo tempo de forma conjunta. Então, o psicólogo, obviamente, ele tem mais elementos pra entender a parte clínica, o assistente social tem mais elementos pra entender a parte previdenciária, da assistência social desse usuário, que também é importante, muito importante pra ele, o médico tem o conhecimento sobre os psicofarmacos, sobre essa parte mais específica da medicação, e assim a gente vai trocando (VIK, 24/3/2006).

Com relação a este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005) observam que, no Brasil, a interdisciplinaridade faz parte do discurso politicamente correto, garantindo seu estabelecimento como princípio, traduzido na expansão cada vez maior dos territórios profissionais e na fusão dos saberes. O discurso da multi e da transdisciplinaridade é relativamente bem conhecido e aceito em nível intelectual, mas as práticas institucionais apontam, paradoxalmente, para fortes resistências, isolamento e hiperespecialização.

De acordo com os autores, para que estas ações multidisciplinares se tornem efetivas há necessidade de estratégias e planos, que visem a harmonização da convivência para que esta não seja imposta, mas compreendida e desejada pelos profissionais. Na prática, o momento é de impasse, pois multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade existem em tese e como imposição de comando, mas não se concretizam, ainda, como prática planejada, efetiva e eficaz (OLIVEIRA; DORNELES, 2005).

Ainda segundo os referidos autores, uma verdadeira transdisciplinaridade não está nem mesmo no horizonte das instituições de saúde mental brasileiras. Este é um dilema fundamental no processo da reforma psiquiátrica, que depende de ações integradas (órgãos reguladores do ensino superior, programas universitários, instituições e serviços de atendimento) para cumprir sua missão de transcender as práticas manicomial e os territórios de dominação e poder estabelecidos entre as disciplinas que formam a saúde mental.

3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações

A importância do projeto terapêutico dos CAPS recai sobre a responsabilidade de que todo o trabalho desenvolvido em cada unidade deve ser realizado em um ambiente terapêutico. Isto significa que tanto os atendimentos individuais, grupais como a convivência no serviço tem finalidade terapêutica. Cada CAPS deve ter um projeto terapêutico, que leve em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais, as iniciativas de familiares e usuários e o território onde se situa, com sua identidade, sua cultura local e regional (BRASIL, 2004).

O CAPS Ponta do Coral conta com projeto terapêutico do serviço, o qual, segundo 75% dos profissionais que responderam ao formulário, foi planejado em equipe. Três profissionais referiram não saber sobre o planejamento em equipe por não fazerem parte desta a época.

O sistema atual de atendimento no CAPS Ponta do Coral difere da maioria do adotado pelos serviços desta natureza. Em geral, os CAPS realizam a assistência ao usuário

no modelo de TR¹⁶. O CAPS Ponta do Coral oferece atendimento sob a ótica da regionalização. Ou seja, como o serviço não é territorializado, é o único na modalidade, na cidade e no município, a equipe técnica foi subdividida em pequenos grupos ou mini-equipes de dois e/ou três profissionais, sendo cada uma destes responsáveis por uma das regionais, que é onde o usuário mora. Esta proposta foi pensada e implementada há quase dois anos, quando os profissionais identificaram dificuldades em atender no sistema de Terapeuta de Referência (TR) toda a demanda existente. Tal estratégia utiliza-se do sistema de divisão por regionais da Secretaria Municipal de Saúde. Ao total são cinco Regionais de Saúde, Leste, Norte, Sul, Centro, Continente, distribuídas espacialmente na área geográfica do município. Nestas regionais, foram implantadas, recentemente (a partir do final do ano de 2005 e início de 2006), equipes de atenção em saúde mental, compostas por um médico psiquiatra e duas ou três psicólogas em cada uma das Regionais de Saúde.

De acordo com o projeto terapêutico do serviço, as atividades desenvolvidas são: psicoterapia, atenção medicamentosa, atendimentos de emergência, grupo terapêutico, oficinas terapêuticas¹⁷, assembléia de técnicos, usuários e familiares, visitas domiciliares, articulação com entidade, programas e serviço, atividades de formação e pesquisa, reuniões de equipe, reuniões clínicas de casos¹⁸.

Conforme as determinações da Portaria GM/MS Nº 336/2002, a assistência prestada ao usuário no CAPS deve incluir atendimento individual, em grupo, atendimento à família, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades comunitárias, enfocando a integração do portador de transtorno mental na comunidade e sua (re)inserção familiar e

¹⁶ Este sistema de atendimento é desenvolvido na maioria dos CAPS e constitui-se do acolhimento da pessoa quando de sua chegada ao serviço por um dos profissionais da equipe. A partir daí é traçado um projeto terapêutico com o usuário e o profissional que o acolheu passará a ser uma referência para ele. O Terapeuta de Referência (TR) tem a responsabilidade de monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo as atividades e a frequência de participação. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, discutindo com o usuário e com a equipe técnica do CAPS (BRASIL, 2004, p. 16).

¹⁷ São oferecidas as seguintes oficinas: oficina de cerâmica, oficina de artes plásticas, oficina de mosaico, oficina de jogos, esportes e lazer, oficina de tapeçaria, oficina de trabalhos manuais, oficina da terra, oficina de jornal, oficina de velas, oficina de leitura, oficina de música, oficina brechó, oficina de teatro, oficina de formação política, oficina de fotografia. Destas, as oficinas de cerâmica, velas e mosaico são produtivas, ou seja, sua produção é comercializada. Cabe destacar que algumas oficinas podem estar em funcionamento ou não, em determinado período de tempo, de acordo com a disponibilidade de técnicos para acompanhar, de condições materiais para o funcionamento e da demanda de usuários.

¹⁸ A descrição e o objetivo de cada atividade pode ser consultado no Projeto Terapêutico do CAPS II Ponta do Coral (2004), ou a partir do projeto de Estágio curricular em Serviço Social de Stuari (2005).

social. A depender do projeto terapêutico de cada usuário, o CAPS poderá oferecer as seguintes modalidades de atendimento: atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo¹⁹.

Já com relação ao planejamento das ações, 50% dos profissionais consideram que este existe. Cabe lembrar que ao questionarmos os participantes da pesquisa sobre este fator, estamos nos referindo ao planejamento estratégico, aquele voltado para uma visão ampla, global e de longo alcance da organização/instituição, baseado na análise do contexto e com a finalidade de buscar alternativas de ação. No entanto, alguns dos entrevistados observaram estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação objetivo e sistemático dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declararam não existir processo de planejamento e avaliação das ações do serviço, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

As falas relacionadas a seguir demonstram o tipo de planejamento existente no CAPS e como este acontece.

Bom, o planejamento é feito mais ou menos assim: chega uma época do ano em que a Secretaria (SMS de Florianópolis) nos pede um planejamento e aí, geralmente isso é com uma semana no máximo de antecedência, é aquela correria, a gente monta um plano básico de trabalho etc., mas é muito mais pra cumprir a obrigação. A gente tem um projeto terapêutico que é amplo, que é do serviço todo, e a gente vai, com esse projeto terapêutico a gente vai ajustando as atividades e aquilo que a gente pretende alcançar, mas não há um planejamento muito formalizado, não há um processo de planejamento, até porque é tudo muito fragmentado, o que a gente planeja aqui, boa parte depende desse recurso financeiro, depende do apoio da Secretaria, que é sempre uma coisa incerta. Então, em termos de planejamento a coisa fica sempre muito precária. Em termos de avaliação é mais precário ainda, a gente não tem indicadores; novamente, no final do ano, aí a Secretaria pede um relatório do que foi feito, a gente faz um levantamento geral, mas ele é descritivo, ele não é avaliativo, a gente não sabe de fato quais são

¹⁹*Atendimento intensivo* – atendimento diário, oferecido à pessoa que se encontra em grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento semi-intensivo - nessa modalidade, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Este tipo de atendimento é oferecido quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento não intensivo – oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até 3 dias no mês. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário (BRASIL, 2004, p. 16).

os efeitos que a nossa intervenção produz; claro, a gente tem uma certa dimensão pelo contato direto com os usuários, fulano que não interna a tanto tempo, ou fulano que voltou a trabalhar, ou que resolveu pelo menos algumas coisas que eram mais complicadas na sua vida, isso a gente tem, mas não tem um processo de avaliação estruturado que nos permita dados com visibilidade maior (F, 12/4/2006).

Neste sentido, destacamos que, a nosso entender, a função planejamento deve orientar todas as ações no dia-a-dia das organizações. O planejamento é o processo de estabelecer antecipadamente a finalidade da organização/instituição, definir os objetivos e prever as atividades e os recursos necessários para atingi-los. Planejar é uma forma de pensar o futuro da organização/instituição, definindo o que fazer, como, quando e com recursos. Nesse processo, é importante considerar que as organizações/instituições estão inseridas num contexto constituído pela sociedade, pelo Estado e por outras instituições que influenciam suas decisões (TENÓRIO, 2000).

Alguns profissionais referiram-se, especificamente, ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, reuniões clínicas e na supervisão de equipe. Segundo estes, é na reunião de equipe mensal que se planejam mais as ações, estas entendidas como a definição dos grupos terapêuticos ou oficinas que vão ter, o objetivo e a finalidade destes, a demanda etc..

Mensalmente, a gente tem uma reunião de equipe, que tem um pouco esse objetivo, de planejar e avaliar o que é feito. Além dessa reunião mensal a gente tem dois outros momentos semanais, que é um na quarta-feira outro na quinta-feira, que a gente chama de reunião técnica, [...] mas isso se dá muito no cotidiano também, na assembléia geral do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Ele acontece em reunião de equipe, uma reunião mensal, a gente planeja grupos, planeja..., então.., acontece, primeiro tem uma reunião mensal da equipe e reunião duas vezes por semana, que são os estudos de caso; agora, a avaliação, acontece em reunião de equipe mais; o planejamento, por exemplo, como abordar um determinado caso, como ajudar, de como servir a família, o trabalho, é feito durante a semana nos estudos de caso, e nós temos a supervisão, que é um espaço que também acaba se fazendo uma avaliação, a supervisão de equipe (LÉLI, 4/4/2006).

Outras falas detalharam as conseqüências da falta de um processo sistemático de planejamento e avaliação das ações, inclusive fazendo análise dessa problemática em relação as instituições públicas em geral.

Eu acho que esse é um problema, acho que falta muito; por exemplo, se você esta aqui fazendo a avaliação da política a partir do olhar dos profissionais, eu, nesse momento, tenho tido muito incomodo diante da

necessidade que eu vejo de avaliar as ações, de avaliar os pacientes, e a gente não tem uma forma sistemática de fazer isso; por exemplo, a gente não tem um instrumento de captação do trajeto do paciente dentro do CAPS, a gente não anota algumas coisas, os prontuários também deixam muito..., as vezes a gente não faz registro nos prontuários e mesmo quando a gente faz ele não tem, assim, por exemplo, uma sistematicidade, o que é que eu vou enxergar, como é que eu vou ver se aquele paciente está melhor ou está pior depois que ele está aqui, então, a gente não tem esse instrumento; e, o planejamento, é feito um planejamento terapêutico com o paciente; o planejamento do nosso serviço é mais ou menos...., funciona, assim, com as oficinas, não é um planejamento rigoroso, a cada período a gente senta e reorganiza não, tem algumas diretrizes gerais, eu acho que em termos práticos falta muito dos dois lados, planejamento das nossas atividades, por exemplo, as vezes naquele roldão a gente vai fazendo, vai fazendo, e, também, a avaliação da eficácia, do que realmente aquilo está resultando pra vida do sujeito, se ele está realmente conseguindo chegar mais próximos desses lugares que a gente apregoa como princípios da saúde mental - autonomia, dessas coisas que a gente também fala: relação com o trabalho, relações, laços sociais; então, a gente não tem esse (instrumento de planejamento e avaliação), eu acho que falta (planejamento e avaliação) [...] Na verdade eu acho que esse é um problema das instituições públicas em geral, eu acho que tem uma grande resistência no Brasil a qualquer critério de avaliação, porque, esse discurso, a retórica da igualdade, ela exatamente vai na contramão de um processo meritocrático, ou seja, você avaliar também por mérito; você tem que criar esse tipo de instrumento; a prefeitura não tem, nunca teve uma avaliação nos anos que estou aqui que medisse o desempenho profissional, principalmente aqui, que a gente lida com pessoas que estão aqui pra se tratar, e a gente não sabe se a pessoa...., a gente vai olhando um caso ou outro; não existe um processo institucional de avaliação, nesse sentido (P, 17/3/2006).

Em geral, as organizações precisam de um processo de avaliação que realize uma revisão dos objetivos e metas alcançados e daqueles a serem atingidos. O planejamento e a avaliação são a oportunidade de fazer uma pausa e examinar a situação da instituição.

Não obstante, as políticas públicas no Brasil vêm se estruturando de forma descentralizada, com responsabilidades de organização e financiamento partilhadas entre a União, Estados e Municípios, cabendo a estes últimos a execução dos serviços de atenção direta à população. Deste modo, os processos de avaliação de serviços de saúde mental devem ocorrer no âmbito municipal. Segundo Dias (2002, p. 2)²⁰, este desafio coloca no debate o aspecto de como avaliar o funcionamento de um serviço de saúde mental, que está

²⁰ A autora realizou um trabalho de construção coletiva de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental junto aos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre; uma apresentação resumida dos resultados pode ser consultada em DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental.** In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

inserido num novo patamar conceitual e tem como tarefa não reproduzir uma prática de tutela, com ênfase na patologia, mas de incluir o sujeito portador de transtorno psíquico no planejamento e na execução das ações terapêuticas, numa nova relação que garanta a viabilidade do exercício da cidadania numa sociedade desigual. Ou seja, as dimensões de mudança conceitual, realidade social e política pública de saúde de âmbito municipal, tornam complexa a adoção de processos de avaliação.

A fala descrita na seqüência especifica o processo de planejamento e avaliação no que se refere a ação interventiva profissional no tratamento ao usuário, destacando que não existe um processo sistemático de planejamento e avaliação com relação as ações do CAPS.

O planejamento e a avaliação das ações do CAPS, eles acontecem só de uma forma muito primária ainda, nós temos [...] o planejamento e avaliação da ação do profissional a título de intervenção em relação ao usuário existe de três formas: primeiro, casos clínicos, que aqui nós fazemos reuniões de casos clínicos, quarta-feira das 8 às 9 horas e quinta-feira das 11h30min às 12h30min pra discutir a questão do caso clínico de pessoas; outra forma, construção de projetos terapêuticos ou revisão dos projetos terapêuticos na reunião da regional, cada regional, que são cinco, fazem suas reuniões pra discutir o planejamento e avaliar a vida dessa pessoa nas regionais, e a outra, especificamente do CAPS, a título de gestão, é a reunião de equipe, que você presenciou semana passada, aí é um outro momento de planejar e avaliar, porém, ressalvo, não se tem algo mais fidedigno, ou academicamente falando, que nos ampare pra fazer essa avaliação; então, é extremamente necessário nós termos supervisão, termos pesquisadores, que nos ampare no sentido de avaliar o serviço, avaliar nossa prática, avaliar a autonomia do usuário; a grosso modo nós temos, mas é muito de senso comum; então, precisa cientificar ou legitimar, regularizar, tornar mais fiel esse tipo de avaliação, a grosso modo temos, agora, com mais rigor, por escrito, não temos (GIRASSOL, 20/3/2006).

Sabe-se que a ausência de um processo de planejamento estratégico e avaliação sistemática comprometem a efetividade dos objetivos propostos. Conforme destaca Dias (2002), o cenário da Reforma Psiquiátrica requer tanto uma multiplicidade de respostas à sua plena implantação como para a avaliação de seus resultados. Contudo, é importante ressaltar que a especificidade das ações em saúde mental demanda a adoção de um método participativo, com o fim de superar o caráter unidimensional, comum em avaliações tradicionais.

A avaliação participativa já é uma exigência nas políticas sociais, decorrentes da pressão social pela garantia de acesso a bens e serviços públicos. Por analogia, a

construção de indicadores de avaliação também pode ser participativa, com a contribuição dos sujeitos inseridos na esfera municipal, responsável pela execução da atenção em saúde mental. Para a autora, apesar de certa reserva científica pela adoção desta sistemática metodológica, o seu valor está no alcance social de incluir os responsáveis pela execução de determinada ação, na sua construção e sistematização (DIAS, 2002).

3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento

Conforme já destacado neste trabalho os hospitais psiquiátricos são instituições representativas do modo asilar enquanto os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico de exercício das práticas de atenção psicossocial, do modo psicossocial.

O modelo de assistência do modo psicossocial destaca-se por seus meios básicos de tratamento (rede diversificada de serviços territorializados), e pela importância decisiva que se atribui ao sujeito na sua mobilização como participante principal do tratamento. Neste, considera-se o indivíduo como pertencente a um grupo familiar e social, o que supõe que se deve trabalhar, também, a família e o grupo social, como agentes das mudanças buscadas.

Já no modo asilar a organização institucional é marcada por estratificações de poder e saber, no âmbito das relações profissionais e da instituição, as quais transladam para a relação com os usuários e a população. Estes são excluídos de qualquer forma de participação, enquanto que no modo psicossocial, participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais.

Na pesquisa realizada, a maioria dos profissionais entrevistados referiu conhecer sobre a forma de atendimento no hospital psiquiátrico, seja por visitas, atuação profissional, contatos institucionais, relato dos usuários que estiveram internados.

No que se refere as diferenças no atendimento prestado pelo CAPS em relação ao hospital psiquiátricos, os entrevistados consideraram que existem diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência de um só discurso, o médico psiquiátrico do hospital e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial em contraposição ao tratamento igual para todos

das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Eu acho que é diferente em vários aspectos, primeiro, são essas diferenças que eu digo que são de base, sobre a Reforma Psiquiátrica e a função de um CAPS nesse processo de reforma. Existe por parte da maioria da equipe uma convicção de que a nossa função é evitar a internação e de uma certa maneira poder fazer substituição a essas instituições tradicionais; deslocar a centralidade do sistema pra um serviço aberto, que seja interdisciplinar, ou seja, onde você não tenha um discurso único dando a orientação, que no caso é o discurso psiquiátrico nas instituições (tradicionais); você tem essa multidimensionalidade então você pode compartilhar o discurso; em relação ao próprio atendimento, começa na forma do acolhimento, eu acho que o nosso acolhimento é bom, ele tem condições de receber a pessoa, de entender o que ela está procurando, o que ela está precisando, quais são as suas necessidades; a gente tenta de alguma maneira envolver família embora com dificuldades, mas a gente tenta e tenta principalmente manter a vinculação ou criar novos vínculos desse usuário; o projeto terapêutico que é individualizado também é outra coisa fundamental, que aí a gente quebra com a lógica tradicional de que todos recebem o mesmo tratamento, é a mesma medicação, são os mesmos horários, são as mesmas atividades pra todo mundo, não, a gente procura justamente ao levar em consideração essas características que são mais individuais, são mais singulares, a gente procura atender e levar em conta esses aspectos, então, isso pra mim já é muito diferente, além do que a gente procura o tempo todo ou minimizar ou quebrar mesmo a hierarquia, instituindo certas formas que evitam que a hierarquia se cristalice de maneira muito brutal, pra você não ter um deslocamento de poder dentro do serviço, que seja prejudicial pra todo mundo, igual no hospital (F, 12/4/2006).

A relação entre profissional e usuário foi destacada como diferencial por todos os entrevistados, conforme pode ser observado a seguir.

A relação entre o profissional e o usuário, pra mim, a maior diferença é essa relação interinstitucional ou interpessoal; é a forma como se dá, porque as ações também são diferentes, porque existem oficinas terapêuticas, existem os grupos terapêuticos, existem os atendimentos, mas esse modelo de atendimento pode também ocorrer numa outra instituição, ou mesmo num CAPS, mas se a relação de profissional e usuário não estiver pautada no respeito, uma relação sujeito-sujeito onde se possa esse serviço, obviamente, quando ele estiver num bom nível de participação, num bom nível de reabilitação, mas também..., o fundamental é isso, é estar pra além da instituição, estar pra relação do usuário com o profissional, e claro, o espaço também, o espaço físico tem que ter qualidade, a gente vê aqui um espaço super bom aqui no caso, as propostas de atendimento, como que são colocadas, como que é olhado esse usuário, esse usuário está junto no pensar da instituição, mas a cima de tudo assim, entender como cidadão de direitos, de respeitá-lo (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que tem um maior reconhecimento da condição subjetiva do paciente, acho que um certo respeito. Hoje, a Colônia Santana tem tido mudanças, tem uma política que também..., na verdade a política do Ministério também visa atingir as instituições mais asilares, os hospitais também estão mudando..., talvez seja mais lenta, aqui, a gente já chegou com uma outra perspectiva de trabalho; eu acho que a equipe toda, de forma geral, tem uma sensibilidade pra esse respeito pelo paciente, pelo outro, procura, na medida do possível, não estabelecer uma relação de poder; eu acho que aqui, por exemplo, a recepção é muito bem feita, os vigias também são pessoas que entraram no clima, assim, talvez já seja deles, mas entraram no clima do CAPS; acho que todos têm um compromisso com isso, um valor digamos; também, talvez seja deste CAPS, eu não conheço tantos outros CAPS; eu acho que é uma relação diferenciada, na medida que você está aqui com esse objetivo de que a pessoa assuma a própria vida, contribuir para que isso aconteça; isso implica em ter pelo menos um respeito, um reconhecimento do outro (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p.10) destacam que o papel do técnico se transforma quando ele se coloca sob outros princípios; “se ele faz funcionar a tecnologia da doença mental, fortalece o dispositivo psiquiátrico. Mas, se transforma sua forma de intervenção, trabalha no sentido da desmontagem desse dispositivo”. Segundo os autores, isso significa pôr em funcionamento um dispositivo de desinstitucionalização e reinserir a complexidade dos problemas com os quais lida. Significa ainda abrir mão das interpretações da loucura segundo erro, incapacidade, inferioridade, doença mental, e potencializá-la como diferença, um modo diferente de relação com o mundo. Enfim, não usar o saber como técnica normativa, mas como possibilidade de criação de subjetividades. A técnica deixa de ser instrumento da violência quando a prática funciona como uma desconstrução da clínica.

As falas que seguem referem-se ao atendimento aberto e as possibilidades de escolha que o CAPS oferece em contraposição ao isolamento e segregação gerados pela internação hospitalar prolongada.

Em primeiro lugar o atendimento no CAPS é um atendimento, vou usar a palavra, aberto, ou seja, pra começar o usuário ele não fica internado aqui, mesmo se em algum momento tiver o CAPS III, é diferente. Ele vem, ele faz o trabalho dele, a sua terapia, durante o dia, e ele volta, quando, no caso tem família, pra casa; então, primeiro lugar a idéia do CAPS, o trabalho do CAPS não é segregar e isolar; quando o usuário vai para o hospital, eu acho que seja ele em qualquer campo da saúde, mas vai para o hospital e fica internado trinta dias, quinze dias, ele já esta sendo isolado do convívio com a família, do convívio social, ou seja, acaba perdendo progressivamente o contato com as pessoas e com o grupo social mesmo, e acaba sendo destituído das suas práticas pequenas, como desde pegar um ônibus, fazer sua comida, ir no

supermercado; no momento em que uma pessoa é colocada em um hospital e fica um mês, ele acaba perdendo o contato com essas mínimas..., não é nem com o mundo lá fora, mas com as mínimas coisas que ele teria em casa, na sua casa, enfim, ele perde tudo isso como se fosse realmente uma pessoa que não tem possibilidade nenhuma de fazer nem um café, enquanto o CAPS possibilita isso, acho que o CAPS ele, independente dos problemas que tem, acho que ele mostra que não, você ainda, apesar da sua crise, com a sua crise, com todas as limitações que as vezes um surto pode oferecer do ponto de vista cotidiano, você ainda pode fazer algumas coisas sim, como pegar um ônibus pra ir e voltar pra casa, fazer a escolha do seu planejamento terapêutico, vem aqui escolhe, em parte, o que gostaria de participar (LÉLI, 4/4/2006).

Assim, a possibilidade do usuário no CAPS de ter voz ela é muito maior do que nas outras instituições, as outras eu não vou generalizar, mas em algumas, as asilares, esses hospitais são.., enfim, crônicos até pela dificuldade mesmo de antes você pensar em ter outra alternativa que não a trancar e deixar lá e não tem medicação, não tem nada disso, estou falando de bem bastante tempo atrás, e isso ficou e se perpetuou, então, eu acho que a possibilidade do usuário aqui, no CAPS, nos CAPS, e até mesmo nos ambulatórios, acho que hoje em dia não é só CAPS que permite isso, é fazer parte como contribuinte do próprio tratamento, então isso é o que diferencia do paciente internado, vamos dizer assim, em São Paulo, no Vera Cruz, que é um hospital e tal, diferente de outros, tem algumas dessas internações que são diferentes, mas essa relação aí de profissional e usuário ela é mais aberta, é mais ampla, além do CAPS, especificamente, oferecer algumas possibilidades; então, a possibilidade de trabalhar em uma oficina, dessa oficina ter uma renda, que, assim, é um entrave no sentido que eles se sentem muito limitados e não só se sentem como eu acho que muitas doenças incapacitam mesmo, são incapacitantes, a esquizofrenia é uma delas, e é a nossa clientela aqui, a maior parte é de pacientes com esquizofrenia; a própria esquizofrenia já altera, vamos dizer assim, na cognição, na parte de planejamento, de você conseguir realmente se estruturar para trabalhar; tem umas pessoas que não conseguem nem ter o início, a iniciativa, ela é minada com a esquizofrenia, e aqui tem uma possibilidade, mesmo que essa possibilidade seja fazer oficina e ganhar uma renda, mesmo que, assim, seja só..., não é o valor que importa, é simbólico (J,22/3/2006).

O relato a seguir explicita epistemologicamente e em termos técnico-assistencial a diferença entre o modelo de atenção tradicional/hospitalar e o modelo de atenção psicossocial.

Primeiro, em relação a concepção da pessoa e em relação a concepção dos próprios meios de trabalho; na instituição psiquiátrica predomina o modelo manicomial/asilar como a gente chama, que daí vai olhar a pessoa enquanto doença, enquanto diagnóstico, aqui, no CAPS, a gente olha os seres humanos enquanto pessoas, enquanto a existência de um sofrimento, o que podemos fazer pra minimizar esse sofrimento da pessoa, então, essa é a primeira diferença que tem, quem é essa pessoa, que no modelo manicomial acaba sendo vista mais como diagnóstico, como um doente, isso que eu sempre falo, essa iatrogênia que o modelo

manicomial acaba inserindo na pessoa, você é um doente, vai ter que tomar remédio pra vida toda, e o máximo que você pode chegar é um portador de transtorno mental em recuperação, isso é uma das diferenças, outra é a própria concepção de saúde/doença que existe; as formas de organização dos dois modelos, são modelos diferentes, um é mais centralizado no psiquiatra, na instituição psiquiátrica, o no CAPS seria mais centralizado na equipe e, principalmente, nos usuários; a forma de relação com a clientela ou com o usuário, no modelo manicomial, é sempre uma relação hierárquica, de cima pra baixo, no CAPS, sempre uma relação, ou a gente tenta sempre ter uma relação horizontal; e a própria questão do que é bom ou não é bom pra pessoa, a pessoa tem que dizer o que é bom pra ela e, as vezes, no hospital, são os profissionais que já dizem o que deva ser bom pra ela, ou seja, a grande diferença que existe é: quem decide o que? No hospital as pessoas decidem sobre a vida da pessoa, eu acho que no modelo psicossocial é a pessoa que compartilha a decisão da sua vida (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme destaca Rotelli (1990), no manicômio (modelo/tradicional) a sociabilidade é reduzida a zero. A tutela, a internação tem a única finalidade de subtração das trocas, de estabelecer relações de mera dependência pessoal. Enquanto que a emancipação terapêutica (que se torna o objetivo substituto da "cura") só pode ser (cientemente) a mobilização de ações e de comportamentos que emancipem a estrutura inteira do campo terapêutico. Assim, o problema que se coloca aos novos serviços (CAPS) não é cura (a vida produtiva), mas sim a produção de vida, de sentido, de sociabilidade.

Neste aspecto, pode-se considerar a proposta basagliana de *colocar a doença entre parênteses* para assim direcionar o olhar ao sujeito em sofrimento e não à doença. Essa é uma questão fundamental, pois é o movimento de *tomada de responsabilidade* (DELL'ACQUA, 1992) individual e coletiva que se constitui como meio para a transformação institucional e para o processo de desconstrução. A cura cede espaço à emancipação, mudando a natureza do ato terapêutico, que agora se centra em outra finalidade: produzir autonomia, cidadania ativa, desconstruindo a relação de tutela e o lugar de objeto que captura a possibilidade de ser sujeito (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3 Participação do usuário e da família no tratamento

De acordo com as diretrizes da atenção em saúde mental do modelo psicossocial, o protagonismo dos usuários é fundamental para que seja alcançado o objetivo do CAPS de se constituir como dispositivo de promoção da saúde e da reabilitação psicossocial. Os

usuários e familiares devem ser chamados a participar das discussões sobre as atividades terapêuticas do serviço. A equipe técnica deve trabalhar de forma a estimulá-los a participar de forma ativa do tratamento e da construção de laços sociais. Entre os tipos de atendimento que o CAPS pode oferecer está o atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, de lazer com familiares (BRASIL, 2004).

Na seqüência deste item analisaremos as formas criadas pelo CAPS Ponta do Coral para envolver ativamente usuários e familiares no processo terapêutico, seja com relação ao projeto terapêutico individual, ao atendimento e a participação das famílias no tratamento.

3.3.1 Planejamento terapêutico individual

Conforme as determinações da política de atenção em saúde mental, cada usuário deve ter um projeto terapêutico individual, composto por um conjunto de atendimentos personalizado, que respeite as particularidades, necessidades de cada pessoa e proponha atividades durante a permanência diária na unidade e fora dela (BRASIL, 2004).

O atendimento no CAPS oferece projeto terapêutico de tratamento individualizado, o qual é pensado e avaliado com a participação do usuário. A fala relacionada a seguir detalha como acontece o planejamento do tratamento.

O primeiro passo desse projeto terapêutico ele é feito na entrevista inicial, que é basicamente a entrada desse usuário no serviço; então, a gente pensa uma programação mínima, levando em conta as necessidades, as condições, os limites e as capacidades do usuário e, quando a gente pode contar, com a família também. Além disso, uma vez por mês, [...] tem o encontro da Regional, e os usuários dessa Regional podem reelaborar o seu projeto terapêutico, a gente faz a revisão, a gente discute como é que está sendo esse projeto, se está sendo interessante, que ganhos, se está havendo ganhos ou não, se a pessoa está se sentindo contemplada de alguma maneira e tal, e aí a gente faz as alterações que a gente discute e acha necessário (F, 12/4/2006).

Com relação a forma como o usuário participa do processo de planejamento do seu tratamento, os entrevistados colocaram que é através da manifestação das preferências,

opções e desejos dele, dentro das possibilidades que o CAPS oferece. Nas falas relacionadas é explicitado qual a participação do usuário e do profissional no planejamento do projeto terapêutico de tratamento.

Quando o usuário chega no serviço, encaminhado de algum outro (serviço), ou de um hospital, ou de uma unidade local de saúde, ou por demanda espontânea é feito o acolhimento, onde a gente usa uma entrevista inicial pra fazer uma coleta de dados, ali resgata um pouco da história que o próprio usuário vai estar contando, e, então, nesse momento é feito o projeto terapêutico; inicia-se o projeto terapêutico, não que ele tenha que se esgotar nesse momento inicial; uma pergunta que a gente sempre faz pra ele é do que ele precisa, como a gente vai poder ajudar, então, a partir daí a gente oferece o nosso leque de atendimentos, o nosso projeto terapêutico do CAPS, e aí vai se construindo dessa forma (VIK, 24/3/2006).

Em geral a gente faz isso quando ele chega, na entrevista inicial, a gente pede pra que ele diga, a gente apresenta o que a gente tem; a gente pede que ele diga o que ele gostaria de estar fazendo, o que ele fazia, quais as preferências que ele têm, se ele não sabe, em algumas situações, a gente sugere que ele venha participar de algumas oficinas para ele, por exemplo, escolher; então, assim, é feito muito respeitando o desejo do paciente, o que ele gosta mais, as preferências dele; agora, se a gente vê que o paciente está muito ansioso, se ele precisa, a gente sugere um grupo terapêutico ou as vezes o atendimento individual; assim, não tem uma uniformidade, em geral a gente age assim (P, 17/3/2006).

Ele tem, esse projeto terapêutico, ele tem um primeiro momento, quando o usuário chega e faz a entrevista inicial é colocado com ele e oferecido, mostrado as possibilidades, o que o CAPS oferece em termos de terapia, desde grupos terapêuticos, atendimento individual e oficina, mas não é só oferecido, é também feito uma avaliação do técnico, o que ele pensa que, naquele momento, poderia estar ajudando aquele usuário, e é conversado com o usuário, muitas vezes acaba o usuário escolhendo tudo, escolhendo o que ele quer e o técnico tem pouca interferência, outras vezes o usuário quer algo que talvez naquele momento, por exemplo, atendimento individual, mas não tem vaga, não tem, os técnicos estão todos..., se tem alguém fazendo atendimento individual já não tem horário, então se entra em um acordo das possibilidades, dos desejos do usuário, e das possibilidades que o serviço oferece; isso é o primeiro momento, no segundo momento, ao longo do período do usuário aqui, vão tendo transformações, muitas vezes ele abandona aquele grupo ou oficina, que não era aquilo que ele achava que era bom, que ele gostava, abandona formalmente ou informalmente, simplesmente não vai, ou ele entrou em surto não veio mais, uma série de questões, então isso tudo é retomado, a gente tenta fazer a retomada na reunião das Regionais, reunião mensal, como é que está o tempo dele aqui, o que ainda se mantém fazendo, como ele está se sentindo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos entrevistados destacou que o projeto terapêutico de tratamento do usuário

é sempre pensado a partir da necessidade dele, o que ele traz de necessidade, o que ele traz de sonho, de vontade, de sofrimento, de

tristeza, então, o projeto terapêutico é sempre pensado, repensado, analisado, refletido, em cima da necessidade da pessoa (GIRASSOL, 20/3/2006).

É importante destacar que o planejamento do projeto terapêutico deve envolver o portador de transtorno mental como sujeito deste processo. A participação ativa do usuário na escolha do que fazer e na expressão de suas necessidades favorece a adesão e continuidade no tratamento, confere-lhe o exercício da liberdade de escolha e da cidadania. Neste processo, o ato terapêutico, quando não é mais fundado sobre a doença e não provém da autoridade médica, torna-se a própria organização coletiva, convertendo-se em *tomada de responsabilidade* e produção de subjetividade (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral

No plano teórico, a relação da família com o portador de transtorno mental é construída a partir do alienismo, como produto da sociedade moderna/burguesa. No interior desta perspectiva concentram-se dois entendimentos polarizadores: “o da família ameaçada pela eclosão da enfermidade, portanto, sofrendo suas conseqüências ou causadora da emergência do transtorno mental, assim culpabilizada por sua etiologia” (ROSA, 2002, p. 139). Historicamente, o segundo entendimento foi o que prevaleceu na maioria das abordagens teóricas na área da saúde mental, com uma relativa diminuição nos anos 1970, seguido de uma complexificação da compreensão do grupo familiar e de sua dinâmica, a partir dos avanços teóricos da leitura feminista e marxista. “Contemporaneamente, a inclusão do grupo familiar nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental; a assunção de sua condição de parceira e co-responsável dos serviços e a exigência de constituição de uma nova pedagogia institucional em sua abordagem atravessam a construção de uma nova relação entre o louco e a sociedade” (ROSA, 2002, p. 139).

Nesta direção, um dos objetivos do CAPS é incentivar as famílias a participar do cotidiano do serviço. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas importantes para o trabalho dos CAPS. Eles podem participar de diversas maneiras, incentivando o usuário a se envolver no projeto

terapêutico, participando diretamente das atividades do serviço, nas reuniões, assembléias, nas associações de usuários, técnicos e familiares, trazendo dúvidas, sugestões. A participação pode acontecer tanto nas atividades internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. (BRASIL, 2004).

A Portaria /GM nº 251/2002 constitui-se como mais um dispositivo na mudança das relações entre os serviços de saúde mental e a família à medida que prevê, no desenvolvimento dos projetos terapêuticos, o preparo para o retorno à residência/inserção domiciliar e uma abordagem dirigida à família no sentido de garantir orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento.

O atendimento aos familiares é uma das formas para que as famílias participem, conheçam o trabalho dos CAPS e passem a se envolver ativamente no processo terapêutico. Neste sentido, a família ganha visibilidade como protagonista, parceira dos serviços e co-responsável no provimento de cuidados do portador de transtorno mental.

Além disso, o avanço dos conhecimentos e entendimento de que os fenômenos humanos comportam uma multiplicidade de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos e éticos, inter-relacionados entre si, possibilitou mudanças na assistência às pessoas em estado de sofrimento psíquico. Essas puderam ser compreendidas na totalidade de sua condição existencial. E, o sofrimento, antes tomado apenas como algo individual, passou a ser visto como parte de um contexto onde outras pessoas estão envolvidas e também merecem cuidado e atenção.

No CAPS Ponta do Coral, na sua maioria, os profissionais afirmam que existe atendimento familiar, com ressalvas de um deles que referiu não existir atendimento familiar sistemático e outro que observou que existe atendimento familiar individual. As falas relacionadas expressam de que forma a família participa no tratamento do seu membro no CAPS.

A família participa não como uma preconização ou uma exigência do serviço; o que eu tenho visto é que a família participa aqui no CAPS na medida em que há uma necessidade, quando há necessidade do serviço conversar com a família ela é incluída, quando há uma necessidade da família pelo serviço ela procura, mas não é uma rotina todas as pessoas que vem aqui a família ser atendida, as vezes o usuário não quer saber da família, as vezes a família não quer saber do usuário e assim sucessivamente, ou seja, a família participa na medida que temos a clareza da necessidade, mas não é uma prática oficial do serviço (GIRASSOL, 20/3/2006).

Alguns casos sim, em alguns casos eles vem para a reunião mensal da Regional, ou vem para uma consulta com a psiquiatra, ou vem pra trazer o usuário que não consegue ainda vir sozinho, mas é muito restrita a

participação da família, normalmente ela vem mesmo quando a coisa está apertando, quando o usuário surtou, não está conseguindo segurar, quando ele está já nas últimas (LÉLI, 4/4/2006).

Os profissionais que afirmam a existência da participação da família no tratamento explicitam como esta acontece e como se dá o atendimento no serviço, observando o cuidado que existe em atender a família e o usuário juntos.

Sim, tem alguns usuários que vem acompanhado de familiares, as vezes nós chamamos a família, quando existe necessidade, e isso acontece assim no cotidiano, conforme realmente surge a necessidade; geralmente há uma relação muito conflituosa entre o usuário e família, geralmente o familiar mais próximo, referência mais próxima e aí a gente intervém, mais ou menos com dois objetivos, assim, um de pensar essa relação conflituosa, o que pode ser negociado aí pra viverem melhor, pra ter mais qualidade de vida nesse ambiente, que moram juntos, e o outro pra poder então capacitar, colocar elementos pro familiar sobre o tratamento, sobre os transtornos mentais, pra que ele possa ser um cuidador também, o que ele é, pra que ele possa se qualificar; então, uma outra coisa que eu penso é que esse atendimento familiar ele sempre tem que privilegiar a participação do usuário porque fica complicado falar do usuário sem ele estar presente (VIK, 24/3/2006).

Sim, a família participa, claro, na medida de cada caso; em geral, assim, a gente tem a disponibilidade de atender a família, então, muitas vezes, precisa de o paciente vir com a família em várias situações, e esse atendimento é dado; o grupo de família, também está tendo o grupo de família, as vezes é dado (o atendimento) a família daquele paciente; mas sempre a gente tem o cuidado de receber a família e atendê-la junto com o paciente, nunca assim..., não gerar essas fantasias perseguitórias por parte do paciente “tá falando o que de mim”; isso é mais ou menos quase uma regra aqui no CAPS, a gente atende junto com o paciente (P, 17/3/2006).

Os trechos das entrevistas relacionados a seguir descrevem as formas criadas pelo CAPS para oportunizar a participação da família no tratamento. Alguns profissionais referiram-se a um grupo de famílias que chegou a ser iniciado, mas que pela falta de adesão e outras dificuldades não funcionou mais.

Um pouco assim, o acolhimento na segunda-feira é um espaço que a família pode participar junto com o usuário pra relatar como é que foi o final de semana e pra relatar e como estão as atividades no CAPS; o outro espaço são as reuniões das Regionais de equipe, fora o trabalho individual, que, assim, eu acabo chamando muitas vezes, eu quero atender você na presença de um familiar, as vezes você precisa até forçar nesse sentido, de que a família compareça, faço cartinha, mando e aí atendo em consulta individual, mas não em grupo, não é uma abordagem psicoterápica, é mais no sentido de psicoeducação do que de terapia (J, 22/3/2006).

[...] existe um planejamento pra se atender família, um grupo de familiares a serem atendidos por psicóloga [...]; então, as formas criadas para oportunizar a participação da família é justamente quando ela vem, acompanha, que é aberto para os familiares participarem das oficinas junto com o usuário, então, sempre tem essa oportunidade e grupos específicos pra famílias que estão se tornando real (GIRASSOL, 20/3/2006).

É mais ou menos como eu te falei; então, assim, as vezes a gente chama pra um atendimento individual, e também ela participa dos eventos acontecidos aqui no CAPS, promovidos pelo CAPS, de festas, geralmente o dia nacional da Luta Antimanicomial, quando a gente comemora, que faz uma confraternização, as festas sempre tem a presença de familiares também, festa de natal, festa junina (VIK, 24/3/2006).

As reuniões das Regionais por exemplo, uma vez por mês, e tem alguns técnicos que fazem reuniões com as famílias, discutindo, por exemplo, aquele usuário em que a família está implicada diretamente, tem problema com a família, então chama a família pra trabalhar; já teve grupo de família, mas foi fechado porque as pessoas ficaram um tempo, mas as famílias, segundo as técnicas que fizeram, muito pouco se apropriavam, vinham, se utilizavam desse espaço (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre este aspecto, cabe destacar que o deslocamento do eixo da compreensão do problema individual para o familiar/social, que tem como consequência o acolhimento da família como uma unidade que necessita de cuidado tanto quanto o paciente individual, pressupõe um novo olhar sobre as possibilidades das famílias para enfrentarem suas crises e atuarem como suporte terapêutico. Nessa perspectiva, se impõe a necessidade de não só reconhecer o atendimento ao grupo familiar, mas de oferecer uma atenção singular que leve em conta, por um lado, as especificidades de cada família, considerando a história, a estrutura, a dinâmica, bem como a inserção desta no contexto social. Por outro lado, deve-se avaliar a realidade e as possibilidades das famílias para usufruírem das formas de atenção que lhes são propostas (MIOTO, 1998, pp. 25-26).

Nesta direção, dois dos participantes da pesquisa identificaram como uma das dificuldades em realizar o atendimento familiar, a falta de profissionais qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades, conforme pode ser observado nas falas a seguir.

A maior dificuldade que eu vejo é que não existe ninguém capacitado aqui dentro para lidar com a família, é claro que, assim, eu faço um atendimento com o usuário a família vai estar junto eu vou estar explicando, mas quando você vai pensar em trabalhar com a família, trabalhar no sentido psicoterápico, isso não existe, agora informar a família, tentar com que a família faça parte do planejamento, a gente

tenta e incentiva, estimula que eles venham nas reuniões das Regionais, mas o que eu percebo, assim, a equipe ela é muito pequena pra dar conta de tudo, então a maioria das vezes o paciente chega, a família está ali fora, mas todo mundo tem a sua atividade, estão todas na oficina e isso me sobrecarrega muito porque eu tenho que dar conta de tudo, inclusive da família que chegou, do atestado que está faltando, e a família que quer saber porque que o remédio..., mas não existe um espaço pra ela, não existe um espaço que acolhe a família (J, 22/3/2006).

Profissionais qualificados, eu acho que necessita de profissionais que tenha um pouco mais de experiência, de conhecimento pra estar lidando com família, que toda a família tem sempre os seus nós górdios, tem sempre questões de fundo, que as vezes precisa de um certo conhecimento, experiência pra estar lidando com isso; até que ponto é vítima ou réu, então, acredito que profissionais que tenham experiência, que tenham a qualificação teórica, [...] possa estar oportunizando uma melhor relação no atendimento CAPS com família, então, a qualidade do profissional para estar realizando essa participação (GIRASSOL, 20/3/2006).

Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que é um transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, foram relatados pelos profissionais.

Acho que tem uma junção, eu acho que tem uma coisa primeiro que é o entendimento, a família, muitos familiares, querem deixar o usuário aqui, e querem fazer sua vida, até por questão de sobrevivência; o que eles alegam muito é que eles precisam trabalhar, então não pode faltar ao trabalho uma vez semana pra poder estar aqui porque mesmo que tenha atestado pra poder estar aqui, acaba perdendo o trabalho, não tem como justificar; e a outra questão é o próprio entendimento de que é na família o espaço em que o usuário pode ser tratado, porque a idéia de tratamento é uma idéia também que se direciona, que acaba sendo entendida como médica, hospitalar ou clínica, ou então, agora tem o CAPS; e o lugar de tratamento, digamos tratamento como restituição, como reinserção, também é na família (LÉLI, 4/4/2006).

É, chega um momento que as vezes de fato a relação se esgota, assim, são tantos conflitos, são tantas brigas, tantas dificuldades de convivência, de relacionamento, que já vem desde a infância, que chega em momentos quando, geralmente, o usuário tem as primeiras crises, isso gera um isolamento, assim, o usuário fica isolado nesse ambiente, nesse contexto familiar, realmente é muito difícil; as vezes tem uma mãe muito controladora e que aí o usuário não quer muito aproximação do serviço com essa referência porque o serviço passa a ser então um lugar de acolhimento pra ele que ele não tinha até então, porém, a gente busca a família, pra que a família possa cumprir essa função da referência (VIK, 24/3/2006).

Neste sentido, deve-se considerar que no contexto brasileiro, pela própria ausência ou precariedade da intervenção estatal por meio das políticas públicas de corte social, a família torna-se a principal garantidora da reprodução da força de trabalho. As famílias, para suportar, todas as funções que lhes são atribuídas e enfrentar as situações de risco social, buscam dividir com o Estado o encargo dos cuidados com seu ente enfermo. Mesmo assim, configuram-se, para elas, condições deficitárias de atendimento, em particular no caso da atenção em saúde mental (ROSA, 2003, p. 192).

Na seqüência, o entrevistado realiza uma análise das várias situações singulares e sociais que envolvem as dificuldades do serviço, das famílias e dos usuários, em realizar um tratamento integrado na relação usuário/família/CAPS.

Então, também envolve vários aspectos, eu vou apontar alguns; assim, em primeiro lugar, a gente vê que boa parte das famílias vê o CAPS como um lugar pra poder deixar o seu familiar, é um lugar onde ela não vai precisar cuidar dele durante um certo tempo, então, eles até participam de algumas entrevistas iniciais, hoje, por exemplo, eu tenho uma (entrevista inicial) que a pessoa veio sozinha, não veio família; é bastante freqüente que venha o usuário sem acompanhante familiar algum, esse é um aspecto, a família de uma certa maneira toma o CAPS como um lugar pra deixar o seu familiar, nós por outro lado, não criamos estratégias pra fixar essa família, pra trazer essa família mais perto; tem um grupo de família que funciona de maneira meio irregular, mas que a gente vê cada vez mais a necessidade de tornar isso algo mais organizado, poder atender a família, a gente faz o acompanhamento com família, geralmente, quando há um pedido específico ou do usuário ou da própria família, aí a gente procura fazer, mas é mais individualizado, é uma questão mais individualizada, e há também, por parte dos usuários há o desejo de que a família não participe, isso ficou muito evidente na organização da associação, que é uma associação de usuários, familiares e técnicos, e quando a gente estava organizando a associação, toda vez que se falava na participação dos familiares havia uma certa resistência por parte dos próprios usuários que os familiares participassem; a gente entende isso como uma maneira de buscar uma certa autonomia, uma certa distância dessa família, que é, as vezes, bastante complicado de fato tê-los muito próximos, aí precisa de um outro tipo de abordagem, não dá pra incluir, como a gente fazia no início por exemplo, a gente fazia grupos de usuários e familiares, mas a família atrapalhava mais do que ajudava nesses grupos, aí a gente resolveu começar a separar, deixar o espaço específico para o usuário, porque a família vinha e tomava o espaço, e falava, e ficava reclamando da pessoa, do que ele não fazia, de todas as dificuldades etc..., então, a gente achou melhor botar um pouco uma barreira, botar um filtro ali pra que tivesse espaço do usuário e que ele pudesse aproveitar isso da melhor maneira possível (F, 12/4/2006).

No entanto, cabe destacar que, numa visão mais abrangente e totalizante, a família é entendida, no cerne das condições de reprodução social do portador de transtorno

mental, como um sujeito que procura reconstruir relações cotidianas, criar novos sentidos, manter e fortalecer laços de sociabilidade. É percebida, positivamente, em suas possibilidades, potencialidades e recursos, como elemento fundamental à manutenção do poder contratual, à autonomia e à emancipação do portador de transtorno mental (ROSA, 2002, pp. 152-153).

As falas relacionadas a seguir apresentam a compreensão dos entrevistados com relação às possibilidades da participação da família no tratamento, e as dificuldades do CAPS em realizar esse tipo de atendimento. Um deles argumenta que o acompanhamento à família é essencial para minimizar os efeitos da convivência com o portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Acho que o atendimento familiar assim como ele pode ter dificuldades ele também pode te ajudar um monte, então, assim, tem os dois lados, as dificuldades eu acho que é porque também ele vai estar trazendo, vai sobrecarregando com mais, digamos assim, mais queixas, vai estar trazendo.., as vezes nem está relacionado ao usuário os problemas e as situações, embora eu acredito que na maioria das vezes ela ajuda, ela ajuda porque é que está convivendo com o usuário lá fora o tempo inteiro, que tem mais os dados, quem pode inclusive, ah! ele está muito sedado, vamos tirar esse remédio, esse remédio só faz mal, então, a família se ela não é bem orientada ela acaba, assim, tentando fazer o bem ela acaba fazendo o mal pro paciente, ah! não aquela atividade lá, ficar só batendo palminha, musiquinha, aquilo lá não vai ajudar você, é melhor eu.., vou te colocar de novo na escola porque se não você não vai trabalhar nunca, então todas as ansiedades da família, que se elas forem bem trabalhadas o usuário só tem a ganhar, agora, as dificuldades é: um espaço em que essa família seja acolhida, que ela seja realmente trabalhada e uma equipe, a formação, alguém com formação pra fazer isso, isso não tem (J, 22/3/2006).

Eu acho que o acompanhamento com a família ele é extremamente necessário pra elaborar a imagem que essa pessoa acabou deixando pra essa família; a família ela ainda tem uma imagem, ela tem o imaginário social em relação o que ela de repente produziu; então, há uma necessidade de se ter um acompanhamento com os familiares pra estar elaborando as relações, o dia-a-dia que ela tem com o portador de transtorno mental; as vezes se investe muito em acompanhamento com usuário e não se investe muito no acompanhamento com a família, a família está sobrecarregada, tem que se discutir a questão dos encargos familiares, porque as vezes ter um portador de transtorno mental junto com a família é extremamente estressante, e as vezes a família acaba colocando o portador de transtorno mental no hospital pra descansar, porque as vezes é complicado, tem um portador de transtorno mental que canta o dia inteiro, ou que não dorme durante a noite, dorme de dia, ou que quer ver televisão a todo momento, ou que fica conversando com a vizinhança a todo o momento, tem o portador de transtorno mental que com o seu sofrimento incomoda muito a família, então, tem de haver um profissional articulado ou apaziguador ou que provoque alguma

resolução nessa prática; [...] se não dá pro portador de transtorno mental morar com a família então que se haja (encontre) um espaço harmônico, mas a família tem que ser acompanhada sim (GIRASSOL, 20/3/2006).

Entre as dificuldades que os profissionais identificam na (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e estigma da loucura, ainda presentes no imaginário social das pessoas. Relacionamos na seqüência as respostas dos entrevistados, nas quais é expressa a relação com alguns dos aspectos enfrentados no cotidiano da vida dessas pessoas, em suas relações com a família, as instituições e a sociedade.

Em primeiro lugar a dificuldade de a família compreender o que a pessoa tem, pelo que ela passa, muitas vezes, a idéia é de que é um vagabundo, que o cara não quer trabalhar porque é vagabundo, não quer fazer nada só quer ficar em casa fumando, na frente da televisão porque é vagabundo; então, tem essa dificuldade de poder dar ou ter um certo olhar pra essa pessoa, pra esse usuário que não seja esse da discriminação; tem também o medo, o medo de que essa pessoa venha cometer algum crime, que é um pouco o mito da loucura, é o que envolve o mito da loucura, de ser alguém que é imprevisível e violento, o mito da loucura está muito marcado por isso, muitas vezes a família vem contaminada por isso, eu atendo uma mãe, por exemplo, que apesar de ser uma pessoa que contribui muito, mas ela tem medo do filho, ela tem medo, e ela reconhece isso, diz isso claramente, ela tem medo, agora menos, depois de um tempo isso está começando a se flexibilizar, ela está começando a entender um pouco diferente, mas ela tinha muito medo do que esse filho poderia fazer com ela, então, isso é algo que é bastante comum, mas isso é uma dificuldade; o outro aspecto da resistência é a idéia de que ele se tornou uma pessoa inútil, o usuário se tornou uma pessoa inútil, porque ele não pode trabalhar, que nunca vai fazer nada a não ser ficar como um louco, ficar como uma pessoa que não pode assumir responsabilidades, que não contribui, o aspecto financeiro é um problema; o Programa de Volta pra Casa não resolve isso integralmente porque ele é destinado pra pessoas que estão no mínimo há dois anos internadas, então, aqueles que não tem internação prolongada não têm acesso a esse recurso, então, ele passa a se tornar um peso econômico pra família e aí todos os outros problemas que são decorrentes disso (F, 12/4/2006).

Muitas vezes ele acaba sendo o membro da família rejeitado, ele tem o quartinho dele no fundinho. Bom, eu acho que é o próprio estigma de ter um doente mental, tem ah ele é doente mental, deixa ele quietinho lá porque se não ele vai incomodar, vai surtar, vai xingar e, que vergonha, aí os vizinhos; então, é o estigma do usuário, do paciente com transtorno mental, como muitas famílias não entendem elas tem até crenças de que isso é o demônio, isso é um castigo, ou é porque ele era uma pessoa ruim na vida passada, então, vem com mil, vamos dizer assim, explicações, que só atrapalham e impedem que aquilo seja encarado como..., ok isso aí é uma doença, e como é que a gente vai

fazer pra ajudar e tratar isso; então, os conhecimentos, a ignorância nesse sentido, [...] uma parte eu acho que seja pelo próprio desconhecimento do que é um transtorno mental, e do estigma de que o louco é o que rasga dinheiro e, enfim, isso dificulta, e aí quando você não tem um suporte pra dar à essas famílias aqui dentro, você só reforça lá fora esse estigma; então, claro, a pessoa chama a atenção da população, os pacientes que conseguem lá fora trabalhar e não ficar só dentro do CAPS, então, as oficinas que possam vir a dar renda, que elas sejam trabalhadas lá fora, até pra lá fora você convive com eles, percebe que eles não são os loucos que rasgam dinheiro, saem quebrando tudo e matando todo mundo, esse é o medo da população e acaba sendo o medo da família (J, 22/3/2006).

A questão da diferença do “louco” para o “não louco”, que na sociedade capitalista, é determinada pela relação produtivo/não produtivo, ou seja, aquele que detêm poder de consumo e aquele que não tem poder de consumo, também foi expressa pelos profissionais entrevistados como uma das dificuldades para a (re)inserção social do portador de transtorno mental, na família e na sociedade.

Eu acho que os limites do usuário; tem a coisa do preconceito, da loucura, ele, o usuário, ele não é alguém produtivo na família, ele não leva dinheiro pra casa, ele, ao contrário, ele só gasta, ainda tem que buscar remédio, ele dá mais trabalho ainda, ele não é produtivo, de maneira geral, então, isso já agrega um preconceito maior ainda, além de ter o preconceito da loucura, de ser..., enfim, alguém que tem uma “deficiência”, alguém que é muito dependente, ainda tem isso, então, ele não soma nada à família a não ser o incomodo; daí, geralmente, é uma mãe que até acolhe, ou pai, por questões afetivas, mas sempre está lidando com esse limite do usuário; tem famílias que não querem, tem muitas famílias carentes que não querem mais um problema, e quando a pessoa, então, saiu da família, que foi internada, e ficou um longo tempo fora, a família já se estruturou de forma a não contar com aquele usuário, então, já não conta mais com ele, passou três, quatro, cinco meses, aí vem uma pessoa trazendo toda uma dependência e que não é somar, ou as vezes as próprias crises dentro de casa, então, é difícil um cara que faz xixi no chão, um cara que toma um café e deixa sua xícara, um cara que quebra, que uma vez por mês quebra tudo, que bate nas pessoas dentro de casa, ninguém tem essa tolerância, tem que ser mais de uma pessoa pra suportar e, as vezes, uma pessoa, que é a mãe, suporta, mas os outros irmãos não entendem, não conseguem lidar com a questão, que é difícil mesmo, o nível de dependência, os limites, o risco que, enfim, pode correr o usuário (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Rosa (2003, p. 192), a família, apesar de procurar dividir com o Estado as demandas de cuidado do portador de transtorno mental, ainda é o principal agente responsável pelo seu provimento. Para implementá-lo, na divisão sexual do trabalho do grupo doméstico, seu ônus recai sobre a mulher. Todavia, diferente das demais

enfermidades, o transtorno mental se particulariza pelo fato de seu portador não se reconhecer como enfermo e por seu prognóstico figurar como uma incógnita, sem ter uma temporalidade previsível. Desta forma, em geral, o provimento de cuidados e o tratamento tornam-se impositivos para o portador de transtorno mental, que pouco colabora conscientemente no seu processo de recuperação. Por sua vez, o provedor de cuidado, com frequência a mulher, mãe, tem que ter uma disponibilidade de tempo, periódica ou indefinidamente, para exercer o seu papel. E, para satisfazer as necessidades individuais do portador de transtorno mental e as exigências de sua enfermidade, a mulher, mãe tem seu espaço de vida invadido, seus projetos de vida obstruídos pelas necessidades de prestar cuidado.

3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares

No contexto da Reforma Psiquiátrica, as organizações de usuários, técnicos e/ou familiares tem cumprido um importante papel na mudança do modelo assistencial em saúde mental, participando ativamente das discussões sobre os serviços e promovendo atividades que visam maior inserção social, geração de renda e trabalho e a garantia de direitos sociais. Essas associações constituem-se em importante instrumento de promoção da saúde e da cidadania de todos os envolvidos (BRASIL, 2004)

O CAPS Ponta do Coral conta com uma associação de usuários, familiares e técnicos. Apesar de estatutariamente estar prevista a participação e filiação de familiares e técnicos, atualmente, na prática, esta se tornou, efetivamente, uma associação de usuários. Em gestões anteriores, já teve em sua diretoria a participação de técnicos do serviço. Atualmente, dois técnicos acompanham as atividades desta, mas a diretoria da gestão atual (2006) é composta somente por usuários.

Com relação a participação dos usuários no planejamento das atividades do CAPS, os profissionais referem que esta acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, realizada semanalmente, na qual são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Contudo, os entrevistados observam que

existem dificuldades em realizar um processo de planejamento das ações do serviço, seja por particularidades dos usuários, seja por limitações e/ou problemas institucionais.

Assim, existem alguns espaços em que essas ações são tomadas em conjunto, a assembléia dos usuários, aqui é feita de terça-feira, em que é discutido desde a limpeza, o lanche, qual é o próximo passeio, o que vai ser de reunião, o que está sendo feito, quais são os informes em relação a saúde mental, em relação a congressos, encontros, comissões. O que eu percebo é que embora isso seja estimulado há pouca, baixíssima, aderência e quando há, em geral, são daqueles mais saudáveis no sentido de que de repente nem seriam usuários CAPS, mas eu acredito que isso seja também o próprio sintoma, de a dificuldade de lá fora conseguir um emprego, a dificuldade de iniciar uma atividade, iniciar um curso, é também pra se engajar na própria luta deles; o que eu percebo é que a família, em geral, quando pega isso vai adiante, os usuários tem poucos estímulos próprios, vamos dizer, pra continuar, pra se manter; então, na reunião da Comissão Ampliada²¹, aí participa um, mas depois a semana que vem já não vem; então, são poucos os que realmente conseguem dar conta, eu coloco a palavra no sentido de ser capaz para, tem essa dificuldade, eu acho que é própria condição (J, 22/3/2006).

Então, a gente procura estabelecer parcerias com a associação porque tem muitas coisas que pelo fato de a gente estar submetido a um organograma e a hierarquia, e aí os limites do serviço público, a gente não pode fazer; por exemplo, a questão da venda do material das oficinas, isso é algo que o CAPS não pode assumir, por conta mesmo da legislação que impede a gente de fazer esse tipo de atividade; então apesar de ter uma participação grande, o material vendido é o material das oficinas do CAPS, mas quem faz essa tarefa é a associação, é a associação que se encarrega da venda, de levar o material, de receber dinheiro etc.; além disso a associação se tornou efetivamente uma associação de usuários, apesar de o estatuto dela prever a participação e filiação de familiares e técnicos ela é uma associação de usuários na prática, e como articuladora de um projeto político e de reivindicação dos direitos do usuário dos serviços de saúde mental, como um instrumento pra viabilizar inserção no mercado de trabalho por exemplo, parece que são essas as funções da associação; com os usuários o que a gente tem é uma assembléia semanal onde são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; esse aspecto do planejamento da atividade ele de fato não tem a participação dos usuários até porque nem nós, como te falei no início, o nosso planejamento também é meio caótico, assim, a gente não tem um processo organizado de planejamento pra um ano ou mesmo pra seis meses, então, aí os usuários não chegam a participar desse planejamento, eles participam sim da discussão do funcionamento que é na assembléia,

²¹ A Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental (CPASM) é uma instância do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, criada através da Resolução N°1/CMS/2006, cuja finalidade é assessorar o plenário do conselho no que compete a formulação, implantação, implementação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas, ações e projetos em Saúde Mental, assim como prestar assessoria técnica ao gestor municipal. A CPASM é constituída por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde, e usuários e familiares da saúde mental (nota da pesquisadora).

que é toda semana, e aí se trata das coisas do dia-a-dia, é mais cotidiano (F, 12/4/2006).

A presença e participação dos usuários nas discussões e no planejamento das ações pertinentes à saúde mental vêm se ampliando progressivamente nos últimos anos. O processo de inserção inicia-se com o protagonismo dado ao sujeito na definição de seu projeto terapêutico, estende-se na organização de associações e na representatividade destas nos fóruns deliberativos (Conselhos de Saúde, Conferências, Comissões de Saúde Mental), e na participação em eventos científicos e espaços de militância política pertinentes à área da saúde mental. Essa é uma das formas em que a condição de cidadão dos portadores de transtornos mentais é resgatada. Segundo Rodrigues (2005, p. 80), “a participação política e militância de usuários e familiares em instâncias deliberativas ganham efetividade quando politicamente organizados”.

Neste sentido, a construção coletiva do protagonismo requer a saída da condição de usuário-objeto e a criação de formas concretas que produzam um usuário-ator, sujeito político. Isso vem ocorrendo através de inúmeras iniciativas de reinvenção da cidadania e *empowerment*, como atenta Vasconcelos (2000b), por meio de intervenções via associações de usuários ou de cooperativas sociais, ou ainda da participação política de tais atores nos mais importantes fóruns sociais de formulação de políticas da área, tal como nos conselhos de saúde e comissões de saúde mental.

Nas falas que seguem, os participantes da pesquisa destacam as dificuldades encontradas na organização, na articulação e no funcionamento da Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral²², bem como seus objetivos e principais lutas políticas por direitos.

Assim, eu acho que os usuários têm esse espaço da assembléia junto com os técnicos. É um espaço interessante, onde eles podem estar opinando, mais do que o da associação; o da associação é muito mais difícil de levar adiante; eu também já fiquei um tempo ajudando a associação, já fui até, uma época, da própria gestão, da própria diretoria, e a gente tem

²² Importante estudo sobre a Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral foi realizado por Rodrigues em dois trabalhos: RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral: desvelando sua significação**. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004; e RODRIGUES, J. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

que estar puxando muito como técnico, parece que deixar por conta deles a coisa não anda e, as vezes, a gente vê que fica mais um desejo nosso de que as coisas aconteçam do que deles; então, a assembléia pelo menos é um espaço que eu ainda acho que se consegue ter uma presença, agora a presença dos familiares no planejamento é muito pequena, poucos que vem, vem um ou outro, pai de alguém; dos usuários, eu acho que é mais nesse espaço da assembléia que acontece (P, 17/3/2006).

Os usuários, nós temos a assembléia dos usuários; então, na assembléia se discute algumas questões, por exemplo, as vezes o planejamento, funcionamento da casa, por outro lado nem tudo é discutido na assembléia, [...] tem uma atuação limitada, ela não é totalmente participativa. A associação, ela tem histórias de altos e baixos; teve momentos que a associação tinha uma diretoria, mas ninguém participava, não se articulava; tem momentos que a associação se integra mais, quando ela se integra a coisa fica também mais rica; nós temos aproximação, por exemplo, na questão do vale transporte, as reivindicações, sobretudo do vale transporte, de veículos pra passeio, pra participar de um evento, muito mais do que planejamento das ações, digamos assim, mais no sentido de luta por direitos e reivindicações (LÉLI, 4/4/2006).

A associação de usuários possui cinco objetivos: controle social, ajuda mútua, suporte mútuo, defesa dos direitos, geração de renda; em cima desse objetivos a associação realiza seu movimento e sua luta. Em termos do papel dos usuários no planejamento das ações do CAPS seria discutir esses objetivos em relação ao CAPS. Hoje, o que acontece, a associação de usuários acaba discutindo um pouco mais controle social; ela expressa a representatividade dos usuários na luta social, na dignidade humana, e também na geração de renda; outra coisa muito importante que a gente fala é a luta contra o preconceito, então, a associação ela participa mais nesse sentido, controle social, geração de renda e luta contra o preconceito no CAPS; esse é o papel dos usuários, realizar o controle social, participar da geração de renda e a luta contra o preconceito; a luta contra o preconceito significa realizar teatro, levar pras Academias, levar pra comunidade, mostrar que a história do louco no imaginário social das pessoas ela é transformada, pode-se reverter isso, e isso se reverte com música, cultura e arte (GIRASSOL, 20/3/2006).

O papel da associação no planejamento, é porque assim, a associação ela não é o CAPS, ela é uma entidade separada, a assembléia é uma assembléia geral do CAPS, é um mecanismo facilitador da participação dos usuários e técnicos na gestão do serviço; a associação é uma entidade, sem fins lucrativos, que foi criada e pensada pra que os usuários e familiares se organizem pela luta da política, pela luta da implantação da política de saúde mental, pela luta dos direitos, pela luta da implantação da Reforma Psiquiátrica, pela melhoria do serviço, então, assim, a associação ela caminha, mas ela é muito nova e aí se é muito nova tem uma estrutura um pouco frágil, então assim, a tua pergunta é se ela participa das ações do CAPS, ela participa sim, tem um elo de participação aí, tem um canal de participação, mas é frágil, é muito frágil, eu penso que é muito frágil porque aparece pouco (VIK, 24/3/2006).

Rodrigues (2005, pp. 81-82) destaca que as associações de usuários, enquanto dispositivos, possibilitam uma atitude política que oferece visibilidade ao usuário como ser cidadão e não apenas como portador de um transtorno. Segundo o autor, quando o usuário passa a ver, sentir, e ver sentido em suas ações associativas, sua prática organizativa torna-se efetiva e com empenho. Por isso, as associações precisam desenvolver estratégias mais amplas de adesão, visando revigorar seus quadros associativos. Nesta direção, a profissionalização e formação política dos dirigentes é vista como uma possibilidade para estimular a participação.

A compreensão das associações civis como relacionadas e condicionadas pelas associações políticas leva ao entendimento de que há uma sinergia entre a sociedade civil e a democracia política. Segundo Fleury (2004), a dimensão cívica da cidadania diz respeito à condição de inclusão ativa dos cidadãos à comunidade política, compartilhando um sistema de crenças com relação aos poderes públicos, à sociedade e ao conjunto de direitos e deveres que são atribuídos ao status de cidadão. Como dimensão pública dos indivíduos a cidadania pressupõe um modelo de integração e de sociabilidade, que transcende os interesses egoístas do indivíduo no mercado, em direção à uma atitude generosa e solidária.

A fala a seguir relaciona algumas dificuldades cotidianas vivenciadas na e pela associação de usuários do CAPS Ponta do Coral. Apresenta algumas possibilidades de atuação deste tipo de organização da sociedade civil, tanto com relação a parcerias com outras entidades, para o desenvolvimento de ações que visem a profissionalização e inserção no mundo do trabalho, quanto no processo de politização e conscientização de seus usuários com relação aos direitos de cidadania.

Eu acho que ela tem um papel relevante, a dificuldade é de incrementar esse papel relevante; os familiares vêm muito poucos; bom, talvez a gente não esteja também instigando, muitas vezes a gente convida, mas eu acho que, também, as vezes, falta um pouco de investimento da equipe para que os familiares estejam mais no CAPS; agora, a associação poderia fazer muitas coisas, desde convênios para cursos com esses órgãos que a gente tem, SENAI, SESC; poderia tentar uma penetração, mas isso seria uma outra realidade a ser criada; cada vez que entra uma gestão nova, a gente diz quem sabe agora; desde as pequenas coisas, até divulgar a lojinha aqui, é difícil, a gente uma vez fez uns folders pra distribuir aqui na vizinhança, uma vez a gente tentava vender as verduras que produzia, não conseguia muito, conseguia ali, vendia uma ou outra; agora em termos de espaço de fazer política eu acho que ela tem um peso, deveria realmente crescer, por mais que as pessoas tenham dificuldades; eu acho que tem que continuar existindo, tem que continuar batalhando para que eles possam estar assumindo um pouco

mais esse papel político, essa conexão com outras instâncias da sociedade; por exemplo, na questão até de trabalho, de poder a associação também ajudar nessa abertura de espaços de trabalho; teve uma vez que tentaram no Angeloni (supermercado), depois quando souberam que era portadores de transtorno mental não quiseram; eu acho que a gente precisava mostrar um pouco pra sociedade o que é o paciente psiquiátrico; assim, através desses recursos, não dá pra esperar vamos pra mídia, porque, assim, tem umas coisas que são boas, ótimas, mas são meio ideais, a gente tem que tentar começar com essas pequenas coisas que pode fazer: divulgar a lojinha, sei lá, fazer um contrato lá com o CIC pra fazer cursos, por exemplo, de pintura, coisas que são mais próximas da realidade exequível (P, 17/3/2006).

Para Rodrigues (2005) dois aspectos são importantes para compreender as dificuldades de falta de adesão e continuidade na participação dos membros da associação. Um deles refere-se aos elementos motivadores para a participação. Neste caso, é preciso considerar que a prática política de militância possui seus campos de conflito e tensões, que dentro da especificidade da loucura pode não conferir uma participação freqüente. O outro relaciona-se ao significado da associação na vida dos integrantes. Muitos usuários vêem a associação como possibilidade de geração de recursos financeiros, haja vista que o fator trabalho/vínculo empregatício é algo marcante na vida dos portadores de transtornos mentais, em decorrência de a maioria não possuir fonte de renda própria.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacaram o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário.

A primeira delas é a questão do controle social, a associação tem potencialmente essa função, não só dentro do serviço, mas também nas outras instâncias, conselho municipal de saúde, conselho local, aqui em Florianópolis estamos organizando uma Comissão Permanente, que é consultiva do Conselho Municipal de Saúde, é uma comissão de saúde mental, no estado (SC), a gente tem o Colegiado de Políticas Públicas e Atenção Psicossocial, que tem representação dos usuários; então, novamente, na questão da defesa dos direitos, na questão do resgate da cidadania, as vezes nem é resgate porque o cara nunca teve cidadania alguma, mas da possibilidade de instituir um certo nível de cidadania; eu vejo que a possibilidade de o usuário poder participar politicamente é algo que tem um efeito sobre a sua dinâmica, como tem efeito sobre a dinâmica de qualquer um que descobre um dia que tem essa possibilidade de participar politicamente, da vida política, e pro usuário de saúde mental isso muitas vezes é uma descoberta que representa uma guinada muito grande na sua vida, então, vamos dizer assim, tem um efeito terapêutico, um efeito clínico nesse sentido, além, obviamente, dos

efeitos políticos que isso representa, mas, mais individualmente tem esse efeito, da articulação com as outras pessoas, enfim, tem uma terapêutica aí que é função, mesmo que não reconhecida, mas é função das associações (F, 12/4/2006).

O principal papel das associações é não tornar que os serviços se tornem manicômios; a associação é a vida, é organização, é luta, é enriquecimento, é sentido de vida; tenho escutado muito de pessoas que tiveram suas vidas arruinadas que quando passaram a militar em associações de usuários passaram a ter um sentido de vida, passaram a conceber a razão da sua existência em vida; então, a principal importância das associações é não deixar que o serviço se torne manicômio, é tornar o serviço um pouco mais rico, com mais vida, é organizar a questão política, é falar em nome dos próprios usuários; então, a importância das associações de usuários é levar a boa nova aos CAPS, levar a boa nova aos serviços de saúde mental, levar a boa nova do modelo psicossocial, ou seja, discutir o controle da loucura, ou seja, a maior importância das associações é levar a discussão da liberdade, liberdade e dignidade dos portadores de transtornos mentais (GIRASSOL, 20/3/2006).

Além do tratamento e dos serviços, eu acho importante que a associação possa se fortalecer enquanto movimento popular de luta pela Reforma Psiquiátrica, que os usuários possam se conscientizar dessa importância de estarem articulados, lutando pela implantação da política, da política de saúde mental sob esse novo paradigma da Reforma Psiquiátrica; eu acho que essa é a maior importância, acho que essa é a maior tarefa da associação; claro que isso se reflete na micro política institucional no próprio CAPS; a associação vai estar lutando, a nossa associação aqui, por exemplo, já lutou pelo próprio vale transporte dos usuários, de ir até a secretaria (Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis) conversar com o secretário e reivindicar enquanto essa democracia representativa dos próprios usuários, técnicos e familiares; pela própria manutenção desta casa na época que houve a questão da construção da via de acesso ao Hospital Infantil, existia um projeto da outra via passar também por aqui, os usuários batalharam que essa casa se mantivesse aqui, que o CAPS se mantivesse aqui e conseguiram; então, acho que essa luta maior de articulação que exige uma consciência política dos líderes que estão na associação, dos usuários como um todo, é que é a grande tarefa da associação, só que isso se faz num trabalho de formiguinha, num trabalho miúdo (VIK, 24/3/2006).

Cabe destacar que o controle social compreende a participação da população na perspectiva da interferência na gestão da política pública de saúde, colocando as ações e serviços na direção dos interesses da comunidade e estabelecendo uma nova relação entre Estado e sociedade. Conforme Correia (2002, p. 212), controle social “é a atuação da sociedade civil organizada na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam às demandas e aos interesses das classes subalternas”.

A III CNSM ressalta a importância do controle social, através dos mecanismos já existentes (Conselhos, Conferências e Comissões de Saúde Mental, organizações da

sociedade civil e movimentos sociais), como forma de garantir o avanço da Reforma Psiquiátrica. Os indicativos da Referida Conferência destacam que o controle social deve constituir-se com a representação dos três segmentos – usuários, familiares e profissionais de saúde, na perspectiva de induzir uma ação de acompanhamento da construção das políticas municipais, estaduais e nacional de saúde mental. As Comissões de Saúde Mental em ação conjunta com os Conselhos de Saúde devem exercer seu papel de controle e fiscalização das políticas públicas, o que inclui o orçamento e a destinação de verbas para a saúde mental, em todos os níveis (BRASIL, 2002a).

A ação da sociedade civil e dos movimentos sociais é ressaltada visando a garantir que os programas de saúde mental não sofram descontinuidade por ocasião de mudanças de gestão administrativa e/ou política. Para tanto, devem ser criadas estratégias para a viabilização de maior envolvimento dos diferentes atores sociais com as questões da saúde mental. Entre estas, destacamos o papel das associações de usuários, técnicos e familiares e dos núcleos estaduais e/ou municipais do movimento da luta antimanicomial, na gestão dos serviços e na fiscalização das práticas de saúde mental (BRASIL, 2002a, p. 142).

3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia

A desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial são dois dos pressupostos teórico-epistemológicos orientadores das práticas assistenciais indicadas na e pela Reforma Psiquiátrica. Tendo isso em conta, perguntamos aos participantes da pesquisa se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas para a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referiram que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras.

As falas relacionadas na seqüência explicitam a percepção dos entrevistados sobre a questão e indicam algumas possibilidades que, segundo eles, poderiam favorecer o desenvolvimento de ações de reabilitação psicossocial.

Em parte sim, em parte; eu acho que como a gente não tem um sistema de avaliação a gente não consegue medir isso muito bem; a nossa intenção é essa, o que não quer dizer que as nossas ações consigam de fato alcançar; acho que a gente poderia fazer mais, a gente poderia ter uma articulação mais intensa e mais constante com outras instituições, com outros sistemas de atenção, além claro da própria rede de saúde, que não existe; em Florianópolis a gente não tem rede, até está se formando, dá pra dizer que está se formando, mas não funciona como rede ainda, efetivamente não funciona; a gente tem pouco contato com a atenção básica, com o PSF, que seria um parceiro importante, a gente tem pouco contato com os outros CAPS também em termos de troca, enfim, com outras instituições de saúde, então, acho que a gente ainda continua isolado, e aí pensar em reabilitação psicossocial com essas condições é um pouco mais complicado; a gente vê alguns efeitos, que a gente mede pelo usuário em si, que é o fato de que ele consegue evitar internação, que ele consegue muitas vezes voltar a trabalhar, sua participação nas oficinas passa a ser bastante diferente, enfim, mas são coisas que a gente não tem um instrumento pra avaliar (F, 12/4/2006).

Eu penso que sim, apesar de que hoje o programa de saúde mental não conta com uma rede completa de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, então, assim, a gente tem essa dificuldade; se existisse isso de forma mais estruturada, de forma mais incrementada seria mais fácil a reinserção social; por exemplo, a gente não tem leitos psiquiátricos no HU, um hospital geral, que já tem um ambulatório de psiquiatria, poderia ter um serviço de emergência, facilitaria, evitaria internações, um mercado protegido, um projeto de geração de renda também não temos, não temos os CAPS territorializados ainda, então, tem uma série de dificuldades colocadas aí que impedem essa reinserção social num tempo menor do que acontece hoje; acho que hoje o tempo que o usuário fica dentro do CAPS ainda é muito grande por conta de a gente não ter essa rede completa, que possa dar esse suporte extra CAPS. [...] eu não sei se isso acabaria institucionalizando, de certa forma sim, mas assim, isso está na pauta, e se isso está na pauta não está institucionalizando, você entende o que eu quero dizer? isso está sendo falado pro próprio usuário, isso está sendo dito pra ele, olha tu já está aqui muito tempo, o nosso objetivo pra ti, nosso projeto terapêutico pra ti seria de tu poder estar fazendo isso, isso e isso lá fora, então assim, não diria institucionalizado porque talvez institucionalizado seria quando a gente não se desse conta disso, ah não isso está rolando, o usuário está aqui há anos, ninguém está fazendo nada, continua na mesma, aí sim estaria cronificando, mas acho que não nesse sentido, de que isso está na perspectiva, a gente está querendo a inserção, a gente está querendo a rede extra hospitalar, a territorialização dos CAPS, só que a gente não tem uma série de elementos necessários pra fazer a reinserção, a política, o programa de saúde mental, aliás ele está sendo implantado, incrementado muito mais agora recentemente (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que sim, mas muito pouco ainda; elas se encaminham, elas têm como ideal, elas desejam, mas na prática isso é muito pouco feito; eu vejo que nesse CAPS a equipe acaba estando muito fragmentada porque faz milhões de coisas também, desde a parte administrativa, parte clínica, oficina, se divide; eu acho que deveria ter a equipe como um todo trabalhar nisso, mas ter também grupos de atuação, como a gente

chama de atuação local, então, ainda para o que necessita está muito pouco assim, muito aquém [...] A primeira proposta começaria via Regionais, nas Regionais; por exemplo, as pessoas iriam para os seus bairros, ver qual é a possibilidade, as possibilidades que existem pro usuário se inserir, mas não só a Regional, poderia ter um grupo mesmo, sair com o usuário, fazer a coisa mais concreta, ela é feita, mas é feito muito pontualmente (LÉLI, 4/4/2006).

Em geral sim, mas tem alguns pacientes que, por exemplo, circulam no CAPS e que não tem nenhuma indicação de estar no CAPS, então ele acaba sendo um lugar de institucionalização ou de capsização. Tem isso; isso acaba acontecendo, mas em geral não é isso; em geral eu acho que todas as nossas ações, o que a gente discute em equipe é até a tentativa de diminuir essa dependência, esse vínculo de dependência, que em algum momento ela pode ser muito importante, mas em outros ela é excessiva e acaba aprisionando o paciente dentro do CAPS, e aí o CAPS passa a ter o mesmo papel e a mesma função do hospital; e como isso é o que eles conhecem, esse repertório é o que se conhece, é mais fácil de se acostumar com ele do que ter uma nova postura, uma postura de que, não, aqui eu vou tomar conta do meu tratamento, eu vou lá fora procurar o que é meu...; não, (o usuário) acaba esperando, ah o que você falar está bom, e aí essa atitude bem passiva, que ela é muitas vezes muito cômoda pra todos nós em muitos momentos, pra uns mais que outros, essa atitude de comodismo, de esperar, é ótimo, e aí isso acontece, acaba acontecendo, embora as práticas, elas tem a idéia de que não seja voltada pra isso; não é o objetivo, mas a gente observa que as vezes é falho (J, 22/3/2006).

Essa pergunta é muito difícil [...]; eu acho que não mudou muito meu olhar, a gente tende a sustentar a institucionalização, a gente não consegue dar alta, o paciente não consegue ter alta, não consegue sair; assim, digo um paciente que realmente talvez esteja até mais comprometido com esse tempo aqui, tem paciente que está aqui desde o início; eu acho que a gente acaba reforçando um pouco isso por mais que a gente tem o desejo de que fosse o contrário; existe uma certa comodidade pro paciente também, aqui ele tem atenção, ele é aceito, não tem assim uma grande briga por ele ficar aqui; então, isso me preocupa muito, eu fico pensando: é uma contradição porque ao mesmo tempo que o nosso trabalho é voltado pra isso parece que a nossa ação acaba revertendo o contrário; a questão da cidadania, a questão da construção de outros laços, criação de outros espaços, eu acho que é muito precária ainda [...]; por isso que eu acho que a gente precisa também de ter formas de avaliação dos pacientes, muitas vezes fica assim um exemplo ou outro que você tem, aquela pessoa foi, está lá trabalhando, talvez ela não tenha também construído um elo tão pesado, tão forte com a instituição, que ela já veio, ficou um tempo, saiu, voltou a fazer outras coisas da vida; eu acho que a gente ainda está institucionalizando mais do que desinstitucionalizando [...] (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p. 14) observam que um dos caminhos mais importantes para o qual aponta a desinstitucionalização é o da criação de novas relações com a loucura. Estas se processam a partir da mudança das relações institucionais internas e de

desmontagem dos dispositivos da clínica e da psiquiatria, mas certamente não se restringe a isto. Novas subjetividades e um novo lugar para o sujeito louco só são produzidos em relação com o social. O trabalho de desconstrução da institucionalização, necessariamente, extravasa o contexto institucional específico, atingindo seu objetivo mais amplo de questionamento das instituições e subjetividades capitalísticas, a desconstrução como transformação cultural. Para os autores, através do trabalho no campo social a desinstitucionalização atinge seu sentido mais abrangente, como processo social amplo e complexo de participação popular, territorialização dos serviços, envolvimento de diferentes atores sociais, e mudança da relação social com o fenômeno da loucura.

Sobre este aspecto cabe destacar que a desconstrução do paradigma da institucionalização e a construção do paradigma da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial envolve um conjunto de ações teórico-epistemológicas e de práticas assistenciais, amparadas por um sistema jurídico-político capaz de criar e garantir direitos aos portadores de transtorno mental. De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (1987), a reabilitação psicossocial é o conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários (OMS 1987 apud PITTA, 2001).

Nesta direção, a formulação da política de saúde mental, orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais nos campos da educação, cultura, habitação, assistência social, esporte, trabalho, lazer e a articulação de parcerias com universidades, Ministério Público, organizações não governamentais (ONGs), visando a melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania do portador de transtorno mental (BRASIL, 2002a).

Com o objetivo de saber se existem e identificar quais são as práticas de reabilitação psicossocial desenvolvidas no e pelo CAPS Ponta do Coral, perguntamos aos participantes da pesquisa se existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer. Do total de profissionais que responderam ao formulário, a maioria (66,7%), disse não existir, dois referiram não saber responder, e dois destacaram que existem. Dentre os que responderam que não existem tais práticas, um observou não ter conhecimento, oficialmente, das parcerias, um deles destacou que existem poucas e de acordo com o planejamento terapêutico do usuário, e um outro disse que tem em momentos específicos, mas não de forma contínua. Entre os que

responderam que sim, um referiu-se a experiências muito pontuais como por exemplo o uso da quadra de esportes próxima, e outro identificou parcerias com fundações municipais e estaduais de cultura.

Neste aspecto, os indicativos aprovados na e pela III CNSM ressaltam a necessidade de se priorizar, no âmbito da assistência em saúde mental, políticas que fomentem a autonomia dos portadores de transtornos mentais, incentivando o exercício da cidadania plena. Devem-se buscar parcerias entre o poder público e organizações civis para o desenvolvimento de projetos sociais e comunitários, de geração de renda e de acesso a todos os direitos, que possam funcionar como apoio na (re)inserção social destas pessoas.

No estudo realizado, perguntamos aos profissionais se as práticas assistenciais desenvolvidas no e pelo CAPS possibilitam ao usuário a construção de sua autonomia. Os entrevistados destacaram a necessidade de refletir conceitualmente sobre o que seja a autonomia do portador de transtorno mental, como avaliar a autonomia da pessoa. Referiram que, em geral, o serviço consegue cumprir com a função de estimular o usuário à conquista de sua autonomia.

A questão é discutir o que é autonomia, eu sempre parto do princípio de que autonomia não é independência, autonomia na verdade é a possibilidade de a gente poder ampliar as dependências, que é a vida de todo mundo, ou seja, eu pra viver eu dependo de um monte de gente, um que paga meu salário, outro que falo aqui, outro com quem eu me ligo afetivamente, enfim, eu dependo de uma porção de gente e isso me dá autonomia porque eu posso depender de muitas pessoas e de muitas instituições, muitos sistemas; o problema do usuário de serviço de saúde mental, paciente psiquiátrico é que ele, geralmente, depende ou das mesmas pessoas ou das mesmas instituições, ou seja, a capacidade de autonomia dele está muito reduzida porque ele não tem como circular socialmente, ele ou está sempre dentro de casa ou de casa pra uma instituição, seja ela o CAPS ou hospital psiquiátrico; então, pra mim autonomia é isso, é essa possibilidade de você ir ampliando os vínculos pra que você possa depender de muitas pessoas ou de muitas coisas ou de muitas instituições porque afinal de contas, em última instância, essa autonomia tomada como independência ela é imaginária, ela é irreal, não existe; então, eu acho que a gente consegue isso, a gente consegue ampliar a autonomia dessa maneira, primeiro porque o CAPS acaba se tornando um centro de convivência, então, o efeito imediato é que a pessoa deixa de ficar sozinha ou só com a família e passa a conviver com outras pessoas, esse é o efeito imediato, passa a ter outras relações que muitas vezes se desdobram, saem daqui, as pessoas fazem programas juntos fora, pinta relacionamentos amorosos ou só relação sexual, que seja, mas enfim, é uma oportunidade nova que o cara não tinha, encontrar alguém mesmo que seja só pra transar, então, isso já é um ganho também, já implica na ampliação de autonomia; eu vejo que muita gente aprende a lidar com o serviço público, aprende a correr atrás dos seus direitos, aprende a lidar com outros serviços de saúde, passa a

procurar o posto de saúde onde mora ou passa a ir pegar medicação em tal lugar sozinho, por conta própria etc.; eu acho que a gente consegue essa função, a gente consegue autonomia nesse sentido, mas pode ser melhor, na medida que a gente tiver uma rede, que a gente se inserir nessa articulação com outras instituições, com outras instâncias, a gente consegue fazer isso de maneira mais eficaz (F, 12/4/2006).

Em alguns casos sim, eu acredito que alguns casos quando não há uma limitação interna eu acho que sim, que é possível, através até da participação nas oficinas, nos grupos terapêuticos, da adesão ao tratamento médico; muitos conseguem realmente; passaram por um episódio, uma crise, conseguiram ficar bem e voltar para as suas atividades diárias, eu acho que quando eles aderem ao tratamento, quando há essa adesão, quando eu digo ao tratamento é ao projeto terapêutico deles, e não tem uma limitação, vou colocar entre aspas “uma seqüela” da própria doença muito forte, há essa possibilidade; em alguns outros casos eu acho que é difícil, assim, não é tão fácil medir isso, o que, quem melhora, quem não melhora, aquele que consegue voltar, aquele que não consegue, as vezes alguém que tem até uma doença mais incapacitante consegue, outros não, depende, depende do apoio que ele tem, do externo, da família, ou da própria sociedade, da comunidade em que ele é inserido, isso tudo faz diferença, que tem o background do que ele era antes, isso também faz a diferença, ele consegue resgatar; quando já não se tem muito o que resgatar aí fica mais difícil trabalhar; é individualizada essa resposta, mas eu acredito que em alguns casos sim, consegue essa (re)inserção de uma maneira muito boa e gratificante para os dois, pro usuário e para os profissionais (J, 22/3/2006).

[...] dependendo de como o serviço é gerido, dependo de dentro de que política de saúde mental esse CAPS está inserido, ele pode ao invés de estabelecer uma autonomia, mesmo que ele tenha uma boa vontade de estabelecer autonomia, ele acaba tornando a pessoa mais dependente ainda do serviço; então, é uma grande armadilha a construção da autonomia, não só especificamente pro CAPS Ponta do Coral, mas pra todos os CAPS que eu tenho visto; então, a gente volta novamente na questão da avaliação, novamente na discussão dos termos, eu acho que a questão dos conceitos ela tem que estar muito clara, o que significa cada conceito, eu sempre tenho batido muito nisso; o que é autonomia? É a pessoa ter minimamente condição de governar a sua própria vida, gerir sua própria vida, Ok! a gente estimula a pessoa a fazer isso, trabalha nesse sentido com a questão da autonomia, agora, quais são os parâmetros que nós vamos utilizar pra avaliar essa autonomia, isso a gente não tem muito claro ainda, acho que necessita; então, o CAPS possibilita autonomia, mas ao mesmo tempo não tem uma análise crítica [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Não obstante, cabe-nos destacar que a compreensão sobre autonomia que orienta este trabalho refere-se “a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente”. Neste caso, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas

relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001, p. 57).

As falas relacionadas a seguir destacam como o atendimento no CAPS Ponta do Coral possibilita a construção da autonomia do usuário.

Eu acho que em formas gerais sim, na relação que os técnicos tem com o paciente; agora, as vezes, a gente tem uma postura muito assistencialista em muitas situações, um assistencialismo que acaba prendendo o paciente, institucionalizando; são situações, eu acho que as vezes a gente repensa sobre elas, não foi bem por aí, mas, assim, eu vejo as pessoas contando a história do CAPS, teve muitas experiências que foram positivas também, que chegaram a um resultado, assim, sem muito recurso, sem muito com que contar fora da própria equipe, fizeram coisas que são surpreendentes em relação a tantos pacientes; eu acho que essa maneira de você poder dar voz, poder valorizar aquilo que a pessoa faz, consegue fazer em uma Oficina por exemplo, eu acho que essa é uma maneira de você conferir uma posição mais sujeita, mais ativa mesmo (P, 17/3/2006).

Sim, eu acho que sim, só que eu acho que a gente possibilita em alguns casos, não tem uma história linear de possibilitar a todos, eu acho que tem um projeto de possibilitar, mas isso não acontece o tempo todo, porque também isso não é uma via de mão única; hoje, eu já fui mais ingênua em relação a isso, muitas vezes uma pessoa que ficou trinta anos, vinte anos no hospital psiquiátrico, eu não sei mais se ele quer ter mais autonomia, muitas vezes ele quer, não quer; se a gente entender autonomia como trabalhar, seja em qualquer lugar, com uma bolsa trabalho, entender autonomia como decidir ir final de semana para uma praia, autonomia como ir ao supermercado, escolher o que vai comer, até certo ponto sim; por exemplo, se tenta até que muitos usuários saiam no final de semana, a gente na reunião das Regionais combina que eles possam ir, no final de semana, para um passeio, e eles não vão, eles ficam em casa, só vão se o técnico for, no dia de semana; então, acaba ficando um outro processo de não autonomia; então, a luta, a intenção é que isso se dê de outra forma, que também não fique dependendo do CAPS; existe uma construção pra isso e isso acontece, em certa medida acontece, mas ainda não como gostaríamos, porque nós também temos uma idealização de autonomia [...] alguns casos tem sim, vão até um certo ponto da autonomia que é possível pra pessoa, e outros vão mais além, outros regridem (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre as possibilidades de construção da autonomia do portador de transtorno mental, Kinoshita (2001, pp. 56-57) considera que a contratualidade do usuário, primeiramente vai estar determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Estes podem emprestar seu poder contratual para possibilitar relações e

experiências renovadas ao usuário, através de seu prestígio, de sua delegação social, do saber reconhecido pela sociedade. O referido autor destaca que aos profissionais é dada a capacidade de elaborar projetos, isto é, ações práticas que venham a modificar as condições concretas de vida do usuário.

A entrevista citada na seqüência relaciona a construção da autonomia do usuário a ações que envolvem outros serviços e outras políticas sociais como uma possibilidade para que o portador de transtorno mental adquira sua independência econômica. No caso, a profissional refere-se a Política de Assistência Social, através do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Outro recurso financeiro que pode ser acessado pelos egressos de internações psiquiátricas prolongadas é auxílio reabilitação psicossocial instituído com o Programa de Volta Pra Casa, através da Lei Federal N° 10.708/2003.

[...] um outro elemento pra isso (autonomia) são os usuários que estão totalmente desprovidos de qualquer recurso material que conseguem o BPC e isso garante autonomia porque ele tem o mínimo pra poder dar conta das suas necessidades materiais; então, muitas vezes, ele está numa condição muito vulnerável e aí passa a poder comprar aquilo que ele deseja, minimamente, porque é muito pouco o valor, mas consegue algumas coisas e isso garante essa autonomia, porque as vezes ele fica na família, fica sendo aquele peso que só incomoda, que não tem recurso financeiro nenhum porque ele está fora do mercado de trabalho mesmo, então, aí o benefício da previdência social também é um elemento de autonomia e de reconstrução da cidadania, mas entre todos esses outro que eu falei, do próprio material que ele tem contato na oficina terapêutica que ele consegue produzir algo; aquele usuário que é egresso do hospital psiquiátrico de polireincidência nas internações que consegue produzir uma peça bonita e que essa peça é vendida e que depois recebe o dinheiro dessa venda, também confere autonomia, confere cidadania, auto-estima (VIK, 24/3/2006).

Entendemos que a possibilidade de ter recurso financeiro próprio favorece sim a independência econômica do portador de transtorno mental, possibilitando-lhe uma vida com maior autonomia. Contudo, conforme destacou a entrevistada este é só um dos elementos que compõem o rol das necessidades humanas. A reabilitação psicossocial é um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia (KINOSHITA, 2001). Neste sentido, reabilitação e construção da autonomia caminham lado a lado.

3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental

A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos entrevistados como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista jurídico-política dos direitos do portador de transtorno mental.

Eu acho que hoje a gente já tem uma rede assistencial muito mais capacitada e quantitativamente significativa; no Brasil já são 800 CAPS; o fato de que tem recurso financeiro do Ministério da Saúde destinado, especificamente, à saúde mental, isso facilita a criação do serviço no município; em termos das modificações em relação ao que seja a loucura, o que seja o transtorno psíquico, acho que apesar das dificuldades a gente já conseguiu avançar com relação a isso, a gente já conseguiu trazer a discussão pra sociedade de uma outra maneira, levantando a necessidade de olhar isso também de uma outra forma; a medida que as pessoas começam a sair dos hospitais e voltam a morar seja em residências terapêuticas, seja com a sua família, e conseguem se manter bem dessa maneira isso também vai mudando o olhar das pessoas, pelo menos daquelas que o cercam; os projetos que a gente chama de modificação da cultura, a modificação da cultura manicomial, isso eu percebo que há um avanço, gradual, lento, tem um monte de resistência, mas a gente consegue, conseguiu, tem conseguido, e isso implica também no avanço político, no sentido da garantia do direito, no sentido de ter algumas prerrogativas preservadas com relação ao direito do usuário; então, eu vejo que de uma maneira geral a gente tem avanços e avanços muito significativos se a gente compara o que era transtorno mental há vinte, trinta anos, nesse país, tem coisas muito importantes que eu identifico (F, 12/4/2006).

Acho que a própria existência de CAPS, os hospitais dia, de ambulatórios de saúde mental, próximos as casas de onde o paciente mora, o Programa de Volta pra Casa, a possibilidade de uma residência terapêutica, são todas medidas atuais e dispositivos atuais que possibilitam essa nova forma de encarar o que alguém portador de transtorno mental pode ocupar, o que eles podem ocupar; então, eles podem ocupar os espaços, eles podem começar a fazer parte daquela comunidade (J, 22/3/2006).

A fala a seguir expressa como foi, historicamente, se alterando a forma de assistência ao portador de transtorno mental e de atenção em saúde mental na política de saúde do município.

Eu acho que a questão de criar um espaço que é aberto já é uma conquista; eu acho que hoje a gente tem essas possibilidades de CAPS, no posto de saúde mesmo; [...] quando eu comecei a trabalhar na prefeitura, há 20 anos atrás, assim, era uma equipe de um psiquiatra com mais um monte de estagiários de psicologia que saía em uma Kombi velha pra fazer alguma coisa, quando pintava um problema lá com um paciente do Campeche por exemplo [...]; não tinha nada na prefeitura há 20 anos atrás de saúde mental, então, hoje já tem, está se criando uma rede, tem profissionais nos postos, tem psicólogos, se pensa em fazer treinamento de agente de saúde, treinamento de clínico geral, já se fez algumas coisas; eu acho que isso, imagino que alguém que fica confinado dentro de um espaço, ele ter a possibilidade de circular, mesmo o pessoal do HCTP, eu acho que pra eles, assim, tem uns que não querem muito mais que isso na vida, pelo menos eles não estão tendo que trabalhar duramente como trabalhavam quando eram crianças, vem aqui, circulam, comem uma comida, anda aqui, vê televisão, bom! talvez essa seja a vida que eles querem, talvez seja...., já sai lá daquela estrutura fechada (P, 17/3/2006).

Na seqüência, a entrevistada relaciona algumas formas de exercício da cidadania que o usuário pode acessar com o tratamento no CAPS.

É, se for pensar que muitos usuários eles tiveram uma história, antes do surto, de uma vida organizada socialmente, trabalhando, talvez seria a reconstrução da cidadania, mas a medida que vem todo o isolamento propiciado pelo hospital psiquiátrico, todo o estigma do transtorno mental que a própria comunidade coloca, realmente de fato foi perdida; quando ele chega no CAPS e se propõe a se beneficiar desse espaço, assim, de fato se vincula ao projeto terapêutico dele, acho que ele consegue reconstruir elementos pra essa cidadania, num primeiro momento autonomia, acho que o cartão do vale transporte, o exemplo que eu posso dar, o cartão do vale transporte que é oferecido no período que ele tem tratamento aqui é o mesmo cartão do cidadão que vai comprar lá no SETUF, então, aquele usuário que é estigmatizado, eu já presenciei essa cena, um usuário de uma comunidade de periferia que era o louco do bairro, ele entrou dentro do ônibus com o mesmo cartão que qualquer outra pessoa, passou o seu cartão, veio pro CAPS, depois foi embora pra sua casa, então, isso já é um elemento, muito pequeno, mas é um primeiro elemento talvez, que começa aí, de ele se reconhecer enquanto sujeito, enquanto cidadão, e depois aqui também, a possibilidade de participação, no momento que ele consegue produzir algo numa Oficina, no momento quando ele consegue, na clínica, se dar conta dos seus conflitos e ter mais qualidade de vida nas relações [...] (VIK, 24/3/2006).

Uma das entrevistadas fez destaque às formas de atuação que, na sua opinião, representam conquistas significativas e correspondem a práticas que favorecem o exercício da cidadania do portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Avanços, pra começar, acho que o grande avanço foi a Reforma Psiquiátrica, a construção do CAPS, dos CAPS, as portarias que fazem com que os hospitais psiquiátricos sejam substituídos por vários CAPS, esse foi o grande avanço em primeiro lugar, porque é o momento de tirada das pessoas desses castelos, dessas muralhas, não só porque ficaram ali presas, mas de todo aquele sofrimento mesmo, de miséria, enfim, como os últimos dos últimos, então, eu acho que esse é o primeiro ponto, é que os sofrendores de transtorno psíquicos e mentais não ficassem segregados, mas poder estarem sendo mostrados e expostos - uma parte da sociedade, são pessoas que podem transitar, que estão aí, não necessariamente precisam ser escondidos como uma vergonha; junto aos CAPS, isso não caminha sozinho, tem a construção as redes de atenção básica também; [...] mas quando fala em cidadania acho que tem três eixos: um é a construção do CAPS, de serviços como o CAPS, outro são as residências terapêuticas e o outro a economia solidária; hoje eu vejo como isso, assim, esses três projetos, que foram feitos com luta, porque a primeira luta foi dos hospitais, então, tem as portarias que substituiu os hospitais por CAPS, progressivamente, tem toda a luta do movimento antimanicomial, tem as leis que protegem, tem esses três eixos; residência terapêutica é um lugar de resgate à cidadania porque a pessoa vai poder estar numa casa, vai poder comprar um bombril pra limpar a panela, vai poder comprar tomate e batata, vai começar a transitar no meio de outras pessoas, com a vizinhança, a se autogerir, poder fazer escolhas para sua casa, onde ele quer botar um quadro, onde ele quer botar o guarda-roupa, sua roupa, com outros colegas, mas enfim...; tem também a economia solidária que é o momento de autogestão, de fazer escolhas também, de decidir sobre sua vida, em uma certa instância, porque em última instância, em última análise ninguém daqui decide sobre a sua vida, nem eu, nem tu, a gente já nasce num sistema que te absorve e a gente é o que em última análise o capitalismo quer que a gente seja mesmo, nossa roupinha, nossa comida, nosso padrão de beleza, tudo a gente faz como é vendido; eu acho que essas iniciativas, porque a economia solidária não é só cooperativa, não é só associação, não é somente, é uma outra forma de produzir trabalho e discutir sobre esse lucro, que antes estava na mão de algumas pessoas, então, é dividir, eu também decido sobre o que é o meu trabalho, eu não me alieno dele, mas eu sei onde é que vai o meu trabalho (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Fleury (2004, p. 4), os grupos excluídos estão, em geral, impossibilitados de participar das relações econômicas predominantes no mercado, como produtores e/ou consumidores, e das relações políticas vigentes, os direitos de cidadania. Segundo a autora, esta situação é agravada pela transformação das políticas públicas de proteção social, afastando-se de um modelo de seguridade social, que buscava assegurar coletivamente o mínimo vital para todos os cidadãos, em direção à individualização da pobreza e da exclusão.

Conforme aponta Pitta (2001), o homem moderno, acriticamente, persegue formas de inclusão social pelo trabalho, desconsiderando o fato do trabalho não ser nem

tão disponível nem tão flexível para suportar as diferentes demandas individuais e coletivas que a sociedade moderna impõe. Não obstante, a tradição asilar e assistencialista das instituições psiquiátricas, historicamente, caracterizou-se pela função de excluir os marginalizados, produtos das disfunções do modo de produção capitalista e da divisão social do trabalho. Em geral, a população internada, e muitos dos egressos de hospitais psiquiátricos atendidos nos CAPS, está cronificada, com poucas chances de retorno ao mundo do trabalho capitalista.

A fala relacionada a seguir traz a compressão e reflexão, do profissional entrevistado, com relação ao conceito de cidadania e as implicações práticas deste quando se tem como parâmetro uma concepção e um modelo de cidadania pautado na lógica da racionalidade.

Eu tenho visto que está se percebendo uma maior clareza da necessidade dessa cidadania do portador de transtorno mental, porém ainda falta um pouco mais de discussão em nome de que direitos o portador de transtorno mental tem pra fazer cidadania, porque é assim, a cidadania dentro desse modelo francês - igualdade, fraternidade, liberdade, ela exige muito a questão da razão, pra você exercer cidadania você tem que falar em nome da razão, e muitas vezes o usuário, quando está em crise acaba não falando numa razão, acaba falando uma desrazão, e aí como fazer? como dar conta disso? ainda não temos resposta, em nome de que cidadania é reinventada uma cidadania para os loucos, mas tudo bem, isso é pra gente pensar; então, o avanço que tem em relação a construção da cidadania é quanto mais ter associação de usuários em que se discuta cidadania, mais vai ter cidadania, que eu não acredito que os CAPS tenham trabalhado muito nessa lógica, porque acaba não discutindo a questão da cidadania, que cidadania é essa, o que se entende por cidadania, o que é o ser cidadão [...](GIRASSOL, 20/3/2006).

A cidadania integra as exigências de justiça e exercício democrático do poder; o sentimento de pertencer a uma comunidade e de estar integrado a uma dada coletividade social, em determinado espaço territorial (FLEURY, 2004). A idéia de direitos do cidadão – civis, políticos e sociais – remete a construção dos Estados nações, em que o princípio das nacionalidades precede o ideal filosófico cidadania universal. A cidadania, definida pelos princípios da democracia, constitui-se na criação de espaços sociais de luta (movimentos sociais) e na criação de instituições permanentes para a expressão política; significa, necessariamente, conquista e consolidação social e política (VIEIRA, 2002, p. 40). Ainda, a cidadania passiva, outorgada pelo Estado, se diferencia da cidadania ativa, na qual o cidadão, portador de direitos e deveres, é essencialmente criador de direitos para abrir novos espaços de participação política.

Diversos são os obstáculos para o exercício da cidadania do portador de transtorno mental entre estes a vinculação dos direitos a racionalidade instrumental-cognitiva da ciência; a vinculação da sua prática a inclusão controlada no mundo do trabalho, modelo este que, no caso brasileiro, é denominado por Santos (1979) de cidadania regulada. Vasconcelos (2000b, p. 191) indica que, para aqueles que assumiram a proposta da desinstitucionalização e reinvenção da cidadania no campo da saúde mental, há de considerar que estamos diante de um terreno de relações de forças complexo e paradoxal, em que a manutenção do caráter democrático nas relações exige abandonar esquemas conceituais lineares, onipotentes, que queiram garantir de antemão a sua eficácia.

Fleury (2004, p. 12), observa que “a mediação entre os indivíduos e o Estado, através da igualização realizada na cidadania só é efetiva, na medida em que a sociedade civil seja capaz de realizar as funções de agregação dos interesses, reconhecimento dos sujeitos e sua inserção na esfera pública. Só assim a cidadania deixa de ser um invólucro legal e passa a ser um exercício na vida social”. Portanto, uma visão mais ativa de cidadania requer um sentido de sociedade civil como uma esfera pública onde os cidadãos se encontram em reconhecimento mútuo, e isto faz possível a sociedade plural.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referiram que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental substitutivos ao modelo tradicional/asilar. As falas a seguir identificam estas dificuldades fazendo uma análise da questão na realidade da sociedade capitalista atual.

Tem o mito de louco, do louco perigoso, do louco imprevisível, é algo que pesa muito [...], que é a lógica do mercado; pra nós, basicamente, estar inserido na sociedade é estar trabalhando, a gente se pauta muito por isso, pra poder se considerar inserido, vinculado no mundo você tem que estar no mercado de trabalho e, muitas vezes, essa lógica enlouqueceu muita gente, e as pessoas não conseguem, principalmente os usuários dos serviços de saúde mental, os psicóticos em particular, tem muita dificuldade em entrar nessa lógica, e se submeter a ela, coisa que pra qualquer um tem um custo muito alto em termos de saúde, eu digo quem está inserido mesmo no mercado de trabalho, em termos de saúde, de relação com a sua família, com as pessoas que gosta, com os amigos etc., isso tem...; viver para o trabalho é algo que pra nós é insalubre de uma certa maneira, a gente não faz outra coisa a não ser trabalhar; então, pra essas pessoas que estão fora do mercado de trabalho

é muito complicado poder voltar, o que sobra é uma rede de assistência que na nossa realidade é sempre capenga, sempre parcial, tem dificuldade em aceitar o louco por conta desses mitos, e, também, da própria resistência do usuário, da pessoa com esse tipo de dificuldade de entrar nessa lógica, no que ele de uma certa maneira faz muito bem, algo que cria outros problemas pra ele (F, 12/4/2006).

São tantas, é assim, primeiro lugar, eu vejo assim, com todo o preconceito que tem da loucura, tem uma coisa no nosso sistema capitalista que é a questão da produção, produção de capital, produção de bens, e inserção no comércio, no mercado de trabalho, então, o portador de transtorno, sofrimento mental, ele a princípio, quando ele está nesse estado, ele não é produtivo, produtivo pra esse sistema capitalista, ele não trabalha, ele não consome muito, porque ele não vai ter dinheiro, portanto, isso de maneira geral, a gente sabe que as pessoas de posse, que a loucura, o sofrimento psíquico ele atravessa qualquer classe, mas 90% tem isso; então, a princípio existe a exclusão, já existe esse preconceito também, mas muito mais que isso, que a sociedade de fato ela é dividida entre os que produzem, os que fazem a engrenagem funcionar e os que estão a margem, então, o usuário é mais um que está a margem, assim como o menino de rua, os rapazes do morro, então, ele é mais um, também, que causa incomodo, e ele no Estado, das políticas públicas do Estado ele seria como só o gasto, não seria mais uma produção; além de ser uma sociedade racionalista que tem toda a sua formação no discurso, no discurso reto, no discurso racional, na fala, a fala racional, na linguagem articulada como o único meio privilegiado de comunicação, e o usuário, muitas vezes, não tem esse instrumento, por conta da sua fragmentação, da sua história, da sua medicação, da própria coisa do delírio, muitas vezes ele não tem o tempo todo essa fala coerente, esse discurso, dessa forma já faz com que ele não seja inserido, uma vez que ele é a minoria digamos assim (LÉLI, 4/4/2006).

Hoje, a gente fala muito em rede de atenção psicossocial; eu percebo que é uma rede que ela tem que estar instituída, que são locais de proteção para o portador de transtorno mental, são as certezas, são os caminhos certos que os usuários teriam, a rede; o problema a começar é que nós não temos essa rede instituída, entendo por rede: emergência psiquiátrica ou emergência em atenção psicossocial em hospital geral, CAPS III, CAPS II, CAPS criança e adolescente, CAPS álcool e droga, associação de usuários, escritório jurídico para amparar o direito do portador de transtorno mental, atenção primária em saúde mental, equipes volantes, centros de convivência, enfim, tudo o que preconiza a rede em atenção psicossocial, esse seria o primeiro passo; então, essa dificuldade, não temos a rede em atenção psicossocial, esse é um passo; segundo, o próprio imaginário social das pessoas em relação a loucura e ao louco, isso é uma outra dificuldade, que daí entra em cena o estigma e o preconceito, onde o portador de transtorno mental passa a não ter crédito na comunidade, e isso ainda é uma dificuldade; e, claro, depois tem toda a questão do trabalho, as cooperativas de trabalho, que ainda não se discute muito em Santa Catarina, não conheço nenhuma cooperativa social de trabalho para portadores de transtorno mental, que é uma forma de gerar trabalho diferente dessa preconizada pelo modo de produção capitalista, que você tem que produzir pra receber, isso é uma outra dificuldade, a dificuldade em cima da questão do trabalho, do emprego, que muitos acabam tendo seu reconhecimento, sua valorização em cima

do dinheiro que tem no bolso, o poder contratual que a pessoa possa ter, as vezes, na sociedade, é o quanto ela tem no bolso, e a maioria dos usuários não possui isso, e é aonde muitos acabam querendo se aposentar para poder ter o seu dinheiro, que não tem outra alternativa ou clareza do que fazer pra ter dinheiro, então, esse é um problema enorme na questão da reinserção social (GIRASSOL, 20/3/2006).

Os participantes da pesquisa apontaram que uma das possibilidades para a (re)inserção familiar e social pode ser a separação das oficinas produtivas da área física do CAPS. Esta proposta e os projetos de geração de renda via economia solidária foram apontadas por alguns dos entrevistados como uma das alternativas para a realização de uma maior integração do serviço com a comunidade, bem como a melhor adequação do próprio espaço físico do CAPS.

[...] a questão do projeto de geração de renda, que eu acho que de fato está faltando, inclusive a gente já está também se mobilizando pra tentar criar um projeto nesse sentido, porque os usuários aqui, nas oficinas terapêuticas produtivas, eles conseguem ter acesso ao material específico de cada oficina produtiva, também, a técnica de produzir o artesanato, mas não tem mercado; eles conseguem vender as peças, conseguem resgatar uma grana, mas não é suficiente pra poder manter ele, manter as condições de sobrevivência; então, precisa implantar essa geração de renda, de fato acho que vai dar um gás pra essa (re)inserção dos usuários que estão sendo tratados do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Já para uma das profissionais entrevistada as dificuldades na (re)inserção social estão mais relacionadas a questões de singularidades dos portadores de transtorno mental.

Eu acredito que volta de novo pro estigma, vai voltar pra própria incapacidade, pra própria dificuldade do usuário, do paciente; muitas vezes eles poderiam fazer algo muito mais do que fazem, e aí tem o medo, o medo deles, o medo de eles terem de enfrentar a própria doença, de eles terem que enfrentar os outros, e a hora que eles conseguem fazer esse movimento aí vem o medo do outro, aí é mais fácil ficar parado, aí volta pro comodismo, mas de alguma forma se a gente consegue..., aí não precisa de grandes movimentos, eu imagino que pequenos movimentos dentro da comunidade, que seja, alguém ir conversar com o diretor da escola, ir conversar, aí a diretora consegue conversar na sala, vamos supor que tem alguns pacientes, mais jovens, que pelo surto psicótico deixaram de ir e aí não retomam, não retomam porque tem medo, porque as vezes vão rir dele porque ele é louco; então, pequenas intervenções, elas tornam possível mudar um pouco essa inserção, essa reinserção, mas a gente esbarra de novo na falta de técnicos pra fazer isso e também acho que até por uma falta de equipe, aí volta pra equipe, entende, não tem uma equipe que pense isso em conjunto, que age em conjunto e aí como fica muito personalizado, individualizado os atendimentos, cada um vai pra..., eu vou pro meu consultório, outro vai pra oficina e aí não tem a equipe (J, 22/3/2006).

Outra entrevistada referiu-se ao estigma e preconceito existente por falta de conhecimento e divulgação, exposição, seja nas universidades ou por parte dos próprios serviços de atenção, sobre saúde mental.

Bom, eu acho que entre elas a questão do estigma, do preconceito, e não é um preconceito.... a gente sabe que tem riscos em algumas situações, a gente também as vezes tem medo de algum paciente, te dizem ah fulano matou três pessoas..., não é um preconceito que nasce do nada, muitas vezes é um preconceito que de alguma forma é compreensível, mas você não pode ah então ta...; eu acho que não existe muito, você não vê muito nos meios de comunicação uma campanha em torno da desestigmatização, você vê de outras coisas, com relação a aleitamento materno, outras questões da política de saúde; com relação a saúde mental eu acho que se fala pouco na sociedade, se discute pouco; por exemplo, na universidade, até não sei se lá na saúde pública o pessoal da saúde mental tem feito mais coisa, até os alunos que vem fazer residência aqui, a primeira reação deles é: a gente está aqui e tem medo, nem eles foram preparados pra isso, então, você começa a avaliar que tem uma falta..., não se fala muito no assunto, acho que assim, não se fala no assunto na sociedade; assim como se faz grupos de mulheres lá nos postos de saúde pra tratar de questões de sexualidade, muitas vezes faz sala de espera pra tarar de questões..., não se faz uma sala de espera pra falar de saúde mental; então, eu acho que talvez assim, a gente pensar, bom! nós estamos nisso (na saúde mental) e nós nunca fomos fazer uma sala de espera no posto de saúde da Agrônômica pra falar de saúde mental, pra falar do CAPS, quem sabe a gente também precisasse fazer algumas coisas assim, começar uma divulgação maior; acho que pouca gente de fora do serviço, fora das pessoas que trabalham na saúde mental sabem da política do Ministério pra saúde mental, que existe uma política de criação residências terapêuticas; eu li relatos de pessoas no Rio (RJ) que tiveram muita dificuldade de alugar pra se fazer uma residência terapêutica, num prédio então, quando ficaram sabendo que eram pessoas que vinham de hospital psiquiátrico ninguém quis; então é muito difícil, e ao mesmo tempo tem experiências positivas, tem pessoas que estão na residência e diz que a vizinhança viu que eles não são bichos, que eles podem interagir, podem estabelecer laços de vizinhança, então, tem algumas experiências boas e algumas experiências que são difíceis (P, 17/3/2006).

No contexto do estudo foi perguntado aos profissionais entrevistados se a atual organização dos serviços de saúde mental favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais. Conforme pode ser observado nas falas relacionadas, as opiniões foram divergentes. Dois deles observaram sobre a necessidade da existência de diversas instituições e serviços articulados e integrados à proposta da rede de saúde mental para que seja possível favorecer a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental

Embora a estrutura se localize no município, pelo menos eu estou pensando em termos de utilização da rede; então, a gente tem no Brasil inteiro muita diversidade, tem cidades onde a rede está montada, foi instituída e funciona legal, não é o caso de Florianópolis, a gente tem dá pra dizer poucos serviços, são só três CAPS que deveriam estar regionalizados ou territorializados, mas não estão, e tem algumas equipes de saúde mental nas Regionais, nas sedes das regionais, então, eu vejo assim, tem uma rede a ser constituída, ela precisa criar os mecanismos pra que a pessoa possa usar isso como rede, isso em termos de atenção à saúde, quando eu falo em rede eu também não estou pensando só em serviço de saúde, estou pensando que há uma possibilidade de a gente ter uma rede que inclua outros serviços, que não sejam só os de saúde, só os especializados, que eu acho que é a nossa necessidade, você incluir outras instituições, outros programas, enfim, que tenham vinculação com a cultura, com o trabalho, com a arte, produção do conhecimento, com as universidades por exemplo, as universidades são um campo excelente, seriam um campo excelente pra gente poder trocar um monte de coisas, pelos programas de extensão que eles tem, pelos projetos comunitários etc., a gente podia estar fazendo parceria com as universidades, mas não conseguimos, não sai, não rola; [...] a saúde mental eu acho que é o melhor exemplo desse distanciamento porque é difícil encontrar uma universidade onde a Reforma Psiquiátrica esteja incluída, ou mesmo os temas da reabilitação psicossocial estejam incluídos nos currículos dos cursos de saúde, é raríssimo (F, 12/4/2006).

Então, essa rede montada de forma territorializada, principalmente, eu acho que esse aspecto da territorialização é fundamental, é chave pra conseguir a reinserção social, não só por facilitar o acesso do usuário, mas pelo fato de o serviço estar ali no seu território, isso é fundamental, além disso, o projeto de geração de renda, as vagas, os leitos psiquiátricos no hospital geral, é todo esse contexto que precisa ser implantado para de fato poder facilitar o trabalho de cada instituição dessas, seja do CAPS, seja do projeto de geração de renda, ou do próprio hospital geral, como um todo, assim, essa engrenagem funcionando bem aí sim vai ser mais rápida a reinserção social do usuário portador de transtorno mental (VIK, 24/3/2006).

A partir das colocações dos participantes da pesquisa, destaca-se a importância da rede de serviços na construção da cidadania das pessoas atendidas pelas políticas de ativação, as quais, segundo Fleury (2004), tem como objetivo a inclusão social de conjuntos populacionais definidos a partir da territorialidade. Tal proposta pretende tratar o território como um componente, tanto material como simbólico, da esfera pública. Neste sentido, a construção da cidadania passa, necessariamente, pela reconstrução das cidades e potencialização da rede de serviços na valorização das características objetivas e subjetivas da demanda local.

Na seqüência, um dos entrevistados enfatiza que a forma como são pensados e estão organizados os serviços de atenção não favorece a construção da cidadania dos usuários.

Não, não favorece, porque, primeiro, os serviços de saúde mental estão sendo construídos pra quê? Não tem muito claro ainda pra quê que se tem atenção básica em saúde mental hoje, pra quê se constrói centro de convivência, pra quê tem o CAPS? acho que o objetivo do serviço parece não estar muito claro, talvez eu esteja enganado; veja bem, a atenção básica é mais no sentido pra estar discutindo os seus conflitos, minimizando os “sintomas psiquiátricos”, e aí acaba não tendo um trabalho de reflexão sobre o contexto que a pessoa está inserida; [...] a questão da cidadania tem a haver..., quanto mais articulada for a pessoa, quanto mais ela se envolver com as lutas sociais, mais cidadania ela vai exercer, quanto mais clareza, mas crítica, mais conhecimento ela vai ter, ela vai desenvolver cidadania; então, a forma hoje como os serviços estão organizados, ela acaba não favorecendo essa questão da construção da cidadania porque ainda vem de uma lógica de modelo centrado no transtorno mental (GIRASSOL, 20/3/2006).

Uma outra profissional considerou ser difícil avaliar a questão pelo fato de a rede de serviços não estar implantada por completo, e por não ter avaliações sistemáticas dos resultados.

Olha, eu não sei se a gente já tem condições de fazer uma avaliação, a rede está meio que andando [...] assim, qualquer coisa que eu vá dizer é, assim, referente uma experiência ou outra, não sei se a gente tem condições de fazer uma avaliação enquanto rede; por exemplo, eu vi muitas experiência positivas em cidades como Campinas (SP) que eles já tem há mais tempo, por exemplo, residências terapêuticas, tem desde o começo dos anos 1990, tem muitas experiências boas de pessoas que conseguem transitar na vida, tem gente que está trabalhando; [...] eu acho que a gente precisa além de ter a política, de ter a carta de intenções, a gente precisa ter avaliações também, eu acho que uma questão dessa eu sinto que precisa ter uma forma mais sistemática de avaliar, qualquer coisa é uma coisa mais ou menos um olhar particular pra aqui pra ali, acho que no todo a gente não tem (avaliação sistemática), pelo menos eu não conheço ainda, pode ser que estão fazendo e eu não saiba ainda (P, 17/3/2006).

Já para duas das entrevistadas, a atual organização da rede de serviços na política de saúde mental favorece sim a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental.

Sim, eu acredito que sim, na teoria ela é muito importante e acho que trabalhando em todas as instâncias, se a gente for pensar naqueles mapinhas, os ambulatórios, os CAPS, hospitais dia, a escola, e os centros comunitários, os postos de saúde, todos capacitados; eu acredito que sim, a rede ela é bem estruturada e ela possibilita aos portadores de doença

mental, enfim, terem uma reinserção melhor e maior na sociedade, e também de entendimento do que ele tem, do que ele pode fazer, quais são os recursos que ele tem também pra lidar, dentro dessa rede (J, 22/3/2006).

Acho que sim, favorece, se tu me perguntasse se ela resolve, eu diria que não claro, ou até que ponto ela resolve, mas favorece sim, eu acho que tem um favorecimento relacionado a forma que as pessoas eram tratadas, acho que favorece muito mais (LÉLI, 4/4/2006).

É possível perceber nas falas relacionadas acima a preocupação com a efetiva implantação da rede de serviços em saúde. As redes, conforme proposto na política de saúde mental, possuem muitos centros, muitos nós que as compõem e as tornam complexas e resistentes. Estão embasadas na noção de território, como um sistema de relações e estruturas, muito mais que um simples espaço geográfico. O fundamental neste processo é que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento.

Neste sentido, torna-se de fundamental importância refletir sobre o exercício da cidadania no contexto das políticas públicas, cada vez mais segmentadas e focalizadas. Para Fleury (2004, p. 2), “as políticas atuais de inserção buscam reafirmar a natureza contratual do elo social em novas bases, com a revalorização do local e comunitário e a transformação do Estado em um animador e mobilizador de recursos societários. Reduzido a mantenedor da estabilidade de uma ordem econômica que produz a fragmentação e a exclusão social, o Estado, busca atuar de maneira compensatória e focalizada, atendendo aos grupos mais vulneráveis e/ou potencialmente ameaçadores da ordem social, por meio da convocatória da solidariedade lançada aos diferentes setores inseridos na ordem econômica. No entanto, a incapacidade de alterar as condições estruturais de produção da exclusão mostra os limites das políticas de ativação, cuja promessa de inserção social carece de expectativas de emancipação dos sujeitos e coletividades beneficiários”.

3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica

Os CAPS compõem o rol de serviços do modelo psicossocial de atenção em saúde mental proposto na e pela Reforma Psiquiátrica. Perguntamos aos entrevistados qual seria o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica e obtivemos como

resposta que este teria a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos ideais da própria Reforma.

Eu acho que a função imediata ela é servir como um ponto de articulação, porque a gente consegue criar um ambiente que é relativamente protegido e que dá ao usuário as condições de ele poder participar de outros circuitos; fundamentalmente é essa a função, de articulação; eu lembro de uma discussão que a gente fazia, em Brasília, uma vez, sobre essa importância excessiva que os CAPS acabaram adquirindo, como quase que o central do sistema hoje é o CAPS, mas ao mesmo tempo a necessidade de se ter um espaço como esse, principalmente, pra quem está vindo de uma internação prolongada ou pra quem sempre passou a vida dentro de um hospital psiquiátrico, se tem que ter um pólo, uma instância articuladora pra poder fazer a passagem, porque o cara não vai sair do hospital e retomar sua vida imediatamente, não vai, ele tem uma série de dificuldades que ele não consegue vencer, e o CAPS, nesse sentido, a função seria essa, de poder..., tem uma expressão que eu acho interessante que é: emprestar poder de contratualidade, ou seja, poder dá um certo aval de que esse sujeito pode participar novamente ou pode participar pela primeira vez dos circuitos sociais, pode fazer laços com outras pessoas, com outras entidade, outras instituições, esse é o aval que eu acho que um CAPS pode fornecer e essa é sua principal função (F, 12/4/2006).

É pensar o CAPS como um espaço em que o paciente vai estar usando e tendo apoio para os momentos de crise, e fora os momentos de crise, também, que não seja hospital, e aí, dentro da Reforma eu acho que o CAPS ele é fundamental, assim como os hospitais dia, é que aqui em Florianópolis a gente não tem hospital dia, mas eu acho que os moldes do CAPS (eles estão) é muito próximos, as vezes até é difícil dizer o que é um o que é outro; esse momento de transição do hospital para a sociedade, nesse momento o CAPS é algo muito importante, ele dá, é capaz de conter, dar uma continência pra o usuário, isso a gente percebe mesmo quando não tem nada, o paciente já está muito bem, eles voltam quando estão em crise, sem ter nada marcado, e só de estar aqui pra muitos já é confortante, então, a gente percebe que essa continência, esse acolhimento, e saber que ninguém vai vir aqui e amarrar e conter, porque acho que esse é o medo, de todo mundo, acho que isso já possibilita a procura, eu estou mal vou lá, vou buscar a ajuda do CAPS (J, 22/3/2006).

Eu diria que o CAPS seria o pensador da estruturação da rede de saúde mental, que via de regra o CAPS acaba sendo pra municípios de médio porte o primeiro serviço a ser instituído no território, no município, aí o CAPS acaba assumindo essa responsabilidade, a portaria fala bem disso, a 336, do que compete ao CAPS, e tem vários itens lá, entre eles organizar a rede de saúde mental no município, porém, acaba sobrecarregando os profissionais de saúde mental que atuam nesse CAPS; então, a importância do CAPS na operacionalização da Reforma, ele é importante enquanto um dispositivo crítico, ou seja, se o CAPS não ter a clareza do que seja a Reforma Psiquiátrica ele não vai

operacionalizar, ele só vai operacionalizar a Reforma Psiquiátrica quando ele entender que Reforma Psiquiátrica é o processo social complexo que se configura pelas quatro dimensões, enquanto ele não repensar, refletir a sua prática, o que ele está fazendo, o que não está fazendo, ter mais autocrítica, ele não vai conseguir operacionalizar a Reforma Psiquiátrica; ele tem importância porque tem vários atores, vários profissionais, é um time de pessoas, muito rico, envolvidas que estão no CAPS; agora, enquanto não ter claro o que é Reforma Psiquiátrica, esse processo, não vai conseguir fazer nada; ele é importante, mas se não tiver clareza de Reforma... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Na medida que o CAPS é a primeira, digamos, unidade, primeiro serviço que se propõem a substituir o hospital psiquiátrico já existe nisso por si só a sua importância; é substituição e não que a pessoa não possa ser internada, mas a idéia é que seja nos hospitais gerais, em algum leito nos hospitais gerais, então, bom, o CAPS é o primeiro ponto, é o primeiro lugar onde a pessoa vai passar o dia, onde vai ser tratado de outra forma o seu sofrimento, então, a importância dele está nisso, na importância política e clínica também (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que o CAPS, fundamentalmente, ele faz a clínica; se tem essa rede montada o CAPS faz a clínica, ele faz o atendimento psicossocial do usuário portador de transtorno mental, ele atende as questões mais subjetivas, e de fato toda esse mix de previdência social, a medicação, o atendimento psicológico, atendimento de enfermagem, mas se existe essa rede montada e aí vamos ter um projeto de geração de renda, aí ele vai fazer geração de renda, todas as Oficinas vão acontecer ali e não dentro do CAPS, o CAPS deveria estar na comunidade ele deveria estar territorializado (VIK, 24/3/2006).

Acho que todo mundo gostaria que ele pudesse ser um eixo desencadeador de todos esses ideais da Reforma Psiquiátrica, que a partir disso se experimentasse uma nova relação, que o paciente pudesse estar se soltando mais pra vida, pra construir seus projetos, seus ideais; acho que é muito importante poder retirar pessoas que estão enclausuradas há anos, criar esses mecanismos como residências, etc. pra pessoas que não vão resgatar os vínculos familiares, tem que procurar outras alternativas; acho que o CAPS ainda é uma instituição que é fundamental nessa política, ainda acho que ela pode fazer um papel importante; no dia-a-dia é um pouco mais difícil porque as vezes a gente não tem tantos mecanismos de avaliações, muitas coisas que também a gente vai capengando; quando você vê algumas experiências de pessoas que estão conseguindo dar conta da sua vida, saem, aí você vê que, bom! tem algumas coisas boas que estão acontecendo, o CAPS também está contribuindo; então, no meio dos prós e dos contras eu acho que os prós ainda são maiores, eu acho que é muito mais humano, muito mais um fator de justiça social você ter um espaço assim do que você ter uma pessoa enclausurada no hospital (P, 17/3/2006).

Neste sentido, conforme inscrito na Política Nacional de Saúde Mental, os CAPS devem assumir seu papel estratégico na articulação e no “tecimento” das redes de atenção em saúde mental. Tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da

rede de serviços, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, ONGs, empresas etc. (BRASIL, 2004, p. 12)

3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde

A proposta do progressivo deslocamento dos centros de cuidados em saúde mental para fora do hospital psiquiátrico, em direção à comunidade, colocada na e pela Reforma psiquiátrica tem nos CAPS o dispositivo estratégico desse movimento. Neste sentido, a rede básica de saúde torna-se o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os portadores de transtorno mental.

Essa rede é formada pelos centros ou unidades locais e/ou regionais de saúde, Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, que atuam na comunidade de sua área de abrangência. Os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, pois tem um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Por sua proximidade com as famílias e comunidades, as equipes de atenção básica são um recurso fundamental para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso de substâncias psicoativas e diversas formas de sofrimento psíquico. Neste sentido, é importante e necessária a integração e articulação dos CAPS com a atenção básica. Assumir esse compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção da saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo (BRASIL, 2004).

As atuais diretrizes da política de saúde mental do Ministério da Saúde orientam que, onde houver cobertura do PSF, deverá haver uma equipe de apoio matricial em saúde mental para no mínimo seis e no máximo nove equipes de PSF. E, que as ações de saúde mental na atenção básica devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2004).

No que se refere à relação existente entre o CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município e qual o tipo de relação existente, os dados coletados na

pesquisa indicam que: a maioria (91,7%) respondeu que sim, com ressalva de que é muito pouco, funciona de maneira precária e confusa, e que está num processo preliminar ainda. O profissional que respondeu não, observou que a rede está em processo de formação. Os profissionais cujas respostas foram positivas identificaram que a relação é de encaminhamentos, atendimentos em conjunto com as equipes de saúde mental das Regionais de Saúde, ajuda em atendimentos nas unidades locais de saúde, com os agentes comunitários de saúde, de referência, de acompanhamento, visitas domiciliares, encontro mensal dos trabalhadores de saúde mental da rede e encontro mensal dos psiquiatras da rede.

Sobre a relação do CAPS com as equipes de PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência alguns entrevistados observaram que a relação é pouca ou mínima, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda²³. Foram apontadas como justificativas o fato de o CAPS Ponta do Coral não estar territorializado, deste ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta do município, e a ausência de um planejamento e de estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente.

O CAPS como ele é único, então, ele é de toda a região; então, eu poderia até estar te respondendo que a gente tem um Posto aqui de cima do CAPS, que é o Posto da Agrônômica, ali tem o Programa de Saúde da Família implantado, com a presença dos residentes do Programa Saúde da Família e o contato que eu tenho, ele é meu, não existe nenhum outro programa ou vamos dizer convênio do CAPS com a Agrônômica, é meu aqui, assim como talvez seja da psicóloga em outro momento quando há essa partilha de paciente quando faz parte dos dois, então, eu só sei do que eu tenho, mas é muito pouco, eu tenho contato com alguns residentes que atendem alguns pacientes daqui, e eles precisam de algumas dicas ou, enfim, de se interar do que acontece, e eu também preciso saber como é que anda o acompanhamento deles lá, e aí entra em contato, as vezes vem aqui ou eu vou lá, mas são essas formas isoladas e depende daquele momento e da necessidade daquele usuário, não é algo que seja programado, que seja antecipado, institucionalizado, no sentido de firmar essas relações de uma forma..., não há; e, assim, o contato é com os residentes, não tem o contato com quem realmente vai ficar, porque os residentes passam depois de dois anos, eu também não tenho contato de quem é o médico, quem é o enfermeiro do Programa Saúde da Família, quem é o agente comunitário que vai na casa desses usuários, isso não tem, acho isso muito ruim, é muito falho, embora, volta pra aquela questão da equipe, que as coisas não são compartilhadas, você nunca sabe direito, é muito fragmentado, o que já foi feito, o que não está sendo feito; também não é delegado a função à ninguém de fazer, não há um planejamento pra isso (J, 22/3/2006).

²³ Em estudo sobre o CAPS de Palhoça/SC, Franco (2005) encontrou situação semelhante na relação do CAPS com o PSF e demais serviços de atenção básica municipais.

É mínima, é mínimo o contato, assim, as vezes, quando a gente necessita a gente vai atrás, tenta achar alguém que se interessa, que tenha alguma afinidade com a saúde mental, as vezes um agente de saúde que consegue se aproximar mais daquele usuário que mora lá e que resolve dá uma força, mas é assim, depende de uma série de coisas, da disponibilidade pessoal, da sorte de encontrar alguém etc., quer dizer é falta mesmo da articulação em rede, porque se a gente tivesse essa articulação o PSF automaticamente já seria acionado, e a gente não tem isso; claro, quando a gente precisa a gente até encontra uma boa resposta das equipes do PSF, mas pode não encontrar, tem um risco[...] não, isso não existe (articulação institucional CAPS – PSF), isso tem que ser construído, tem que ser proposto (F, 12/4/2006).

A relação que o CAPS tem é principalmente pra acompanhamento, a relação é essa, relação de acompanhamento, as vezes precisa realizar alguma busca ativa e não temos a possibilidade no momento, então, tem essa relação, a relação que a gente tem é mais no sentido de acompanhamento do próprio usuário; o que seria ideal, seria um pouco mais de estreitamento, discutir junto com o Programa de Saúde da Família alguns casos, nós irmos aonde os agentes comunitários estão, discutir algumas situações e isso não tem acontecido ainda; com essa lógica aí das regionalizações tem essa possibilidade; então, hoje existe uma relação, só que uma relação muito esporádica de situações isoladas e que precisa ser superada; o maior problema que existe é devido ao CAPS não ser territorializado, o CAPS II Ponta do Coral ele tem que atender uma demanda muito grande, basta ver o IBGE hoje, tem 400 e poucas mil pessoas em Florianópolis, então, é um CAPS II pra atender toda a demanda adulta do município, talvez o ideal seria um CAPS I em cada região, nas cinco regionais, e transformar esse CAPS num CAPS III no caso, e aí repensar depois toda a rede; então, a relação, ela se compromete com o Programa Saúde da Família devido a não territorialização do CAPS Ponta do Coral, a relação que existe é a relação de acompanhamentos isolados (GIRASSOL, 20/3/2006).

É uma relação ainda muito inicial ainda, um pouco precária; com os agentes comunitários a gente tem mais proximidade, no momento da visita domiciliar e no momento de fazer o resgate dos usuários que abandonaram, por algum motivo, o atendimento, mas acho que a relação poderia ser melhorada se o CAPS fosse territorializado, como a gente está aqui, é no centro pra todo o município, fica muito difícil, então, a nossa relação é muito mais com as referências regionais de saúde mental da atenção básica do que com as próprias equipes de PSF das unidades locais de saúde (VIK, 24/3/2006).

É isso que eu falei, essa perspectiva da regionalização que começou aqui visava uma maior articulação com a rede; eu acho que isso é um projeto que está ainda meio que na sua infância, ele está começando e, assim, o que eu te falei, a gente precisa sair mais daqui, no Norte (Regional Norte) a gente vai tentar essa experiência agora (realizar as reuniões da regional nos postos de saúde) de contato e incluir, por exemplo, os agentes comunitários nos processos de reunião com os pacientes daqui, tentar ver se eles podem estar acompanhando o paciente lá; tem uma paciente que está aqui que a gente esteve lá no Posto do Saco Grande pedindo pra equipe assumir alguns cuidados com essa paciente, eles se

dispuseram, mas assim, por enquanto ta muito mais alguma iniciativa aqui, ali, do que um processo mais amplo, não sei assim como isso vai caminhar com a história de já ter, por exemplo, profissionais regionalizados, isso também vai poder ser incrementado, esse é um desejo que eu tenho (P, 17/3/2006).

É muito pequena, muito, muito, muito, muito; eu não sei nem te dizer, em uma escala de um a dez acho que fica em dois, está muito pequena, está muito além do que poderia ser, eu acho que talvez com a implantação agora dos serviços na rede, nós temos em cada Regional um psiquiatra, dois psicólogos, uma média assim, está existindo mais aproximação, mas do CAPS não, muito pouco, muito pouco. [...] quando tu pergunta, hoje, qual é a relação do CAPS? eu não posso te mentir, pra mim é quase zero (LÉLI, 4/4/2006).

Buscando explorar as informações sobre a relação do CAPS com a rede municipal de serviços de saúde, perguntamos aos profissionais se o serviço realiza algum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. A maioria deles (75%) respondeu que não, dois referiram não saber responder e um respondeu que sim. Dentre os que responderam que não, um justificou que o CAPS não tem estrutura para atender mais esta demanda. Dois dos profissionais entrevistados disseram estar pensando neste tipo de trabalho. Um deles falou sobre a existência de um projeto, conforme relatado na fala que segue.

[...] a gente tem um projeto aqui que é de formação de acompanhantes terapêuticos, e no ano passado a gente formalizou esse projeto e mandamos pro Ministério da Saúde, ele foi aprovado e até hoje estamos esperando a liberação de dinheiro, mas enfim, o projeto foi aprovado, e a idéia era justamente transformar o agente comunitário de saúde num acompanhante terapêutico, e aí a gente faria a formação, uma capacitação, um curso de capacitação aqui, e depois faria o segmento com supervisões regulares, é uma forma de dar formação em saúde mental pra atenção básica e manter essa que é uma função do CAPS de dar supervisão e a formação mesmo pra esse nível da atenção; [...] a gente está esperando o dinheiro do Ministério da Saúde, ta lá pendurado, a gente olha o nome do projeto na internet, está lá, mas não tem nem empenho ainda, significa que não tem dinheiro destinado (F, 12/4/2006).

Para que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas na atenção básica é fundamental a capacitação destas equipes. A orientação é que as equipes de saúde mental de apoio á atenção básica incorporem ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. Conforme aparece na fala do profissional, são previstos recursos para o financiamento deste tipo de ações, embora, muitas vezes, a dependência de orçamento, a morosidade burocrática e/ou

ausência de decisão política, que justificam a longa demora, acabam por desestimular, dificultar, inviabilizar as iniciativas dos profissionais.

Repetidamente, temos ressaltado neste trabalho que os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico para a organização da rede de atenção em saúde mental, conforme é indicado nas diretrizes políticas da Reforma Psiquiátrica. Nesta direção, questionamos os técnicos da equipe do CAPS Ponta do Coral sobre qual o lugar que o serviço ocupa na rede municipal de atenção em saúde, em Florianópolis. As falas transcritas na seqüência destacam o fato deste não estar territorializado e, portanto, não se constituir no serviço regulador da porta de entrada para o atendimento em saúde mental. As equipes de saúde mental nas referências das Regionais de Saúde é que, atualmente, constituem-se no serviço primeiro de atenção em saúde mental. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhados pessoas com transtorno mental grave.

Seria esse serviço que articula, que regulamenta; não necessariamente ele é uma porta aberta que entra qualquer um; eu acho que ele pode até ser a articulação e a regulação, pode ser feita até capacitações nas equipes locais de unidades básicas, que a partir daí você vai poder em um caso de uma ansiedade ou uma briga com o namorado, “eu tomei 4 aspirinas”, não vai chegar aqui no CAPS; vai chegar aqui no CAPS realmente aquilo que for um caso mais grave, e só há possibilidade de isso acontecer a partir do momento em que as unidades locais estejam todas capacitadas e entendendo, até porque assim diminui o trânsito desse paciente; vamos supor: ele sai de uma cidade, vem pra Florianópolis, daí diz: onde é que eu vou num psiquiatra? Ah! vai lá no CAPS, aí alguém fala: mas tem que passar no clínico antes, aí passa no clínico, aí o clínico encaminha pro psiquiatra, daí ele não sabe onde vai procurar o psiquiátrica - vem pro CAPS, não vem pro CAPS, aí vem pro CAPS, mas é que na verdade ele toma fluoxetina há 2 anos, está em tratamento de manutenção porque ele tem um quadro de depressão recorrente, não é caso CAPS, então, isso já poderia ter sido triado lá no começo, o paciente já poderia estar tendo as consultas desde o início, todas acertadas, sem precisar ficar correndo de um lado pro outro [...]; então, eu acho que ele tem esse papel, tem essa função de regular, de saber o que está acontecendo no hospital, na Colônia, e ter esse contato, uma ligação sempre com a Colônia, e com os Postos de saúde [...]. (hoje, o CAPS faz isso?) algumas coisas, bem isoladas, de novo, é meio como um apaga fogueira; por exemplo, hoje, a gente foi fazer uma visita domiciliar lá no Saco Grande (bairro de Florianópolis) porque o paciente estava em tratamento psiquiátrico particular e parou de tomar o remédio, e aí a gente foi lá, só que o paciente não queria falar com a gente, mas, assim, eu chego lá, converso com a equipe que está lá naquele local e muitas vezes é só a psicóloga; também tem um certo descaso, no sentido de que ah! agora eu não posso falar, porque não percebe que conversando sobre aquele caso vai possibilitar que isso seja ampliado pra outros casos, pensam-se saídas semelhantes pra outro momentos, mas, assim, acaba virando um apaga fogo, e toda hora você tem que ir

apagar um fogo; então, existe um pouco, mas não de uma forma bem usada (J, 22/3/2006).

É atenção secundária como se diz; ele regula e não regula; [...] tudo vai passar muito pela clareza que os profissionais que estão na saúde mental tem em relação a própria epistemologia, tem em relação a própria política, tem em relação a própria noção de SUS, a própria noção de controle social, a própria noção dos princípios do SUS; então, tudo vai passar por isso, porque que eu estou dizendo isso, o CAPS é uma atenção secundária como a gente chama, eu acho ainda que o atendimento mais complexo, o atendimento terciário, deveria ser no território, acho que centrar as forças no território [...]; então, [...] a atenção básica é onde deveria regular isso, a regulação dessa entrada nesse sistema de saúde mental, nessa rede de saúde mental ela teria que ser prioritariamente atenção primária em saúde; então, as vezes, por necessidades especiais, por situações específicas, a pessoa acaba vindo direto pra cá, direto pro CAPS e aqui a gente atende, e, as vezes, essa pessoa não é indicada pra estar no CAPS, aí volta pra atenção básica, então, tem essa dificuldade, ou seja, o lugar que o CAPS ocupa na rede municipal de atenção em saúde é uma atenção secundária à pessoa com transtorno mental grave, já avaliada pela atenção primária em saúde, aquela pessoa que corre risco de suicídio, que acaba prejudicando a vida de outras pessoas, que está muito mal, nesse sentido (GIRASSOL, 20/3/2006).

Regulador da porta de entrada: não; como não é territorializado, a gente tem esse problema de ser serviço de referência pra onde vem os pacientes já encaminhados, ele passou pela porta de entrada do sistema lá no Posto, ele vem encaminhado pra cá ou através dos hospitais psiquiátricos, que é também uma outra forma de encaminhamento, mas a gente não faz a regulação da entrada; hoje, também, como tem equipes mínimas de saúde mental nas regionais, elas também funcionam muito mais como a reguladora do que nós; a porta de entrada é pelas equipes de saúde mental das regionais (F, 12/4/2006).

Eu acho que são várias coisas, por ser o único CAPS, pela rede não estar estruturada ainda, e pelas pessoas não conhecerem o serviço da rede, existe uma mistura, assim, o que é pra ir lá pro psiquiatra do Sul (regional de saúde), o que é pra vir pro CAPS; qual é o papel do CAPS, é a não internação, mas não tem CAPS III, então, a noite o cara não tem pra onde ir, na verdade, o CAPS ele é um espaço que regula a entrada do usuário sim, num primeiro momento sim, porque todos os que foram para a atenção básica muitos foram daqui, muito mais que a procura de fora daqui, primeiro eles vem pra cá, depois eles vão pra lá, agora o processo até está sendo inverso, já estão procurando a atenção básica porque eles já estão conhecendo, mas antes era daqui pra atenção básica, e é o único espaço, programa que acolhe o usuário psicótico, com transtornos mentais graves, porque a rede básica, ela não atende, se o cara tem um surto psicótico, está com qualquer surto, que está mal, ou ele tem um embotamento, ele não fala, está na família há anos, está lá segregado, está lá no quatinho dos fundos, não é caso de atenção básica é caso CAPS, então, ele é o único serviço de Florianópolis que se propõem a atender o usuário, o portador de sofrimento psíquico fora de hospital (LÉLI, 4/4/2006).

Ele é o primeiro serviço de saúde mental do município, primeiro serviço estruturado, credenciado no Ministério da Saúde, eu penso que ele tem um papel importante, ele serve como uma referência de atendimento em saúde mental a usuários portadores de transtornos mentais; dentro da rede, hoje, a gente tem as referências regionais de atenção em saúde mental na atenção básica, nas ULS, que são as unidades locais de saúde, então o CAPS serve como referência de atendimento a usuários com transtornos mentais graves do município de Florianópolis, é pra isso, essa é a função (VIK, 24/3/2006).

Pelas falas dos profissionais evidencia-se que Florianópolis não tem uma política municipal de saúde mental estruturada. A rede de serviços está em processo de formação e implementação. As ações ainda são muito isoladas e fragmentadas, sem uma direção comum. É notório que um único CAPS para atender a totalidade da demanda adulta do município é insuficiente. As possibilidades de atuação do serviço na prevenção e promoção da saúde mental, na capacitação e supervisão das equipes de atenção básica ficam, assim, prejudicadas e/ou inviabilizadas.

No processo de operacionalização da Reforma Psiquiátrica, conforme as orientações da Política Nacional de Saúde Mental e as propostas aprovadas na III CNSM, é necessário que os gestores estaduais e municipais estabeleçam mecanismos efetivos para o controle das internações psiquiátricas. De acordo com a Portaria GM/MS n ° 336/02, os CAPS devem possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou modulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local (BRASIL, 2002a). Com base nisto, perguntamos aos entrevistados se o CAPS tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Eles referiram que não, contudo, divergiram sobre como o serviço fica sabendo quando ocorre internação de seus usuários.

Não tem. A gente fica sabendo quando a família comunica ou quando é usuário de atenção intensiva, ou ele fez uma crise ou ele desapareceu do serviço, aí pela falta mesmo, pela ausência que ele provoca a gente vai atrás e fica sabendo que ele foi internado, mas a gente não tem instrumentos de controle sobre isso; a gente faz, no momento da internação, a gente procura manter pelo menos uma visita da equipe da Regional pra não perder o vínculo etc., mas nada formalizado, assim, no momento que aparece, que a gente fica sabendo; geralmente, a gente sabe, hoje é relativamente fácil, não acontece daquilo... fulano desapareceu e de repente aparece ele dois meses depois aqui novamente..., sai da internação ontem e tal, isso não acontece mais, geralmente a gente consegue ficar sabendo (F, 12/4/2006).

Não. Na realidade a família leva pra internar e pronto, as vezes comunica, as vezes a gente fica sabendo quando a gente vai fazer uma visita lá, muitas vezes a gente nem sabe que o paciente ficou internado, a não ser quando a gente liga, e aí o que está acontecendo, não está vindo, mas ele foi internado; então, não há esse controle e também quando é internado lá, dificilmente, alguém entra em contato, nunca vi, entra em contato olha fulano de tal está internado aqui com a gente, não tem essa comunicação (J, 22/3/2006).

Em relação ao controle das internações psiquiátricas, oficial e formal, nós não temos; estou falando enquanto profissional que atende uma determinada regional de saúde, isso nós não temos; o que poderia ser feito: um maior estreitamento com o “manicômio”, com o IPQ ou o São José (hospitais psiquiátricos), que quando internasse pessoas lá teria esse contato aqui, pra gente já ir conversando, já acompanhando juntamente com a equipe do hospital psiquiátrico essa pessoa, porque final de semana ou depois das 18 horas o serviço não atende, as vezes as pessoas entram em crise e a gente não tem como acompanhar isso, não tem como saber; o acompanhamento que tem é, as vezes, os familiares nos avisam que a pessoa está internada, quando a gente acompanha essa pessoa e fica sabendo que ela acabou internando; então, não tem uma política mais estreita de acompanhamento de internação psiquiátrica, isso não tem. (GIRASSOL, 20/3/2006).

Da área de abrangência seria toda a cidade, isso não, mas dos usuários aqui sim, atendidos aqui sim; [...] geralmente, assim, quando o usuário está iniciando um surto a gente tenta fazer o atendimento pra prevenir a internação, pra evitar de fato a internação psiquiátrica, só que nós estamos aqui até as 6 horas da tarde e não estamos final de semana, então, a gente não está nem a noite nem final de semana, e aí acontece de a família internar, isso acontece pouco, muito pouco, e quando acontece a gente faz o atendimento no próprio hospital, a gente vai até lá faz o atendimento, mas é pouco assim, agora da cidade como o todo a gente não tem (VIK, 24/3/2006).

O controle ele tem pelo prontuário, não poderia te dizer que tem um controle do ponto vista de uma escala, ah anualmente quanto a gente tinha e quantos foram internados, [...] o usuário se ele foi internado a gente não soube, se está internado, aí ele aparece aqui depois da internação, um mês ou dois meses, a gente tem escrito no prontuário, esse é digamos o que a gente fica sabendo (LÉLI, 4/4/2006).

Não, eu digo por nós, eu acho que, as vezes, a gente... ah o paciente foi internado, como acontece de a gente saber, e as vezes a gente vai lá fazer uma visita, as vezes tem a questão do carro (o CAPS tem um carro a disposição somente um dia por semana), e a gente fica...; sempre que acontece e tal, as vezes, a gente nem fica sabendo, quando vê o paciente já está de volta, as vezes acontece essa situação; eu fui tentar fazer um pequeno levantamento pra fazer essa avaliação e percebi que a gente não tem registro de quantos dias o paciente ficou internado, se ele ficou internado quantas vezes durante o tempo que está em tratamento aqui, falta um registro melhor e um acompanhamento melhor dos técnicos; (como ficam sabendo da internação) as vezes o paciente volta já depois, as vezes a família liga avisando, [...] o hospital não me lembro se eles ligaram, só se precisar de alguma coisa, em geral, eles não ligam; então,

assim, o paciente saiu aí eles trazem de novo aquele encaminhamento, ou ele vem pra cá porque, normalmente, ele já estava aqui, mas assim, a gente tenta ao máximo que ele não precise ser internado, essa política existe, segurar a crise (P, 17/3/2006).

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que a internação e a reinternação psiquiátrica deverão ocorrer após avaliação da equipe técnica de saúde mental dos serviços substitutivos, devendo ser estabelecidas formas de controle único para a emissão de AIH, assegurando que todas as internações necessárias sejam autorizadas pelo serviço público, preferencialmente de base territorial (BRASIL, 2002a).

Conforme pode ser observado nas falas dos participantes da pesquisa, a insuficiência do CAPS em exercer o controle das internações referente a sua clientela e a demanda no município refere-se ao fato de o serviço não estar territorializado, sendo inviável cumprir com tal exigência no âmbito da totalidade de uma população de aproximadamente quatrocentos mil habitantes, distribuídos numa área geográfica de 436,5 Km². Com a implantação das equipes de saúde mental nas Regionais de Saúde, estas passam a ser as responsáveis pela regulação da porta de entrada no sistema de atendimento. O CAPS II Ponta do Coral passa a ser a referência para onde são encaminhadas pessoas com transtornos mentais graves, egressos de hospitais psiquiátricos, internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). A falta de controle das internações psiquiátricas é uma realidade também de outros centros de atenção psicossocial, conforme verificado por Franco (2005), em seu estudo sobre o CAPS do município vizinho de Palhoça/SC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha deste tema de pesquisa está relacionada à minha trajetória de estudos no Curso de Graduação em Serviço Social e à minha inserção como pesquisadora no Núcleo de Estudos e Pesquisas Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas (NESPP) do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. A esta trajetória soma-se a experiência de Estágio Curricular em Serviço Social, realizada no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis, em 2003, da qual resultou o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Programa Alta Progressiva: uma contribuição para o processo de reabilitação psicossocial no HCTP de Florianópolis”. Com o referido Estágio foi possível vivenciar o contato direto com a realidade de algumas instituições como hospitais psiquiátricos e centros de atenção psicossocial da rede municipal e estadual de serviços de atenção em saúde mental, fato este que estimulou a busca de novos conhecimentos e o desejo de atuação profissional na área. A continuidade dos estudos foi possibilitada por meio da entrada como mestranda no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da mesma universidade. Sendo assim, o trabalho que apresentado nesta dissertação tem estreita relação com meu percurso profissional e meu desejo pessoal.

Conforme destacamos no decorrer do estudo, a reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

A implantação de uma nova política de atenção, com as implicações socioculturais da proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira passa pela necessidade de articulação intersetorial e por ações que contribuam para alterar as representações sociais sobre a loucura e os direitos dos portadores de transtornos mentais. A transformação do modelo assistencial e de um conceito teórico em diretrizes operacionais é um processo complexo e depende de vários fatores para que se mantenha a direcionalidade pretendida pelos diferentes atores sociais, participantes do jogo social.

Especificamente, no caso do CAPS estudado, as dificuldades de concretização dessa nova lógica de atenção em saúde mental perpassam e se inter-relacionam nos diferentes eixos que compuseram a presente pesquisa.

No que se refere a estrutura física, os profissionais indicam que o CAPS conta com espaço e equipamentos adequados às necessidades do serviço. Entre os anos de 2003 a 2004, o CAPS passou por uma reforma em suas instalações, ficando estas, adequadas aos objetivos da unidade. As condições poderiam ser melhores se as oficinas produtivas fossem realizadas em outro local, pois além de favorecer a utilização do espaço hoje ocupado para outras atividades, possibilitaria a inserção dos usuários em outro ambiente, favorecendo-lhes sua sociabilidade.

Em relação aos materiais de consumo, os problemas vão desde a ausência total de objetos e utilidades básicas à manutenção do serviço até o recorrente atraso no repasse dos materiais necessários às oficinas terapêuticas e de produtividade. As oficinas ficam prejudicadas e até mesmo paralisadas por conta das faltas de recursos e dificuldades de gestão adequada do serviço. Esta situação coloca em prejuízo o projeto terapêutico de tratamento dos usuários e a eficácia e efetividade dos propósitos da nova política de atenção em saúde mental.

No campo da gestão do CAPS, apesar da histórica escassez de recursos destinados à saúde, foram evidenciadas situações problemáticas, principalmente no processo de descentralização político-administrativa, que poderiam ser melhoradas a partir dos recursos existentes. De acordo com os resultados da pesquisa, 50% do grupo de técnicos afirmam que existe planejamento e avaliação das ações. Alguns deles observam estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação, objetiva e sistemática, dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declaram não existir processo de planejamento e avaliação das ações, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

Sobre este aspecto, cabe destacar que as técnicas disponíveis na área de planejamento e avaliação de serviços de saúde têm mostrado bons resultados quando aliadas à vontade política de mudar a situação. Apesar dos dados demonstrarem uma divisão entre os técnicos no que se refere a afirmação sobre a existência de planejamento e avaliação, destacamos que as poucas ações que acontecem giram em torno das atividades que são e aquelas que poderão ser realizadas, e na discussão sobre as dificuldades cotidianas do trabalho na unidade. As avaliações são informais, realizadas na reunião

mensal da equipe técnica e nas reuniões clínicas semanais, sendo notório a ausência de um processo de planejamento estratégico, sistemático e contínuo do projeto terapêutico do CAPS, bem como, de avaliação de indicadores.

Com relação aos recursos financeiros, os resultados da pesquisa apontam para o que já vem sendo denunciado por autores como Amarante (2003; 2005): o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. O pagamento pelo sistema de procedimentos realizados, por meio das APACs, condiciona a existência de recursos à produtividade do serviço. Quando os CAPS não estão articulados com outras políticas sociais necessárias à sobrevivência do usuário e a adesão dele ao projeto de vida que o serviço deve-lhe oferecer, a tendência é fracassar.

Para que a pessoa possa freqüentar o CAPS ela precisa de condições materiais e psicossociais básicas, como moradia, transporte, alimentação, auto-estima, estímulo, desejo, etc.. Quando o usuário não desfruta de tais condições as chances dele se vincular ao projeto terapêutico são menores e, conseqüentemente, sem a participação ativa dos usuários o CAPS não terá produtividade. Ainda, nem todas as ações realizadas no CAPS constam na tabela de procedimentos pagos pelo atual sistema do SUS, dificultando as atividades de ressocialização que envolvem trabalhos na comunidade e na sociedade.

Os profissionais afirmam que os usuários participam do planejamento das atividades do CAPS. Referem que isso acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Neste caso, foi possível perceber que a participação dos usuários em geral diz respeito mais a questões cotidianas do funcionamento do serviço. A associação participa diretamente da comercialização dos produtos confeccionados nas oficinas e na realização de alguns convênios com entidades da área da cultura, lazer, ensino, etc. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada, que abarque as especificidades da área da saúde mental e envolva os usuários, os familiares e os técnicos como sujeitos partícipes do processo de gestão do serviço.

No eixo recursos humanos e projeto terapêutico existem contradições explícitas e implícitas que perpassam o discurso e as práticas dos técnicos que prestam assistência aos usuários do serviço. Eles reconhecem e destacam a relevância do trabalho em equipe, argumentam que este traz a possibilidade de trocas entre as várias áreas do conhecimento e a conseqüente oferta de um atendimento multidimensional. Contudo, relatam dificuldades

na realização deste trabalho, devido a uma suposta diferença de formação profissional e de concepção, com relação ao que sejam os objetivos do CAPS e da Reforma Psiquiátrica. Indicam existir interdisciplinaridade no atendimento ao usuário, no entanto, percebeu-se que a concepção de interdisciplinaridade aparece muito mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade, estando ainda distante dos ideais da intertransdisciplinaridade.

Sendo assim, cabe destacar que sem a devida clareza e consciência do que exatamente deve mudar corre-se o risco de que, fundamentalmente, se modifiquem os espaços de realização do tratamento, transferindo-se e conservando-se as práticas de exclusão e discriminação. É preciso se ter em conta que toda dimensão técnica tem também uma dimensão política. Dessa forma, faz-se necessário questionar-se sobre o que se pretende com o “fazer” nos novos serviços de atenção à saúde mental e que valores estão presentes nas ações executadas. O usuário precisa ser percebido como sujeito do processo saúde-enfermidade, e não como objeto e instrumento do exercício das relações de poder disciplinar.

Com relação ao eixo participação do usuário e da família no tratamento, os participantes da pesquisa identificam dificuldades em realizar o atendimento familiar no CAPS. Os profissionais relacionam como justificativas, a falta de técnicos qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades da equipe. Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que seja o transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, também foram relatados pelos entrevistados. Entre os obstáculos para a (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e o estigma da loucura ainda presentes no imaginário social das pessoas.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacam o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário. Neste aspecto queremos destacar a necessidade de se reconhecer, no processo de implantação da Reforma e da política de saúde mental, um projeto ético-político social, capaz de reavaliar, substancialmente, o conceito tradicional de

“doença/saúde mental” e, conseqüentemente, a forma de como lidar as diferenças em sociedade.

No eixo (re)inserção social procuramos identificar se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas à desinstitucionalização e à reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referem que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras. A maioria deles afirma que não existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer.

Tais dados nos remetem ao questionamento sobre como a Reforma Psiquiátrica, em sua aplicação prática, apresenta certa inércia política. Existe uma lacuna entre o referencial teórico do novo modelo de atenção e as práticas que se efetivam no cotidiano dos serviços. Com isso, queremos chamar a atenção para a necessidade urgente de se construírem ações de atenção que favoreçam o conhecimento de si, reforcem a autonomia, o cuidado de si e a emancipação do sofredor psíquico.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referem que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental. A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos profissionais como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista político-jurídica dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico. Na visão dos participantes da pesquisa, o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica relaciona-se a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos pressupostos da própria Reforma. Não obstante, destacamos aqui a necessidade de se refletir sobre o descompasso entre a vitória no campo jurídico, o novo discurso da Reforma Psiquiátrica e um fazer prático que parecem ainda negar a emancipação do portador de transtorno mental.

No eixo integração do CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município, os dados coletados na pesquisa indicam que a relação existente é pouca, funciona de maneira precária e confusa, e que ainda está num processo preliminar. A articulação com as equipes de PSF e PACS também é insuficiente, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda. A unidade não realiza nenhum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. Apenas dois profissionais referiram estar pensando neste tipo de trabalho.

Foram apontadas como justificativas para esta situação o fato do CAPS não estar territorializado, de ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta de todo o município, e a ausência de um planejamento e estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhadas pessoas com transtorno mental grave. E, segundo os entrevistados, não tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Neste aspecto, vê-se a urgência na redefinição da abordagem em saúde mental, fazendo-se necessário a construção de estratégias de atenção integral, dentro dos princípios do SUS, que envolvam o portador de transtorno mental como cidadão, a família, o Estado e a sociedade.

De acordo com os profissionais existem diferenças no atendimento prestado no e pelo CAPS em relação aos hospitais psiquiátricos. Eles se referem às diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência do discurso médico psiquiátrico do hospital, e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e as necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial, em contraposição ao tratamento igual para todos das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Por fim, os dados coletados na presente pesquisa indicam que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes, prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a relação eficácia/efetividade dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Concluimos, com este estudo, que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é ainda um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológica, técnico-assistencial, político-jurídico e sócio-cultural.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____, P. (coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995a.

_____, P.. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. vol.11, no.3, jul./set. 1995b, p.491-494. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 14/09/2005.

_____, P. A (clínica) e a Reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. pp. 45-65.

_____, P. **A epistemologia e a Clínica da Reforma**. Conferência proferida no IV Encontro Catarinense de Saúde Mental. Florianópolis, 30 de junho a 2 de julho de 2005. (anotações manuscritas).

BASAGLIA F. (coord.) **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 3ª ed. Tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002a, 213 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em Saúde Mental 1990-2002**. 3ª ed. revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAPS II PONTA DO CORAL. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. **Projeto Terapêutico**. Florianópolis, 2004.

CORREIA, M. V.C..Que controle social na política de Assistência Social? **Revista Serviço Social & Sociedade**. N. 72. São Paulo: Cortez, nov. 2002, pp. 119-144.

COSTA, R. C. R. da.. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia e Política** Nº 18: 49-71 JUN. 2002

COSTA –ROSA, A. da; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. p. 13-44.

COSTA-ROSA, A. da.. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asialr. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. p. 141-168.

CHIZZOTTI, A.. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R.. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

DESVIAT, M.. **A Reforma Psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental**. In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

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

FLEURY, S.. **Espaço, território e cidadania**: a cidade dos cidadãos. Trabalho apresentado no VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra (16,17,18 de setembro), 2004. Disponível em: <www.ces.uc.pt/LAB2004>. Acessado em 20 de fevereiro de 2006.

_____, S.. (org.). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989.

FREIRE, F. H. M. de A.; UGÁ, M.A.D.; AMARANTE, P. Os centros de atenção psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

FRANCO, S. de O.. **Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de caso**. 2005. 110f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Florianópolis, 2005. 110f.

FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial**. Percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004.

GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E.. **A pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, R.. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M.. **Microfísica do poder**. Trad. de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graaal, 1979.

MINAYO, M. C. de S.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC; ABRASCO, 1994.

MIOTO, R.C.T.. Família e saúde mental: contribuições para reflexão sobre os processos familiares. **Revista Katalysis**. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico. Departamento de Serviço Social. N.2 Florianópolis: Editora da UFSC, 1998.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental: em busca da articulação e qualificação das ações em saúde**. Monografia

(Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Latu Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

OLIVEIRA, W. F.; DORNELES, P.. Patrimônio e ambiente da loucura: a formação do profissional de saúde mental e o dialogo com a vida da cidade. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

PITTTA A.. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje. In: PITTA. A.(org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral**: desvelando sua significação. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

_____. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

ROSA, L.C.dos S.. Os saberes construídos sobre a família na área da saúde mental. **Revista Serviço Social & Sociedade**. N° 71. Ano XXIII. São Paulo: Cortez, set de 2002, pp. 138-164.

_____. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, F., et. al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SANTOS, W.G.. **Cidadania e Justiça**. Rio de Janeiro: Editora Campos, 1979.

SARACENO, B.. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SOUZA, W. da S.. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. jul./ago. 2001, vol.17, no.4

p.933-939. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 19/10/2005.

SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Teses em Enfermagem, 42).

STUANI, D.. **Projeto de Estágio**. (Projeto de Estágio Curricular apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina). Florianópolis, 2005. texto digit.

TENÓRIO, F. G. (org.). **Gestão de ONGs**: principais funções gerenciais. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

TORRE, E.H. G; AMARANTE, P.. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. [online]. 2001, vol.6, no.1 [citado 05 Dezembro 2005], p.73-85. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br> >. ISSN 1413-8123.

TRIVIÑOS, A.N. S.. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. (org.). **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000a.

_____, E. M. Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000b. p. 169-194.

VIEIRA, L. **Cidadania e globalização**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Formulário a ser aplicado a todos os profissionais da equipe do CAPS.

Identificação

Nome:

Apelido:

Formação:

Ano:

Capacitação específica na área: Sim Não

Nível: residência especialização mestrado doutorado

Tempo de serviço na instituição:

Tipo de vínculo empregatício: Servidor público concursado contrato temporário

Outro. Especifique _____

Regime de trabalho: _____ (horas semanais)

Tempo de atuação na área:

Experiência de atuação profissional em outra instituição: Sim Não

Qual:

Tempo:

Principais perguntas

- 1) A área física do Caps é suficiente para o atendimento da demanda? Sim Não
- 2) As instalações são adequadas para a realização das atividades propostas? Sim Não
- 3) Os equipamentos disponíveis são suficientes? Sim Não
- 4) Estão em bom estado de utilização? Sim Não
- 5) Os materiais disponíveis são suficientes? Sim Não
- 6) Existem dificuldades na realização das atividades do Caps Sim Não. Em caso de resposta afirmativa, especifique as cinco principais? _____

- 7) O trabalho é realizado em equipe? () Sim () Não.
- 8) Existe algum tipo de supervisão de equipe ou outro recurso para acompanhar e discutir as questões do trabalho em equipe? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual?

- 9) Participa ou já participou de capacitação específica para atuar no Caps? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual? _____
- 10) Durante o tempo em que está trabalhando na instituição houve algum treinamento ou capacitação? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quando? _____(ano). De quantas horas? _____. Organizado por quem? _____
- 11) Na sua opinião, existe interdisciplinaridade no trabalho no Caps? () Sim () Não
- 12) Você conhece a política de saúde mental? () Sim () Não.
- 13) No Caps, existe disponibilidade de material didático e documentos sobre a política de saúde mental? () Sim () Não.
- 14) Existe planejamento e avaliação das ações do Caps? () Sim () Não
- 15) Existe projeto terapêutico de trabalho da instituição? () Sim () Não. Em caso afirmativo, foi planejado em equipe? () Sim () Não.
- 16) O serviço adota projeto terapêutico individualizado? () Sim () Não.
- 17) O usuário participa do planejamento do seu tratamento? () Sim () Não.
- 18) Existe atendimento familiar? () Sim () Não.
- 19) Existem ações intersetoriais do Caps e outras instituições que envolvam: educação, trabalho, esporte, cultura e lazer? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quais?

- 20) Existe relação do Caps com a rede básica de saúde municipal? () Sim () Não.
Que tipo? _____
- 21) O Caps realiza algum trabalho de educação permanente (capacitação e supervisão) sobre saúde mental em cooperação com as equipes de atenção básica? () Sim () Não.
Que tipo? _____

Outras observações:

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Entrevista a ser realizada com os profissionais da equipe do CAPS, segundo o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de nível superior entre as existentes na unidade. Em caso de mais de um profissional na área será realizado sorteio.

Identificação

Nome:

Apelido:

Temas e principais perguntas

1 Estrutura e recursos financeiros

- 1) Qual conhecimento possui sobre o repasse dos recursos financeiros para o Caps?
- 2) Conhece a forma de financiamento do serviço? O que você acha?
- 3) Como são administrados os recursos repassados? Existe planejamento?
- 4) Na sua opinião, a descentralização administrativa dos recursos possibilita o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do Caps? Quais as vantagens e desvantagens identifica?
- 5) Na sua opinião, os recursos repassados (gerados pelo serviço) são suficientes para realizar as atividades do Caps? Em caso de resposta negativa, quais atividades ficam prejudicadas e/ou poderiam ser realizadas se houvessem recursos?
- 6) Existem dificuldades no funcionamento do Caps com relação a falta de recursos financeiros? Quais identifica?

2 Recursos humanos e projeto terapêutico

- 1) Quais dificuldades identifica no trabalho em equipe no Caps?
- 2) Na sua opinião, quais vantagens o trabalho em equipe possibilita?
- 3) Considera importante a capacitação específica em saúde mental para atuar no Caps? Fale sobre.

- 4) Na sua opinião, qual a importância da interdisciplinaridade no atendimento ao usuário de saúde mental?
- 5) Considera importante conhecer sobre a política de saúde mental, seus princípios, sua estrutura e organização para o trabalho do Caps?
- 6) Como acontece o planejamento e a avaliação das ações do Caps?
- 7) Na sua opinião, em relação ao atendimento nas instituições tradicionais/asilares (hospitais psiquiátricos), como é o atendimento ao usuário no Caps?

3 Participação do usuário e da família no tratamento

- 1) Como é pensado o projeto terapêutico de tratamento do usuário?
- 2) Como o usuário participa do planejamento do seu tratamento?
- 3) Quais as formas criadas para oportunizar a participação do usuário no planejamento do seu tratamento?
- 4) A família participa do tratamento? Em caso de resposta afirmativa, de que forma? Em caso de resposta negativa, por quê?
- 5) Quais as formas criadas para oportunizar a participação da família no tratamento?
- 6) Quais dificuldades identifica com relação a realização do atendimento familiar?
- 7) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção familiar do portador de transtornos mentais?
- 8) Qual o papel dos usuários (ou da associação de usuários e familiares) no planejamento das ações do Caps?
- 9) Na sua opinião, qual a importância das associações de usuários e familiares para o tratamento do portador de transtornos mentais e para os serviços de saúde mental?

4 Inserção social

- 1) Na sua opinião, as práticas assistenciais realizadas no Caps encaminham-se na direção da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial?
- 2) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção social do portador de transtornos mentais?
- 3) Quais avanços e conquistas identifica com relação a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais?
- 4) Na sua opinião, o atendimento no Caps possibilita ao usuário a construção da sua autonomia? Como?

- 5) Na sua opinião, a organização atual dos serviços de saúde mental (da política de saúde mental) favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais? Qual a importância do caps nesse contexto?

5 Integração com a rede municipal de assistência em saúde

- 1) Qual a relação do Caps com a(s) equipe(s) de Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência?
- 2) O Caps tem controle das internações psiquiátricas no seu território? Em caso afirmativo, como ocorre este controle?
- 3) Na sua opinião, qual o lugar que o Caps ocupa na rede de atenção em saúde? Constitui-se no serviço que regula a porta de entrada para o atendimento em saúde mental?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este instrumento tem a intenção de obter o seu consentimento por escrito para participar do estudo “A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis”, durante o período de 01 a 31 de março de 2006, com o intuito de contribuir para o levantamento de dados para a elaboração do referido trabalho.

O estudo tem como objetivo geral analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Ao propormos a presente pesquisa esperamos contribuir com a produção de conhecimentos e saberes sobre as novas práticas de atenção e cuidado ao portador de transtornos mentais.

Os relatos obtidos serão confidenciais e, portanto, não será utilizado o nome dos participantes em nenhum momento, garantindo sempre o sigilo da pesquisa e os preceitos éticos da profissão. Os depoimentos serão referenciados pelo apelido a ser escolhido pelo próprio entrevistado

Certa de sua colaboração, agradeço sua disponibilidade em participar do estudo.

Eu _____,
consinto em participar desta pesquisa, desde que respeitadas as respectivas proposições contidas neste termo.

Florianópolis, março de 2006.

Assinatura do entrevistado.

ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

FERNANDA SCALZAVARA

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Serviço Social** - Área de concentração: Serviço Social, Direitos Humanos e Questão Social.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ivete Simionatto.

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de **Mestre em Serviço Social**, e aprovada na sua forma final, em 31/7/2006, atendendo as normas vigentes no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e na Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof^a Dr^a Catarina Maria Schmickler
Coordenadora do PPGSS/UFSC

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Ivete Simionatto, Dr^a.
Departamento de Serviço Social/UFSC
Presidente

Prof^o Walter Ferreira de Oliveira, Ph.D.
Departamento de Saúde Pública/UFSC
Membro

Prof^o Jonas Salomão Spricigo, Dr.
Departamento de Enfermagem/UFSC
Membro

Prof^o Mário Teixeira, Dr.
Departamento de Clínica Médica/UFSC
Membro Suplente

*Aos profissionais e aos usuários do CAPS
Ponta do Coral de Florianópolis.*

AGRADECIMENTOS

Desejo expressar meus sinceros agradecimentos aos profissionais do CAPS Ponta do Coral, pela receptividade, atenção, acolhimento e colaboração na fase mais importante desta pesquisa, assim como pela consideração ao meu trabalho profissional. Também, aos usuários desta unidade de serviço, pela forma carinhosa e acolhedora com que sempre me receberam.

À professora Ivete Simionatto por ter aceitado a orientação do trabalho; agradeço a oportunidade de poder ter desenvolvido a pesquisa de meu interesse e desejo profissional.

Aos professores Jonas Spricigo e Mário Teixeira pela atenção, disponibilidade e colaboração, essenciais na definição e elaboração do projeto de dissertação. Igualmente, ao professor Walter Ferreira de Oliveira pelas considerações e contribuições no exame de qualificação.

À sempre Mestre, amiga e professora Iliane Kohler, pela relação de ensino-aprendizado humana, saudável, mantida no decorrer de toda a minha vida acadêmica; pelas ajudas concretas nos momentos de dificuldades, pelos conselhos, orientações e *encaminhamentos* necessários nos instantes, nas horas, nas fases de incerteza, insegurança, angústia, desespero.

Aos profissionais Mara Regina de Oliveira e Antônio Heinzen Filho, pelo suporte terapêutico necessário nos últimos anos da minha vida; especialmente por terem me ajudado a transformar as dificuldades, os obstáculos, as conquistas cotidianas no *Mestrado da Vida*.

Às profissionais e amigas Maria Sirene Cordioli e Maria Inês Bernardino, pela relação profissional responsável, ética, competente, que me impulsionou para os estudos na área da saúde mental; pela amizade acolhedora, carinhosa, fraterna, pelas comemorações e pelos momentos de descontração.

Aos meus pais e à minha família, base dos meus valores ético-morais.

Às minhas amigas e aos meus amigos, que de perto ou de longe, acompanham minha trajetória, acreditam e torcem por mim.

Formalmente, agradeço as instituições públicas CAPES e UFSC, através dos programas PROF e PGSS, pelo financiamento da bolsa que permitiu a dedicação profissional integral para a realização deste trabalho.

RESUMO

O presente trabalho tem como objeto de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. Constitui-se como objetivo geral da presente pesquisa analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Os procedimentos metodológicos da pesquisa constaram de: pesquisa empírica na coleta das informações, através de entrevistas semi-estruturadas, gravadas, realizadas com um profissional de cada área de formação de nível superior, dentre as existentes no CAPS, e aplicação de formulário, com questões fechadas, a todos os profissionais que compõem a equipe. As informações coletadas foram sistematizadas e organizadas em itens correspondentes aos eixos que nortearam a coleta dos dados, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde. A análise final foi realizada com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os resultados obtidos nos permitem concluir que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a efetividade e eficácia dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial. De maneira geral, podemos afirmar que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológico, técnico assistencial, político-jurídico, social cultural.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, política de saúde mental, serviços substitutivos.

ABSTRACT

The objective of present work is to study the operationalization of the Psychiatric Reformation in the city of Florianopolis, Brazil, based on one specific institutional model - the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral. The general objective of the present research is to analyze the institutional reality at the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral, Florianopolis, related to the operational process of mental health politics, based on the requirements of the Brazilian Psychiatric Reformation. The research methodological procedures have consisted of: empirical research and data collection, through semi-structured interviews, recorded, realized under the presence and supervision of a professional of each field, plus de existing data from the CAPS, and filled application, with closed questions, to all the professionals who compose the team. The data colleted was systematized and organized in items and events that are surrounded the data collection, which are: financial structure and resources, human resources and therapeutic project, participation of the user and the family in the treatment, social insertion, and integration of the service with the municipal network of assistance in health. The final analysis was based on theoretical production on mental health and the Psychiatric Reformation. The results allowed us to conclude that in scope of management of CAPS, the limited number of studies and the difficulties to transfer and administer them harmed the functioning of the service. The contributing factors were lack of strategic planning and systematic evaluation of actions. The difficulties associated with teamwork compromised the effectiveness and efficacy of the objectives. The absence of a municipal network dedicated to structure and articulate mental health appears as an obstacle to the practice of desinstitutionalization and psychosocial rehabilitation. In general, we can affirm that the changes in the assistance model, directed for Psychiatric Reformation is one of the challenges to the concretization to mental health politics in a new interaction between society and people with psychological illnesses. The operationalizational political difficulties of mental health go through different fronts of performance which constitute the complexity of social processes associated with Reformation in its different dimensions. These dimensions are: theoretic-epistemological, technical assistance, politic-legal and socio-cultural.

Keywords: Psychiatric Reformation, mental health politics, substitute services.

LISTA DE SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
APAC - Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CPASM - Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental
CMS – Conselho Municipal de Saúde
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FNS – Fundo Nacional de Saúde
INAMPS – Instituto Nacional de Aposentadorias e Pensões
IPQ – Instituto de Psiquiatria Catarinense
MS – Ministério da Saúde
MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS – Organização Mundial para a Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF - Programa de Saúde da Família
RP – Reforma Psiquiátrica
SIH - Sistema de Informação Hospitalar
SAI – Sistema de Informação Ambulatorial
SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
SUS – Sistema Único de Saúde
TR – Terapeuta de Referência
ULS – Unidade Local de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Procedimentos metodológicos	18
2 REFORMA PSIQUIÁTRICA	222
2.1 O Modo Psicossocial	26
2.1.2 Atenção Psicossocial.....	28
2.2 Desinstitucionalização	30
2.3 Reabilitação psicossocial	32
3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA	344
3.1 Estrutura e recursos financeiros	344
3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico	45
3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental	46
3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário	51
3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações.....	59
3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento.....	65
3.3 Participação do usuário e da família no tratamento	69
3.3.1 Planejamento terapêutico individual.....	70
3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral.....	72
3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares	81
3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia.....	88
3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental.....	96
3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica	106
3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde...	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
REFERÊNCIAS.....	125
APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS.....	130
ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica.....	136

1 INTRODUÇÃO

O processo de mobilização, organização e luta pela Reforma Psiquiátrica brasileira origina-se no contexto dos movimentos sociais, no período de redemocratização do país (décadas de 1970/1980), e tem como base os pressupostos da Reforma Sanitária brasileira e da Psiquiatria Democrática italiana. Tal movimento esteve direcionado no sentido da crítica e desconstrução gradativa da assistência existente, embasada no saber psiquiátrico, que justificava as práticas decorrentes do modelo asilar e, ao mesmo tempo, buscava a construção de propostas de superação deste modelo.

Os anos de luta pela transformação do modelo assistencial tradicional (asilar), centrado na internação hospitalar, culminaram com a criação e regulamentação de leis e portarias relativas à implantação de uma rede de serviços substitutivos a este. A partir da década de 1990 um conjunto de leis, portarias, decretos, resoluções define novas exigências em relação à assistência psiquiátrica prestada aos portadores de transtorno mental¹, incluindo a adequação das condições físicas das instituições de atendimento, a existência de projeto terapêutico, equipe multidisciplinar e outros dispositivos que garantam maior qualidade assistencial.

A Reforma Psiquiátrica é um processo em construção, que envolve tanto a sociedade civil, através dos diferentes os movimentos sociais, os profissionais, os usuários, bem como os órgãos gestores das políticas públicas. Estes são os responsáveis pela operacionalização das ações com relação a mudança de paradigma e prática em saúde mental. Nessa trajetória, aos profissionais cabe exercer o papel de sujeitos e críticos do processo de implantação da Reforma Psiquiátrica; aos gestores da política de saúde compete a decisão política com vistas a assegurar as condições técnicas para a implementação e operacionalização dos serviços de atenção; aos movimentos sociais fica a luta política pela construção social de um outro sentido para lidar com a "loucura" e com o "louco", a partir de uma transformação na relação sociedade/loucura.

¹ Cabe destacar que a expressão “portador de transtorno mental” é adotada neste estudo por acreditar-se que a palavra portador traz em si um caráter mutante. Ou seja, secundariza o transtorno mental e resgata o sujeito envolvido na condição de enfermo, como um ser dinâmico. Por sua vez, o termo transtorno mental traz um caráter psicossociológico, dinâmico, mutável, diferente do termo doença mental, muito embora não seja menos controvertido do que este último (ROSA, 2003, pp. 37-38). E, também, por ser “portador de transtorno mental” a expressão utilizada na linguagem técnica constante na política de saúde mental do Ministério da Saúde.

No curso das transformações operadas na e pela Reforma Psiquiátrica destacamos como marco significativo recente a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM)². Em seu documento conclusivo reafirma-se que as políticas de saúde mental devem respeitar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das leis Federal e estaduais, priorizando a construção da rede de atenção integral em saúde mental. Tais políticas devem ter como pressupostos básicos a inclusão social e a reabilitação psicossocial, estar integradas com outras políticas sociais, como educação, trabalho, lazer, cultura, esporte e habilitação profissional, visando garantir o exercício pleno da cidadania (BRASIL, 2002a).

O mesmo documento ressalta que a reorientação do modelo assistencial deve estar direcionada para concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e de promoção da saúde. Nesse sentido, é fundamental que as novas modalidades assistenciais desenvolvam práticas pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a auto-estima, a autonomia e a cidadania, buscando superar a relação de tutela e reprodução da institucionalização e/ou cronificação (BRASIL, 2002a).

A mudança do modelo assistencial é um dos desafios da Reforma Psiquiátrica. Busca-se, no âmbito da gestão pública, a construção de um novo pacto para transferir os recursos aplicados no modelo hospitalar para uma assistência comunitária. Entretanto, a mudança da lógica de atenção em saúde mental requer, também, uma mudança de paradigma. No bojo dos novos dispositivos de cuidado necessariamente deve estar uma nova ética do cuidar, baseada na premissa básica da autonomia possível e dos direitos humanos dos portadores de sofrimento psíquico. Isso significa considerar que as possibilidades de novas práticas terapêuticas devem caminhar ao lado da preocupação com a mudança das representações simbólicas do “louco” na sociedade, e com a produção de outros saberes.

Na atualidade, todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, bem como a literatura da área, referem-se a desconstrução como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade das ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Tal proposição tem como base a

² Realizada em Brasília, de 11 a 15 de dezembro de 2001. A I Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em 1987 e a II em 1992.

incapacidade da psiquiatria em explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (TORRE; AMARANTE, 2001).

O modelo manicomial tem seu fundamento na noção de que a experiência de sofrimento psíquico diversa (delírio, alucinação) é sinônima de erro. Um dos aspectos mais importantes no processo de transformação radical deste é a superação do conceito de doença. Conforme apontam Torre e Amarante (2001, p.73-85), “não se trata, obviamente, de negar a diversidade da experiência do delírio ou da alucinação, mas de não utilizar o conceito de doença (igual a erro) na relação com o sujeito”. Nesta direção, Rotelli (1990) propõe, no lugar do objeto “doença mental”, o objeto “existência-sofrimento” do sujeito em sua relação com o corpo social.

Segundo Costa-Rosa (et. al., 2003, p. 28), “ao se buscar a superação do saber psiquiátrico, sobretudo do paradigma doença-cura, procurou-se romper com práticas identificadas com o modelo clínico, por considerá-las ineficazes, segregadoras”. Busca-se no modo psicossocial estabelecer-se “a construção de uma relação de contrato com o sujeito que substitua a relação de tutela instaurada pela psiquiatria” (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 73-85). Como oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar surge, no contexto da Reforma Psiquiátrica, a atenção psicossocial como paradigma do modo psicossocial.

A origem das práticas de atenção psicossocial, como designação de experiências significativas no contexto da saúde mental, está relacionada às contribuições das diferentes experiências históricas de reforma, que incluem as Comunidades Terapêuticas e a Antipsiquiatria, na Inglaterra, a Psicoterapia Institucional, na França, a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, nos Estados Unidos e a Psiquiatria Democrática, na Itália³. No caso brasileiro somam-se as contribuições das políticas públicas e das experiências locais pioneiras dos centros e núcleos de atenção psicossocial, em Santos, São Paulo.

O modelo psicossocial vem ganhando elementos tanto em termos teórico e técnico quanto ideológicos e éticos, aptos a constituírem um novo paradigma para as práticas em saúde mental, capaz de substituir o paradigma psiquiátrico que ainda é dominante. Costa-Rosa (et al., 2003, p.31), observa que de modo geral os elementos teóricos subjacentes a essas experiências passam principalmente pelas idéias sociológicas e psicológicas, pelo materialismo histórico, pela psicanálise e pela filosofia da diferença. Nesse sentido, é importante indicar que o lugar social da saúde mental é um lugar de

³ Estudos sobre estas experiências encontram-se em DESVIAT (1999); ROTELLI (2001).

conflito, confronto e contradição. Entender a saúde mental dessa forma implica em reconhecê-la como expressão e resultante de relações e situações sociais concretas. “Por qualquer perspectiva que se olhe, tratar-se-á sempre de um eterno confronto: pulsações de vida/pulsações mortíferas; inclusão/exclusão; tolerância/intolerância” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p. 29).

A operacionalização da Reforma Psiquiátrica, através da implantação da rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, territorializados e integrados à rede de saúde, tem sido uma construção lenta e difícil, perpassada por interesses políticos e econômicos. Muitas vezes são privilegiados procedimentos técnico-burocráticos, assistenciais, em prejuízo de um serviço que tenha como foco o tratamento da pessoa humana na sua dimensão integral. Por outras, a Reforma Psiquiátrica é entendida como sinônimo de reestruturação de serviços; introdução ou modernização de novas tecnologias de tratamento e cuidado; promulgação de uma nova legislação. Em geral, os problemas passam pela tendência de tornar a Reforma a implantação de centros de atenção psicossocial, de forma a banalizar o serviço, fazendo com que estes sejam uma extensão do hospital psiquiátrico (AMARANTE, 2005).

Não obstante, a transformação do modelo de atenção tradicional requer a construção de uma rede de atendimento ampla, com serviços diversificados e complementares, substitutivos das práticas asilares. O modelo substitutivo não significa alternativo, paralelo, complementar ou intermediário do sistema tradicional. Trata-se de um serviço forte, que comporta uma estrutura complexa em que o sentido das práticas deve ser alterado do “eixo da clínica” para o “eixo da cidadania”. Isso significa olhar para a pessoa-sujeito e não unicamente para a doença (AMARANTE, 2005).

Pensar a mudança do paradigma teórico-conceitual clássico significa provocar uma transformação na cultura da forma tradicional de ver e lidar com a loucura, buscar a construção de um outro lugar social para a loucura e a doença mental, a partir de uma transformação das relações sociedade-loucura/doença mental.

Nesse processo, os centros de atenção psicossocial (CAPS) constituem-se no “braço” do modelo psicossocial. Tornam-se serviços privilegiados para o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial e dispositivos estratégicos para a mudança da atenção em saúde mental.

De acordo com as normatizações do Ministério da Saúde, são atribuições dos CAPS: organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; prestar atendimento em regime de atenção diária; oferecer cuidado clínico eficiente e personalizado; realizar a

dispensação de medicamentos; acompanhar usuários que moram em residências terapêuticas; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, assessorando o trabalho dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território ou área de abrangência (BRASIL, 2004).

No sentido de favorecer o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, bem como estimular a mudança da lógica de ver e lidar com a “doença” e o “doente mental”, o direcionamento da Política Nacional de Saúde Mental preconiza que os projetos terapêuticos dos CAPS podem ultrapassar a estrutura física da unidade, em busca da rede de suporte social comunitária. O atendimento prestado deve ser através de projeto terapêutico individualizado, construído conjuntamente com o usuário. A preocupação principal não deve ser o estabelecimento de um diagnóstico clínico, mas sim o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2004).

Com base no exposto, a presente dissertação de mestrado tem como recorte de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - O Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. A escolha deste CAPS deve-se ao fato de ser este um serviço público de atendimento diário a portadores de transtornos mentais adultos, único nesta modalidade no município. A população de Florianópolis conta com outros dois centros de atenção psicossocial, um para atendimento de crianças e adolescentes (CAPSi) e outro para atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (CAPSad).

O CAPS Ponta do Coral constitui-se no principal serviço de atendimento extra-hospitalar na realidade local, desempenhando um papel central na assistência a portadores de transtornos mentais graves. A rede municipal de atenção em saúde mental é incipiente, com poucos recursos e o CAPS enfrenta diversas dificuldades na realização de suas atividades, concentrando uma demanda de atendimento superior a sua capacidade.

Destacamos a relevância deste estudo na medida em que está em curso no país uma reforma nos serviços de assistência em saúde mental, em que a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos pelo cuidado comunitário/ambulatorial tem sido a

diretriz básica para a reorganização da política de saúde mental, desde o nível federal aos níveis estadual e municipal.

A reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

O processo de reestruturação dos serviços de saúde mental está baseado na organização de uma rede comunitária de cuidados. Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esportes etc), culturais, religiosos e de lazer são convocados para potencializar as equipes de saúde na tarefa de realizar ações de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004).

Fazem parte desta rede de serviços de saúde mental os centros de atenção psicossocial, os núcleos de atenção psicossocial (NAPS), os serviços residenciais terapêuticos (SRTs), os hospitais gerais, os centros locais de saúde, as equipes de saúde da família e agente comunitários de saúde, entre outros. Particularmente, neste trabalho, nos interessamos por estudar os CAPS por estes assumirem um papel central na organização da rede, constituindo-se em serviços de atenção que “almejam à outra lógica, outra fundamentação teórica-técnica e outra ética, que não mais a do paradigma psiquiátrico” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.19).

Os CAPS foram criados para serem substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos, oferecendo atendimento em saúde mental à população de sua área de abrangência. São atendidas pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, incluindo aquelas que apresentam transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e crianças e adolescentes. As práticas realizadas neste tipo de serviço devem caracterizar-se por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro, na comunidade.

Oficialmente os CAPS foram instituídos pela Portaria GM/MS N°224/1992 e definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam uma população adscrita definida pelo nível local e oferecem atendimento de cuidados intermediários entre

o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (BRASIL, 2002b).

Atualmente, os CAPS são regulamentados pela Portaria GM/MS N° 336/2002 e integram a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta portaria estabelece critérios de porte/complexidade e abrangência populacional aos CAPS, classificando-os nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad⁴. A classificação dos diversos tipos de CAPS difere, basicamente, quanto ao tamanho da população pela qual se responsabilizam e quanto ao regime de funcionamento.

Os profissionais que trabalham nos CAPS integram uma equipe multiprofissional. São técnicos de nível superior e nível médio, de diferentes áreas de formação. Os profissionais de nível superior são médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física entre outros necessários para as atividades oferecidas, de acordo com o projeto terapêutico do CAPS. Os profissionais de nível médio podem ser técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores, artesãos, profissionais de limpeza e cozinha (BRASIL, 2004).

As equipes técnicas possuem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. Cabe aos profissionais a tarefa de organizar-se para realizar o acolhimento dos usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, realizar as atividades de reabilitação psicossocial, equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas.

Ao considerarmos as práticas em saúde mental de um centro de atenção psicossocial nosso objeto de estudo estamos entendemos que é a partir delas que a mudança de paradigma se torna possível, haja vista que a estruturação de uma rede de

⁴ O CAPS I tem capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e deve funcionar das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira; o CAPS II atende municípios com população entre 70.000 e 200.000, deve funcionar das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas; o CAPS III atende municípios com população acima de 200.000 habitantes, funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana. Já os CAPSi e os CAPSad possuem características diferenciadas dos demais. O CAPSi é referência para municípios com população acima de 200.000 habitantes e constitui-se em um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período até 21 horas. Os CAPSad destinam-se a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. É indicado em municípios com população acima de 100.000 habitantes, funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas (BRASIL, 2002b).

novos serviços de saúde mental não constitui por si só uma ruptura com o paradigma das práticas asilares, da segregação e da tutela do portador de transtorno mental. Contudo, sabemos que analisar uma realidade institucional é uma tarefa difícil, principalmente quando nos propomos olhar esta realidade em movimento, permeada de contradições e como fruto de um processo sócio-histórico.

Nesse sentido, elegemos como sujeitos informantes os profissionais que atuam no Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, por entendermos que a eles cabe a tarefa de realizar as atividades institucionais cotidianas. Esses profissionais integram uma equipe multiprofissional e assumem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. A nosso ver, constituem-se atores sociais centrais no processo de implementação e operacionalização da Reforma Psiquiátrica na realidade local.

Com isso queremos destacar que os profissionais de saúde mental exercem um papel relevante para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, seja como partícipes dos movimentos sociais, como gestores da política de saúde mental e/ou como trabalhadores (técnicos) nos serviços de assistência. Particularmente, aos profissionais dos CAPS cabe o compromisso de operacionalizar a mudança da lógica da assistência, na medida que estão atuando em um serviço considerado um dispositivo estratégico da rede de assistência em saúde mental. Esses profissionais estão diretamente ligados aos usuários do serviço e a implementação da política de saúde mental, função que os coloca na linha de frente de um cenário novo que vem passando por formulações e reformulações nos campos “político-jurídico, técnico-assistencial, epistemológico e sociocultural” (AMARANTE, 2003).

Torna-se pertinente ressaltar que o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) teve forte influência nos avanços ocorridos na mudança da assistência psiquiátrica. Constituído inicialmente de técnicos de saúde mental buscava a melhoria da assistência psiquiátrica e denunciava a situação precária dos manicômios. O MTSM posicionou-se em relação à assistência prestada, politizou a questão da Reforma, construiu uma linha de pensamento crítica no campo da saúde mental. Organizados, os trabalhadores criaram fóruns de discussões locais de caráter técnico e político e defenderam as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Posteriormente, o movimento ampliou-se no sentido de ultrapassar sua natureza técnico-científica, organizou sua estrutura administrativa como fórum nacional e passou a ser designado Movimento da Luta Antimanicomial, tornando-se um movimento social que passou a englobar várias entidades como associações de usuários

e familiares⁵, ONGs, entre outras (AMARANTE, 1994, 1995a; SOUZA, 2001; VASCONCELOS, 2000b, 2004).

Assim, nos parece certo que os profissionais de saúde mental são atores sociais influentes na efetivação da Reforma Psiquiátrica. Razões significativas para pesquisar e valorizar suas experiências e opiniões, na medida em que seus relatos podem indicar como vem se realizando no dia-a-dia a Reforma, bem como contribuir para a construção de novas práticas e a produção de novos saberes. E, entendemos como Foucault, que os saberes não são apenas conhecimentos acadêmicos, produções que se autodenominam científicas. Os saberes também estão onde são produzidos, pois sempre criam visões de mundo, produzem histórias e História.

Dessa forma, a presente pesquisa tem a finalidade específica de contribuir para a análise das práticas locais de saúde mental, a partir do estudo da realidade vivenciada no CAPS de Florianópolis e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Lembramos, ainda, que neste ano de 2006 o CAPS Ponta do Coral completa dez anos de atividades, fato que nos leva a destacar a importância de um estudo que identifique as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação deste serviço. No geral, busca-se fornecer subsídios para os avanços nas políticas de saúde mental e contribuir para a produção de conhecimentos sobre a realidade da prática das políticas públicas de saúde mental. Para tanto, elegemos como eixos de estudo e análise cinco pontos, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social e integração com a rede municipal de assistência em saúde.

Constitui-se como objetivo geral do presente estudo a análise da realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Para alcançarmos este definimos como objetivos específicos: 1) caracterizar a estrutura e os recursos financeiros disponibilizados

⁵ Cabe registrar que no campo da saúde mental encontram-se associações de composição variada. Há associações de usuários; associações de familiares; associações de usuários e familiares; associações de usuários, familiares e técnicos; associações de usuários e técnicos; e associações de técnicos e familiares. Em sua maior parte, o processo organizativo das associações é conduzido por elementos de constituição de laços de solidariedade e ajuda mútua. Contudo, existem associações que são favoráveis à agenda de inovações da assistência colocada pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e, outras, que se caracterizam como uma comunidade de veto em relação à mesma agenda (SOUZA, 2001).

e sua adequação às atividades do Caps; 2) conhecer as práticas assistenciais desenvolvidas pelo CAPS com relação ao projeto terapêutico e como se organiza o trabalho da equipe técnica; 3) identificar como ocorrem as práticas institucionais de participação do usuário e da família no tratamento e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica; 4) identificar se existem e quais são as ações institucionais, intersetoriais e/ou outras criadas com relação a inserção social do portador de transtornos mentais; 5) descrever e analisar a relação existente entre o CAPS e a rede municipal de assistência em saúde com relação a operacionalização da política de saúde mental e do SUS; 6) identificar quais as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação do CAPS, pontos positivos e negativos.

1.1 Procedimentos metodológicos

Para operacionalizar os objetivos do nosso estudo foi realizada uma pesquisa de caráter qualitativo, do tipo estudo de caso. Segundo Minayo (1994), a pesquisa qualitativa, nas ciências sociais, responde a questões particulares, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Isso significa considerar que trabalhamos com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que correspondem a pontos mais profundos das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser quantificáveis. E, segundo Chizzotti (2003, p. 104), em geral, a pesquisa qualitativa objetiva provocar o esclarecimento de uma situação para uma tomada de consciência pelos próprios pesquisados dos seus problemas e das condições que os geram, a fim de elaborar meios e estratégias de resolvê-los.

Dentre os tipos de pesquisa qualitativa, o estudo de caso talvez seja um dos mais relevantes. É uma modalidade que propicia retratar uma realidade de forma ampla e profunda, de forma a revelar a multiplicidade de dimensões presentes numa determinada situação e contextualizar o objeto para melhor compreendê-lo (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Nesta forma de estudo, o caso é tomado como unidade significativa do todo porque tanto retrata uma determinada realidade quanto revela a multiplicidade de aspectos globais presentes em uma dada situação (CHIZZOTTI, 2003). A principal função do estudo de caso é a explicação sistemática de fatos que ocorrem no contexto social e geralmente se

relacionam com uma multiplicidade de variáveis. Essa técnica caracteriza-se por ser um estudo intensivo, o qual deve considerar a compreensão geral do assunto investigado (FACHINI, 2001).

O local escolhido para a realização do estudo, o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, é um serviço público, municipal, cadastrado na modalidade CAPS II, situado à rua Rui Barbosa, 713 (fundos), no bairro Agronômica, Florianópolis/SC. CAPS Ponta do Coral funciona das 8h às 18hs e atende uma demanda média diária de 40 usuários. O serviço foi criado em março de 1996 e funciona neste endereço desde o mês de dezembro do mesmo ano⁶.

A principal fonte de informação da presente pesquisa constituiu-se das falas dos profissionais, de formação de nível superior, e, no resultado do formulário aplicado a todos os membros da equipe do CAPS Ponta do Coral. Utilizamos para a coleta de informações a entrevista semi-estruturada, gravada, com questões abertas, e a aplicação de formulário com questões fechadas (Apêndices A e B). As entrevistas foram orientadas por um roteiro com perguntas estruturadas e agrupadas em cinco blocos correspondentes aos eixos de estudo da pesquisa. De acordo com Trivinos (1987), a entrevista semi-estruturada geralmente parte de certos questionamentos básicos, de perguntas fundamentais derivadas da teoria que é adotada para a pesquisa e de informações que o pesquisador possui sobre o tema a ser pesquisado.

Na pesquisa qualitativa, a entrevista é uma das técnicas mais utilizadas na coleta do material empírico. No tipo de estudo escolhido, foi possível perceber que a entrevista constituiu-se na ferramenta capaz de possibilitar a obtenção de dados mais profundos da realidade, os quais só podem ser obtidos com a contribuição dos sujeitos envolvidos.

O trabalho empírico para coleta dos dados e das informações na Instituição foi realizado entre a segunda quinzena do mês de março e a primeira quinzena do mês de abril de 2006 (16/3/2006 a 13/4/2006). A coleta teve início após a apresentação e solicitação de autorização para a realização da pesquisa à coordenação da Instituição. O projeto foi encaminhado à Comissão de Ensino e Pesquisa do CAPS II Ponta do Coral e à Direção de

⁶ A implantação do serviço foi efetivada em 25/3/1996, ficando instalado, provisoriamente, junto ao Centro de Saúde II do Centro de Florianópolis (atual ULS Centro), na Avenida Rio Branco. Em dezembro do mesmo ano foi transferido para o atual endereço, passando a ser chamado NAPS Ponta do Coral. Seu credenciamento no Ministério da Saúde aconteceu ao longo do ano de 1997. Em 2002, a Portaria GM n° 336 regulamentou a denominação dos antigos NAPS para CAPS (STUANI, 2005).

Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis para parecer. Mediante o parecer favorável (Anexo A) das referidas instâncias, foi realizada, em reunião de equipe, a apresentação do projeto aos profissionais do CAPS Ponta do Coral. Concluída esta etapa, foi realizada a entrevista pré-teste. A escolha do profissional observou os critérios constantes da metodologia do projeto. A entrevistada foi uma profissional da área da psicologia (área que tem mais de um profissional no CAPS) que tinha disponibilidade para a realização da entrevista na data escolhida. A partir desta entrevista, foram realizadas pequenas alterações no roteiro, com vistas a agrupar algumas perguntas, no sentido de diminuir o tempo necessário à efetivação da mesma. A referida entrevista teve a duração aproximada de uma hora e vinte minutos, acrescida de mais quinze minutos para a aplicação do formulário, totalizando uma hora e trinta e cinco minutos.

No total, foram realizadas seis entrevistas e aplicados doze formulários, de acordo com a metodologia estabelecida, a qual privilegiou, para a entrevista, o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de ensino superior, dentre as existentes no CAPS Ponta do Coral, quais sejam: psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Os formulários foram aplicados a todos os profissionais de formação de nível superior e de formação de nível médio. Foi necessário realizar sorteio do profissional a ser entrevistado apenas com relação a área da psicologia, por esta ter quatro profissionais atuando na equipe do CAPS. Como utilizamos um deles para a realização do pré-teste, participaram do sorteio apenas os outros três. O sorteio foi realizado na presença de outras duas profissionais da equipe.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos profissionais. A aplicação dos formulários foi simultânea e obedeceu ao mesmo critério. No caso de três dos profissionais entrevistados não foi possível realizar a aplicação do formulário no momento da entrevista, a pedido dos mesmos, devido a limitações de tempo. As entrevistas foram gravadas em fitas cassete, com a autorização prévia dos entrevistados, e, posteriormente, as falas foram transcritas.

As informações e os dados coletados foram sistematizados e classificados, de acordo com os eixos de pesquisa, e posteriormente analisados com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os dados originados dos formulários foram analisados e tratados descritivamente, ou seja, reduzidos a termos descritivos. Para efeito de padronização e de comparação foi adotado o método da porcentagem.

A análise final, que, segundo Minayo (1994), corresponde a um movimento contínuo entre o empírico e o teórico e vice-versa para fazer do caos aparente das

informações revelações da sua especificidade, foi construída pela síntese das informações coletadas em cada eixo de estudo, previamente definidos.

As questões éticas foram consideradas em todas as etapas do estudo, especialmente, na relação com os entrevistados, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) e dentro do que determina a Resolução N° 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde e o Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina. Os profissionais foram informados e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa quando da apresentação do projeto em reunião de equipe e individualmente antes da realização da entrevista. Foi preservado o anonimato dos entrevistado ao se utilizar codinomes para referenciar as falas no trabalho, destacando-se que os mesmos escolheram livremente seu próprio apelido quando da realização da entrevista. Apenas uma das entrevistadas optou por deixar a cargo da pesquisadora a escolha do codinome.

O trabalho que ora apresentamos está organizado de forma a contemplar, neste primeiro capítulo, a introdução do tema e a metodologia utilizada na pesquisa; no segundo capítulo descrevemos, sistematizadamente, o norte teórico utilizado como referência para a análise dos dados e das informações coletadas; no terceiro capítulo trazemos os resultados e as análises da pesquisa. Ao final, resgatamos os principais tópicos relacionados aos eixos de estudo e expomos nossas considerações finais sobre o tema.

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA

Procuramos expor neste capítulo uma síntese das análises de alguns autores que têm contribuído para o avanço nas discussões sobre a Reforma Psiquiátrica, bem como a definição do que vem a ser este outro modelo de atenção em saúde mental – o Modo Psicossocial, tanto em seus aspectos prático-assistenciais quanto em suas exigências éticas e teóricas, no sentido de construirmos o norte teórico orientador das análises da presente pesquisa.

Todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, na atualidade, bem como a literatura da área estabelecem a categoria teórico-prática “desconstrução” como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade nas ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Reiteram, também, a incapacidade da psiquiatria de explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (BASAGLIA, 1985; ROTELLI, 1990). Neste sentido, a proposta da Reforma Psiquiátrica objetiva criar experiências alternativas ao hospital psiquiátrico e ao modelo de suas práticas, através da extinção desse tipo de instituição e sua substituição por recursos que sejam capazes de rever tanto as concepções do “objeto” quanto dos “meios” e modos da sua intervenção nessa área.

A partir das contribuições colocadas por Fleury (et. al., 1989), com relação ao conceito de Reforma Sanitária como um “processo de transformação estrutural”, e da noção de *processo social complexo* proposta por Rotelli (1990), Paulo Amarante (2003, p.49), define Reforma Psiquiátrica como:

um processo social complexo que se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade.

Nessa concepção, o autor observa que processo indica algo em permanente movimento, que não tem um fim predeterminado, nem um objetivo último ou ótimo. E, a idéia de complexidade é posta não como sinônimo de complicação, mas sim como uma atitude epistemológica no sentido de reabrir a possibilidade de recomplexificação do fenômeno, proposição oposta a naturalização/objetualização da noção de doença. Neste sentido, a doença deixaria de ser reduzida a uma alteração biológica, para tornar-se um

processo de saúde/enfermidade. Em outras palavras, “a doença não é um objeto, mas uma experiência nas vidas de sujeitos distintos” (AMARANTE, 2003, p.53).

Na continuidade de suas análises sobre a Reforma Psiquiátrica Amarante (2000, 2003) designa quatro dimensões para as transformações operadas na e pelas práticas da Reforma, quais sejam: teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural.

A dimensão teórico-conceitual ou epistemológica contempla o conjunto de questões que dizem respeito a produção de conhecimentos e saberes que irão subsidiar as práticas. É uma dimensão que vai desde a reflexão dos conceitos mais fundamentais do campo das ciências até os conceitos produzidos pela psiquiatria: alienação, doença mental, normalidade/anormalidade, terapêutica e cura. Um aspecto muito importante desta dimensão refere-se ao desafio de se repensar as relações entre conhecimento e objeto (AMARANTE, 2003).

Na interpretação de Costa-Rosa (et al., 2003, p. 32), o campo teórico-conceitual pauta-se na desconstrução de conceitos e práticas, sustentados pela psiquiatria e pela psicologia nas suas visões acerca da doença mental. Propõe-se como contrapartida a construção de noções e conceitos como “existência-sofrimento” do sujeito na sua relação com o corpo social, acolhimento, cuidado, emancipação e contratualidade social. Nesse âmbito, pode-se entender que o conceito de existência-sofrimento impulsiona a Reforma Psiquiátrica na direção de uma revolução paradigmática, uma vez que questiona a tão cara relação sujeito-objeto e o próprio paradigma doença-cura. Tal conceito aparece por contraposição ao paradigma doença-cura, expressando a exigência de se dar ao sujeito a centralidade da cena.

Como exemplo desse campo Amarante (2003, p. 50) destaca o processo de desconstrução do conceito de clínica, que deixaria de ser o isolamento terapêutico ou o tratamento moral para tornar-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades; a desconstrução do conceito de doença produzido pela psiquiatria, em que o sujeito, não mais visto como alteridade incompreensível, possibilitará outras formas de conhecimento, que produzirão novas práticas clínicas e sociais.

Cabe destacar que quando um conceito é submetido ao processo de desconstrução é possível supor que as relações entre as pessoas envolvidas também serão transformadas, assim como os serviços, os dispositivos e os espaços. Conseqüentemente, mudam, ainda, os conceitos e as práticas jurídicas que eram adotadas pelos conceitos desconstruídos.

Para Basaglia (1985) e Rotelli (1990), desconstrução está relacionada à noção de *invenção*, de construção do real, de produção da subjetividade, recolocando em discussão a ciência e a psiquiatria. Os autores referem-se a “desconstrução” do dispositivo psiquiátrico e clínico em seus paradigmas fundantes e suas técnicas de poder-saber, entendendo-a como uma ação prática de desmantelamento das incrustações institucionais que cobriam a doença. A desconstrução questiona as bases do dispositivo psiquiátrico, em sua competência para atuar frente à loucura.

Entende-se desconstrução como um processo social complexo, de desmontagem do dispositivo psiquiátrico, que não tem fim, ou não pretende constituir, um modelo ideal, mas sim dar novo significado às relações e colocar questões imanentes às situações-problema. Nesse sentido, é um processo que precisa, por definição, ser reinventado incessantemente, e questionar também o conjunto dos segmentos sociais que deveria ser [...] objeto de uma verdadeira "revolução molecular", quer dizer, de uma re-invenção permanente (GUATTARI, 1992 apud TORRE; AMARANTE, 2001, p. 14).

A dimensão político-jurídica passa pela criação e alterações na legislação com relação aos direitos e a assistência ao portador de transtornos mentais. O âmbito jurídico é decorrente do fato de a psiquiatria ter instituído a noção de relação entre loucura, periculosidade, irracionalidade, incapacidade, irresponsabilidade civil. No plano político luta-se pela extinção dos manicômios e sua substituição por instituições abertas, pela revisão das legislações sanitárias, civil e penal referente a doença mental, para possibilitar o exercício dos direitos à cidadania, ao trabalho e à inclusão social. Importa nessa dimensão rediscutir e redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais (AMARANTE, 2003, p. 53; COSTA-ROSA, et al., 2003, p. 33).

No âmbito da dimensão técnico-assistencial está o modelo assistencial. É nesse campo que, na realidade brasileira, aparecem mais visivelmente as inovações com relação as práticas assistenciais em saúde mental, concomitante a reconstrução dos conceitos. As transformações vêm acontecendo tanto na concepção de novos serviços (CAPS, oficinas terapêuticas e de reintegração sociocultural, cooperativas de trabalho) quanto na sua forma de organização e gestão (instituições abertas com participação e co-gestão com os usuários e a população).

Nos últimos anos têm-se objetivado construir uma rede de novos serviços, concebidos como espaços de sociabilidade, de trocas, em que se enfatiza a produção de saúde como produção de subjetividades. Essas mudanças indicam para uma mudança nas práticas de atenção e tem significado *colocar a doença entre parênteses*, propiciando

contato com o sujeito, rompendo com as práticas disciplinares; aumentando a possibilidade de recuperação do seu estatuto de sujeito de direitos (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 32-33; AMARANTE, 2003, p.51).

A expressão *colocar a doença entre parênteses* é atribuída a Basaglia, significa a suspensão do conceito e implica na possibilidade de novos contatos empíricos com o fenômeno em questão. Para o autor, a psiquiatria colocou o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença como fenômeno da natureza. Assim, Basaglia propõe uma inversão, isto é, colocar a doença entre parênteses para tornar-se possível lidar com o sujeito e não com a doença.

Amarante (2003) chama a atenção para o fato de a atitude epistemológica de colocar a doença entre parênteses não significa a negação da doença no sentido do não se reconhecer que experiências de sofrimento ou diversidade fazem parte da realidade concreta da saúde mental. Nas palavras do autor:

não significa a recusa em aceitar que exista uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar. Significa, isto sim, a recusa a explicação da psiquiatria, para dar conta daquela experiência, como se esta pudesse ser explicada pelo simples fato de ser nomeada como doença. A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia social e política da exclusão, e a ruptura epistemológica com o saber da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para objetivar conhecer a subjetividade (AMARANTE, 2003, p. 56).

A dimensão sociocultural expressa o objetivo maior da Reforma Psiquiátrica, haja vista que pretende transformar o *lugar social* da loucura no imaginário social, transformando as relações entre a sociedade e a loucura. Muito do imaginário social é decorrente da ideologia psiquiátrica que tornou senso comum a relação da loucura à incapacidade do sujeito de estabelecer trocas sociais e simbólicas (AMARANTE, 2003, p. 53).

Para tanto se têm estimulado uma série de práticas sociais visando transformar o imaginário social relacionado a loucura, a doença mental e a anormalidade. Está em processo de mudança a imagem da loucura e do louco, a imagem da instituição e a da relação dos usuários e a população com ela. A intencionalidade passa pela construção de uma imagem das instituições de atendimento como espaços abertos de circulação e pólos de exercício estético, e uma imagem do “louco” como cidadão que deve almejar poder de contratualidade social (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 33).

Pensar a Reforma Psiquiátrica como um processo complexo implica desconstruir, superar conceitos; pensar, refletir sobre as ações no campo da saúde mental e os efeitos de

suas práticas; criar, construir novas práticas e produzir outros saberes. Trata-se, portanto, de um processo contínuo em que os verbos transformar, produzir, desconstruir, desmontar, emancipar, reconstruir devem estar no cotidiano do fazer em saúde mental.

2.1 O Modo Psicossocial

A elaboração das práticas do modo psicossocial é tributária de diferentes movimentos sociais científicos e vários campos teóricos. Sob esse aspecto, Abílio da Costa-Rosa (2000; 2003), busca especificar elementos básicos do novo paradigma traçando um paralelo de análise entre as práticas constitutivas do modo asilar e aquelas exigidas ao modo psicossocial⁷.

As principais características do modo asilar são: ênfase na consideração de determinantes orgânicos nos problemas que se pretende tratar, o que implica que o seu meio básico seja medicamentoso; pouca ou nenhuma consideração da existência do sujeito, o que implica que não se insista na sua mobilização como participante do tratamento. O indivíduo continua sendo visto como doente, tanto em relação à família quanto em um contexto social mais amplo. Daí decorre que a intervenção seja quase exclusivamente centrada nele. As aproximações da família, quando ocorrem, costumam ter caráter apenas pedagógico e assistencial. Dessa consideração do indivíduo como centro do problema, entre outros fatores, decorre também seu isolamento em relação ao meio familiar e social.

Ainda, com relação as práticas assistenciais, no modo asilar, o trabalho é realizado sem que os profissionais se encontrem para conversar sobre a atividade comum. O prontuário é considerado o elo de interconexão entre os profissionais da equipe. Mesmo no caso em que o meio é multiprofissional, a determinação fundamental dos problemas continua, na prática, sendo biológica. Portanto, a eficácia do tratamento espera-se que venha da química. Sua instituição típica continua sendo o hospital psiquiátrico fechado,

⁷ O autor observa que esta análise tem uma dimensão histórica, na medida que inclui uma consideração dos avanços que tem ocorrido nas práticas concretas até o presente; e outra dimensão lógica, visto que decorre da dedução realizada, através do método de análise, das características imprescindíveis a um determinado dispositivo para que ele configure uma lógica contraditória com a dos dispositivos que pretende superar e substituir (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.36).

ainda que nas últimas décadas esse venha sendo alvo de reformas democratizantes, intermitentes e esteja acompanhado de dispositivos chamados extra-asilares.

No modo psicossocial a concepção do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos sustentados para lidar com esse processo requer a desinstitucionalização do paradigma “doença-cura” e sua substituição pelo “existência-sofrimento”, conjuntamente com a configuração de práticas de trabalho transdisciplinares.

Destacam-se como principais exigências ao modo psicossocial: a determinação e consistência psíquica e sociocultural dos problemas, e não orgânica; a desospitalização e a desmedicalização, o que significa desconsiderar a medicação como resposta única ou preponderante e a priori; o exercício da “clínica da escuta e da criação de si”, e não a clínica da observação e da retomada do estado anterior às crises; a horizontalização das relações intrainstitucionais; a participação dos usuários e da população em forma de autogestão e co-gestão; o livre trânsito dos usuários e da população; a ética do reposicionamento do sujeito, que significa reconhecer a implicação subjetiva como forma de singularização e não supressão sintomática.

Os dispositivos institucionais típicos do modo psicossocial são os centros e núcleos de atenção psicossocial, o Hospital-Dia, ambulatórios de saúde mental; equipes multiprofissionais de saúde mental, inseridas em Centros de Saúde; setores para tratamento em saúde mental, inseridos em hospitais gerais. Seus meios básicos de tratamento são a psicoterapia, a laboterapia, as socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural, além da medicação.

É decisiva a importância que se atribui ao sujeito, daí que se insista de maneira fundamental na sua mobilização como participante principal do tratamento. Não se deixa de considerar, por isso, a sua dimensão de indivíduo (orgânico e sócio-cultural). Dá-se ênfase à consideração da pertinência do indivíduo a um grupo familiar e social. Supõe-se que se deve trabalhar também a família e o grupo social como agentes das mudanças buscadas.

Da consideração de que não é o indivíduo o único problemático, sugere-se que se inclua no tratamento também a família e eventualmente um grupo mais ampliado. As formas de participação da família e do grupo ampliado no tratamento são várias e superam, em muito, as posturas assistencial e orientadora, características do modo asilar. As associações de usuários e familiares criadas no modo psicossocial são reflexos dessa nova postura em relação aos usuários.

No modo psicossocial, espera-se que as diferentes possibilidades de ação se estendam desde a continência do indivíduo, durante a crise, até o reconhecimento da implicação familiar e social nos mesmos problemas. Espera-se, portanto, que tanto uns quanto outros possam assumir a parte de seu compromisso na atenção e no apoio. Além disso, dá-se acentuada ênfase à reinserção social do indivíduo, sem perder de vista que, muitas vezes, não é a problemática com a qual ele chegou a responsável pela sua saída da circulação sociocultural.

Quanto às formas de organização institucional, no modo asilar estas são marcadas por estratificações de poder e saber no âmbito do pessoal da instituição, que se transladam para a relação com os usuários e a população, os quais estão excluídos de qualquer participação que não seja a do objeto inerte e o mundo. Já os dispositivos do modo psicossocial tem suas práticas fundamentadas na lógica da Psicoterapia Institucional e da Comunidade Terapêutica e, geralmente, estas são instrumentadas por meio de assembleias de usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental. Participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais no modo psicossocial, por oposição à estratificação e interdição institucionais à heterogestão e à disciplina das especialidades que dominam no modo asilar.

Neste sentido, o autor propõe designar a Atenção Psicossocial como paradigma do modo psicossocial, em oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar.

2.1.2 Atenção Psicossocial

O termo Atenção, no contexto da Reforma Psiquiátrica, assume o conceito de “dar e prestar atenção, acolher, receber com atenção, tomar em consideração, levar em conta e escutar atentamente”. Designa uma parte fundamental do contorno que se pretende imprimir às ações de Atenção Psicossocial nas práticas em saúde mental. Expressa certos princípios relativos, sobretudo, à forma das relações dos agentes institucionais e das próprias instituições como dispositivos, com os sujeitos usuários e suas demandas (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 22).

Já o conceito Psicossocial designa as práticas em Saúde Mental Coletiva que se inscrevem como transição paradigmática da psiquiatria; enquanto que o termo psicossocial

agrega ao 'objeto' das práticas em saúde mental aspectos psíquicos e sociais, e tem a função de designar experiências reformadoras em sentido amplo (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 19).

Segundo o autor, ao somatizar aspectos sociais e psíquicos aos aspectos biológicos do paradigma e do objeto da psiquiatria a Atenção Psicossocial vai promover transformações nas concepções do objeto, nos modos de conceber e estruturar a instituição como dispositivo e, sobretudo, na forma de conceber e estruturar as relações terapêuticas, que tem, por sua vez, implicações éticas radicalmente distintas das práticas asilares.

A Atenção Psicossocial subentende ações diferenciadas das contidas no paradigma asilar e psiquiátrico. Na definição de Costa-Rosa Luzio e Yasui (2003, pp. 34-36):

a Atenção Psicossocial parece configurar um campo capaz de congrega e nomear todo o conjunto das práticas substitutivas ao Modo Asilar, conservando ao mesmo tempo a abertura necessária para a inclusão das inovações que ainda estão se processando e para outras que certamente virão. [...] As práticas de Atenção Psicossocial representam a sedimentação de um vasto conjunto de variações teórico-técnicas e éticas, mais ou menos radicais, conforme o caso, em relação às práticas vigentes e dominantes, que estão no lugar estrutural de sua alteridade necessária.

Os autores argumentam que a Atenção Psicossocial tem sustentado um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas norteadas pela aspiração de substituírem o modo asilar, e algumas vezes o próprio paradigma da psiquiatria. As ações na esfera político-ideológica trabalham em sintonia com os movimentos sociais que lutam pelo resgate da dignidade humana e dos direitos individuais e coletivos de cidadania. As ações teórico-técnicas referem-se à produção de novas formas de intervenção que possibilitem a construção de novos dispositivos que trabalhem pela transformação radical dos modelos institucionalizados e da ética em que se pautam.

Atenção Psicossocial, entendida como paradigma do modo psicossocial, designa concepções contrárias ao modo asilar. Quando referida as políticas públicas de saúde mental aspira a inclusão de aspectos políticos, econômicos, sociais, culturais e outros relacionados com ações que visam a construção de práticas de emancipação para a cidadania. Neste trabalho, se refere ao modelo de atenção em saúde mental que deve nortear as práticas dos serviços substitutivos, especificamente, a dos centros de atenção psicossocial.

Dessa forma, a complexidade e amplitude das práticas de Atenção Psicossocial inclui como seus componentes necessários, os conceitos e as práticas englobadas na desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, a partir de uma perspectiva baseada no aumento da contratualidade social dos usuários das instituições.

2.2 Desinstitucionalização

A desinstitucionalização tem sua origem nas experiências desenvolvidas por Franco Rotelli (1990), na Psiquiatria Democrática italiana. Segundo o autor, o primeiro passo da desinstitucionalização consiste em desmontar a relação problema-solução, renunciando a busca da solução racional (tendencialmente ótima) que no caso da psiquiatria é a normalidade plenamente restabelecida.

“O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de “cura” mas no projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente” (ROTELLI, 1990, p.30). Neste sentido, trata-se de um processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito doente. A desinstitucionalização traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação na qual exista reciprocidade entre sujeitos - uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade.

Nas palavras do autor,

A desinstitucionalização é, sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. [...] Depois de ter descartado a ‘solução-cura’ se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento (ROTELLI, 1990, p.33).

Em sua origem, os pressupostos da desinstitucionalização encaminham-se no sentido da restituição da subjetividade do indivíduo, possibilitando-lhes a recuperação de sua contratualidade, isto é, da posse de recursos para trocas sociais e, por conseguinte, para a cidadania social. Contudo, alguns estudos sobre as mudanças operadas na assistência no

âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira apontam para a compreensão da desinstitucionalização como desospitalização⁸.

Segundo Spricigo (2001), a desinstitucionalização, não correlata da desospitalização, torna-se a um só tempo, processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito adoecido. Traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação em que exista reciprocidade entre sujeitos, uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade. Isso gera a necessidade de invenção de novas modalidades de mediação, não somente médicas, mas principalmente políticas, sociais e culturais.

Sobre esta questão, Amarante (1995b) enfatiza que a mudança desejada na assistência em saúde mental não corresponde simplesmente ao fechamento de hospitais psiquiátricos e o conseqüente abandono das pessoas em suas famílias ou nas ruas, nem no fechamento de leitos para reduzir custos, no sentido do neoliberalismo ou no sentido do enxugamento do Estado. Segundo o autor,

desinstitucionalização não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativo. Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social (AMARANTE, 1995b, p. 491-494).

⁸ Ver SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Série Teses em Enfermagem, n° 42)

Neste sentido, a proposta da desinstitucionalização está centrada em uma mudança completa do paradigma de saber em saúde mental e, do ponto de vista assistencial, na constatação de que o hospital psiquiátrico tradicional é antiterapêutico. Assim, a estratégia de conversão do sistema de cuidado deve partir da substituição do hospital psiquiátrico por um amplo rol de serviços abertos e comunitários, capazes de assistir o usuário desde a crise aguda até às necessidades mais amplas de caráter social. Nestes novos serviços, a reabilitação psicossocial vem se configurando como um lineamento para o desenvolvimento de programas, eticamente responsáveis, no sentido de dar conta da totalidade das demandas que os problemas mentais severos e persistentes requerem.

2.3 Reabilitação psicossocial

Na definição da Organização Mundial de Saúde (1987 apud PITTA, 2001) reabilitação psicossocial é o conjunto de atividade capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários.

Segundo Pitta (2001), a reabilitação psicossocial, no seu sentido instrumental, é representada por um conjunto de meios (programas e serviços) que são desenvolvidos para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes, ou seja, um processo para facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. Tal processo enfatiza as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo e a cada situação de modo personalizado.

Para Saraceno (2001), a reabilitação psicossocial prevê um processo de restituição e reconstrução de direitos políticos legais e sociais para o cidadão. Para tal, projetos de ressocialização devem promover o reconhecimento do portador de transtorno mental.

Para Kinoshita (2001), reabilitar é reconstruir valores, aumentar o poder contratual, criar condições de possibilidade para que um paciente possa, de alguma

maneira, participar do processo de trocas sociais, produzir dispositivos que, desde uma situação de desvalor quase absoluto (pressuposto), possa passar por experimentações, mediações que busquem adjudicar valores aptos para o intercâmbio, ou seja, modificar o pressuposto de desvalor natural para um pressuposto de valor possível proposto, explícito.

O autor considera que reabilitar pode ser entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia. Sendo que, a contratualidade do usuário vai estar, primeiramente, determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Se estes podem usar de seu poder para aumentar o poder do usuário ou não. Depois pela capacidade de se elaborar projetos, isto é, ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida.

Ainda, diretamente ligada a questão da reabilitação de pacientes está a necessidade de se estabelecerem diversificadas redes de relações, as quais melhor capacitariam os indivíduos a compreenderem quais determinações influenciam sua vida cotidiana, ampliando sua autonomia.

O conceito de autonomia aqui referenciado é entendido como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001).

3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Apresentamos, a seguir, os resultados e as análises da pesquisa realizada, a partir dos eixos que nortearam a coleta dos dados e das informações: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde.

3.1 Estrutura e recursos financeiros

O conjunto de serviços substitutivos ao modelo de atenção em saúde mental tradicional (manicomial/asilar), do qual os centros de atenção psicossocial fazem parte, é, atualmente, regulamentado pela Portaria GM/MS N° 336/2002. Esta portaria estabelece portes diferenciados, a partir de critérios populacionais, para abrangência, financiamento e tipo de serviço prestado, de acordo com cada modalidade de CAPS.

Com relação a estrutura física, os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender a sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado. Para tanto, devem estar equipados com consultórios individuais para consultas, entrevistas, terapias, salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitório, sanitários, área externa para oficinas, recreação e esportes (BRASIL, 2004).

Neste aspecto, O CAPS Ponta do Coral tem uma estrutura que compreende um terreno com área física total aproximada de 1.936,00m², destes, aproximadamente 421m² são de área construída. Fazem parte das instalações, uma casa com dois pavimentos, um anexo, utilizado como sala do brechó, área de lazer e estar externa, e estacionamento. O pavimento superior da casa comporta 2 varandas, sala de recepção, sala de espera, 2 áreas de circulação (corredores), sala de administração, 2 consultórios, sendo que no momento um é utilizado como sala administrativa para realização de procedimentos relacionados ao preenchimento das APACs⁹, 2 salas para atividades grupais com WC, sala de depósito de

⁹ Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo.

material, cozinha com despensa, refeitório com churrasqueira, sala ampla (auditório) equipada com multimídia, sala de enfermagem, sala de repouso, e 7 banheiros distribuídos no espaço físico do pavimento superior. No pavimento inferior encontra-se a sala utilizada pela associação de usuários, 2 salas para a realização de oficinas (com passagem de uma para outra), sala com forno, sala de depósito de material e lavanderia¹⁰.

De acordo a pesquisa realizada, 83,3% dos profissionais considera a área física do CAPS suficiente para o atendimento da demanda e 66,7% consideram as instalações adequadas para a realização das atividades propostas; apenas um profissional observou que considera a estrutura do CAPS suficiente desde que as oficinas produtivas sejam realizadas fora da unidade. A mesma porcentagem (66,7%) considera os equipamentos disponíveis suficientes. Neste âmbito, o serviço conta com computador com impressora, aparelho de telefone e fone/faz, televisão, mesas de escritório, cadeiras, quadro branco, maca para atendimento em enfermagem, camas de repouso, fogão industrial, pia, mesas e bancos no refeitório, bancos para estar e descanso, entre outros. Metade dos profissionais respondeu que os equipamentos estão em bom estado de utilização, com ressalvas para salas com pouca ventilação no pavimento inferior.

Já com relação aos materiais de consumo, 91,7%, correspondente a onze dos doze profissionais que responderam ao formulário, consideram que os materiais de consumo não são suficientes. Eles se referem à falta e irregularidade no recebimento de materiais básicos à manutenção do serviço, tais como copo descartável para água, papel higiênico, e, principalmente, material específico para uso nas oficinas terapêuticas e de produtividade. Esta situação pode ser observada nas falas dos profissionais, que identificam as dificuldades no funcionamento do CAPS com relação a falta de recursos materiais e financeiros:

[...] essa falta de recursos é isso que eu te digo, desde a parte administrativa, nós precisamos de papel, carbono, copo pra tomar água, por exemplo, agora nós somos uma Unidade Local de Saúde que não tem copo descartável, já faz quase quinze dias, vinte dias, não tem copo descartável; falta água, aí nós temos que esperar, sendo que é um lugar que transita muitos usuários, eles tomam medicação e precisam tomar água, eles tomam muita água, e acaba não tendo água potável; por exemplo, teve época que faltou papel higiênico, em um serviço onde os usuários chegam fazem lanche, almoçam, fazem lanche da tarde, eles passam o dia aqui, então precisa ter uma estrutura mínima de atendimento (LÉLI, 4/4/2006).

¹⁰ Conforme Planta Baixa da unidade constante no projeto de reforma e ampliação executado em 2003/2004.

[...] a gente tem também o problema de fornecimento de material de consumo já há algum tempo, também desde que essa administração começou (Gestão Municipal e da Secretaria de Saúde), o fornecimento de material de consumo é interrompido, a gente fica sem tinta pra impressora, sem papel, sem papel higiênico...; tem diversos itens desses que são necessários, fazem parte do funcionamento do dia-a-dia do serviço (F, 12/4/2006).

[...] as oficinas terapêuticas e produtivas, requerem um material específico que precisa de dinheiro, e aqui, na política específica do município não tem uma regularização quanto ao repasse desse dinheiro [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

[...] a falta de agilidade no fornecimento das reservas para as oficinas, tudo isso resulta em um prejuízo para o trabalho; ficou quase uns dois meses a oficina fechada por falta de material, por exemplo [...] (P, 17/3/2006).

Outra dificuldade mencionada pelos profissionais no funcionamento do serviço é o vale transporte dos usuários:

[...] o funcionamento em geral fica prejudicado porque na medida em que falta vale transporte o usuário não vem, não consegue se deslocar para vir até aqui, aí interrompe aquele projeto terapêutico que havia sido feito com o usuário [...] (VIK, 24/3/2006).

[...] a questão, por exemplo, da dificuldade que a gente tem aqui: o transporte dos pacientes, a questão do passe, é muito irregular; então, isso reduz a nossa produtividade também, porque os pacientes acabam não vindo. Muitas vezes a gente não pode, por exemplo, contar com aquele paciente que veio para uma entrevista inicial porque ele não tem como estar vindo no curto prazo, então, acho que isso, a questão do custo que é o transporte em Florianópolis, também acaba afetando o nosso trabalho, então, nesse sentido, a falta de regularidade no passe [...] (P, 17/3/2006).

A partir dessa relação entre as diversas necessidades para o funcionamento do serviço é possível perceber que os profissionais assumem como princípio uma concepção de saúde ampliada, na qual não basta somente o atendimento terapêutico. Outros fatores estão interligados e contribuem para que a assistência efetivamente ocorra. Contudo, a concepção e prática setorializada das políticas sociais brasileiras provoca situações dessa natureza, na medida em que não se trabalha a inter-relação entre elas. Esta forma de setorialização das políticas sociais, no entanto, não é característica apenas da realidade brasileira, mas uma “modalidade do Estado burguês” que traduz as expressões da questão social mediante a tipificação das políticas sociais (NETTO, 1992).

Várias iniciativas têm buscado romper com esta perspectiva como a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), que reafirmou a necessidade de se garantir e melhorar o acesso aos bens e serviços da sociedade: prover trabalho, creches, profissionalização, educação, lazer, escolas, habitação, transporte, segurança pública, saneamento básico. Também, destacou ser fundamental enfatizar a questão do transporte urbano acessível aos usuários, a fim de que seja garantido o deslocamento entre os serviços de saúde e sua moradia (BRASIL, 2002a).

Na seqüência da pesquisa realizada, dois entrevistados referiram que a falta e as dificuldades no fornecimento dos recursos materiais necessários estão mais acentuadas na atual gestão administrativa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)¹¹. Foram relacionadas, ainda, como dificuldades, a falta de um carro disponível para o CAPS, a falta de terapeuta ocupacional, de outro médico psiquiatra e outros profissionais de nível médio (auxiliar administrativo, pessoa para limpeza). Outras questões listadas estão relacionadas aos recursos humanos e as necessidades de integração do serviço na política municipal de saúde. Os profissionais relatam a existência de dificuldades de interação da equipe, falta de capacitação, supervisão institucional, falta de apoio institucional, falta de efetivação de uma rede de saúde mental e/ou a existência de uma rede de atenção ainda incipiente, em processo de formação, falta de estrutura para atenção às urgências, dificuldades do gestor em compreender a lógica da saúde mental, salários incompatíveis com as funções.

Os problemas relatados pelos profissionais aparecem diretamente relacionados à insuficiência dos recursos financeiros de custeio do serviço. Todos os entrevistados referiram que os recursos gerados pelo serviço, através das APACs, não são suficientes para a realização das atividades do CAPS. Dentre as atividades prejudicadas, o trabalho nas oficinas foi apontado como o principal, conforme aparece na fala a seguir:

o que requer mais recursos, atualmente, são as oficinas produtivas, por exemplo, houve uma paralisação de muitas das oficinas quando faltou recurso. O recurso não é exatamente suficiente. Eu acho que os R\$ 500,00 por mês é um recurso pequeno [...] acho que o recurso poderia ser maior, pelas necessidades ele acaba sendo reduzido, não é uma coisa que você possa comprar a vontade, assim, é limitado, muitas vezes, a oficina tira de uma pra passar pra outra (P, 17/3/2006).

¹¹ Gestão Municipal 2004/2008; a Gestão da Secretaria de Saúde referida é a de 2004 a abril de 2006 que teve como gestor o vereador Walter da Luz; à época da coleta dos dados empíricos houve mudança do gestor municipal de saúde, assumindo o cargo o ex-secretário estadual de saúde João José Cândido da Silva.

Um dos profissionais apontou como principal atividade prejudicada pela falta de recursos financeiros a questão do território. Segundo este, a falta de recursos interfere no atendimento prestado, no sentido de que não é possível realizar o acompanhamento, a inclusão e avaliação do usuário em seu território. De acordo com este profissional,

o dinheiro do CAPS pode ser melhor gerido se investir no território. Investir no território seria elaborar projetos, ter mais articulação com a associação de moradores, ou seja, com os recursos que o território oferece, e aí precisa aumentar a própria equipe porque vai ter equipes que vão ter que se deslocar do CAPS; vai ter que ter investimento em carro, daí vai ter que ter um motorista, os próprios agentes comunitários tem que ter essa parceria, isso tudo implica em financiamento. [...] como eu sempre digo, território é onde a vida acontece, onde a cultura é produzida, onde as manifestações de vida, elas estão mais visíveis [...], mas investir lá no território, a equipe tem que estar inserida lá, estar toda hora pensando e discutindo [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

De acordo com as recomendações da política do Ministério da Saúde, as ações de saúde mental devem obedecer a um modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas. São ações que envolvem práticas de reabilitação psicossocial, promoção da cidadania, construção da autonomia possível dos usuários no ambiente em que eles vivem, e que necessitam de uma equipe multidisciplinar capaz de trabalhar sobre a ótica da interdisciplinaridade (BRASIL, 2004).

Necessariamente, a mudança de um modelo assistencial requer a análise de sua estrutura de financiamento. Isso significa que as características singulares e diferentes dos CAPS, em relação aos modelos tradicionais de assistenciais, e a complexidade das ações desenvolvidas por estes serviços necessita vir acompanhada de uma mudança na lógica de alocação de recursos financeiros.

Atualmente, o principal órgão financiador dos CAPS é o Ministério da Saúde (MS). Com a publicação da Portaria GM/MS nº 336/2002 os CAPS passam a fazer parte das ações estratégicas do MS. Esses serviços são incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e a remuneração é através do sistema APAC/SIA¹². Baseado na fatura que o prestador de serviços de saúde apresenta ao SUS, correspondente aos seus gastos

¹² A Portaria GM/MS nº 336/2002 descreve os procedimentos objeto de remuneração, classificando-os em intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Para essas três modalidades de atendimento, a Portaria GM/MS nº 189/2002 fixou o número máximo de atendimentos mensais para cada modalidade, de acordo com cada tipo de CAPS, sendo que para cada tipo de procedimento é destinado um valor diferenciado. Nos CAPS II, um procedimento intensivo custa R\$ 25,40; um semi-intensivo, R\$ 16,30; e um não-intensivo, R\$ 14,85 (BRASIL, 2002).

mensais com a produção de atendimentos aos usuários dos CAPS, o Ministério da Saúde repassa, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, o montante equivalente à sua produção. A inovação introduzida por este modelo de pagamento refere-se à fonte de financiamento, ou seja, ao acréscimo de recursos financeiros repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estadual e Municipal de Saúde (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, pp.129-132).

Sobre este aspecto, perguntamos aos entrevistados qual conhecimento possuem sobre o repasse dos recursos financeiros para o CAPS. Na sua maioria, eles referiram saber sobre os recursos originados a partir das APACs, contudo, relataram não saber sobre o controle do uso desse recurso, conforme expresso nas falas relacionadas:

[...] tem o valor, o montante desse valor que é produzido dos atendimentos pagos pelo Ministério (MS), então, tem isso mensal, a gente tem o valor que chegou, somou, vamos dizer assim, esse montante que a gente somou dos atendimentos feitos no mês, isso a gente sabe, porque as APACs são geradas aqui no CAPS, mas o repasse disso via Fundo Municipal, esse controle eu não sei, eu sei do valor que tem que receber mensalmente (VIK, 24/3/2006).

Bom, formalmente, eu desconheço qualquer..., todas as formas de recursos. O dinheiro da produtividade referente as APACs vai para o Fundo Municipal de Saúde e nunca teve prestação de contas disso. Na verdade a gente não sabe qual é o destino que é dado nem quanto vem; tem o nosso levantamento interno da produtividade, mas não sabemos o que é feito desse recurso (F, 12/4/2006).

Alguns profissionais referiram-se ao fato de o município não ter gestão plena do SUS,

Bom, eu tenho algum, pouco do que é repassado, a gente sabe o que foi recolhido, por exemplo, através das APACs, que são os atendimentos feitos aqui, então eu sei quantos atendimentos foram, qual seria o valor que essas APACs dariam, mas eu não sei qual o valor que a gente acaba recebendo, que fica num fundo perdido, no sentido de que é um fundo único por não ser gestão plena (J, 22/3/2006).

O conhecimento que eu possuo é muito irregular e insatisfatório, assim, a relação APAC, por exemplo, o repasse do dinheiro que viria do Ministério da Saúde a gente acaba..., nós não somos gestão plena então vai pra secretaria (municipal) de saúde e ali é passado pra compra de alimento..., enfim, mas nós não temos autonomia sobre esse dinheiro, então, uma vez que você não tem autonomia o teu conhecimento fica restrito. Está na mão da secretaria mesmo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais discorreu detalhadamente sobre a forma como os recursos são gerados e repassados à unidade gestora (SMS), referindo-se que todas as diretrizes sobre financiamento do serviço são preconizadas pelo Ministério da Saúde através de portarias.

Os recursos financeiros do CAPS são obtidos através de APACs, Autorização de Procedimento de Alto Custo; pra se preencher uma APAC é necessário que haja uma organização do serviço em cima de modalidades de atendimento; as modalidades de atendimento podem ser: semi-intensivo, intensivo e não-intensivo, cada um tem um determinado valor em relação a esse procedimento, ou seja, todas as diretrizes em relação a financiamento, o Ministério preconiza isso em portaria, então, os conhecimentos que eu possuo em relação aos recursos financeiros do Caps são os conhecimentos que já estão preconizados em relação ao Ministério da Saúde; essa APAC uma vez preenchida ela é computada, ela é repassada pro governo federal e este repassa o dinheiro fundo a fundo; esse dinheiro vem pro Fundo Municipal de Saúde, e é esse dinheiro que é aplicado na saúde mental pra ter a gestão do serviço [...] aqui acontece da seguinte forma: cada gestor municipal, como a política é municipalizada, eles criam um protocolo, nesse protocolo eles colocam de que forma esse dinheiro pode ser gastado na saúde mental; então, existe um documento no município dizendo, olha na saúde mental você pode gastar tanto com a associação de usuários, tanto pra comprar materiais, tanto pra gastar em vale transporte; então, existe um protocolo dizendo no que você pode gastar esse dinheiro que vem na saúde mental; é um dinheiro que vem do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde; esse dinheiro cai nessa conta e ali existe um acordo de como se gastar; esse dinheiro é manejado pelo gestor municipal de saúde (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme apontam Freire, Ugá e Amarante (2005, pp. 131-133), o modelo de alocação de recursos dos CAPS (sistema de remuneração por APAC) trás contribuições à política nacional de saúde mental ao inserir os CAPS no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) do MS, pois proporciona maiores incentivos financeiros, haja vista a alocação de recursos municipais extra-teto para a manutenção de serviços já existentes e a implantação de novos serviços.

Contudo, os mesmos autores ressaltam que há de se perceber que a lógica da remuneração que o SUS imprime aos CAPS vincula-se, preponderantemente, à doença. Ou seja, as unidades assistenciais do SUS seguem um sistema de remuneração vinculado a um diagnóstico, mais especificamente, a um episódio de doença, internação, contidos na tabela de procedimentos hospitalares (SIH/SUS) ou a ações ambulatoriais, inscritas na tabela de procedimentos ambulatoriais (SIA/SUS). Desta forma, “o sistema de saúde encontra-se, em sua quase totalidade, voltado para a produção de atos vinculados a doença, isto é, atos

curativos, valorizando, em consequência, intervenções predominantemente individuais, que são remuneradas pela venda de procedimentos, diárias e atos médicos-assistenciais de natureza privatizante” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p 133).

Amarante (2003, pp. 62-63) considera que os CAPS, como os serviços integrantes do SUS, também foram capturados pela lógica da *inampização*, ou seja, pela lógica do pagamento por procedimento. Para o autor, “o modelo prevalente dos CAPS é o herdeiro mais autêntico e legítimo da lógica do antigo INAMPS, onde a saúde era reduzida a doença, ao mesmo tempo em que o sistema de saúde era reduzido a assistência médico-curativa”.

Portanto, o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. Pelo contrário, tente a prejudicar a complexidade de ações dos CAPS, na medida em que não é previsto financiamento das diversas relações que podem ser estabelecidas com a comunidade, com as lideranças e associações comunitárias. Tais ações, dentre muitas outras possibilidades de intervenção territorial, “são inerentes a esse tipo de serviço e objetivariam imprimir um processo de transformação cultural nos diversos segmentos da sociedade, no lidar e no acolhimento das pessoas em sofrimento mental” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 135).

Sobre a forma de repasse dos recursos financeiros ao CAPS, os profissionais entrevistados relataram não existir descentralização administrativa. Os recursos chegam ao serviço na forma de materiais. Alguns profissionais observaram que até a gestão administrativa da secretaria municipal de saúde anterior eles tinham acesso a uma verba de R\$ 500,00 que utilizavam na compra de material para as oficinas. A partir da atual gestão esse dinheiro não foi mais repassado. A compra do material passou a ser feita através de orçamento encaminhado à secretaria, que faz o pagamento, e os profissionais retiram os materiais.

Não, a gente não tem acesso a esse recurso diretamente, a gente não é uma unidade que gere o seu recurso; ele vai pra secretaria e a secretaria... por exemplo: toda a compra de... o pagamento dos almoços, lanches, etc.. é a secretaria que faz; a gente não tem autonomia; o único recurso que a gente manuseia são os R\$ 500,00, que vem para as oficinas; isso é dividido, as Oficinas fazem um rateio, cada oficina compra o seu material, mas até parece..., da última compra fui eu que comprei, ela (SMS de Florianópolis) determinou, já colocou a empresa que vai fornecer; não sei se foi mediante licitação, já fez o pagamento direto, a gente só foi lá escolher e pegar os produtos que tinham sido

solicitados; então..., de outras vezes, por exemplo, a gente pegava o cheque ia lá comprava, pagava naquele valor, agora isso não foi feito dessa forma (P, 17/3/2006).

Desde que começou essa administração (Gestão Municipal 2004-2008) acabou esse repasse; então atualmente a única vez que a gente conseguiu material pras oficinas foi através de empenho que a própria secretaria fez..., então, permanece centralizado, a única coisa que a gente teve que fazer foi ir nas lojas fazer orçamento, passar pra secretaria, a secretaria emitiu as notas, e aí a gente foi buscar o material com essas notas, mas não com o dinheiro (F, 12/4/2006).

Não, não existe, porque, na gestão passada (Gestão Municipal 2000-2004) ainda vinha uma verba de dois em dois meses, tipo quinhentos reais pra compra de material pra oficinas; nós comprávamos, apresentávamos as notas e depois eles colocavam o dinheiro; nessa gestão (Gestão Municipal 2004-2008; Gestão da Secretaria de Saúde de 2004 até abril de 2006) não existe nada, então, a pergunta se existe descentralização administrativa dos recursos financeiros, não, não existe (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais referiu-se a descentralização não apenas como repasse de recursos financeiros e funções administrativas, mas como compartilhamento de poder na gestão do serviço.

Essa descentralização, eu estou entendendo como um compartilhamento de poder; não existe esse compartilhamento de poder na hora de gerir os recursos, assim, o CAPS possui CNPJ, mas ele não possui uma conta específica pra vir dinheiro pro CAPS, não existe isso, existe esse acordo que eu te falei, que vem do fundo a fundo e esse dinheiro vai pra saúde mental e o CAPS tem uma vertente pro CAPS, o dinheiro não é só pro CAPS, ela vai pra saúde mental, e aí o CAPS acaba utilizando esse dinheiro, então, quando pergunta sobre a descentralização eu faço a avaliação de que é o compartilhamento de poder, então, não tem isso, é o gestor que acaba se apoderando desse sistema de financeiro, a gente não interfere (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ao considerarmos a questão da descentralização político-administrativa dos recursos financeiros, temos a intenção de destacar que a transferência desta prática às unidades prestadoras de serviços em saúde nos municípios poderia estar favorecendo uma melhor utilização e adequação dos recursos às necessidades reais do serviço, bem como possibilitar maior agilidade na compra dos materiais e viabilizar um processo de gestão democrática e participativa, entre técnicos trabalhadores, usuários e gestores. Essa prática traduz-se, por sua vez, em um exercício político-pedagógico de construção da democracia, objetivando uma atuação com transparência na administração da coisa pública.

Quando questionados sobre se a descentralização financeira dos recursos possibilitaria o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, os

profissionais, na sua maioria, disseram que sim, com algumas ressalvas feitas para a necessidade de mudanças na forma de gestão administrativa do serviço, conforme expresso nas falas que seguem:

Sem dúvida, sim sem dúvida, isso é um equívoco assim porque..., justamente porque a gente não sabe qual é o destino dado a esse dinheiro. A gente acredita que se a gente tivesse mais transparência nesse processo a gente poderia pelo menos priorizar certas coisas que são de fato importante e garantir que elas fossem..., que a gente conseguisse obter essas coisas, enfim, o investimento necessário (F, 12/4/2006).

A melhor utilização sim acho que o planejamento teria que ser anterior, mas sim, acredito que utilizar no sentido até..., porque muitas vezes, como vai para esse Fundo que é pra todos, pra toda a saúde, você acaba sem saber, igual agora, que a gente já tem o dinheiro da supervisão disponível na secretaria, mas não tem como a gente começar amanhã, embora o dinheiro já esteja lá., porquê? porque a gente não sabe como esse dinheiro vai sair e entrar na mão do terapeuta que vai fazer a supervisão da equipe e isso pode demorar um mês, dois meses, vai saber, seria melhor, claro (J, 22/3/2006).

Sim, com certeza, porque nos iríamos sentar e ver as necessidades, por exemplo, esse ano nós ficamos desde o ano passado até um mês atrás sem material nenhum pras oficinas e as oficinas que mais tinham, capitalizavam usuários e não tínhamos material, nós tivemos que suspender as oficinas; então nós sabemos das necessidades, as necessidades dos usuários, quais as oficinas tem mais usuários, pra gente pode administrar e vê onde pode estar investindo (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que sim porque ficaria mais próximo da própria administração do CAPS, porém, ia surgir a necessidade de ter todo um aparato administrativo pra poder gerenciar isso, mas assim, na medida que aqui no CAPS a gente tem uma gestão participativa, em que os usuários estão reunidos semanalmente pra pensar as regras do CAPS, as necessidades do CAPS, enfim, seria mais interessante talvez, esse repasse direto tu quer dizer, é... não sei assim, a princípio..., hoje a gente tem uma estrutura de conselho que prevê o controle social através do Fundo Municipal de Saúde, o Conselho Municipal tem essa ligação também, e aí a gente está lá também, de certa forma representado (VIK, 24/3/2006).

Olha, eu acho que teria que mudar um pouco a nossa dinâmica de funcionamento; não deixa de ter um lado...bom, é uma faca de dois gumes, poderia facilitar a gente fazer um processo mais rápido talvez, não faltaria coisa, porque as vezes faltam coisas básicas, agora, por exemplo, faltam copos, se você tivesse o recurso você ia ali e comprava uns pacotes de copos, não teria essa... essa falha; agora é saber que é mais uma tarefa também que acumularia em termos administrativos, financeiros, quer dizer, não sei se você não está ali também inchando o processo burocrático aqui dentro do CAPS; eu acho que pode ter vantagens, mas pode ter desvantagens; eu teria que pensar melhor, nunca pensei nessa possibilidade; assim, acho que o dinheiro da Oficina, puxa, se a gente tivesse aqui uma verba seria mais fácil, as vezes faltam coisas

pequenas que você não tem como estar repondo aqui, tem que esperar uma nova verba, de repente pra.... (P, 17/3/2006).

Um dos profissionais observou sobre as questões práticas e políticas que envolvem a descentralização no contexto do SUS:

Esse compartilhamento de poder ele só pode ser discutido dentro da lógica do SUS, universalização, integralização, etc., dentro dos preceitos do SUS tem o controle social, essa descentralização só pode ser discutida quando acontece o controle social. Hoje essa descentralização ela tem que ser discutida no Conselho Municipal de Saúde e mais precisamente no conselho gestor dentro do CAPS; agora, porque não ocorre isso? Porque não tem a clareza da necessidade; eu acredito que as pessoas que acabam estando na prática, principalmente no CAPS, se sobrecarregando com as coisas, e acabam não tendo a clareza, ou não querendo assumir mais um encargo trabalhista; então, esse é um dos grandes problemas que existe, a sobrecarga de trabalho, as condições de trabalho, aí você acaba tendo que lutar por tudo isso; isso aí eu vejo que tem muito a ver com a questão da militância, pessoas que já estão, lá na época ou do ensino médio, que já começam ir pros grêmios, depois a pessoa acaba indo pra militância no movimento estudantil, e quando vão pros serviços de saúde são profissionais mais críticos, que acabam tendo essa visão mais ampla da saúde e da política; então, as pessoas que acabam chegando no serviço com um pouco desse ideal de controle social eu diria, acabam questionando mais essa questão da descentralização; voltando a tua pergunta sobre a descentralização financeira, ela poderia sim possibilitar um melhor planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, se houver o controle social dentro dessa descentralização financeira (GIRASSOL, 20/3/2006).

Cabe destacar que a proposta da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, na regionalização e na hierarquização da rede de serviços, constante entre os princípios e diretrizes do SUS, coloca o município como lugar privilegiado para o desenvolvimento de uma política de financiamento das ações em saúde, com critérios transparentes, e que respeite as particularidades da realidade local. O Ministério da Saúde continua a ser a instância que, na administração do Fundo Nacional de Saúde (FNS), acompanha a aplicação dos recursos que são repassados aos estados e municípios. Estes, por sua vez, são obrigados a constituir os seus respectivos fundos de saúde e conselhos estaduais e municipais, elaborar planos de ação e apresentar relatórios de gestão, garantindo também a existência de contrapartida de recursos para a saúde nos seus orçamentos (COSTA, 2002).

Embora a descentralização seja uma prática com vistas a aumentar o poder decisório de aplicação dos recursos na esfera local, esta ainda apresenta muitos problemas, na medida que não consegue alcançar efetividade, dados os impasses de ordem burocrática e administrativa. Por si só a descentralização não garante maior controle social ou uma prática democrática. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada que abarque as especificidades da área da saúde mental.

Nesse sentido, a lógica fundamental da estrutura de financiamento exigida é a de que os recursos financeiros devem ser centrados nas pessoas e não nos serviços. O financiamento deve contemplar todas as ações necessárias e decorrentes da implantação, implementação e sustentação de uma nova política de saúde mental (BRASIL, 2002a). O que deve ser colocado em pauta é a viabilidade de se financiar o CAPS como um todo, envolvendo todas as suas ações e especificidades, permitindo-se que cada serviço tenha flexibilidade para realizar seu trabalho de acordo com as necessidades locais, desvinculando o financiamento da relação de compra e venda de serviços e da noção de doença (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 136).

3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico

Os profissionais que trabalham nos CAPS compõem um grupo de diferentes técnicos de formação de nível superior e nível médio, e integram uma equipe multidisciplinar. Todas as unidades de serviço devem obedecer a exigência da diversidade profissional e cada CAPS tem suas próprias características quanto ao tipo e a quantidade de profissionais. A equipe mínima indicada para os CAPS II é composta por médico psiquiatra, enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior de outras categorias profissionais entre psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro necessário ao projeto terapêutico e seis profissionais de nível médio entre técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).

O papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. As equipes devem organizar-se para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação

psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e poder equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas (BRASIL, 2004).

Neste item nos propomos a descrever e analisar a composição e perfil da equipe técnica do CAPS Ponta do Coral, bem como as dificuldades e facilidades do trabalho em equipe consideradas pelos profissionais, a existência de práticas interdisciplinares no atendimento ao usuário, de projeto terapêutico e planejamento das ações da unidade de serviço¹³. Ao final do item consideramos os apontamentos dos profissionais sobre as diferenças do atendimento prestado no CAPS em relação ao realizado nas instituições tradicionais/hospitais psiquiátricos.

3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental

O CAPS Ponta do Coral conta com uma equipe de profissionais multidisciplinar que atua diretamente no atendimento aos usuários. São profissionais com formação de nível superior nas áreas de psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Entre os de formação de nível médio estão dois técnicos em enfermagem e um auxiliar administrativo. Compõem a equipe, ainda, os profissionais de apoio, vigilantes e auxiliar de limpeza, e estagiários de psicologia, serviço social e enfermagem.

¹³ É importante destacar que o perfil bem como a opinião dos profissionais sobre o serviço varia, no decorrer do tempo histórico, de acordo com a composição da equipe naquele determinado momento. Outros trabalhos já realizados identificam o perfil da equipe, a percepção dos profissionais sobre o trabalho no CAPS, o significado e o processo de inserção no serviço, a concepção sobre o modelo assistencial e práticas de desinstitucionalização, em épocas anteriores. Entre estes ver: GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003; FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial** - percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004; NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental:** em busca da articulação e qualificação das ações em saúde. Monografia (Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Lato Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

A maioria dos técnicos de nível superior concluiu a graduação na década de 1980. Metade deles possui capacitação específica na área de saúde mental, em geral, cursos de formação e aperfeiçoamento, especialização em terapia cognitiva comportamental, saúde pública, clínica, psicoterapia, psicanálise, atenção psicossocial. Três profissionais possuem mestrado nas áreas de enfermagem, sociologia política, artes cênicas; um fez residência médica em psiquiatria e cursa mestrado na mesma área; uma profissional tem doutorado em sociologia política.

Mais da metade dos profissionais (58,3%) possuem experiências de atuação profissional em outras instituições da área de saúde mental como clínica de internação, hospital psiquiátrico, centro comunitário de saúde mental, serviços de atenção à dependentes químicos e centro de atenção psicossocial. A maioria (66,7%) atua na área de saúde mental a partir da segunda metade da década de 1990. Cinco profissionais identificaram ter experiência de atuação em outras instituições que não da área de saúde mental.

Com relação ao tempo de serviço no CAPS, quatro profissionais atuam desde a implantação do serviço, em 1996, três ingressaram na equipe entre os anos de 2001 e 2002, e quatro profissionais passaram a fazer parte da equipe recentemente, a partir de meados de 2004. Quanto ao tipo de vínculo empregatício, a maioria, 75% (9 profissionais), é servidor público concursado, dois são contrato temporário e um ingressou no serviço público municipal através de indicação técnica. Nove profissionais possuem regime de trabalho de 30 horas semanais e 3 deles trabalham 40 horas semanais.

Com relação a capacitação específica em saúde mental para atuar no CAPS, todos os entrevistados consideram esse quesito de grande importância. Entre as razões apresentadas estão: a necessidade de compreensão e entendimento comum do que é um CAPS e o entendimento do tipo de assistência que este serviço deve oferecer; a preocupação com a diferença no atendimento que o CAPS deve oferecer em relação aquele prestado em outros serviços de saúde mental; a necessidade da capacitação para suprir as defasagens da formação acadêmica, que, em geral, não abarca as especificidades do campo da saúde mental.

Na opinião dos entrevistados,

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS, não tem a qualificação pra atuar, então ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então é necessária a questão da capacitação... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ah sem dúvida, sem dúvida, principalmente porque o que a gente está propondo é uma reformulação no modo da assistência em saúde mental, então é preciso que quem venha trabalhar num CAPS entenda essa lógica, que não venha pra cá com a mesma mentalidade do que se faz no hospital psiquiátrico, do que se faz em ambulatório, é outra coisa também diferente da atenção básica, então o CAPS precisa disso, precisa que o profissional tenha essa.., esse tipo de orientação, esse tipo de compreensão da sua finalidade (F, 12/4/2006).

Muito, muito importante, justamente por isso que eu estou te falando, porque assim, o profissional que trabalha no campo psicossocial, de qualquer área, ele necessariamente precisa quebrar a prática estereotipada pra poder entrar num serviço como esse porque o assistente social de um CAPS ele não é aquele assistente social de um hospital psiquiátrico, ele muda, ele faz outras coisas, ele se coloca de outro jeito, assim também é o médico, assim também é o psicólogo, o enfermeiro, então, uma formação específica pra essa área é bastante adequado porque vai tratar especificamente das necessidades que se colocam no cotidiano (VIK, 24/3/2006).

Considero, considero sim. É interessante que cada um tenha um saber, que traga o seu saber pela sua formação, da sua prática, do seu bairro, da sua comunidade, mas trabalhar no CAPS não é trabalhar em ambulatório, trabalhar no CAPS é ter um conhecimento sim do que é uma Reforma Psiquiátrica, do que significa um CAPS num panorama hospitalocêntrico. É toda essa questão política que tem por trás, questão financeira também, que é um serviço que se propõem substituir sim progressivamente os hospitais. Em muitos lugares isso já é feito, já conseguem fazer internação zero, outros lugares não; então, uma abordagem no CAPS precisa sim ter capacitação (LÉLI, 4/4/2006).

Sim, até por que o que é o CAPS? O quê um CAPS deveria ser? Cada um tem a sua idéia do que é um CAPS, mas ela não é uma idéia homogênea, então a minha experiência do que é um CAPS em outros lugares, que eu já tive em outros lugares especificamente, é muito diferente do que eu chego aqui e encontro as pessoas falando o que é um CAPS. é claro que a capacitação para um CAPS, para o que é o trabalho em CAPS podia homogeneizar, pelo menos todo mundo iria estar falando a mesma língua (J, 22/3/2006).

Sobre este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005, p. 30), observam que “os profissionais de saúde mental são, ainda em grande parte, formados a partir da prática cotidiana que caracteriza a lógica manicomial”. Hospitais e clínicas psiquiátricas constituem-se ainda os espaços onde “são oferecidos treinamentos em serviço (sob a forma de estágios e residências) aos profissionais que irão, no futuro, tentar materializar a nova lógica dos serviços substitutivos”.

Os autores destacam que “do sucesso da forma de organização da produção e transmissão do conhecimento pode depender o sucesso da própria reforma psiquiátrica” (OLIVEIRA; DORNELES, 2005, p. 32). Neste sentido, é importante que seja colocado na

cena do debate o funcionamento das instituições de aprendizado profissional sob a ótica da reflexão sobre as práticas e não apenas sobre o discurso das propostas dos cursos de formação. Os centros de formação devem se programar, planejar e garantir aprendizado e treinamento supervisionado, em que se pratique e construa espaços de práticas genuinamente terapêutica.

Na mesma direção, um dos entrevistados expressou sua preocupação com relação a seleção dos profissionais que vão atuar no CAPS, argumentando que os resultados do trabalho também dependem desse aspecto.

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS não tem a qualificação pra atuar, então, ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então, é necessária a questão da capacitação [...]. o processo de inclusão do profissional na área da saúde mental hoje, como se dá? Ele se dá por indicação política, seleção por contrato temporário e por concurso público. A indicação política pode ofertar profissionais desqualificados, pode! O contrato temporário, se não tiver um rigor no perfil que se quer pra trabalhar em CAPS vai acontecer a mesma coisa, um profissional desqualificado, o concurso público a mesma coisa, se não tiver um perfil, se não tiver o que se gostaria realmente, qual profissional que você gostaria de estar atuando hoje no CAPS, então, enquanto não se superar a forma de inserção no trabalho do CAPS, enquanto não se superar a discussão da saúde mental nos currículos acadêmicos vai continuar sendo sempre necessária a questão da capacitação [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Com relação a formação das equipes técnicas para atuar nos CAPS, as indicações aprovadas na e pela III CNSM apontam para a necessidade de que a contratação de profissionais deva ser realizada exclusivamente por meio de concursos públicos, e em caso de urgência, através da CLT, mas com seleção pública. E, ainda, os concursos devem exigir os pré-requisitos necessários e adequados à proposta de trabalho em saúde mental, alinhada teórica e conceitualmente aos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2002a).

Assim, é necessário considerar, quando da seleção dos profissionais, o perfil para trabalhar junto ao portador de sofrimento psíquico, bem como a existência de uma dimensão subjetiva, humanizante, solidária e fraterna como componente fundamental do perfil dos trabalhadores em saúde mental. Nesta direção, uma das participantes da pesquisa destacou a questão da opção política por este tipo de trabalho, associada a necessidade de competência técnica para atuar na área.

Eu acho que a gente trabalha com situações que requerem um estudo permanente, formação permanente, [...] eu acho que este é um dos vícios da saúde pública. Muitas vezes se confunde um pouco o tratamento ético ou moralmente responsável com uma qualidade também técnica. Eu acho que as duas coisas têm que estar associadas, tem que ter uma empatia pela causa da saúde pública, que aí entra na questão ética, moral de cada um, valores que você tem quando você vem pra esse tipo de trabalho; muitas pessoas que vem pra saúde pública quase que tem uma vocação religiosa. Mas ao mesmo tempo você também tem que ter uma competência técnica; não basta você tratar bem o paciente, você acolher, você precisa saber como intervir dentro da linha de trabalho que cada um escolhe, isso é fundamental (P, 17/3/2006).

Os profissionais, na sua maioria, indicaram ter recebido capacitação para atuar no CAPS. Referiram-se, especificamente, a um treinamento/capacitação realizado em novembro de 2005, com duração aproximada de 20 horas, organizado pela Assessoria Técnica de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde¹⁴. Contudo, alguns observaram que foi um treinamento tipo encontro, de curta duração, com trocas de experiências, e que não chegou a ser muito significativo.

Com relação a política de saúde mental, a maioria dos profissionais (83,3%) afirmou ter no mínimo algum conhecimento de sua organização e diretrizes. Entre os entrevistados, todos consideram importante saber sobre os princípios, a estrutura e forma de organização da política de saúde mental para o trabalho do CAPS. Todos indicaram haver disponibilidade de material didático relativo a política na unidade de serviço.

Sim, precisa conhecer a política porque o atendimento está dentro dessa política, dessa lógica. (LÉLI, 4/4/2006).

Claro! é vital, pra poder planejar o seu trabalho, pra poder saber como é que a gente se liga com outros serviços, como é que a gente pode montar a rede, isso é fundamental porque o trabalho não se encerra aqui dentro, não pode ficar aqui dentro só, ele tem que poder justamente se expandir (F, 12/4/2006).

Sim é muito importante, até pra saber o que está acontecendo, o que pode ser feito, quais são os recursos disponíveis, o que precisa melhorar. Acredito que, fora a sua capacitação individual, eu acho que isso é uma outra premissa pra você iniciar no serviço [...] (J, 22/3/2006).

É importantíssimo conhecer, primeiro saber se ela existe, primeiro a pessoa tem que ter a curiosidade, tem que ter o desejo e a clareza de que é essencial ter os parâmetros ou diretrizes políticas de saúde mental pra

¹⁴ O município não tem o cargo de Coordenador de Saúde Mental. Em novembro de 2005 foi nomeada Assessora Técnica em Saúde Mental a enfermeira Lílian Pagliuca, que permanece na função até a data da presente pesquisa.

poder acompanhar, se orientar, e, segundo, conhecer sobre essa política (GIRASSOL, 20/3/2006).

Muito importante porque hoje a gente tem acesso a isso, aqui no CAPS a gente tem a legislação de saúde mental e pra gente poder entender porque, assim, a gente está na gestão da política também, por ser participativa, por estar junto nas decisões, então é preciso que a gente entenda, e tem muito detalhamento, são muitas portarias, o sistema de financiamento também é bastante complexo [...] (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que claro, porque a gente está dentro de um braço da política nacional de saúde; tanto pra você ter noção de qual é a perspectiva, em nome de que esse serviço está sendo mantido, também pra você poder avaliar a possibilidade desses ideais, dessas prerrogativas, que são pensadas a nível geral e nacional, serem realmente eficaz em termos práticos, porque muitas vezes você tem uma boa idéia, mas nem sempre uma boa idéia traz um bom resultado [...] (P, 17/3/2006).

Nesse sentido, a construção e consolidação de uma política de saúde mental, coerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o estabelecimento de uma política adequada de recursos humanos, que valorize e considere a importância do trabalhador de saúde mental na produção dos atos de cuidar. Para isso, deve-se garantir a capacitação e qualificação continuadas; a remuneração justa dos profissionais; a garantia de condições de trabalho e de planos de cargos, carreira e salários; a democratização das relações e das discussões em todos os níveis de gestão; a incorporação das questões de segurança, saúde e saúde mental do trabalhador; a garantia de supervisão clínica e institucional; a avaliação de desempenho e garantia da jornada de trabalho adequada para todos os profissionais de nível superior, bem como a isonomia salarial entre eles (BRASIL, 2002a).

3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário

De acordo com as indicações aprovadas na III CNSM, a política de recursos humanos para a saúde mental deve visar implantar, em todos os níveis de atenção, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, na perspectiva do rompimento dos especialismos e da construção de um novo trabalhador em saúde mental, atento e sensível

aos diversos aspectos do cuidado, ou seja, com uma visão integral e não fragmentada da saúde (BRASIL, 2002 a).

Segundo 83,3% dos profissionais o trabalho no CAPS Ponta do Coral é realizado em equipe. A maioria considera que existem dificuldades na realização das atividades. Uma delas está relacionada, conforme identificado por eles, ao fato de que nem todos compartilham das mesmas referências com relação à Reforma Psiquiátrica, à saúde pública e ao projeto do CAPS.

Bom, são várias, mas o que eu vejo de mais complicado é o fato de que nem toda a equipe compartilha das mesmas referências em relação ao que seja a Reforma Psiquiátrica, a função de um CAPS, as necessidades que o CAPS tem pra alcançar esses objetivos. Isso se deve em parte a diversidade da formação, e também às convicções pessoais. O problema não é a diversidade em termos da formação profissional em si, mas o modo, o fato de que você tem uma equipe multiprofissional por exemplo, isso gera alguma dificuldade na troca, na possibilidade de produzir um conhecimento novo a partir dessas experiências que são de diferentes disciplinas, diferentes áreas. Mas eu diria que é mais no sentido da Reforma Psiquiátrica mesmo, naquilo que ela aponta, então parece que esse é um problema a mais; outro que tem se tornado mais evidente pra mim ultimamente é a falta de formação de grande parte dos profissionais sobre o que seja saúde pública, boa parte deles não conhece o sistema de saúde pública, apesar de trabalhar num serviço de saúde pública, mas não conhece o sistema, não sabe a lógica, não sabe como é que ele funciona, então acaba tomando decisões muitas vezes administrativas que são equivocadas, que não levam em conta o modo de funcionamento da saúde pública (F, 12/4/2006).

Tem sim várias dificuldades, entre elas, existem diferenças de formação e, portanto, ideológicas. Alguns momentos a gente vê, assim, o CAPS tem um projeto de não internação, de autonomia do usuário, de gestão plena do usuário, e, as vezes, a equipe, algumas pessoas acabam esbarrando com isso. O entendimento disso é muito difícil também, as vezes é uma linha muito tênue entre o que é o assistencialismo, a autonomia, o que é dar o limite do ponto de vista terapêutico e o que é dar o limite porque você não quer se incomodar. Então, algumas pessoas não vêm de uma postura da Reforma Psiquiátrica, não sabe o que é uma Reforma Psiquiátrica, não tem uma noção, [...] é uma luta política também e algumas pessoas não sabem o que é [...] (LÉLI, 4/4/2006).

Em outras falas, foi apontada como uma das dificuldades do trabalho em equipe questões relacionadas a uma suposta divisão entre o grupo de técnicos.

A relação com a equipe tem uma certa peculiaridade, eu acho que as pessoas, a equipe que começou anteriormente, já desde a formação ou no começo do CAPS, eles se intitulam como a equipe do CAPS. Os que chegaram depois, em geral, não são bem acolhidos, ou são muito pouco,

tanto que as próprias atividades em equipe, em grupo, dificilmente, essas pessoas novas são incorporadas ao que já existe; então, acaba criando aí até a equipe da manhã, a equipe da tarde, mais ou menos, embora eu estou aqui todo o período, mas tem essa divisão... e eu acho que assim o ponto de partida é esse, a sensação é que quem não estava aqui desde o começo não fez parte da história (J, 22/3/2006).

A equipe que iniciou lá em 96 (1996) veio com algumas questões conceituais amarradas. Por quê? Porque a pessoa que estava pensando, planejando o CAPS ela vinha do Movimento da Luta Antimanicomial, era uma das representantes em nível nacional aqui em Floripa, Santa Catarina; então tinha algumas coisas amarradas na estrutura de atendimento do CAPS, que era muito pra poder implantar o sonho da Reforma Psiquiátrica aqui em Floripa, criar um serviço, do município, que de fato evitasse internação, que de fato fosse continente pros usuários com transtorno mental grave, e isso se mantém, porém, com a chegada dos técnicos que foram sendo substituídos, alguns saíram, técnicos novos entraram, a equipe de profissionais foi se modificando, a gente tem uma distância conceitual por mais que a gente pretende uma proposta multiprofissional, e a gente consegue, ao longo do tempo a gente conseguiu, é muito interessante o jeito como nós trabalhamos, porque de fato conseguimos trabalhar cada profissional lado a lado, dividindo o mesmo grupo, a mesma oficina terapêutica, então, assim, isso é possível, mas hoje, a gente, assim, tenta manter esse paradigma da Reforma Psiquiátrica, da desospitalização, do fortalecimento dos serviços territorializados, de um modelo que é um modelo multiprofissional, com a gestão participativa dos usuários, contra o modelo hospitalocêntrico, médico centrado, mas existem diferenças na questão conceitual da equipe, isso é falho, inclusive pra própria equipe (VIK, 24/3/2006).

A importância da unidade da equipe no atendimento ao usuário e na organização do trabalho recai sobre a qualidade do tratamento terapêutico ofertado. A mudança de paradigma epistemológico com relação a saúde mental não garante por si só a alteração das práticas assistenciais. Os conflitos e problemas de equipe existentes precisam ser trabalhados nas supervisões institucionais de forma que os técnicos consigam superar as dificuldades que obstaculizam a união do grupo em torno de um objetivo comum, sejam elas ideológicas, de formação, de concepção e/ou de afinidade com os colegas.

Um dos entrevistados apontou a questão das relações de poder e diferenças nos valores pessoais e nas relações interpessoais como dificuldades do trabalho em equipe.

Primeiro, a relação de poder, eu acho que é um grande problema, uma dificuldade que existe. Essa relação de poder, ela emana, que eu tenho percebido, da psicanálise, da teoria psicanalítica e da teoria psiquiátrica; então, os profissionais detentores desse conhecimento acabam, sutilmente, estabelecendo poder frente aos profissionais não-psi diria; essa relação de poder pelo saber é um dos problemas ou uma das dificuldades que eu encontro pra trabalhar em equipe no CAPS; outra

dificuldade, acho que é a própria experiência de vida das pessoas, aquelas pessoas em que parece que não estão claros os valores humanos como solidariedade, amor, justiça, sabedoria, a práxis, o repensar a prática, profissionais que não fazem a autocrítica da sua prática, pra mim, eu acho que é uma dificuldade trabalhar em equipe devido a isso; então, seria esse poder pela teoria e essa questão um pouco mais pessoal que é a relação de lidar com o outro, as relações interpessoais, são dificuldades que eu vejo em equipe (GIRASSOL, 20/3/2006).

A partir da fala profissional é possível pensar sobre as relações de poder que se estabelecem pelo saber. Conforme nos ensina Foucault (1979), os poderes se exercem em níveis variados e em pontos diferentes da vida social. Neste complexo, existem os micropoderes que estão intimamente relacionados com a produção de determinados saberes (sobre o criminoso, a sexualidade, a doença, a loucura). Assim, o poder não é algo que se detém como uma coisa, como uma propriedade, que se possui ou não. O poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona, como uma máquina social que não está situada em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda estrutura social (MACHADO, 1979 p. XIV).

De acordo com Foucault (1979), todo conhecimento, seja ele científico ou ideológico, só pode existir a partir de condições políticas, que são as condições para que se formem tanto o sujeito quanto os domínios de saber. Para o autor não há saber neutro, todo saber é político. Dessa forma, saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber. E, em contrapartida, todo saber assegura o exercício de um poder (MACHADO, 1979 p. XXI - XXII).

Na seqüência, a entrevistada aponta de forma geral algumas das questões cotidianas como dificuldade no trabalho em equipe.

Bom, eu acho que as vezes a gente é muito trefista, a gente não tem o tempo suficiente que a gente gostaria para estar parando para discutir os casos, se ater a cada paciente; tem diferenças na equipe também, tem conflitos [...] mas assim, a gente ainda tem, as vezes, coisas assim muito imediatistas, que não nos propiciam fazer realmente um estudo de caso mais integrado, ter uma intervenção, as vezes, mais articulada; a gente tem tentado em alguns momentos, mas assim, não é uma coisa que tem um peso forte como eu acho que deveria ter (P, 17/3/2006).

Dessa forma, a intensidade das demandas colocadas aos profissionais, especialmente na atualidade, provocam o desenvolvimento de ações pragmatistas, muitas

vezes sem uma reflexão maior. Isso vem acontecendo em vários contextos institucionais e com diferentes profissões. Ou seja, na medida que aumentam as necessidades humanas e as demandas para satisfazê-las, não ocorre no mesmo ritmo, o aumento da oferta de equipamentos e serviços assistenciais capazes de dar conta da complexidade dos problemas decorrentes da emergência das novas relações sociais, econômicas, culturais, advindas com a modernidade.

A precarização das condições de trabalho também foi apontada pelos entrevistados como mais um dos fatores que, por vezes, dificultam a convivência e o trabalho em equipe. Eles se referem a questão da diferença na remuneração salarial entre os profissionais que trabalham no CAPS, principalmente do médico para as outras profissões. A desproporção salarial chega a diferença de até quatro vezes mais entre o que recebe o profissional médico e o salário dos demais técnicos. Associadas a esta situação estão a diferença na carga horária de trabalho, a condição de contratação temporária, a falta de reconhecimento por parte da SMS, no apoio e incentivo à participação em eventos científicos e de militância política na área, entre outras.

Os profissionais indicaram que contam com supervisão institucional para lidar com as questões do trabalho no cotidiano. A supervisão institucional existente era, até o início deste ano (2006), paga pelos próprios profissionais, mas nem todos participavam. A partir do mês de abril do corrente esta passou a ser financiada com recursos provenientes do Ministério da Saúde. Além deste tipo de supervisão, foi relacionado como outro recurso existente para abordar essas questões as reuniões de equipe, realizadas mensalmente, as reuniões clínicas, realizadas semanalmente, e foi citada pelos técnicos em enfermagem, a supervisão realizada com profissional da área.

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que as políticas de formação e capacitação em saúde mental devem criar espaços de trocas baseados na realidade local, com valorização dos diversos saberes e metodologia participativa. A supervisão clínica e institucional permanentes deve ser estendida a todas as pessoas que trabalham com portadores de transtorno mental: equipes de PSF e PACS, trabalhadores da urgência e emergência, do hospital geral, dos serviços substitutivos e dispositivos residenciais, cuidadores de saúde mental, profissionais de nível médio e superior da rede de saúde mental. A referida Conferência destaca, ainda, a necessidade de implantação da NOB – Recursos Humanos do SUS, salientando a importância da garantia da capacitação para todos os níveis, supervisão permanente, interdisciplinaridade e isonomia salarial (BRASIL, 2002a).

Com relação as potencialidades que o trabalho em equipe possibilita os profissionais destacam a relevância deste no atendimento ao usuário, a possibilidade de trocas entre as varias áreas e a oferta de um atendimento multidimensional.

Entendo que essa é uma clínica multidisciplinar e isso (trabalho em equipe) é importante pela complexidade mesmo do tipo de fenômeno com o qual a gente trabalha, então, a gente precisa, é necessário ter uma oferta de serviços e de formas de atenção, que seja a mais diversificada possível, pra que a gente possa atender a uma série de necessidades que as profissões nas suas especialidades não dão conta; então essa é a grande vantagem, você pode fazer essa atenção multidimensional, isso é interessante (F, 12/4/2006).

A vantagem é justamente a estrutura coletiva de resposta à uma situação que chega pra você; vem a psiquiatria trazer um conhecimento, a psicanálise traz outro, [...] a enfermagem acaba dando a sua contribuição quando discute realmente a relação, vem o serviço social discute essa articulação que a pessoa tem com o social, e essas pessoas (profissionais), com seus conhecimentos, vão socializando esse conhecimento pra dar a resposta às fragilidades ou às potencialidades de vida que essa pessoa traz (GIRASSOL, 20/3/2006).

Acho que a grande vantagem é que a gente quebra a lógica hospitalocêntrica que era muito centrada no médico, na figura do médico, naquilo que o próprio médico decidia do tratamento, hoje quem decide é a equipe multiprofissional [...] (VIK, 24/3/2006).

Ah! Muitas, eu acho, em primeiro lugar, essa possibilidade da troca interdisciplinar; porque eu acho que cada um tem um tipo de contribuição diferente, um saber que te ajuda a pensar com mais amplitude o próprio trabalho, o próprio paciente, e, eu acho que quebra um pouco certas relações de poder; também, assim, o fato de a gente lidar com situações que são muito pesadas para alguém estar lidando sozinho, então quando você sente essa coisa da equipe, quando tem um paciente que está muito comprometido ou que tem risco de vida, a gente se sente muitas vezes angustiada por aquele paciente e você tem a equipe pra te dar um respaldo, pra estar pensando junto. Acho que isso é, sem duvida, algo que gratifica também (P, 17/3/2006).

Primeiro, agregar conhecimentos, se a equipe for multidisciplinar, que não quer dizer interdisciplinar, mas a princípio se ela for multidisciplinar a possibilidade de trocas de conhecimento de várias áreas realmente acaba sendo muito rica; são vários olhares sobre uma mesma questão, vários pontos de vista. Quando o trabalho de equipe é interdisciplinar, as pessoas acabam trocando mesmo, saindo, as vezes, do seu campo de formação, podendo estar se estendendo em outros campos, acaba sendo mais rico ainda. Num trabalho como o CAPS é necessário (o trabalho em equipe). Eu não consigo ver o trabalho que não seja em equipe porque pra você atender um usuário você precisa de uma equipe, pra você abordar o usuário, uma família, receber uma família precisa de vários olhares, enfim, de várias formações, vários olhares técnicos, da parte de

enfermagem, psicologia, da arte, serviço social, então, isso é importante (LÉLI, 4/4/2006).

O reconhecimento de outras dimensões no processo saúde-enfermidade, que não estritamente a biológica, traz a tona a questão da interdisciplinaridade¹⁵, pois na busca da integralidade da assistência a atuação de um único saber profissional não é suficiente. No processo da Reforma Psiquiátrica o campo da saúde mental é chamado a refazer-se por inteiro, ampliando o seu foco de abordagem e procurando romper com as delimitações dos saberes tradicionais na área. Busca-se uma nova recomposição de conhecimentos, sustentados sobre um conjunto de rupturas e novas premissas, e não apenas um novo somatório ou rearranjo simples dos saberes especializados. Desta forma, diversos campos de saber, implicados na assistência em saúde mental, são envolvidos na teorização e nas novas práticas de cuidado (VASCONCELOS, 2000a).

A pesquisa realizada indicou que 66,3% (correspondente a oito dos doze profissionais que responderam o formulário) dos profissionais consideram que existe interdisciplinaridade no atendimento ao usuário no CAPS Ponta do Coral. As falas relacionadas na seqüência apresentam a concepção dos profissionais sobre interdisciplinaridade e indicam a respectiva compreensão sobre a importância desta no atendimento ao usuário.

A gente poder ter o que a gente chama de clínica ampliada, essa multidimensionalidade que nos permite atacar o problema de várias formas e, portanto, oferecer diversas formas de atendimento, desde o medicamentoso até o serviço social, as oficinas, as oficinas expressivas, a arte, etc. (F, 12/4/2006).

Eu acho que em primeiro lugar isso, assim, é um olhar mais amplo para a condição daquele paciente. Cada profissional tem um aspecto que acentua, pela sua vida, pela sua formação; o educador artístico tem uma outra estratégia, por exemplo, pra lidar com aquela queixa do paciente, o assistente social tem uma, o psicólogo tem outro olhar, assim, eu acho que pra mim soma, eu acho que é uma forma da gente também aprender, enriquecer a nossa análise, a nossa possibilidade de intervir; sem dúvida que é rico (P, 17/3/2006).

Alguns profissionais expressaram sua concepção de interdisciplinaridade observando que esta não é sinônimo de multidisciplinaridade e que nem sempre é possível fazer práticas interdisciplinares.

É justamente isso, poder compartilhar o conhecimento que cada disciplina traz, essa inter, mas realmente compartilhar isso e não a

¹⁵ Sobre os conceitos de multi, inter e transdisciplinaridade ver, entre outros, Vasconcelos, 2000a.

multidisciplinaridade; é pensar, coletivamente, saídas pra enriquecer a vida da pessoa e aí é sempre um pensar e repensar (GIRASSOL, 20/3/2006).

Então, essa idéia dessa troca de conhecimento pra poder ajudar o usuário, pra poder a equipe ter um suporte também, pra poder, num estudo de caso, por exemplo, trocar os vários conhecimentos, os vários pontos de vista e poder estar entrelaçando; então, é importante, mas nem sempre se consegue fazer (LÉLI, 4/4/2006).

Já nas falas que seguem é possível perceber a concepção de interdisciplinaridade mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade.

Cada profissional tem a sua especialização, e ele foi formado para atender determinadas características que aquele usuário precise, ou informações, e a própria atenção, e cada um tem uma formação específica e diferenciada; então, eu acho que quanto mais ampla, mais amplamente ele for avaliado, e receber essas informações, e esse tratamento, vai ser melhor pra ele; então, desde o serviço social, desde o atendimento psicológico, o atendimento médico, enfim, até ah! eu cortei meu dedinho, o que eu faço? Então, vai poder ser atendido ali, ser acolhido pelo técnico de enfermagem (J, 22/3/2006).

É muito importante porque cada profissão tem o seu conhecimento específico e contribui aí com o seu conhecimento. É necessário que cada um de nós tenha muito claro o seu papel aqui dentro pra que não vire uma salada mista e se dilua o que cada um faz, que é específico de cada um. Então, é importante que a gente tenha boa formação técnica, específica da saúde mental pra que a gente possa chegar numa equipe que trabalha sob o paradigma do campo psicossocial, e que de fato possa ser multi, no sentido do atendimento, e aí, assim, no campo psicossocial, aqui no CAPS, por exemplo, a gente vê a necessidade de os profissionais trocarem mesmo, porque surgem muitas demandas, são muitas necessidades do usuário, é um campo novo. Então, assim, tem n coisas que vai se descobrindo, que cada área contribui diferentemente, mas ao mesmo tempo de forma conjunta. Então, o psicólogo, obviamente, ele tem mais elementos pra entender a parte clínica, o assistente social tem mais elementos pra entender a parte previdenciária, da assistência social desse usuário, que também é importante, muito importante pra ele, o médico tem o conhecimento sobre os psicofarmacos, sobre essa parte mais específica da medicação, e assim a gente vai trocando (VIK, 24/3/2006).

Com relação a este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005) observam que, no Brasil, a interdisciplinaridade faz parte do discurso politicamente correto, garantindo seu estabelecimento como princípio, traduzido na expansão cada vez maior dos territórios profissionais e na fusão dos saberes. O discurso da multi e da transdisciplinaridade é relativamente bem conhecido e aceito em nível intelectual, mas as práticas institucionais apontam, paradoxalmente, para fortes resistências, isolamento e hiperespecialização.

De acordo com os autores, para que estas ações multidisciplinares se tornem efetivas há necessidade de estratégias e planos, que visem a harmonização da convivência para que esta não seja imposta, mas compreendida e desejada pelos profissionais. Na prática, o momento é de impasse, pois multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade existem em tese e como imposição de comando, mas não se concretizam, ainda, como prática planejada, efetiva e eficaz (OLIVEIRA; DORNELES, 2005).

Ainda segundo os referidos autores, uma verdadeira transdisciplinaridade não está nem mesmo no horizonte das instituições de saúde mental brasileiras. Este é um dilema fundamental no processo da reforma psiquiátrica, que depende de ações integradas (órgãos reguladores do ensino superior, programas universitários, instituições e serviços de atendimento) para cumprir sua missão de transcender as práticas manicomial e os territórios de dominação e poder estabelecidos entre as disciplinas que formam a saúde mental.

3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações

A importância do projeto terapêutico dos CAPS recai sobre a responsabilidade de que todo o trabalho desenvolvido em cada unidade deve ser realizado em um ambiente terapêutico. Isto significa que tanto os atendimentos individuais, grupais como a convivência no serviço tem finalidade terapêutica. Cada CAPS deve ter um projeto terapêutico, que leve em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais, as iniciativas de familiares e usuários e o território onde se situa, com sua identidade, sua cultura local e regional (BRASIL, 2004).

O CAPS Ponta do Coral conta com projeto terapêutico do serviço, o qual, segundo 75% dos profissionais que responderam ao formulário, foi planejado em equipe. Três profissionais referiram não saber sobre o planejamento em equipe por não fazerem parte desta a época.

O sistema atual de atendimento no CAPS Ponta do Coral difere da maioria do adotado pelos serviços desta natureza. Em geral, os CAPS realizam a assistência ao usuário

no modelo de TR¹⁶. O CAPS Ponta do Coral oferece atendimento sob a ótica da regionalização. Ou seja, como o serviço não é territorializado, é o único na modalidade, na cidade e no município, a equipe técnica foi subdividida em pequenos grupos ou mini-equipes de dois e/ou três profissionais, sendo cada uma destes responsáveis por uma das regionais, que é onde o usuário mora. Esta proposta foi pensada e implementada há quase dois anos, quando os profissionais identificaram dificuldades em atender no sistema de Terapeuta de Referência (TR) toda a demanda existente. Tal estratégia utiliza-se do sistema de divisão por regionais da Secretaria Municipal de Saúde. Ao total são cinco Regionais de Saúde, Leste, Norte, Sul, Centro, Continente, distribuídas espacialmente na área geográfica do município. Nestas regionais, foram implantadas, recentemente (a partir do final do ano de 2005 e início de 2006), equipes de atenção em saúde mental, compostas por um médico psiquiatra e duas ou três psicólogas em cada uma das Regionais de Saúde.

De acordo com o projeto terapêutico do serviço, as atividades desenvolvidas são: psicoterapia, atenção medicamentosa, atendimentos de emergência, grupo terapêutico, oficinas terapêuticas¹⁷, assembléia de técnicos, usuários e familiares, visitas domiciliares, articulação com entidade, programas e serviço, atividades de formação e pesquisa, reuniões de equipe, reuniões clínicas de casos¹⁸.

Conforme as determinações da Portaria GM/MS Nº 336/2002, a assistência prestada ao usuário no CAPS deve incluir atendimento individual, em grupo, atendimento à família, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades comunitárias, enfocando a integração do portador de transtorno mental na comunidade e sua (re)inserção familiar e

¹⁶ Este sistema de atendimento é desenvolvido na maioria dos CAPS e constitui-se do acolhimento da pessoa quando de sua chegada ao serviço por um dos profissionais da equipe. A partir daí é traçado um projeto terapêutico com o usuário e o profissional que o acolheu passará a ser uma referência para ele. O Terapeuta de Referência (TR) tem a responsabilidade de monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo as atividades e a frequência de participação. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, discutindo com o usuário e com a equipe técnica do CAPS (BRASIL, 2004, p. 16).

¹⁷ São oferecidas as seguintes oficinas: oficina de cerâmica, oficina de artes plásticas, oficina de mosaico, oficina de jogos, esportes e lazer, oficina de tapeçaria, oficina de trabalhos manuais, oficina da terra, oficina de jornal, oficina de velas, oficina de leitura, oficina de música, oficina brechó, oficina de teatro, oficina de formação política, oficina de fotografia. Destas, as oficinas de cerâmica, velas e mosaico são produtivas, ou seja, sua produção é comercializada. Cabe destacar que algumas oficinas podem estar em funcionamento ou não, em determinado período de tempo, de acordo com a disponibilidade de técnicos para acompanhar, de condições materiais para o funcionamento e da demanda de usuários.

¹⁸ A descrição e o objetivo de cada atividade pode ser consultado no Projeto Terapêutico do CAPS II Ponta do Coral (2004), ou a partir do projeto de Estágio curricular em Serviço Social de Stuari (2005).

social. A depender do projeto terapêutico de cada usuário, o CAPS poderá oferecer as seguintes modalidades de atendimento: atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo¹⁹.

Já com relação ao planejamento das ações, 50% dos profissionais consideram que este existe. Cabe lembrar que ao questionarmos os participantes da pesquisa sobre este fator, estamos nos referindo ao planejamento estratégico, aquele voltado para uma visão ampla, global e de longo alcance da organização/instituição, baseado na análise do contexto e com a finalidade de buscar alternativas de ação. No entanto, alguns dos entrevistados observaram estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação objetivo e sistemático dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declararam não existir processo de planejamento e avaliação das ações do serviço, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

As falas relacionadas a seguir demonstram o tipo de planejamento existente no CAPS e como este acontece.

Bom, o planejamento é feito mais ou menos assim: chega uma época do ano em que a Secretaria (SMS de Florianópolis) nos pede um planejamento e aí, geralmente isso é com uma semana no máximo de antecedência, é aquela correria, a gente monta um plano básico de trabalho etc., mas é muito mais pra cumprir a obrigação. A gente tem um projeto terapêutico que é amplo, que é do serviço todo, e a gente vai, com esse projeto terapêutico a gente vai ajustando as atividades e aquilo que a gente pretende alcançar, mas não há um planejamento muito formalizado, não há um processo de planejamento, até porque é tudo muito fragmentado, o que a gente planeja aqui, boa parte depende desse recurso financeiro, depende do apoio da Secretaria, que é sempre uma coisa incerta. Então, em termos de planejamento a coisa fica sempre muito precária. Em termos de avaliação é mais precário ainda, a gente não tem indicadores; novamente, no final do ano, aí a Secretaria pede um relatório do que foi feito, a gente faz um levantamento geral, mas ele é descritivo, ele não é avaliativo, a gente não sabe de fato quais são

¹⁹*Atendimento intensivo* – atendimento diário, oferecido à pessoa que se encontra em grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento semi-intensivo - nessa modalidade, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Este tipo de atendimento é oferecido quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento não intensivo – oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até 3 dias no mês. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário (BRASIL, 2004, p. 16).

os efeitos que a nossa intervenção produz; claro, a gente tem uma certa dimensão pelo contato direto com os usuários, fulano que não interna a tanto tempo, ou fulano que voltou a trabalhar, ou que resolveu pelo menos algumas coisas que eram mais complicadas na sua vida, isso a gente tem, mas não tem um processo de avaliação estruturado que nos permita dados com visibilidade maior (F, 12/4/2006).

Neste sentido, destacamos que, a nosso entender, a função planejamento deve orientar todas as ações no dia-a-dia das organizações. O planejamento é o processo de estabelecer antecipadamente a finalidade da organização/instituição, definir os objetivos e prever as atividades e os recursos necessários para atingi-los. Planejar é uma forma de pensar o futuro da organização/instituição, definindo o que fazer, como, quando e com recursos. Nesse processo, é importante considerar que as organizações/instituições estão inseridas num contexto constituído pela sociedade, pelo Estado e por outras instituições que influenciam suas decisões (TENÓRIO, 2000).

Alguns profissionais referiram-se, especificamente, ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, reuniões clínicas e na supervisão de equipe. Segundo estes, é na reunião de equipe mensal que se planejam mais as ações, estas entendidas como a definição dos grupos terapêuticos ou oficinas que vão ter, o objetivo e a finalidade destes, a demanda etc..

Mensalmente, a gente tem uma reunião de equipe, que tem um pouco esse objetivo, de planejar e avaliar o que é feito. Além dessa reunião mensal a gente tem dois outros momentos semanais, que é um na quarta-feira outro na quinta-feira, que a gente chama de reunião técnica, [...] mas isso se dá muito no cotidiano também, na assembléia geral do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Ele acontece em reunião de equipe, uma reunião mensal, a gente planeja grupos, planeja..., então.., acontece, primeiro tem uma reunião mensal da equipe e reunião duas vezes por semana, que são os estudos de caso; agora, a avaliação, acontece em reunião de equipe mais; o planejamento, por exemplo, como abordar um determinado caso, como ajudar, de como servir a família, o trabalho, é feito durante a semana nos estudos de caso, e nós temos a supervisão, que é um espaço que também acaba se fazendo uma avaliação, a supervisão de equipe (LÉLI, 4/4/2006).

Outras falas detalharam as conseqüências da falta de um processo sistemático de planejamento e avaliação das ações, inclusive fazendo análise dessa problemática em relação as instituições públicas em geral.

Eu acho que esse é um problema, acho que falta muito; por exemplo, se você esta aqui fazendo a avaliação da política a partir do olhar dos profissionais, eu, nesse momento, tenho tido muito incomodo diante da

necessidade que eu vejo de avaliar as ações, de avaliar os pacientes, e a gente não tem uma forma sistemática de fazer isso; por exemplo, a gente não tem um instrumento de captação do trajeto do paciente dentro do CAPS, a gente não anota algumas coisas, os prontuários também deixam muito..., as vezes a gente não faz registro nos prontuários e mesmo quando a gente faz ele não tem, assim, por exemplo, uma sistematicidade, o que é que eu vou enxergar, como é que eu vou ver se aquele paciente está melhor ou está pior depois que ele está aqui, então, a gente não tem esse instrumento; e, o planejamento, é feito um planejamento terapêutico com o paciente; o planejamento do nosso serviço é mais ou menos...., funciona, assim, com as oficinas, não é um planejamento rigoroso, a cada período a gente senta e reorganiza não, tem algumas diretrizes gerais, eu acho que em termos práticos falta muito dos dois lados, planejamento das nossas atividades, por exemplo, as vezes naquele roldão a gente vai fazendo, vai fazendo, e, também, a avaliação da eficácia, do que realmente aquilo está resultando pra vida do sujeito, se ele está realmente conseguindo chegar mais próximos desses lugares que a gente apregoa como princípios da saúde mental - autonomia, dessas coisas que a gente também fala: relação com o trabalho, relações, laços sociais; então, a gente não tem esse (instrumento de planejamento e avaliação), eu acho que falta (planejamento e avaliação) [...] Na verdade eu acho que esse é um problema das instituições públicas em geral, eu acho que tem uma grande resistência no Brasil a qualquer critério de avaliação, porque, esse discurso, a retórica da igualdade, ela exatamente vai na contramão de um processo meritocrático, ou seja, você avaliar também por mérito; você tem que criar esse tipo de instrumento; a prefeitura não tem, nunca teve uma avaliação nos anos que estou aqui que medisse o desempenho profissional, principalmente aqui, que a gente lida com pessoas que estão aqui pra se tratar, e a gente não sabe se a pessoa...., a gente vai olhando um caso ou outro; não existe um processo institucional de avaliação, nesse sentido (P, 17/3/2006).

Em geral, as organizações precisam de um processo de avaliação que realize uma revisão dos objetivos e metas alcançados e daqueles a serem atingidos. O planejamento e a avaliação são a oportunidade de fazer uma pausa e examinar a situação da instituição.

Não obstante, as políticas públicas no Brasil vêm se estruturando de forma descentralizada, com responsabilidades de organização e financiamento partilhadas entre a União, Estados e Municípios, cabendo a estes últimos a execução dos serviços de atenção direta à população. Deste modo, os processos de avaliação de serviços de saúde mental devem ocorrer no âmbito municipal. Segundo Dias (2002, p. 2)²⁰, este desafio coloca no debate o aspecto de como avaliar o funcionamento de um serviço de saúde mental, que está

²⁰ A autora realizou um trabalho de construção coletiva de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental junto aos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre; uma apresentação resumida dos resultados pode ser consultada em DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental.** In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

inserido num novo patamar conceitual e tem como tarefa não reproduzir uma prática de tutela, com ênfase na patologia, mas de incluir o sujeito portador de transtorno psíquico no planejamento e na execução das ações terapêuticas, numa nova relação que garanta a viabilidade do exercício da cidadania numa sociedade desigual. Ou seja, as dimensões de mudança conceitual, realidade social e política pública de saúde de âmbito municipal, tornam complexa a adoção de processos de avaliação.

A fala descrita na seqüência especifica o processo de planejamento e avaliação no que se refere a ação interventiva profissional no tratamento ao usuário, destacando que não existe um processo sistemático de planejamento e avaliação com relação as ações do CAPS.

O planejamento e a avaliação das ações do CAPS, eles acontecem só de uma forma muito primária ainda, nós temos [...] o planejamento e avaliação da ação do profissional a título de intervenção em relação ao usuário existe de três formas: primeiro, casos clínicos, que aqui nós fazemos reuniões de casos clínicos, quarta-feira das 8 às 9 horas e quinta-feira das 11h30min às 12h30min pra discutir a questão do caso clínico de pessoas; outra forma, construção de projetos terapêuticos ou revisão dos projetos terapêuticos na reunião da regional, cada regional, que são cinco, fazem suas reuniões pra discutir o planejamento e avaliar a vida dessa pessoa nas regionais, e a outra, especificamente do CAPS, a título de gestão, é a reunião de equipe, que você presenciou semana passada, aí é um outro momento de planejar e avaliar, porém, ressalvo, não se tem algo mais fidedigno, ou academicamente falando, que nos ampare pra fazer essa avaliação; então, é extremamente necessário nós termos supervisão, termos pesquisadores, que nos ampare no sentido de avaliar o serviço, avaliar nossa prática, avaliar a autonomia do usuário; a grosso modo nós temos, mas é muito de senso comum; então, precisa cientificar ou legitimar, regularizar, tornar mais fiel esse tipo de avaliação, a grosso modo temos, agora, com mais rigor, por escrito, não temos (GIRASSOL, 20/3/2006).

Sabe-se que a ausência de um processo de planejamento estratégico e avaliação sistemática comprometem a efetividade dos objetivos propostos. Conforme destaca Dias (2002), o cenário da Reforma Psiquiátrica requer tanto uma multiplicidade de respostas à sua plena implantação como para a avaliação de seus resultados. Contudo, é importante ressaltar que a especificidade das ações em saúde mental demanda a adoção de um método participativo, com o fim de superar o caráter unidimensional, comum em avaliações tradicionais.

A avaliação participativa já é uma exigência nas políticas sociais, decorrentes da pressão social pela garantia de acesso a bens e serviços públicos. Por analogia, a

construção de indicadores de avaliação também pode ser participativa, com a contribuição dos sujeitos inseridos na esfera municipal, responsável pela execução da atenção em saúde mental. Para a autora, apesar de certa reserva científica pela adoção desta sistemática metodológica, o seu valor está no alcance social de incluir os responsáveis pela execução de determinada ação, na sua construção e sistematização (DIAS, 2002).

3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento

Conforme já destacado neste trabalho os hospitais psiquiátricos são instituições representativas do modo asilar enquanto os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico de exercício das práticas de atenção psicossocial, do modo psicossocial.

O modelo de assistência do modo psicossocial destaca-se por seus meios básicos de tratamento (rede diversificada de serviços territorializados), e pela importância decisiva que se atribui ao sujeito na sua mobilização como participante principal do tratamento. Neste, considera-se o indivíduo como pertencente a um grupo familiar e social, o que supõe que se deve trabalhar, também, a família e o grupo social, como agentes das mudanças buscadas.

Já no modo asilar a organização institucional é marcada por estratificações de poder e saber, no âmbito das relações profissionais e da instituição, as quais transladam para a relação com os usuários e a população. Estes são excluídos de qualquer forma de participação, enquanto que no modo psicossocial, participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais.

Na pesquisa realizada, a maioria dos profissionais entrevistados referiu conhecer sobre a forma de atendimento no hospital psiquiátrico, seja por visitas, atuação profissional, contatos institucionais, relato dos usuários que estiveram internados.

No que se refere as diferenças no atendimento prestado pelo CAPS em relação ao hospital psiquiátricos, os entrevistados consideraram que existem diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência de um só discurso, o médico psiquiátrico do hospital e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial em contraposição ao tratamento igual para todos

das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Eu acho que é diferente em vários aspectos, primeiro, são essas diferenças que eu digo que são de base, sobre a Reforma Psiquiátrica e a função de um CAPS nesse processo de reforma. Existe por parte da maioria da equipe uma convicção de que a nossa função é evitar a internação e de uma certa maneira poder fazer substituição a essas instituições tradicionais; deslocar a centralidade do sistema pra um serviço aberto, que seja interdisciplinar, ou seja, onde você não tenha um discurso único dando a orientação, que no caso é o discurso psiquiátrico nas instituições (tradicionais); você tem essa multidimensionalidade então você pode compartilhar o discurso; em relação ao próprio atendimento, começa na forma do acolhimento, eu acho que o nosso acolhimento é bom, ele tem condições de receber a pessoa, de entender o que ela está procurando, o que ela está precisando, quais são as suas necessidades; a gente tenta de alguma maneira envolver família embora com dificuldades, mas a gente tenta e tenta principalmente manter a vinculação ou criar novos vínculos desse usuário; o projeto terapêutico que é individualizado também é outra coisa fundamental, que aí a gente quebra com a lógica tradicional de que todos recebem o mesmo tratamento, é a mesma medicação, são os mesmos horários, são as mesmas atividades pra todo mundo, não, a gente procura justamente ao levar em consideração essas características que são mais individuais, são mais singulares, a gente procura atender e levar em conta esses aspectos, então, isso pra mim já é muito diferente, além do que a gente procura o tempo todo ou minimizar ou quebrar mesmo a hierarquia, instituindo certas formas que evitam que a hierarquia se cristalice de maneira muito brutal, pra você não ter um deslocamento de poder dentro do serviço, que seja prejudicial pra todo mundo, igual no hospital (F, 12/4/2006).

A relação entre profissional e usuário foi destacada como diferencial por todos os entrevistados, conforme pode ser observado a seguir.

A relação entre o profissional e o usuário, pra mim, a maior diferença é essa relação interinstitucional ou interpessoal; é a forma como se dá, porque as ações também são diferentes, porque existem oficinas terapêuticas, existem os grupos terapêuticos, existem os atendimentos, mas esse modelo de atendimento pode também ocorrer numa outra instituição, ou mesmo num CAPS, mas se a relação de profissional e usuário não estiver pautada no respeito, uma relação sujeito-sujeito onde se possa esse serviço, obviamente, quando ele estiver num bom nível de participação, num bom nível de reabilitação, mas também..., o fundamental é isso, é estar pra além da instituição, estar pra relação do usuário com o profissional, e claro, o espaço também, o espaço físico tem que ter qualidade, a gente vê aqui um espaço super bom aqui no caso, as propostas de atendimento, como que são colocadas, como que é olhado esse usuário, esse usuário está junto no pensar da instituição, mas a cima de tudo assim, entender como cidadão de direitos, de respeitá-lo (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que tem um maior reconhecimento da condição subjetiva do paciente, acho que um certo respeito. Hoje, a Colônia Santana tem tido mudanças, tem uma política que também..., na verdade a política do Ministério também visa atingir as instituições mais asilares, os hospitais também estão mudando..., talvez seja mais lenta, aqui, a gente já chegou com uma outra perspectiva de trabalho; eu acho que a equipe toda, de forma geral, tem uma sensibilidade pra esse respeito pelo paciente, pelo outro, procura, na medida do possível, não estabelecer uma relação de poder; eu acho que aqui, por exemplo, a recepção é muito bem feita, os vigias também são pessoas que entraram no clima, assim, talvez já seja deles, mas entraram no clima do CAPS; acho que todos têm um compromisso com isso, um valor digamos; também, talvez seja deste CAPS, eu não conheço tantos outros CAPSs; eu acho que é uma relação diferenciada, na medida que você está aqui com esse objetivo de que a pessoa assuma a própria vida, contribuir para que isso aconteça; isso implica em ter pelo menos um respeito, um reconhecimento do outro (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p.10) destacam que o papel do técnico se transforma quando ele se coloca sob outros princípios; “se ele faz funcionar a tecnologia da doença mental, fortalece o dispositivo psiquiátrico. Mas, se transforma sua forma de intervenção, trabalha no sentido da desmontagem desse dispositivo”. Segundo os autores, isso significa pôr em funcionamento um dispositivo de desinstitucionalização e reinserir a complexidade dos problemas com os quais lida. Significa ainda abrir mão das interpretações da loucura segundo erro, incapacidade, inferioridade, doença mental, e potencializá-la como diferença, um modo diferente de relação com o mundo. Enfim, não usar o saber como técnica normativa, mas como possibilidade de criação de subjetividades. A técnica deixa de ser instrumento da violência quando a prática funciona como uma desconstrução da clínica.

As falas que seguem referem-se ao atendimento aberto e as possibilidades de escolha que o CAPS oferece em contraposição ao isolamento e segregação gerados pela internação hospitalar prolongada.

Em primeiro lugar o atendimento no CAPS é um atendimento, vou usar a palavra, aberto, ou seja, pra começar o usuário ele não fica internado aqui, mesmo se em algum momento tiver o CAPS III, é diferente. Ele vem, ele faz o trabalho dele, a sua terapia, durante o dia, e ele volta, quando, no caso tem família, pra casa; então, primeiro lugar a idéia do CAPS, o trabalho do CAPS não é segregar e isolar; quando o usuário vai para o hospital, eu acho que seja ele em qualquer campo da saúde, mas vai para o hospital e fica internado trinta dias, quinze dias, ele já esta sendo isolado do convívio com a família, do convívio social, ou seja, acaba perdendo progressivamente o contato com as pessoas e com o grupo social mesmo, e acaba sendo destituído das suas práticas pequenas, como desde pegar um ônibus, fazer sua comida, ir no

supermercado; no momento em que uma pessoa é colocada em um hospital e fica um mês, ele acaba perdendo o contato com essas mínimas..., não é nem com o mundo lá fora, mas com as mínimas coisas que ele teria em casa, na sua casa, enfim, ele perde tudo isso como se fosse realmente uma pessoa que não tem possibilidade nenhuma de fazer nem um café, enquanto o CAPS possibilita isso, acho que o CAPS ele, independente dos problemas que tem, acho que ele mostra que não, você ainda, apesar da sua crise, com a sua crise, com todas as limitações que as vezes um surto pode oferecer do ponto de vista cotidiano, você ainda pode fazer algumas coisas sim, como pegar um ônibus pra ir e voltar pra casa, fazer a escolha do seu planejamento terapêutico, vem aqui escolhe, em parte, o que gostaria de participar (LÉLI, 4/4/2006).

Assim, a possibilidade do usuário no CAPS de ter voz ela é muito maior do que nas outras instituições, as outras eu não vou generalizar, mas em algumas, as asilares, esses hospitais são.., enfim, crônicos até pela dificuldade mesmo de antes você pensar em ter outra alternativa que não a trancar e deixar lá e não tem medicação, não tem nada disso, estou falando de bem bastante tempo atrás, e isso ficou e se perpetuou, então, eu acho que a possibilidade do usuário aqui, no CAPS, nos CAPS, e até mesmo nos ambulatórios, acho que hoje em dia não é só CAPS que permite isso, é fazer parte como contribuinte do próprio tratamento, então isso é o que diferencia do paciente internado, vamos dizer assim, em São Paulo, no Vera Cruz, que é um hospital e tal, diferente de outros, tem algumas dessas internações que são diferentes, mas essa relação aí de profissional e usuário ela é mais aberta, é mais ampla, além do CAPS, especificamente, oferecer algumas possibilidades; então, a possibilidade de trabalhar em uma oficina, dessa oficina ter uma renda, que, assim, é um entrave no sentido que eles se sentem muito limitados e não só se sentem como eu acho que muitas doenças incapacitam mesmo, são incapacitantes, a esquizofrenia é uma delas, e é a nossa clientela aqui, a maior parte é de pacientes com esquizofrenia; a própria esquizofrenia já altera, vamos dizer assim, na cognição, na parte de planejamento, de você conseguir realmente se estruturar para trabalhar; tem umas pessoas que não conseguem nem ter o início, a iniciativa, ela é minada com a esquizofrenia, e aqui tem uma possibilidade, mesmo que essa possibilidade seja fazer oficina e ganhar uma renda, mesmo que, assim, seja só..., não é o valor que importa, é simbólico (J,22/3/2006).

O relato a seguir explicita epistemologicamente e em termos técnico-assistencial a diferença entre o modelo de atenção tradicional/hospitalar e o modelo de atenção psicossocial.

Primeiro, em relação a concepção da pessoa e em relação a concepção dos próprios meios de trabalho; na instituição psiquiátrica predomina o modelo manicomial/asilar como a gente chama, que daí vai olhar a pessoa enquanto doença, enquanto diagnóstico, aqui, no CAPS, a gente olha os seres humanos enquanto pessoas, enquanto a existência de um sofrimento, o que podemos fazer pra minimizar esse sofrimento da pessoa, então, essa é a primeira diferença que tem, quem é essa pessoa, que no modelo manicomial acaba sendo vista mais como diagnóstico, como um doente, isso que eu sempre falo, essa iatrogênia que o modelo

manicomial acaba inserindo na pessoa, você é um doente, vai ter que tomar remédio pra vida toda, e o máximo que você pode chegar é um portador de transtorno mental em recuperação, isso é uma das diferenças, outra é a própria concepção de saúde/doença que existe; as formas de organização dos dois modelos, são modelos diferentes, um é mais centralizado no psiquiatra, na instituição psiquiátrica, o no CAPS seria mais centralizado na equipe e, principalmente, nos usuários; a forma de relação com a clientela ou com o usuário, no modelo manicomial, é sempre uma relação hierárquica, de cima pra baixo, no CAPS, sempre uma relação, ou a gente tenta sempre ter uma relação horizontal; e a própria questão do que é bom ou não é bom pra pessoa, a pessoa tem que dizer o que é bom pra ela e, as vezes, no hospital, são os profissionais que já dizem o que deva ser bom pra ela, ou seja, a grande diferença que existe é: quem decide o que? No hospital as pessoas decidem sobre a vida da pessoa, eu acho que no modelo psicossocial é a pessoa que compartilha a decisão da sua vida (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme destaca Rotelli (1990), no manicômio (modelo/tradicional) a sociabilidade é reduzida a zero. A tutela, a internação tem a única finalidade de subtração das trocas, de estabelecer relações de mera dependência pessoal. Enquanto que a emancipação terapêutica (que se torna o objetivo substituto da "cura") só pode ser (cientemente) a mobilização de ações e de comportamentos que emancipem a estrutura inteira do campo terapêutico. Assim, o problema que se coloca aos novos serviços (CAPS) não é cura (a vida produtiva), mas sim a produção de vida, de sentido, de sociabilidade.

Neste aspecto, pode-se considerar a proposta basagliana de *colocar a doença entre parênteses* para assim direcionar o olhar ao sujeito em sofrimento e não à doença. Essa é uma questão fundamental, pois é o movimento de *tomada de responsabilidade* (DELL'ACQUA, 1992) individual e coletiva que se constitui como meio para a transformação institucional e para o processo de desconstrução. A cura cede espaço à emancipação, mudando a natureza do ato terapêutico, que agora se centra em outra finalidade: produzir autonomia, cidadania ativa, desconstruindo a relação de tutela e o lugar de objeto que captura a possibilidade de ser sujeito (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3 Participação do usuário e da família no tratamento

De acordo com as diretrizes da atenção em saúde mental do modelo psicossocial, o protagonismo dos usuários é fundamental para que seja alcançado o objetivo do CAPS de se constituir como dispositivo de promoção da saúde e da reabilitação psicossocial. Os

usuários e familiares devem ser chamados a participar das discussões sobre as atividades terapêuticas do serviço. A equipe técnica deve trabalhar de forma a estimulá-los a participar de forma ativa do tratamento e da construção de laços sociais. Entre os tipos de atendimento que o CAPS pode oferecer está o atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, de lazer com familiares (BRASIL, 2004).

Na seqüência deste item analisaremos as formas criadas pelo CAPS Ponta do Coral para envolver ativamente usuários e familiares no processo terapêutico, seja com relação ao projeto terapêutico individual, ao atendimento e a participação das famílias no tratamento.

3.3.1 Planejamento terapêutico individual

Conforme as determinações da política de atenção em saúde mental, cada usuário deve ter um projeto terapêutico individual, composto por um conjunto de atendimentos personalizado, que respeite as particularidades, necessidades de cada pessoa e proponha atividades durante a permanência diária na unidade e fora dela (BRASIL, 2004).

O atendimento no CAPS oferece projeto terapêutico de tratamento individualizado, o qual é pensado e avaliado com a participação do usuário. A fala relacionada a seguir detalha como acontece o planejamento do tratamento.

O primeiro passo desse projeto terapêutico ele é feito na entrevista inicial, que é basicamente a entrada desse usuário no serviço; então, a gente pensa uma programação mínima, levando em conta as necessidades, as condições, os limites e as capacidades do usuário e, quando a gente pode contar, com a família também. Além disso, uma vez por mês, [...] tem o encontro da Regional, e os usuários dessa Regional podem reelaborar o seu projeto terapêutico, a gente faz a revisão, a gente discute como é que está sendo esse projeto, se está sendo interessante, que ganhos, se está havendo ganhos ou não, se a pessoa está se sentindo contemplada de alguma maneira e tal, e aí a gente faz as alterações que a gente discute e acha necessário (F, 12/4/2006).

Com relação a forma como o usuário participa do processo de planejamento do seu tratamento, os entrevistados colocaram que é através da manifestação das preferências,

opções e desejos dele, dentro das possibilidades que o CAPS oferece. Nas falas relacionadas é explicitado qual a participação do usuário e do profissional no planejamento do projeto terapêutico de tratamento.

Quando o usuário chega no serviço, encaminhado de algum outro (serviço), ou de um hospital, ou de uma unidade local de saúde, ou por demanda espontânea é feito o acolhimento, onde a gente usa uma entrevista inicial pra fazer uma coleta de dados, ali resgata um pouco da história que o próprio usuário vai estar contando, e, então, nesse momento é feito o projeto terapêutico; inicia-se o projeto terapêutico, não que ele tenha que se esgotar nesse momento inicial; uma pergunta que a gente sempre faz pra ele é do que ele precisa, como a gente vai poder ajudar, então, a partir daí a gente oferece o nosso leque de atendimentos, o nosso projeto terapêutico do CAPS, e aí vai se construindo dessa forma (VIK, 24/3/2006).

Em geral a gente faz isso quando ele chega, na entrevista inicial, a gente pede pra que ele diga, a gente apresenta o que a gente tem; a gente pede que ele diga o que ele gostaria de estar fazendo, o que ele fazia, quais as preferências que ele têm, se ele não sabe, em algumas situações, a gente sugere que ele venha participar de algumas oficinas para ele, por exemplo, escolher; então, assim, é feito muito respeitando o desejo do paciente, o que ele gosta mais, as preferências dele; agora, se a gente vê que o paciente está muito ansioso, se ele precisa, a gente sugere um grupo terapêutico ou as vezes o atendimento individual; assim, não tem uma uniformidade, em geral a gente age assim (P, 17/3/2006).

Ele tem, esse projeto terapêutico, ele tem um primeiro momento, quando o usuário chega e faz a entrevista inicial é colocado com ele e oferecido, mostrado as possibilidades, o que o CAPS oferece em termos de terapia, desde grupos terapêuticos, atendimento individual e oficina, mas não é só oferecido, é também feito uma avaliação do técnico, o que ele pensa que, naquele momento, poderia estar ajudando aquele usuário, e é conversado com o usuário, muitas vezes acaba o usuário escolhendo tudo, escolhendo o que ele quer e o técnico tem pouca interferência, outras vezes o usuário quer algo que talvez naquele momento, por exemplo, atendimento individual, mas não tem vaga, não tem, os técnicos estão todos..., se tem alguém fazendo atendimento individual já não tem horário, então se entra em um acordo das possibilidades, dos desejos do usuário, e das possibilidades que o serviço oferece; isso é o primeiro momento, no segundo momento, ao longo do período do usuário aqui, vão tendo transformações, muitas vezes ele abandona aquele grupo ou oficina, que não era aquilo que ele achava que era bom, que ele gostava, abandona formalmente ou informalmente, simplesmente não vai, ou ele entrou em surto não veio mais, uma série de questões, então isso tudo é retomado, a gente tenta fazer a retomada na reunião das Regionais, reunião mensal, como é que está o tempo dele aqui, o que ainda se mantém fazendo, como ele está se sentindo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos entrevistados destacou que o projeto terapêutico de tratamento do usuário

é sempre pensado a partir da necessidade dele, o que ele traz de necessidade, o que ele traz de sonho, de vontade, de sofrimento, de

tristeza, então, o projeto terapêutico é sempre pensado, repensado, analisado, refletido, em cima da necessidade da pessoa (GIRASSOL, 20/3/2006).

É importante destacar que o planejamento do projeto terapêutico deve envolver o portador de transtorno mental como sujeito deste processo. A participação ativa do usuário na escolha do que fazer e na expressão de suas necessidades favorece a adesão e continuidade no tratamento, confere-lhe o exercício da liberdade de escolha e da cidadania. Neste processo, o ato terapêutico, quando não é mais fundado sobre a doença e não provém da autoridade médica, torna-se a própria organização coletiva, convertendo-se em *tomada de responsabilidade* e produção de subjetividade (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral

No plano teórico, a relação da família com o portador de transtorno mental é construída a partir do alienismo, como produto da sociedade moderna/burguesa. No interior desta perspectiva concentram-se dois entendimentos polarizadores: “o da família ameaçada pela eclosão da enfermidade, portanto, sofrendo suas conseqüências ou causadora da emergência do transtorno mental, assim culpabilizada por sua etiologia” (ROSA, 2002, p. 139). Historicamente, o segundo entendimento foi o que prevaleceu na maioria das abordagens teóricas na área da saúde mental, com uma relativa diminuição nos anos 1970, seguido de uma complexificação da compreensão do grupo familiar e de sua dinâmica, a partir dos avanços teóricos da leitura feminista e marxista. “Contemporaneamente, a inclusão do grupo familiar nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental; a assunção de sua condição de parceira e co-responsável dos serviços e a exigência de constituição de uma nova pedagogia institucional em sua abordagem atravessam a construção de uma nova relação entre o louco e a sociedade” (ROSA, 2002, p. 139).

Nesta direção, um dos objetivos do CAPS é incentivar as famílias a participar do cotidiano do serviço. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas importantes para o trabalho dos CAPS. Eles podem participar de diversas maneiras, incentivando o usuário a se envolver no projeto

terapêutico, participando diretamente das atividades do serviço, nas reuniões, assembléias, nas associações de usuários, técnicos e familiares, trazendo dúvidas, sugestões. A participação pode acontecer tanto nas atividades internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. (BRASIL, 2004).

A Portaria /GM nº 251/2002 constitui-se como mais um dispositivo na mudança das relações entre os serviços de saúde mental e a família à medida que prevê, no desenvolvimento dos projetos terapêuticos, o preparo para o retorno à residência/inserção domiciliar e uma abordagem dirigida à família no sentido de garantir orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento.

O atendimento aos familiares é uma das formas para que as famílias participem, conheçam o trabalho dos CAPS e passem a se envolver ativamente no processo terapêutico. Neste sentido, a família ganha visibilidade como protagonista, parceira dos serviços e co-responsável no provimento de cuidados do portador de transtorno mental.

Além disso, o avanço dos conhecimentos e entendimento de que os fenômenos humanos comportam uma multiplicidade de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos e éticos, inter-relacionados entre si, possibilitou mudanças na assistência às pessoas em estado de sofrimento psíquico. Essas puderam ser compreendidas na totalidade de sua condição existencial. E, o sofrimento, antes tomado apenas como algo individual, passou a ser visto como parte de um contexto onde outras pessoas estão envolvidas e também merecem cuidado e atenção.

No CAPS Ponta do Coral, na sua maioria, os profissionais afirmam que existe atendimento familiar, com ressalvas de um deles que referiu não existir atendimento familiar sistemático e outro que observou que existe atendimento familiar individual. As falas relacionadas expressam de que forma a família participa no tratamento do seu membro no CAPS.

A família participa não como uma preconização ou uma exigência do serviço; o que eu tenho visto é que a família participa aqui no CAPS na medida em que há uma necessidade, quando há necessidade do serviço conversar com a família ela é incluída, quando há uma necessidade da família pelo serviço ela procura, mas não é uma rotina todas as pessoas que vem aqui a família ser atendida, as vezes o usuário não quer saber da família, as vezes a família não quer saber do usuário e assim sucessivamente, ou seja, a família participa na medida que temos a clareza da necessidade, mas não é uma prática oficial do serviço (GIRASSOL, 20/3/2006).

Alguns casos sim, em alguns casos eles vem para a reunião mensal da Regional, ou vem para uma consulta com a psiquiatra, ou vem pra trazer o usuário que não consegue ainda vir sozinho, mas é muito restrita a

participação da família, normalmente ela vem mesmo quando a coisa está apertando, quando o usuário surtou, não está conseguindo segurar, quando ele está já nas últimas (LÉLI, 4/4/2006).

Os profissionais que afirmam a existência da participação da família no tratamento explicitam como esta acontece e como se dá o atendimento no serviço, observando o cuidado que existe em atender a família e o usuário juntos.

Sim, tem alguns usuários que vem acompanhado de familiares, as vezes nós chamamos a família, quando existe necessidade, e isso acontece assim no cotidiano, conforme realmente surge a necessidade; geralmente há uma relação muito conflituosa entre o usuário e família, geralmente o familiar mais próximo, referência mais próxima e aí a gente intervém, mais ou menos com dois objetivos, assim, um de pensar essa relação conflituosa, o que pode ser negociado aí pra viverem melhor, pra ter mais qualidade de vida nesse ambiente, que moram juntos, e o outro pra poder então capacitar, colocar elementos pro familiar sobre o tratamento, sobre os transtornos mentais, pra que ele possa ser um cuidador também, o que ele é, pra que ele possa se qualificar; então, uma outra coisa que eu penso é que esse atendimento familiar ele sempre tem que privilegiar a participação do usuário porque fica complicado falar do usuário sem ele estar presente (VIK, 24/3/2006).

Sim, a família participa, claro, na medida de cada caso; em geral, assim, a gente tem a disponibilidade de atender a família, então, muitas vezes, precisa de o paciente vir com a família em várias situações, e esse atendimento é dado; o grupo de família, também está tendo o grupo de família, as vezes é dado (o atendimento) a família daquele paciente; mas sempre a gente tem o cuidado de receber a família e atendê-la junto com o paciente, nunca assim..., não gerar essas fantasias perseguitórias por parte do paciente “tá falando o que de mim”; isso é mais ou menos quase uma regra aqui no CAPS, a gente atende junto com o paciente (P, 17/3/2006).

Os trechos das entrevistas relacionados a seguir descrevem as formas criadas pelo CAPS para oportunizar a participação da família no tratamento. Alguns profissionais referiram-se a um grupo de famílias que chegou a ser iniciado, mas que pela falta de adesão e outras dificuldades não funcionou mais.

Um pouco assim, o acolhimento na segunda-feira é um espaço que a família pode participar junto com o usuário pra relatar como é que foi o final de semana e pra relatar e como estão as atividades no CAPS; o outro espaço são as reuniões das Regionais de equipe, fora o trabalho individual, que, assim, eu acabo chamando muitas vezes, eu quero atender você na presença de um familiar, as vezes você precisa até forçar nesse sentido, de que a família compareça, faço cartinha, mando e aí atendo em consulta individual, mas não em grupo, não é uma abordagem psicoterápica, é mais no sentido de psicoeducação do que de terapia (J, 22/3/2006).

[...] existe um planejamento pra se atender família, um grupo de familiares a serem atendidos por psicóloga [...]; então, as formas criadas para oportunizar a participação da família é justamente quando ela vem, acompanha, que é aberto para os familiares participarem das oficinas junto com o usuário, então, sempre tem essa oportunidade e grupos específicos pra famílias que estão se tornando real (GIRASSOL, 20/3/2006).

É mais ou menos como eu te falei; então, assim, as vezes a gente chama pra um atendimento individual, e também ela participa dos eventos acontecidos aqui no CAPS, promovidos pelo CAPS, de festas, geralmente o dia nacional da Luta Antimanicomial, quando a gente comemora, que faz uma confraternização, as festas sempre tem a presença de familiares também, festa de natal, festa junina (VIK, 24/3/2006).

As reuniões das Regionais por exemplo, uma vez por mês, e tem alguns técnicos que fazem reuniões com as famílias, discutindo, por exemplo, aquele usuário em que a família está implicada diretamente, tem problema com a família, então chama a família pra trabalhar; já teve grupo de família, mas foi fechado porque as pessoas ficaram um tempo, mas as famílias, segundo as técnicas que fizeram, muito pouco se apropriavam, vinham, se utilizavam desse espaço (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre este aspecto, cabe destacar que o deslocamento do eixo da compreensão do problema individual para o familiar/social, que tem como consequência o acolhimento da família como uma unidade que necessita de cuidado tanto quanto o paciente individual, pressupõe um novo olhar sobre as possibilidades das famílias para enfrentarem suas crises e atuarem como suporte terapêutico. Nessa perspectiva, se impõe a necessidade de não só reconhecer o atendimento ao grupo familiar, mas de oferecer uma atenção singular que leve em conta, por um lado, as especificidades de cada família, considerando a história, a estrutura, a dinâmica, bem como a inserção desta no contexto social. Por outro lado, deve-se avaliar a realidade e as possibilidades das famílias para usufruírem das formas de atenção que lhes são propostas (MIOTO, 1998, pp. 25-26).

Nesta direção, dois dos participantes da pesquisa identificaram como uma das dificuldades em realizar o atendimento familiar, a falta de profissionais qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades, conforme pode ser observado nas falas a seguir.

A maior dificuldade que eu vejo é que não existe ninguém capacitado aqui dentro para lidar com a família, é claro que, assim, eu faço um atendimento com o usuário a família vai estar junto eu vou estar explicando, mas quando você vai pensar em trabalhar com a família, trabalhar no sentido psicoterápico, isso não existe, agora informar a família, tentar com que a família faça parte do planejamento, a gente

tenta e incentiva, estimula que eles venham nas reuniões das Regionais, mas o que eu percebo, assim, a equipe ela é muito pequena pra dar conta de tudo, então a maioria das vezes o paciente chega, a família está ali fora, mas todo mundo tem a sua atividade, estão todas na oficina e isso me sobrecarrega muito porque eu tenho que dar conta de tudo, inclusive da família que chegou, do atestado que está faltando, e a família que quer saber porque que o remédio..., mas não existe um espaço pra ela, não existe um espaço que acolhe a família (J, 22/3/2006).

Profissionais qualificados, eu acho que necessita de profissionais que tenha um pouco mais de experiência, de conhecimento pra estar lidando com família, que toda a família tem sempre os seus nós górdios, tem sempre questões de fundo, que as vezes precisa de um certo conhecimento, experiência pra estar lidando com isso; até que ponto é vítima ou réu, então, acredito que profissionais que tenham experiência, que tenham a qualificação teórica, [...] possa estar oportunizando uma melhor relação no atendimento CAPS com família, então, a qualidade do profissional para estar realizando essa participação (GIRASSOL, 20/3/2006).

Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que é um transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, foram relatados pelos profissionais.

Acho que tem uma junção, eu acho que tem uma coisa primeiro que é o entendimento, a família, muitos familiares, querem deixar o usuário aqui, e querem fazer sua vida, até por questão de sobrevivência; o que eles alegam muito é que eles precisam trabalhar, então não pode faltar ao trabalho uma vez semana pra poder estar aqui porque mesmo que tenha atestado pra poder estar aqui, acaba perdendo o trabalho, não tem como justificar; e a outra questão é o próprio entendimento de que é na família o espaço em que o usuário pode ser tratado, porque a idéia de tratamento é uma idéia também que se direciona, que acaba sendo entendida como médica, hospitalar ou clínica, ou então, agora tem o CAPS; e o lugar de tratamento, digamos tratamento como restituição, como reinserção, também é na família (LÉLI, 4/4/2006).

É, chega um momento que as vezes de fato a relação se esgota, assim, são tantos conflitos, são tantas brigas, tantas dificuldades de convivência, de relacionamento, que já vem desde a infância, que chega em momentos quando, geralmente, o usuário tem as primeiras crises, isso gera um isolamento, assim, o usuário fica isolado nesse ambiente, nesse contexto familiar, realmente é muito difícil; as vezes tem uma mãe muito controladora e que aí o usuário não quer muito aproximação do serviço com essa referência porque o serviço passa a ser então um lugar de acolhimento pra ele que ele não tinha até então, porém, a gente busca a família, pra que a família possa cumprir essa função da referência (VIK, 24/3/2006).

Neste sentido, deve-se considerar que no contexto brasileiro, pela própria ausência ou precariedade da intervenção estatal por meio das políticas públicas de corte social, a família torna-se a principal garantidora da reprodução da força de trabalho. As famílias, para suportar, todas as funções que lhes são atribuídas e enfrentar as situações de risco social, buscam dividir com o Estado o encargo dos cuidados com seu ente enfermo. Mesmo assim, configuram-se, para elas, condições deficitárias de atendimento, em particular no caso da atenção em saúde mental (ROSA, 2003, p. 192).

Na seqüência, o entrevistado realiza uma análise das várias situações singulares e sociais que envolvem as dificuldades do serviço, das famílias e dos usuários, em realizar um tratamento integrado na relação usuário/família/CAPS.

Então, também envolve vários aspectos, eu vou apontar alguns; assim, em primeiro lugar, a gente vê que boa parte das famílias vê o CAPS como um lugar pra poder deixar o seu familiar, é um lugar onde ela não vai precisar cuidar dele durante um certo tempo, então, eles até participam de algumas entrevistas iniciais, hoje, por exemplo, eu tenho uma (entrevista inicial) que a pessoa veio sozinha, não veio família; é bastante freqüente que venha o usuário sem acompanhante familiar algum, esse é um aspecto, a família de uma certa maneira toma o CAPS como um lugar pra deixar o seu familiar, nós por outro lado, não criamos estratégias pra fixar essa família, pra trazer essa família mais perto; tem um grupo de família que funciona de maneira meio irregular, mas que a gente vê cada vez mais a necessidade de tornar isso algo mais organizado, poder atender a família, a gente faz o acompanhamento com família, geralmente, quando há um pedido específico ou do usuário ou da própria família, aí a gente procura fazer, mas é mais individualizado, é uma questão mais individualizada, e há também, por parte dos usuários há o desejo de que a família não participe, isso ficou muito evidente na organização da associação, que é uma associação de usuários, familiares e técnicos, e quando a gente estava organizando a associação, toda vez que se falava na participação dos familiares havia uma certa resistência por parte dos próprios usuários que os familiares participassem; a gente entende isso como uma maneira de buscar uma certa autonomia, uma certa distância dessa família, que é, as vezes, bastante complicado de fato tê-los muito próximos, aí precisa de um outro tipo de abordagem, não dá pra incluir, como a gente fazia no início por exemplo, a gente fazia grupos de usuários e familiares, mas a família atrapalhava mais do que ajudava nesses grupos, aí a gente resolveu começar a separar, deixar o espaço específico para o usuário, porque a família vinha e tomava o espaço, e falava, e ficava reclamando da pessoa, do que ele não fazia, de todas as dificuldades etc..., então, a gente achou melhor botar um pouco uma barreira, botar um filtro ali pra que tivesse espaço do usuário e que ele pudesse aproveitar isso da melhor maneira possível (F, 12/4/2006).

No entanto, cabe destacar que, numa visão mais abrangente e totalizante, a família é entendida, no cerne das condições de reprodução social do portador de transtorno

mental, como um sujeito que procura reconstruir relações cotidianas, criar novos sentidos, manter e fortalecer laços de sociabilidade. É percebida, positivamente, em suas possibilidades, potencialidades e recursos, como elemento fundamental à manutenção do poder contratual, à autonomia e à emancipação do portador de transtorno mental (ROSA, 2002, pp. 152-153).

As falas relacionadas a seguir apresentam a compreensão dos entrevistados com relação às possibilidades da participação da família no tratamento, e as dificuldades do CAPS em realizar esse tipo de atendimento. Um deles argumenta que o acompanhamento à família é essencial para minimizar os efeitos da convivência com o portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Acho que o atendimento familiar assim como ele pode ter dificuldades ele também pode te ajudar um monte, então, assim, tem os dois lados, as dificuldades eu acho que é porque também ele vai estar trazendo, vai sobrecarregando com mais, digamos assim, mais queixas, vai estar trazendo.., as vezes nem está relacionado ao usuário os problemas e as situações, embora eu acredito que na maioria das vezes ela ajuda, ela ajuda porque é que está convivendo com o usuário lá fora o tempo inteiro, que tem mais os dados, quem pode inclusive, ah! ele está muito sedado, vamos tirar esse remédio, esse remédio só faz mal, então, a família se ela não é bem orientada ela acaba, assim, tentando fazer o bem ela acaba fazendo o mal pro paciente, ah! não aquela atividade lá, ficar só batendo palminha, musiquinha, aquilo lá não vai ajudar você, é melhor eu.., vou te colocar de novo na escola porque se não você não vai trabalhar nunca, então todas as ansiedades da família, que se elas forem bem trabalhadas o usuário só tem a ganhar, agora, as dificuldades é: um espaço em que essa família seja acolhida, que ela seja realmente trabalhada e uma equipe, a formação, alguém com formação pra fazer isso, isso não tem (J, 22/3/2006).

Eu acho que o acompanhamento com a família ele é extremamente necessário pra elaborar a imagem que essa pessoa acabou deixando pra essa família; a família ela ainda tem uma imagem, ela tem o imaginário social em relação o que ela de repente produziu; então, há uma necessidade de se ter um acompanhamento com os familiares pra estar elaborando as relações, o dia-a-dia que ela tem com o portador de transtorno mental; as vezes se investe muito em acompanhamento com usuário e não se investe muito no acompanhamento com a família, a família está sobrecarregada, tem que se discutir a questão dos encargos familiares, porque as vezes ter um portador de transtorno mental junto com a família é extremamente estressante, e as vezes a família acaba colocando o portador de transtorno mental no hospital pra descansar, porque as vezes é complicado, tem um portador de transtorno mental que canta o dia inteiro, ou que não dorme durante a noite, dorme de dia, ou que quer ver televisão a todo momento, ou que fica conversando com a vizinhança a todo o momento, tem o portador de transtorno mental que com o seu sofrimento incomoda muito a família, então, tem de haver um profissional articulado ou apaziguador ou que provoque alguma

resolução nessa prática; [...] se não dá pro portador de transtorno mental morar com a família então que se haja (encontre) um espaço harmônico, mas a família tem que ser acompanhada sim (GIRASSOL, 20/3/2006).

Entre as dificuldades que os profissionais identificam na (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e estigma da loucura, ainda presentes no imaginário social das pessoas. Relacionamos na seqüência as respostas dos entrevistados, nas quais é expressa a relação com alguns dos aspectos enfrentados no cotidiano da vida dessas pessoas, em suas relações com a família, as instituições e a sociedade.

Em primeiro lugar a dificuldade de a família compreender o que a pessoa tem, pelo que ela passa, muitas vezes, a idéia é de que é um vagabundo, que o cara não quer trabalhar porque é vagabundo, não quer fazer nada só quer ficar em casa fumando, na frente da televisão porque é vagabundo; então, tem essa dificuldade de poder dar ou ter um certo olhar pra essa pessoa, pra esse usuário que não seja esse da discriminação; tem também o medo, o medo de que essa pessoa venha cometer algum crime, que é um pouco o mito da loucura, é o que envolve o mito da loucura, de ser alguém que é imprevisível e violento, o mito da loucura está muito marcado por isso, muitas vezes a família vem contaminada por isso, eu atendo uma mãe, por exemplo, que apesar de ser uma pessoa que contribui muito, mas ela tem medo do filho, ela tem medo, e ela reconhece isso, diz isso claramente, ela tem medo, agora menos, depois de um tempo isso está começando a se flexibilizar, ela está começando a entender um pouco diferente, mas ela tinha muito medo do que esse filho poderia fazer com ela, então, isso é algo que é bastante comum, mas isso é uma dificuldade; o outro aspecto da resistência é a idéia de que ele se tornou uma pessoa inútil, o usuário se tornou uma pessoa inútil, porque ele não pode trabalhar, que nunca vai fazer nada a não ser ficar como um louco, ficar como uma pessoa que não pode assumir responsabilidades, que não contribui, o aspecto financeiro é um problema; o Programa de Volta pra Casa não resolve isso integralmente porque ele é destinado pra pessoas que estão no mínimo há dois anos internadas, então, aqueles que não tem internação prolongada não têm acesso a esse recurso, então, ele passa a se tornar um peso econômico pra família e aí todos os outros problemas que são decorrentes disso (F, 12/4/2006).

Muitas vezes ele acaba sendo o membro da família rechaçado, ele tem o quartinho dele no fundinho. Bom, eu acho que é o próprio estigma de ter um doente mental, tem ah ele é doente mental, deixa ele quietinho lá porque se não ele vai incomodar, vai surtar, vai xingar e, que vergonha, aí os vizinhos; então, é o estigma do usuário, do paciente com transtorno mental, como muitas famílias não entendem elas tem até crenças de que isso é o demônio, isso é um castigo, ou é porque ele era uma pessoa ruim na vida passada, então, vem com mil, vamos dizer assim, explicações, que só atrapalham e impedem que aquilo seja encarado como..., ok isso aí é uma doença, e como é que a gente vai

fazer pra ajudar e tratar isso; então, os conhecimentos, a ignorância nesse sentido, [...] uma parte eu acho que seja pelo próprio desconhecimento do que é um transtorno mental, e do estigma de que o louco é o que rasga dinheiro e, enfim, isso dificulta, e aí quando você não tem um suporte pra dar à essas famílias aqui dentro, você só reforça lá fora esse estigma; então, claro, a pessoa chama a atenção da população, os pacientes que conseguem lá fora trabalhar e não ficar só dentro do CAPS, então, as oficinas que possam vir a dar renda, que elas sejam trabalhadas lá fora, até pra lá fora você convive com eles, percebe que eles não são os loucos que rasgam dinheiro, saem quebrando tudo e matando todo mundo, esse é o medo da população e acaba sendo o medo da família (J, 22/3/2006).

A questão da diferença do “louco” para o “não louco”, que na sociedade capitalista, é determinada pela relação produtivo/não produtivo, ou seja, aquele que detêm poder de consumo e aquele que não tem poder de consumo, também foi expressa pelos profissionais entrevistados como uma das dificuldades para a (re)inserção social do portador de transtorno mental, na família e na sociedade.

Eu acho que os limites do usuário; tem a coisa do preconceito, da loucura, ele, o usuário, ele não é alguém produtivo na família, ele não leva dinheiro pra casa, ele, ao contrário, ele só gasta, ainda tem que buscar remédio, ele dá mais trabalho ainda, ele não é produtivo, de maneira geral, então, isso já agrega um preconceito maior ainda, além de ter o preconceito da loucura, de ser..., enfim, alguém que tem uma “deficiência”, alguém que é muito dependente, ainda tem isso, então, ele não soma nada à família a não ser o incomodo; daí, geralmente, é uma mãe que até acolhe, ou pai, por questões afetivas, mas sempre está lidando com esse limite do usuário; tem famílias que não querem, tem muitas famílias carentes que não querem mais um problema, e quando a pessoa, então, saiu da família, que foi internada, e ficou um longo tempo fora, a família já se estruturou de forma a não contar com aquele usuário, então, já não conta mais com ele, passou três, quatro, cinco meses, aí vem uma pessoa trazendo toda uma dependência e que não é somar, ou as vezes as próprias crises dentro de casa, então, é difícil um cara que faz xixi no chão, um cara que toma um café e deixa sua xícara, um cara que quebra, que uma vez por mês quebra tudo, que bate nas pessoas dentro de casa, ninguém tem essa tolerância, tem que ser mais de uma pessoa pra suportar e, as vezes, uma pessoa, que é a mãe, suporta, mas os outros irmãos não entendem, não conseguem lidar com a questão, que é difícil mesmo, o nível de dependência, os limites, o risco que, enfim, pode correr o usuário (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Rosa (2003, p. 192), a família, apesar de procurar dividir com o Estado as demandas de cuidado do portador de transtorno mental, ainda é o principal agente responsável pelo seu provimento. Para implementá-lo, na divisão sexual do trabalho do grupo doméstico, seu ônus recai sobre a mulher. Todavia, diferente das demais

enfermidades, o transtorno mental se particulariza pelo fato de seu portador não se reconhecer como enfermo e por seu prognóstico figurar como uma incógnita, sem ter uma temporalidade previsível. Desta forma, em geral, o provimento de cuidados e o tratamento tornam-se impositivos para o portador de transtorno mental, que pouco colabora conscientemente no seu processo de recuperação. Por sua vez, o provedor de cuidado, com frequência a mulher, mãe, tem que ter uma disponibilidade de tempo, periódica ou indefinidamente, para exercer o seu papel. E, para satisfazer as necessidades individuais do portador de transtorno mental e as exigências de sua enfermidade, a mulher, mãe tem seu espaço de vida invadido, seus projetos de vida obstruídos pelas necessidades de prestar cuidado.

3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares

No contexto da Reforma Psiquiátrica, as organizações de usuários, técnicos e/ou familiares tem cumprido um importante papel na mudança do modelo assistencial em saúde mental, participando ativamente das discussões sobre os serviços e promovendo atividades que visam maior inserção social, geração de renda e trabalho e a garantia de direitos sociais. Essas associações constituem-se em importante instrumento de promoção da saúde e da cidadania de todos os envolvidos (BRASIL, 2004)

O CAPS Ponta do Coral conta com uma associação de usuários, familiares e técnicos. Apesar de estatutariamente estar prevista a participação e filiação de familiares e técnicos, atualmente, na prática, esta se tornou, efetivamente, uma associação de usuários. Em gestões anteriores, já teve em sua diretoria a participação de técnicos do serviço. Atualmente, dois técnicos acompanham as atividades desta, mas a diretoria da gestão atual (2006) é composta somente por usuários.

Com relação a participação dos usuários no planejamento das atividades do CAPS, os profissionais referem que esta acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, realizada semanalmente, na qual são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Contudo, os entrevistados observam que

existem dificuldades em realizar um processo de planejamento das ações do serviço, seja por particularidades dos usuários, seja por limitações e/ou problemas institucionais.

Assim, existem alguns espaços em que essas ações são tomadas em conjunto, a assembléia dos usuários, aqui é feita de terça-feira, em que é discutido desde a limpeza, o lanche, qual é o próximo passeio, o que vai ser de reunião, o que está sendo feito, quais são os informes em relação a saúde mental, em relação a congressos, encontros, comissões. O que eu percebo é que embora isso seja estimulado há pouca, baixíssima, aderência e quando há, em geral, são daqueles mais saudáveis no sentido de que de repente nem seriam usuários CAPS, mas eu acredito que isso seja também o próprio sintoma, de a dificuldade de lá fora conseguir um emprego, a dificuldade de iniciar uma atividade, iniciar um curso, é também pra se engajar na própria luta deles; o que eu percebo é que a família, em geral, quando pega isso vai adiante, os usuários tem poucos estímulos próprios, vamos dizer, pra continuar, pra se manter; então, na reunião da Comissão Ampliada²¹, aí participa um, mas depois a semana que vem já não vem; então, são poucos os que realmente conseguem dar conta, eu coloco a palavra no sentido de ser capaz para, tem essa dificuldade, eu acho que é própria condição (J, 22/3/2006).

Então, a gente procura estabelecer parcerias com a associação porque tem muitas coisas que pelo fato de a gente estar submetido a um organograma e a hierarquia, e aí os limites do serviço público, a gente não pode fazer; por exemplo, a questão da venda do material das oficinas, isso é algo que o CAPS não pode assumir, por conta mesmo da legislação que impede a gente de fazer esse tipo de atividade; então apesar de ter uma participação grande, o material vendido é o material das oficinas do CAPS, mas quem faz essa tarefa é a associação, é a associação que se encarrega da venda, de levar o material, de receber dinheiro etc.; além disso a associação se tornou efetivamente uma associação de usuários, apesar de o estatuto dela prever a participação e filiação de familiares e técnicos ela é uma associação de usuários na prática, e como articuladora de um projeto político e de reivindicação dos direitos do usuário dos serviços de saúde mental, como um instrumento pra viabilizar inserção no mercado de trabalho por exemplo, parece que são essas as funções da associação; com os usuários o que a gente tem é uma assembléia semanal onde são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; esse aspecto do planejamento da atividade ele de fato não tem a participação dos usuários até porque nem nós, como te falei no início, o nosso planejamento também é meio caótico, assim, a gente não tem um processo organizado de planejamento pra um ano ou mesmo pra seis meses, então, aí os usuários não chegam a participar desse planejamento, eles participam sim da discussão do funcionamento que é na assembléia,

²¹ A Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental (CPASM) é uma instância do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, criada através da Resolução N°1/CMS/2006, cuja finalidade é assessorar o plenário do conselho no que compete a formulação, implantação, implementação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas, ações e projetos em Saúde Mental, assim como prestar assessoria técnica ao gestor municipal. A CPASM é constituída por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde, e usuários e familiares da saúde mental (nota da pesquisadora).

que é toda semana, e aí se trata das coisas do dia-a-dia, é mais cotidiano (F, 12/4/2006).

A presença e participação dos usuários nas discussões e no planejamento das ações pertinentes à saúde mental vêm se ampliando progressivamente nos últimos anos. O processo de inserção inicia-se com o protagonismo dado ao sujeito na definição de seu projeto terapêutico, estende-se na organização de associações e na representatividade destas nos fóruns deliberativos (Conselhos de Saúde, Conferências, Comissões de Saúde Mental), e na participação em eventos científicos e espaços de militância política pertinentes à área da saúde mental. Essa é uma das formas em que a condição de cidadão dos portadores de transtornos mentais é resgatada. Segundo Rodrigues (2005, p. 80), “a participação política e militância de usuários e familiares em instâncias deliberativas ganham efetividade quando politicamente organizados”.

Neste sentido, a construção coletiva do protagonismo requer a saída da condição de usuário-objeto e a criação de formas concretas que produzam um usuário-ator, sujeito político. Isso vem ocorrendo através de inúmeras iniciativas de reinvenção da cidadania e *empowerment*, como atenta Vasconcelos (2000b), por meio de intervenções via associações de usuários ou de cooperativas sociais, ou ainda da participação política de tais atores nos mais importantes fóruns sociais de formulação de políticas da área, tal como nos conselhos de saúde e comissões de saúde mental.

Nas falas que seguem, os participantes da pesquisa destacam as dificuldades encontradas na organização, na articulação e no funcionamento da Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral²², bem como seus objetivos e principais lutas políticas por direitos.

Assim, eu acho que os usuários têm esse espaço da assembléia junto com os técnicos. É um espaço interessante, onde eles podem estar opinando, mais do que o da associação; o da associação é muito mais difícil de levar adiante; eu também já fiquei um tempo ajudando a associação, já fui até, uma época, da própria gestão, da própria diretoria, e a gente tem

²² Importante estudo sobre a Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral foi realizado por Rodrigues em dois trabalhos: RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral: desvelando sua significação**. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004; e RODRIGUES, J. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

que estar puxando muito como técnico, parece que deixar por conta deles a coisa não anda e, as vezes, a gente vê que fica mais um desejo nosso de que as coisas aconteçam do que deles; então, a assembléia pelo menos é um espaço que eu ainda acho que se consegue ter uma presença, agora a presença dos familiares no planejamento é muito pequena, poucos que vem, vem um ou outro, pai de alguém; dos usuários, eu acho que é mais nesse espaço da assembléia que acontece (P, 17/3/2006).

Os usuários, nós temos a assembléia dos usuários; então, na assembléia se discute algumas questões, por exemplo, as vezes o planejamento, funcionamento da casa, por outro lado nem tudo é discutido na assembléia, [...] tem uma atuação limitada, ela não é totalmente participativa. A associação, ela tem histórias de altos e baixos; teve momentos que a associação tinha uma diretoria, mas ninguém participava, não se articulava; tem momentos que a associação se integra mais, quando ela se integra a coisa fica também mais rica; nós temos aproximação, por exemplo, na questão do vale transporte, as reivindicações, sobretudo do vale transporte, de veículos pra passeio, pra participar de um evento, muito mais do que planejamento das ações, digamos assim, mais no sentido de luta por direitos e reivindicações (LÉLI, 4/4/2006).

A associação de usuários possui cinco objetivos: controle social, ajuda mútua, suporte mútuo, defesa dos direitos, geração de renda; em cima desse objetivos a associação realiza seu movimento e sua luta. Em termos do papel dos usuários no planejamento das ações do CAPS seria discutir esses objetivos em relação ao CAPS. Hoje, o que acontece, a associação de usuários acaba discutindo um pouco mais controle social; ela expressa a representatividade dos usuários na luta social, na dignidade humana, e também na geração de renda; outra coisa muito importante que a gente fala é a luta contra o preconceito, então, a associação ela participa mais nesse sentido, controle social, geração de renda e luta contra o preconceito no CAPS; esse é o papel dos usuários, realizar o controle social, participar da geração de renda e a luta contra o preconceito; a luta contra o preconceito significa realizar teatro, levar pras Academias, levar pra comunidade, mostrar que a história do louco no imaginário social das pessoas ela é transformada, pode-se reverter isso, e isso se reverte com música, cultura e arte (GIRASSOL, 20/3/2006).

O papel da associação no planejamento, é porque assim, a associação ela não é o CAPS, ela é uma entidade separada, a assembléia é uma assembléia geral do CAPS, é um mecanismo facilitador da participação dos usuários e técnicos na gestão do serviço; a associação é uma entidade, sem fins lucrativos, que foi criada e pensada pra que os usuários e familiares se organizem pela luta da política, pela luta da implantação da política de saúde mental, pela luta dos direitos, pela luta da implantação da Reforma Psiquiátrica, pela melhoria do serviço, então, assim, a associação ela caminha, mas ela é muito nova e aí se é muito nova tem uma estrutura um pouco frágil, então assim, a tua pergunta é se ela participa das ações do CAPS, ela participa sim, tem um elo de participação aí, tem um canal de participação, mas é frágil, é muito frágil, eu penso que é muito frágil porque aparece pouco (VIK, 24/3/2006).

Rodrigues (2005, pp. 81-82) destaca que as associações de usuários, enquanto dispositivos, possibilitam uma atitude política que oferece visibilidade ao usuário como ser cidadão e não apenas como portador de um transtorno. Segundo o autor, quando o usuário passa a ver, sentir, e ver sentido em suas ações associativas, sua prática organizativa torna-se efetiva e com empenho. Por isso, as associações precisam desenvolver estratégias mais amplas de adesão, visando revigorar seus quadros associativos. Nesta direção, a profissionalização e formação política dos dirigentes é vista como uma possibilidade para estimular a participação.

A compreensão das associações civis como relacionadas e condicionadas pelas associações políticas leva ao entendimento de que há uma sinergia entre a sociedade civil e a democracia política. Segundo Fleury (2004), a dimensão cívica da cidadania diz respeito à condição de inclusão ativa dos cidadãos à comunidade política, compartilhando um sistema de crenças com relação aos poderes públicos, à sociedade e ao conjunto de direitos e deveres que são atribuídos ao status de cidadão. Como dimensão pública dos indivíduos a cidadania pressupõe um modelo de integração e de sociabilidade, que transcende os interesses egoístas do indivíduo no mercado, em direção à uma atitude generosa e solidária.

A fala a seguir relaciona algumas dificuldades cotidianas vivenciadas na e pela associação de usuários do CAPS Ponta do Coral. Apresenta algumas possibilidades de atuação deste tipo de organização da sociedade civil, tanto com relação a parcerias com outras entidades, para o desenvolvimento de ações que visem a profissionalização e inserção no mundo do trabalho, quanto no processo de politização e conscientização de seus usuários com relação aos direitos de cidadania.

Eu acho que ela tem um papel relevante, a dificuldade é de incrementar esse papel relevante; os familiares vêm muito poucos; bom, talvez a gente não esteja também instigando, muitas vezes a gente convida, mas eu acho que, também, as vezes, falta um pouco de investimento da equipe para que os familiares estejam mais no CAPS; agora, a associação poderia fazer muitas coisas, desde convênios para cursos com esses órgãos que a gente tem, SENAI, SESC; poderia tentar uma penetração, mas isso seria uma outra realidade a ser criada; cada vez que entra uma gestão nova, a gente diz quem sabe agora; desde as pequenas coisas, até divulgar a lojinha aqui, é difícil, a gente uma vez fez uns folders pra distribuir aqui na vizinhança, uma vez a gente tentava vender as verduras que produzia, não conseguia muito, conseguia ali, vendia uma ou outra; agora em termos de espaço de fazer política eu acho que ela tem um peso, deveria realmente crescer, por mais que as pessoas tenham dificuldades; eu acho que tem que continuar existindo, tem que continuar batalhando para que eles possam estar assumindo um pouco

mais esse papel político, essa conexão com outras instâncias da sociedade; por exemplo, na questão até de trabalho, de poder a associação também ajudar nessa abertura de espaços de trabalho; teve uma vez que tentaram no Angeloni (supermercado), depois quando souberam que era portadores de transtorno mental não quiseram; eu acho que a gente precisava mostrar um pouco pra sociedade o que é o paciente psiquiátrico; assim, através desses recursos, não dá pra esperar vamos pra mídia, porque, assim, tem umas coisas que são boas, ótimas, mas são meio ideais, a gente tem que tentar começar com essas pequenas coisas que pode fazer: divulgar a lojinha, sei lá, fazer um contrato lá com o CIC pra fazer cursos, por exemplo, de pintura, coisas que são mais próximas da realidade exequível (P, 17/3/2006).

Para Rodrigues (2005) dois aspectos são importantes para compreender as dificuldades de falta de adesão e continuidade na participação dos membros da associação. Um deles refere-se aos elementos motivadores para a participação. Neste caso, é preciso considerar que a prática política de militância possui seus campos de conflito e tensões, que dentro da especificidade da loucura pode não conferir uma participação freqüente. O outro relaciona-se ao significado da associação na vida dos integrantes. Muitos usuários vêem a associação como possibilidade de geração de recursos financeiros, haja vista que o fator trabalho/vínculo empregatício é algo marcante na vida dos portadores de transtornos mentais, em decorrência de a maioria não possuir fonte de renda própria.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacaram o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário.

A primeira delas é a questão do controle social, a associação tem potencialmente essa função, não só dentro do serviço, mas também nas outras instâncias, conselho municipal de saúde, conselho local, aqui em Florianópolis estamos organizando uma Comissão Permanente, que é consultiva do Conselho Municipal de Saúde, é uma comissão de saúde mental, no estado (SC), a gente tem o Colegiado de Políticas Públicas e Atenção Psicossocial, que tem representação dos usuários; então, novamente, na questão da defesa dos direitos, na questão do resgate da cidadania, as vezes nem é resgate porque o cara nunca teve cidadania alguma, mas da possibilidade de instituir um certo nível de cidadania; eu vejo que a possibilidade de o usuário poder participar politicamente é algo que tem um efeito sobre a sua dinâmica, como tem efeito sobre a dinâmica de qualquer um que descobre um dia que tem essa possibilidade de participar politicamente, da vida política, e pro usuário de saúde mental isso muitas vezes é uma descoberta que representa uma guinada muito grande na sua vida, então, vamos dizer assim, tem um efeito terapêutico, um efeito clínico nesse sentido, além, obviamente, dos

efeitos políticos que isso representa, mas, mais individualmente tem esse efeito, da articulação com as outras pessoas, enfim, tem uma terapêutica aí que é função, mesmo que não reconhecida, mas é função das associações (F, 12/4/2006).

O principal papel das associações é não tornar que os serviços se tornem manicômios; a associação é a vida, é organização, é luta, é enriquecimento, é sentido de vida; tenho escutado muito de pessoas que tiveram suas vidas arruinadas que quando passaram a militar em associações de usuários passaram a ter um sentido de vida, passaram a conceber a razão da sua existência em vida; então, a principal importância das associações é não deixar que o serviço se torne manicômio, é tornar o serviço um pouco mais rico, com mais vida, é organizar a questão política, é falar em nome dos próprios usuários; então, a importância das associações de usuários é levar a boa nova aos CAPS, levar a boa nova aos serviços de saúde mental, levar a boa nova do modelo psicossocial, ou seja, discutir o controle da loucura, ou seja, a maior importância das associações é levar a discussão da liberdade, liberdade e dignidade dos portadores de transtornos mentais (GIRASSOL, 20/3/2006).

Além do tratamento e dos serviços, eu acho importante que a associação possa se fortalecer enquanto movimento popular de luta pela Reforma Psiquiátrica, que os usuários possam se conscientizar dessa importância de estarem articulados, lutando pela implantação da política, da política de saúde mental sob esse novo paradigma da Reforma Psiquiátrica; eu acho que essa é a maior importância, acho que essa é a maior tarefa da associação; claro que isso se reflete na micro política institucional no próprio CAPS; a associação vai estar lutando, a nossa associação aqui, por exemplo, já lutou pelo próprio vale transporte dos usuários, de ir até a secretaria (Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis) conversar com o secretário e reivindicar enquanto essa democracia representativa dos próprios usuários, técnicos e familiares; pela própria manutenção desta casa na época que houve a questão da construção da via de acesso ao Hospital Infantil, existia um projeto da outra via passar também por aqui, os usuários batalharam que essa casa se mantivesse aqui, que o CAPS se mantivesse aqui e conseguiram; então, acho que essa luta maior de articulação que exige uma consciência política dos líderes que estão na associação, dos usuários como um todo, é que é a grande tarefa da associação, só que isso se faz num trabalho de formiguinha, num trabalho miúdo (VIK, 24/3/2006).

Cabe destacar que o controle social compreende a participação da população na perspectiva da interferência na gestão da política pública de saúde, colocando as ações e serviços na direção dos interesses da comunidade e estabelecendo uma nova relação entre Estado e sociedade. Conforme Correia (2002, p. 212), controle social “é a atuação da sociedade civil organizada na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam às demandas e aos interesses das classes subalternas”.

A III CNSM ressalta a importância do controle social, através dos mecanismos já existentes (Conselhos, Conferências e Comissões de Saúde Mental, organizações da

sociedade civil e movimentos sociais), como forma de garantir o avanço da Reforma Psiquiátrica. Os indicativos da Referida Conferência destacam que o controle social deve constituir-se com a representação dos três segmentos – usuários, familiares e profissionais de saúde, na perspectiva de induzir uma ação de acompanhamento da construção das políticas municipais, estaduais e nacional de saúde mental. As Comissões de Saúde Mental em ação conjunta com os Conselhos de Saúde devem exercer seu papel de controle e fiscalização das políticas públicas, o que inclui o orçamento e a destinação de verbas para a saúde mental, em todos os níveis (BRASIL, 2002a).

A ação da sociedade civil e dos movimentos sociais é ressaltada visando a garantir que os programas de saúde mental não sofram descontinuidade por ocasião de mudanças de gestão administrativa e/ou política. Para tanto, devem ser criadas estratégias para a viabilização de maior envolvimento dos diferentes atores sociais com as questões da saúde mental. Entre estas, destacamos o papel das associações de usuários, técnicos e familiares e dos núcleos estaduais e/ou municipais do movimento da luta antimanicomial, na gestão dos serviços e na fiscalização das práticas de saúde mental (BRASIL, 2002a, p. 142).

3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia

A desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial são dois dos pressupostos teórico-epistemológicos orientadores das práticas assistenciais indicadas na e pela Reforma Psiquiátrica. Tendo isso em conta, perguntamos aos participantes da pesquisa se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas para a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referiram que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras.

As falas relacionadas na seqüência explicitam a percepção dos entrevistados sobre a questão e indicam algumas possibilidades que, segundo eles, poderiam favorecer o desenvolvimento de ações de reabilitação psicossocial.

Em parte sim, em parte; eu acho que como a gente não tem um sistema de avaliação a gente não consegue medir isso muito bem; a nossa intenção é essa, o que não quer dizer que as nossas ações consigam de fato alcançar; acho que a gente poderia fazer mais, a gente poderia ter uma articulação mais intensa e mais constante com outras instituições, com outros sistemas de atenção, além claro da própria rede de saúde, que não existe; em Florianópolis a gente não tem rede, até está se formando, dá pra dizer que está se formando, mas não funciona como rede ainda, efetivamente não funciona; a gente tem pouco contato com a atenção básica, com o PSF, que seria um parceiro importante, a gente tem pouco contato com os outros CAPS também em termos de troca, enfim, com outras instituições de saúde, então, acho que a gente ainda continua isolado, e aí pensar em reabilitação psicossocial com essas condições é um pouco mais complicado; a gente vê alguns efeitos, que a gente mede pelo usuário em si, que é o fato de que ele consegue evitar internação, que ele consegue muitas vezes voltar a trabalhar, sua participação nas oficinas passa a ser bastante diferente, enfim, mas são coisas que a gente não tem um instrumento pra avaliar (F, 12/4/2006).

Eu penso que sim, apesar de que hoje o programa de saúde mental não conta com uma rede completa de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, então, assim, a gente tem essa dificuldade; se existisse isso de forma mais estruturada, de forma mais incrementada seria mais fácil a reinserção social; por exemplo, a gente não tem leitos psiquiátricos no HU, um hospital geral, que já tem um ambulatório de psiquiatria, poderia ter um serviço de emergência, facilitaria, evitaria internações, um mercado protegido, um projeto de geração de renda também não temos, não temos os CAPS territorializados ainda, então, tem uma série de dificuldades colocadas aí que impedem essa reinserção social num tempo menor do que acontece hoje; acho que hoje o tempo que o usuário fica dentro do CAPS ainda é muito grande por conta de a gente não ter essa rede completa, que possa dar esse suporte extra CAPS. [...] eu não sei se isso acabaria institucionalizando, de certa forma sim, mas assim, isso está na pauta, e se isso está na pauta não está institucionalizando, você entende o que eu quero dizer? isso está sendo falado pro próprio usuário, isso está sendo dito pra ele, olha tu já está aqui muito tempo, o nosso objetivo pra ti, nosso projeto terapêutico pra ti seria de tu poder estar fazendo isso, isso e isso lá fora, então assim, não diria institucionalizado porque talvez institucionalizado seria quando a gente não se desse conta disso, ah não isso está rolando, o usuário está aqui há anos, ninguém está fazendo nada, continua na mesma, aí sim estaria cronificando, mas acho que não nesse sentido, de que isso está na perspectiva, a gente está querendo a inserção, a gente está querendo a rede extra hospitalar, a territorialização dos CAPS, só que a gente não tem uma série de elementos necessários pra fazer a reinserção, a política, o programa de saúde mental, aliás ele está sendo implantado, incrementado muito mais agora recentemente (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que sim, mas muito pouco ainda; elas se encaminham, elas têm como ideal, elas desejam, mas na prática isso é muito pouco feito; eu vejo que nesse CAPS a equipe acaba estando muito fragmentada porque faz milhões de coisas também, desde a parte administrativa, parte clínica, oficina, se divide; eu acho que deveria ter a equipe como um todo trabalhar nisso, mas ter também grupos de atuação, como a gente

chama de atuação local, então, ainda para o que necessita está muito pouco assim, muito aquém [...] A primeira proposta começaria via Regionais, nas Regionais; por exemplo, as pessoas iriam para os seus bairros, ver qual é a possibilidade, as possibilidades que existem pro usuário se inserir, mas não só a Regional, poderia ter um grupo mesmo, sair com o usuário, fazer a coisa mais concreta, ela é feita, mas é feito muito pontualmente (LÉLI, 4/4/2006).

Em geral sim, mas tem alguns pacientes que, por exemplo, circulam no CAPS e que não tem nenhuma indicação de estar no CAPS, então ele acaba sendo um lugar de institucionalização ou de capsização. Tem isso; isso acaba acontecendo, mas em geral não é isso; em geral eu acho que todas as nossas ações, o que a gente discute em equipe é até a tentativa de diminuir essa dependência, esse vínculo de dependência, que em algum momento ela pode ser muito importante, mas em outros ela é excessiva e acaba aprisionando o paciente dentro do CAPS, e aí o CAPS passa a ter o mesmo papel e a mesma função do hospital; e como isso é o que eles conhecem, esse repertório é o que se conhece, é mais fácil de se acostumar com ele do que ter uma nova postura, uma postura de que, não, aqui eu vou tomar conta do meu tratamento, eu vou lá fora procurar o que é meu...; não, (o usuário) acaba esperando, ah o que você falar está bom, e aí essa atitude bem passiva, que ela é muitas vezes muito cômoda pra todos nós em muitos momentos, pra uns mais que outros, essa atitude de comodismo, de esperar, é ótimo, e aí isso acontece, acaba acontecendo, embora as práticas, elas tem a idéia de que não seja voltada pra isso; não é o objetivo, mas a gente observa que as vezes é falho (J, 22/3/2006).

Essa pergunta é muito difícil [...]; eu acho que não mudou muito meu olhar, a gente tende a sustentar a institucionalização, a gente não consegue dar alta, o paciente não consegue ter alta, não consegue sair; assim, digo um paciente que realmente talvez esteja até mais comprometido com esse tempo aqui, tem paciente que está aqui desde o início; eu acho que a gente acaba reforçando um pouco isso por mais que a gente tem o desejo de que fosse o contrário; existe uma certa comodidade pro paciente também, aqui ele tem atenção, ele é aceito, não tem assim uma grande briga por ele ficar aqui; então, isso me preocupa muito, eu fico pensando: é uma contradição porque ao mesmo tempo que o nosso trabalho é voltado pra isso parece que a nossa ação acaba revertendo o contrário; a questão da cidadania, a questão da construção de outros laços, criação de outros espaços, eu acho que é muito precária ainda [...]; por isso que eu acho que a gente precisa também de ter formas de avaliação dos pacientes, muitas vezes fica assim um exemplo ou outro que você tem, aquela pessoa foi, está lá trabalhando, talvez ela não tenha também construído um elo tão pesado, tão forte com a instituição, que ela já veio, ficou um tempo, saiu, voltou a fazer outras coisas da vida; eu acho que a gente ainda está institucionalizando mais do que desinstitucionalizando [...] (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p. 14) observam que um dos caminhos mais importantes para o qual aponta a desinstitucionalização é o da criação de novas relações com a loucura. Estas se processam a partir da mudança das relações institucionais internas e de

desmontagem dos dispositivos da clínica e da psiquiatria, mas certamente não se restringe a isto. Novas subjetividades e um novo lugar para o sujeito louco só são produzidos em relação com o social. O trabalho de desconstrução da institucionalização, necessariamente, extravasa o contexto institucional específico, atingindo seu objetivo mais amplo de questionamento das instituições e subjetividades capitalísticas, a desconstrução como transformação cultural. Para os autores, através do trabalho no campo social a desinstitucionalização atinge seu sentido mais abrangente, como processo social amplo e complexo de participação popular, territorialização dos serviços, envolvimento de diferentes atores sociais, e mudança da relação social com o fenômeno da loucura.

Sobre este aspecto cabe destacar que a desconstrução do paradigma da institucionalização e a construção do paradigma da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial envolve um conjunto de ações teórico-epistemológicas e de práticas assistenciais, amparadas por um sistema jurídico-político capaz de criar e garantir direitos aos portadores de transtorno mental. De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (1987), a reabilitação psicossocial é o conjunto de atividade capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários (OMS 1987 apud PITTA, 2001).

Nesta direção, a formulação da política de saúde mental, orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais nos campos da educação, cultura, habitação, assistência social, esporte, trabalho, lazer e a articulação de parcerias com universidades, Ministério Público, organizações não governamentais (ONGs), visando a melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania do portador de transtorno mental (BRASIL, 2002a).

Com o objetivo de saber se existem e identificar quais são as práticas de reabilitação psicossocial desenvolvidas no e pelo CAPS Ponta do Coral, perguntamos aos participantes da pesquisa se existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer. Do total de profissionais que responderam ao formulário, a maioria (66,7%), disse não existir, dois referiram não saber responder, e dois destacaram que existem. Dentre os que responderam que não existem tais práticas, um observou não ter conhecimento, oficialmente, das parcerias, um deles destacou que existem poucas e de acordo com o planejamento terapêutico do usuário, e um outro disse que tem em momentos específicos, mas não de forma contínua. Entre os que

responderam que sim, um referiu-se a experiências muito pontuais como por exemplo o uso da quadra de esportes próxima, e outro identificou parcerias com fundações municipais e estaduais de cultura.

Neste aspecto, os indicativos aprovados na e pela III CNSM ressaltam a necessidade de se priorizar, no âmbito da assistência em saúde mental, políticas que fomentem a autonomia dos portadores de transtornos mentais, incentivando o exercício da cidadania plena. Devem-se buscar parcerias entre o poder público e organizações civis para o desenvolvimento de projetos sociais e comunitários, de geração de renda e de acesso a todos os direitos, que possam funcionar como apoio na (re)inserção social destas pessoas.

No estudo realizado, perguntamos aos profissionais se as práticas assistenciais desenvolvidas no e pelo CAPS possibilitam ao usuário a construção de sua autonomia. Os entrevistados destacaram a necessidade de refletir conceitualmente sobre o que seja a autonomia do portador de transtorno mental, como avaliar a autonomia da pessoa. Referiram que, em geral, o serviço consegue cumprir com a função de estimular o usuário à conquista de sua autonomia.

A questão é discutir o que é autonomia, eu sempre parto do princípio de que autonomia não é independência, autonomia na verdade é a possibilidade de a gente poder ampliar as dependências, que é a vida de todo mundo, ou seja, eu pra viver eu dependo de um monte de gente, um que paga meu salário, outro que falo aqui, outro com quem eu me ligo afetivamente, enfim, eu dependo de uma porção de gente e isso me dá autonomia porque eu posso depender de muitas pessoas e de muitas instituições, muitos sistemas; o problema do usuário de serviço de saúde mental, paciente psiquiátrico é que ele, geralmente, depende ou das mesmas pessoas ou das mesmas instituições, ou seja, a capacidade de autonomia dele está muito reduzida porque ele não tem como circular socialmente, ele ou está sempre dentro de casa ou de casa pra uma instituição, seja ela o CAPS ou hospital psiquiátrico; então, pra mim autonomia é isso, é essa possibilidade de você ir ampliando os vínculos pra que você possa depender de muitas pessoas ou de muitas coisas ou de muitas instituições porque afinal de contas, em última instância, essa autonomia tomada como independência ela é imaginária, ela é irreal, não existe; então, eu acho que a gente consegue isso, a gente consegue ampliar a autonomia dessa maneira, primeiro porque o CAPS acaba se tornando um centro de convivência, então, o efeito imediato é que a pessoa deixa de ficar sozinha ou só com a família e passa a conviver com outras pessoas, esse é o efeito imediato, passa a ter outras relações que muitas vezes se desdobram, saem daqui, as pessoas fazem programas juntos fora, pinta relacionamentos amorosos ou só relação sexual, que seja, mas enfim, é uma oportunidade nova que o cara não tinha, encontrar alguém mesmo que seja só pra transar, então, isso já é um ganho também, já implica na ampliação de autonomia; eu vejo que muita gente aprende a lidar com o serviço público, aprende a correr atrás dos seus direitos, aprende a lidar com outros serviços de saúde, passa a

procurar o posto de saúde onde mora ou passa a ir pegar medicação em tal lugar sozinho, por conta própria etc.; eu acho que a gente consegue essa função, a gente consegue autonomia nesse sentido, mas pode ser melhor, na medida que a gente tiver uma rede, que a gente se inserir nessa articulação com outras instituições, com outras instâncias, a gente consegue fazer isso de maneira mais eficaz (F, 12/4/2006).

Em alguns casos sim, eu acredito que alguns casos quando não há uma limitação interna eu acho que sim, que é possível, através até da participação nas oficinas, nos grupos terapêuticos, da adesão ao tratamento médico; muitos conseguem realmente; passaram por um episódio, uma crise, conseguiram ficar bem e voltar para as suas atividades diárias, eu acho que quando eles aderem ao tratamento, quando há essa adesão, quando eu digo ao tratamento é ao projeto terapêutico deles, e não tem uma limitação, vou colocar entre aspas “uma seqüela” da própria doença muito forte, há essa possibilidade; em alguns outros casos eu acho que é difícil, assim, não é tão fácil medir isso, o que, quem melhora, quem não melhora, aquele que consegue voltar, aquele que não consegue, as vezes alguém que tem até uma doença mais incapacitante consegue, outros não, depende, depende do apoio que ele tem, do externo, da família, ou da própria sociedade, da comunidade em que ele é inserido, isso tudo faz diferença, que tem o background do que ele era antes, isso também faz a diferença, ele consegue resgatar; quando já não se tem muito o que resgatar aí fica mais difícil trabalhar; é individualizada essa resposta, mas eu acredito que em alguns casos sim, consegue essa (re)inserção de uma maneira muito boa e gratificante para os dois, pro usuário e para os profissionais (J, 22/3/2006).

[...] dependendo de como o serviço é gerido, dependo de dentro de que política de saúde mental esse CAPS está inserido, ele pode ao invés de estabelecer uma autonomia, mesmo que ele tenha uma boa vontade de estabelecer autonomia, ele acaba tornando a pessoa mais dependente ainda do serviço; então, é uma grande armadilha a construção da autonomia, não só especificamente pro CAPS Ponta do Coral, mas pra todos os CAPS que eu tenho visto; então, a gente volta novamente na questão da avaliação, novamente na discussão dos termos, eu acho que a questão dos conceitos ela tem que estar muito clara, o que significa cada conceito, eu sempre tenho batido muito nisso; o que é autonomia? É a pessoa ter minimamente condição de governar a sua própria vida, gerir sua própria vida, Ok! a gente estimula a pessoa a fazer isso, trabalha nesse sentido com a questão da autonomia, agora, quais são os parâmetros que nós vamos utilizar pra avaliar essa autonomia, isso a gente não tem muito claro ainda, acho que necessita; então, o CAPS possibilita autonomia, mas ao mesmo tempo não tem uma análise crítica [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Não obstante, cabe-nos destacar que a compreensão sobre autonomia que orienta este trabalho refere-se “a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente”. Neste caso, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas

relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001, p. 57).

As falas relacionadas a seguir destacam como o atendimento no CAPS Ponta do Coral possibilita a construção da autonomia do usuário.

Eu acho que em formas gerais sim, na relação que os técnicos tem com o paciente; agora, as vezes, a gente tem uma postura muito assistencialista em muitas situações, um assistencialismo que acaba prendendo o paciente, institucionalizando; são situações, eu acho que as vezes a gente repensa sobre elas, não foi bem por aí, mas, assim, eu vejo as pessoas contando a história do CAPS, teve muitas experiências que foram positivas também, que chegaram a um resultado, assim, sem muito recurso, sem muito com que contar fora da própria equipe, fizeram coisas que são surpreendentes em relação a tantos pacientes; eu acho que essa maneira de você poder dar voz, poder valorizar aquilo que a pessoa faz, consegue fazer em uma Oficina por exemplo, eu acho que essa é uma maneira de você conferir uma posição mais sujeita, mais ativa mesmo (P, 17/3/2006).

Sim, eu acho que sim, só que eu acho que a gente possibilita em alguns casos, não tem uma história linear de possibilitar a todos, eu acho que tem um projeto de possibilitar, mas isso não acontece o tempo todo, porque também isso não é uma via de mão única; hoje, eu já fui mais ingênua em relação a isso, muitas vezes uma pessoa que ficou trinta anos, vinte anos no hospital psiquiátrico, eu não sei mais se ele quer ter mais autonomia, muitas vezes ele quer, não quer; se a gente entender autonomia como trabalhar, seja em qualquer lugar, com uma bolsa trabalho, entender autonomia como decidir ir final de semana para uma praia, autonomia como ir ao supermercado, escolher o que vai comer, até certo ponto sim; por exemplo, se tenta até que muitos usuários saiam no final de semana, a gente na reunião das Regionais combina que eles possam ir, no final de semana, para um passeio, e eles não vão, eles ficam em casa, só vão se o técnico for, no dia de semana; então, acaba ficando um outro processo de não autonomia; então, a luta, a intenção é que isso se dê de outra forma, que também não fique dependendo do CAPS; existe uma construção pra isso e isso acontece, em certa medida acontece, mas ainda não como gostaríamos, porque nós também temos uma idealização de autonomia [...] alguns casos tem sim, vão até um certo ponto da autonomia que é possível pra pessoa, e outros vão mais além, outros regridem (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre as possibilidades de construção da autonomia do portador de transtorno mental, Kinoshita (2001, pp. 56-57) considera que a contratualidade do usuário, primeiramente vai estar determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Estes podem emprestar seu poder contratual para possibilitar relações e

experiências renovadas ao usuário, através de seu prestígio, de sua delegação social, do saber reconhecido pela sociedade. O referido autor destaca que aos profissionais é dada a capacidade de elaborar projetos, isto é, ações práticas que venham a modificar as condições concretas de vida do usuário.

A entrevista citada na seqüência relaciona a construção da autonomia do usuário a ações que envolvem outros serviços e outras políticas sociais como uma possibilidade para que o portador de transtorno mental adquira sua independência econômica. No caso, a profissional refere-se a Política de Assistência Social, através do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Outro recurso financeiro que pode ser acessado pelos egressos de internações psiquiátricas prolongadas é auxílio reabilitação psicossocial instituído com o Programa de Volta Pra Casa, através da Lei Federal N° 10.708/2003.

[...] um outro elemento pra isso (autonomia) são os usuários que estão totalmente desprovidos de qualquer recurso material que conseguem o BPC e isso garante autonomia porque ele tem o mínimo pra poder dar conta das suas necessidades materiais; então, muitas vezes, ele está numa condição muito vulnerável e aí passa a poder comprar aquilo que ele deseja, minimamente, porque é muito pouco o valor, mas consegue algumas coisas e isso garante essa autonomia, porque as vezes ele fica na família, fica sendo aquele peso que só incomoda, que não tem recurso financeiro nenhum porque ele está fora do mercado de trabalho mesmo, então, aí o benefício da previdência social também é um elemento de autonomia e de reconstrução da cidadania, mas entre todos esses outro que eu falei, do próprio material que ele tem contato na oficina terapêutica que ele consegue produzir algo; aquele usuário que é egresso do hospital psiquiátrico de polireincidência nas internações que consegue produzir uma peça bonita e que essa peça é vendida e que depois recebe o dinheiro dessa venda, também confere autonomia, confere cidadania, auto-estima (VIK, 24/3/2006).

Entendemos que a possibilidade de ter recurso financeiro próprio favorece sim a independência econômica do portador de transtorno mental, possibilitando-lhe uma vida com maior autonomia. Contudo, conforme destacou a entrevistada este é só um dos elementos que compõem o rol das necessidades humanas. A reabilitação psicossocial é um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia (KINOSHITA, 2001). Neste sentido, reabilitação e construção da autonomia caminham lado a lado.

3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental

A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos entrevistados como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista jurídico-política dos direitos do portador de transtorno mental.

Eu acho que hoje a gente já tem uma rede assistencial muito mais capacitada e quantitativamente significativa; no Brasil já são 800 CAPS; o fato de que tem recurso financeiro do Ministério da Saúde destinado, especificamente, à saúde mental, isso facilita a criação do serviço no município; em termos das modificações em relação ao que seja a loucura, o que seja o transtorno psíquico, acho que apesar das dificuldades a gente já conseguiu avançar com relação a isso, a gente já conseguiu trazer a discussão pra sociedade de uma outra maneira, levantando a necessidade de olhar isso também de uma outra forma; a medida que as pessoas começam a sair dos hospitais e voltam a morar seja em residências terapêuticas, seja com a sua família, e conseguem se manter bem dessa maneira isso também vai mudando o olhar das pessoas, pelo menos daquelas que o cercam; os projetos que a gente chama de modificação da cultura, a modificação da cultura manicomial, isso eu percebo que há um avanço, gradual, lento, tem um monte de resistência, mas a gente consegue, conseguiu, tem conseguido, e isso implica também no avanço político, no sentido da garantia do direito, no sentido de ter algumas prerrogativas preservadas com relação ao direito do usuário; então, eu vejo que de uma maneira geral a gente tem avanços e avanços muito significativos se a gente compara o que era transtorno mental há vinte, trinta anos, nesse país, tem coisas muito importantes que eu identifico (F, 12/4/2006).

Acho que a própria existência de CAPS, os hospitais dia, de ambulatórios de saúde mental, próximos as casas de onde o paciente mora, o Programa de Volta pra Casa, a possibilidade de uma residência terapêutica, são todas medidas atuais e dispositivos atuais que possibilitam essa nova forma de encarar o que alguém portador de transtorno mental pode ocupar, o que eles podem ocupar; então, eles podem ocupar os espaços, eles podem começar a fazer parte daquela comunidade (J, 22/3/2006).

A fala a seguir expressa como foi, historicamente, se alterando a forma de assistência ao portador de transtorno mental e de atenção em saúde mental na política de saúde do município.

Eu acho que a questão de criar um espaço que é aberto já é uma conquista; eu acho que hoje a gente tem essas possibilidades de CAPS, no posto de saúde mesmo; [...] quando eu comecei a trabalhar na prefeitura, há 20 anos atrás, assim, era uma equipe de um psiquiatra com mais um monte de estagiários de psicologia que saía em uma Kombi velha pra fazer alguma coisa, quando pintava um problema lá com um paciente do Campeche por exemplo [...]; não tinha nada na prefeitura há 20 anos atrás de saúde mental, então, hoje já tem, está se criando uma rede, tem profissionais nos postos, tem psicólogos, se pensa em fazer treinamento de agente de saúde, treinamento de clínico geral, já se fez algumas coisas; eu acho que isso, imagino que alguém que fica confinado dentro de um espaço, ele ter a possibilidade de circular, mesmo o pessoal do HCTP, eu acho que pra eles, assim, tem uns que não querem muito mais que isso na vida, pelo menos eles não estão tendo que trabalhar duramente como trabalhavam quando eram crianças, vem aqui, circulam, comem uma comida, anda aqui, vê televisão, bom! talvez essa seja a vida que eles querem, talvez seja...., já sai lá daquela estrutura fechada (P, 17/3/2006).

Na seqüência, a entrevistada relaciona algumas formas de exercício da cidadania que o usuário pode acessar com o tratamento no CAPS.

É, se for pensar que muitos usuários eles tiveram uma história, antes do surto, de uma vida organizada socialmente, trabalhando, talvez seria a reconstrução da cidadania, mas a medida que vem todo o isolamento propiciado pelo hospital psiquiátrico, todo o estigma do transtorno mental que a própria comunidade coloca, realmente de fato foi perdida; quando ele chega no CAPS e se propõe a se beneficiar desse espaço, assim, de fato se vincula ao projeto terapêutico dele, acho que ele consegue reconstruir elementos pra essa cidadania, num primeiro momento autonomia, acho que o cartão do vale transporte, o exemplo que eu posso dar, o cartão do vale transporte que é oferecido no período que ele tem tratamento aqui é o mesmo cartão do cidadão que vai comprar lá no SETUF, então, aquele usuário que é estigmatizado, eu já presenciei essa cena, um usuário de uma comunidade de periferia que era o louco do bairro, ele entrou dentro do ônibus com o mesmo cartão que qualquer outra pessoa, passou o seu cartão, veio pro CAPS, depois foi embora pra sua casa, então, isso já é um elemento, muito pequeno, mas é um primeiro elemento talvez, que começa aí, de ele se reconhecer enquanto sujeito, enquanto cidadão, e depois aqui também, a possibilidade de participação, no momento que ele consegue produzir algo numa Oficina, no momento quando ele consegue, na clínica, se dar conta dos seus conflitos e ter mais qualidade de vida nas relações [...] (VIK, 24/3/2006).

Uma das entrevistadas fez destaque às formas de atuação que, na sua opinião, representam conquistas significativas e correspondem a práticas que favorecem o exercício da cidadania do portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Avanços, pra começar, acho que o grande avanço foi a Reforma Psiquiátrica, a construção do CAPS, dos CAPS, as portarias que fazem com que os hospitais psiquiátricos sejam substituídos por vários CAPS, esse foi o grande avanço em primeiro lugar, porque é o momento de tirada das pessoas desses castelos, dessas muralhas, não só porque ficaram ali presas, mas de todo aquele sofrimento mesmo, de miséria, enfim, como os últimos dos últimos, então, eu acho que esse é o primeiro ponto, é que os sofredores de transtorno psíquicos e mentais não ficassem segregados, mas poder estarem sendo mostrados e expostos - uma parte da sociedade, são pessoas que podem transitar, que estão aí, não necessariamente precisam ser escondidos como uma vergonha; junto aos CAPS, isso não caminha sozinho, tem a construção as redes de atenção básica também; [...] mas quando fala em cidadania acho que tem três eixos: um é a construção do CAPS, de serviços como o CAPS, outro são as residências terapêuticas e o outro a economia solidária; hoje eu vejo como isso, assim, esses três projetos, que foram feitos com luta, porque a primeira luta foi dos hospitais, então, tem as portarias que substituiu os hospitais por CAPS, progressivamente, tem toda a luta do movimento antimanicomial, tem as leis que protegem, tem esses três eixos; residência terapêutica é um lugar de resgate à cidadania porque a pessoa vai poder estar numa casa, vai poder comprar um bombril pra limpar a panela, vai poder comprar tomate e batata, vai começar a transitar no meio de outras pessoas, com a vizinhança, a se autogerir, poder fazer escolhas para sua casa, onde ele quer botar um quadro, onde ele quer botar o guarda-roupa, sua roupa, com outros colegas, mas enfim...; tem também a economia solidária que é o momento de autogestão, de fazer escolhas também, de decidir sobre sua vida, em uma certa instância, porque em última instância, em última análise ninguém daqui decide sobre a sua vida, nem eu, nem tu, a gente já nasce num sistema que te absorve e a gente é o que em última análise o capitalismo quer que a gente seja mesmo, nossa roupinha, nossa comida, nosso padrão de beleza, tudo a gente faz como é vendido; eu acho que essas iniciativas, porque a economia solidária não é só cooperativa, não é só associação, não é somente, é uma outra forma de produzir trabalho e discutir sobre esse lucro, que antes estava na mão de algumas pessoas, então, é dividir, eu também decido sobre o que é o meu trabalho, eu não me alieno dele, mas eu sei onde é que vai o meu trabalho (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Fleury (2004, p. 4), os grupos excluídos estão, em geral, impossibilitados de participar das relações econômicas predominantes no mercado, como produtores e/ou consumidores, e das relações políticas vigentes, os direitos de cidadania. Segundo a autora, esta situação é agravada pela transformação das políticas públicas de proteção social, afastando-se de um modelo de seguridade social, que buscava assegurar coletivamente o mínimo vital para todos os cidadãos, em direção à individualização da pobreza e da exclusão.

Conforme aponta Pitta (2001), o homem moderno, acriticamente, persegue formas de inclusão social pelo trabalho, desconsiderando o fato do trabalho não ser nem

tão disponível nem tão flexível para suportar as diferentes demandas individuais e coletivas que a sociedade moderna impõe. Não obstante, a tradição asilar e assistencialista das instituições psiquiátricas, historicamente, caracterizou-se pela função de excluir os marginalizados, produtos das disfunções do modo de produção capitalista e da divisão social do trabalho. Em geral, a população internada, e muitos dos egressos de hospitais psiquiátricos atendidos nos CAPS, está cronificada, com poucas chances de retorno ao mundo do trabalho capitalista.

A fala relacionada a seguir traz a compressão e reflexão, do profissional entrevistado, com relação ao conceito de cidadania e as implicações práticas deste quando se tem como parâmetro uma concepção e um modelo de cidadania pautado na lógica da racionalidade.

Eu tenho visto que está se percebendo uma maior clareza da necessidade dessa cidadania do portador de transtorno mental, porém ainda falta um pouco mais de discussão em nome de que direitos o portador de transtorno mental tem pra fazer cidadania, porque é assim, a cidadania dentro desse modelo francês - igualdade, fraternidade, liberdade, ela exige muito a questão da razão, pra você exercer cidadania você tem que falar em nome da razão, e muitas vezes o usuário, quando está em crise acaba não falando numa razão, acaba falando uma desrazão, e aí como fazer? como dar conta disso? ainda não temos resposta, em nome de que cidadania é reinventada uma cidadania para os loucos, mas tudo bem, isso é pra gente pensar; então, o avanço que tem em relação a construção da cidadania é quanto mais ter associação de usuários em que se discuta cidadania, mais vai ter cidadania, que eu não acredito que os CAPS tenham trabalhado muito nessa lógica, porque acaba não discutindo a questão da cidadania, que cidadania é essa, o que se entende por cidadania, o que é o ser cidadão [...](GIRASSOL, 20/3/2006).

A cidadania integra as exigências de justiça e exercício democrático do poder; o sentimento de pertencer a uma comunidade e de estar integrado a uma dada coletividade social, em determinado espaço territorial (FLEURY, 2004). A idéia de direitos do cidadão – civis, políticos e sociais – remete a construção dos Estados nações, em que o princípio das nacionalidades precede o ideal filosófico cidadania universal. A cidadania, definida pelos princípios da democracia, constitui-se na criação de espaços sociais de luta (movimentos sociais) e na criação de instituições permanentes para a expressão política; significa, necessariamente, conquista e consolidação social e política (VIEIRA, 2002, p. 40). Ainda, a cidadania passiva, outorgada pelo Estado, se diferencia da cidadania ativa, na qual o cidadão, portador de direitos e deveres, é essencialmente criador de direitos para abrir novos espaços de participação política.

Diversos são os obstáculos para o exercício da cidadania do portador de transtorno mental entre estes a vinculação dos direitos a racionalidade instrumental-cognitiva da ciência; a vinculação da sua prática a inclusão controlada no mundo do trabalho, modelo este que, no caso brasileiro, é denominado por Santos (1979) de cidadania regulada. Vasconcelos (2000b, p. 191) indica que, para aqueles que assumiram a proposta da desinstitucionalização e reinvenção da cidadania no campo da saúde mental, há de considerar que estamos diante de um terreno de relações de forças complexo e paradoxal, em que a manutenção do caráter democrático nas relações exige abandonar esquemas conceituais lineares, onipotentes, que queiram garantir de antemão a sua eficácia.

Fleury (2004, p. 12), observa que “a mediação entre os indivíduos e o Estado, através da igualização realizada na cidadania só é efetiva, na medida em que a sociedade civil seja capaz de realizar as funções de agregação dos interesses, reconhecimento dos sujeitos e sua inserção na esfera pública. Só assim a cidadania deixa de ser um invólucro legal e passa a ser um exercício na vida social”. Portanto, uma visão mais ativa de cidadania requer um sentido de sociedade civil como uma esfera pública onde os cidadãos se encontram em reconhecimento mútuo, e isto faz possível a sociedade plural.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referiram que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental substitutivos ao modelo tradicional/asilar. As falas a seguir identificam estas dificuldades fazendo uma análise da questão na realidade da sociedade capitalista atual.

Tem o mito de louco, do louco perigoso, do louco imprevisível, é algo que pesa muito [...], que é a lógica do mercado; pra nós, basicamente, estar inserido na sociedade é estar trabalhando, a gente se pauta muito por isso, pra poder se considerar inserido, vinculado no mundo você tem que estar no mercado de trabalho e, muitas vezes, essa lógica enlouqueceu muita gente, e as pessoas não conseguem, principalmente os usuários dos serviços de saúde mental, os psicóticos em particular, tem muita dificuldade em entrar nessa lógica, e se submeter a ela, coisa que pra qualquer um tem um custo muito alto em termos de saúde, eu digo quem está inserido mesmo no mercado de trabalho, em termos de saúde, de relação com a sua família, com as pessoas que gosta, com os amigos etc., isso tem...; viver para o trabalho é algo que pra nós é insalubre de uma certa maneira, a gente não faz outra coisa a não ser trabalhar; então, pra essas pessoas que estão fora do mercado de trabalho

é muito complicado poder voltar, o que sobra é uma rede de assistência que na nossa realidade é sempre capenga, sempre parcial, tem dificuldade em aceitar o louco por conta desses mitos, e, também, da própria resistência do usuário, da pessoa com esse tipo de dificuldade de entrar nessa lógica, no que ele de uma certa maneira faz muito bem, algo que cria outros problemas pra ele (F, 12/4/2006).

São tantas, é assim, primeiro lugar, eu vejo assim, com todo o preconceito que tem da loucura, tem uma coisa no nosso sistema capitalista que é a questão da produção, produção de capital, produção de bens, e inserção no comércio, no mercado de trabalho, então, o portador de transtorno, sofrimento mental, ele a princípio, quando ele está nesse estado, ele não é produtivo, produtivo pra esse sistema capitalista, ele não trabalha, ele não consome muito, porque ele não vai ter dinheiro, portanto, isso de maneira geral, a gente sabe que as pessoas de posse, que a loucura, o sofrimento psíquico ele atravessa qualquer classe, mas 90% tem isso; então, a princípio existe a exclusão, já existe esse preconceito também, mas muito mais que isso, que a sociedade de fato ela é dividida entre os que produzem, os que fazem a engrenagem funcionar e os que estão a margem, então, o usuário é mais um que está a margem, assim como o menino de rua, os rapazes do morro, então, ele é mais um, também, que causa incomodo, e ele no Estado, das políticas públicas do Estado ele seria como só o gasto, não seria mais uma produção; além de ser uma sociedade racionalista que tem toda a sua formação no discurso, no discurso reto, no discurso racional, na fala, a fala racional, na linguagem articulada como o único meio privilegiado de comunicação, e o usuário, muitas vezes, não tem esse instrumento, por conta da sua fragmentação, da sua história, da sua medicação, da própria coisa do delírio, muitas vezes ele não tem o tempo todo essa fala coerente, esse discurso, dessa forma já faz com que ele não seja inserido, uma vez que ele é a minoria digamos assim (LÉLI, 4/4/2006).

Hoje, a gente fala muito em rede de atenção psicossocial; eu percebo que é uma rede que ela tem que estar instituída, que são locais de proteção para o portador de transtorno mental, são as certezas, são os caminhos certos que os usuários teriam, a rede; o problema a começar é que nós não temos essa rede instituída, entendo por rede: emergência psiquiátrica ou emergência em atenção psicossocial em hospital geral, CAPS III, CAPS II, CAPS criança e adolescente, CAPS álcool e droga, associação de usuários, escritório jurídico para amparar o direito do portador de transtorno mental, atenção primária em saúde mental, equipes volantes, centros de convivência, enfim, tudo o que preconiza a rede em atenção psicossocial, esse seria o primeiro passo; então, essa dificuldade, não temos a rede em atenção psicossocial, esse é um passo; segundo, o próprio imaginário social das pessoas em relação a loucura e ao louco, isso é uma outra dificuldade, que daí entra em cena o estigma e o preconceito, onde o portador de transtorno mental passa a não ter crédito na comunidade, e isso ainda é uma dificuldade; e, claro, depois tem toda a questão do trabalho, as cooperativas de trabalho, que ainda não se discute muito em Santa Catarina, não conheço nenhuma cooperativa social de trabalho para portadores de transtorno mental, que é uma forma de gerar trabalho diferente dessa preconizada pelo modo de produção capitalista, que você tem que produzir pra receber, isso é uma outra dificuldade, a dificuldade em cima da questão do trabalho, do emprego, que muitos acabam tendo seu reconhecimento, sua valorização em cima

do dinheiro que tem no bolso, o poder contratual que a pessoa possa ter, as vezes, na sociedade, é o quanto ela tem no bolso, e a maioria dos usuários não possui isso, e é aonde muitos acabam querendo se aposentar para poder ter o seu dinheiro, que não tem outra alternativa ou clareza do que fazer pra ter dinheiro, então, esse é um problema enorme na questão da reinserção social (GIRASSOL, 20/3/2006).

Os participantes da pesquisa apontaram que uma das possibilidades para a (re)inserção familiar e social pode ser a separação das oficinas produtivas da área física do CAPS. Esta proposta e os projetos de geração de renda via economia solidária foram apontadas por alguns dos entrevistados como uma das alternativas para a realização de uma maior integração do serviço com a comunidade, bem como a melhor adequação do próprio espaço físico do CAPS.

[...] a questão do projeto de geração de renda, que eu acho que de fato está faltando, inclusive a gente já está também se mobilizando pra tentar criar um projeto nesse sentido, porque os usuários aqui, nas oficinas terapêuticas produtivas, eles conseguem ter acesso ao material específico de cada oficina produtiva, também, a técnica de produzir o artesanato, mas não tem mercado; eles conseguem vender as peças, conseguem resgatar uma grana, mas não é suficiente pra poder manter ele, manter as condições de sobrevivência; então, precisa implantar essa geração de renda, de fato acho que vai dar um gás pra essa (re)inserção dos usuários que estão sendo tratados do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Já para uma das profissionais entrevistada as dificuldades na (re)inserção social estão mais relacionadas a questões de singularidades dos portadores de transtorno mental.

Eu acredito que volta de novo pro estigma, vai voltar pra própria incapacidade, pra própria dificuldade do usuário, do paciente; muitas vezes eles poderiam fazer algo muito mais do que fazem, e aí tem o medo, o medo deles, o medo de eles terem de enfrentar a própria doença, de eles terem que enfrentar os outros, e a hora que eles conseguem fazer esse movimento aí vem o medo do outro, aí é mais fácil ficar parado, aí volta pro comodismo, mas de alguma forma se a gente consegue..., aí não precisa de grandes movimentos, eu imagino que pequenos movimentos dentro da comunidade, que seja, alguém ir conversar com o diretor da escola, ir conversar, aí a diretora consegue conversar na sala, vamos supor que tem alguns pacientes, mais jovens, que pelo surto psicótico deixaram de ir e aí não retomam, não retomam porque tem medo, porque as vezes vão rir dele porque ele é louco; então, pequenas intervenções, elas tornam possível mudar um pouco essa inserção, essa reinserção, mas a gente esbarra de novo na falta de técnicos pra fazer isso e também acho que até por uma falta de equipe, aí volta pra equipe, entende, não tem uma equipe que pense isso em conjunto, que age em conjunto e aí como fica muito personalizado, individualizado os atendimentos, cada um vai pra..., eu vou pro meu consultório, outro vai pra oficina e aí não tem a equipe (J, 22/3/2006).

Outra entrevistada referiu-se ao estigma e preconceito existente por falta de conhecimento e divulgação, exposição, seja nas universidades ou por parte dos próprios serviços de atenção, sobre saúde mental.

Bom, eu acho que entre elas a questão do estigma, do preconceito, e não é um preconceito.... a gente sabe que tem riscos em algumas situações, a gente também as vezes tem medo de algum paciente, te dizem ah fulano matou três pessoas..., não é um preconceito que nasce do nada, muitas vezes é um preconceito que de alguma forma é compreensível, mas você não pode ah então ta...; eu acho que não existe muito, você não vê muito nos meios de comunicação uma campanha em torno da desestigmatização, você vê de outras coisas, com relação a aleitamento materno, outras questões da política de saúde; com relação a saúde mental eu acho que se fala pouco na sociedade, se discute pouco; por exemplo, na universidade, até não sei se lá na saúde pública o pessoal da saúde mental tem feito mais coisa, até os alunos que vem fazer residência aqui, a primeira reação deles é: a gente está aqui e tem medo, nem eles foram preparados pra isso, então, você começa a avaliar que tem uma falta..., não se fala muito no assunto, acho que assim, não se fala no assunto na sociedade; assim como se faz grupos de mulheres lá nos postos de saúde pra tratar de questões de sexualidade, muitas vezes faz sala de espera pra tarar de questões..., não se faz uma sala de espera pra falar de saúde mental; então, eu acho que talvez assim, a gente pensar, bom! nós estamos nisso (na saúde mental) e nós nunca fomos fazer uma sala de espera no posto de saúde da Agrônômica pra falar de saúde mental, pra falar do CAPS, quem sabe a gente também precisasse fazer algumas coisas assim, começar uma divulgação maior; acho que pouca gente de fora do serviço, fora das pessoas que trabalham na saúde mental sabem da política do Ministério pra saúde mental, que existe uma política de criação residências terapêuticas; eu li relatos de pessoas no Rio (RJ) que tiveram muita dificuldade de alugar pra se fazer uma residência terapêutica, num prédio então, quando ficaram sabendo que eram pessoas que vinham de hospital psiquiátrico ninguém quis; então é muito difícil, e ao mesmo tempo tem experiências positivas, tem pessoas que estão na residência e diz que a vizinhança viu que eles não são bichos, que eles podem interagir, podem estabelecer laços de vizinhança, então, tem algumas experiências boas e algumas experiências que são difíceis (P, 17/3/2006).

No contexto do estudo foi perguntado aos profissionais entrevistados se a atual organização dos serviços de saúde mental favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais. Conforme pode ser observado nas falas relacionadas, as opiniões foram divergentes. Dois deles observaram sobre a necessidade da existência de diversas instituições e serviços articulados e integrados à proposta da rede de saúde mental para que seja possível favorecer a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental

Embora a estrutura se localize no município, pelo menos eu estou pensando em termos de utilização da rede; então, a gente tem no Brasil inteiro muita diversidade, tem cidades onde a rede está montada, foi instituída e funciona legal, não é o caso de Florianópolis, a gente tem dá pra dizer poucos serviços, são só três CAPS que deveriam estar regionalizados ou territorializados, mas não estão, e tem algumas equipes de saúde mental nas Regionais, nas sedes das regionais, então, eu vejo assim, tem uma rede a ser constituída, ela precisa criar os mecanismos pra que a pessoa possa usar isso como rede, isso em termos de atenção à saúde, quando eu falo em rede eu também não estou pensando só em serviço de saúde, estou pensando que há uma possibilidade de a gente ter uma rede que inclua outros serviços, que não sejam só os de saúde, só os especializados, que eu acho que é a nossa necessidade, você incluir outras instituições, outros programas, enfim, que tenham vinculação com a cultura, com o trabalho, com a arte, produção do conhecimento, com as universidades por exemplo, as universidades são um campo excelente, seriam um campo excelente pra gente poder trocar um monte de coisas, pelos programas de extensão que eles tem, pelos projetos comunitários etc., a gente podia estar fazendo parceria com as universidades, mas não conseguimos, não sai, não rola; [...] a saúde mental eu acho que é o melhor exemplo desse distanciamento porque é difícil encontrar uma universidade onde a Reforma Psiquiátrica esteja incluída, ou mesmo os temas da reabilitação psicossocial estejam incluídos nos currículos dos cursos de saúde, é raríssimo (F, 12/4/2006).

Então, essa rede montada de forma territorializada, principalmente, eu acho que esse aspecto da territorialização é fundamental, é chave pra conseguir a reinserção social, não só por facilitar o acesso do usuário, mas pelo fato de o serviço estar ali no seu território, isso é fundamental, além disso, o projeto de geração de renda, as vagas, os leitos psiquiátricos no hospital geral, é todo esse contexto que precisa ser implantado para de fato poder facilitar o trabalho de cada instituição dessas, seja do CAPS, seja do projeto de geração de renda, ou do próprio hospital geral, como um todo, assim, essa engrenagem funcionando bem aí sim vai ser mais rápida a reinserção social do usuário portador de transtorno mental (VIK, 24/3/2006).

A partir das colocações dos participantes da pesquisa, destaca-se a importância da rede de serviços na construção da cidadania das pessoas atendidas pelas políticas de ativação, as quais, segundo Fleury (2004), tem como objetivo a inclusão social de conjuntos populacionais definidos a partir da territorialidade. Tal proposta pretende tratar o território como um componente, tanto material como simbólico, da esfera pública. Neste sentido, a construção da cidadania passa, necessariamente, pela reconstrução das cidades e potencialização da rede de serviços na valorização das características objetivas e subjetivas da demanda local.

Na seqüência, um dos entrevistados enfatiza que a forma como são pensados e estão organizados os serviços de atenção não favorece a construção da cidadania dos usuários.

Não, não favorece, porque, primeiro, os serviços de saúde mental estão sendo construídos pra quê? Não tem muito claro ainda pra quê que se tem atenção básica em saúde mental hoje, pra quê se constrói centro de convivência, pra quê tem o CAPS? acho que o objetivo do serviço parece não estar muito claro, talvez eu esteja enganado; veja bem, a atenção básica é mais no sentido pra estar discutindo os seus conflitos, minimizando os “sintomas psiquiátricos”, e aí acaba não tendo um trabalho de reflexão sobre o contexto que a pessoa está inserida; [...] a questão da cidadania tem a haver..., quanto mais articulada for a pessoa, quanto mais ela se envolver com as lutas sociais, mais cidadania ela vai exercer, quanto mais clareza, mas crítica, mais conhecimento ela vai ter, ela vai desenvolver cidadania; então, a forma hoje como os serviços estão organizados, ela acaba não favorecendo essa questão da construção da cidadania porque ainda vem de uma lógica de modelo centrado no transtorno mental (GIRASSOL, 20/3/2006).

Uma outra profissional considerou ser difícil avaliar a questão pelo fato de a rede de serviços não estar implantada por completo, e por não ter avaliações sistemáticas dos resultados.

Olha, eu não sei se a gente já tem condições de fazer uma avaliação, a rede está meio que andando [...] assim, qualquer coisa que eu vá dizer é, assim, referente uma experiência ou outra, não sei se a gente tem condições de fazer uma avaliação enquanto rede; por exemplo, eu vi muitas experiência positivas em cidades como Campinas (SP) que eles já tem há mais tempo, por exemplo, residências terapêuticas, tem desde o começo dos anos 1990, tem muitas experiências boas de pessoas que conseguem transitar na vida, tem gente que está trabalhando; [...] eu acho que a gente precisa além de ter a política, de ter a carta de intenções, a gente precisa ter avaliações também, eu acho que uma questão dessa eu sinto que precisa ter uma forma mais sistemática de avaliar, qualquer coisa é uma coisa mais ou menos um olhar particular pra aqui pra ali, acho que no todo a gente não tem (avaliação sistemática), pelo menos eu não conheço ainda, pode ser que estão fazendo e eu não saiba ainda (P, 17/3/2006).

Já para duas das entrevistadas, a atual organização da rede de serviços na política de saúde mental favorece sim a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental.

Sim, eu acredito que sim, na teoria ela é muito importante e acho que trabalhando em todas as instâncias, se a gente for pensar naqueles mapinhas, os ambulatórios, os CAPS, hospitais dia, a escola, e os centros comunitários, os postos de saúde, todos capacitados; eu acredito que sim, a rede ela é bem estruturada e ela possibilita aos portadores de doença

mental, enfim, terem uma reinserção melhor e maior na sociedade, e também de entendimento do que ele tem, do que ele pode fazer, quais são os recursos que ele tem também pra lidar, dentro dessa rede (J, 22/3/2006).

Acho que sim, favorece, se tu me perguntasse se ela resolve, eu diria que não claro, ou até que ponto ela resolve, mas favorece sim, eu acho que tem um favorecimento relacionado a forma que as pessoas eram tratadas, acho que favorece muito mais (LÉLI, 4/4/2006).

É possível perceber nas falas relacionadas acima a preocupação com a efetiva implantação da rede de serviços em saúde. As redes, conforme proposto na política de saúde mental, possuem muitos centros, muitos nós que as compõem e as tornam complexas e resistentes. Estão embasadas na noção de território, como um sistema de relações e estruturas, muito mais que um simples espaço geográfico. O fundamental neste processo é que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento.

Neste sentido, torna-se de fundamental importância refletir sobre o exercício da cidadania no contexto das políticas públicas, cada vez mais segmentadas e focalizadas. Para Fleury (2004, p. 2), “as políticas atuais de inserção buscam reafirmar a natureza contratual do elo social em novas bases, com a revalorização do local e comunitário e a transformação do Estado em um animador e mobilizador de recursos societários. Reduzido a mantenedor da estabilidade de uma ordem econômica que produz a fragmentação e a exclusão social, o Estado, busca atuar de maneira compensatória e focalizada, atendendo aos grupos mais vulneráveis e/ou potencialmente ameaçadores da ordem social, por meio da convocatória da solidariedade lançada aos diferentes setores inseridos na ordem econômica. No entanto, a incapacidade de alterar as condições estruturais de produção da exclusão mostra os limites das políticas de ativação, cuja promessa de inserção social carece de expectativas de emancipação dos sujeitos e coletividades beneficiários”.

3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica

Os CAPS compõem o rol de serviços do modelo psicossocial de atenção em saúde mental proposto na e pela Reforma Psiquiátrica. Perguntamos aos entrevistados qual seria o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica e obtivemos como

resposta que este teria a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos ideais da própria Reforma.

Eu acho que a função imediata ela é servir como um ponto de articulação, porque a gente consegue criar um ambiente que é relativamente protegido e que dá ao usuário as condições de ele poder participar de outros circuitos; fundamentalmente é essa a função, de articulação; eu lembro de uma discussão que a gente fazia, em Brasília, uma vez, sobre essa importância excessiva que os CAPS acabaram adquirindo, como quase que o central do sistema hoje é o CAPS, mas ao mesmo tempo a necessidade de se ter um espaço como esse, principalmente, pra quem está vindo de uma internação prolongada ou pra quem sempre passou a vida dentro de um hospital psiquiátrico, se tem que ter um pólo, uma instância articuladora pra poder fazer a passagem, porque o cara não vai sair do hospital e retomar sua vida imediatamente, não vai, ele tem uma série de dificuldades que ele não consegue vencer, e o CAPS, nesse sentido, a função seria essa, de poder..., tem uma expressão que eu acho interessante que é: emprestar poder de contratualidade, ou seja, poder dá um certo aval de que esse sujeito pode participar novamente ou pode participar pela primeira vez dos circuitos sociais, pode fazer laços com outras pessoas, com outras entidade, outras instituições, esse é o aval que eu acho que um CAPS pode fornecer e essa é sua principal função (F, 12/4/2006).

É pensar o CAPS como um espaço em que o paciente vai estar usando e tendo apoio para os momentos de crise, e fora os momentos de crise, também, que não seja hospital, e aí, dentro da Reforma eu acho que o CAPS ele é fundamental, assim como os hospitais dia, é que aqui em Florianópolis a gente não tem hospital dia, mas eu acho que os moldes do CAPS (eles estão) é muito próximos, as vezes até é difícil dizer o que é um o que é outro; esse momento de transição do hospital para a sociedade, nesse momento o CAPS é algo muito importante, ele dá, é capaz de conter, dar uma continência pra o usuário, isso a gente percebe mesmo quando não tem nada, o paciente já está muito bem, eles voltam quando estão em crise, sem ter nada marcado, e só de estar aqui pra muitos já é confortante, então, a gente percebe que essa continência, esse acolhimento, e saber que ninguém vai vir aqui e amarrar e conter, porque acho que esse é o medo, de todo mundo, acho que isso já possibilita a procura, eu estou mal vou lá, vou buscar a ajuda do CAPS (J, 22/3/2006).

Eu diria que o CAPS seria o pensador da estruturação da rede de saúde mental, que via de regra o CAPS acaba sendo pra municípios de médio porte o primeiro serviço a ser instituído no território, no município, aí o CAPS acaba assumindo essa responsabilidade, a portaria fala bem disso, a 336, do que compete ao CAPS, e tem vários itens lá, entre eles organizar a rede de saúde mental no município, porém, acaba sobrecarregando os profissionais de saúde mental que atuam nesse CAPS; então, a importância do CAPS na operacionalização da Reforma, ele é importante enquanto um dispositivo crítico, ou seja, se o CAPS não ter a clareza do que seja a Reforma Psiquiátrica ele não vai

operacionalizar, ele só vai operacionalizar a Reforma Psiquiátrica quando ele entender que Reforma Psiquiátrica é o processo social complexo que se configura pelas quatro dimensões, enquanto ele não repensar, refletir a sua prática, o que ele está fazendo, o que não está fazendo, ter mais autocrítica, ele não vai conseguir operacionalizar a Reforma Psiquiátrica; ele tem importância porque tem vários atores, vários profissionais, é um time de pessoas, muito rico, envolvidas que estão no CAPS; agora, enquanto não ter claro o que é Reforma Psiquiátrica, esse processo, não vai conseguir fazer nada; ele é importante, mas se não tiver clareza de Reforma... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Na medida que o CAPS é a primeira, digamos, unidade, primeiro serviço que se propõem a substituir o hospital psiquiátrico já existe nisso por si só a sua importância; é substituição e não que a pessoa não possa ser internada, mas a idéia é que seja nos hospitais gerais, em algum leito nos hospitais gerais, então, bom, o CAPS é o primeiro ponto, é o primeiro lugar onde a pessoa vai passar o dia, onde vai ser tratado de outra forma o seu sofrimento, então, a importância dele está nisso, na importância política e clínica também (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que o CAPS, fundamentalmente, ele faz a clínica; se tem essa rede montada o CAPS faz a clínica, ele faz o atendimento psicossocial do usuário portador de transtorno mental, ele atende as questões mais subjetivas, e de fato toda esse mix de previdência social, a medicação, o atendimento psicológico, atendimento de enfermagem, mas se existe essa rede montada e aí vamos ter um projeto de geração de renda, aí ele vai fazer geração de renda, todas as Oficinas vão acontecer ali e não dentro do CAPS, o CAPS deveria estar na comunidade ele deveria estar territorializado (VIK, 24/3/2006).

Acho que todo mundo gostaria que ele pudesse ser um eixo desencadeador de todos esses ideais da Reforma Psiquiátrica, que a partir disso se experimentasse uma nova relação, que o paciente pudesse estar se soltando mais pra vida, pra construir seus projetos, seus ideais; acho que é muito importante poder retirar pessoas que estão enclausuradas há anos, criar esses mecanismos como residências, etc. pra pessoas que não vão resgatar os vínculos familiares, tem que procurar outras alternativas; acho que o CAPS ainda é uma instituição que é fundamental nessa política, ainda acho que ela pode fazer um papel importante; no dia-a-dia é um pouco mais difícil porque as vezes a gente não tem tantos mecanismos de avaliações, muitas coisas que também a gente vai capengando; quando você vê algumas experiências de pessoas que estão conseguindo dar conta da sua vida, saem, aí você vê que, bom! tem algumas coisas boas que estão acontecendo, o CAPS também está contribuindo; então, no meio dos prós e dos contras eu acho que os prós ainda são maiores, eu acho que é muito mais humano, muito mais um fator de justiça social você ter um espaço assim do que você ter uma pessoa enclausurada no hospital (P, 17/3/2006).

Neste sentido, conforme inscrito na Política Nacional de Saúde Mental, os CAPS devem assumir seu papel estratégico na articulação e no “tecimento” das redes de atenção em saúde mental. Tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da

rede de serviços, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, ONGs, empresas etc. (BRASIL, 2004, p. 12)

3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde

A proposta do progressivo deslocamento dos centros de cuidados em saúde mental para fora do hospital psiquiátrico, em direção à comunidade, colocada na e pela Reforma psiquiátrica tem nos CAPS o dispositivo estratégico desse movimento. Neste sentido, a rede básica de saúde torna-se o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os portadores de transtorno mental.

Essa rede é formada pelos centros ou unidades locais e/ou regionais de saúde, Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, que atuam na comunidade de sua área de abrangência. Os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, pois tem um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Por sua proximidade com as famílias e comunidades, as equipes de atenção básica são um recurso fundamental para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso de substâncias psicoativas e diversas formas de sofrimento psíquico. Neste sentido, é importante e necessária a integração e articulação dos CAPS com a atenção básica. Assumir esse compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção da saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo (BRASIL, 2004).

As atuais diretrizes da política de saúde mental do Ministério da Saúde orientam que, onde houver cobertura do PSF, deverá haver uma equipe de apoio matricial em saúde mental para no mínimo seis e no máximo nove equipes de PSF. E, que as ações de saúde mental na atenção básica devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2004).

No que se refere à relação existente entre o CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município e qual o tipo de relação existente, os dados coletados na

pesquisa indicam que: a maioria (91,7%) respondeu que sim, com ressalva de que é muito pouco, funciona de maneira precária e confusa, e que está num processo preliminar ainda. O profissional que respondeu não, observou que a rede está em processo de formação. Os profissionais cujas respostas foram positivas identificaram que a relação é de encaminhamentos, atendimentos em conjunto com as equipes de saúde mental das Regionais de Saúde, ajuda em atendimentos nas unidades locais de saúde, com os agentes comunitários de saúde, de referência, de acompanhamento, visitas domiciliares, encontro mensal dos trabalhadores de saúde mental da rede e encontro mensal dos psiquiatras da rede.

Sobre a relação do CAPS com as equipes de PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência alguns entrevistados observaram que a relação é pouca ou mínima, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda²³. Foram apontadas como justificativas o fato de o CAPS Ponta do Coral não estar territorializado, deste ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta do município, e a ausência de um planejamento e de estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente.

O CAPS como ele é único, então, ele é de toda a região; então, eu poderia até estar te respondendo que a gente tem um Posto aqui de cima do CAPS, que é o Posto da Agrônômica, ali tem o Programa de Saúde da Família implantado, com a presença dos residentes do Programa Saúde da Família e o contato que eu tenho, ele é meu, não existe nenhum outro programa ou vamos dizer convênio do CAPS com a Agrônômica, é meu aqui, assim como talvez seja da psicóloga em outro momento quando há essa partilha de paciente quando faz parte dos dois, então, eu só sei do que eu tenho, mas é muito pouco, eu tenho contato com alguns residentes que atendem alguns pacientes daqui, e eles precisam de algumas dicas ou, enfim, de se interar do que acontece, e eu também preciso saber como é que anda o acompanhamento deles lá, e aí entra em contato, as vezes vem aqui ou eu vou lá, mas são essas formas isoladas e depende daquele momento e da necessidade daquele usuário, não é algo que seja programado, que seja antecipado, institucionalizado, no sentido de firmar essas relações de uma forma..., não há; e, assim, o contato é com os residentes, não tem o contato com quem realmente vai ficar, porque os residentes passam depois de dois anos, eu também não tenho contato de quem é o médico, quem é o enfermeiro do Programa Saúde da Família, quem é o agente comunitário que vai na casa desses usuários, isso não tem, acho isso muito ruim, é muito falho, embora, volta pra aquela questão da equipe, que as coisas não são compartilhadas, você nunca sabe direito, é muito fragmentado, o que já foi feito, o que não está sendo feito; também não é delegado a função à ninguém de fazer, não há um planejamento pra isso (J, 22/3/2006).

²³ Em estudo sobre o CAPS de Palhoça/SC, Franco (2005) encontrou situação semelhante na relação do CAPS com o PSF e demais serviços de atenção básica municipais.

É mínima, é mínimo o contato, assim, as vezes, quando a gente necessita a gente vai atrás, tenta achar alguém que se interessa, que tenha alguma afinidade com a saúde mental, as vezes um agente de saúde que consegue se aproximar mais daquele usuário que mora lá e que resolve dá uma força, mas é assim, depende de uma série de coisas, da disponibilidade pessoal, da sorte de encontrar alguém etc., quer dizer é falta mesmo da articulação em rede, porque se a gente tivesse essa articulação o PSF automaticamente já seria acionado, e a gente não tem isso; claro, quando a gente precisa a gente até encontra uma boa resposta das equipes do PSF, mas pode não encontrar, tem um risco[...] não, isso não existe (articulação institucional CAPS – PSF), isso tem que ser construído, tem que ser proposto (F, 12/4/2006).

A relação que o CAPS tem é principalmente pra acompanhamento, a relação é essa, relação de acompanhamento, as vezes precisa realizar alguma busca ativa e não temos a possibilidade no momento, então, tem essa relação, a relação que a gente tem é mais no sentido de acompanhamento do próprio usuário; o que seria ideal, seria um pouco mais de estreitamento, discutir junto com o Programa de Saúde da Família alguns casos, nós irmos aonde os agentes comunitários estão, discutir algumas situações e isso não tem acontecido ainda; com essa lógica aí das regionalizações tem essa possibilidade; então, hoje existe uma relação, só que uma relação muito esporádica de situações isoladas e que precisa ser superada; o maior problema que existe é devido ao CAPS não ser territorializado, o CAPS II Ponta do Coral ele tem que atender uma demanda muito grande, basta ver o IBGE hoje, tem 400 e poucas mil pessoas em Florianópolis, então, é um CAPS II pra atender toda a demanda adulta do município, talvez o ideal seria um CAPS I em cada região, nas cinco regionais, e transformar esse CAPS num CAPS III no caso, e aí repensar depois toda a rede; então, a relação, ela se compromete com o Programa Saúde da Família devido a não territorialização do CAPS Ponta do Coral, a relação que existe é a relação de acompanhamentos isolados (GIRASSOL, 20/3/2006).

É uma relação ainda muito inicial ainda, um pouco precária; com os agentes comunitários a gente tem mais proximidade, no momento da visita domiciliar e no momento de fazer o resgate dos usuários que abandonaram, por algum motivo, o atendimento, mas acho que a relação poderia ser melhorada se o CAPS fosse territorializado, como a gente está aqui, é no centro pra todo o município, fica muito difícil, então, a nossa relação é muito mais com as referências regionais de saúde mental da atenção básica do que com as próprias equipes de PSF das unidades locais de saúde (VIK, 24/3/2006).

É isso que eu falei, essa perspectiva da regionalização que começou aqui visava uma maior articulação com a rede; eu acho que isso é um projeto que está ainda meio que na sua infância, ele está começando e, assim, o que eu te falei, a gente precisa sair mais daqui, no Norte (Regional Norte) a gente vai tentar essa experiência agora (realizar as reuniões da regional nos postos de saúde) de contato e incluir, por exemplo, os agentes comunitários nos processos de reunião com os pacientes daqui, tentar ver se eles podem estar acompanhando o paciente lá; tem uma paciente que está aqui que a gente esteve lá no Posto do Saco Grande pedindo pra equipe assumir alguns cuidados com essa paciente, eles se

dispuseram, mas assim, por enquanto ta muito mais alguma iniciativa aqui, ali, do que um processo mais amplo, não sei assim como isso vai caminhar com a história de já ter, por exemplo, profissionais regionalizados, isso também vai poder ser incrementado, esse é um desejo que eu tenho (P, 17/3/2006).

É muito pequena, muito, muito, muito, muito; eu não sei nem te dizer, em uma escala de um a dez acho que fica em dois, está muito pequena, está muito além do que poderia ser, eu acho que talvez com a implantação agora dos serviços na rede, nós temos em cada Regional um psiquiatra, dois psicólogos, uma média assim, está existindo mais aproximação, mas do CAPS não, muito pouco, muito pouco. [...] quando tu pergunta, hoje, qual é a relação do CAPS? eu não posso te mentir, pra mim é quase zero (LÉLI, 4/4/2006).

Buscando explorar as informações sobre a relação do CAPS com a rede municipal de serviços de saúde, perguntamos aos profissionais se o serviço realiza algum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. A maioria deles (75%) respondeu que não, dois referiram não saber responder e um respondeu que sim. Dentre os que responderam que não, um justificou que o CAPS não tem estrutura para atender mais esta demanda. Dois dos profissionais entrevistados disseram estar pensando neste tipo de trabalho. Um deles falou sobre a existência de um projeto, conforme relatado na fala que segue.

[...] a gente tem um projeto aqui que é de formação de acompanhantes terapêuticos, e no ano passado a gente formalizou esse projeto e mandamos pro Ministério da Saúde, ele foi aprovado e até hoje estamos esperando a liberação de dinheiro, mas enfim, o projeto foi aprovado, e a idéia era justamente transformar o agente comunitário de saúde num acompanhante terapêutico, e aí a gente faria a formação, uma capacitação, um curso de capacitação aqui, e depois faria o segmento com supervisões regulares, é uma forma de dar formação em saúde mental pra atenção básica e manter essa que é uma função do CAPS de dar supervisão e a formação mesmo pra esse nível da atenção; [...] a gente está esperando o dinheiro do Ministério da Saúde, ta lá pendurado, a gente olha o nome do projeto na internet, está lá, mas não tem nem empenho ainda, significa que não tem dinheiro destinado (F, 12/4/2006).

Para que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas na atenção básica é fundamental a capacitação destas equipes. A orientação é que as equipes de saúde mental de apoio á atenção básica incorporem ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. Conforme aparece na fala do profissional, são previstos recursos para o financiamento deste tipo de ações, embora, muitas vezes, a dependência de orçamento, a morosidade burocrática e/ou

ausência de decisão política, que justificam a longa demora, acabam por desestimular, dificultar, inviabilizar as iniciativas dos profissionais.

Repetidamente, temos ressaltado neste trabalho que os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico para a organização da rede de atenção em saúde mental, conforme é indicado nas diretrizes políticas da Reforma Psiquiátrica. Nesta direção, questionamos os técnicos da equipe do CAPS Ponta do Coral sobre qual o lugar que o serviço ocupa na rede municipal de atenção em saúde, em Florianópolis. As falas transcritas na seqüência destacam o fato deste não estar territorializado e, portanto, não se constituir no serviço regulador da porta de entrada para o atendimento em saúde mental. As equipes de saúde mental nas referências das Regionais de Saúde é que, atualmente, constituem-se no serviço primeiro de atenção em saúde mental. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhados pessoas com transtorno mental grave.

Seria esse serviço que articula, que regulamenta; não necessariamente ele é uma porta aberta que entra qualquer um; eu acho que ele pode até ser a articulação e a regulação, pode ser feita até capacitações nas equipes locais de unidades básicas, que a partir daí você vai poder em um caso de uma ansiedade ou uma briga com o namorado, “eu tomei 4 aspirinas”, não vai chegar aqui no CAPS; vai chegar aqui no CAPS realmente aquilo que for um caso mais grave, e só há possibilidade de isso acontecer a partir do momento em que as unidades locais estejam todas capacitadas e entendendo, até porque assim diminui o trânsito desse paciente; vamos supor: ele sai de uma cidade, vem pra Florianópolis, daí diz: onde é que eu vou num psiquiatra? Ah! vai lá no CAPS, aí alguém fala: mas tem que passar no clínico antes, aí passa no clínico, aí o clínico encaminha pro psiquiatra, daí ele não sabe onde vai procurar o psiquiátrica - vem pro CAPS, não vem pro CAPS, aí vem pro CAPS, mas é que na verdade ele toma fluoxetina há 2 anos, está em tratamento de manutenção porque ele tem um quadro de depressão recorrente, não é caso CAPS, então, isso já poderia ter sido triado lá no começo, o paciente já poderia estar tendo as consultas desde o início, todas acertadas, sem precisar ficar correndo de um lado pro outro [...]; então, eu acho que ele tem esse papel, tem essa função de regular, de saber o que está acontecendo no hospital, na Colônia, e ter esse contato, uma ligação sempre com a Colônia, e com os Postos de saúde [...]. (hoje, o CAPS faz isso?) algumas coisas, bem isoladas, de novo, é meio como um apaga fogueira; por exemplo, hoje, a gente foi fazer uma visita domiciliar lá no Saco Grande (bairro de Florianópolis) porque o paciente estava em tratamento psiquiátrico particular e parou de tomar o remédio, e aí a gente foi lá, só que o paciente não queria falar com a gente, mas, assim, eu chego lá, converso com a equipe que está lá naquele local e muitas vezes é só a psicóloga; também tem um certo descaso, no sentido de que ah! agora eu não posso falar, porque não percebe que conversando sobre aquele caso vai possibilitar que isso seja ampliado pra outros casos, pensam-se saídas semelhantes pra outro momentos, mas, assim, acaba virando um apaga fogo, e toda hora você tem que ir

apagar um fogo; então, existe um pouco, mas não de uma forma bem usada (J, 22/3/2006).

É atenção secundária como se diz; ele regula e não regula; [...] tudo vai passar muito pela clareza que os profissionais que estão na saúde mental tem em relação a própria epistemologia, tem em relação a própria política, tem em relação a própria noção de SUS, a própria noção de controle social, a própria noção dos princípios do SUS; então, tudo vai passar por isso, porque que eu estou dizendo isso, o CAPS é uma atenção secundária como a gente chama, eu acho ainda que o atendimento mais complexo, o atendimento terciário, deveria ser no território, acho que centrar as forças no território [...]; então, [...] a atenção básica é onde deveria regular isso, a regulação dessa entrada nesse sistema de saúde mental, nessa rede de saúde mental ela teria que ser prioritariamente atenção primária em saúde; então, as vezes, por necessidades especiais, por situações específicas, a pessoa acaba vindo direto pra cá, direto pro CAPS e aqui a gente atende, e, as vezes, essa pessoa não é indicada pra estar no CAPS, aí volta pra atenção básica, então, tem essa dificuldade, ou seja, o lugar que o CAPS ocupa na rede municipal de atenção em saúde é uma atenção secundária à pessoa com transtorno mental grave, já avaliada pela atenção primária em saúde, aquela pessoa que corre risco de suicídio, que acaba prejudicando a vida de outras pessoas, que está muito mal, nesse sentido (GIRASSOL, 20/3/2006).

Regulador da porta de entrada: não; como não é territorializado, a gente tem esse problema de ser serviço de referência pra onde vem os pacientes já encaminhados, ele passou pela porta de entrada do sistema lá no Posto, ele vem encaminhado pra cá ou através dos hospitais psiquiátricos, que é também uma outra forma de encaminhamento, mas a gente não faz a regulação da entrada; hoje, também, como tem equipes mínimas de saúde mental nas regionais, elas também funcionam muito mais como a reguladora do que nós; a porta de entrada é pelas equipes de saúde mental das regionais (F, 12/4/2006).

Eu acho que são várias coisas, por ser o único CAPS, pela rede não estar estruturada ainda, e pelas pessoas não conhecerem o serviço da rede, existe uma mistura, assim, o que é pra ir lá pro psiquiatra do Sul (regional de saúde), o que é pra vir pro CAPS; qual é o papel do CAPS, é a não internação, mas não tem CAPS III, então, a noite o cara não tem pra onde ir, na verdade, o CAPS ele é um espaço que regula a entrada do usuário sim, num primeiro momento sim, porque todos os que foram para a atenção básica muitos foram daqui, muito mais que a procura de fora daqui, primeiro eles vem pra cá, depois eles vão pra lá, agora o processo até está sendo inverso, já estão procurando a atenção básica porque eles já estão conhecendo, mas antes era daqui pra atenção básica, e é o único espaço, programa que acolhe o usuário psicótico, com transtornos mentais graves, porque a rede básica, ela não atende, se o cara tem um surto psicótico, está com qualquer surto, que está mal, ou ele tem um embotamento, ele não fala, está na família há anos, está lá segregado, está lá no quatinho dos fundos, não é caso de atenção básica é caso CAPS, então, ele é o único serviço de Florianópolis que se propõem a atender o usuário, o portador de sofrimento psíquico fora de hospital (LÉLI, 4/4/2006).

Ele é o primeiro serviço de saúde mental do município, primeiro serviço estruturado, credenciado no Ministério da Saúde, eu penso que ele tem um papel importante, ele serve como uma referência de atendimento em saúde mental a usuários portadores de transtornos mentais; dentro da rede, hoje, a gente tem as referências regionais de atenção em saúde mental na atenção básica, nas ULS, que são as unidades locais de saúde, então o CAPS serve como referência de atendimento a usuários com transtornos mentais graves do município de Florianópolis, é pra isso, essa é a função (VIK, 24/3/2006).

Pelas falas dos profissionais evidencia-se que Florianópolis não tem uma política municipal de saúde mental estruturada. A rede de serviços está em processo de formação e implementação. As ações ainda são muito isoladas e fragmentadas, sem uma direção comum. É notório que um único CAPS para atender a totalidade da demanda adulta do município é insuficiente. As possibilidades de atuação do serviço na prevenção e promoção da saúde mental, na capacitação e supervisão das equipes de atenção básica ficam, assim, prejudicadas e/ou inviabilizadas.

No processo de operacionalização da Reforma Psiquiátrica, conforme as orientações da Política Nacional de Saúde Mental e as propostas aprovadas na III CNSM, é necessário que os gestores estaduais e municipais estabeleçam mecanismos efetivos para o controle das internações psiquiátricas. De acordo com a Portaria GM/MS n ° 336/02, os CAPS devem possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou modulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local (BRASIL, 2002a). Com base nisto, perguntamos aos entrevistados se o CAPS tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Eles referiram que não, contudo, divergiram sobre como o serviço fica sabendo quando ocorre internação de seus usuários.

Não tem. A gente fica sabendo quando a família comunica ou quando é usuário de atenção intensiva, ou ele fez uma crise ou ele desapareceu do serviço, aí pela falta mesmo, pela ausência que ele provoca a gente vai atrás e fica sabendo que ele foi internado, mas a gente não tem instrumentos de controle sobre isso; a gente faz, no momento da internação, a gente procura manter pelo menos uma visita da equipe da Regional pra não perder o vínculo etc., mas nada formalizado, assim, no momento que aparece, que a gente fica sabendo; geralmente, a gente sabe, hoje é relativamente fácil, não acontece daquilo... fulano desapareceu e de repente aparece ele dois meses depois aqui novamente..., sai da internação ontem e tal, isso não acontece mais, geralmente a gente consegue ficar sabendo (F, 12/4/2006).

Não. Na realidade a família leva pra internar e pronto, as vezes comunica, as vezes a gente fica sabendo quando a gente vai fazer uma visita lá, muitas vezes a gente nem sabe que o paciente ficou internado, a não ser quando a gente liga, e aí o que está acontecendo, não está vindo, mas ele foi internado; então, não há esse controle e também quando é internado lá, dificilmente, alguém entra em contato, nunca vi, entra em contato olha fulano de tal está internado aqui com a gente, não tem essa comunicação (J, 22/3/2006).

Em relação ao controle das internações psiquiátricas, oficial e formal, nós não temos; estou falando enquanto profissional que atende uma determinada regional de saúde, isso nós não temos; o que poderia ser feito: um maior estreitamento com o “manicômio”, com o IPQ ou o São José (hospitais psiquiátricos), que quando internasse pessoas lá teria esse contato aqui, pra gente já ir conversando, já acompanhando juntamente com a equipe do hospital psiquiátrico essa pessoa, porque final de semana ou depois das 18 horas o serviço não atende, as vezes as pessoas entram em crise e a gente não tem como acompanhar isso, não tem como saber; o acompanhamento que tem é, as vezes, os familiares nos avisam que a pessoa está internada, quando a gente acompanha essa pessoa e fica sabendo que ela acabou internando; então, não tem uma política mais estreita de acompanhamento de internação psiquiátrica, isso não tem. (GIRASSOL, 20/3/2006).

Da área de abrangência seria toda a cidade, isso não, mas dos usuários aqui sim, atendidos aqui sim; [...] geralmente, assim, quando o usuário está iniciando um surto a gente tenta fazer o atendimento pra prevenir a internação, pra evitar de fato a internação psiquiátrica, só que nós estamos aqui até as 6 horas da tarde e não estamos final de semana, então, a gente não está nem a noite nem final de semana, e aí acontece de a família internar, isso acontece pouco, muito pouco, e quando acontece a gente faz o atendimento no próprio hospital, a gente vai até lá faz o atendimento, mas é pouco assim, agora da cidade como o todo a gente não tem (VIK, 24/3/2006).

O controle ele tem pelo prontuário, não poderia te dizer que tem um controle do ponto vista de uma escala, ah anualmente quanto a gente tinha e quantos foram internados, [...] o usuário se ele foi internado a gente não soube, se está internado, aí ele aparece aqui depois da internação, um mês ou dois meses, a gente tem escrito no prontuário, esse é digamos o que a gente fica sabendo (LÉLI, 4/4/2006).

Não, eu digo por nós, eu acho que, as vezes, a gente... ah o paciente foi internado, como acontece de a gente saber, e as vezes a gente vai lá fazer uma visita, as vezes tem a questão do carro (o CAPS tem um carro a disposição somente um dia por semana), e a gente fica...; sempre que acontece e tal, as vezes, a gente nem fica sabendo, quando vê o paciente já está de volta, as vezes acontece essa situação; eu fui tentar fazer um pequeno levantamento pra fazer essa avaliação e percebi que a gente não tem registro de quantos dias o paciente ficou internado, se ele ficou internado quantas vezes durante o tempo que está em tratamento aqui, falta um registro melhor e um acompanhamento melhor dos técnicos; (como ficam sabendo da internação) as vezes o paciente volta já depois, as vezes a família liga avisando, [...] o hospital não me lembro se eles ligaram, só se precisar de alguma coisa, em geral, eles não ligam; então,

assim, o paciente saiu aí eles trazem de novo aquele encaminhamento, ou ele vem pra cá porque, normalmente, ele já estava aqui, mas assim, a gente tenta ao máximo que ele não precise ser internado, essa política existe, segurar a crise (P, 17/3/2006).

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que a internação e a reinternação psiquiátrica deverão ocorrer após avaliação da equipe técnica de saúde mental dos serviços substitutivos, devendo ser estabelecidas formas de controle único para a emissão de AIH, assegurando que todas as internações necessárias sejam autorizadas pelo serviço público, preferencialmente de base territorial (BRASIL, 2002a).

Conforme pode ser observado nas falas dos participantes da pesquisa, a insuficiência do CAPS em exercer o controle das internações referente a sua clientela e a demanda no município refere-se ao fato de o serviço não estar territorializado, sendo inviável cumprir com tal exigência no âmbito da totalidade de uma população de aproximadamente quatrocentos mil habitantes, distribuídos numa área geográfica de 436,5 Km². Com a implantação das equipes de saúde mental nas Regionais de Saúde, estas passam a ser as responsáveis pela regulação da porta de entrada no sistema de atendimento. O CAPS II Ponta do Coral passa a ser a referência para onde são encaminhadas pessoas com transtornos mentais graves, egressos de hospitais psiquiátricos, internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). A falta de controle das internações psiquiátricas é uma realidade também de outros centros de atenção psicossocial, conforme verificado por Franco (2005), em seu estudo sobre o CAPS do município vizinho de Palhoça/SC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha deste tema de pesquisa está relacionada à minha trajetória de estudos no Curso de Graduação em Serviço Social e à minha inserção como pesquisadora no Núcleo de Estudos e Pesquisas Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas (NESPP) do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. A esta trajetória soma-se a experiência de Estágio Curricular em Serviço Social, realizada no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis, em 2003, da qual resultou o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Programa Alta Progressiva: uma contribuição para o processo de reabilitação psicossocial no HCTP de Florianópolis”. Com o referido Estágio foi possível vivenciar o contato direto com a realidade de algumas instituições como hospitais psiquiátricos e centros de atenção psicossocial da rede municipal e estadual de serviços de atenção em saúde mental, fato este que estimulou a busca de novos conhecimentos e o desejo de atuação profissional na área. A continuidade dos estudos foi possibilitada por meio da entrada como mestranda no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da mesma universidade. Sendo assim, o trabalho que apresentado nesta dissertação tem estreita relação com meu percurso profissional e meu desejo pessoal.

Conforme destacamos no decorrer do estudo, a reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

A implantação de uma nova política de atenção, com as implicações socioculturais da proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira passa pela necessidade de articulação intersetorial e por ações que contribuam para alterar as representações sociais sobre a loucura e os direitos dos portadores de transtornos mentais. A transformação do modelo assistencial e de um conceito teórico em diretrizes operacionais é um processo complexo e depende de vários fatores para que se mantenha a direcionalidade pretendida pelos diferentes atores sociais, participantes do jogo social.

Especificamente, no caso do CAPS estudado, as dificuldades de concretização dessa nova lógica de atenção em saúde mental perpassam e se inter-relacionam nos diferentes eixos que compuseram a presente pesquisa.

No que se refere a estrutura física, os profissionais indicam que o CAPS conta com espaço e equipamentos adequados às necessidades do serviço. Entre os anos de 2003 a 2004, o CAPS passou por uma reforma em suas instalações, ficando estas, adequadas aos objetivos da unidade. As condições poderiam ser melhores se as oficinas produtivas fossem realizadas em outro local, pois além de favorecer a utilização do espaço hoje ocupado para outras atividades, possibilitaria a inserção dos usuários em outro ambiente, favorecendo-lhes sua sociabilidade.

Em relação aos materiais de consumo, os problemas vão desde a ausência total de objetos e utilidades básicas à manutenção do serviço até o recorrente atraso no repasse dos materiais necessários às oficinas terapêuticas e de produtividade. As oficinas ficam prejudicadas e até mesmo paralisadas por conta das faltas de recursos e dificuldades de gestão adequada do serviço. Esta situação coloca em prejuízo o projeto terapêutico de tratamento dos usuários e a eficácia e efetividade dos propósitos da nova política de atenção em saúde mental.

No campo da gestão do CAPS, apesar da histórica escassez de recursos destinados à saúde, foram evidenciadas situações problemáticas, principalmente no processo de descentralização político-administrativa, que poderiam ser melhoradas a partir dos recursos existentes. De acordo com os resultados da pesquisa, 50% do grupo de técnicos afirmam que existe planejamento e avaliação das ações. Alguns deles observam estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação, objetiva e sistemática, dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declaram não existir processo de planejamento e avaliação das ações, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

Sobre este aspecto, cabe destacar que as técnicas disponíveis na área de planejamento e avaliação de serviços de saúde têm mostrado bons resultados quando aliadas à vontade política de mudar a situação. Apesar dos dados demonstrarem uma divisão entre os técnicos no que se refere a afirmação sobre a existência de planejamento e avaliação, destacamos que as poucas ações que acontecem giram em torno das atividades que são e aquelas que poderão ser realizadas, e na discussão sobre as dificuldades cotidianas do trabalho na unidade. As avaliações são informais, realizadas na reunião

mensal da equipe técnica e nas reuniões clínicas semanais, sendo notório a ausência de um processo de planejamento estratégico, sistemático e contínuo do projeto terapêutico do CAPS, bem como, de avaliação de indicadores.

Com relação aos recursos financeiros, os resultados da pesquisa apontam para o que já vem sendo denunciado por autores como Amarante (2003; 2005): o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. O pagamento pelo sistema de procedimentos realizados, por meio das APACs, condiciona a existência de recursos à produtividade do serviço. Quando os CAPS não estão articulados com outras políticas sociais necessárias à sobrevivência do usuário e a adesão dele ao projeto de vida que o serviço deve-lhe oferecer, a tendência é fracassar.

Para que a pessoa possa freqüentar o CAPS ela precisa de condições materiais e psicossociais básicas, como moradia, transporte, alimentação, auto-estima, estímulo, desejo, etc.. Quando o usuário não desfruta de tais condições as chances dele se vincular ao projeto terapêutico são menores e, conseqüentemente, sem a participação ativa dos usuários o CAPS não terá produtividade. Ainda, nem todas as ações realizadas no CAPS constam na tabela de procedimentos pagos pelo atual sistema do SUS, dificultando as atividades de ressocialização que envolvem trabalhos na comunidade e na sociedade.

Os profissionais afirmam que os usuários participam do planejamento das atividades do CAPS. Referem que isso acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Neste caso, foi possível perceber que a participação dos usuários em geral diz respeito mais a questões cotidianas do funcionamento do serviço. A associação participa diretamente da comercialização dos produtos confeccionados nas oficinas e na realização de alguns convênios com entidades da área da cultura, lazer, ensino, etc. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada, que abarque as especificidades da área da saúde mental e envolva os usuários, os familiares e os técnicos como sujeitos partícipes do processo de gestão do serviço.

No eixo recursos humanos e projeto terapêutico existem contradições explícitas e implícitas que perpassam o discurso e as práticas dos técnicos que prestam assistência aos usuários do serviço. Eles reconhecem e destacam a relevância do trabalho em equipe, argumentam que este traz a possibilidade de trocas entre as várias áreas do conhecimento e a conseqüente oferta de um atendimento multidimensional. Contudo, relatam dificuldades

na realização deste trabalho, devido a uma suposta diferença de formação profissional e de concepção, com relação ao que sejam os objetivos do CAPS e da Reforma Psiquiátrica. Indicam existir interdisciplinaridade no atendimento ao usuário, no entanto, percebeu-se que a concepção de interdisciplinaridade aparece muito mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade, estando ainda distante dos ideais da intertransdisciplinaridade.

Sendo assim, cabe destacar que sem a devida clareza e consciência do que exatamente deve mudar corre-se o risco de que, fundamentalmente, se modifiquem os espaços de realização do tratamento, transferindo-se e conservando-se as práticas de exclusão e discriminação. É preciso se ter em conta que toda dimensão técnica tem também uma dimensão política. Dessa forma, faz-se necessário questionar-se sobre o que se pretende com o “fazer” nos novos serviços de atenção à saúde mental e que valores estão presentes nas ações executadas. O usuário precisa ser percebido como sujeito do processo saúde-enfermidade, e não como objeto e instrumento do exercício das relações de poder disciplinar.

Com relação ao eixo participação do usuário e da família no tratamento, os participantes da pesquisa identificam dificuldades em realizar o atendimento familiar no CAPS. Os profissionais relacionam como justificativas, a falta de técnicos qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades da equipe. Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que seja o transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, também foram relatados pelos entrevistados. Entre os obstáculos para a (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e o estigma da loucura ainda presentes no imaginário social das pessoas.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacam o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário. Neste aspecto queremos destacar a necessidade de se reconhecer, no processo de implantação da Reforma e da política de saúde mental, um projeto ético-político social, capaz de reavaliar, substancialmente, o conceito tradicional de

“doença/saúde mental” e, conseqüentemente, a forma de como lidar as diferenças em sociedade.

No eixo (re)inserção social procuramos identificar se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas à desinstitucionalização e à reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referem que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras. A maioria deles afirma que não existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer.

Tais dados nos remetem ao questionamento sobre como a Reforma Psiquiátrica, em sua aplicação prática, apresenta certa inércia política. Existe uma lacuna entre o referencial teórico do novo modelo de atenção e as práticas que se efetivam no cotidiano dos serviços. Com isso, queremos chamar a atenção para a necessidade urgente de se construírem ações de atenção que favoreçam o conhecimento de si, reforcem a autonomia, o cuidado de si e a emancipação do sofredor psíquico.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referem que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental. A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos profissionais como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista político-jurídica dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico. Na visão dos participantes da pesquisa, o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica relaciona-se a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos pressupostos da própria Reforma. Não obstante, destacamos aqui a necessidade de se refletir sobre o descompasso entre a vitória no campo jurídico, o novo discurso da Reforma Psiquiátrica e um fazer prático que parecem ainda negar a emancipação do portador de transtorno mental.

No eixo integração do CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município, os dados coletados na pesquisa indicam que a relação existente é pouca, funciona de maneira precária e confusa, e que ainda está num processo preliminar. A articulação com as equipes de PSF e PACS também é insuficiente, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda. A unidade não realiza nenhum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. Apenas dois profissionais referiram estar pensando neste tipo de trabalho.

Foram apontadas como justificativas para esta situação o fato do CAPS não estar territorializado, de ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta de todo o município, e a ausência de um planejamento e estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhadas pessoas com transtorno mental grave. E, segundo os entrevistados, não tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Neste aspecto, vê-se a urgência na redefinição da abordagem em saúde mental, fazendo-se necessário a construção de estratégias de atenção integral, dentro dos princípios do SUS, que envolvam o portador de transtorno mental como cidadão, a família, o Estado e a sociedade.

De acordo com os profissionais existem diferenças no atendimento prestado no e pelo CAPS em relação aos hospitais psiquiátricos. Eles se referem às diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência do discurso médico psiquiátrico do hospital, e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e as necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial, em contraposição ao tratamento igual para todos das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Por fim, os dados coletados na presente pesquisa indicam que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes, prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a relação eficácia/efetividade dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Concluimos, com este estudo, que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é ainda um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológica, técnico-assistencial, político-jurídico e sócio-cultural.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____, P. (coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995a.

_____, P.. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. vol.11, no.3, jul./set. 1995b, p.491-494. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 14/09/2005.

_____, P. A (clínica) e a Reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. pp. 45-65.

_____, P. **A epistemologia e a Clínica da Reforma**. Conferência proferida no IV Encontro Catarinense de Saúde Mental. Florianópolis, 30 de junho a 2 de julho de 2005. (anotações manuscritas).

BASAGLIA F. (coord.) **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 3ª ed. Tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002a, 213 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em Saúde Mental 1990-2002**. 3ª ed. revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAPS II PONTA DO CORAL. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. **Projeto Terapêutico**. Florianópolis, 2004.

CORREIA, M. V.C..Que controle social na política de Assistência Social? **Revista Serviço Social & Sociedade**. N. 72. São Paulo: Cortez, nov. 2002, pp. 119-144.

COSTA, R. C. R. da.. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia e Política** Nº 18: 49-71 JUN. 2002

COSTA –ROSA, A. da; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. p. 13-44.

COSTA-ROSA, A. da.. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asialr. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. p. 141-168.

CHIZZOTTI, A.. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R.. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

DESVIAT, M.. **A Reforma Psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental**. In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

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

FLEURY, S.. **Espaço, território e cidadania: a cidade dos cidadãos**. Trabalho apresentado no VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra (16,17,18 de setembro), 2004. Disponível em: <www.ces.uc.pt/LAB2004>. Acessado em 20 de fevereiro de 2006.

_____, S.. (org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989.

FREIRE, F. H. M. de A.; UGÁ, M.A.D.; AMARANTE, P. Os centros de atenção psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

FRANCO, S. de O.. **Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de caso**. 2005. 110f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Florianópolis, 2005. 110f.

FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial**. Percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004.

GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E.. **A pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, R.. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M.. **Microfísica do poder**. Trad. de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graaal, 1979.

MINAYO, M. C. de S.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC; ABRASCO, 1994.

MIOTO, R.C.T.. Família e saúde mental: contribuições para reflexão sobre os processos familiares. **Revista Katalysis**. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico. Departamento de Serviço Social. N.2 Florianópolis: Editora da UFSC, 1998.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental: em busca da articulação e qualificação das ações em saúde**. Monografia

(Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Latu Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

OLIVEIRA, W. F.; DORNELES, P.. Patrimônio e ambiente da loucura: a formação do profissional de saúde mental e o dialogo com a vida da cidade. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

PITTTA A.. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje. In: PITTA. A.(org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral**: desvelando sua significação. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

_____. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

ROSA, L.C.dos S.. Os saberes construídos sobre a família na área da saúde mental. **Revista Serviço Social & Sociedade**. N° 71. Ano XXIII. São Paulo: Cortez, set de 2002, pp. 138-164.

_____. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, F., et. al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SANTOS, W.G.. **Cidadania e Justiça**. Rio de Janeiro: Editora Campos, 1979.

SARACENO, B.. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SOUZA, W. da S.. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. jul./ago. 2001, vol.17, no.4

p.933-939. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 19/10/2005.

SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Teses em Enfermagem, 42).

STUANI, D.. **Projeto de Estágio**. (Projeto de Estágio Curricular apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina). Florianópolis, 2005. texto digit.

TENÓRIO, F. G. (org.). **Gestão de ONGs**: principais funções gerenciais. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

TORRE, E.H. G; AMARANTE, P.. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. [online]. 2001, vol.6, no.1 [citado 05 Dezembro 2005], p.73-85. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br> >. ISSN 1413-8123.

TRIVIÑOS, A.N. S.. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. (org.). **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000a.

_____, E. M. Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000b. p. 169-194.

VIEIRA, L. **Cidadania e globalização**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Formulário a ser aplicado a todos os profissionais da equipe do CAPS.

Identificação

Nome:

Apelido:

Formação:

Ano:

Capacitação específica na área: Sim Não

Nível: residência especialização mestrado doutorado

Tempo de serviço na instituição:

Tipo de vínculo empregatício: Servidor público concursado contrato temporário

Outro. Especifique _____

Regime de trabalho: _____ (horas semanais)

Tempo de atuação na área:

Experiência de atuação profissional em outra instituição: Sim Não

Qual:

Tempo:

Principais perguntas

- 1) A área física do Caps é suficiente para o atendimento da demanda? Sim Não
- 2) As instalações são adequadas para a realização das atividades propostas? Sim Não
- 3) Os equipamentos disponíveis são suficientes? Sim Não
- 4) Estão em bom estado de utilização? Sim Não
- 5) Os materiais disponíveis são suficientes? Sim Não
- 6) Existem dificuldades na realização das atividades do Caps Sim Não. Em caso de resposta afirmativa, especifique as cinco principais? _____

- 7) O trabalho é realizado em equipe? () Sim () Não.
- 8) Existe algum tipo de supervisão de equipe ou outro recurso para acompanhar e discutir as questões do trabalho em equipe? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual?
-

9) Participa ou já participou de capacitação específica para atuar no Caps? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual? _____

10) Durante o tempo em que está trabalhando na instituição houve algum treinamento ou capacitação? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quando? _____(ano). De quantas horas? _____. Organizado por quem? _____

11) Na sua opinião, existe interdisciplinaridade no trabalho no Caps? () Sim () Não

12) Você conhece a política de saúde mental? () Sim () Não.

13) No Caps, existe disponibilidade de material didático e documentos sobre a política de saúde mental? () Sim () Não.

14) Existe planejamento e avaliação das ações do Caps? () Sim () Não

15) Existe projeto terapêutico de trabalho da instituição? () Sim () Não. Em caso afirmativo, foi planejado em equipe? () Sim () Não.

16) O serviço adota projeto terapêutico individualizado? () Sim () Não.

17) O usuário participa do planejamento do seu tratamento? () Sim () Não.

18) Existe atendimento familiar? () Sim () Não.

19) Existem ações intersetoriais do Caps e outras instituições que envolvam: educação, trabalho, esporte, cultura e lazer? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quais?

20) Existe relação do Caps com a rede básica de saúde municipal? () Sim () Não.

Que tipo? _____

21) O Caps realiza algum trabalho de educação permanente (capacitação e supervisão) sobre saúde mental em cooperação com as equipes de atenção básica? () Sim () Não.

Que tipo? _____

Outras observações:

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Entrevista a ser realizada com os profissionais da equipe do CAPS, segundo o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de nível superior entre as existentes na unidade. Em caso de mais de um profissional na área será realizado sorteio.

Identificação

Nome:

Apelido:

Temas e principais perguntas

1 Estrutura e recursos financeiros

- 1) Qual conhecimento possui sobre o repasse dos recursos financeiros para o Caps?
- 2) Conhece a forma de financiamento do serviço? O que você acha?
- 3) Como são administrados os recursos repassados? Existe planejamento?
- 4) Na sua opinião, a descentralização administrativa dos recursos possibilita o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do Caps? Quais as vantagens e desvantagens identifica?
- 5) Na sua opinião, os recursos repassados (gerados pelo serviço) são suficientes para realizar as atividades do Caps? Em caso de resposta negativa, quais atividades ficam prejudicadas e/ou poderiam ser realizadas se houvessem recursos?
- 6) Existem dificuldades no funcionamento do Caps com relação a falta de recursos financeiros? Quais identifica?

2 Recursos humanos e projeto terapêutico

- 1) Quais dificuldades identifica no trabalho em equipe no Caps?
- 2) Na sua opinião, quais vantagens o trabalho em equipe possibilita?
- 3) Considera importante a capacitação específica em saúde mental para atuar no Caps? Fale sobre.

- 4) Na sua opinião, qual a importância da interdisciplinaridade no atendimento ao usuário de saúde mental?
- 5) Considera importante conhecer sobre a política de saúde mental, seus princípios, sua estrutura e organização para o trabalho do Caps?
- 6) Como acontece o planejamento e a avaliação das ações do Caps?
- 7) Na sua opinião, em relação ao atendimento nas instituições tradicionais/asilares (hospitais psiquiátricos), como é o atendimento ao usuário no Caps?

3 Participação do usuário e da família no tratamento

- 1) Como é pensado o projeto terapêutico de tratamento do usuário?
- 2) Como o usuário participa do planejamento do seu tratamento?
- 3) Quais as formas criadas para oportunizar a participação do usuário no planejamento do seu tratamento?
- 4) A família participa do tratamento? Em caso de resposta afirmativa, de que forma? Em caso de resposta negativa, por quê?
- 5) Quais as formas criadas para oportunizar a participação da família no tratamento?
- 6) Quais dificuldades identifica com relação a realização do atendimento familiar?
- 7) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção familiar do portador de transtornos mentais?
- 8) Qual o papel dos usuários (ou da associação de usuários e familiares) no planejamento das ações do Caps?
- 9) Na sua opinião, qual a importância das associações de usuários e familiares para o tratamento do portador de transtornos mentais e para os serviços de saúde mental?

4 Inserção social

- 1) Na sua opinião, as práticas assistenciais realizadas no Caps encaminham-se na direção da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial?
- 2) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção social do portador de transtornos mentais?
- 3) Quais avanços e conquistas identifica com relação a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais?
- 4) Na sua opinião, o atendimento no Caps possibilita ao usuário a construção da sua autonomia? Como?

- 5) Na sua opinião, a organização atual dos serviços de saúde mental (da política de saúde mental) favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais? Qual a importância do caps nesse contexto?

5 Integração com a rede municipal de assistência em saúde

- 1) Qual a relação do Caps com a(s) equipe(s) de Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência?
- 2) O Caps tem controle das internações psiquiátricas no seu território? Em caso afirmativo, como ocorre este controle?
- 3) Na sua opinião, qual o lugar que o Caps ocupa na rede de atenção em saúde? Constitui-se no serviço que regula a porta de entrada para o atendimento em saúde mental?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este instrumento tem a intenção de obter o seu consentimento por escrito para participar do estudo “A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis”, durante o período de 01 a 31 de março de 2006, com o intuito de contribuir para o levantamento de dados para a elaboração do referido trabalho.

O estudo tem como objetivo geral analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Ao propormos a presente pesquisa esperamos contribuir com a produção de conhecimentos e saberes sobre as novas práticas de atenção e cuidado ao portador de transtornos mentais.

Os relatos obtidos serão confidenciais e, portanto, não será utilizado o nome dos participantes em nenhum momento, garantindo sempre o sigilo da pesquisa e os preceitos éticos da profissão. Os depoimentos serão referenciados pelo apelido a ser escolhido pelo próprio entrevistado

Certa de sua colaboração, agradeço sua disponibilidade em participar do estudo.

Eu _____,
consinto em participar desta pesquisa, desde que respeitadas as respectivas proposições contidas neste termo.

Florianópolis, março de 2006.

Assinatura do entrevistado.

ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

FERNANDA SCALZAVARA

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Serviço Social** - Área de concentração: Serviço Social, Direitos Humanos e Questão Social.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ivete Simionatto.

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de **Mestre em Serviço Social**, e aprovada na sua forma final, em 31/7/2006, atendendo as normas vigentes no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e na Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof^a Dr^a Catarina Maria Schmickler
Coordenadora do PPGSS/UFSC

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Ivete Simionatto, Dr^a.
Departamento de Serviço Social/UFSC
Presidente

Prof^o Walter Ferreira de Oliveira, Ph.D.
Departamento de Saúde Pública/UFSC
Membro

Prof^o Jonas Salomão Spricigo, Dr.
Departamento de Enfermagem/UFSC
Membro

Prof^o Mário Teixeira, Dr.
Departamento de Clínica Médica/UFSC
Membro Suplente

*Aos profissionais e aos usuários do CAPS
Ponta do Coral de Florianópolis.*

AGRADECIMENTOS

Desejo expressar meus sinceros agradecimentos aos profissionais do CAPS Ponta do Coral, pela receptividade, atenção, acolhimento e colaboração na fase mais importante desta pesquisa, assim como pela consideração ao meu trabalho profissional. Também, aos usuários desta unidade de serviço, pela forma carinhosa e acolhedora com que sempre me receberam.

À professora Ivete Simionatto por ter aceitado a orientação do trabalho; agradeço a oportunidade de poder ter desenvolvido a pesquisa de meu interesse e desejo profissional.

Aos professores Jonas Spricigo e Mário Teixeira pela atenção, disponibilidade e colaboração, essenciais na definição e elaboração do projeto de dissertação. Igualmente, ao professor Walter Ferreira de Oliveira pelas considerações e contribuições no exame de qualificação.

À sempre Mestre, amiga e professora Iliane Kohler, pela relação de ensino-aprendizado humana, saudável, mantida no decorrer de toda a minha vida acadêmica; pelas ajudas concretas nos momentos de dificuldades, pelos conselhos, orientações e *encaminhamentos* necessários nos instantes, nas horas, nas fases de incerteza, insegurança, angústia, desespero.

Aos profissionais Mara Regina de Oliveira e Antônio Heinzen Filho, pelo suporte terapêutico necessário nos últimos anos da minha vida; especialmente por terem me ajudado a transformar as dificuldades, os obstáculos, as conquistas cotidianas no *Mestrado da Vida*.

Às profissionais e amigas Maria Sirene Cordioli e Maria Inês Bernardino, pela relação profissional responsável, ética, competente, que me impulsionou para os estudos na área da saúde mental; pela amizade acolhedora, carinhosa, fraterna, pelas comemorações e pelos momentos de descontração.

Aos meus pais e à minha família, base dos meus valores ético-morais.

Às minhas amigas e aos meus amigos, que de perto ou de longe, acompanham minha trajetória, acreditam e torcem por mim.

Formalmente, agradeço as instituições públicas CAPES e UFSC, através dos programas PROF e PGSS, pelo financiamento da bolsa que permitiu a dedicação profissional integral para a realização deste trabalho.

RESUMO

O presente trabalho tem como objeto de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. Constitui-se como objetivo geral da presente pesquisa analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Os procedimentos metodológicos da pesquisa constaram de: pesquisa empírica na coleta das informações, através de entrevistas semi-estruturadas, gravadas, realizadas com um profissional de cada área de formação de nível superior, dentre as existentes no CAPS, e aplicação de formulário, com questões fechadas, a todos os profissionais que compõem a equipe. As informações coletadas foram sistematizadas e organizadas em itens correspondentes aos eixos que nortearam a coleta dos dados, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde. A análise final foi realizada com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os resultados obtidos nos permitem concluir que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a efetividade e eficácia dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial. De maneira geral, podemos afirmar que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológico, técnico assistencial, político-jurídico, social cultural.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, política de saúde mental, serviços substitutivos.

ABSTRACT

The objective of present work is to study the operationalization of the Psychiatric Reformation in the city of Florianopolis, Brazil, based on one specific institutional model - the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral. The general objective of the present research is to analyze the institutional reality at the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral, Florianopolis, related to the operational process of mental health politics, based on the requirements of the Brazilian Psychiatric Reformation. The research methodological procedures have consisted of: empirical research and data collection, through semi-structured interviews, recorded, realized under the presence and supervision of a professional of each field, plus de existing data from the CAPS, and filled application, with closed questions, to all the professionals who compose the team. The data colleted was systematized and organized in items and events that are surrounded the data collection, which are: financial structure and resources, human resources and therapeutic project, participation of the user and the family in the treatment, social insertion, and integration of the service with the municipal network of assistance in health. The final analysis was based on theoretical production on mental health and the Psychiatric Reformation. The results allowed us to conclude that in scope of management of CAPS, the limited number of studies and the difficulties to transfer and administer them harmed the functioning of the service. The contributing factors were lack of strategic planning and systematic evaluation of actions. The difficulties associated with teamwork compromised the effectiveness and efficacy of the objectives. The absence of a municipal network dedicated to structure and articulate mental health appears as an obstacle to the practice of desinstitutionalization and psychosocial rehabilitation. In general, we can affirm that the changes in the assistance model, directed for Psychiatric Reformation is one of the challenges to the concretization to mental health politics in a new interaction between society and people with psychological illnesses. The operationalizational political difficulties of mental health go through different fronts of performance which constitute the complexity of social processes associated with Reformation in its different dimensions. These dimensions are: theoretic-epistemological, technical assistance, politic-legal and socio-cultural.

Keywords: Psychiatric Reformation, mental health politics, substitute services.

LISTA DE SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
APAC - Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CPASM - Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental
CMS – Conselho Municipal de Saúde
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FNS – Fundo Nacional de Saúde
INAMPS – Instituto Nacional de Aposentadorias e Pensões
IPQ – Instituto de Psiquiatria Catarinense
MS – Ministério da Saúde
MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS – Organização Mundial para a Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF - Programa de Saúde da Família
RP – Reforma Psiquiátrica
SIH - Sistema de Informação Hospitalar
SAI – Sistema de Informação Ambulatorial
SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
SUS – Sistema Único de Saúde
TR – Terapeuta de Referência
ULS – Unidade Local de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Procedimentos metodológicos	18
2 REFORMA PSIQUIÁTRICA	222
2.1 O Modo Psicossocial	26
2.1.2 Atenção Psicossocial.....	28
2.2 Desinstitucionalização	30
2.3 Reabilitação psicossocial	32
3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA	344
3.1 Estrutura e recursos financeiros	344
3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico	45
3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental	46
3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário	51
3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações.....	59
3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento.....	65
3.3 Participação do usuário e da família no tratamento	69
3.3.1 Planejamento terapêutico individual.....	70
3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral.....	72
3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares	81
3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia.....	88
3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental.....	96
3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica	106
3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde...	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
REFERÊNCIAS.....	125
APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS.....	130
ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica.....	136

1 INTRODUÇÃO

O processo de mobilização, organização e luta pela Reforma Psiquiátrica brasileira origina-se no contexto dos movimentos sociais, no período de redemocratização do país (décadas de 1970/1980), e tem como base os pressupostos da Reforma Sanitária brasileira e da Psiquiatria Democrática italiana. Tal movimento esteve direcionado no sentido da crítica e desconstrução gradativa da assistência existente, embasada no saber psiquiátrico, que justificava as práticas decorrentes do modelo asilar e, ao mesmo tempo, buscava a construção de propostas de superação deste modelo.

Os anos de luta pela transformação do modelo assistencial tradicional (asilar), centrado na internação hospitalar, culminaram com a criação e regulamentação de leis e portarias relativas à implantação de uma rede de serviços substitutivos a este. A partir da década de 1990 um conjunto de leis, portarias, decretos, resoluções define novas exigências em relação à assistência psiquiátrica prestada aos portadores de transtorno mental¹, incluindo a adequação das condições físicas das instituições de atendimento, a existência de projeto terapêutico, equipe multidisciplinar e outros dispositivos que garantam maior qualidade assistencial.

A Reforma Psiquiátrica é um processo em construção, que envolve tanto a sociedade civil, através dos diferentes os movimentos sociais, os profissionais, os usuários, bem como os órgãos gestores das políticas públicas. Estes são os responsáveis pela operacionalização das ações com relação a mudança de paradigma e prática em saúde mental. Nessa trajetória, aos profissionais cabe exercer o papel de sujeitos e críticos do processo de implantação da Reforma Psiquiátrica; aos gestores da política de saúde compete a decisão política com vistas a assegurar as condições técnicas para a implementação e operacionalização dos serviços de atenção; aos movimentos sociais fica a luta política pela construção social de um outro sentido para lidar com a "loucura" e com o "louco", a partir de uma transformação na relação sociedade/loucura.

¹ Cabe destacar que a expressão “portador de transtorno mental” é adotada neste estudo por acreditar-se que a palavra portador traz em si um caráter mutante. Ou seja, secundariza o transtorno mental e resgata o sujeito envolvido na condição de enfermo, como um ser dinâmico. Por sua vez, o termo transtorno mental traz um caráter psicossociológico, dinâmico, mutável, diferente do termo doença mental, muito embora não seja menos controvertido do que este último (ROSA, 2003, pp. 37-38). E, também, por ser “portador de transtorno mental” a expressão utilizada na linguagem técnica constante na política de saúde mental do Ministério da Saúde.

No curso das transformações operadas na e pela Reforma Psiquiátrica destacamos como marco significativo recente a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM)². Em seu documento conclusivo reafirma-se que as políticas de saúde mental devem respeitar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das leis Federal e estaduais, priorizando a construção da rede de atenção integral em saúde mental. Tais políticas devem ter como pressupostos básicos a inclusão social e a reabilitação psicossocial, estar integradas com outras políticas sociais, como educação, trabalho, lazer, cultura, esporte e habilitação profissional, visando garantir o exercício pleno da cidadania (BRASIL, 2002a).

O mesmo documento ressalta que a reorientação do modelo assistencial deve estar direcionada para concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e de promoção da saúde. Nesse sentido, é fundamental que as novas modalidades assistenciais desenvolvam práticas pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a auto-estima, a autonomia e a cidadania, buscando superar a relação de tutela e reprodução da institucionalização e/ou cronificação (BRASIL, 2002a).

A mudança do modelo assistencial é um dos desafios da Reforma Psiquiátrica. Busca-se, no âmbito da gestão pública, a construção de um novo pacto para transferir os recursos aplicados no modelo hospitalar para uma assistência comunitária. Entretanto, a mudança da lógica de atenção em saúde mental requer, também, uma mudança de paradigma. No bojo dos novos dispositivos de cuidado necessariamente deve estar uma nova ética do cuidar, baseada na premissa básica da autonomia possível e dos direitos humanos dos portadores de sofrimento psíquico. Isso significa considerar que as possibilidades de novas práticas terapêuticas devem caminhar ao lado da preocupação com a mudança das representações simbólicas do “louco” na sociedade, e com a produção de outros saberes.

Na atualidade, todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, bem como a literatura da área, referem-se a desconstrução como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade das ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Tal proposição tem como base a

² Realizada em Brasília, de 11 a 15 de dezembro de 2001. A I Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em 1987 e a II em 1992.

incapacidade da psiquiatria em explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (TORRE; AMARANTE, 2001).

O modelo manicomial tem seu fundamento na noção de que a experiência de sofrimento psíquico diversa (delírio, alucinação) é sinônima de erro. Um dos aspectos mais importantes no processo de transformação radical deste é a superação do conceito de doença. Conforme apontam Torre e Amarante (2001, p.73-85), “não se trata, obviamente, de negar a diversidade da experiência do delírio ou da alucinação, mas de não utilizar o conceito de doença (igual a erro) na relação com o sujeito”. Nesta direção, Rotelli (1990) propõe, no lugar do objeto “doença mental”, o objeto “existência-sofrimento” do sujeito em sua relação com o corpo social.

Segundo Costa-Rosa (et. al., 2003, p. 28), “ao se buscar a superação do saber psiquiátrico, sobretudo do paradigma doença-cura, procurou-se romper com práticas identificadas com o modelo clínico, por considerá-las ineficazes, segregadoras”. Busca-se no modo psicossocial estabelecer-se “a construção de uma relação de contrato com o sujeito que substitua a relação de tutela instaurada pela psiquiatria” (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 73-85). Como oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar surge, no contexto da Reforma Psiquiátrica, a atenção psicossocial como paradigma do modo psicossocial.

A origem das práticas de atenção psicossocial, como designação de experiências significativas no contexto da saúde mental, está relacionada às contribuições das diferentes experiências históricas de reforma, que incluem as Comunidades Terapêuticas e a Antipsiquiatria, na Inglaterra, a Psicoterapia Institucional, na França, a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, nos Estados Unidos e a Psiquiatria Democrática, na Itália³. No caso brasileiro somam-se as contribuições das políticas públicas e das experiências locais pioneiras dos centros e núcleos de atenção psicossocial, em Santos, São Paulo.

O modelo psicossocial vem ganhando elementos tanto em termos teórico e técnico quanto ideológicos e éticos, aptos a constituírem um novo paradigma para as práticas em saúde mental, capaz de substituir o paradigma psiquiátrico que ainda é dominante. Costa-Rosa (et al., 2003, p.31), observa que de modo geral os elementos teóricos subjacentes a essas experiências passam principalmente pelas idéias sociológicas e psicológicas, pelo materialismo histórico, pela psicanálise e pela filosofia da diferença. Nesse sentido, é importante indicar que o lugar social da saúde mental é um lugar de

³ Estudos sobre estas experiências encontram-se em DESVIAT (1999); ROTELLI (2001).

conflito, confronto e contradição. Entender a saúde mental dessa forma implica em reconhecê-la como expressão e resultante de relações e situações sociais concretas. “Por qualquer perspectiva que se olhe, tratar-se-á sempre de um eterno confronto: pulsações de vida/pulsações mortíferas; inclusão/exclusão; tolerância/intolerância” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p. 29).

A operacionalização da Reforma Psiquiátrica, através da implantação da rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, territorializados e integrados à rede de saúde, tem sido uma construção lenta e difícil, perpassada por interesses políticos e econômicos. Muitas vezes são privilegiados procedimentos técnico-burocráticos, assistenciais, em prejuízo de um serviço que tenha como foco o tratamento da pessoa humana na sua dimensão integral. Por outras, a Reforma Psiquiátrica é entendida como sinônimo de reestruturação de serviços; introdução ou modernização de novas tecnologias de tratamento e cuidado; promulgação de uma nova legislação. Em geral, os problemas passam pela tendência de tornar a Reforma a implantação de centros de atenção psicossocial, de forma a banalizar o serviço, fazendo com que estes sejam uma extensão do hospital psiquiátrico (AMARANTE, 2005).

Não obstante, a transformação do modelo de atenção tradicional requer a construção de uma rede de atendimento ampla, com serviços diversificados e complementares, substitutivos das práticas asilares. O modelo substitutivo não significa alternativo, paralelo, complementar ou intermediário do sistema tradicional. Trata-se de um serviço forte, que comporta uma estrutura complexa em que o sentido das práticas deve ser alterado do “eixo da clínica” para o “eixo da cidadania”. Isso significa olhar para a pessoa-sujeito e não unicamente para a doença (AMARANTE, 2005).

Pensar a mudança do paradigma teórico-conceitual clássico significa provocar uma transformação na cultura da forma tradicional de ver e lidar com a loucura, buscar a construção de um outro lugar social para a loucura e a doença mental, a partir de uma transformação das relações sociedade-loucura/doença mental.

Nesse processo, os centros de atenção psicossocial (CAPS) constituem-se no “braço” do modelo psicossocial. Tornam-se serviços privilegiados para o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial e dispositivos estratégicos para a mudança da atenção em saúde mental.

De acordo com as normatizações do Ministério da Saúde, são atribuições dos CAPS: organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; prestar atendimento em regime de atenção diária; oferecer cuidado clínico eficiente e personalizado; realizar a

dispensação de medicamentos; acompanhar usuários que moram em residências terapêuticas; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, assessorando o trabalho dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território ou área de abrangência (BRASIL, 2004).

No sentido de favorecer o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, bem como estimular a mudança da lógica de ver e lidar com a “doença” e o “doente mental”, o direcionamento da Política Nacional de Saúde Mental preconiza que os projetos terapêuticos dos CAPS podem ultrapassar a estrutura física da unidade, em busca da rede de suporte social comunitária. O atendimento prestado deve ser através de projeto terapêutico individualizado, construído conjuntamente com o usuário. A preocupação principal não deve ser o estabelecimento de um diagnóstico clínico, mas sim o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2004).

Com base no exposto, a presente dissertação de mestrado tem como recorte de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - O Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. A escolha deste CAPS deve-se ao fato de ser este um serviço público de atendimento diário a portadores de transtornos mentais adultos, único nesta modalidade no município. A população de Florianópolis conta com outros dois centros de atenção psicossocial, um para atendimento de crianças e adolescentes (CAPSi) e outro para atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (CAPSad).

O CAPS Ponta do Coral constitui-se no principal serviço de atendimento extra-hospitalar na realidade local, desempenhando um papel central na assistência a portadores de transtornos mentais graves. A rede municipal de atenção em saúde mental é incipiente, com poucos recursos e o CAPS enfrenta diversas dificuldades na realização de suas atividades, concentrando uma demanda de atendimento superior a sua capacidade.

Destacamos a relevância deste estudo na medida em que está em curso no país uma reforma nos serviços de assistência em saúde mental, em que a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos pelo cuidado comunitário/ambulatorial tem sido a

diretriz básica para a reorganização da política de saúde mental, desde o nível federal aos níveis estadual e municipal.

A reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

O processo de reestruturação dos serviços de saúde mental está baseado na organização de uma rede comunitária de cuidados. Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esportes etc), culturais, religiosos e de lazer são convocados para potencializar as equipes de saúde na tarefa de realizar ações de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004).

Fazem parte desta rede de serviços de saúde mental os centros de atenção psicossocial, os núcleos de atenção psicossocial (NAPS), os serviços residenciais terapêuticos (SRTs), os hospitais gerais, os centros locais de saúde, as equipes de saúde da família e agente comunitários de saúde, entre outros. Particularmente, neste trabalho, nos interessamos por estudar os CAPS por estes assumirem um papel central na organização da rede, constituindo-se em serviços de atenção que “almejam à outra lógica, outra fundamentação teórica-técnica e outra ética, que não mais a do paradigma psiquiátrico” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.19).

Os CAPS foram criados para serem substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos, oferecendo atendimento em saúde mental à população de sua área de abrangência. São atendidas pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, incluindo aquelas que apresentam transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e crianças e adolescentes. As práticas realizadas neste tipo de serviço devem caracterizar-se por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro, na comunidade.

Oficialmente os CAPS foram instituídos pela Portaria GM/MS N°224/1992 e definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam uma população adscrita definida pelo nível local e oferecem atendimento de cuidados intermediários entre

o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (BRASIL, 2002b).

Atualmente, os CAPS são regulamentados pela Portaria GM/MS N° 336/2002 e integram a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta portaria estabelece critérios de porte/complexidade e abrangência populacional aos CAPS, classificando-os nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad⁴. A classificação dos diversos tipos de CAPS difere, basicamente, quanto ao tamanho da população pela qual se responsabilizam e quanto ao regime de funcionamento.

Os profissionais que trabalham nos CAPS integram uma equipe multiprofissional. São técnicos de nível superior e nível médio, de diferentes áreas de formação. Os profissionais de nível superior são médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física entre outros necessários para as atividades oferecidas, de acordo com o projeto terapêutico do CAPS. Os profissionais de nível médio podem ser técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores, artesãos, profissionais de limpeza e cozinha (BRASIL, 2004).

As equipes técnicas possuem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. Cabe aos profissionais a tarefa de organizar-se para realizar o acolhimento dos usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, realizar as atividades de reabilitação psicossocial, equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas.

Ao considerarmos as práticas em saúde mental de um centro de atenção psicossocial nosso objeto de estudo estamos entendemos que é a partir delas que a mudança de paradigma se torna possível, haja vista que a estruturação de uma rede de

⁴ O CAPS I tem capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e deve funcionar das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira; o CAPS II atende municípios com população entre 70.000 e 200.000, deve funcionar das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas; o CAPS III atende municípios com população acima de 200.000 habitantes, funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana. Já os CAPSi e os CAPSad possuem características diferenciadas dos demais. O CAPSi é referência para municípios com população acima de 200.000 habitantes e constitui-se em um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período até 21 horas. Os CAPSad destinam-se a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. É indicado em municípios com população acima de 100.000 habitantes, funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas (BRASIL, 2002b).

novos serviços de saúde mental não constitui por si só uma ruptura com o paradigma das práticas asilares, da segregação e da tutela do portador de transtorno mental. Contudo, sabemos que analisar uma realidade institucional é uma tarefa difícil, principalmente quando nos propomos olhar esta realidade em movimento, permeada de contradições e como fruto de um processo sócio-histórico.

Nesse sentido, elegemos como sujeitos informantes os profissionais que atuam no Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, por entendermos que a eles cabe a tarefa de realizar as atividades institucionais cotidianas. Esses profissionais integram uma equipe multiprofissional e assumem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. A nosso ver, constituem-se atores sociais centrais no processo de implementação e operacionalização da Reforma Psiquiátrica na realidade local.

Com isso queremos destacar que os profissionais de saúde mental exercem um papel relevante para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, seja como partícipes dos movimentos sociais, como gestores da política de saúde mental e/ou como trabalhadores (técnicos) nos serviços de assistência. Particularmente, aos profissionais dos CAPS cabe o compromisso de operacionalizar a mudança da lógica da assistência, na medida que estão atuando em um serviço considerado um dispositivo estratégico da rede de assistência em saúde mental. Esses profissionais estão diretamente ligados aos usuários do serviço e a implementação da política de saúde mental, função que os coloca na linha de frente de um cenário novo que vem passando por formulações e reformulações nos campos “político-jurídico, técnico-assistencial, epistemológico e sociocultural” (AMARANTE, 2003).

Torna-se pertinente ressaltar que o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) teve forte influência nos avanços ocorridos na mudança da assistência psiquiátrica. Constituído inicialmente de técnicos de saúde mental buscava a melhoria da assistência psiquiátrica e denunciava a situação precária dos manicômios. O MTSM posicionou-se em relação à assistência prestada, politizou a questão da Reforma, construiu uma linha de pensamento crítica no campo da saúde mental. Organizados, os trabalhadores criaram fóruns de discussões locais de caráter técnico e político e defenderam as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Posteriormente, o movimento ampliou-se no sentido de ultrapassar sua natureza técnico-científica, organizou sua estrutura administrativa como fórum nacional e passou a ser designado Movimento da Luta Antimanicomial, tornando-se um movimento social que passou a englobar várias entidades como associações de usuários

e familiares⁵, ONGs, entre outras (AMARANTE, 1994, 1995a; SOUZA, 2001; VASCONCELOS, 2000b, 2004).

Assim, nos parece certo que os profissionais de saúde mental são atores sociais influentes na efetivação da Reforma Psiquiátrica. Razões significativas para pesquisar e valorizar suas experiências e opiniões, na medida em que seus relatos podem indicar como vem se realizando no dia-a-dia a Reforma, bem como contribuir para a construção de novas práticas e a produção de novos saberes. E, entendemos como Foucault, que os saberes não são apenas conhecimentos acadêmicos, produções que se autodenominam científicas. Os saberes também estão onde são produzidos, pois sempre criam visões de mundo, produzem histórias e História.

Dessa forma, a presente pesquisa tem a finalidade específica de contribuir para a análise das práticas locais de saúde mental, a partir do estudo da realidade vivenciada no CAPS de Florianópolis e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Lembramos, ainda, que neste ano de 2006 o CAPS Ponta do Coral completa dez anos de atividades, fato que nos leva a destacar a importância de um estudo que identifique as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação deste serviço. No geral, busca-se fornecer subsídios para os avanços nas políticas de saúde mental e contribuir para a produção de conhecimentos sobre a realidade da prática das políticas públicas de saúde mental. Para tanto, elegemos como eixos de estudo e análise cinco pontos, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social e integração com a rede municipal de assistência em saúde.

Constitui-se como objetivo geral do presente estudo a análise da realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Para alcançarmos este definimos como objetivos específicos: 1) caracterizar a estrutura e os recursos financeiros disponibilizados

⁵ Cabe registrar que no campo da saúde mental encontram-se associações de composição variada. Há associações de usuários; associações de familiares; associações de usuários e familiares; associações de usuários, familiares e técnicos; associações de usuários e técnicos; e associações de técnicos e familiares. Em sua maior parte, o processo organizativo das associações é conduzido por elementos de constituição de laços de solidariedade e ajuda mútua. Contudo, existem associações que são favoráveis à agenda de inovações da assistência colocada pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e, outras, que se caracterizam como uma comunidade de veto em relação à mesma agenda (SOUZA, 2001).

e sua adequação às atividades do Caps; 2) conhecer as práticas assistenciais desenvolvidas pelo CAPS com relação ao projeto terapêutico e como se organiza o trabalho da equipe técnica; 3) identificar como ocorrem as práticas institucionais de participação do usuário e da família no tratamento e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica; 4) identificar se existem e quais são as ações institucionais, intersetoriais e/ou outras criadas com relação a inserção social do portador de transtornos mentais; 5) descrever e analisar a relação existente entre o CAPS e a rede municipal de assistência em saúde com relação a operacionalização da política de saúde mental e do SUS; 6) identificar quais as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação do CAPS, pontos positivos e negativos.

1.1 Procedimentos metodológicos

Para operacionalizar os objetivos do nosso estudo foi realizada uma pesquisa de caráter qualitativo, do tipo estudo de caso. Segundo Minayo (1994), a pesquisa qualitativa, nas ciências sociais, responde a questões particulares, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Isso significa considerar que trabalhamos com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que correspondem a pontos mais profundos das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser quantificáveis. E, segundo Chizzotti (2003, p. 104), em geral, a pesquisa qualitativa objetiva provocar o esclarecimento de uma situação para uma tomada de consciência pelos próprios pesquisados dos seus problemas e das condições que os geram, a fim de elaborar meios e estratégias de resolvê-los.

Dentre os tipos de pesquisa qualitativa, o estudo de caso talvez seja um dos mais relevantes. É uma modalidade que propicia retratar uma realidade de forma ampla e profunda, de forma a revelar a multiplicidade de dimensões presentes numa determinada situação e contextualizar o objeto para melhor compreendê-lo (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Nesta forma de estudo, o caso é tomado como unidade significativa do todo porque tanto retrata uma determinada realidade quanto revela a multiplicidade de aspectos globais presentes em uma dada situação (CHIZZOTTI, 2003). A principal função do estudo de caso é a explicação sistemática de fatos que ocorrem no contexto social e geralmente se

relacionam com uma multiplicidade de variáveis. Essa técnica caracteriza-se por ser um estudo intensivo, o qual deve considerar a compreensão geral do assunto investigado (FACHINI, 2001).

O local escolhido para a realização do estudo, o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, é um serviço público, municipal, cadastrado na modalidade CAPS II, situado à rua Rui Barbosa, 713 (fundos), no bairro Agrônômica, Florianópolis/SC. CAPS Ponta do Coral funciona das 8h às 18hs e atende uma demanda média diária de 40 usuários. O serviço foi criado em março de 1996 e funciona neste endereço desde o mês de dezembro do mesmo ano⁶.

A principal fonte de informação da presente pesquisa constituiu-se das falas dos profissionais, de formação de nível superior, e, no resultado do formulário aplicado a todos os membros da equipe do CAPS Ponta do Coral. Utilizamos para a coleta de informações a entrevista semi-estruturada, gravada, com questões abertas, e a aplicação de formulário com questões fechadas (Apêndices A e B). As entrevistas foram orientadas por um roteiro com perguntas estruturadas e agrupadas em cinco blocos correspondentes aos eixos de estudo da pesquisa. De acordo com Trivinos (1987), a entrevista semi-estruturada geralmente parte de certos questionamentos básicos, de perguntas fundamentais derivadas da teoria que é adotada para a pesquisa e de informações que o pesquisador possui sobre o tema a ser pesquisado.

Na pesquisa qualitativa, a entrevista é uma das técnicas mais utilizadas na coleta do material empírico. No tipo de estudo escolhido, foi possível perceber que a entrevista constituiu-se na ferramenta capaz de possibilitar a obtenção de dados mais profundos da realidade, os quais só podem ser obtidos com a contribuição dos sujeitos envolvidos.

O trabalho empírico para coleta dos dados e das informações na Instituição foi realizado entre a segunda quinzena do mês de março e a primeira quinzena do mês de abril de 2006 (16/3/2006 a 13/4/2006). A coleta teve início após a apresentação e solicitação de autorização para a realização da pesquisa à coordenação da Instituição. O projeto foi encaminhado à Comissão de Ensino e Pesquisa do CAPS II Ponta do Coral e à Direção de

⁶ A implantação do serviço foi efetivada em 25/3/1996, ficando instalado, provisoriamente, junto ao Centro de Saúde II do Centro de Florianópolis (atual ULS Centro), na Avenida Rio Branco. Em dezembro do mesmo ano foi transferido para o atual endereço, passando a ser chamado NAPS Ponta do Coral. Seu credenciamento no Ministério da Saúde aconteceu ao longo do ano de 1997. Em 2002, a Portaria GM n° 336 regulamentou a denominação dos antigos NAPS para CAPS (STUANI, 2005).

Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis para parecer. Mediante o parecer favorável (Anexo A) das referidas instâncias, foi realizada, em reunião de equipe, a apresentação do projeto aos profissionais do CAPS Ponta do Coral. Concluída esta etapa, foi realizada a entrevista pré-teste. A escolha do profissional observou os critérios constantes da metodologia do projeto. A entrevistada foi uma profissional da área da psicologia (área que tem mais de um profissional no CAPS) que tinha disponibilidade para a realização da entrevista na data escolhida. A partir desta entrevista, foram realizadas pequenas alterações no roteiro, com vistas a agrupar algumas perguntas, no sentido de diminuir o tempo necessário à efetivação da mesma. A referida entrevista teve a duração aproximada de uma hora e vinte minutos, acrescida de mais quinze minutos para a aplicação do formulário, totalizando uma hora e trinta e cinco minutos.

No total, foram realizadas seis entrevistas e aplicados doze formulários, de acordo com a metodologia estabelecida, a qual privilegiou, para a entrevista, o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de ensino superior, dentre as existentes no CAPS Ponta do Coral, quais sejam: psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Os formulários foram aplicados a todos os profissionais de formação de nível superior e de formação de nível médio. Foi necessário realizar sorteio do profissional a ser entrevistado apenas com relação a área da psicologia, por esta ter quatro profissionais atuando na equipe do CAPS. Como utilizamos um deles para a realização do pré-teste, participaram do sorteio apenas os outros três. O sorteio foi realizado na presença de outras duas profissionais da equipe.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos profissionais. A aplicação dos formulários foi simultânea e obedeceu ao mesmo critério. No caso de três dos profissionais entrevistados não foi possível realizar a aplicação do formulário no momento da entrevista, a pedido dos mesmos, devido a limitações de tempo. As entrevistas foram gravadas em fitas cassete, com a autorização prévia dos entrevistados, e, posteriormente, as falas foram transcritas.

As informações e os dados coletados foram sistematizados e classificados, de acordo com os eixos de pesquisa, e posteriormente analisados com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os dados originados dos formulários foram analisados e tratados descritivamente, ou seja, reduzidos a termos descritivos. Para efeito de padronização e de comparação foi adotado o método da porcentagem.

A análise final, que, segundo Minayo (1994), corresponde a um movimento contínuo entre o empírico e o teórico e vice-versa para fazer do caos aparente das

informações revelações da sua especificidade, foi construída pela síntese das informações coletadas em cada eixo de estudo, previamente definidos.

As questões éticas foram consideradas em todas as etapas do estudo, especialmente, na relação com os entrevistados, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) e dentro do que determina a Resolução N° 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde e o Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina. Os profissionais foram informados e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa quando da apresentação do projeto em reunião de equipe e individualmente antes da realização da entrevista. Foi preservado o anonimato dos entrevistado ao se utilizar codinomes para referenciar as falas no trabalho, destacando-se que os mesmos escolheram livremente seu próprio apelido quando da realização da entrevista. Apenas uma das entrevistadas optou por deixar a cargo da pesquisadora a escolha do codinome.

O trabalho que ora apresentamos está organizado de forma a contemplar, neste primeiro capítulo, a introdução do tema e a metodologia utilizada na pesquisa; no segundo capítulo descrevemos, sistematizadamente, o norte teórico utilizado como referência para a análise dos dados e das informações coletadas; no terceiro capítulo trazemos os resultados e as análises da pesquisa. Ao final, resgatamos os principais tópicos relacionados aos eixos de estudo e expomos nossas considerações finais sobre o tema.

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA

Procuramos expor neste capítulo uma síntese das análises de alguns autores que têm contribuído para o avanço nas discussões sobre a Reforma Psiquiátrica, bem como a definição do que vem a ser este outro modelo de atenção em saúde mental – o Modo Psicossocial, tanto em seus aspectos prático-assistenciais quanto em suas exigências éticas e teóricas, no sentido de construirmos o norte teórico orientador das análises da presente pesquisa.

Todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, na atualidade, bem como a literatura da área estabelecem a categoria teórico-prática “desconstrução” como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade nas ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Reiteram, também, a incapacidade da psiquiatria de explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (BASAGLIA, 1985; ROTELLI, 1990). Neste sentido, a proposta da Reforma Psiquiátrica objetiva criar experiências alternativas ao hospital psiquiátrico e ao modelo de suas práticas, através da extinção desse tipo de instituição e sua substituição por recursos que sejam capazes de rever tanto as concepções do “objeto” quanto dos “meios” e modos da sua intervenção nessa área.

A partir das contribuições colocadas por Fleury (et. al., 1989), com relação ao conceito de Reforma Sanitária como um “processo de transformação estrutural”, e da noção de *processo social complexo* proposta por Rotelli (1990), Paulo Amarante (2003, p.49), define Reforma Psiquiátrica como:

um processo social complexo que se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade.

Nessa concepção, o autor observa que processo indica algo em permanente movimento, que não tem um fim predeterminado, nem um objetivo último ou ótimo. E, a idéia de complexidade é posta não como sinônimo de complicação, mas sim como uma atitude epistemológica no sentido de reabrir a possibilidade de recomplexificação do fenômeno, proposição oposta a naturalização/objetualização da noção de doença. Neste sentido, a doença deixaria de ser reduzida a uma alteração biológica, para tornar-se um

processo de saúde/enfermidade. Em outras palavras, “a doença não é um objeto, mas uma experiência nas vidas de sujeitos distintos” (AMARANTE, 2003, p.53).

Na continuidade de suas análises sobre a Reforma Psiquiátrica Amarante (2000, 2003) designa quatro dimensões para as transformações operadas na e pelas práticas da Reforma, quais sejam: teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural.

A dimensão teórico-conceitual ou epistemológica contempla o conjunto de questões que dizem respeito a produção de conhecimentos e saberes que irão subsidiar as práticas. É uma dimensão que vai desde a reflexão dos conceitos mais fundamentais do campo das ciências até os conceitos produzidos pela psiquiatria: alienação, doença mental, normalidade/anormalidade, terapêutica e cura. Um aspecto muito importante desta dimensão refere-se ao desafio de se repensar as relações entre conhecimento e objeto (AMARANTE, 2003).

Na interpretação de Costa-Rosa (et al., 2003, p. 32), o campo teórico-conceitual pauta-se na desconstrução de conceitos e práticas, sustentados pela psiquiatria e pela psicologia nas suas visões acerca da doença mental. Propõe-se como contrapartida a construção de noções e conceitos como “existência-sofrimento” do sujeito na sua relação com o corpo social, acolhimento, cuidado, emancipação e contratualidade social. Nesse âmbito, pode-se entender que o conceito de existência-sofrimento impulsiona a Reforma Psiquiátrica na direção de uma revolução paradigmática, uma vez que questiona a tão cara relação sujeito-objeto e o próprio paradigma doença-cura. Tal conceito aparece por contraposição ao paradigma doença-cura, expressando a exigência de se dar ao sujeito a centralidade da cena.

Como exemplo desse campo Amarante (2003, p. 50) destaca o processo de desconstrução do conceito de clínica, que deixaria de ser o isolamento terapêutico ou o tratamento moral para tornar-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades; a desconstrução do conceito de doença produzido pela psiquiatria, em que o sujeito, não mais visto como alteridade incompreensível, possibilitará outras formas de conhecimento, que produzirão novas práticas clínicas e sociais.

Cabe destacar que quando um conceito é submetido ao processo de desconstrução é possível supor que as relações entre as pessoas envolvidas também serão transformadas, assim como os serviços, os dispositivos e os espaços. Conseqüentemente, mudam, ainda, os conceitos e as práticas jurídicas que eram adotadas pelos conceitos desconstruídos.

Para Basaglia (1985) e Rotelli (1990), desconstrução está relacionada à noção de *invenção*, de construção do real, de produção da subjetividade, recolocando em discussão a ciência e a psiquiatria. Os autores referem-se a “desconstrução” do dispositivo psiquiátrico e clínico em seus paradigmas fundantes e suas técnicas de poder-saber, entendendo-a como uma ação prática de dismantelamento das incrustações institucionais que cobriam a doença. A desconstrução questiona as bases do dispositivo psiquiátrico, em sua competência para atuar frente à loucura.

Entende-se desconstrução como um processo social complexo, de desmontagem do dispositivo psiquiátrico, que não tem fim, ou não pretende constituir, um modelo ideal, mas sim dar novo significado às relações e colocar questões imanentes às situações-problema. Nesse sentido, é um processo que precisa, por definição, ser reinventado incessantemente, e questionar também o conjunto dos segmentos sociais que deveria ser [...] objeto de uma verdadeira "revolução molecular", quer dizer, de uma re-invenção permanente (GUATTARI, 1992 apud TORRE; AMARANTE, 2001, p. 14).

A dimensão político-jurídica passa pela criação e alterações na legislação com relação aos direitos e a assistência ao portador de transtornos mentais. O âmbito jurídico é decorrente do fato de a psiquiatria ter instituído a noção de relação entre loucura, periculosidade, irracionalidade, incapacidade, irresponsabilidade civil. No plano político luta-se pela extinção dos manicômios e sua substituição por instituições abertas, pela revisão das legislações sanitárias, civil e penal referente a doença mental, para possibilitar o exercício dos direitos à cidadania, ao trabalho e à inclusão social. Importa nessa dimensão rediscutir e redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais (AMARANTE, 2003, p. 53; COSTA-ROSA, et al., 2003, p. 33).

No âmbito da dimensão técnico-assistencial está o modelo assistencial. É nesse campo que, na realidade brasileira, aparecem mais visivelmente as inovações com relação as práticas assistenciais em saúde mental, concomitante a reconstrução dos conceitos. As transformações vêm acontecendo tanto na concepção de novos serviços (CAPS, oficinas terapêuticas e de reintegração sociocultural, cooperativas de trabalho) quanto na sua forma de organização e gestão (instituições abertas com participação e co-gestão com os usuários e a população).

Nos últimos anos têm-se objetivado construir uma rede de novos serviços, concebidos como espaços de sociabilidade, de trocas, em que se enfatiza a produção de saúde como produção de subjetividades. Essas mudanças indicam para uma mudança nas práticas de atenção e tem significado *colocar a doença entre parênteses*, propiciando

contato com o sujeito, rompendo com as práticas disciplinares; aumentando a possibilidade de recuperação do seu estatuto de sujeito de direitos (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 32-33; AMARANTE, 2003, p.51).

A expressão *colocar a doença entre parênteses* é atribuída a Basaglia, significa a suspensão do conceito e implica na possibilidade de novos contatos empíricos com o fenômeno em questão. Para o autor, a psiquiatria colocou o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença como fenômeno da natureza. Assim, Basaglia propõe uma inversão, isto é, colocar a doença entre parênteses para tornar-se possível lidar com o sujeito e não com a doença.

Amarante (2003) chama a atenção para o fato de a atitude epistemológica de colocar a doença entre parênteses não significa a negação da doença no sentido do não se reconhecer que experiências de sofrimento ou diversidade fazem parte da realidade concreta da saúde mental. Nas palavras do autor:

não significa a recusa em aceitar que exista uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar. Significa, isto sim, a recusa a explicação da psiquiatria, para dar conta daquela experiência, como se esta pudesse ser explicada pelo simples fato de ser nomeada como doença. A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia social e política da exclusão, e a ruptura epistemológica com o saber da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para objetivar conhecer a subjetividade (AMARANTE, 2003, p. 56).

A dimensão sociocultural expressa o objetivo maior da Reforma Psiquiátrica, haja vista que pretende transformar o *lugar social* da loucura no imaginário social, transformando as relações entre a sociedade e a loucura. Muito do imaginário social é decorrente da ideologia psiquiátrica que tornou senso comum a relação da loucura à incapacidade do sujeito de estabelecer trocas sociais e simbólicas (AMARANTE, 2003, p. 53).

Para tanto se têm estimulado uma série de práticas sociais visando transformar o imaginário social relacionado a loucura, a doença mental e a anormalidade. Está em processo de mudança a imagem da loucura e do louco, a imagem da instituição e a da relação dos usuários e a população com ela. A intencionalidade passa pela construção de uma imagem das instituições de atendimento como espaços abertos de circulação e pólos de exercício estético, e uma imagem do “louco” como cidadão que deve almejar poder de contratualidade social (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 33).

Pensar a Reforma Psiquiátrica como um processo complexo implica desconstruir, superar conceitos; pensar, refletir sobre as ações no campo da saúde mental e os efeitos de

suas práticas; criar, construir novas práticas e produzir outros saberes. Trata-se, portanto, de um processo contínuo em que os verbos transformar, produzir, desconstruir, desmontar, emancipar, reconstruir devem estar no cotidiano do fazer em saúde mental.

2.1 O Modo Psicossocial

A elaboração das práticas do modo psicossocial é tributária de diferentes movimentos sociais científicos e vários campos teóricos. Sob esse aspecto, Abílio da Costa-Rosa (2000; 2003), busca especificar elementos básicos do novo paradigma traçando um paralelo de análise entre as práticas constitutivas do modo asilar e aquelas exigidas ao modo psicossocial⁷.

As principais características do modo asilar são: ênfase na consideração de determinantes orgânicos nos problemas que se pretende tratar, o que implica que o seu meio básico seja medicamentoso; pouca ou nenhuma consideração da existência do sujeito, o que implica que não se insista na sua mobilização como participante do tratamento. O indivíduo continua sendo visto como doente, tanto em relação à família quanto em um contexto social mais amplo. Daí decorre que a intervenção seja quase exclusivamente centrada nele. As aproximações da família, quando ocorrem, costumam ter caráter apenas pedagógico e assistencial. Dessa consideração do indivíduo como centro do problema, entre outros fatores, decorre também seu isolamento em relação ao meio familiar e social.

Ainda, com relação as práticas assistenciais, no modo asilar, o trabalho é realizado sem que os profissionais se encontrem para conversar sobre a atividade comum. O prontuário é considerado o elo de interconexão entre os profissionais da equipe. Mesmo no caso em que o meio é multiprofissional, a determinação fundamental dos problemas continua, na prática, sendo biológica. Portanto, a eficácia do tratamento espera-se que venha da química. Sua instituição típica continua sendo o hospital psiquiátrico fechado,

⁷ O autor observa que esta análise tem uma dimensão histórica, na medida que inclui uma consideração dos avanços que tem ocorrido nas práticas concretas até o presente; e outra dimensão lógica, visto que decorre da dedução realizada, através do método de análise, das características imprescindíveis a um determinado dispositivo para que ele configure uma lógica contraditória com a dos dispositivos que pretende superar e substituir (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.36).

ainda que nas últimas décadas esse venha sendo alvo de reformas democratizantes, intermitentes e esteja acompanhado de dispositivos chamados extra-asilares.

No modo psicossocial a concepção do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos sustentados para lidar com esse processo requer a desinstitucionalização do paradigma “doença-cura” e sua substituição pelo “existência-sofrimento”, conjuntamente com a configuração de práticas de trabalho transdisciplinares.

Destacam-se como principais exigências ao modo psicossocial: a determinação e consistência psíquica e sociocultural dos problemas, e não orgânica; a desospitalização e a desmedicalização, o que significa desconsiderar a medicação como resposta única ou preponderante e a priori; o exercício da “clínica da escuta e da criação de si”, e não a clínica da observação e da retomada do estado anterior às crises; a horizontalização das relações intrainstitucionais; a participação dos usuários e da população em forma de autogestão e co-gestão; o livre trânsito dos usuários e da população; a ética do reposicionamento do sujeito, que significa reconhecer a implicação subjetiva como forma de singularização e não supressão sintomática.

Os dispositivos institucionais típicos do modo psicossocial são os centros e núcleos de atenção psicossocial, o Hospital-Dia, ambulatórios de saúde mental; equipes multiprofissionais de saúde mental, inseridas em Centros de Saúde; setores para tratamento em saúde mental, inseridos em hospitais gerais. Seus meios básicos de tratamento são a psicoterapia, a laboterapia, as socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural, além da medicação.

É decisiva a importância que se atribui ao sujeito, daí que se insista de maneira fundamental na sua mobilização como participante principal do tratamento. Não se deixa de considerar, por isso, a sua dimensão de indivíduo (orgânico e sócio-cultural). Dá-se ênfase à consideração da pertinência do indivíduo a um grupo familiar e social. Supõe-se que se deve trabalhar também a família e o grupo social como agentes das mudanças buscadas.

Da consideração de que não é o indivíduo o único problemático, sugere-se que se inclua no tratamento também a família e eventualmente um grupo mais ampliado. As formas de participação da família e do grupo ampliado no tratamento são várias e superam, em muito, as posturas assistencial e orientadora, características do modo asilar. As associações de usuários e familiares criadas no modo psicossocial são reflexos dessa nova postura em relação aos usuários.

No modo psicossocial, espera-se que as diferentes possibilidades de ação se estendam desde a continência do indivíduo, durante a crise, até o reconhecimento da implicação familiar e social nos mesmos problemas. Espera-se, portanto, que tanto uns quanto outros possam assumir a parte de seu compromisso na atenção e no apoio. Além disso, dá-se acentuada ênfase à reinserção social do indivíduo, sem perder de vista que, muitas vezes, não é a problemática com a qual ele chegou a responsável pela sua saída da circulação sociocultural.

Quanto às formas de organização institucional, no modo asilar estas são marcadas por estratificações de poder e saber no âmbito do pessoal da instituição, que se transladam para a relação com os usuários e a população, os quais estão excluídos de qualquer participação que não seja a do objeto inerte e o mundo. Já os dispositivos do modo psicossocial tem suas práticas fundamentadas na lógica da Psicoterapia Institucional e da Comunidade Terapêutica e, geralmente, estas são instrumentadas por meio de assembleias de usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental. Participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais no modo psicossocial, por oposição à estratificação e interdição institucionais à heterogestão e à disciplina das especialidades que dominam no modo asilar.

Neste sentido, o autor propõe designar a Atenção Psicossocial como paradigma do modo psicossocial, em oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar.

2.1.2 Atenção Psicossocial

O termo Atenção, no contexto da Reforma Psiquiátrica, assume o conceito de “dar e prestar atenção, acolher, receber com atenção, tomar em consideração, levar em conta e escutar atentamente”. Designa uma parte fundamental do contorno que se pretende imprimir às ações de Atenção Psicossocial nas práticas em saúde mental. Expressa certos princípios relativos, sobretudo, à forma das relações dos agentes institucionais e das próprias instituições como dispositivos, com os sujeitos usuários e suas demandas (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 22).

Já o conceito Psicossocial designa as práticas em Saúde Mental Coletiva que se inscrevem como transição paradigmática da psiquiatria; enquanto que o termo psicossocial

agrega ao 'objeto' das práticas em saúde mental aspectos psíquicos e sociais, e tem a função de designar experiências reformadoras em sentido amplo (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 19).

Segundo o autor, ao somatizar aspectos sociais e psíquicos aos aspectos biológicos do paradigma e do objeto da psiquiatria a Atenção Psicossocial vai promover transformações nas concepções do objeto, nos modos de conceber e estruturar a instituição como dispositivo e, sobretudo, na forma de conceber e estruturar as relações terapêuticas, que tem, por sua vez, implicações éticas radicalmente distintas das práticas asilares.

A Atenção Psicossocial subentende ações diferenciadas das contidas no paradigma asilar e psiquiátrico. Na definição de Costa-Rosa Luzio e Yasui (2003, pp. 34-36):

a Atenção Psicossocial parece configurar um campo capaz de congrega e nomear todo o conjunto das práticas substitutivas ao Modo Asilar, conservando ao mesmo tempo a abertura necessária para a inclusão das inovações que ainda estão se processando e para outras que certamente virão. [...] As práticas de Atenção Psicossocial representam a sedimentação de um vasto conjunto de variações teórico-técnicas e éticas, mais ou menos radicais, conforme o caso, em relação às práticas vigentes e dominantes, que estão no lugar estrutural de sua alteridade necessária.

Os autores argumentam que a Atenção Psicossocial tem sustentado um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas norteadas pela aspiração de substituírem o modo asilar, e algumas vezes o próprio paradigma da psiquiatria. As ações na esfera político-ideológica trabalham em sintonia com os movimentos sociais que lutam pelo resgate da dignidade humana e dos direitos individuais e coletivos de cidadania. As ações teórico-técnicas referem-se à produção de novas formas de intervenção que possibilitem a construção de novos dispositivos que trabalhem pela transformação radical dos modelos institucionalizados e da ética em que se pautam.

Atenção Psicossocial, entendida como paradigma do modo psicossocial, designa concepções contrárias ao modo asilar. Quando referida as políticas públicas de saúde mental aspira a inclusão de aspectos políticos, econômicos, sociais, culturais e outros relacionados com ações que visam a construção de práticas de emancipação para a cidadania. Neste trabalho, se refere ao modelo de atenção em saúde mental que deve nortear as práticas dos serviços substitutivos, especificamente, a dos centros de atenção psicossocial.

Dessa forma, a complexidade e amplitude das práticas de Atenção Psicossocial inclui como seus componentes necessários, os conceitos e as práticas englobadas na desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, a partir de uma perspectiva baseada no aumento da contratualidade social dos usuários das instituições.

2.2 Desinstitucionalização

A desinstitucionalização tem sua origem nas experiências desenvolvidas por Franco Rotelli (1990), na Psiquiatria Democrática italiana. Segundo o autor, o primeiro passo da desinstitucionalização consiste em desmontar a relação problema-solução, renunciando a busca da solução racional (tendencialmente ótima) que no caso da psiquiatria é a normalidade plenamente restabelecida.

“O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de “cura” mas no projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente” (ROTELLI, 1990, p.30). Neste sentido, trata-se de um processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito doente. A desinstitucionalização traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação na qual exista reciprocidade entre sujeitos - uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade.

Nas palavras do autor,

A desinstitucionalização é, sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. [...] Depois de ter descartado a ‘solução-cura’ se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento (ROTELLI, 1990, p.33).

Em sua origem, os pressupostos da desinstitucionalização encaminham-se no sentido da restituição da subjetividade do indivíduo, possibilitando-lhes a recuperação de sua contratualidade, isto é, da posse de recursos para trocas sociais e, por conseguinte, para a cidadania social. Contudo, alguns estudos sobre as mudanças operadas na assistência no

âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira apontam para a compreensão da desinstitucionalização como desospitalização⁸.

Segundo Spricigo (2001), a desinstitucionalização, não correlata da desospitalização, torna-se a um só tempo, processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito adoecido. Traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação em que exista reciprocidade entre sujeitos, uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade. Isso gera a necessidade de invenção de novas modalidades de mediação, não somente médicas, mas principalmente políticas, sociais e culturais.

Sobre esta questão, Amarante (1995b) enfatiza que a mudança desejada na assistência em saúde mental não corresponde simplesmente ao fechamento de hospitais psiquiátricos e o conseqüente abandono das pessoas em suas famílias ou nas ruas, nem no fechamento de leitos para reduzir custos, no sentido do neoliberalismo ou no sentido do enxugamento do Estado. Segundo o autor,

desinstitucionalização não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativo. Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social (AMARANTE, 1995b, p. 491-494).

⁸ Ver SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Série Teses em Enfermagem, n° 42)

Neste sentido, a proposta da desinstitucionalização está centrada em uma mudança completa do paradigma de saber em saúde mental e, do ponto de vista assistencial, na constatação de que o hospital psiquiátrico tradicional é antiterapêutico. Assim, a estratégia de conversão do sistema de cuidado deve partir da substituição do hospital psiquiátrico por um amplo rol de serviços abertos e comunitários, capazes de assistir o usuário desde a crise aguda até às necessidades mais amplas de caráter social. Nestes novos serviços, a reabilitação psicossocial vem se configurando como um lineamento para o desenvolvimento de programas, eticamente responsáveis, no sentido de dar conta da totalidade das demandas que os problemas mentais severos e persistentes requerem.

2.3 Reabilitação psicossocial

Na definição da Organização Mundial de Saúde (1987 apud PITTA, 2001) reabilitação psicossocial é o conjunto de atividade capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários.

Segundo Pitta (2001), a reabilitação psicossocial, no seu sentido instrumental, é representada por um conjunto de meios (programas e serviços) que são desenvolvidos para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes, ou seja, um processo para facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. Tal processo enfatiza as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo e a cada situação de modo personalizado.

Para Saraceno (2001), a reabilitação psicossocial prevê um processo de restituição e reconstrução de direitos políticos legais e sociais para o cidadão. Para tal, projetos de ressocialização devem promover o reconhecimento do portador de transtorno mental.

Para Kinoshita (2001), reabilitar é reconstruir valores, aumentar o poder contratual, criar condições de possibilidade para que um paciente possa, de alguma

maneira, participar do processo de trocas sociais, produzir dispositivos que, desde uma situação de desvalor quase absoluto (pressuposto), possa passar por experimentações, mediações que busquem adjudicar valores aptos para o intercâmbio, ou seja, modificar o pressuposto de desvalor natural para um pressuposto de valor possível proposto, explícito.

O autor considera que reabilitar pode ser entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia. Sendo que, a contratualidade do usuário vai estar, primeiramente, determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Se estes podem usar de seu poder para aumentar o poder do usuário ou não. Depois pela capacidade de se elaborar projetos, isto é, ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida.

Ainda, diretamente ligada a questão da reabilitação de pacientes está a necessidade de se estabelecerem diversificadas redes de relações, as quais melhor capacitariam os indivíduos a compreenderem quais determinações influenciam sua vida cotidiana, ampliando sua autonomia.

O conceito de autonomia aqui referenciado é entendido como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001).

3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Apresentamos, a seguir, os resultados e as análises da pesquisa realizada, a partir dos eixos que nortearam a coleta dos dados e das informações: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde.

3.1 Estrutura e recursos financeiros

O conjunto de serviços substitutivos ao modelo de atenção em saúde mental tradicional (manicomial/asilar), do qual os centros de atenção psicossocial fazem parte, é, atualmente, regulamentado pela Portaria GM/MS N° 336/2002. Esta portaria estabelece portes diferenciados, a partir de critérios populacionais, para abrangência, financiamento e tipo de serviço prestado, de acordo com cada modalidade de CAPS.

Com relação a estrutura física, os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender a sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado. Para tanto, devem estar equipados com consultórios individuais para consultas, entrevistas, terapias, salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitório, sanitários, área externa para oficinas, recreação e esportes (BRASIL, 2004).

Neste aspecto, O CAPS Ponta do Coral tem uma estrutura que compreende um terreno com área física total aproximada de 1.936,00m², destes, aproximadamente 421m² são de área construída. Fazem parte das instalações, uma casa com dois pavimentos, um anexo, utilizado como sala do brechó, área de lazer e estar externa, e estacionamento. O pavimento superior da casa comporta 2 varandas, sala de recepção, sala de espera, 2 áreas de circulação (corredores), sala de administração, 2 consultórios, sendo que no momento um é utilizado como sala administrativa para realização de procedimentos relacionados ao preenchimento das APACs⁹, 2 salas para atividades grupais com WC, sala de depósito de

⁹ Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo.

material, cozinha com despensa, refeitório com churrasqueira, sala ampla (auditório) equipada com multimídia, sala de enfermagem, sala de repouso, e 7 banheiros distribuídos no espaço físico do pavimento superior. No pavimento inferior encontra-se a sala utilizada pela associação de usuários, 2 salas para a realização de oficinas (com passagem de uma para outra), sala com forno, sala de depósito de material e lavanderia¹⁰.

De acordo a pesquisa realizada, 83,3% dos profissionais considera a área física do CAPS suficiente para o atendimento da demanda e 66,7% consideram as instalações adequadas para a realização das atividades propostas; apenas um profissional observou que considera a estrutura do CAPS suficiente desde que as oficinas produtivas sejam realizadas fora da unidade. A mesma porcentagem (66,7%) considera os equipamentos disponíveis suficientes. Neste âmbito, o serviço conta com computador com impressora, aparelho de telefone e fone/faz, televisão, mesas de escritório, cadeiras, quadro branco, maca para atendimento em enfermagem, camas de repouso, fogão industrial, pia, mesas e bancos no refeitório, bancos para estar e descanso, entre outros. Metade dos profissionais respondeu que os equipamentos estão em bom estado de utilização, com ressalvas para salas com pouca ventilação no pavimento inferior.

Já com relação aos materiais de consumo, 91,7%, correspondente a onze dos doze profissionais que responderam ao formulário, consideram que os materiais de consumo não são suficientes. Eles se referem à falta e irregularidade no recebimento de materiais básicos à manutenção do serviço, tais como copo descartável para água, papel higiênico, e, principalmente, material específico para uso nas oficinas terapêuticas e de produtividade. Esta situação pode ser observada nas falas dos profissionais, que identificam as dificuldades no funcionamento do CAPS com relação a falta de recursos materiais e financeiros:

[...] essa falta de recursos é isso que eu te digo, desde a parte administrativa, nós precisamos de papel, carbono, copo pra tomar água, por exemplo, agora nós somos uma Unidade Local de Saúde que não tem copo descartável, já faz quase quinze dias, vinte dias, não tem copo descartável; falta água, aí nós temos que esperar, sendo que é um lugar que transita muitos usuários, eles tomam medicação e precisam tomar água, eles tomam muita água, e acaba não tendo água potável; por exemplo, teve época que faltou papel higiênico, em um serviço onde os usuários chegam fazem lanche, almoçam, fazem lanche da tarde, eles passam o dia aqui, então precisa ter uma estrutura mínima de atendimento (LÉLI, 4/4/2006).

¹⁰ Conforme Planta Baixa da unidade constante no projeto de reforma e ampliação executado em 2003/2004.

[...] a gente tem também o problema de fornecimento de material de consumo já há algum tempo, também desde que essa administração começou (Gestão Municipal e da Secretaria de Saúde), o fornecimento de material de consumo é interrompido, a gente fica sem tinta pra impressora, sem papel, sem papel higiênico...; tem diversos itens desses que são necessários, fazem parte do funcionamento do dia-a-dia do serviço (F, 12/4/2006).

[...] as oficinas terapêuticas e produtivas, requerem um material específico que precisa de dinheiro, e aqui, na política específica do município não tem uma regularização quanto ao repasse desse dinheiro [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

[...] a falta de agilidade no fornecimento das reservas para as oficinas, tudo isso resulta em um prejuízo para o trabalho; ficou quase uns dois meses a oficina fechada por falta de material, por exemplo [...] (P, 17/3/2006).

Outra dificuldade mencionada pelos profissionais no funcionamento do serviço é o vale transporte dos usuários:

[...] o funcionamento em geral fica prejudicado porque na medida em que falta vale transporte o usuário não vem, não consegue se deslocar para vir até aqui, aí interrompe aquele projeto terapêutico que havia sido feito com o usuário [...] (VIK, 24/3/2006).

[...] a questão, por exemplo, da dificuldade que a gente tem aqui: o transporte dos pacientes, a questão do passe, é muito irregular; então, isso reduz a nossa produtividade também, porque os pacientes acabam não vindo. Muitas vezes a gente não pode, por exemplo, contar com aquele paciente que veio para uma entrevista inicial porque ele não tem como estar vindo no curto prazo, então, acho que isso, a questão do custo que é o transporte em Florianópolis, também acaba afetando o nosso trabalho, então, nesse sentido, a falta de regularidade no passe [...] (P, 17/3/2006).

A partir dessa relação entre as diversas necessidades para o funcionamento do serviço é possível perceber que os profissionais assumem como princípio uma concepção de saúde ampliada, na qual não basta somente o atendimento terapêutico. Outros fatores estão interligados e contribuem para que a assistência efetivamente ocorra. Contudo, a concepção e prática setorializada das políticas sociais brasileiras provoca situações dessa natureza, na medida em que não se trabalha a inter-relação entre elas. Esta forma de setorialização das políticas sociais, no entanto, não é característica apenas da realidade brasileira, mas uma “modalidade do Estado burguês” que traduz as expressões da questão social mediante a tipificação das políticas sociais (NETTO, 1992).

Várias iniciativas têm buscado romper com esta perspectiva como a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), que reafirmou a necessidade de se garantir e melhorar o acesso aos bens e serviços da sociedade: prover trabalho, creches, profissionalização, educação, lazer, escolas, habitação, transporte, segurança pública, saneamento básico. Também, destacou ser fundamental enfatizar a questão do transporte urbano acessível aos usuários, a fim de que seja garantido o deslocamento entre os serviços de saúde e sua moradia (BRASIL, 2002a).

Na seqüência da pesquisa realizada, dois entrevistados referiram que a falta e as dificuldades no fornecimento dos recursos materiais necessários estão mais acentuadas na atual gestão administrativa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)¹¹. Foram relacionadas, ainda, como dificuldades, a falta de um carro disponível para o CAPS, a falta de terapeuta ocupacional, de outro médico psiquiatra e outros profissionais de nível médio (auxiliar administrativo, pessoa para limpeza). Outras questões listadas estão relacionadas aos recursos humanos e as necessidades de integração do serviço na política municipal de saúde. Os profissionais relatam a existência de dificuldades de interação da equipe, falta de capacitação, supervisão institucional, falta de apoio institucional, falta de efetivação de uma rede de saúde mental e/ou a existência de uma rede de atenção ainda incipiente, em processo de formação, falta de estrutura para atenção às urgências, dificuldades do gestor em compreender a lógica da saúde mental, salários incompatíveis com as funções.

Os problemas relatados pelos profissionais aparecem diretamente relacionados à insuficiência dos recursos financeiros de custeio do serviço. Todos os entrevistados referiram que os recursos gerados pelo serviço, através das APACs, não são suficientes para a realização das atividades do CAPS. Dentre as atividades prejudicadas, o trabalho nas oficinas foi apontado como o principal, conforme aparece na fala a seguir:

o que requer mais recursos, atualmente, são as oficinas produtivas, por exemplo, houve uma paralisação de muitas das oficinas quando faltou recurso. O recurso não é exatamente suficiente. Eu acho que os R\$ 500,00 por mês é um recurso pequeno [...] acho que o recurso poderia ser maior, pelas necessidades ele acaba sendo reduzido, não é uma coisa que você possa comprar a vontade, assim, é limitado, muitas vezes, a oficina tira de uma pra passar pra outra (P, 17/3/2006).

¹¹ Gestão Municipal 2004/2008; a Gestão da Secretaria de Saúde referida é a de 2004 a abril de 2006 que teve como gestor o vereador Walter da Luz; à época da coleta dos dados empíricos houve mudança do gestor municipal de saúde, assumindo o cargo o ex-secretário estadual de saúde João José Cândido da Silva.

Um dos profissionais apontou como principal atividade prejudicada pela falta de recursos financeiros a questão do território. Segundo este, a falta de recursos interfere no atendimento prestado, no sentido de que não é possível realizar o acompanhamento, a inclusão e avaliação do usuário em seu território. De acordo com este profissional,

o dinheiro do CAPS pode ser melhor gerido se investir no território. Investir no território seria elaborar projetos, ter mais articulação com a associação de moradores, ou seja, com os recursos que o território oferece, e aí precisa aumentar a própria equipe porque vai ter equipes que vão ter que se deslocar do CAPS; vai ter que ter investimento em carro, daí vai ter que ter um motorista, os próprios agentes comunitários tem que ter essa parceria, isso tudo implica em financiamento. [...] como eu sempre digo, território é onde a vida acontece, onde a cultura é produzida, onde as manifestações de vida, elas estão mais visíveis [...], mas investir lá no território, a equipe tem que estar inserida lá, estar toda hora pensando e discutindo [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

De acordo com as recomendações da política do Ministério da Saúde, as ações de saúde mental devem obedecer a um modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas. São ações que envolvem práticas de reabilitação psicossocial, promoção da cidadania, construção da autonomia possível dos usuários no ambiente em que eles vivem, e que necessitam de uma equipe multidisciplinar capaz de trabalhar sobre a ótica da interdisciplinaridade (BRASIL, 2004).

Necessariamente, a mudança de um modelo assistencial requer a análise de sua estrutura de financiamento. Isso significa que as características singulares e diferentes dos CAPS, em relação aos modelos tradicionais de assistenciais, e a complexidade das ações desenvolvidas por estes serviços necessita vir acompanhada de uma mudança na lógica de alocação de recursos financeiros.

Atualmente, o principal órgão financiador dos CAPS é o Ministério da Saúde (MS). Com a publicação da Portaria GM/MS nº 336/2002 os CAPS passam a fazer parte das ações estratégicas do MS. Esses serviços são incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e a remuneração é através do sistema APAC/SIA¹². Baseado na fatura que o prestador de serviços de saúde apresenta ao SUS, correspondente aos seus gastos

¹² A Portaria GM/MS nº 336/2002 descreve os procedimentos objeto de remuneração, classificando-os em intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Para essas três modalidades de atendimento, a Portaria GM/MS nº 189/2002 fixou o número máximo de atendimentos mensais para cada modalidade, de acordo com cada tipo de CAPS, sendo que para cada tipo de procedimento é destinado um valor diferenciado. Nos CAPS II, um procedimento intensivo custa R\$ 25,40; um semi-intensivo, R\$ 16,30; e um não-intensivo, R\$ 14,85 (BRASIL, 2002).

mensais com a produção de atendimentos aos usuários dos CAPS, o Ministério da Saúde repassa, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, o montante equivalente à sua produção. A inovação introduzida por este modelo de pagamento refere-se à fonte de financiamento, ou seja, ao acréscimo de recursos financeiros repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estadual e Municipal de Saúde (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, pp.129-132).

Sobre este aspecto, perguntamos aos entrevistados qual conhecimento possuem sobre o repasse dos recursos financeiros para o CAPS. Na sua maioria, eles referiram saber sobre os recursos originados a partir das APACs, contudo, relataram não saber sobre o controle do uso desse recurso, conforme expresso nas falas relacionadas:

[...] tem o valor, o montante desse valor que é produzido dos atendimentos pagos pelo Ministério (MS), então, tem isso mensal, a gente tem o valor que chegou, somou, vamos dizer assim, esse montante que a gente somou dos atendimentos feitos no mês, isso a gente sabe, porque as APACs são geradas aqui no CAPS, mas o repasse disso via Fundo Municipal, esse controle eu não sei, eu sei do valor que tem que receber mensalmente (VIK, 24/3/2006).

Bom, formalmente, eu desconheço qualquer..., todas as formas de recursos. O dinheiro da produtividade referente as APACs vai para o Fundo Municipal de Saúde e nunca teve prestação de contas disso. Na verdade a gente não sabe qual é o destino que é dado nem quanto vem; tem o nosso levantamento interno da produtividade, mas não sabemos o que é feito desse recurso (F, 12/4/2006).

Alguns profissionais referiram-se ao fato de o município não ter gestão plena do SUS,

Bom, eu tenho algum, pouco do que é repassado, a gente sabe o que foi recolhido, por exemplo, através das APACs, que são os atendimentos feitos aqui, então eu sei quantos atendimentos foram, qual seria o valor que essas APACs dariam, mas eu não sei qual o valor que a gente acaba recebendo, que fica num fundo perdido, no sentido de que é um fundo único por não ser gestão plena (J, 22/3/2006).

O conhecimento que eu possuo é muito irregular e insatisfatório, assim, a relação APAC, por exemplo, o repasse do dinheiro que viria do Ministério da Saúde a gente acaba..., nós não somos gestão plena então vai pra secretaria (municipal) de saúde e ali é passado pra compra de alimento..., enfim, mas nós não temos autonomia sobre esse dinheiro, então, uma vez que você não tem autonomia o teu conhecimento fica restrito. Está na mão da secretaria mesmo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais discorreu detalhadamente sobre a forma como os recursos são gerados e repassados à unidade gestora (SMS), referindo-se que todas as diretrizes sobre financiamento do serviço são preconizadas pelo Ministério da Saúde através de portarias.

Os recursos financeiros do CAPS são obtidos através de APACs, Autorização de Procedimento de Alto Custo; pra se preencher uma APAC é necessário que haja uma organização do serviço em cima de modalidades de atendimento; as modalidades de atendimento podem ser: semi-intensivo, intensivo e não-intensivo, cada um tem um determinado valor em relação a esse procedimento, ou seja, todas as diretrizes em relação a financiamento, o Ministério preconiza isso em portaria, então, os conhecimentos que eu possuo em relação aos recursos financeiros do Caps são os conhecimentos que já estão preconizados em relação ao Ministério da Saúde; essa APAC uma vez preenchida ela é computada, ela é repassada pro governo federal e este repassa o dinheiro fundo a fundo; esse dinheiro vem pro Fundo Municipal de Saúde, e é esse dinheiro que é aplicado na saúde mental pra ter a gestão do serviço [...] aqui acontece da seguinte forma: cada gestor municipal, como a política é municipalizada, eles criam um protocolo, nesse protocolo eles colocam de que forma esse dinheiro pode ser gastado na saúde mental; então, existe um documento no município dizendo, olha na saúde mental você pode gastar tanto com a associação de usuários, tanto pra comprar materiais, tanto pra gastar em vale transporte; então, existe um protocolo dizendo no que você pode gastar esse dinheiro que vem na saúde mental; é um dinheiro que vem do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde; esse dinheiro cai nessa conta e ali existe um acordo de como se gastar; esse dinheiro é manejado pelo gestor municipal de saúde (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme apontam Freire, Ugá e Amarante (2005, pp. 131-133), o modelo de alocação de recursos dos CAPS (sistema de remuneração por APAC) trás contribuições à política nacional de saúde mental ao inserir os CAPS no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) do MS, pois proporciona maiores incentivos financeiros, haja vista a alocação de recursos municipais extra-teto para a manutenção de serviços já existentes e a implantação de novos serviços.

Contudo, os mesmos autores ressaltam que há de se perceber que a lógica da remuneração que o SUS imprime aos CAPS vincula-se, preponderantemente, à doença. Ou seja, as unidades assistenciais do SUS seguem um sistema de remuneração vinculado a um diagnóstico, mais especificamente, a um episódio de doença, internação, contidos na tabela de procedimentos hospitalares (SIH/SUS) ou a ações ambulatoriais, inscritas na tabela de procedimentos ambulatoriais (SIA/SUS). Desta forma, “o sistema de saúde encontra-se, em sua quase totalidade, voltado para a produção de atos vinculados a doença, isto é, atos

curativos, valorizando, em consequência, intervenções predominantemente individuais, que são remuneradas pela venda de procedimentos, diárias e atos médicos-assistenciais de natureza privatizante” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p 133).

Amarante (2003, pp. 62-63) considera que os CAPS, como os serviços integrantes do SUS, também foram capturados pela lógica da *inampização*, ou seja, pela lógica do pagamento por procedimento. Para o autor, “o modelo prevalente dos CAPS é o herdeiro mais autêntico e legítimo da lógica do antigo INAMPS, onde a saúde era reduzida a doença, ao mesmo tempo em que o sistema de saúde era reduzido a assistência médico-curativa”.

Portanto, o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. Pelo contrário, tente a prejudicar a complexidade de ações dos CAPS, na medida em que não é previsto financiamento das diversas relações que podem ser estabelecidas com a comunidade, com as lideranças e associações comunitárias. Tais ações, dentre muitas outras possibilidades de intervenção territorial, “são inerentes a esse tipo de serviço e objetivariam imprimir um processo de transformação cultural nos diversos segmentos da sociedade, no lidar e no acolhimento das pessoas em sofrimento mental” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 135).

Sobre a forma de repasse dos recursos financeiros ao CAPS, os profissionais entrevistados relataram não existir descentralização administrativa. Os recursos chegam ao serviço na forma de materiais. Alguns profissionais observaram que até a gestão administrativa da secretaria municipal de saúde anterior eles tinham acesso a uma verba de R\$ 500,00 que utilizavam na compra de material para as oficinas. A partir da atual gestão esse dinheiro não foi mais repassado. A compra do material passou a ser feita através de orçamento encaminhado à secretaria, que faz o pagamento, e os profissionais retiram os materiais.

Não, a gente não tem acesso a esse recurso diretamente, a gente não é uma unidade que gere o seu recurso; ele vai pra secretaria e a secretaria... por exemplo: toda a compra de... o pagamento dos almoços, lanches, etc.. é a secretaria que faz; a gente não tem autonomia; o único recurso que a gente manuseia são os R\$ 500,00, que vem para as oficinas; isso é dividido, as Oficinas fazem um rateio, cada oficina compra o seu material, mas até parece..., da última compra fui eu que comprei, ela (SMS de Florianópolis) determinou, já colocou a empresa que vai fornecer; não sei se foi mediante licitação, já fez o pagamento direto, a gente só foi lá escolher e pegar os produtos que tinham sido

solicitados; então..., de outras vezes, por exemplo, a gente pegava o cheque ia lá comprava, pagava naquele valor, agora isso não foi feito dessa forma (P, 17/3/2006).

Desde que começou essa administração (Gestão Municipal 2004-2008) acabou esse repasse; então atualmente a única vez que a gente conseguiu material pras oficinas foi através de empenho que a própria secretaria fez..., então, permanece centralizado, a única coisa que a gente teve que fazer foi ir nas lojas fazer orçamento, passar pra secretaria, a secretaria emitiu as notas, e aí a gente foi buscar o material com essas notas, mas não com o dinheiro (F, 12/4/2006).

Não, não existe, porque, na gestão passada (Gestão Municipal 2000-2004) ainda vinha uma verba de dois em dois meses, tipo quinhentos reais pra compra de material pra oficinas; nós comprávamos, apresentávamos as notas e depois eles colocavam o dinheiro; nessa gestão (Gestão Municipal 2004-2008; Gestão da Secretaria de Saúde de 2004 até abril de 2006) não existe nada, então, a pergunta se existe descentralização administrativa dos recursos financeiros, não, não existe (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais referiu-se a descentralização não apenas como repasse de recursos financeiros e funções administrativas, mas como compartilhamento de poder na gestão do serviço.

Essa descentralização, eu estou entendendo como um compartilhamento de poder; não existe esse compartilhamento de poder na hora de gerir os recursos, assim, o CAPS possui CNPJ, mas ele não possui uma conta específica pra vir dinheiro pro CAPS, não existe isso, existe esse acordo que eu te falei, que vem do fundo a fundo e esse dinheiro vai pra saúde mental e o CAPS tem uma vertente pro CAPS, o dinheiro não é só pro CAPS, ela vai pra saúde mental, e aí o CAPS acaba utilizando esse dinheiro, então, quando pergunta sobre a descentralização eu faço a avaliação de que é o compartilhamento de poder, então, não tem isso, é o gestor que acaba se apoderando desse sistema de financeiro, a gente não interfere (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ao considerarmos a questão da descentralização político-administrativa dos recursos financeiros, temos a intenção de destacar que a transferência desta prática às unidades prestadoras de serviços em saúde nos municípios poderia estar favorecendo uma melhor utilização e adequação dos recursos às necessidades reais do serviço, bem como possibilitar maior agilidade na compra dos materiais e viabilizar um processo de gestão democrática e participativa, entre técnicos trabalhadores, usuários e gestores. Essa prática traduz-se, por sua vez, em um exercício político-pedagógico de construção da democracia, objetivando uma atuação com transparência na administração da coisa pública.

Quando questionados sobre se a descentralização financeira dos recursos possibilitaria o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, os

profissionais, na sua maioria, disseram que sim, com algumas ressalvas feitas para a necessidade de mudanças na forma de gestão administrativa do serviço, conforme expresso nas falas que seguem:

Sem dúvida, sim sem dúvida, isso é um equívoco assim porque..., justamente porque a gente não sabe qual é o destino dado a esse dinheiro. A gente acredita que se a gente tivesse mais transparência nesse processo a gente poderia pelo menos priorizar certas coisas que são de fato importante e garantir que elas fossem..., que a gente conseguisse obter essas coisas, enfim, o investimento necessário (F, 12/4/2006).

A melhor utilização sim acho que o planejamento teria que ser anterior, mas sim, acredito que utilizar no sentido até..., porque muitas vezes, como vai para esse Fundo que é pra todos, pra toda a saúde, você acaba sem saber, igual agora, que a gente já tem o dinheiro da supervisão disponível na secretaria, mas não tem como a gente começar amanhã, embora o dinheiro já esteja lá., porquê? porque a gente não sabe como esse dinheiro vai sair e entrar na mão do terapeuta que vai fazer a supervisão da equipe e isso pode demorar um mês, dois meses, vai saber, seria melhor, claro (J, 22/3/2006).

Sim, com certeza, porque nos iríamos sentar e ver as necessidades, por exemplo, esse ano nós ficamos desde o ano passado até um mês atrás sem material nenhum pras oficinas e as oficinas que mais tinham, capitalizavam usuários e não tínhamos material, nós tivemos que suspender as oficinas; então nós sabemos das necessidades, as necessidades dos usuários, quais as oficinas tem mais usuários, pra gente pode administrar e vê onde pode estar investindo (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que sim porque ficaria mais próximo da própria administração do CAPS, porém, ia surgir a necessidade de ter todo um aparato administrativo pra poder gerenciar isso, mas assim, na medida que aqui no CAPS a gente tem uma gestão participativa, em que os usuários estão reunidos semanalmente pra pensar as regras do CAPS, as necessidades do CAPS, enfim, seria mais interessante talvez, esse repasse direto tu quer dizer, é... não sei assim, a princípio..., hoje a gente tem uma estrutura de conselho que prevê o controle social através do Fundo Municipal de Saúde, o Conselho Municipal tem essa ligação também, e aí a gente está lá também, de certa forma representado (VIK, 24/3/2006).

Olha, eu acho que teria que mudar um pouco a nossa dinâmica de funcionamento; não deixa de ter um lado...bom, é uma faca de dois gumes, poderia facilitar a gente fazer um processo mais rápido talvez, não faltaria coisa, porque as vezes faltam coisas básicas, agora, por exemplo, faltam copos, se você tivesse o recurso você ia ali e comprava uns pacotes de copos, não teria essa... essa falha; agora é saber que é mais uma tarefa também que acumularia em termos administrativos, financeiros, quer dizer, não sei se você não está ali também inchando o processo burocrático aqui dentro do CAPS; eu acho que pode ter vantagens, mas pode ter desvantagens; eu teria que pensar melhor, nunca pensei nessa possibilidade; assim, acho que o dinheiro da Oficina, puxa, se a gente tivesse aqui uma verba seria mais fácil, as vezes faltam coisas

pequenas que você não tem como estar repondo aqui, tem que esperar uma nova verba, de repente pra.... (P, 17/3/2006).

Um dos profissionais observou sobre as questões práticas e políticas que envolvem a descentralização no contexto do SUS:

Esse compartilhamento de poder ele só pode ser discutido dentro da lógica do SUS, universalização, integralização, etc., dentro dos preceitos do SUS tem o controle social, essa descentralização só pode ser discutida quando acontece o controle social. Hoje essa descentralização ela tem que ser discutida no Conselho Municipal de Saúde e mais precisamente no conselho gestor dentro do CAPS; agora, porque não ocorre isso? Porque não tem a clareza da necessidade; eu acredito que as pessoas que acabam estando na prática, principalmente no CAPS, se sobrecarregando com as coisas, e acabam não tendo a clareza, ou não querendo assumir mais um encargo trabalhista; então, esse é um dos grandes problemas que existe, a sobrecarga de trabalho, as condições de trabalho, aí você acaba tendo que lutar por tudo isso; isso aí eu vejo que tem muito a ver com a questão da militância, pessoas que já estão, lá na época ou do ensino médio, que já começam ir pros grêmios, depois a pessoa acaba indo pra militância no movimento estudantil, e quando vão pros serviços de saúde são profissionais mais críticos, que acabam tendo essa visão mais ampla da saúde e da política; então, as pessoas que acabam chegando no serviço com um pouco desse ideal de controle social eu diria, acabam questionando mais essa questão da descentralização; voltando a tua pergunta sobre a descentralização financeira, ela poderia sim possibilitar um melhor planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, se houver o controle social dentro dessa descentralização financeira (GIRASSOL, 20/3/2006).

Cabe destacar que a proposta da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, na regionalização e na hierarquização da rede de serviços, constante entre os princípios e diretrizes do SUS, coloca o município como lugar privilegiado para o desenvolvimento de uma política de financiamento das ações em saúde, com critérios transparentes, e que respeite as particularidades da realidade local. O Ministério da Saúde continua a ser a instância que, na administração do Fundo Nacional de Saúde (FNS), acompanha a aplicação dos recursos que são repassados aos estados e municípios. Estes, por sua vez, são obrigados a constituir os seus respectivos fundos de saúde e conselhos estaduais e municipais, elaborar planos de ação e apresentar relatórios de gestão, garantindo também a existência de contrapartida de recursos para a saúde nos seus orçamentos (COSTA, 2002).

Embora a descentralização seja uma prática com vistas a aumentar o poder decisório de aplicação dos recursos na esfera local, esta ainda apresenta muitos problemas, na medida que não consegue alcançar efetividade, dados os impasses de ordem burocrática e administrativa. Por si só a descentralização não garante maior controle social ou uma prática democrática. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada que abarque as especificidades da área da saúde mental.

Nesse sentido, a lógica fundamental da estrutura de financiamento exigida é a de que os recursos financeiros devem ser centrados nas pessoas e não nos serviços. O financiamento deve contemplar todas as ações necessárias e decorrentes da implantação, implementação e sustentação de uma nova política de saúde mental (BRASIL, 2002a). O que deve ser colocado em pauta é a viabilidade de se financiar o CAPS como um todo, envolvendo todas as suas ações e especificidades, permitindo-se que cada serviço tenha flexibilidade para realizar seu trabalho de acordo com as necessidades locais, desvinculando o financiamento da relação de compra e venda de serviços e da noção de doença (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 136).

3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico

Os profissionais que trabalham nos CAPS compõem um grupo de diferentes técnicos de formação de nível superior e nível médio, e integram uma equipe multidisciplinar. Todas as unidades de serviço devem obedecer a exigência da diversidade profissional e cada CAPS tem suas próprias características quanto ao tipo e a quantidade de profissionais. A equipe mínima indicada para os CAPS II é composta por médico psiquiatra, enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior de outras categorias profissionais entre psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro necessário ao projeto terapêutico e seis profissionais de nível médio entre técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).

O papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. As equipes devem organizar-se para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação

psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e poder equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas (BRASIL, 2004).

Neste item nos propomos a descrever e analisar a composição e perfil da equipe técnica do CAPS Ponta do Coral, bem como as dificuldades e facilidades do trabalho em equipe consideradas pelos profissionais, a existência de práticas interdisciplinares no atendimento ao usuário, de projeto terapêutico e planejamento das ações da unidade de serviço¹³. Ao final do item consideramos os apontamentos dos profissionais sobre as diferenças do atendimento prestado no CAPS em relação ao realizado nas instituições tradicionais/hospitais psiquiátricos.

3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental

O CAPS Ponta do Coral conta com uma equipe de profissionais multidisciplinar que atua diretamente no atendimento aos usuários. São profissionais com formação de nível superior nas áreas de psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Entre os de formação de nível médio estão dois técnicos em enfermagem e um auxiliar administrativo. Compõem a equipe, ainda, os profissionais de apoio, vigilantes e auxiliar de limpeza, e estagiários de psicologia, serviço social e enfermagem.

¹³ É importante destacar que o perfil bem como a opinião dos profissionais sobre o serviço varia, no decorrer do tempo histórico, de acordo com a composição da equipe naquele determinado momento. Outros trabalhos já realizados identificam o perfil da equipe, a percepção dos profissionais sobre o trabalho no CAPS, o significado e o processo de inserção no serviço, a concepção sobre o modelo assistencial e práticas de desinstitucionalização, em épocas anteriores. Entre estes ver: GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003; FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial** - percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004; NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental:** em busca da articulação e qualificação das ações em saúde. Monografia (Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Lato Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

A maioria dos técnicos de nível superior concluiu a graduação na década de 1980. Metade deles possui capacitação específica na área de saúde mental, em geral, cursos de formação e aperfeiçoamento, especialização em terapia cognitiva comportamental, saúde pública, clínica, psicoterapia, psicanálise, atenção psicossocial. Três profissionais possuem mestrado nas áreas de enfermagem, sociologia política, artes cênicas; um fez residência médica em psiquiatria e cursa mestrado na mesma área; uma profissional tem doutorado em sociologia política.

Mais da metade dos profissionais (58,3%) possuem experiências de atuação profissional em outras instituições da área de saúde mental como clínica de internação, hospital psiquiátrico, centro comunitário de saúde mental, serviços de atenção à dependentes químicos e centro de atenção psicossocial. A maioria (66,7%) atua na área de saúde mental a partir da segunda metade da década de 1990. Cinco profissionais identificaram ter experiência de atuação em outras instituições que não da área de saúde mental.

Com relação ao tempo de serviço no CAPS, quatro profissionais atuam desde a implantação do serviço, em 1996, três ingressaram na equipe entre os anos de 2001 e 2002, e quatro profissionais passaram a fazer parte da equipe recentemente, a partir de meados de 2004. Quanto ao tipo de vínculo empregatício, a maioria, 75% (9 profissionais), é servidor público concursado, dois são contrato temporário e um ingressou no serviço público municipal através de indicação técnica. Nove profissionais possuem regime de trabalho de 30 horas semanais e 3 deles trabalham 40 horas semanais.

Com relação a capacitação específica em saúde mental para atuar no CAPS, todos os entrevistados consideram esse quesito de grande importância. Entre as razões apresentadas estão: a necessidade de compreensão e entendimento comum do que é um CAPS e o entendimento do tipo de assistência que este serviço deve oferecer; a preocupação com a diferença no atendimento que o CAPS deve oferecer em relação aquele prestado em outros serviços de saúde mental; a necessidade da capacitação para suprir as defasagens da formação acadêmica, que, em geral, não abarca as especificidades do campo da saúde mental.

Na opinião dos entrevistados,

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS, não tem a qualificação pra atuar, então ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então é necessária a questão da capacitação... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ah sem dúvida, sem dúvida, principalmente porque o que a gente está propondo é uma reformulação no modo da assistência em saúde mental, então é preciso que quem venha trabalhar num CAPS entenda essa lógica, que não venha pra cá com a mesma mentalidade do que se faz no hospital psiquiátrico, do que se faz em ambulatório, é outra coisa também diferente da atenção básica, então o CAPS precisa disso, precisa que o profissional tenha essa.., esse tipo de orientação, esse tipo de compreensão da sua finalidade (F, 12/4/2006).

Muito, muito importante, justamente por isso que eu estou te falando, porque assim, o profissional que trabalha no campo psicossocial, de qualquer área, ele necessariamente precisa quebrar a prática estereotipada pra poder entrar num serviço como esse porque o assistente social de um CAPS ele não é aquele assistente social de um hospital psiquiátrico, ele muda, ele faz outras coisas, ele se coloca de outro jeito, assim também é o médico, assim também é o psicólogo, o enfermeiro, então, uma formação específica pra essa área é bastante adequado porque vai tratar especificamente das necessidades que se colocam no cotidiano (VIK, 24/3/2006).

Considero, considero sim. É interessante que cada um tenha um saber, que traga o seu saber pela sua formação, da sua prática, do seu bairro, da sua comunidade, mas trabalhar no CAPS não é trabalhar em ambulatório, trabalhar no CAPS é ter um conhecimento sim do que é uma Reforma Psiquiátrica, do que significa um CAPS num panorama hospitalocêntrico. É toda essa questão política que tem por trás, questão financeira também, que é um serviço que se propõem substituir sim progressivamente os hospitais. Em muitos lugares isso já é feito, já conseguem fazer internação zero, outros lugares não; então, uma abordagem no CAPS precisa sim ter capacitação (LÉLI, 4/4/2006).

Sim, até por que o que é o CAPS? O quê um CAPS deveria ser? Cada um tem a sua idéia do que é um CAPS, mas ela não é uma idéia homogênea, então a minha experiência do que é um CAPS em outros lugares, que eu já tive em outros lugares especificamente, é muito diferente do que eu chego aqui e encontro as pessoas falando o que é um CAPS. é claro que a capacitação para um CAPS, para o que é o trabalho em CAPS podia homogeneizar, pelo menos todo mundo iria estar falando a mesma língua (J, 22/3/2006).

Sobre este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005, p. 30), observam que “os profissionais de saúde mental são, ainda em grande parte, formados a partir da prática cotidiana que caracteriza a lógica manicomial”. Hospitais e clínicas psiquiátricas constituem-se ainda os espaços onde “são oferecidos treinamentos em serviço (sob a forma de estágios e residências) aos profissionais que irão, no futuro, tentar materializar a nova lógica dos serviços substitutivos”.

Os autores destacam que “do sucesso da forma de organização da produção e transmissão do conhecimento pode depender o sucesso da própria reforma psiquiátrica” (OLIVEIRA; DORNELES, 2005, p. 32). Neste sentido, é importante que seja colocado na

cena do debate o funcionamento das instituições de aprendizado profissional sob a ótica da reflexão sobre as práticas e não apenas sobre o discurso das propostas dos cursos de formação. Os centros de formação devem se programar, planejar e garantir aprendizado e treinamento supervisionado, em que se pratique e construa espaços de práticas genuinamente terapêutica.

Na mesma direção, um dos entrevistados expressou sua preocupação com relação a seleção dos profissionais que vão atuar no CAPS, argumentando que os resultados do trabalho também dependem desse aspecto.

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS não tem a qualificação pra atuar, então, ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então, é necessária a questão da capacitação [...]. o processo de inclusão do profissional na área da saúde mental hoje, como se dá? Ele se dá por indicação política, seleção por contrato temporário e por concurso público. A indicação política pode ofertar profissionais desqualificados, pode! O contrato temporário, se não tiver um rigor no perfil que se quer pra trabalhar em CAPS vai acontecer a mesma coisa, um profissional desqualificado, o concurso público a mesma coisa, se não tiver um perfil, se não tiver o que se gostaria realmente, qual profissional que você gostaria de estar atuando hoje no CAPS, então, enquanto não se superar a forma de inserção no trabalho do CAPS, enquanto não se superar a discussão da saúde mental nos currículos acadêmicos vai continuar sendo sempre necessária a questão da capacitação [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Com relação a formação das equipes técnicas para atuar nos CAPS, as indicações aprovadas na e pela III CNSM apontam para a necessidade de que a contratação de profissionais deva ser realizada exclusivamente por meio de concursos públicos, e em caso de urgência, através da CLT, mas com seleção pública. E, ainda, os concursos devem exigir os pré-requisitos necessários e adequados à proposta de trabalho em saúde mental, alinhada teórica e conceitualmente aos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2002a).

Assim, é necessário considerar, quando da seleção dos profissionais, o perfil para trabalhar junto ao portador de sofrimento psíquico, bem como a existência de uma dimensão subjetiva, humanizante, solidária e fraterna como componente fundamental do perfil dos trabalhadores em saúde mental. Nesta direção, uma das participantes da pesquisa destacou a questão da opção política por este tipo de trabalho, associada a necessidade de competência técnica para atuar na área.

Eu acho que a gente trabalha com situações que requerem um estudo permanente, formação permanente, [...] eu acho que este é um dos vícios da saúde pública. Muitas vezes se confunde um pouco o tratamento ético ou moralmente responsável com uma qualidade também técnica. Eu acho que as duas coisas têm que estar associadas, tem que ter uma empatia pela causa da saúde pública, que aí entra na questão ética, moral de cada um, valores que você tem quando você vem pra esse tipo de trabalho; muitas pessoas que vem pra saúde pública quase que tem uma vocação religiosa. Mas ao mesmo tempo você também tem que ter uma competência técnica; não basta você tratar bem o paciente, você acolher, você precisa saber como intervir dentro da linha de trabalho que cada um escolhe, isso é fundamental (P, 17/3/2006).

Os profissionais, na sua maioria, indicaram ter recebido capacitação para atuar no CAPS. Referiram-se, especificamente, a um treinamento/capacitação realizado em novembro de 2005, com duração aproximada de 20 horas, organizado pela Assessoria Técnica de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde¹⁴. Contudo, alguns observaram que foi um treinamento tipo encontro, de curta duração, com trocas de experiências, e que não chegou a ser muito significativo.

Com relação a política de saúde mental, a maioria dos profissionais (83,3%) afirmou ter no mínimo algum conhecimento de sua organização e diretrizes. Entre os entrevistados, todos consideram importante saber sobre os princípios, a estrutura e forma de organização da política de saúde mental para o trabalho do CAPS. Todos indicaram haver disponibilidade de material didático relativo a política na unidade de serviço.

Sim, precisa conhecer a política porque o atendimento está dentro dessa política, dessa lógica. (LÉLI, 4/4/2006).

Claro! é vital, pra poder planejar o seu trabalho, pra poder saber como é que a gente se liga com outros serviços, como é que a gente pode montar a rede, isso é fundamental porque o trabalho não se encerra aqui dentro, não pode ficar aqui dentro só, ele tem que poder justamente se expandir (F, 12/4/2006).

Sim é muito importante, até pra saber o que está acontecendo, o que pode ser feito, quais são os recursos disponíveis, o que precisa melhorar. Acredito que, fora a sua capacitação individual, eu acho que isso é uma outra premissa pra você iniciar no serviço [...] (J, 22/3/2006).

É importantíssimo conhecer, primeiro saber se ela existe, primeiro a pessoa tem que ter a curiosidade, tem que ter o desejo e a clareza de que é essencial ter os parâmetros ou diretrizes políticas de saúde mental pra

¹⁴ O município não tem o cargo de Coordenador de Saúde Mental. Em novembro de 2005 foi nomeada Assessora Técnica em Saúde Mental a enfermeira Lílian Pagliuca, que permanece na função até a data da presente pesquisa.

poder acompanhar, se orientar, e, segundo, conhecer sobre essa política (GIRASSOL, 20/3/2006).

Muito importante porque hoje a gente tem acesso a isso, aqui no CAPS a gente tem a legislação de saúde mental e pra gente poder entender porque, assim, a gente está na gestão da política também, por ser participativa, por estar junto nas decisões, então é preciso que a gente entenda, e tem muito detalhamento, são muitas portarias, o sistema de financiamento também é bastante complexo [...] (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que claro, porque a gente está dentro de um braço da política nacional de saúde; tanto pra você ter noção de qual é a perspectiva, em nome de que esse serviço está sendo mantido, também pra você poder avaliar a possibilidade desses ideais, dessas prerrogativas, que são pensadas a nível geral e nacional, serem realmente eficaz em termos práticos, porque muitas vezes você tem uma boa idéia, mas nem sempre uma boa idéia traz um bom resultado [...] (P, 17/3/2006).

Nesse sentido, a construção e consolidação de uma política de saúde mental, coerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o estabelecimento de uma política adequada de recursos humanos, que valorize e considere a importância do trabalhador de saúde mental na produção dos atos de cuidar. Para isso, deve-se garantir a capacitação e qualificação continuadas; a remuneração justa dos profissionais; a garantia de condições de trabalho e de planos de cargos, carreira e salários; a democratização das relações e das discussões em todos os níveis de gestão; a incorporação das questões de segurança, saúde e saúde mental do trabalhador; a garantia de supervisão clínica e institucional; a avaliação de desempenho e garantia da jornada de trabalho adequada para todos os profissionais de nível superior, bem como a isonomia salarial entre eles (BRASIL, 2002a).

3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário

De acordo com as indicações aprovadas na III CNSM, a política de recursos humanos para a saúde mental deve visar implantar, em todos os níveis de atenção, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, na perspectiva do rompimento dos especialismos e da construção de um novo trabalhador em saúde mental, atento e sensível

aos diversos aspectos do cuidado, ou seja, com uma visão integral e não fragmentada da saúde (BRASIL, 2002 a).

Segundo 83,3% dos profissionais o trabalho no CAPS Ponta do Coral é realizado em equipe. A maioria considera que existem dificuldades na realização das atividades. Uma delas está relacionada, conforme identificado por eles, ao fato de que nem todos compartilham das mesmas referências com relação à Reforma Psiquiátrica, à saúde pública e ao projeto do CAPS.

Bom, são várias, mas o que eu vejo de mais complicado é o fato de que nem toda a equipe compartilha das mesmas referências em relação ao que seja a Reforma Psiquiátrica, a função de um CAPS, as necessidades que o CAPS tem pra alcançar esses objetivos. Isso se deve em parte a diversidade da formação, e também às convicções pessoais. O problema não é a diversidade em termos da formação profissional em si, mas o modo, o fato de que você tem uma equipe multiprofissional por exemplo, isso gera alguma dificuldade na troca, na possibilidade de produzir um conhecimento novo a partir dessas experiências que são de diferentes disciplinas, diferentes áreas. Mas eu diria que é mais no sentido da Reforma Psiquiátrica mesmo, naquilo que ela aponta, então parece que esse é um problema a mais; outro que tem se tornado mais evidente pra mim ultimamente é a falta de formação de grande parte dos profissionais sobre o que seja saúde pública, boa parte deles não conhece o sistema de saúde pública, apesar de trabalhar num serviço de saúde pública, mas não conhece o sistema, não sabe a lógica, não sabe como é que ele funciona, então acaba tomando decisões muitas vezes administrativas que são equivocadas, que não levam em conta o modo de funcionamento da saúde pública (F, 12/4/2006).

Tem sim várias dificuldades, entre elas, existem diferenças de formação e, portanto, ideológicas. Alguns momentos a gente vê, assim, o CAPS tem um projeto de não internação, de autonomia do usuário, de gestão plena do usuário, e, as vezes, a equipe, algumas pessoas acabam esbarrando com isso. O entendimento disso é muito difícil também, as vezes é uma linha muito tênue entre o que é o assistencialismo, a autonomia, o que é dar o limite do ponto de vista terapêutico e o que é dar o limite porque você não quer se incomodar. Então, algumas pessoas não vêm de uma postura da Reforma Psiquiátrica, não sabe o que é uma Reforma Psiquiátrica, não tem uma noção, [...] é uma luta política também e algumas pessoas não sabem o que é [...] (LÉLI, 4/4/2006).

Em outras falas, foi apontada como uma das dificuldades do trabalho em equipe questões relacionadas a uma suposta divisão entre o grupo de técnicos.

A relação com a equipe tem uma certa peculiaridade, eu acho que as pessoas, a equipe que começou anteriormente, já desde a formação ou no começo do CAPS, eles se intitulam como a equipe do CAPS. Os que chegaram depois, em geral, não são bem acolhidos, ou são muito pouco,

tanto que as próprias atividades em equipe, em grupo, dificilmente, essas pessoas novas são incorporadas ao que já existe; então, acaba criando aí até a equipe da manhã, a equipe da tarde, mais ou menos, embora eu estou aqui todo o período, mas tem essa divisão... e eu acho que assim o ponto de partida é esse, a sensação é que quem não estava aqui desde o começo não fez parte da história (J, 22/3/2006).

A equipe que iniciou lá em 96 (1996) veio com algumas questões conceituais amarradas. Por quê? Porque a pessoa que estava pensando, planejando o CAPS ela vinha do Movimento da Luta Antimanicomial, era uma das representantes em nível nacional aqui em Floripa, Santa Catarina; então tinha algumas coisas amarradas na estrutura de atendimento do CAPS, que era muito pra poder implantar o sonho da Reforma Psiquiátrica aqui em Floripa, criar um serviço, do município, que de fato evitasse internação, que de fato fosse continente pros usuários com transtorno mental grave, e isso se mantém, porém, com a chegada dos técnicos que foram sendo substituídos, alguns saíram, técnicos novos entraram, a equipe de profissionais foi se modificando, a gente tem uma distância conceitual por mais que a gente pretende uma proposta multiprofissional, e a gente consegue, ao longo do tempo a gente conseguiu, é muito interessante o jeito como nós trabalhamos, porque de fato conseguimos trabalhar cada profissional lado a lado, dividindo o mesmo grupo, a mesma oficina terapêutica, então, assim, isso é possível, mas hoje, a gente, assim, tenta manter esse paradigma da Reforma Psiquiátrica, da desospitalização, do fortalecimento dos serviços territorializados, de um modelo que é um modelo multiprofissional, com a gestão participativa dos usuários, contra o modelo hospitalocêntrico, médico centrado, mas existem diferenças na questão conceitual da equipe, isso é falho, inclusive pra própria equipe (VIK, 24/3/2006).

A importância da unidade da equipe no atendimento ao usuário e na organização do trabalho recai sobre a qualidade do tratamento terapêutico ofertado. A mudança de paradigma epistemológico com relação a saúde mental não garante por si só a alteração das práticas assistenciais. Os conflitos e problemas de equipe existentes precisam ser trabalhados nas supervisões institucionais de forma que os técnicos consigam superar as dificuldades que obstaculizam a união do grupo em torno de um objetivo comum, sejam elas ideológicas, de formação, de concepção e/ou de afinidade com os colegas.

Um dos entrevistados apontou a questão das relações de poder e diferenças nos valores pessoais e nas relações interpessoais como dificuldades do trabalho em equipe.

Primeiro, a relação de poder, eu acho que é um grande problema, uma dificuldade que existe. Essa relação de poder, ela emana, que eu tenho percebido, da psicanálise, da teoria psicanalítica e da teoria psiquiátrica; então, os profissionais detentores desse conhecimento acabam, sutilmente, estabelecendo poder frente aos profissionais não-psi diria; essa relação de poder pelo saber é um dos problemas ou uma das dificuldades que eu encontro pra trabalhar em equipe no CAPS; outra

dificuldade, acho que é a própria experiência de vida das pessoas, aquelas pessoas em que parece que não estão claros os valores humanos como solidariedade, amor, justiça, sabedoria, a práxis, o repensar a prática, profissionais que não fazem a autocrítica da sua prática, pra mim, eu acho que é uma dificuldade trabalhar em equipe devido a isso; então, seria esse poder pela teoria e essa questão um pouco mais pessoal que é a relação de lidar com o outro, as relações interpessoais, são dificuldades que eu vejo em equipe (GIRASSOL, 20/3/2006).

A partir da fala profissional é possível pensar sobre as relações de poder que se estabelecem pelo saber. Conforme nos ensina Foucault (1979), os poderes se exercem em níveis variados e em pontos diferentes da vida social. Neste complexo, existem os micropoderes que estão intimamente relacionados com a produção de determinados saberes (sobre o criminoso, a sexualidade, a doença, a loucura). Assim, o poder não é algo que se detém como uma coisa, como uma propriedade, que se possui ou não. O poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona, como uma máquina social que não está situada em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda estrutura social (MACHADO, 1979 p. XIV).

De acordo com Foucault (1979), todo conhecimento, seja ele científico ou ideológico, só pode existir a partir de condições políticas, que são as condições para que se formem tanto o sujeito quanto os domínios de saber. Para o autor não há saber neutro, todo saber é político. Dessa forma, saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber. E, em contrapartida, todo saber assegura o exercício de um poder (MACHADO, 1979 p. XXI - XXII).

Na seqüência, a entrevistada aponta de forma geral algumas das questões cotidianas como dificuldade no trabalho em equipe.

Bom, eu acho que as vezes a gente é muito trefista, a gente não tem o tempo suficiente que a gente gostaria para estar parando para discutir os casos, se ater a cada paciente; tem diferenças na equipe também, tem conflitos [...] mas assim, a gente ainda tem, as vezes, coisas assim muito imediatistas, que não nos propiciam fazer realmente um estudo de caso mais integrado, ter uma intervenção, as vezes, mais articulada; a gente tem tentado em alguns momentos, mas assim, não é uma coisa que tem um peso forte como eu acho que deveria ter (P, 17/3/2006).

Dessa forma, a intensidade das demandas colocadas aos profissionais, especialmente na atualidade, provocam o desenvolvimento de ações pragmatistas, muitas

vezes sem uma reflexão maior. Isso vem acontecendo em vários contextos institucionais e com diferentes profissões. Ou seja, na medida que aumentam as necessidades humanas e as demandas para satisfazê-las, não ocorre no mesmo ritmo, o aumento da oferta de equipamentos e serviços assistenciais capazes de dar conta da complexidade dos problemas decorrentes da emergência das novas relações sociais, econômicas, culturais, advindas com a modernidade.

A precarização das condições de trabalho também foi apontada pelos entrevistados como mais um dos fatores que, por vezes, dificultam a convivência e o trabalho em equipe. Eles se referem a questão da diferença na remuneração salarial entre os profissionais que trabalham no CAPS, principalmente do médico para as outras profissões. A desproporção salarial chega a diferença de até quatro vezes mais entre o que recebe o profissional médico e o salário dos demais técnicos. Associadas a esta situação estão a diferença na carga horária de trabalho, a condição de contratação temporária, a falta de reconhecimento por parte da SMS, no apoio e incentivo à participação em eventos científicos e de militância política na área, entre outras.

Os profissionais indicaram que contam com supervisão institucional para lidar com as questões do trabalho no cotidiano. A supervisão institucional existente era, até o início deste ano (2006), paga pelos próprios profissionais, mas nem todos participavam. A partir do mês de abril do corrente esta passou a ser financiada com recursos provenientes do Ministério da Saúde. Além deste tipo de supervisão, foi relacionado como outro recurso existente para abordar essas questões as reuniões de equipe, realizadas mensalmente, as reuniões clínicas, realizadas semanalmente, e foi citada pelos técnicos em enfermagem, a supervisão realizada com profissional da área.

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que as políticas de formação e capacitação em saúde mental devem criar espaços de trocas baseados na realidade local, com valorização dos diversos saberes e metodologia participativa. A supervisão clínica e institucional permanentes deve ser estendida a todas as pessoas que trabalham com portadores de transtorno mental: equipes de PSF e PACS, trabalhadores da urgência e emergência, do hospital geral, dos serviços substitutivos e dispositivos residenciais, cuidadores de saúde mental, profissionais de nível médio e superior da rede de saúde mental. A referida Conferência destaca, ainda, a necessidade de implantação da NOB – Recursos Humanos do SUS, salientando a importância da garantia da capacitação para todos os níveis, supervisão permanente, interdisciplinaridade e isonomia salarial (BRASIL, 2002a).

Com relação as potencialidades que o trabalho em equipe possibilita os profissionais destacam a relevância deste no atendimento ao usuário, a possibilidade de trocas entre as varias áreas e a oferta de um atendimento multidimensional.

Entendo que essa é uma clínica multidisciplinar e isso (trabalho em equipe) é importante pela complexidade mesmo do tipo de fenômeno com o qual a gente trabalha, então, a gente precisa, é necessário ter uma oferta de serviços e de formas de atenção, que seja a mais diversificada possível, pra que a gente possa atender a uma série de necessidades que as profissões nas suas especialidades não dão conta; então essa é a grande vantagem, você pode fazer essa atenção multidimensional, isso é interessante (F, 12/4/2006).

A vantagem é justamente a estrutura coletiva de resposta à uma situação que chega pra você; vem a psiquiatria trazer um conhecimento, a psicanálise traz outro, [...] a enfermagem acaba dando a sua contribuição quando discute realmente a relação, vem o serviço social discute essa articulação que a pessoa tem com o social, e essas pessoas (profissionais), com seus conhecimentos, vão socializando esse conhecimento pra dar a resposta às fragilidades ou às potencialidades de vida que essa pessoa traz (GIRASSOL, 20/3/2006).

Acho que a grande vantagem é que a gente quebra a lógica hospitalocêntrica que era muito centrada no médico, na figura do médico, naquilo que o próprio médico decidia do tratamento, hoje quem decide é a equipe multiprofissional [...] (VIK, 24/3/2006).

Ah! Muitas, eu acho, em primeiro lugar, essa possibilidade da troca interdisciplinar; porque eu acho que cada um tem um tipo de contribuição diferente, um saber que te ajuda a pensar com mais amplitude o próprio trabalho, o próprio paciente, e, eu acho que quebra um pouco certas relações de poder; também, assim, o fato de a gente lidar com situações que são muito pesadas para alguém estar lidando sozinho, então quando você sente essa coisa da equipe, quando tem um paciente que está muito comprometido ou que tem risco de vida, a gente se sente muitas vezes angustiada por aquele paciente e você tem a equipe pra te dar um respaldo, pra estar pensando junto. Acho que isso é, sem duvida, algo que gratifica também (P, 17/3/2006).

Primeiro, agregar conhecimentos, se a equipe for multidisciplinar, que não quer dizer interdisciplinar, mas a princípio se ela for multidisciplinar a possibilidade de trocas de conhecimento de várias áreas realmente acaba sendo muito rica; são vários olhares sobre uma mesma questão, vários pontos de vista. Quando o trabalho de equipe é interdisciplinar, as pessoas acabam trocando mesmo, saindo, as vezes, do seu campo de formação, podendo estar se estendendo em outros campos, acaba sendo mais rico ainda. Num trabalho como o CAPS é necessário (o trabalho em equipe). Eu não consigo ver o trabalho que não seja em equipe porque pra você atender um usuário você precisa de uma equipe, pra você abordar o usuário, uma família, receber uma família precisa de vários olhares, enfim, de várias formações, vários olhares técnicos, da parte de

enfermagem, psicologia, da arte, serviço social, então, isso é importante (LÉLI, 4/4/2006).

O reconhecimento de outras dimensões no processo saúde-enfermidade, que não estritamente a biológica, traz a tona a questão da interdisciplinaridade¹⁵, pois na busca da integralidade da assistência a atuação de um único saber profissional não é suficiente. No processo da Reforma Psiquiátrica o campo da saúde mental é chamado a refazer-se por inteiro, ampliando o seu foco de abordagem e procurando romper com as delimitações dos saberes tradicionais na área. Busca-se uma nova recomposição de conhecimentos, sustentados sobre um conjunto de rupturas e novas premissas, e não apenas um novo somatório ou rearranjo simples dos saberes especializados. Desta forma, diversos campos de saber, implicados na assistência em saúde mental, são envolvidos na teorização e nas novas práticas de cuidado (VASCONCELOS, 2000a).

A pesquisa realizada indicou que 66,3% (correspondente a oito dos doze profissionais que responderam o formulário) dos profissionais consideram que existe interdisciplinaridade no atendimento ao usuário no CAPS Ponta do Coral. As falas relacionadas na seqüência apresentam a concepção dos profissionais sobre interdisciplinaridade e indicam a respectiva compreensão sobre a importância desta no atendimento ao usuário.

A gente poder ter o que a gente chama de clínica ampliada, essa multidimensionalidade que nos permite atacar o problema de várias formas e, portanto, oferecer diversas formas de atendimento, desde o medicamentoso até o serviço social, as oficinas, as oficinas expressivas, a arte, etc. (F, 12/4/2006).

Eu acho que em primeiro lugar isso, assim, é um olhar mais amplo para a condição daquele paciente. Cada profissional tem um aspecto que acentua, pela sua vida, pela sua formação; o educador artístico tem uma outra estratégia, por exemplo, pra lidar com aquela queixa do paciente, o assistente social tem uma, o psicólogo tem outro olhar, assim, eu acho que pra mim soma, eu acho que é uma forma da gente também aprender, enriquecer a nossa análise, a nossa possibilidade de intervir; sem dúvida que é rico (P, 17/3/2006).

Alguns profissionais expressaram sua concepção de interdisciplinaridade observando que esta não é sinônimo de multidisciplinaridade e que nem sempre é possível fazer práticas interdisciplinares.

É justamente isso, poder compartilhar o conhecimento que cada disciplina traz, essa inter, mas realmente compartilhar isso e não a

¹⁵ Sobre os conceitos de multi, inter e transdisciplinaridade ver, entre outros, Vasconcelos, 2000a.

multidisciplinaridade; é pensar, coletivamente, saídas pra enriquecer a vida da pessoa e aí é sempre um pensar e repensar (GIRASSOL, 20/3/2006).

Então, essa idéia dessa troca de conhecimento pra poder ajudar o usuário, pra poder a equipe ter um suporte também, pra poder, num estudo de caso, por exemplo, trocar os vários conhecimentos, os vários pontos de vista e poder estar entrelaçando; então, é importante, mas nem sempre se consegue fazer (LÉLI, 4/4/2006).

Já nas falas que seguem é possível perceber a concepção de interdisciplinaridade mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade.

Cada profissional tem a sua especialização, e ele foi formado para atender determinadas características que aquele usuário precise, ou informações, e a própria atenção, e cada um tem uma formação específica e diferenciada; então, eu acho que quanto mais ampla, mais amplamente ele for avaliado, e receber essas informações, e esse tratamento, vai ser melhor pra ele; então, desde o serviço social, desde o atendimento psicológico, o atendimento médico, enfim, até ah! eu cortei meu dedinho, o que eu faço? Então, vai poder ser atendido ali, ser acolhido pelo técnico de enfermagem (J, 22/3/2006).

É muito importante porque cada profissão tem o seu conhecimento específico e contribui aí com o seu conhecimento. É necessário que cada um de nós tenha muito claro o seu papel aqui dentro pra que não vire uma salada mista e se dilua o que cada um faz, que é específico de cada um. Então, é importante que a gente tenha boa formação técnica, específica da saúde mental pra que a gente possa chegar numa equipe que trabalha sob o paradigma do campo psicossocial, e que de fato possa ser multi, no sentido do atendimento, e aí, assim, no campo psicossocial, aqui no CAPS, por exemplo, a gente vê a necessidade de os profissionais trocarem mesmo, porque surgem muitas demandas, são muitas necessidades do usuário, é um campo novo. Então, assim, tem n coisas que vai se descobrindo, que cada área contribui diferentemente, mas ao mesmo tempo de forma conjunta. Então, o psicólogo, obviamente, ele tem mais elementos pra entender a parte clínica, o assistente social tem mais elementos pra entender a parte previdenciária, da assistência social desse usuário, que também é importante, muito importante pra ele, o médico tem o conhecimento sobre os psicofarmacos, sobre essa parte mais específica da medicação, e assim a gente vai trocando (VIK, 24/3/2006).

Com relação a este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005) observam que, no Brasil, a interdisciplinaridade faz parte do discurso politicamente correto, garantindo seu estabelecimento como princípio, traduzido na expansão cada vez maior dos territórios profissionais e na fusão dos saberes. O discurso da multi e da transdisciplinaridade é relativamente bem conhecido e aceito em nível intelectual, mas as práticas institucionais apontam, paradoxalmente, para fortes resistências, isolamento e hiperespecialização.

De acordo com os autores, para que estas ações multidisciplinares se tornem efetivas há necessidade de estratégias e planos, que visem a harmonização da convivência para que esta não seja imposta, mas compreendida e desejada pelos profissionais. Na prática, o momento é de impasse, pois multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade existem em tese e como imposição de comando, mas não se concretizam, ainda, como prática planejada, efetiva e eficaz (OLIVEIRA; DORNELES, 2005).

Ainda segundo os referidos autores, uma verdadeira transdisciplinaridade não está nem mesmo no horizonte das instituições de saúde mental brasileiras. Este é um dilema fundamental no processo da reforma psiquiátrica, que depende de ações integradas (órgãos reguladores do ensino superior, programas universitários, instituições e serviços de atendimento) para cumprir sua missão de transcender as práticas manicomial e os territórios de dominação e poder estabelecidos entre as disciplinas que formam a saúde mental.

3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações

A importância do projeto terapêutico dos CAPS recai sobre a responsabilidade de que todo o trabalho desenvolvido em cada unidade deve ser realizado em um ambiente terapêutico. Isto significa que tanto os atendimentos individuais, grupais como a convivência no serviço tem finalidade terapêutica. Cada CAPS deve ter um projeto terapêutico, que leve em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais, as iniciativas de familiares e usuários e o território onde se situa, com sua identidade, sua cultura local e regional (BRASIL, 2004).

O CAPS Ponta do Coral conta com projeto terapêutico do serviço, o qual, segundo 75% dos profissionais que responderam ao formulário, foi planejado em equipe. Três profissionais referiram não saber sobre o planejamento em equipe por não fazerem parte desta a época.

O sistema atual de atendimento no CAPS Ponta do Coral difere da maioria do adotado pelos serviços desta natureza. Em geral, os CAPS realizam a assistência ao usuário

no modelo de TR¹⁶. O CAPS Ponta do Coral oferece atendimento sob a ótica da regionalização. Ou seja, como o serviço não é territorializado, é o único na modalidade, na cidade e no município, a equipe técnica foi subdividida em pequenos grupos ou mini-equipes de dois e/ou três profissionais, sendo cada uma destes responsáveis por uma das regionais, que é onde o usuário mora. Esta proposta foi pensada e implementada há quase dois anos, quando os profissionais identificaram dificuldades em atender no sistema de Terapeuta de Referência (TR) toda a demanda existente. Tal estratégia utiliza-se do sistema de divisão por regionais da Secretaria Municipal de Saúde. Ao total são cinco Regionais de Saúde, Leste, Norte, Sul, Centro, Continente, distribuídas espacialmente na área geográfica do município. Nestas regionais, foram implantadas, recentemente (a partir do final do ano de 2005 e início de 2006), equipes de atenção em saúde mental, compostas por um médico psiquiatra e duas ou três psicólogas em cada uma das Regionais de Saúde.

De acordo com o projeto terapêutico do serviço, as atividades desenvolvidas são: psicoterapia, atenção medicamentosa, atendimentos de emergência, grupo terapêutico, oficinas terapêuticas¹⁷, assembléia de técnicos, usuários e familiares, visitas domiciliares, articulação com entidade, programas e serviço, atividades de formação e pesquisa, reuniões de equipe, reuniões clínicas de casos¹⁸.

Conforme as determinações da Portaria GM/MS Nº 336/2002, a assistência prestada ao usuário no CAPS deve incluir atendimento individual, em grupo, atendimento à família, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades comunitárias, enfocando a integração do portador de transtorno mental na comunidade e sua (re)inserção familiar e

¹⁶ Este sistema de atendimento é desenvolvido na maioria dos CAPS e constitui-se do acolhimento da pessoa quando de sua chegada ao serviço por um dos profissionais da equipe. A partir daí é traçado um projeto terapêutico com o usuário e o profissional que o acolheu passará a ser uma referência para ele. O Terapeuta de Referência (TR) tem a responsabilidade de monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo as atividades e a frequência de participação. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, discutindo com o usuário e com a equipe técnica do CAPS (BRASIL, 2004, p. 16).

¹⁷ São oferecidas as seguintes oficinas: oficina de cerâmica, oficina de artes plásticas, oficina de mosaico, oficina de jogos, esportes e lazer, oficina de tapeçaria, oficina de trabalhos manuais, oficina da terra, oficina de jornal, oficina de velas, oficina de leitura, oficina de música, oficina brechó, oficina de teatro, oficina de formação política, oficina de fotografia. Destas, as oficinas de cerâmica, velas e mosaico são produtivas, ou seja, sua produção é comercializada. Cabe destacar que algumas oficinas podem estar em funcionamento ou não, em determinado período de tempo, de acordo com a disponibilidade de técnicos para acompanhar, de condições materiais para o funcionamento e da demanda de usuários.

¹⁸ A descrição e o objetivo de cada atividade pode ser consultado no Projeto Terapêutico do CAPS II Ponta do Coral (2004), ou a partir do projeto de Estágio curricular em Serviço Social de Stuaní (2005).

social. A depender do projeto terapêutico de cada usuário, o CAPS poderá oferecer as seguintes modalidades de atendimento: atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo¹⁹.

Já com relação ao planejamento das ações, 50% dos profissionais consideram que este existe. Cabe lembrar que ao questionarmos os participantes da pesquisa sobre este fator, estamos nos referindo ao planejamento estratégico, aquele voltado para uma visão ampla, global e de longo alcance da organização/instituição, baseado na análise do contexto e com a finalidade de buscar alternativas de ação. No entanto, alguns dos entrevistados observaram estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação objetivo e sistemático dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declararam não existir processo de planejamento e avaliação das ações do serviço, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

As falas relacionadas a seguir demonstram o tipo de planejamento existente no CAPS e como este acontece.

Bom, o planejamento é feito mais ou menos assim: chega uma época do ano em que a Secretaria (SMS de Florianópolis) nos pede um planejamento e aí, geralmente isso é com uma semana no máximo de antecedência, é aquela correria, a gente monta um plano básico de trabalho etc., mas é muito mais pra cumprir a obrigação. A gente tem um projeto terapêutico que é amplo, que é do serviço todo, e a gente vai, com esse projeto terapêutico a gente vai ajustando as atividades e aquilo que a gente pretende alcançar, mas não há um planejamento muito formalizado, não há um processo de planejamento, até porque é tudo muito fragmentado, o que a gente planeja aqui, boa parte depende desse recurso financeiro, depende do apoio da Secretaria, que é sempre uma coisa incerta. Então, em termos de planejamento a coisa fica sempre muito precária. Em termos de avaliação é mais precário ainda, a gente não tem indicadores; novamente, no final do ano, aí a Secretaria pede um relatório do que foi feito, a gente faz um levantamento geral, mas ele é descritivo, ele não é avaliativo, a gente não sabe de fato quais são

¹⁹*Atendimento intensivo* – atendimento diário, oferecido à pessoa que se encontra em grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento semi-intensivo - nessa modalidade, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Este tipo de atendimento é oferecido quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento não intensivo – oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até 3 dias no mês. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário (BRASIL, 2004, p. 16).

os efeitos que a nossa intervenção produz; claro, a gente tem uma certa dimensão pelo contato direto com os usuários, fulano que não interna a tanto tempo, ou fulano que voltou a trabalhar, ou que resolveu pelo menos algumas coisas que eram mais complicadas na sua vida, isso a gente tem, mas não tem um processo de avaliação estruturado que nos permita dados com visibilidade maior (F, 12/4/2006).

Neste sentido, destacamos que, a nosso entender, a função planejamento deve orientar todas as ações no dia-a-dia das organizações. O planejamento é o processo de estabelecer antecipadamente a finalidade da organização/instituição, definir os objetivos e prever as atividades e os recursos necessários para atingi-los. Planejar é uma forma de pensar o futuro da organização/instituição, definindo o que fazer, como, quando e com recursos. Nesse processo, é importante considerar que as organizações/instituições estão inseridas num contexto constituído pela sociedade, pelo Estado e por outras instituições que influenciam suas decisões (TENÓRIO, 2000).

Alguns profissionais referiram-se, especificamente, ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, reuniões clínicas e na supervisão de equipe. Segundo estes, é na reunião de equipe mensal que se planejam mais as ações, estas entendidas como a definição dos grupos terapêuticos ou oficinas que vão ter, o objetivo e a finalidade destes, a demanda etc..

Mensalmente, a gente tem uma reunião de equipe, que tem um pouco esse objetivo, de planejar e avaliar o que é feito. Além dessa reunião mensal a gente tem dois outros momentos semanais, que é um na quarta-feira outro na quinta-feira, que a gente chama de reunião técnica, [...] mas isso se dá muito no cotidiano também, na assembléia geral do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Ele acontece em reunião de equipe, uma reunião mensal, a gente planeja grupos, planeja..., então.., acontece, primeiro tem uma reunião mensal da equipe e reunião duas vezes por semana, que são os estudos de caso; agora, a avaliação, acontece em reunião de equipe mais; o planejamento, por exemplo, como abordar um determinado caso, como ajudar, de como servir a família, o trabalho, é feito durante a semana nos estudos de caso, e nós temos a supervisão, que é um espaço que também acaba se fazendo uma avaliação, a supervisão de equipe (LÉLI, 4/4/2006).

Outras falas detalharam as conseqüências da falta de um processo sistemático de planejamento e avaliação das ações, inclusive fazendo análise dessa problemática em relação as instituições públicas em geral.

Eu acho que esse é um problema, acho que falta muito; por exemplo, se você esta aqui fazendo a avaliação da política a partir do olhar dos profissionais, eu, nesse momento, tenho tido muito incomodo diante da

necessidade que eu vejo de avaliar as ações, de avaliar os pacientes, e a gente não tem uma forma sistemática de fazer isso; por exemplo, a gente não tem um instrumento de captação do trajeto do paciente dentro do CAPS, a gente não anota algumas coisas, os prontuários também deixam muito..., as vezes a gente não faz registro nos prontuários e mesmo quando a gente faz ele não tem, assim, por exemplo, uma sistematicidade, o que é que eu vou enxergar, como é que eu vou ver se aquele paciente está melhor ou está pior depois que ele está aqui, então, a gente não tem esse instrumento; e, o planejamento, é feito um planejamento terapêutico com o paciente; o planejamento do nosso serviço é mais ou menos...., funciona, assim, com as oficinas, não é um planejamento rigoroso, a cada período a gente senta e reorganiza não, tem algumas diretrizes gerais, eu acho que em termos práticos falta muito dos dois lados, planejamento das nossas atividades, por exemplo, as vezes naquele roldão a gente vai fazendo, vai fazendo, e, também, a avaliação da eficácia, do que realmente aquilo está resultando pra vida do sujeito, se ele está realmente conseguindo chegar mais próximos desses lugares que a gente apregoa como princípios da saúde mental - autonomia, dessas coisas que a gente também fala: relação com o trabalho, relações, laços sociais; então, a gente não tem esse (instrumento de planejamento e avaliação), eu acho que falta (planejamento e avaliação) [...] Na verdade eu acho que esse é um problema das instituições públicas em geral, eu acho que tem uma grande resistência no Brasil a qualquer critério de avaliação, porque, esse discurso, a retórica da igualdade, ela exatamente vai na contramão de um processo meritocrático, ou seja, você avaliar também por mérito; você tem que criar esse tipo de instrumento; a prefeitura não tem, nunca teve uma avaliação nos anos que estou aqui que medisse o desempenho profissional, principalmente aqui, que a gente lida com pessoas que estão aqui pra se tratar, e a gente não sabe se a pessoa...., a gente vai olhando um caso ou outro; não existe um processo institucional de avaliação, nesse sentido (P, 17/3/2006).

Em geral, as organizações precisam de um processo de avaliação que realize uma revisão dos objetivos e metas alcançados e daqueles a serem atingidos. O planejamento e a avaliação são a oportunidade de fazer uma pausa e examinar a situação da instituição.

Não obstante, as políticas públicas no Brasil vêm se estruturando de forma descentralizada, com responsabilidades de organização e financiamento partilhadas entre a União, Estados e Municípios, cabendo a estes últimos a execução dos serviços de atenção direta à população. Deste modo, os processos de avaliação de serviços de saúde mental devem ocorrer no âmbito municipal. Segundo Dias (2002, p. 2)²⁰, este desafio coloca no debate o aspecto de como avaliar o funcionamento de um serviço de saúde mental, que está

²⁰ A autora realizou um trabalho de construção coletiva de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental junto aos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre; uma apresentação resumida dos resultados pode ser consultada em DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental.** In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

inserido num novo patamar conceitual e tem como tarefa não reproduzir uma prática de tutela, com ênfase na patologia, mas de incluir o sujeito portador de transtorno psíquico no planejamento e na execução das ações terapêuticas, numa nova relação que garanta a viabilidade do exercício da cidadania numa sociedade desigual. Ou seja, as dimensões de mudança conceitual, realidade social e política pública de saúde de âmbito municipal, tornam complexa a adoção de processos de avaliação.

A fala descrita na seqüência especifica o processo de planejamento e avaliação no que se refere a ação interventiva profissional no tratamento ao usuário, destacando que não existe um processo sistemático de planejamento e avaliação com relação as ações do CAPS.

O planejamento e a avaliação das ações do CAPS, eles acontecem só de uma forma muito primária ainda, nós temos [...] o planejamento e avaliação da ação do profissional a título de intervenção em relação ao usuário existe de três formas: primeiro, casos clínicos, que aqui nós fazemos reuniões de casos clínicos, quarta-feira das 8 às 9 horas e quinta-feira das 11h30min às 12h30min pra discutir a questão do caso clínico de pessoas; outra forma, construção de projetos terapêuticos ou revisão dos projetos terapêuticos na reunião da regional, cada regional, que são cinco, fazem suas reuniões pra discutir o planejamento e avaliar a vida dessa pessoa nas regionais, e a outra, especificamente do CAPS, a título de gestão, é a reunião de equipe, que você presenciou semana passada, aí é um outro momento de planejar e avaliar, porém, ressalvo, não se tem algo mais fidedigno, ou academicamente falando, que nos ampare pra fazer essa avaliação; então, é extremamente necessário nós termos supervisão, termos pesquisadores, que nos ampare no sentido de avaliar o serviço, avaliar nossa prática, avaliar a autonomia do usuário; a grosso modo nós temos, mas é muito de senso comum; então, precisa cientificar ou legitimar, regularizar, tornar mais fiel esse tipo de avaliação, a grosso modo temos, agora, com mais rigor, por escrito, não temos (GIRASSOL, 20/3/2006).

Sabe-se que a ausência de um processo de planejamento estratégico e avaliação sistemática comprometem a efetividade dos objetivos propostos. Conforme destaca Dias (2002), o cenário da Reforma Psiquiátrica requer tanto uma multiplicidade de respostas à sua plena implantação como para a avaliação de seus resultados. Contudo, é importante ressaltar que a especificidade das ações em saúde mental demanda a adoção de um método participativo, com o fim de superar o caráter unidimensional, comum em avaliações tradicionais.

A avaliação participativa já é uma exigência nas políticas sociais, decorrentes da pressão social pela garantia de acesso a bens e serviços públicos. Por analogia, a

construção de indicadores de avaliação também pode ser participativa, com a contribuição dos sujeitos inseridos na esfera municipal, responsável pela execução da atenção em saúde mental. Para a autora, apesar de certa reserva científica pela adoção desta sistemática metodológica, o seu valor está no alcance social de incluir os responsáveis pela execução de determinada ação, na sua construção e sistematização (DIAS, 2002).

3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento

Conforme já destacado neste trabalho os hospitais psiquiátricos são instituições representativas do modo asilar enquanto os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico de exercício das práticas de atenção psicossocial, do modo psicossocial.

O modelo de assistência do modo psicossocial destaca-se por seus meios básicos de tratamento (rede diversificada de serviços territorializados), e pela importância decisiva que se atribui ao sujeito na sua mobilização como participante principal do tratamento. Neste, considera-se o indivíduo como pertencente a um grupo familiar e social, o que supõe que se deve trabalhar, também, a família e o grupo social, como agentes das mudanças buscadas.

Já no modo asilar a organização institucional é marcada por estratificações de poder e saber, no âmbito das relações profissionais e da instituição, as quais transladam para a relação com os usuários e a população. Estes são excluídos de qualquer forma de participação, enquanto que no modo psicossocial, participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais.

Na pesquisa realizada, a maioria dos profissionais entrevistados referiu conhecer sobre a forma de atendimento no hospital psiquiátrico, seja por visitas, atuação profissional, contatos institucionais, relato dos usuários que estiveram internados.

No que se refere as diferenças no atendimento prestado pelo CAPS em relação ao hospital psiquiátricos, os entrevistados consideraram que existem diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência de um só discurso, o médico psiquiátrico do hospital e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial em contraposição ao tratamento igual para todos

das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Eu acho que é diferente em vários aspectos, primeiro, são essas diferenças que eu digo que são de base, sobre a Reforma Psiquiátrica e a função de um CAPS nesse processo de reforma. Existe por parte da maioria da equipe uma convicção de que a nossa função é evitar a internação e de uma certa maneira poder fazer substituição a essas instituições tradicionais; deslocar a centralidade do sistema pra um serviço aberto, que seja interdisciplinar, ou seja, onde você não tenha um discurso único dando a orientação, que no caso é o discurso psiquiátrico nas instituições (tradicionais); você tem essa multidimensionalidade então você pode compartilhar o discurso; em relação ao próprio atendimento, começa na forma do acolhimento, eu acho que o nosso acolhimento é bom, ele tem condições de receber a pessoa, de entender o que ela está procurando, o que ela está precisando, quais são as suas necessidades; a gente tenta de alguma maneira envolver família embora com dificuldades, mas a gente tenta e tenta principalmente manter a vinculação ou criar novos vínculos desse usuário; o projeto terapêutico que é individualizado também é outra coisa fundamental, que aí a gente quebra com a lógica tradicional de que todos recebem o mesmo tratamento, é a mesma medicação, são os mesmos horários, são as mesmas atividades pra todo mundo, não, a gente procura justamente ao levar em consideração essas características que são mais individuais, são mais singulares, a gente procura atender e levar em conta esses aspectos, então, isso pra mim já é muito diferente, além do que a gente procura o tempo todo ou minimizar ou quebrar mesmo a hierarquia, instituindo certas formas que evitam que a hierarquia se cristalize de maneira muito brutal, pra você não ter um deslocamento de poder dentro do serviço, que seja prejudicial pra todo mundo, igual no hospital (F, 12/4/2006).

A relação entre profissional e usuário foi destacada como diferencial por todos os entrevistados, conforme pode ser observado a seguir.

A relação entre o profissional e o usuário, pra mim, a maior diferença é essa relação interinstitucional ou interpessoal; é a forma como se dá, porque as ações também são diferentes, porque existem oficinas terapêuticas, existem os grupos terapêuticos, existem os atendimentos, mas esse modelo de atendimento pode também ocorrer numa outra instituição, ou mesmo num CAPS, mas se a relação de profissional e usuário não estiver pautada no respeito, uma relação sujeito-sujeito onde se possa esse serviço, obviamente, quando ele estiver num bom nível de participação, num bom nível de reabilitação, mas também..., o fundamental é isso, é estar pra além da instituição, estar pra relação do usuário com o profissional, e claro, o espaço também, o espaço físico tem que ter qualidade, a gente vê aqui um espaço super bom aqui no caso, as propostas de atendimento, como que são colocadas, como que é olhado esse usuário, esse usuário está junto no pensar da instituição, mas a cima de tudo assim, entender como cidadão de direitos, de respeitá-lo (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que tem um maior reconhecimento da condição subjetiva do paciente, acho que um certo respeito. Hoje, a Colônia Santana tem tido mudanças, tem uma política que também..., na verdade a política do Ministério também visa atingir as instituições mais asilares, os hospitais também estão mudando..., talvez seja mais lenta, aqui, a gente já chegou com uma outra perspectiva de trabalho; eu acho que a equipe toda, de forma geral, tem uma sensibilidade pra esse respeito pelo paciente, pelo outro, procura, na medida do possível, não estabelecer uma relação de poder; eu acho que aqui, por exemplo, a recepção é muito bem feita, os vigias também são pessoas que entraram no clima, assim, talvez já seja deles, mas entraram no clima do CAPS; acho que todos têm um compromisso com isso, um valor digamos; também, talvez seja deste CAPS, eu não conheço tantos outros CAPSs; eu acho que é uma relação diferenciada, na medida que você está aqui com esse objetivo de que a pessoa assuma a própria vida, contribuir para que isso aconteça; isso implica em ter pelo menos um respeito, um reconhecimento do outro (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p.10) destacam que o papel do técnico se transforma quando ele se coloca sob outros princípios; “se ele faz funcionar a tecnologia da doença mental, fortalece o dispositivo psiquiátrico. Mas, se transforma sua forma de intervenção, trabalha no sentido da desmontagem desse dispositivo”. Segundo os autores, isso significa pôr em funcionamento um dispositivo de desinstitucionalização e reinserir a complexidade dos problemas com os quais lida. Significa ainda abrir mão das interpretações da loucura segundo erro, incapacidade, inferioridade, doença mental, e potencializá-la como diferença, um modo diferente de relação com o mundo. Enfim, não usar o saber como técnica normativa, mas como possibilidade de criação de subjetividades. A técnica deixa de ser instrumento da violência quando a prática funciona como uma desconstrução da clínica.

As falas que seguem referem-se ao atendimento aberto e as possibilidades de escolha que o CAPS oferece em contraposição ao isolamento e segregação gerados pela internação hospitalar prolongada.

Em primeiro lugar o atendimento no CAPS é um atendimento, vou usar a palavra, aberto, ou seja, pra começar o usuário ele não fica internado aqui, mesmo se em algum momento tiver o CAPS III, é diferente. Ele vem, ele faz o trabalho dele, a sua terapia, durante o dia, e ele volta, quando, no caso tem família, pra casa; então, primeiro lugar a idéia do CAPS, o trabalho do CAPS não é segregar e isolar; quando o usuário vai para o hospital, eu acho que seja ele em qualquer campo da saúde, mas vai para o hospital e fica internado trinta dias, quinze dias, ele já esta sendo isolado do convívio com a família, do convívio social, ou seja, acaba perdendo progressivamente o contato com as pessoas e com o grupo social mesmo, e acaba sendo destituído das suas práticas pequenas, como desde pegar um ônibus, fazer sua comida, ir no

supermercado; no momento em que uma pessoa é colocada em um hospital e fica um mês, ele acaba perdendo o contato com essas mínimas..., não é nem com o mundo lá fora, mas com as mínimas coisas que ele teria em casa, na sua casa, enfim, ele perde tudo isso como se fosse realmente uma pessoa que não tem possibilidade nenhuma de fazer nem um café, enquanto o CAPS possibilita isso, acho que o CAPS ele, independente dos problemas que tem, acho que ele mostra que não, você ainda, apesar da sua crise, com a sua crise, com todas as limitações que as vezes um surto pode oferecer do ponto de vista cotidiano, você ainda pode fazer algumas coisas sim, como pegar um ônibus pra ir e voltar pra casa, fazer a escolha do seu planejamento terapêutico, vem aqui escolhe, em parte, o que gostaria de participar (LÉLI, 4/4/2006).

Assim, a possibilidade do usuário no CAPS de ter voz ela é muito maior do que nas outras instituições, as outras eu não vou generalizar, mas em algumas, as asilares, esses hospitais são.., enfim, crônicos até pela dificuldade mesmo de antes você pensar em ter outra alternativa que não a trancar e deixar lá e não tem medicação, não tem nada disso, estou falando de bem bastante tempo atrás, e isso ficou e se perpetuou, então, eu acho que a possibilidade do usuário aqui, no CAPS, nos CAPS, e até mesmo nos ambulatórios, acho que hoje em dia não é só CAPS que permite isso, é fazer parte como contribuinte do próprio tratamento, então isso é o que diferencia do paciente internado, vamos dizer assim, em São Paulo, no Vera Cruz, que é um hospital e tal, diferente de outros, tem algumas dessas internações que são diferentes, mas essa relação aí de profissional e usuário ela é mais aberta, é mais ampla, além do CAPS, especificamente, oferecer algumas possibilidades; então, a possibilidade de trabalhar em uma oficina, dessa oficina ter uma renda, que, assim, é um entrave no sentido que eles se sentem muito limitados e não só se sentem como eu acho que muitas doenças incapacitam mesmo, são incapacitantes, a esquizofrenia é uma delas, e é a nossa clientela aqui, a maior parte é de pacientes com esquizofrenia; a própria esquizofrenia já altera, vamos dizer assim, na cognição, na parte de planejamento, de você conseguir realmente se estruturar para trabalhar; tem umas pessoas que não conseguem nem ter o início, a iniciativa, ela é minada com a esquizofrenia, e aqui tem uma possibilidade, mesmo que essa possibilidade seja fazer oficina e ganhar uma renda, mesmo que, assim, seja só..., não é o valor que importa, é simbólico (J,22/3/2006).

O relato a seguir explicita epistemologicamente e em termos técnico-assistencial a diferença entre o modelo de atenção tradicional/hospitalar e o modelo de atenção psicossocial.

Primeiro, em relação a concepção da pessoa e em relação a concepção dos próprios meios de trabalho; na instituição psiquiátrica predomina o modelo manicomial/asilar como a gente chama, que daí vai olhar a pessoa enquanto doença, enquanto diagnóstico, aqui, no CAPS, a gente olha os seres humanos enquanto pessoas, enquanto a existência de um sofrimento, o que podemos fazer pra minimizar esse sofrimento da pessoa, então, essa é a primeira diferença que tem, quem é essa pessoa, que no modelo manicomial acaba sendo vista mais como diagnóstico, como um doente, isso que eu sempre falo, essa iatrogênia que o modelo

manicomial acaba inserindo na pessoa, você é um doente, vai ter que tomar remédio pra vida toda, e o máximo que você pode chegar é um portador de transtorno mental em recuperação, isso é uma das diferenças, outra é a própria concepção de saúde/doença que existe; as formas de organização dos dois modelos, são modelos diferentes, um é mais centralizado no psiquiatra, na instituição psiquiátrica, o no CAPS seria mais centralizado na equipe e, principalmente, nos usuários; a forma de relação com a clientela ou com o usuário, no modelo manicomial, é sempre uma relação hierárquica, de cima pra baixo, no CAPS, sempre uma relação, ou a gente tenta sempre ter uma relação horizontal; e a própria questão do que é bom ou não é bom pra pessoa, a pessoa tem que dizer o que é bom pra ela e, as vezes, no hospital, são os profissionais que já dizem o que deva ser bom pra ela, ou seja, a grande diferença que existe é: quem decide o que? No hospital as pessoas decidem sobre a vida da pessoa, eu acho que no modelo psicossocial é a pessoa que compartilha a decisão da sua vida (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme destaca Rotelli (1990), no manicômio (modelo/tradicional) a sociabilidade é reduzida a zero. A tutela, a internação tem a única finalidade de subtração das trocas, de estabelecer relações de mera dependência pessoal. Enquanto que a emancipação terapêutica (que se torna o objetivo substituto da "cura") só pode ser (cientemente) a mobilização de ações e de comportamentos que emancipem a estrutura inteira do campo terapêutico. Assim, o problema que se coloca aos novos serviços (CAPS) não é cura (a vida produtiva), mas sim a produção de vida, de sentido, de sociabilidade.

Neste aspecto, pode-se considerar a proposta basagliana de *colocar a doença entre parênteses* para assim direcionar o olhar ao sujeito em sofrimento e não à doença. Essa é uma questão fundamental, pois é o movimento de *tomada de responsabilidade* (DELL'ACQUA, 1992) individual e coletiva que se constitui como meio para a transformação institucional e para o processo de desconstrução. A cura cede espaço à emancipação, mudando a natureza do ato terapêutico, que agora se centra em outra finalidade: produzir autonomia, cidadania ativa, desconstruindo a relação de tutela e o lugar de objeto que captura a possibilidade de ser sujeito (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3 Participação do usuário e da família no tratamento

De acordo com as diretrizes da atenção em saúde mental do modelo psicossocial, o protagonismo dos usuários é fundamental para que seja alcançado o objetivo do CAPS de se constituir como dispositivo de promoção da saúde e da reabilitação psicossocial. Os

usuários e familiares devem ser chamados a participar das discussões sobre as atividades terapêuticas do serviço. A equipe técnica deve trabalhar de forma a estimulá-los a participar de forma ativa do tratamento e da construção de laços sociais. Entre os tipos de atendimento que o CAPS pode oferecer está o atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, de lazer com familiares (BRASIL, 2004).

Na seqüência deste item analisaremos as formas criadas pelo CAPS Ponta do Coral para envolver ativamente usuários e familiares no processo terapêutico, seja com relação ao projeto terapêutico individual, ao atendimento e a participação das famílias no tratamento.

3.3.1 Planejamento terapêutico individual

Conforme as determinações da política de atenção em saúde mental, cada usuário deve ter um projeto terapêutico individual, composto por um conjunto de atendimentos personalizado, que respeite as particularidades, necessidades de cada pessoa e proponha atividades durante a permanência diária na unidade e fora dela (BRASIL, 2004).

O atendimento no CAPS oferece projeto terapêutico de tratamento individualizado, o qual é pensado e avaliado com a participação do usuário. A fala relacionada a seguir detalha como acontece o planejamento do tratamento.

O primeiro passo desse projeto terapêutico ele é feito na entrevista inicial, que é basicamente a entrada desse usuário no serviço; então, a gente pensa uma programação mínima, levando em conta as necessidades, as condições, os limites e as capacidades do usuário e, quando a gente pode contar, com a família também. Além disso, uma vez por mês, [...] tem o encontro da Regional, e os usuários dessa Regional podem reelaborar o seu projeto terapêutico, a gente faz a revisão, a gente discute como é que está sendo esse projeto, se está sendo interessante, que ganhos, se está havendo ganhos ou não, se a pessoa está se sentindo contemplada de alguma maneira e tal, e aí a gente faz as alterações que a gente discute e acha necessário (F, 12/4/2006).

Com relação a forma como o usuário participa do processo de planejamento do seu tratamento, os entrevistados colocaram que é através da manifestação das preferências,

opções e desejos dele, dentro das possibilidades que o CAPS oferece. Nas falas relacionadas é explicitado qual a participação do usuário e do profissional no planejamento do projeto terapêutico de tratamento.

Quando o usuário chega no serviço, encaminhado de algum outro (serviço), ou de um hospital, ou de uma unidade local de saúde, ou por demanda espontânea é feito o acolhimento, onde a gente usa uma entrevista inicial pra fazer uma coleta de dados, ali resgata um pouco da história que o próprio usuário vai estar contando, e, então, nesse momento é feito o projeto terapêutico; inicia-se o projeto terapêutico, não que ele tenha que se esgotar nesse momento inicial; uma pergunta que a gente sempre faz pra ele é do que ele precisa, como a gente vai poder ajudar, então, a partir daí a gente oferece o nosso leque de atendimentos, o nosso projeto terapêutico do CAPS, e aí vai se construindo dessa forma (VIK, 24/3/2006).

Em geral a gente faz isso quando ele chega, na entrevista inicial, a gente pede pra que ele diga, a gente apresenta o que a gente tem; a gente pede que ele diga o que ele gostaria de estar fazendo, o que ele fazia, quais as preferências que ele têm, se ele não sabe, em algumas situações, a gente sugere que ele venha participar de algumas oficinas para ele, por exemplo, escolher; então, assim, é feito muito respeitando o desejo do paciente, o que ele gosta mais, as preferências dele; agora, se a gente vê que o paciente está muito ansioso, se ele precisa, a gente sugere um grupo terapêutico ou as vezes o atendimento individual; assim, não tem uma uniformidade, em geral a gente age assim (P, 17/3/2006).

Ele tem, esse projeto terapêutico, ele tem um primeiro momento, quando o usuário chega e faz a entrevista inicial é colocado com ele e oferecido, mostrado as possibilidades, o que o CAPS oferece em termos de terapia, desde grupos terapêuticos, atendimento individual e oficina, mas não é só oferecido, é também feito uma avaliação do técnico, o que ele pensa que, naquele momento, poderia estar ajudando aquele usuário, e é conversado com o usuário, muitas vezes acaba o usuário escolhendo tudo, escolhendo o que ele quer e o técnico tem pouca interferência, outras vezes o usuário quer algo que talvez naquele momento, por exemplo, atendimento individual, mas não tem vaga, não tem, os técnicos estão todos..., se tem alguém fazendo atendimento individual já não tem horário, então se entra em um acordo das possibilidades, dos desejos do usuário, e das possibilidades que o serviço oferece; isso é o primeiro momento, no segundo momento, ao longo do período do usuário aqui, vão tendo transformações, muitas vezes ele abandona aquele grupo ou oficina, que não era aquilo que ele achava que era bom, que ele gostava, abandona formalmente ou informalmente, simplesmente não vai, ou ele entrou em surto não veio mais, uma série de questões, então isso tudo é retomado, a gente tenta fazer a retomada na reunião das Regionais, reunião mensal, como é que está o tempo dele aqui, o que ainda se mantém fazendo, como ele está se sentindo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos entrevistados destacou que o projeto terapêutico de tratamento do usuário

é sempre pensado a partir da necessidade dele, o que ele traz de necessidade, o que ele traz de sonho, de vontade, de sofrimento, de

tristeza, então, o projeto terapêutico é sempre pensado, repensado, analisado, refletido, em cima da necessidade da pessoa (GIRASSOL, 20/3/2006).

É importante destacar que o planejamento do projeto terapêutico deve envolver o portador de transtorno mental como sujeito deste processo. A participação ativa do usuário na escolha do que fazer e na expressão de suas necessidades favorece a adesão e continuidade no tratamento, confere-lhe o exercício da liberdade de escolha e da cidadania. Neste processo, o ato terapêutico, quando não é mais fundado sobre a doença e não provém da autoridade médica, torna-se a própria organização coletiva, convertendo-se em *tomada de responsabilidade* e produção de subjetividade (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral

No plano teórico, a relação da família com o portador de transtorno mental é construída a partir do alienismo, como produto da sociedade moderna/burguesa. No interior desta perspectiva concentram-se dois entendimentos polarizadores: “o da família ameaçada pela eclosão da enfermidade, portanto, sofrendo suas conseqüências ou causadora da emergência do transtorno mental, assim culpabilizada por sua etiologia” (ROSA, 2002, p. 139). Historicamente, o segundo entendimento foi o que prevaleceu na maioria das abordagens teóricas na área da saúde mental, com uma relativa diminuição nos anos 1970, seguido de uma complexificação da compreensão do grupo familiar e de sua dinâmica, a partir dos avanços teóricos da leitura feminista e marxista. “Contemporaneamente, a inclusão do grupo familiar nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental; a assunção de sua condição de parceira e co-responsável dos serviços e a exigência de constituição de uma nova pedagogia institucional em sua abordagem atravessam a construção de uma nova relação entre o louco e a sociedade” (ROSA, 2002, p. 139).

Nesta direção, um dos objetivos do CAPS é incentivar as famílias a participar do cotidiano do serviço. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas importantes para o trabalho dos CAPS. Eles podem participar de diversas maneiras, incentivando o usuário a se envolver no projeto

terapêutico, participando diretamente das atividades do serviço, nas reuniões, assembléias, nas associações de usuários, técnicos e familiares, trazendo dúvidas, sugestões. A participação pode acontecer tanto nas atividades internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. (BRASIL, 2004).

A Portaria /GM nº 251/2002 constitui-se como mais um dispositivo na mudança das relações entre os serviços de saúde mental e a família à medida que prevê, no desenvolvimento dos projetos terapêuticos, o preparo para o retorno à residência/inserção domiciliar e uma abordagem dirigida à família no sentido de garantir orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento.

O atendimento aos familiares é uma das formas para que as famílias participem, conheçam o trabalho dos CAPS e passem a se envolver ativamente no processo terapêutico. Neste sentido, a família ganha visibilidade como protagonista, parceira dos serviços e co-responsável no provimento de cuidados do portador de transtorno mental.

Além disso, o avanço dos conhecimentos e entendimento de que os fenômenos humanos comportam uma multiplicidade de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos e éticos, inter-relacionados entre si, possibilitou mudanças na assistência às pessoas em estado de sofrimento psíquico. Essas puderam ser compreendidas na totalidade de sua condição existencial. E, o sofrimento, antes tomado apenas como algo individual, passou a ser visto como parte de um contexto onde outras pessoas estão envolvidas e também merecem cuidado e atenção.

No CAPS Ponta do Coral, na sua maioria, os profissionais afirmam que existe atendimento familiar, com ressalvas de um deles que referiu não existir atendimento familiar sistemático e outro que observou que existe atendimento familiar individual. As falas relacionadas expressam de que forma a família participa no tratamento do seu membro no CAPS.

A família participa não como uma preconização ou uma exigência do serviço; o que eu tenho visto é que a família participa aqui no CAPS na medida em que há uma necessidade, quando há necessidade do serviço conversar com a família ela é incluída, quando há uma necessidade da família pelo serviço ela procura, mas não é uma rotina todas as pessoas que vem aqui a família ser atendida, as vezes o usuário não quer saber da família, as vezes a família não quer saber do usuário e assim sucessivamente, ou seja, a família participa na medida que temos a clareza da necessidade, mas não é uma prática oficial do serviço (GIRASSOL, 20/3/2006).

Alguns casos sim, em alguns casos eles vem para a reunião mensal da Regional, ou vem para uma consulta com a psiquiatra, ou vem pra trazer o usuário que não consegue ainda vir sozinho, mas é muito restrita a

participação da família, normalmente ela vem mesmo quando a coisa está apertando, quando o usuário surtou, não está conseguindo segurar, quando ele está já nas últimas (LÉLI, 4/4/2006).

Os profissionais que afirmam a existência da participação da família no tratamento explicitam como esta acontece e como se dá o atendimento no serviço, observando o cuidado que existe em atender a família e o usuário juntos.

Sim, tem alguns usuários que vem acompanhado de familiares, as vezes nós chamamos a família, quando existe necessidade, e isso acontece assim no cotidiano, conforme realmente surge a necessidade; geralmente há uma relação muito conflituosa entre o usuário e família, geralmente o familiar mais próximo, referência mais próxima e aí a gente intervém, mais ou menos com dois objetivos, assim, um de pensar essa relação conflituosa, o que pode ser negociado aí pra viverem melhor, pra ter mais qualidade de vida nesse ambiente, que moram juntos, e o outro pra poder então capacitar, colocar elementos pro familiar sobre o tratamento, sobre os transtornos mentais, pra que ele possa ser um cuidador também, o que ele é, pra que ele possa se qualificar; então, uma outra coisa que eu penso é que esse atendimento familiar ele sempre tem que privilegiar a participação do usuário porque fica complicado falar do usuário sem ele estar presente (VIK, 24/3/2006).

Sim, a família participa, claro, na medida de cada caso; em geral, assim, a gente tem a disponibilidade de atender a família, então, muitas vezes, precisa de o paciente vir com a família em várias situações, e esse atendimento é dado; o grupo de família, também está tendo o grupo de família, as vezes é dado (o atendimento) a família daquele paciente; mas sempre a gente tem o cuidado de receber a família e atendê-la junto com o paciente, nunca assim..., não gerar essas fantasias perseguitórias por parte do paciente “tá falando o que de mim”; isso é mais ou menos quase uma regra aqui no CAPS, a gente atende junto com o paciente (P, 17/3/2006).

Os trechos das entrevistas relacionados a seguir descrevem as formas criadas pelo CAPS para oportunizar a participação da família no tratamento. Alguns profissionais referiram-se a um grupo de famílias que chegou a ser iniciado, mas que pela falta de adesão e outras dificuldades não funcionou mais.

Um pouco assim, o acolhimento na segunda-feira é um espaço que a família pode participar junto com o usuário pra relatar como é que foi o final de semana e pra relatar e como estão as atividades no CAPS; o outro espaço são as reuniões das Regionais de equipe, fora o trabalho individual, que, assim, eu acabo chamando muitas vezes, eu quero atender você na presença de um familiar, as vezes você precisa até forçar nesse sentido, de que a família compareça, faço cartinha, mando e aí atendo em consulta individual, mas não em grupo, não é uma abordagem psicoterápica, é mais no sentido de psicoeducação do que de terapia (J, 22/3/2006).

[...] existe um planejamento pra se atender família, um grupo de familiares a serem atendidos por psicóloga [...]; então, as formas criadas para oportunizar a participação da família é justamente quando ela vem, acompanha, que é aberto para os familiares participarem das oficinas junto com o usuário, então, sempre tem essa oportunidade e grupos específicos pra famílias que estão se tornando real (GIRASSOL, 20/3/2006).

É mais ou menos como eu te falei; então, assim, as vezes a gente chama pra um atendimento individual, e também ela participa dos eventos acontecidos aqui no CAPS, promovidos pelo CAPS, de festas, geralmente o dia nacional da Luta Antimanicomial, quando a gente comemora, que faz uma confraternização, as festas sempre tem a presença de familiares também, festa de natal, festa junina (VIK, 24/3/2006).

As reuniões das Regionais por exemplo, uma vez por mês, e tem alguns técnicos que fazem reuniões com as famílias, discutindo, por exemplo, aquele usuário em que a família está implicada diretamente, tem problema com a família, então chama a família pra trabalhar; já teve grupo de família, mas foi fechado porque as pessoas ficaram um tempo, mas as famílias, segundo as técnicas que fizeram, muito pouco se apropriavam, vinham, se utilizavam desse espaço (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre este aspecto, cabe destacar que o deslocamento do eixo da compreensão do problema individual para o familiar/social, que tem como consequência o acolhimento da família como uma unidade que necessita de cuidado tanto quanto o paciente individual, pressupõe um novo olhar sobre as possibilidades das famílias para enfrentarem suas crises e atuarem como suporte terapêutico. Nessa perspectiva, se impõe a necessidade de não só reconhecer o atendimento ao grupo familiar, mas de oferecer uma atenção singular que leve em conta, por um lado, as especificidades de cada família, considerando a história, a estrutura, a dinâmica, bem como a inserção desta no contexto social. Por outro lado, deve-se avaliar a realidade e as possibilidades das famílias para usufruírem das formas de atenção que lhes são propostas (MIOTO, 1998, pp. 25-26).

Nesta direção, dois dos participantes da pesquisa identificaram como uma das dificuldades em realizar o atendimento familiar, a falta de profissionais qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades, conforme pode ser observado nas falas a seguir.

A maior dificuldade que eu vejo é que não existe ninguém capacitado aqui dentro para lidar com a família, é claro que, assim, eu faço um atendimento com o usuário a família vai estar junto eu vou estar explicando, mas quando você vai pensar em trabalhar com a família, trabalhar no sentido psicoterápico, isso não existe, agora informar a família, tentar com que a família faça parte do planejamento, a gente

tenta e incentiva, estimula que eles venham nas reuniões das Regionais, mas o que eu percebo, assim, a equipe ela é muito pequena pra dar conta de tudo, então a maioria das vezes o paciente chega, a família está ali fora, mas todo mundo tem a sua atividade, estão todas na oficina e isso me sobrecarrega muito porque eu tenho que dar conta de tudo, inclusive da família que chegou, do atestado que está faltando, e a família que quer saber porque que o remédio..., mas não existe um espaço pra ela, não existe um espaço que acolhe a família (J, 22/3/2006).

Profissionais qualificados, eu acho que necessita de profissionais que tenha um pouco mais de experiência, de conhecimento pra estar lidando com família, que toda a família tem sempre os seus nós górdios, tem sempre questões de fundo, que as vezes precisa de um certo conhecimento, experiência pra estar lidando com isso; até que ponto é vítima ou réu, então, acredito que profissionais que tenham experiência, que tenham a qualificação teórica, [...] possa estar oportunizando uma melhor relação no atendimento CAPS com família, então, a qualidade do profissional para estar realizando essa participação (GIRASSOL, 20/3/2006).

Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que é um transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, foram relatados pelos profissionais.

Acho que tem uma junção, eu acho que tem uma coisa primeiro que é o entendimento, a família, muitos familiares, querem deixar o usuário aqui, e querem fazer sua vida, até por questão de sobrevivência; o que eles alegam muito é que eles precisam trabalhar, então não pode faltar ao trabalho uma vez semana pra poder estar aqui porque mesmo que tenha atestado pra poder estar aqui, acaba perdendo o trabalho, não tem como justificar; e a outra questão é o próprio entendimento de que é na família o espaço em que o usuário pode ser tratado, porque a idéia de tratamento é uma idéia também que se direciona, que acaba sendo entendida como médica, hospitalar ou clínica, ou então, agora tem o CAPS; e o lugar de tratamento, digamos tratamento como restituição, como reinserção, também é na família (LÉLI, 4/4/2006).

É, chega um momento que as vezes de fato a relação se esgota, assim, são tantos conflitos, são tantas brigas, tantas dificuldades de convivência, de relacionamento, que já vem desde a infância, que chega em momentos quando, geralmente, o usuário tem as primeiras crises, isso gera um isolamento, assim, o usuário fica isolado nesse ambiente, nesse contexto familiar, realmente é muito difícil; as vezes tem uma mãe muito controladora e que aí o usuário não quer muito aproximação do serviço com essa referência porque o serviço passa a ser então um lugar de acolhimento pra ele que ele não tinha até então, porém, a gente busca a família, pra que a família possa cumprir essa função da referência (VIK, 24/3/2006).

Neste sentido, deve-se considerar que no contexto brasileiro, pela própria ausência ou precariedade da intervenção estatal por meio das políticas públicas de corte social, a família torna-se a principal garantidora da reprodução da força de trabalho. As famílias, para suportar, todas as funções que lhes são atribuídas e enfrentar as situações de risco social, buscam dividir com o Estado o encargo dos cuidados com seu ente enfermo. Mesmo assim, configuram-se, para elas, condições deficitárias de atendimento, em particular no caso da atenção em saúde mental (ROSA, 2003, p. 192).

Na seqüência, o entrevistado realiza uma análise das várias situações singulares e sociais que envolvem as dificuldades do serviço, das famílias e dos usuários, em realizar um tratamento integrado na relação usuário/família/CAPS.

Então, também envolve vários aspectos, eu vou apontar alguns; assim, em primeiro lugar, a gente vê que boa parte das famílias vê o CAPS como um lugar pra poder deixar o seu familiar, é um lugar onde ela não vai precisar cuidar dele durante um certo tempo, então, eles até participam de algumas entrevistas iniciais, hoje, por exemplo, eu tenho uma (entrevista inicial) que a pessoa veio sozinha, não veio família; é bastante freqüente que venha o usuário sem acompanhante familiar algum, esse é um aspecto, a família de uma certa maneira toma o CAPS como um lugar pra deixar o seu familiar, nós por outro lado, não criamos estratégias pra fixar essa família, pra trazer essa família mais perto; tem um grupo de família que funciona de maneira meio irregular, mas que a gente vê cada vez mais a necessidade de tornar isso algo mais organizado, poder atender a família, a gente faz o acompanhamento com família, geralmente, quando há um pedido específico ou do usuário ou da própria família, aí a gente procura fazer, mas é mais individualizado, é uma questão mais individualizada, e há também, por parte dos usuários há o desejo de que a família não participe, isso ficou muito evidente na organização da associação, que é uma associação de usuários, familiares e técnicos, e quando a gente estava organizando a associação, toda vez que se falava na participação dos familiares havia uma certa resistência por parte dos próprios usuários que os familiares participassem; a gente entende isso como uma maneira de buscar uma certa autonomia, uma certa distância dessa família, que é, as vezes, bastante complicado de fato tê-los muito próximos, aí precisa de um outro tipo de abordagem, não dá pra incluir, como a gente fazia no início por exemplo, a gente fazia grupos de usuários e familiares, mas a família atrapalhava mais do que ajudava nesses grupos, aí a gente resolveu começar a separar, deixar o espaço específico para o usuário, porque a família vinha e tomava o espaço, e falava, e ficava reclamando da pessoa, do que ele não fazia, de todas as dificuldades etc..., então, a gente achou melhor botar um pouco uma barreira, botar um filtro ali pra que tivesse espaço do usuário e que ele pudesse aproveitar isso da melhor maneira possível (F, 12/4/2006).

No entanto, cabe destacar que, numa visão mais abrangente e totalizante, a família é entendida, no cerne das condições de reprodução social do portador de transtorno

mental, como um sujeito que procura reconstruir relações cotidianas, criar novos sentidos, manter e fortalecer laços de sociabilidade. É percebida, positivamente, em suas possibilidades, potencialidades e recursos, como elemento fundamental à manutenção do poder contratual, à autonomia e à emancipação do portador de transtorno mental (ROSA, 2002, pp. 152-153).

As falas relacionadas a seguir apresentam a compreensão dos entrevistados com relação às possibilidades da participação da família no tratamento, e as dificuldades do CAPS em realizar esse tipo de atendimento. Um deles argumenta que o acompanhamento à família é essencial para minimizar os efeitos da convivência com o portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Acho que o atendimento familiar assim como ele pode ter dificuldades ele também pode te ajudar um monte, então, assim, tem os dois lados, as dificuldades eu acho que é porque também ele vai estar trazendo, vai sobrecarregando com mais, digamos assim, mais queixas, vai estar trazendo.., as vezes nem está relacionado ao usuário os problemas e as situações, embora eu acredito que na maioria das vezes ela ajuda, ela ajuda porque é que está convivendo com o usuário lá fora o tempo inteiro, que tem mais os dados, quem pode inclusive, ah! ele está muito sedado, vamos tirar esse remédio, esse remédio só faz mal, então, a família se ela não é bem orientada ela acaba, assim, tentando fazer o bem ela acaba fazendo o mal pro paciente, ah! não aquela atividade lá, ficar só batendo palminha, musiquinha, aquilo lá não vai ajudar você, é melhor eu.., vou te colocar de novo na escola porque se não você não vai trabalhar nunca, então todas as ansiedades da família, que se elas forem bem trabalhadas o usuário só tem a ganhar, agora, as dificuldades é: um espaço em que essa família seja acolhida, que ela seja realmente trabalhada e uma equipe, a formação, alguém com formação pra fazer isso, isso não tem (J, 22/3/2006).

Eu acho que o acompanhamento com a família ele é extremamente necessário pra elaborar a imagem que essa pessoa acabou deixando pra essa família; a família ela ainda tem uma imagem, ela tem o imaginário social em relação o que ela de repente produziu; então, há uma necessidade de se ter um acompanhamento com os familiares pra estar elaborando as relações, o dia-a-dia que ela tem com o portador de transtorno mental; as vezes se investe muito em acompanhamento com usuário e não se investe muito no acompanhamento com a família, a família está sobrecarregada, tem que se discutir a questão dos encargos familiares, porque as vezes ter um portador de transtorno mental junto com a família é extremamente estressante, e as vezes a família acaba colocando o portador de transtorno mental no hospital pra descansar, porque as vezes é complicado, tem um portador de transtorno mental que canta o dia inteiro, ou que não dorme durante a noite, dorme de dia, ou que quer ver televisão a todo momento, ou que fica conversando com a vizinhança a todo o momento, tem o portador de transtorno mental que com o seu sofrimento incomoda muito a família, então, tem de haver um profissional articulado ou apaziguador ou que provoque alguma

resolução nessa prática; [...] se não dá pro portador de transtorno mental morar com a família então que se haja (encontre) um espaço harmônico, mas a família tem que ser acompanhada sim (GIRASSOL, 20/3/2006).

Entre as dificuldades que os profissionais identificam na (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e estigma da loucura, ainda presentes no imaginário social das pessoas. Relacionamos na seqüência as respostas dos entrevistados, nas quais é expressa a relação com alguns dos aspectos enfrentados no cotidiano da vida dessas pessoas, em suas relações com a família, as instituições e a sociedade.

Em primeiro lugar a dificuldade de a família compreender o que a pessoa tem, pelo que ela passa, muitas vezes, a idéia é de que é um vagabundo, que o cara não quer trabalhar porque é vagabundo, não quer fazer nada só quer ficar em casa fumando, na frente da televisão porque é vagabundo; então, tem essa dificuldade de poder dar ou ter um certo olhar pra essa pessoa, pra esse usuário que não seja esse da discriminação; tem também o medo, o medo de que essa pessoa venha cometer algum crime, que é um pouco o mito da loucura, é o que envolve o mito da loucura, de ser alguém que é imprevisível e violento, o mito da loucura está muito marcado por isso, muitas vezes a família vem contaminada por isso, eu atendo uma mãe, por exemplo, que apesar de ser uma pessoa que contribui muito, mas ela tem medo do filho, ela tem medo, e ela reconhece isso, diz isso claramente, ela tem medo, agora menos, depois de um tempo isso está começando a se flexibilizar, ela está começando a entender um pouco diferente, mas ela tinha muito medo do que esse filho poderia fazer com ela, então, isso é algo que é bastante comum, mas isso é uma dificuldade; o outro aspecto da resistência é a idéia de que ele se tornou uma pessoa inútil, o usuário se tornou uma pessoa inútil, porque ele não pode trabalhar, que nunca vai fazer nada a não ser ficar como um louco, ficar como uma pessoa que não pode assumir responsabilidades, que não contribui, o aspecto financeiro é um problema; o Programa de Volta pra Casa não resolve isso integralmente porque ele é destinado pra pessoas que estão no mínimo há dois anos internadas, então, aqueles que não tem internação prolongada não têm acesso a esse recurso, então, ele passa a se tornar um peso econômico pra família e aí todos os outros problemas que são decorrentes disso (F, 12/4/2006).

Muitas vezes ele acaba sendo o membro da família rejeitado, ele tem o quartinho dele no fundinho. Bom, eu acho que é o próprio estigma de ter um doente mental, tem ah ele é doente mental, deixa ele quietinho lá porque se não ele vai incomodar, vai surtar, vai xingar e, que vergonha, aí os vizinhos; então, é o estigma do usuário, do paciente com transtorno mental, como muitas famílias não entendem elas tem até crenças de que isso é o demônio, isso é um castigo, ou é porque ele era uma pessoa ruim na vida passada, então, vem com mil, vamos dizer assim, explicações, que só atrapalham e impedem que aquilo seja encarado como..., ok isso aí é uma doença, e como é que a gente vai

fazer pra ajudar e tratar isso; então, os conhecimentos, a ignorância nesse sentido, [...] uma parte eu acho que seja pelo próprio desconhecimento do que é um transtorno mental, e do estigma de que o louco é o que rasga dinheiro e, enfim, isso dificulta, e aí quando você não tem um suporte pra dar à essas famílias aqui dentro, você só reforça lá fora esse estigma; então, claro, a pessoa chama a atenção da população, os pacientes que conseguem lá fora trabalhar e não ficar só dentro do CAPS, então, as oficinas que possam vir a dar renda, que elas sejam trabalhadas lá fora, até pra lá fora você convive com eles, percebe que eles não são os loucos que rasgam dinheiro, saem quebrando tudo e matando todo mundo, esse é o medo da população e acaba sendo o medo da família (J, 22/3/2006).

A questão da diferença do “louco” para o “não louco”, que na sociedade capitalista, é determinada pela relação produtivo/não produtivo, ou seja, aquele que detêm poder de consumo e aquele que não tem poder de consumo, também foi expressa pelos profissionais entrevistados como uma das dificuldades para a (re)inserção social do portador de transtorno mental, na família e na sociedade.

Eu acho que os limites do usuário; tem a coisa do preconceito, da loucura, ele, o usuário, ele não é alguém produtivo na família, ele não leva dinheiro pra casa, ele, ao contrário, ele só gasta, ainda tem que buscar remédio, ele dá mais trabalho ainda, ele não é produtivo, de maneira geral, então, isso já agrega um preconceito maior ainda, além de ter o preconceito da loucura, de ser..., enfim, alguém que tem uma “deficiência”, alguém que é muito dependente, ainda tem isso, então, ele não soma nada à família a não ser o incomodo; daí, geralmente, é uma mãe que até acolhe, ou pai, por questões afetivas, mas sempre está lidando com esse limite do usuário; tem famílias que não querem, tem muitas famílias carentes que não querem mais um problema, e quando a pessoa, então, saiu da família, que foi internada, e ficou um longo tempo fora, a família já se estruturou de forma a não contar com aquele usuário, então, já não conta mais com ele, passou três, quatro, cinco meses, aí vem uma pessoa trazendo toda uma dependência e que não é somar, ou as vezes as próprias crises dentro de casa, então, é difícil um cara que faz xixi no chão, um cara que toma um café e deixa sua xícara, um cara que quebra, que uma vez por mês quebra tudo, que bate nas pessoas dentro de casa, ninguém tem essa tolerância, tem que ser mais de uma pessoa pra suportar e, as vezes, uma pessoa, que é a mãe, suporta, mas os outros irmãos não entendem, não conseguem lidar com a questão, que é difícil mesmo, o nível de dependência, os limites, o risco que, enfim, pode correr o usuário (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Rosa (2003, p. 192), a família, apesar de procurar dividir com o Estado as demandas de cuidado do portador de transtorno mental, ainda é o principal agente responsável pelo seu provimento. Para implementá-lo, na divisão sexual do trabalho do grupo doméstico, seu ônus recai sobre a mulher. Todavia, diferente das demais

enfermidades, o transtorno mental se particulariza pelo fato de seu portador não se reconhecer como enfermo e por seu prognóstico figurar como uma incógnita, sem ter uma temporalidade previsível. Desta forma, em geral, o provimento de cuidados e o tratamento tornam-se impositivos para o portador de transtorno mental, que pouco colabora conscientemente no seu processo de recuperação. Por sua vez, o provedor de cuidado, com frequência a mulher, mãe, tem que ter uma disponibilidade de tempo, periódica ou indefinidamente, para exercer o seu papel. E, para satisfazer as necessidades individuais do portador de transtorno mental e as exigências de sua enfermidade, a mulher, mãe tem seu espaço de vida invadido, seus projetos de vida obstruídos pelas necessidades de prestar cuidado.

3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares

No contexto da Reforma Psiquiátrica, as organizações de usuários, técnicos e/ou familiares tem cumprido um importante papel na mudança do modelo assistencial em saúde mental, participando ativamente das discussões sobre os serviços e promovendo atividades que visam maior inserção social, geração de renda e trabalho e a garantia de direitos sociais. Essas associações constituem-se em importante instrumento de promoção da saúde e da cidadania de todos os envolvidos (BRASIL, 2004)

O CAPS Ponta do Coral conta com uma associação de usuários, familiares e técnicos. Apesar de estatutariamente estar prevista a participação e filiação de familiares e técnicos, atualmente, na prática, esta se tornou, efetivamente, uma associação de usuários. Em gestões anteriores, já teve em sua diretoria a participação de técnicos do serviço. Atualmente, dois técnicos acompanham as atividades desta, mas a diretoria da gestão atual (2006) é composta somente por usuários.

Com relação a participação dos usuários no planejamento das atividades do CAPS, os profissionais referem que esta acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, realizada semanalmente, na qual são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Contudo, os entrevistados observam que

existem dificuldades em realizar um processo de planejamento das ações do serviço, seja por particularidades dos usuários, seja por limitações e/ou problemas institucionais.

Assim, existem alguns espaços em que essas ações são tomadas em conjunto, a assembléia dos usuários, aqui é feita de terça-feira, em que é discutido desde a limpeza, o lanche, qual é o próximo passeio, o que vai ser de reunião, o que está sendo feito, quais são os informes em relação a saúde mental, em relação a congressos, encontros, comissões. O que eu percebo é que embora isso seja estimulado há pouca, baixíssima, aderência e quando há, em geral, são daqueles mais saudáveis no sentido de que de repente nem seriam usuários CAPS, mas eu acredito que isso seja também o próprio sintoma, de a dificuldade de lá fora conseguir um emprego, a dificuldade de iniciar uma atividade, iniciar um curso, é também pra se engajar na própria luta deles; o que eu percebo é que a família, em geral, quando pega isso vai adiante, os usuários tem poucos estímulos próprios, vamos dizer, pra continuar, pra se manter; então, na reunião da Comissão Ampliada²¹, aí participa um, mas depois a semana que vem já não vem; então, são poucos os que realmente conseguem dar conta, eu coloco a palavra no sentido de ser capaz para, tem essa dificuldade, eu acho que é própria condição (J, 22/3/2006).

Então, a gente procura estabelecer parcerias com a associação porque tem muitas coisas que pelo fato de a gente estar submetido a um organograma e a hierarquia, e aí os limites do serviço público, a gente não pode fazer; por exemplo, a questão da venda do material das oficinas, isso é algo que o CAPS não pode assumir, por conta mesmo da legislação que impede a gente de fazer esse tipo de atividade; então apesar de ter uma participação grande, o material vendido é o material das oficinas do CAPS, mas quem faz essa tarefa é a associação, é a associação que se encarrega da venda, de levar o material, de receber dinheiro etc.; além disso a associação se tornou efetivamente uma associação de usuários, apesar de o estatuto dela prever a participação e filiação de familiares e técnicos ela é uma associação de usuários na prática, e como articuladora de um projeto político e de reivindicação dos direitos do usuário dos serviços de saúde mental, como um instrumento pra viabilizar inserção no mercado de trabalho por exemplo, parece que são essas as funções da associação; com os usuários o que a gente tem é uma assembléia semanal onde são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; esse aspecto do planejamento da atividade ele de fato não tem a participação dos usuários até porque nem nós, como te falei no início, o nosso planejamento também é meio caótico, assim, a gente não tem um processo organizado de planejamento pra um ano ou mesmo pra seis meses, então, aí os usuários não chegam a participar desse planejamento, eles participam sim da discussão do funcionamento que é na assembléia,

²¹ A Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental (CPASM) é uma instância do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, criada através da Resolução N°1/CMS/2006, cuja finalidade é assessorar o plenário do conselho no que compete a formulação, implantação, implementação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas, ações e projetos em Saúde Mental, assim como prestar assessoria técnica ao gestor municipal. A CPASM é constituída por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde, e usuários e familiares da saúde mental (nota da pesquisadora).

que é toda semana, e aí se trata das coisas do dia-a-dia, é mais cotidiano (F, 12/4/2006).

A presença e participação dos usuários nas discussões e no planejamento das ações pertinentes à saúde mental vêm se ampliando progressivamente nos últimos anos. O processo de inserção inicia-se com o protagonismo dado ao sujeito na definição de seu projeto terapêutico, estende-se na organização de associações e na representatividade destas nos fóruns deliberativos (Conselhos de Saúde, Conferências, Comissões de Saúde Mental), e na participação em eventos científicos e espaços de militância política pertinentes à área da saúde mental. Essa é uma das formas em que a condição de cidadão dos portadores de transtornos mentais é resgatada. Segundo Rodrigues (2005, p. 80), “a participação política e militância de usuários e familiares em instâncias deliberativas ganham efetividade quando politicamente organizados”.

Neste sentido, a construção coletiva do protagonismo requer a saída da condição de usuário-objeto e a criação de formas concretas que produzam um usuário-ator, sujeito político. Isso vem ocorrendo através de inúmeras iniciativas de reinvenção da cidadania e *empowerment*, como atenta Vasconcelos (2000b), por meio de intervenções via associações de usuários ou de cooperativas sociais, ou ainda da participação política de tais atores nos mais importantes fóruns sociais de formulação de políticas da área, tal como nos conselhos de saúde e comissões de saúde mental.

Nas falas que seguem, os participantes da pesquisa destacam as dificuldades encontradas na organização, na articulação e no funcionamento da Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral²², bem como seus objetivos e principais lutas políticas por direitos.

Assim, eu acho que os usuários têm esse espaço da assembleia junto com os técnicos. É um espaço interessante, onde eles podem estar opinando, mais do que o da associação; o da associação é muito mais difícil de levar adiante; eu também já fiquei um tempo ajudando a associação, já fui até, uma época, da própria gestão, da própria diretoria, e a gente tem

²² Importante estudo sobre a Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral foi realizado por Rodrigues em dois trabalhos: RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral: desvelando sua significação**. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004; e RODRIGUES, J. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

que estar puxando muito como técnico, parece que deixar por conta deles a coisa não anda e, as vezes, a gente vê que fica mais um desejo nosso de que as coisas aconteçam do que deles; então, a assembléia pelo menos é um espaço que eu ainda acho que se consegue ter uma presença, agora a presença dos familiares no planejamento é muito pequena, poucos que vem, vem um ou outro, pai de alguém; dos usuários, eu acho que é mais nesse espaço da assembléia que acontece (P, 17/3/2006).

Os usuários, nós temos a assembléia dos usuários; então, na assembléia se discute algumas questões, por exemplo, as vezes o planejamento, funcionamento da casa, por outro lado nem tudo é discutido na assembléia, [...] tem uma atuação limitada, ela não é totalmente participativa. A associação, ela tem histórias de altos e baixos; teve momentos que a associação tinha uma diretoria, mas ninguém participava, não se articulava; tem momentos que a associação se integra mais, quando ela se integra a coisa fica também mais rica; nós temos aproximação, por exemplo, na questão do vale transporte, as reivindicações, sobretudo do vale transporte, de veículos pra passeio, pra participar de um evento, muito mais do que planejamento das ações, digamos assim, mais no sentido de luta por direitos e reivindicações (LÉLI, 4/4/2006).

A associação de usuários possui cinco objetivos: controle social, ajuda mútua, suporte mútuo, defesa dos direitos, geração de renda; em cima desse objetivos a associação realiza seu movimento e sua luta. Em termos do papel dos usuários no planejamento das ações do CAPS seria discutir esses objetivos em relação ao CAPS. Hoje, o que acontece, a associação de usuários acaba discutindo um pouco mais controle social; ela expressa a representatividade dos usuários na luta social, na dignidade humana, e também na geração de renda; outra coisa muito importante que a gente fala é a luta contra o preconceito, então, a associação ela participa mais nesse sentido, controle social, geração de renda e luta contra o preconceito no CAPS; esse é o papel dos usuários, realizar o controle social, participar da geração de renda e a luta contra o preconceito; a luta contra o preconceito significa realizar teatro, levar pras Academias, levar pra comunidade, mostrar que a história do louco no imaginário social das pessoas ela é transformada, pode-se reverter isso, e isso se reverte com música, cultura e arte (GIRASSOL, 20/3/2006).

O papel da associação no planejamento, é porque assim, a associação ela não é o CAPS, ela é uma entidade separada, a assembléia é uma assembléia geral do CAPS, é um mecanismo facilitador da participação dos usuários e técnicos na gestão do serviço; a associação é uma entidade, sem fins lucrativos, que foi criada e pensada pra que os usuários e familiares se organizem pela luta da política, pela luta da implantação da política de saúde mental, pela luta dos direitos, pela luta da implantação da Reforma Psiquiátrica, pela melhoria do serviço, então, assim, a associação ela caminha, mas ela é muito nova e aí se é muito nova tem uma estrutura um pouco frágil, então assim, a tua pergunta é se ela participa das ações do CAPS, ela participa sim, tem um elo de participação aí, tem um canal de participação, mas é frágil, é muito frágil, eu penso que é muito frágil porque aparece pouco (VIK, 24/3/2006).

Rodrigues (2005, pp. 81-82) destaca que as associações de usuários, enquanto dispositivos, possibilitam uma atitude política que oferece visibilidade ao usuário como ser cidadão e não apenas como portador de um transtorno. Segundo o autor, quando o usuário passa a ver, sentir, e ver sentido em suas ações associativas, sua prática organizativa torna-se efetiva e com empenho. Por isso, as associações precisam desenvolver estratégias mais amplas de adesão, visando revigorar seus quadros associativos. Nesta direção, a profissionalização e formação política dos dirigentes é vista como uma possibilidade para estimular a participação.

A compreensão das associações civis como relacionadas e condicionadas pelas associações políticas leva ao entendimento de que há uma sinergia entre a sociedade civil e a democracia política. Segundo Fleury (2004), a dimensão cívica da cidadania diz respeito à condição de inclusão ativa dos cidadãos à comunidade política, compartilhando um sistema de crenças com relação aos poderes públicos, à sociedade e ao conjunto de direitos e deveres que são atribuídos ao status de cidadão. Como dimensão pública dos indivíduos a cidadania pressupõe um modelo de integração e de sociabilidade, que transcende os interesses egoístas do indivíduo no mercado, em direção à uma atitude generosa e solidária.

A fala a seguir relaciona algumas dificuldades cotidianas vivenciadas na e pela associação de usuários do CAPS Ponta do Coral. Apresenta algumas possibilidades de atuação deste tipo de organização da sociedade civil, tanto com relação a parcerias com outras entidades, para o desenvolvimento de ações que visem a profissionalização e inserção no mundo do trabalho, quanto no processo de politização e conscientização de seus usuários com relação aos direitos de cidadania.

Eu acho que ela tem um papel relevante, a dificuldade é de incrementar esse papel relevante; os familiares vêm muito poucos; bom, talvez a gente não esteja também instigando, muitas vezes a gente convida, mas eu acho que, também, as vezes, falta um pouco de investimento da equipe para que os familiares estejam mais no CAPS; agora, a associação poderia fazer muitas coisas, desde convênios para cursos com esses órgãos que a gente tem, SENAI, SESC; poderia tentar uma penetração, mas isso seria uma outra realidade a ser criada; cada vez que entra uma gestão nova, a gente diz quem sabe agora; desde as pequenas coisas, até divulgar a lojinha aqui, é difícil, a gente uma vez fez uns folders pra distribuir aqui na vizinhança, uma vez a gente tentava vender as verduras que produzia, não conseguia muito, conseguia ali, vendia uma ou outra; agora em termos de espaço de fazer política eu acho que ela tem um peso, deveria realmente crescer, por mais que as pessoas tenham dificuldades; eu acho que tem que continuar existindo, tem que continuar batalhando para que eles possam estar assumindo um pouco

mais esse papel político, essa conexão com outras instâncias da sociedade; por exemplo, na questão até de trabalho, de poder a associação também ajudar nessa abertura de espaços de trabalho; teve uma vez que tentaram no Angeloni (supermercado), depois quando souberam que era portadores de transtorno mental não quiseram; eu acho que a gente precisava mostrar um pouco pra sociedade o que é o paciente psiquiátrico; assim, através desses recursos, não dá pra esperar vamos pra mídia, porque, assim, tem umas coisas que são boas, ótimas, mas são meio ideais, a gente tem que tentar começar com essas pequenas coisas que pode fazer: divulgar a lojinha, sei lá, fazer um contrato lá com o CIC pra fazer cursos, por exemplo, de pintura, coisas que são mais próximas da realidade exequível (P, 17/3/2006).

Para Rodrigues (2005) dois aspectos são importantes para compreender as dificuldades de falta de adesão e continuidade na participação dos membros da associação. Um deles refere-se aos elementos motivadores para a participação. Neste caso, é preciso considerar que a prática política de militância possui seus campos de conflito e tensões, que dentro da especificidade da loucura pode não conferir uma participação freqüente. O outro relaciona-se ao significado da associação na vida dos integrantes. Muitos usuários vêem a associação como possibilidade de geração de recursos financeiros, haja vista que o fator trabalho/vínculo empregatício é algo marcante na vida dos portadores de transtornos mentais, em decorrência de a maioria não possuir fonte de renda própria.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacaram o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário.

A primeira delas é a questão do controle social, a associação tem potencialmente essa função, não só dentro do serviço, mas também nas outras instâncias, conselho municipal de saúde, conselho local, aqui em Florianópolis estamos organizando uma Comissão Permanente, que é consultiva do Conselho Municipal de Saúde, é uma comissão de saúde mental, no estado (SC), a gente tem o Colegiado de Políticas Públicas e Atenção Psicossocial, que tem representação dos usuários; então, novamente, na questão da defesa dos direitos, na questão do resgate da cidadania, as vezes nem é resgate porque o cara nunca teve cidadania alguma, mas da possibilidade de instituir um certo nível de cidadania; eu vejo que a possibilidade de o usuário poder participar politicamente é algo que tem um efeito sobre a sua dinâmica, como tem efeito sobre a dinâmica de qualquer um que descobre um dia que tem essa possibilidade de participar politicamente, da vida política, e pro usuário de saúde mental isso muitas vezes é uma descoberta que representa uma guinada muito grande na sua vida, então, vamos dizer assim, tem um efeito terapêutico, um efeito clínico nesse sentido, além, obviamente, dos

efeitos políticos que isso representa, mas, mais individualmente tem esse efeito, da articulação com as outras pessoas, enfim, tem uma terapêutica aí que é função, mesmo que não reconhecida, mas é função das associações (F, 12/4/2006).

O principal papel das associações é não tornar que os serviços se tornem manicômios; a associação é a vida, é organização, é luta, é enriquecimento, é sentido de vida; tenho escutado muito de pessoas que tiveram suas vidas arruinadas que quando passaram a militar em associações de usuários passaram a ter um sentido de vida, passaram a conceber a razão da sua existência em vida; então, a principal importância das associações é não deixar que o serviço se torne manicômio, é tornar o serviço um pouco mais rico, com mais vida, é organizar a questão política, é falar em nome dos próprios usuários; então, a importância das associações de usuários é levar a boa nova aos CAPS, levar a boa nova aos serviços de saúde mental, levar a boa nova do modelo psicossocial, ou seja, discutir o controle da loucura, ou seja, a maior importância das associações é levar a discussão da liberdade, liberdade e dignidade dos portadores de transtornos mentais (GIRASSOL, 20/3/2006).

Além do tratamento e dos serviços, eu acho importante que a associação possa se fortalecer enquanto movimento popular de luta pela Reforma Psiquiátrica, que os usuários possam se conscientizar dessa importância de estarem articulados, lutando pela implantação da política, da política de saúde mental sob esse novo paradigma da Reforma Psiquiátrica; eu acho que essa é a maior importância, acho que essa é a maior tarefa da associação; claro que isso se reflete na micro política institucional no próprio CAPS; a associação vai estar lutando, a nossa associação aqui, por exemplo, já lutou pelo próprio vale transporte dos usuários, de ir até a secretaria (Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis) conversar com o secretário e reivindicar enquanto essa democracia representativa dos próprios usuários, técnicos e familiares; pela própria manutenção desta casa na época que houve a questão da construção da via de acesso ao Hospital Infantil, existia um projeto da outra via passar também por aqui, os usuários batalharam que essa casa se mantivesse aqui, que o CAPS se mantivesse aqui e conseguiram; então, acho que essa luta maior de articulação que exige uma consciência política dos líderes que estão na associação, dos usuários como um todo, é que é a grande tarefa da associação, só que isso se faz num trabalho de formiguinha, num trabalho miúdo (VIK, 24/3/2006).

Cabe destacar que o controle social compreende a participação da população na perspectiva da interferência na gestão da política pública de saúde, colocando as ações e serviços na direção dos interesses da comunidade e estabelecendo uma nova relação entre Estado e sociedade. Conforme Correia (2002, p. 212), controle social “é a atuação da sociedade civil organizada na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam às demandas e aos interesses das classes subalternas”.

A III CNSM ressalta a importância do controle social, através dos mecanismos já existentes (Conselhos, Conferências e Comissões de Saúde Mental, organizações da

sociedade civil e movimentos sociais), como forma de garantir o avanço da Reforma Psiquiátrica. Os indicativos da Referida Conferência destacam que o controle social deve constituir-se com a representação dos três segmentos – usuários, familiares e profissionais de saúde, na perspectiva de induzir uma ação de acompanhamento da construção das políticas municipais, estaduais e nacional de saúde mental. As Comissões de Saúde Mental em ação conjunta com os Conselhos de Saúde devem exercer seu papel de controle e fiscalização das políticas públicas, o que inclui o orçamento e a destinação de verbas para a saúde mental, em todos os níveis (BRASIL, 2002a).

A ação da sociedade civil e dos movimentos sociais é ressaltada visando a garantir que os programas de saúde mental não sofram descontinuidade por ocasião de mudanças de gestão administrativa e/ou política. Para tanto, devem ser criadas estratégias para a viabilização de maior envolvimento dos diferentes atores sociais com as questões da saúde mental. Entre estas, destacamos o papel das associações de usuários, técnicos e familiares e dos núcleos estaduais e/ou municipais do movimento da luta antimanicomial, na gestão dos serviços e na fiscalização das práticas de saúde mental (BRASIL, 2002a, p. 142).

3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia

A desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial são dois dos pressupostos teórico-epistemológicos orientadores das práticas assistenciais indicadas na e pela Reforma Psiquiátrica. Tendo isso em conta, perguntamos aos participantes da pesquisa se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas para a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referiram que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras.

As falas relacionadas na seqüência explicitam a percepção dos entrevistados sobre a questão e indicam algumas possibilidades que, segundo eles, poderiam favorecer o desenvolvimento de ações de reabilitação psicossocial.

Em parte sim, em parte; eu acho que como a gente não tem um sistema de avaliação a gente não consegue medir isso muito bem; a nossa intenção é essa, o que não quer dizer que as nossas ações consigam de fato alcançar; acho que a gente poderia fazer mais, a gente poderia ter uma articulação mais intensa e mais constante com outras instituições, com outros sistemas de atenção, além claro da própria rede de saúde, que não existe; em Florianópolis a gente não tem rede, até está se formando, dá pra dizer que está se formando, mas não funciona como rede ainda, efetivamente não funciona; a gente tem pouco contato com a atenção básica, com o PSF, que seria um parceiro importante, a gente tem pouco contato com os outros CAPS também em termos de troca, enfim, com outras instituições de saúde, então, acho que a gente ainda continua isolado, e aí pensar em reabilitação psicossocial com essas condições é um pouco mais complicado; a gente vê alguns efeitos, que a gente mede pelo usuário em si, que é o fato de que ele consegue evitar internação, que ele consegue muitas vezes voltar a trabalhar, sua participação nas oficinas passa a ser bastante diferente, enfim, mas são coisas que a gente não tem um instrumento pra avaliar (F, 12/4/2006).

Eu penso que sim, apesar de que hoje o programa de saúde mental não conta com uma rede completa de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, então, assim, a gente tem essa dificuldade; se existisse isso de forma mais estruturada, de forma mais incrementada seria mais fácil a reinserção social; por exemplo, a gente não tem leitos psiquiátricos no HU, um hospital geral, que já tem um ambulatório de psiquiatria, poderia ter um serviço de emergência, facilitaria, evitaria internações, um mercado protegido, um projeto de geração de renda também não temos, não temos os CAPS territorializados ainda, então, tem uma série de dificuldades colocadas aí que impedem essa reinserção social num tempo menor do que acontece hoje; acho que hoje o tempo que o usuário fica dentro do CAPS ainda é muito grande por conta de a gente não ter essa rede completa, que possa dar esse suporte extra CAPS. [...] eu não sei se isso acabaria institucionalizando, de certa forma sim, mas assim, isso está na pauta, e se isso está na pauta não está institucionalizando, você entende o que eu quero dizer? isso está sendo falado pro próprio usuário, isso está sendo dito pra ele, olha tu já está aqui muito tempo, o nosso objetivo pra ti, nosso projeto terapêutico pra ti seria de tu poder estar fazendo isso, isso e isso lá fora, então assim, não diria institucionalizado porque talvez institucionalizado seria quando a gente não se desse conta disso, ah não isso está rolando, o usuário está aqui há anos, ninguém está fazendo nada, continua na mesma, aí sim estaria cronificando, mas acho que não nesse sentido, de que isso está na perspectiva, a gente está querendo a inserção, a gente está querendo a rede extra hospitalar, a territorialização dos CAPS, só que a gente não tem uma série de elementos necessários pra fazer a reinserção, a política, o programa de saúde mental, aliás ele está sendo implantado, incrementado muito mais agora recentemente (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que sim, mas muito pouco ainda; elas se encaminham, elas têm como ideal, elas desejam, mas na prática isso é muito pouco feito; eu vejo que nesse CAPS a equipe acaba estando muito fragmentada porque faz milhões de coisas também, desde a parte administrativa, parte clínica, oficina, se divide; eu acho que deveria ter a equipe como um todo trabalhar nisso, mas ter também grupos de atuação, como a gente

chama de atuação local, então, ainda para o que necessita está muito pouco assim, muito aquém [...] A primeira proposta começaria via Regionais, nas Regionais; por exemplo, as pessoas iriam para os seus bairros, ver qual é a possibilidade, as possibilidades que existem pro usuário se inserir, mas não só a Regional, poderia ter um grupo mesmo, sair com o usuário, fazer a coisa mais concreta, ela é feita, mas é feito muito pontualmente (LÉLI, 4/4/2006).

Em geral sim, mas tem alguns pacientes que, por exemplo, circulam no CAPS e que não tem nenhuma indicação de estar no CAPS, então ele acaba sendo um lugar de institucionalização ou de capsização. Tem isso; isso acaba acontecendo, mas em geral não é isso; em geral eu acho que todas as nossas ações, o que a gente discute em equipe é até a tentativa de diminuir essa dependência, esse vínculo de dependência, que em algum momento ela pode ser muito importante, mas em outros ela é excessiva e acaba aprisionando o paciente dentro do CAPS, e aí o CAPS passa a ter o mesmo papel e a mesma função do hospital; e como isso é o que eles conhecem, esse repertório é o que se conhece, é mais fácil de se acostumar com ele do que ter uma nova postura, uma postura de que, não, aqui eu vou tomar conta do meu tratamento, eu vou lá fora procurar o que é meu...; não, (o usuário) acaba esperando, ah o que você falar está bom, e aí essa atitude bem passiva, que ela é muitas vezes muito cômoda pra todos nós em muitos momentos, pra uns mais que outros, essa atitude de comodismo, de esperar, é ótimo, e aí isso acontece, acaba acontecendo, embora as práticas, elas tem a idéia de que não seja voltada pra isso; não é o objetivo, mas a gente observa que as vezes é falho (J, 22/3/2006).

Essa pergunta é muito difícil [...]; eu acho que não mudou muito meu olhar, a gente tende a sustentar a institucionalização, a gente não consegue dar alta, o paciente não consegue ter alta, não consegue sair; assim, digo um paciente que realmente talvez esteja até mais comprometido com esse tempo aqui, tem paciente que está aqui desde o início; eu acho que a gente acaba reforçando um pouco isso por mais que a gente tem o desejo de que fosse o contrário; existe uma certa comodidade pro paciente também, aqui ele tem atenção, ele é aceito, não tem assim uma grande briga por ele ficar aqui; então, isso me preocupa muito, eu fico pensando: é uma contradição porque ao mesmo tempo que o nosso trabalho é voltado pra isso parece que a nossa ação acaba revertendo o contrário; a questão da cidadania, a questão da construção de outros laços, criação de outros espaços, eu acho que é muito precária ainda [...]; por isso que eu acho que a gente precisa também de ter formas de avaliação dos pacientes, muitas vezes fica assim um exemplo ou outro que você tem, aquela pessoa foi, está lá trabalhando, talvez ela não tenha também construído um elo tão pesado, tão forte com a instituição, que ela já veio, ficou um tempo, saiu, voltou a fazer outras coisas da vida; eu acho que a gente ainda está institucionalizando mais do que desinstitucionalizando [...] (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p. 14) observam que um dos caminhos mais importantes para o qual aponta a desinstitucionalização é o da criação de novas relações com a loucura. Estas se processam a partir da mudança das relações institucionais internas e de

desmontagem dos dispositivos da clínica e da psiquiatria, mas certamente não se restringe a isto. Novas subjetividades e um novo lugar para o sujeito louco só são produzidos em relação com o social. O trabalho de desconstrução da institucionalização, necessariamente, extravasa o contexto institucional específico, atingindo seu objetivo mais amplo de questionamento das instituições e subjetividades capitalísticas, a desconstrução como transformação cultural. Para os autores, através do trabalho no campo social a desinstitucionalização atinge seu sentido mais abrangente, como processo social amplo e complexo de participação popular, territorialização dos serviços, envolvimento de diferentes atores sociais, e mudança da relação social com o fenômeno da loucura.

Sobre este aspecto cabe destacar que a desconstrução do paradigma da institucionalização e a construção do paradigma da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial envolve um conjunto de ações teórico-epistemológicas e de práticas assistenciais, amparadas por um sistema jurídico-político capaz de criar e garantir direitos aos portadores de transtorno mental. De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (1987), a reabilitação psicossocial é o conjunto de atividade capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários (OMS 1987 apud PITTA, 2001).

Nesta direção, a formulação da política de saúde mental, orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais nos campos da educação, cultura, habitação, assistência social, esporte, trabalho, lazer e a articulação de parcerias com universidades, Ministério Público, organizações não governamentais (ONGs), visando a melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania do portador de transtorno mental (BRASIL, 2002a).

Com o objetivo de saber se existem e identificar quais são as práticas de reabilitação psicossocial desenvolvidas no e pelo CAPS Ponta do Coral, perguntamos aos participantes da pesquisa se existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer. Do total de profissionais que responderam ao formulário, a maioria (66,7%), disse não existir, dois referiram não saber responder, e dois destacaram que existem. Dentre os que responderam que não existem tais práticas, um observou não ter conhecimento, oficialmente, das parcerias, um deles destacou que existem poucas e de acordo com o planejamento terapêutico do usuário, e um outro disse que tem em momentos específicos, mas não de forma contínua. Entre os que

responderam que sim, um referiu-se a experiências muito pontuais como por exemplo o uso da quadra de esportes próxima, e outro identificou parcerias com fundações municipais e estaduais de cultura.

Neste aspecto, os indicativos aprovados na e pela III CNSM ressaltam a necessidade de se priorizar, no âmbito da assistência em saúde mental, políticas que fomentem a autonomia dos portadores de transtornos mentais, incentivando o exercício da cidadania plena. Devem-se buscar parcerias entre o poder público e organizações civis para o desenvolvimento de projetos sociais e comunitários, de geração de renda e de acesso a todos os direitos, que possam funcionar como apoio na (re)inserção social destas pessoas.

No estudo realizado, perguntamos aos profissionais se as práticas assistenciais desenvolvidas no e pelo CAPS possibilitam ao usuário a construção de sua autonomia. Os entrevistados destacaram a necessidade de refletir conceitualmente sobre o que seja a autonomia do portador de transtorno mental, como avaliar a autonomia da pessoa. Referiram que, em geral, o serviço consegue cumprir com a função de estimular o usuário à conquista de sua autonomia.

A questão é discutir o que é autonomia, eu sempre parto do princípio de que autonomia não é independência, autonomia na verdade é a possibilidade de a gente poder ampliar as dependências, que é a vida de todo mundo, ou seja, eu pra viver eu dependo de um monte de gente, um que paga meu salário, outro que falo aqui, outro com quem eu me ligo afetivamente, enfim, eu dependo de uma porção de gente e isso me dá autonomia porque eu posso depender de muitas pessoas e de muitas instituições, muitos sistemas; o problema do usuário de serviço de saúde mental, paciente psiquiátrico é que ele, geralmente, depende ou das mesmas pessoas ou das mesmas instituições, ou seja, a capacidade de autonomia dele está muito reduzida porque ele não tem como circular socialmente, ele ou está sempre dentro de casa ou de casa pra uma instituição, seja ela o CAPS ou hospital psiquiátrico; então, pra mim autonomia é isso, é essa possibilidade de você ir ampliando os vínculos pra que você possa depender de muitas pessoas ou de muitas coisas ou de muitas instituições porque afinal de contas, em última instância, essa autonomia tomada como independência ela é imaginária, ela é irreal, não existe; então, eu acho que a gente consegue isso, a gente consegue ampliar a autonomia dessa maneira, primeiro porque o CAPS acaba se tornando um centro de convivência, então, o efeito imediato é que a pessoa deixa de ficar sozinha ou só com a família e passa a conviver com outras pessoas, esse é o efeito imediato, passa a ter outras relações que muitas vezes se desdobram, saem daqui, as pessoas fazem programas juntos fora, pinta relacionamentos amorosos ou só relação sexual, que seja, mas enfim, é uma oportunidade nova que o cara não tinha, encontrar alguém mesmo que seja só pra transar, então, isso já é um ganho também, já implica na ampliação de autonomia; eu vejo que muita gente aprende a lidar com o serviço público, aprende a correr atrás dos seus direitos, aprende a lidar com outros serviços de saúde, passa a

procurar o posto de saúde onde mora ou passa a ir pegar medicação em tal lugar sozinho, por conta própria etc.; eu acho que a gente consegue essa função, a gente consegue autonomia nesse sentido, mas pode ser melhor, na medida que a gente tiver uma rede, que a gente se inserir nessa articulação com outras instituições, com outras instâncias, a gente consegue fazer isso de maneira mais eficaz (F, 12/4/2006).

Em alguns casos sim, eu acredito que alguns casos quando não há uma limitação interna eu acho que sim, que é possível, através até da participação nas oficinas, nos grupos terapêuticos, da adesão ao tratamento médico; muitos conseguem realmente; passaram por um episódio, uma crise, conseguiram ficar bem e voltar para as suas atividades diárias, eu acho que quando eles aderem ao tratamento, quando há essa adesão, quando eu digo ao tratamento é ao projeto terapêutico deles, e não tem uma limitação, vou colocar entre aspas “uma seqüela” da própria doença muito forte, há essa possibilidade; em alguns outros casos eu acho que é difícil, assim, não é tão fácil medir isso, o que, quem melhora, quem não melhora, aquele que consegue voltar, aquele que não consegue, as vezes alguém que tem até uma doença mais incapacitante consegue, outros não, depende, depende do apoio que ele tem, do externo, da família, ou da própria sociedade, da comunidade em que ele é inserido, isso tudo faz diferença, que tem o background do que ele era antes, isso também faz a diferença, ele consegue resgatar; quando já não se tem muito o que resgatar aí fica mais difícil trabalhar; é individualizada essa resposta, mas eu acredito que em alguns casos sim, consegue essa (re)inserção de uma maneira muito boa e gratificante para os dois, pro usuário e para os profissionais (J, 22/3/2006).

[...] dependendo de como o serviço é gerido, dependo de dentro de que política de saúde mental esse CAPS está inserido, ele pode ao invés de estabelecer uma autonomia, mesmo que ele tenha uma boa vontade de estabelecer autonomia, ele acaba tornando a pessoa mais dependente ainda do serviço; então, é uma grande armadilha a construção da autonomia, não só especificamente pro CAPS Ponta do Coral, mas pra todos os CAPS que eu tenho visto; então, a gente volta novamente na questão da avaliação, novamente na discussão dos termos, eu acho que a questão dos conceitos ela tem que estar muito clara, o que significa cada conceito, eu sempre tenho batido muito nisso; o que é autonomia? É a pessoa ter minimamente condição de governar a sua própria vida, gerir sua própria vida, Ok! a gente estimula a pessoa a fazer isso, trabalha nesse sentido com a questão da autonomia, agora, quais são os parâmetros que nós vamos utilizar pra avaliar essa autonomia, isso a gente não tem muito claro ainda, acho que necessita; então, o CAPS possibilita autonomia, mas ao mesmo tempo não tem uma análise crítica [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Não obstante, cabe-nos destacar que a compreensão sobre autonomia que orienta este trabalho refere-se “a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente”. Neste caso, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas

relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001, p. 57).

As falas relacionadas a seguir destacam como o atendimento no CAPS Ponta do Coral possibilita a construção da autonomia do usuário.

Eu acho que em formas gerais sim, na relação que os técnicos tem com o paciente; agora, as vezes, a gente tem uma postura muito assistencialista em muitas situações, um assistencialismo que acaba prendendo o paciente, institucionalizando; são situações, eu acho que as vezes a gente repensa sobre elas, não foi bem por aí, mas, assim, eu vejo as pessoas contando a história do CAPS, teve muitas experiências que foram positivas também, que chegaram a um resultado, assim, sem muito recurso, sem muito com que contar fora da própria equipe, fizeram coisas que são surpreendentes em relação a tantos pacientes; eu acho que essa maneira de você poder dar voz, poder valorizar aquilo que a pessoa faz, consegue fazer em uma Oficina por exemplo, eu acho que essa é uma maneira de você conferir uma posição mais sujeita, mais ativa mesmo (P, 17/3/2006).

Sim, eu acho que sim, só que eu acho que a gente possibilita em alguns casos, não tem uma história linear de possibilitar a todos, eu acho que tem um projeto de possibilitar, mas isso não acontece o tempo todo, porque também isso não é uma via de mão única; hoje, eu já fui mais ingênua em relação a isso, muitas vezes uma pessoa que ficou trinta anos, vinte anos no hospital psiquiátrico, eu não sei mais se ele quer ter mais autonomia, muitas vezes ele quer, não quer; se a gente entender autonomia como trabalhar, seja em qualquer lugar, com uma bolsa trabalho, entender autonomia como decidir ir final de semana para uma praia, autonomia como ir ao supermercado, escolher o que vai comer, até certo ponto sim; por exemplo, se tenta até que muitos usuários saiam no final de semana, a gente na reunião das Regionais combina que eles possam ir, no final de semana, para um passeio, e eles não vão, eles ficam em casa, só vão se o técnico for, no dia de semana; então, acaba ficando um outro processo de não autonomia; então, a luta, a intenção é que isso se dê de outra forma, que também não fique dependendo do CAPS; existe uma construção pra isso e isso acontece, em certa medida acontece, mas ainda não como gostaríamos, porque nós também temos uma idealização de autonomia [...] alguns casos tem sim, vão até um certo ponto da autonomia que é possível pra pessoa, e outros vão mais além, outros regridem (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre as possibilidades de construção da autonomia do portador de transtorno mental, Kinoshita (2001, pp. 56-57) considera que a contratualidade do usuário, primeiramente vai estar determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Estes podem emprestar seu poder contratual para possibilitar relações e

experiências renovadas ao usuário, através de seu prestígio, de sua delegação social, do saber reconhecido pela sociedade. O referido autor destaca que aos profissionais é dada a capacidade de elaborar projetos, isto é, ações práticas que venham a modificar as condições concretas de vida do usuário.

A entrevista citada na seqüência relaciona a construção da autonomia do usuário a ações que envolvem outros serviços e outras políticas sociais como uma possibilidade para que o portador de transtorno mental adquira sua independência econômica. No caso, a profissional refere-se a Política de Assistência Social, através do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Outro recurso financeiro que pode ser acessado pelos egressos de internações psiquiátricas prolongadas é auxílio reabilitação psicossocial instituído com o Programa de Volta Pra Casa, através da Lei Federal N° 10.708/2003.

[...] um outro elemento pra isso (autonomia) são os usuários que estão totalmente desprovidos de qualquer recurso material que conseguem o BPC e isso garante autonomia porque ele tem o mínimo pra poder dar conta das suas necessidades materiais; então, muitas vezes, ele está numa condição muito vulnerável e aí passa a poder comprar aquilo que ele deseja, minimamente, porque é muito pouco o valor, mas consegue algumas coisas e isso garante essa autonomia, porque as vezes ele fica na família, fica sendo aquele peso que só incomoda, que não tem recurso financeiro nenhum porque ele está fora do mercado de trabalho mesmo, então, aí o benefício da previdência social também é um elemento de autonomia e de reconstrução da cidadania, mas entre todos esses outro que eu falei, do próprio material que ele tem contato na oficina terapêutica que ele consegue produzir algo; aquele usuário que é egresso do hospital psiquiátrico de polireincidência nas internações que consegue produzir uma peça bonita e que essa peça é vendida e que depois recebe o dinheiro dessa venda, também confere autonomia, confere cidadania, auto-estima (VIK, 24/3/2006).

Entendemos que a possibilidade de ter recurso financeiro próprio favorece sim a independência econômica do portador de transtorno mental, possibilitando-lhe uma vida com maior autonomia. Contudo, conforme destacou a entrevistada este é só um dos elementos que compõem o rol das necessidades humanas. A reabilitação psicossocial é um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia (KINOSHITA, 2001). Neste sentido, reabilitação e construção da autonomia caminham lado a lado.

3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental

A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos entrevistados como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista jurídico-política dos direitos do portador de transtorno mental.

Eu acho que hoje a gente já tem uma rede assistencial muito mais capacitada e quantitativamente significativa; no Brasil já são 800 CAPS; o fato de que tem recurso financeiro do Ministério da Saúde destinado, especificamente, à saúde mental, isso facilita a criação do serviço no município; em termos das modificações em relação ao que seja a loucura, o que seja o transtorno psíquico, acho que apesar das dificuldades a gente já conseguiu avançar com relação a isso, a gente já conseguiu trazer a discussão pra sociedade de uma outra maneira, levantando a necessidade de olhar isso também de uma outra forma; a medida que as pessoas começam a sair dos hospitais e voltam a morar seja em residências terapêuticas, seja com a sua família, e conseguem se manter bem dessa maneira isso também vai mudando o olhar das pessoas, pelo menos daquelas que o cercam; os projetos que a gente chama de modificação da cultura, a modificação da cultura manicomial, isso eu percebo que há um avanço, gradual, lento, tem um monte de resistência, mas a gente consegue, conseguiu, tem conseguido, e isso implica também no avanço político, no sentido da garantia do direito, no sentido de ter algumas prerrogativas preservadas com relação ao direito do usuário; então, eu vejo que de uma maneira geral a gente tem avanços e avanços muito significativos se a gente compara o que era transtorno mental há vinte, trinta anos, nesse país, tem coisas muito importantes que eu identifico (F, 12/4/2006).

Acho que a própria existência de CAPS, os hospitais dia, de ambulatórios de saúde mental, próximos as casas de onde o paciente mora, o Programa de Volta pra Casa, a possibilidade de uma residência terapêutica, são todas medidas atuais e dispositivos atuais que possibilitam essa nova forma de encarar o que alguém portador de transtorno mental pode ocupar, o que eles podem ocupar; então, eles podem ocupar os espaços, eles podem começar a fazer parte daquela comunidade (J, 22/3/2006).

A fala a seguir expressa como foi, historicamente, se alterando a forma de assistência ao portador de transtorno mental e de atenção em saúde mental na política de saúde do município.

Eu acho que a questão de criar um espaço que é aberto já é uma conquista; eu acho que hoje a gente tem essas possibilidades de CAPS, no posto de saúde mesmo; [...] quando eu comecei a trabalhar na prefeitura, há 20 anos atrás, assim, era uma equipe de um psiquiatra com mais um monte de estagiários de psicologia que saía em uma Kombi velha pra fazer alguma coisa, quando pintava um problema lá com um paciente do Campeche por exemplo [...]; não tinha nada na prefeitura há 20 anos atrás de saúde mental, então, hoje já tem, está se criando uma rede, tem profissionais nos postos, tem psicólogos, se pensa em fazer treinamento de agente de saúde, treinamento de clínico geral, já se fez algumas coisas; eu acho que isso, imagino que alguém que fica confinado dentro de um espaço, ele ter a possibilidade de circular, mesmo o pessoal do HCTP, eu acho que pra eles, assim, tem uns que não querem muito mais que isso na vida, pelo menos eles não estão tendo que trabalhar duramente como trabalhavam quando eram crianças, vem aqui, circulam, comem uma comida, anda aqui, vê televisão, bom! talvez essa seja a vida que eles querem, talvez seja...., já sai lá daquela estrutura fechada (P, 17/3/2006).

Na seqüência, a entrevistada relaciona algumas formas de exercício da cidadania que o usuário pode acessar com o tratamento no CAPS.

É, se for pensar que muitos usuários eles tiveram uma história, antes do surto, de uma vida organizada socialmente, trabalhando, talvez seria a reconstrução da cidadania, mas a medida que vem todo o isolamento propiciado pelo hospital psiquiátrico, todo o estigma do transtorno mental que a própria comunidade coloca, realmente de fato foi perdida; quando ele chega no CAPS e se propõe a se beneficiar desse espaço, assim, de fato se vincula ao projeto terapêutico dele, acho que ele consegue reconstruir elementos pra essa cidadania, num primeiro momento autonomia, acho que o cartão do vale transporte, o exemplo que eu posso dar, o cartão do vale transporte que é oferecido no período que ele tem tratamento aqui é o mesmo cartão do cidadão que vai comprar lá no SETUF, então, aquele usuário que é estigmatizado, eu já presenciei essa cena, um usuário de uma comunidade de periferia que era o louco do bairro, ele entrou dentro do ônibus com o mesmo cartão que qualquer outra pessoa, passou o seu cartão, veio pro CAPS, depois foi embora pra sua casa, então, isso já é um elemento, muito pequeno, mas é um primeiro elemento talvez, que começa aí, de ele se reconhecer enquanto sujeito, enquanto cidadão, e depois aqui também, a possibilidade de participação, no momento que ele consegue produzir algo numa Oficina, no momento quando ele consegue, na clínica, se dar conta dos seus conflitos e ter mais qualidade de vida nas relações [...] (VIK, 24/3/2006).

Uma das entrevistadas fez destaque às formas de atuação que, na sua opinião, representam conquistas significativas e correspondem a práticas que favorecem o exercício da cidadania do portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Avanços, pra começar, acho que o grande avanço foi a Reforma Psiquiátrica, a construção do CAPS, dos CAPS, as portarias que fazem com que os hospitais psiquiátricos sejam substituídos por vários CAPS, esse foi o grande avanço em primeiro lugar, porque é o momento de tirada das pessoas desses castelos, dessas muralhas, não só porque ficaram ali presas, mas de todo aquele sofrimento mesmo, de miséria, enfim, como os últimos dos últimos, então, eu acho que esse é o primeiro ponto, é que os sofredores de transtorno psíquicos e mentais não ficassem segregados, mas poder estarem sendo mostrados e expostos - uma parte da sociedade, são pessoas que podem transitar, que estão aí, não necessariamente precisam ser escondidos como uma vergonha; junto aos CAPS, isso não caminha sozinho, tem a construção as redes de atenção básica também; [...] mas quando fala em cidadania acho que tem três eixos: um é a construção do CAPS, de serviços como o CAPS, outro são as residências terapêuticas e o outro a economia solidária; hoje eu vejo como isso, assim, esses três projetos, que foram feitos com luta, porque a primeira luta foi dos hospitais, então, tem as portarias que substituiu os hospitais por CAPS, progressivamente, tem toda a luta do movimento antimanicomial, tem as leis que protegem, tem esses três eixos; residência terapêutica é um lugar de resgate à cidadania porque a pessoa vai poder estar numa casa, vai poder comprar um bombril pra limpar a panela, vai poder comprar tomate e batata, vai começar a transitar no meio de outras pessoas, com a vizinhança, a se autogerir, poder fazer escolhas para sua casa, onde ele quer botar um quadro, onde ele quer botar o guarda-roupa, sua roupa, com outros colegas, mas enfim...; tem também a economia solidária que é o momento de autogestão, de fazer escolhas também, de decidir sobre sua vida, em uma certa instância, porque em última instância, em última análise ninguém daqui decide sobre a sua vida, nem eu, nem tu, a gente já nasce num sistema que te absorve e a gente é o que em última análise o capitalismo quer que a gente seja mesmo, nossa roupinha, nossa comida, nosso padrão de beleza, tudo a gente faz como é vendido; eu acho que essas iniciativas, porque a economia solidária não é só cooperativa, não é só associação, não é somente, é uma outra forma de produzir trabalho e discutir sobre esse lucro, que antes estava na mão de algumas pessoas, então, é dividir, eu também decido sobre o que é o meu trabalho, eu não me alieno dele, mas eu sei onde é que vai o meu trabalho (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Fleury (2004, p. 4), os grupos excluídos estão, em geral, impossibilitados de participar das relações econômicas predominantes no mercado, como produtores e/ou consumidores, e das relações políticas vigentes, os direitos de cidadania. Segundo a autora, esta situação é agravada pela transformação das políticas públicas de proteção social, afastando-se de um modelo de seguridade social, que buscava assegurar coletivamente o mínimo vital para todos os cidadãos, em direção à individualização da pobreza e da exclusão.

Conforme aponta Pitta (2001), o homem moderno, acriticamente, persegue formas de inclusão social pelo trabalho, desconsiderando o fato do trabalho não ser nem

tão disponível nem tão flexível para suportar as diferentes demandas individuais e coletivas que a sociedade moderna impõe. Não obstante, a tradição asilar e assistencialista das instituições psiquiátricas, historicamente, caracterizou-se pela função de excluir os marginalizados, produtos das disfunções do modo de produção capitalista e da divisão social do trabalho. Em geral, a população internada, e muitos dos egressos de hospitais psiquiátricos atendidos nos CAPS, está cronificada, com poucas chances de retorno ao mundo do trabalho capitalista.

A fala relacionada a seguir traz a compressão e reflexão, do profissional entrevistado, com relação ao conceito de cidadania e as implicações práticas deste quando se tem como parâmetro uma concepção e um modelo de cidadania pautado na lógica da racionalidade.

Eu tenho visto que está se percebendo uma maior clareza da necessidade dessa cidadania do portador de transtorno mental, porém ainda falta um pouco mais de discussão em nome de que direitos o portador de transtorno mental tem pra fazer cidadania, porque é assim, a cidadania dentro desse modelo francês - igualdade, fraternidade, liberdade, ela exige muito a questão da razão, pra você exercer cidadania você tem que falar em nome da razão, e muitas vezes o usuário, quando está em crise acaba não falando numa razão, acaba falando uma desrazão, e aí como fazer? como dar conta disso? ainda não temos resposta, em nome de que cidadania é reinventada uma cidadania para os loucos, mas tudo bem, isso é pra gente pensar; então, o avanço que tem em relação a construção da cidadania é quanto mais ter associação de usuários em que se discuta cidadania, mais vai ter cidadania, que eu não acredito que os CAPS tenham trabalhado muito nessa lógica, porque acaba não discutindo a questão da cidadania, que cidadania é essa, o que se entende por cidadania, o que é o ser cidadão [...](GIRASSOL, 20/3/2006).

A cidadania integra as exigências de justiça e exercício democrático do poder; o sentimento de pertencer a uma comunidade e de estar integrado a uma dada coletividade social, em determinado espaço territorial (FLEURY, 2004). A idéia de direitos do cidadão – civis, políticos e sociais – remete a construção dos Estados nações, em que o princípio das nacionalidades precede o ideal filosófico cidadania universal. A cidadania, definida pelos princípios da democracia, constitui-se na criação de espaços sociais de luta (movimentos sociais) e na criação de instituições permanentes para a expressão política; significa, necessariamente, conquista e consolidação social e política (VIEIRA, 2002, p. 40). Ainda, a cidadania passiva, outorgada pelo Estado, se diferencia da cidadania ativa, na qual o cidadão, portador de direitos e deveres, é essencialmente criador de direitos para abrir novos espaços de participação política.

Diversos são os obstáculos para o exercício da cidadania do portador de transtorno mental entre estes a vinculação dos direitos a racionalidade instrumental-cognitiva da ciência; a vinculação da sua prática a inclusão controlada no mundo do trabalho, modelo este que, no caso brasileiro, é denominado por Santos (1979) de cidadania regulada. Vasconcelos (2000b, p. 191) indica que, para aqueles que assumiram a proposta da desinstitucionalização e reinvenção da cidadania no campo da saúde mental, há de considerar que estamos diante de um terreno de relações de forças complexo e paradoxal, em que a manutenção do caráter democrático nas relações exige abandonar esquemas conceituais lineares, onipotentes, que queiram garantir de antemão a sua eficácia.

Fleury (2004, p. 12), observa que “a mediação entre os indivíduos e o Estado, através da igualização realizada na cidadania só é efetiva, na medida em que a sociedade civil seja capaz de realizar as funções de agregação dos interesses, reconhecimento dos sujeitos e sua inserção na esfera pública. Só assim a cidadania deixa de ser um invólucro legal e passa a ser um exercício na vida social”. Portanto, uma visão mais ativa de cidadania requer um sentido de sociedade civil como uma esfera pública onde os cidadãos se encontram em reconhecimento mútuo, e isto faz possível a sociedade plural.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referiram que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental substitutivos ao modelo tradicional/asilar. As falas a seguir identificam estas dificuldades fazendo uma análise da questão na realidade da sociedade capitalista atual.

Tem o mito de louco, do louco perigoso, do louco imprevisível, é algo que pesa muito [...], que é a lógica do mercado; pra nós, basicamente, estar inserido na sociedade é estar trabalhando, a gente se pauta muito por isso, pra poder se considerar inserido, vinculado no mundo você tem que estar no mercado de trabalho e, muitas vezes, essa lógica enlouqueceu muita gente, e as pessoas não conseguem, principalmente os usuários dos serviços de saúde mental, os psicóticos em particular, tem muita dificuldade em entrar nessa lógica, e se submeter a ela, coisa que pra qualquer um tem um custo muito alto em termos de saúde, eu digo quem está inserido mesmo no mercado de trabalho, em termos de saúde, de relação com a sua família, com as pessoas que gosta, com os amigos etc., isso tem...; viver para o trabalho é algo que pra nós é insalubre de uma certa maneira, a gente não faz outra coisa a não ser trabalhar; então, pra essas pessoas que estão fora do mercado de trabalho

é muito complicado poder voltar, o que sobra é uma rede de assistência que na nossa realidade é sempre capenga, sempre parcial, tem dificuldade em aceitar o louco por conta desses mitos, e, também, da própria resistência do usuário, da pessoa com esse tipo de dificuldade de entrar nessa lógica, no que ele de uma certa maneira faz muito bem, algo que cria outros problemas pra ele (F, 12/4/2006).

São tantas, é assim, primeiro lugar, eu vejo assim, com todo o preconceito que tem da loucura, tem uma coisa no nosso sistema capitalista que é a questão da produção, produção de capital, produção de bens, e inserção no comércio, no mercado de trabalho, então, o portador de transtorno, sofrimento mental, ele a princípio, quando ele está nesse estado, ele não é produtivo, produtivo pra esse sistema capitalista, ele não trabalha, ele não consome muito, porque ele não vai ter dinheiro, portanto, isso de maneira geral, a gente sabe que as pessoas de posse, que a loucura, o sofrimento psíquico ele atravessa qualquer classe, mas 90% tem isso; então, a princípio existe a exclusão, já existe esse preconceito também, mas muito mais que isso, que a sociedade de fato ela é dividida entre os que produzem, os que fazem a engrenagem funcionar e os que estão a margem, então, o usuário é mais um que está a margem, assim como o menino de rua, os rapazes do morro, então, ele é mais um, também, que causa incomodo, e ele no Estado, das políticas públicas do Estado ele seria como só o gasto, não seria mais uma produção; além de ser uma sociedade racionalista que tem toda a sua formação no discurso, no discurso reto, no discurso racional, na fala, a fala racional, na linguagem articulada como o único meio privilegiado de comunicação, e o usuário, muitas vezes, não tem esse instrumento, por conta da sua fragmentação, da sua história, da sua medicação, da própria coisa do delírio, muitas vezes ele não tem o tempo todo essa fala coerente, esse discurso, dessa forma já faz com que ele não seja inserido, uma vez que ele é a minoria digamos assim (LÉLI, 4/4/2006).

Hoje, a gente fala muito em rede de atenção psicossocial; eu percebo que é uma rede que ela tem que estar instituída, que são locais de proteção para o portador de transtorno mental, são as certezas, são os caminhos certos que os usuários teriam, a rede; o problema a começar é que nós não temos essa rede instituída, entendo por rede: emergência psiquiátrica ou emergência em atenção psicossocial em hospital geral, CAPS III, CAPS II, CAPS criança e adolescente, CAPS álcool e droga, associação de usuários, escritório jurídico para amparar o direito do portador de transtorno mental, atenção primária em saúde mental, equipes volantes, centros de convivência, enfim, tudo o que preconiza a rede em atenção psicossocial, esse seria o primeiro passo; então, essa dificuldade, não temos a rede em atenção psicossocial, esse é um passo; segundo, o próprio imaginário social das pessoas em relação a loucura e ao louco, isso é uma outra dificuldade, que daí entra em cena o estigma e o preconceito, onde o portador de transtorno mental passa a não ter crédito na comunidade, e isso ainda é uma dificuldade; e, claro, depois tem toda a questão do trabalho, as cooperativas de trabalho, que ainda não se discute muito em Santa Catarina, não conheço nenhuma cooperativa social de trabalho para portadores de transtorno mental, que é uma forma de gerar trabalho diferente dessa preconizada pelo modo de produção capitalista, que você tem que produzir pra receber, isso é uma outra dificuldade, a dificuldade em cima da questão do trabalho, do emprego, que muitos acabam tendo seu reconhecimento, sua valorização em cima

do dinheiro que tem no bolso, o poder contratual que a pessoa possa ter, as vezes, na sociedade, é o quanto ela tem no bolso, e a maioria dos usuários não possui isso, e é aonde muitos acabam querendo se aposentar para poder ter o seu dinheiro, que não tem outra alternativa ou clareza do que fazer pra ter dinheiro, então, esse é um problema enorme na questão da reinserção social (GIRASSOL, 20/3/2006).

Os participantes da pesquisa apontaram que uma das possibilidades para a (re)inserção familiar e social pode ser a separação das oficinas produtivas da área física do CAPS. Esta proposta e os projetos de geração de renda via economia solidária foram apontadas por alguns dos entrevistados como uma das alternativas para a realização de uma maior integração do serviço com a comunidade, bem como a melhor adequação do próprio espaço físico do CAPS.

[...] a questão do projeto de geração de renda, que eu acho que de fato está faltando, inclusive a gente já está também se mobilizando pra tentar criar um projeto nesse sentido, porque os usuários aqui, nas oficinas terapêuticas produtivas, eles conseguem ter acesso ao material específico de cada oficina produtiva, também, a técnica de produzir o artesanato, mas não tem mercado; eles conseguem vender as peças, conseguem resgatar uma grana, mas não é suficiente pra poder manter ele, manter as condições de sobrevivência; então, precisa implantar essa geração de renda, de fato acho que vai dar um gás pra essa (re)inserção dos usuários que estão sendo tratados do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Já para uma das profissionais entrevistada as dificuldades na (re)inserção social estão mais relacionadas a questões de singularidades dos portadores de transtorno mental.

Eu acredito que volta de novo pro estigma, vai voltar pra própria incapacidade, pra própria dificuldade do usuário, do paciente; muitas vezes eles poderiam fazer algo muito mais do que fazem, e aí tem o medo, o medo deles, o medo de eles terem de enfrentar a própria doença, de eles terem que enfrentar os outros, e a hora que eles conseguem fazer esse movimento aí vem o medo do outro, aí é mais fácil ficar parado, aí volta pro comodismo, mas de alguma forma se a gente consegue..., aí não precisa de grandes movimentos, eu imagino que pequenos movimentos dentro da comunidade, que seja, alguém ir conversar com o diretor da escola, ir conversar, aí a diretora consegue conversar na sala, vamos supor que tem alguns pacientes, mais jovens, que pelo surto psicótico deixaram de ir e aí não retomam, não retomam porque tem medo, porque as vezes vão rir dele porque ele é louco; então, pequenas intervenções, elas tornam possível mudar um pouco essa inserção, essa reinserção, mas a gente esbarra de novo na falta de técnicos pra fazer isso e também acho que até por uma falta de equipe, aí volta pra equipe, entende, não tem uma equipe que pense isso em conjunto, que age em conjunto e aí como fica muito personalizado, individualizado os atendimentos, cada um vai pra..., eu vou pro meu consultório, outro vai pra oficina e aí não tem a equipe (J, 22/3/2006).

Outra entrevistada referiu-se ao estigma e preconceito existente por falta de conhecimento e divulgação, exposição, seja nas universidades ou por parte dos próprios serviços de atenção, sobre saúde mental.

Bom, eu acho que entre elas a questão do estigma, do preconceito, e não é um preconceito.... a gente sabe que tem riscos em algumas situações, a gente também as vezes tem medo de algum paciente, te dizem ah fulano matou três pessoas..., não é um preconceito que nasce do nada, muitas vezes é um preconceito que de alguma forma é compreensível, mas você não pode ah então ta...; eu acho que não existe muito, você não vê muito nos meios de comunicação uma campanha em torno da desestigmatização, você vê de outras coisas, com relação a aleitamento materno, outras questões da política de saúde; com relação a saúde mental eu acho que se fala pouco na sociedade, se discute pouco; por exemplo, na universidade, até não sei se lá na saúde pública o pessoal da saúde mental tem feito mais coisa, até os alunos que vem fazer residência aqui, a primeira reação deles é: a gente está aqui e tem medo, nem eles foram preparados pra isso, então, você começa a avaliar que tem uma falta..., não se fala muito no assunto, acho que assim, não se fala no assunto na sociedade; assim como se faz grupos de mulheres lá nos postos de saúde pra tratar de questões de sexualidade, muitas vezes faz sala de espera pra tarar de questões..., não se faz uma sala de espera pra falar de saúde mental; então, eu acho que talvez assim, a gente pensar, bom! nós estamos nisso (na saúde mental) e nós nunca fomos fazer uma sala de espera no posto de saúde da Agrônômica pra falar de saúde mental, pra falar do CAPS, quem sabe a gente também precisasse fazer algumas coisas assim, começar uma divulgação maior; acho que pouca gente de fora do serviço, fora das pessoas que trabalham na saúde mental sabem da política do Ministério pra saúde mental, que existe uma política de criação residências terapêuticas; eu li relatos de pessoas no Rio (RJ) que tiveram muita dificuldade de alugar pra se fazer uma residência terapêutica, num prédio então, quando ficaram sabendo que eram pessoas que vinham de hospital psiquiátrico ninguém quis; então é muito difícil, e ao mesmo tempo tem experiências positivas, tem pessoas que estão na residência e diz que a vizinhança viu que eles não são bichos, que eles podem interagir, podem estabelecer laços de vizinhança, então, tem algumas experiências boas e algumas experiências que são difíceis (P, 17/3/2006).

No contexto do estudo foi perguntado aos profissionais entrevistados se a atual organização dos serviços de saúde mental favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais. Conforme pode ser observado nas falas relacionadas, as opiniões foram divergentes. Dois deles observaram sobre a necessidade da existência de diversas instituições e serviços articulados e integrados à proposta da rede de saúde mental para que seja possível favorecer a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental

Embora a estrutura se localize no município, pelo menos eu estou pensando em termos de utilização da rede; então, a gente tem no Brasil inteiro muita diversidade, tem cidades onde a rede está montada, foi instituída e funciona legal, não é o caso de Florianópolis, a gente tem dá pra dizer poucos serviços, são só três CAPS que deveriam estar regionalizados ou territorializados, mas não estão, e tem algumas equipes de saúde mental nas Regionais, nas sedes das regionais, então, eu vejo assim, tem uma rede a ser constituída, ela precisa criar os mecanismos pra que a pessoa possa usar isso como rede, isso em termos de atenção à saúde, quando eu falo em rede eu também não estou pensando só em serviço de saúde, estou pensando que há uma possibilidade de a gente ter uma rede que inclua outros serviços, que não sejam só os de saúde, só os especializados, que eu acho que é a nossa necessidade, você incluir outras instituições, outros programas, enfim, que tenham vinculação com a cultura, com o trabalho, com a arte, produção do conhecimento, com as universidades por exemplo, as universidades são um campo excelente, seriam um campo excelente pra gente poder trocar um monte de coisas, pelos programas de extensão que eles tem, pelos projetos comunitários etc., a gente podia estar fazendo parceria com as universidades, mas não conseguimos, não sai, não rola; [...] a saúde mental eu acho que é o melhor exemplo desse distanciamento porque é difícil encontrar uma universidade onde a Reforma Psiquiátrica esteja incluída, ou mesmo os temas da reabilitação psicossocial estejam incluídos nos currículos dos cursos de saúde, é raríssimo (F, 12/4/2006).

Então, essa rede montada de forma territorializada, principalmente, eu acho que esse aspecto da territorialização é fundamental, é chave pra conseguir a reinserção social, não só por facilitar o acesso do usuário, mas pelo fato de o serviço estar ali no seu território, isso é fundamental, além disso, o projeto de geração de renda, as vagas, os leitos psiquiátricos no hospital geral, é todo esse contexto que precisa ser implantado para de fato poder facilitar o trabalho de cada instituição dessas, seja do CAPS, seja do projeto de geração de renda, ou do próprio hospital geral, como um todo, assim, essa engrenagem funcionando bem aí sim vai ser mais rápida a reinserção social do usuário portador de transtorno mental (VIK, 24/3/2006).

A partir das colocações dos participantes da pesquisa, destaca-se a importância da rede de serviços na construção da cidadania das pessoas atendidas pelas políticas de ativação, as quais, segundo Fleury (2004), tem como objetivo a inclusão social de conjuntos populacionais definidos a partir da territorialidade. Tal proposta pretende tratar o território como um componente, tanto material como simbólico, da esfera pública. Neste sentido, a construção da cidadania passa, necessariamente, pela reconstrução das cidades e potencialização da rede de serviços na valorização das características objetivas e subjetivas da demanda local.

Na seqüência, um dos entrevistados enfatiza que a forma como são pensados e estão organizados os serviços de atenção não favorece a construção da cidadania dos usuários.

Não, não favorece, porque, primeiro, os serviços de saúde mental estão sendo construídos pra quê? Não tem muito claro ainda pra quê que se tem atenção básica em saúde mental hoje, pra quê se constrói centro de convivência, pra quê tem o CAPS? acho que o objetivo do serviço parece não estar muito claro, talvez eu esteja enganado; veja bem, a atenção básica é mais no sentido pra estar discutindo os seus conflitos, minimizando os “sintomas psiquiátricos”, e aí acaba não tendo um trabalho de reflexão sobre o contexto que a pessoa está inserida; [...] a questão da cidadania tem a haver..., quanto mais articulada for a pessoa, quanto mais ela se envolver com as lutas sociais, mais cidadania ela vai exercer, quanto mais clareza, mas crítica, mais conhecimento ela vai ter, ela vai desenvolver cidadania; então, a forma hoje como os serviços estão organizados, ela acaba não favorecendo essa questão da construção da cidadania porque ainda vem de uma lógica de modelo centrado no transtorno mental (GIRASSOL, 20/3/2006).

Uma outra profissional considerou ser difícil avaliar a questão pelo fato de a rede de serviços não estar implantada por completo, e por não ter avaliações sistemáticas dos resultados.

Olha, eu não sei se a gente já tem condições de fazer uma avaliação, a rede está meio que andando [...] assim, qualquer coisa que eu vá dizer é, assim, referente uma experiência ou outra, não sei se a gente tem condições de fazer uma avaliação enquanto rede; por exemplo, eu vi muitas experiência positivas em cidades como Campinas (SP) que eles já tem há mais tempo, por exemplo, residências terapêuticas, tem desde o começo dos anos 1990, tem muitas experiências boas de pessoas que conseguem transitar na vida, tem gente que está trabalhando; [...] eu acho que a gente precisa além de ter a política, de ter a carta de intenções, a gente precisa ter avaliações também, eu acho que uma questão dessa eu sinto que precisa ter uma forma mais sistemática de avaliar, qualquer coisa é uma coisa mais ou menos um olhar particular pra aqui pra ali, acho que no todo a gente não tem (avaliação sistemática), pelo menos eu não conheço ainda, pode ser que estão fazendo e eu não saiba ainda (P, 17/3/2006).

Já para duas das entrevistadas, a atual organização da rede de serviços na política de saúde mental favorece sim a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental.

Sim, eu acredito que sim, na teoria ela é muito importante e acho que trabalhando em todas as instâncias, se a gente for pensar naqueles mapinhas, os ambulatórios, os CAPS, hospitais dia, a escola, e os centros comunitários, os postos de saúde, todos capacitados; eu acredito que sim, a rede ela é bem estruturada e ela possibilita aos portadores de doença

mental, enfim, terem uma reinserção melhor e maior na sociedade, e também de entendimento do que ele tem, do que ele pode fazer, quais são os recursos que ele tem também pra lidar, dentro dessa rede (J, 22/3/2006).

Acho que sim, favorece, se tu me perguntasse se ela resolve, eu diria que não claro, ou até que ponto ela resolve, mas favorece sim, eu acho que tem um favorecimento relacionado a forma que as pessoas eram tratadas, acho que favorece muito mais (LÉLI, 4/4/2006).

É possível perceber nas falas relacionadas acima a preocupação com a efetiva implantação da rede de serviços em saúde. As redes, conforme proposto na política de saúde mental, possuem muitos centros, muitos nós que as compõem e as tornam complexas e resistentes. Estão embasadas na noção de território, como um sistema de relações e estruturas, muito mais que um simples espaço geográfico. O fundamental neste processo é que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento.

Neste sentido, torna-se de fundamental importância refletir sobre o exercício da cidadania no contexto das políticas públicas, cada vez mais segmentadas e focalizadas. Para Fleury (2004, p. 2), “as políticas atuais de inserção buscam reafirmar a natureza contratual do elo social em novas bases, com a revalorização do local e comunitário e a transformação do Estado em um animador e mobilizador de recursos societários. Reduzido a mantenedor da estabilidade de uma ordem econômica que produz a fragmentação e a exclusão social, o Estado, busca atuar de maneira compensatória e focalizada, atendendo aos grupos mais vulneráveis e/ou potencialmente ameaçadores da ordem social, por meio da convocatória da solidariedade lançada aos diferentes setores inseridos na ordem econômica. No entanto, a incapacidade de alterar as condições estruturais de produção da exclusão mostra os limites das políticas de ativação, cuja promessa de inserção social carece de expectativas de emancipação dos sujeitos e coletividades beneficiários”.

3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica

Os CAPS compõem o rol de serviços do modelo psicossocial de atenção em saúde mental proposto na e pela Reforma Psiquiátrica. Perguntamos aos entrevistados qual seria o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica e obtivemos como

resposta que este teria a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos ideais da própria Reforma.

Eu acho que a função imediata ela é servir como um ponto de articulação, porque a gente consegue criar um ambiente que é relativamente protegido e que dá ao usuário as condições de ele poder participar de outros circuitos; fundamentalmente é essa a função, de articulação; eu lembro de uma discussão que a gente fazia, em Brasília, uma vez, sobre essa importância excessiva que os CAPS acabaram adquirindo, como quase que o central do sistema hoje é o CAPS, mas ao mesmo tempo a necessidade de se ter um espaço como esse, principalmente, pra quem está vindo de uma internação prolongada ou pra quem sempre passou a vida dentro de um hospital psiquiátrico, se tem que ter um pólo, uma instância articuladora pra poder fazer a passagem, porque o cara não vai sair do hospital e retomar sua vida imediatamente, não vai, ele tem uma série de dificuldades que ele não consegue vencer, e o CAPS, nesse sentido, a função seria essa, de poder..., tem uma expressão que eu acho interessante que é: emprestar poder de contratualidade, ou seja, poder dá um certo aval de que esse sujeito pode participar novamente ou pode participar pela primeira vez dos circuitos sociais, pode fazer laços com outras pessoas, com outras entidade, outras instituições, esse é o aval que eu acho que um CAPS pode fornecer e essa é sua principal função (F, 12/4/2006).

É pensar o CAPS como um espaço em que o paciente vai estar usando e tendo apoio para os momentos de crise, e fora os momentos de crise, também, que não seja hospital, e aí, dentro da Reforma eu acho que o CAPS ele é fundamental, assim como os hospitais dia, é que aqui em Florianópolis a gente não tem hospital dia, mas eu acho que os moldes do CAPS (eles estão) é muito próximos, as vezes até é difícil dizer o que é um o que é outro; esse momento de transição do hospital para a sociedade, nesse momento o CAPS é algo muito importante, ele dá, é capaz de conter, dar uma continência pra o usuário, isso a gente percebe mesmo quando não tem nada, o paciente já está muito bem, eles voltam quando estão em crise, sem ter nada marcado, e só de estar aqui pra muitos já é confortante, então, a gente percebe que essa continência, esse acolhimento, e saber que ninguém vai vir aqui e amarrar e conter, porque acho que esse é o medo, de todo mundo, acho que isso já possibilita a procura, eu estou mal vou lá, vou buscar a ajuda do CAPS (J, 22/3/2006).

Eu diria que o CAPS seria o pensador da estruturação da rede de saúde mental, que via de regra o CAPS acaba sendo pra municípios de médio porte o primeiro serviço a ser instituído no território, no município, aí o CAPS acaba assumindo essa responsabilidade, a portaria fala bem disso, a 336, do que compete ao CAPS, e tem vários itens lá, entre eles organizar a rede de saúde mental no município, porém, acaba sobrecarregando os profissionais de saúde mental que atuam nesse CAPS; então, a importância do CAPS na operacionalização da Reforma, ele é importante enquanto um dispositivo crítico, ou seja, se o CAPS não ter a clareza do que seja a Reforma Psiquiátrica ele não vai

operacionalizar, ele só vai operacionalizar a Reforma Psiquiátrica quando ele entender que Reforma Psiquiátrica é o processo social complexo que se configura pelas quatro dimensões, enquanto ele não repensar, refletir a sua prática, o que ele está fazendo, o que não está fazendo, ter mais autocrítica, ele não vai conseguir operacionalizar a Reforma Psiquiátrica; ele tem importância porque tem vários atores, vários profissionais, é um time de pessoas, muito rico, envolvidas que estão no CAPS; agora, enquanto não ter claro o que é Reforma Psiquiátrica, esse processo, não vai conseguir fazer nada; ele é importante, mas se não tiver clareza de Reforma... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Na medida que o CAPS é a primeira, digamos, unidade, primeiro serviço que se propõem a substituir o hospital psiquiátrico já existe nisso por si só a sua importância; é substituição e não que a pessoa não possa ser internada, mas a idéia é que seja nos hospitais gerais, em algum leito nos hospitais gerais, então, bom, o CAPS é o primeiro ponto, é o primeiro lugar onde a pessoa vai passar o dia, onde vai ser tratado de outra forma o seu sofrimento, então, a importância dele está nisso, na importância política e clínica também (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que o CAPS, fundamentalmente, ele faz a clínica; se tem essa rede montada o CAPS faz a clínica, ele faz o atendimento psicossocial do usuário portador de transtorno mental, ele atende as questões mais subjetivas, e de fato toda esse mix de previdência social, a medicação, o atendimento psicológico, atendimento de enfermagem, mas se existe essa rede montada e aí vamos ter um projeto de geração de renda, aí ele vai fazer geração de renda, todas as Oficinas vão acontecer ali e não dentro do CAPS, o CAPS deveria estar na comunidade ele deveria estar territorializado (VIK, 24/3/2006).

Acho que todo mundo gostaria que ele pudesse ser um eixo desencadeador de todos esses ideais da Reforma Psiquiátrica, que a partir disso se experimentasse uma nova relação, que o paciente pudesse estar se soltando mais pra vida, pra construir seus projetos, seus ideais; acho que é muito importante poder retirar pessoas que estão enclausuradas há anos, criar esses mecanismos como residências, etc. pra pessoas que não vão resgatar os vínculos familiares, tem que procurar outras alternativas; acho que o CAPS ainda é uma instituição que é fundamental nessa política, ainda acho que ela pode fazer um papel importante; no dia-a-dia é um pouco mais difícil porque as vezes a gente não tem tantos mecanismos de avaliações, muitas coisas que também a gente vai capengando; quando você vê algumas experiências de pessoas que estão conseguindo dar conta da sua vida, saem, aí você vê que, bom! tem algumas coisas boas que estão acontecendo, o CAPS também está contribuindo; então, no meio dos prós e dos contras eu acho que os prós ainda são maiores, eu acho que é muito mais humano, muito mais um fator de justiça social você ter um espaço assim do que você ter uma pessoa enclausurada no hospital (P, 17/3/2006).

Neste sentido, conforme inscrito na Política Nacional de Saúde Mental, os CAPS devem assumir seu papel estratégico na articulação e no “tecimento” das redes de atenção em saúde mental. Tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da

rede de serviços, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, ONGs, empresas etc. (BRASIL, 2004, p. 12)

3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde

A proposta do progressivo deslocamento dos centros de cuidados em saúde mental para fora do hospital psiquiátrico, em direção à comunidade, colocada na e pela Reforma psiquiátrica tem nos CAPS o dispositivo estratégico desse movimento. Neste sentido, a rede básica de saúde torna-se o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os portadores de transtorno mental.

Essa rede é formada pelos centros ou unidades locais e/ou regionais de saúde, Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, que atuam na comunidade de sua área de abrangência. Os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, pois tem um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Por sua proximidade com as famílias e comunidades, as equipes de atenção básica são um recurso fundamental para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso de substâncias psicoativas e diversas formas de sofrimento psíquico. Neste sentido, é importante e necessária a integração e articulação dos CAPS com a atenção básica. Assumir esse compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção da saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo (BRASIL, 2004).

As atuais diretrizes da política de saúde mental do Ministério da Saúde orientam que, onde houver cobertura do PSF, deverá haver uma equipe de apoio matricial em saúde mental para no mínimo seis e no máximo nove equipes de PSF. E, que as ações de saúde mental na atenção básica devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2004).

No que se refere à relação existente entre o CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município e qual o tipo de relação existente, os dados coletados na

pesquisa indicam que: a maioria (91,7%) respondeu que sim, com ressalva de que é muito pouco, funciona de maneira precária e confusa, e que está num processo preliminar ainda. O profissional que respondeu não, observou que a rede está em processo de formação. Os profissionais cujas respostas foram positivas identificaram que a relação é de encaminhamentos, atendimentos em conjunto com as equipes de saúde mental das Regionais de Saúde, ajuda em atendimentos nas unidades locais de saúde, com os agentes comunitários de saúde, de referência, de acompanhamento, visitas domiciliares, encontro mensal dos trabalhadores de saúde mental da rede e encontro mensal dos psiquiatras da rede.

Sobre a relação do CAPS com as equipes de PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência alguns entrevistados observaram que a relação é pouca ou mínima, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda²³. Foram apontadas como justificativas o fato de o CAPS Ponta do Coral não estar territorializado, deste ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta do município, e a ausência de um planejamento e de estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente.

O CAPS como ele é único, então, ele é de toda a região; então, eu poderia até estar te respondendo que a gente tem um Posto aqui de cima do CAPS, que é o Posto da Agrônômica, ali tem o Programa de Saúde da Família implantado, com a presença dos residentes do Programa Saúde da Família e o contato que eu tenho, ele é meu, não existe nenhum outro programa ou vamos dizer convênio do CAPS com a Agrônômica, é meu aqui, assim como talvez seja da psicóloga em outro momento quando há essa partilha de paciente quando faz parte dos dois, então, eu só sei do que eu tenho, mas é muito pouco, eu tenho contato com alguns residentes que atendem alguns pacientes daqui, e eles precisam de algumas dicas ou, enfim, de se interar do que acontece, e eu também preciso saber como é que anda o acompanhamento deles lá, e aí entra em contato, as vezes vem aqui ou eu vou lá, mas são essas formas isoladas e depende daquele momento e da necessidade daquele usuário, não é algo que seja programado, que seja antecipado, institucionalizado, no sentido de firmar essas relações de uma forma.., não há; e, assim, o contato é com os residentes, não tem o contato com quem realmente vai ficar, porque os residentes passam depois de dois anos, eu também não tenho contato de quem é o médico, quem é o enfermeiro do Programa Saúde da Família, quem é o agente comunitário que vai na casa desses usuários, isso não tem, acho isso muito ruim, é muito falho, embora, volta pra aquela questão da equipe, que as coisas não são compartilhadas, você nunca sabe direito, é muito fragmentado, o que já foi feito, o que não está sendo feito; também não é delegado a função à ninguém de fazer, não há um planejamento pra isso (J, 22/3/2006).

²³ Em estudo sobre o CAPS de Palhoça/SC, Franco (2005) encontrou situação semelhante na relação do CAPS com o PSF e demais serviços de atenção básica municipais.

É mínima, é mínimo o contato, assim, as vezes, quando a gente necessita a gente vai atrás, tenta achar alguém que se interessa, que tenha alguma afinidade com a saúde mental, as vezes um agente de saúde que consegue se aproximar mais daquele usuário que mora lá e que resolve dá uma força, mas é assim, depende de uma série de coisas, da disponibilidade pessoal, da sorte de encontrar alguém etc., quer dizer é falta mesmo da articulação em rede, porque se a gente tivesse essa articulação o PSF automaticamente já seria acionado, e a gente não tem isso; claro, quando a gente precisa a gente até encontra uma boa resposta das equipes do PSF, mas pode não encontrar, tem um risco[...] não, isso não existe (articulação institucional CAPS – PSF), isso tem que ser construído, tem que ser proposto (F, 12/4/2006).

A relação que o CAPS tem é principalmente pra acompanhamento, a relação é essa, relação de acompanhamento, as vezes precisa realizar alguma busca ativa e não temos a possibilidade no momento, então, tem essa relação, a relação que a gente tem é mais no sentido de acompanhamento do próprio usuário; o que seria ideal, seria um pouco mais de estreitamento, discutir junto com o Programa de Saúde da Família alguns casos, nós irmos aonde os agentes comunitários estão, discutir algumas situações e isso não tem acontecido ainda; com essa lógica aí das regionalizações tem essa possibilidade; então, hoje existe uma relação, só que uma relação muito esporádica de situações isoladas e que precisa ser superada; o maior problema que existe é devido ao CAPS não ser territorializado, o CAPS II Ponta do Coral ele tem que atender uma demanda muito grande, basta ver o IBGE hoje, tem 400 e poucas mil pessoas em Florianópolis, então, é um CAPS II pra atender toda a demanda adulta do município, talvez o ideal seria um CAPS I em cada região, nas cinco regionais, e transformar esse CAPS num CAPS III no caso, e aí repensar depois toda a rede; então, a relação, ela se compromete com o Programa Saúde da Família devido a não territorialização do CAPS Ponta do Coral, a relação que existe é a relação de acompanhamentos isolados (GIRASSOL, 20/3/2006).

É uma relação ainda muito inicial ainda, um pouco precária; com os agentes comunitários a gente tem mais proximidade, no momento da visita domiciliar e no momento de fazer o resgate dos usuários que abandonaram, por algum motivo, o atendimento, mas acho que a relação poderia ser melhorada se o CAPS fosse territorializado, como a gente está aqui, é no centro pra todo o município, fica muito difícil, então, a nossa relação é muito mais com as referências regionais de saúde mental da atenção básica do que com as próprias equipes de PSF das unidades locais de saúde (VIK, 24/3/2006).

É isso que eu falei, essa perspectiva da regionalização que começou aqui visava uma maior articulação com a rede; eu acho que isso é um projeto que está ainda meio que na sua infância, ele está começando e, assim, o que eu te falei, a gente precisa sair mais daqui, no Norte (Regional Norte) a gente vai tentar essa experiência agora (realizar as reuniões da regional nos postos de saúde) de contato e incluir, por exemplo, os agentes comunitários nos processos de reunião com os pacientes daqui, tentar ver se eles podem estar acompanhando o paciente lá; tem uma paciente que está aqui que a gente esteve lá no Posto do Saco Grande pedindo pra equipe assumir alguns cuidados com essa paciente, eles se

dispuseram, mas assim, por enquanto ta muito mais alguma iniciativa aqui, ali, do que um processo mais amplo, não sei assim como isso vai caminhar com a história de já ter, por exemplo, profissionais regionalizados, isso também vai poder ser incrementado, esse é um desejo que eu tenho (P, 17/3/2006).

É muito pequena, muito, muito, muito, muito; eu não sei nem te dizer, em uma escala de um a dez acho que fica em dois, está muito pequena, está muito além do que poderia ser, eu acho que talvez com a implantação agora dos serviços na rede, nós temos em cada Regional um psiquiatra, dois psicólogos, uma média assim, está existindo mais aproximação, mas do CAPS não, muito pouco, muito pouco. [...] quando tu pergunta, hoje, qual é a relação do CAPS? eu não posso te mentir, pra mim é quase zero (LÉLI, 4/4/2006).

Buscando explorar as informações sobre a relação do CAPS com a rede municipal de serviços de saúde, perguntamos aos profissionais se o serviço realiza algum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. A maioria deles (75%) respondeu que não, dois referiram não saber responder e um respondeu que sim. Dentre os que responderam que não, um justificou que o CAPS não tem estrutura para atender mais esta demanda. Dois dos profissionais entrevistados disseram estar pensando neste tipo de trabalho. Um deles falou sobre a existência de um projeto, conforme relatado na fala que segue.

[...] a gente tem um projeto aqui que é de formação de acompanhantes terapêuticos, e no ano passado a gente formalizou esse projeto e mandamos pro Ministério da Saúde, ele foi aprovado e até hoje estamos esperando a liberação de dinheiro, mas enfim, o projeto foi aprovado, e a idéia era justamente transformar o agente comunitário de saúde num acompanhante terapêutico, e aí a gente faria a formação, uma capacitação, um curso de capacitação aqui, e depois faria o segmento com supervisões regulares, é uma forma de dar formação em saúde mental pra atenção básica e manter essa que é uma função do CAPS de dar supervisão e a formação mesmo pra esse nível da atenção; [...] a gente está esperando o dinheiro do Ministério da Saúde, ta lá pendurado, a gente olha o nome do projeto na internet, está lá, mas não tem nem empenho ainda, significa que não tem dinheiro destinado (F, 12/4/2006).

Para que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas na atenção básica é fundamental a capacitação destas equipes. A orientação é que as equipes de saúde mental de apoio á atenção básica incorporem ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. Conforme aparece na fala do profissional, são previstos recursos para o financiamento deste tipo de ações, embora, muitas vezes, a dependência de orçamento, a morosidade burocrática e/ou

ausência de decisão política, que justificam a longa demora, acabam por desestimular, dificultar, inviabilizar as iniciativas dos profissionais.

Repetidamente, temos ressaltado neste trabalho que os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico para a organização da rede de atenção em saúde mental, conforme é indicado nas diretrizes políticas da Reforma Psiquiátrica. Nesta direção, questionamos os técnicos da equipe do CAPS Ponta do Coral sobre qual o lugar que o serviço ocupa na rede municipal de atenção em saúde, em Florianópolis. As falas transcritas na seqüência destacam o fato deste não estar territorializado e, portanto, não se constituir no serviço regulador da porta de entrada para o atendimento em saúde mental. As equipes de saúde mental nas referências das Regionais de Saúde é que, atualmente, constituem-se no serviço primeiro de atenção em saúde mental. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhados pessoas com transtorno mental grave.

Seria esse serviço que articula, que regulamenta; não necessariamente ele é uma porta aberta que entra qualquer um; eu acho que ele pode até ser a articulação e a regulação, pode ser feita até capacitações nas equipes locais de unidades básicas, que a partir daí você vai poder em um caso de uma ansiedade ou uma briga com o namorado, “eu tomei 4 aspirinas”, não vai chegar aqui no CAPS; vai chegar aqui no CAPS realmente aquilo que for um caso mais grave, e só há possibilidade de isso acontecer a partir do momento em que as unidades locais estejam todas capacitadas e entendendo, até porque assim diminui o trânsito desse paciente; vamos supor: ele sai de uma cidade, vem pra Florianópolis, daí diz: onde é que eu vou num psiquiatra? Ah! vai lá no CAPS, aí alguém fala: mas tem que passar no clínico antes, aí passa no clínico, aí o clínico encaminha pro psiquiatra, daí ele não sabe onde vai procurar o psiquiátrica - vem pro CAPS, não vem pro CAPS, aí vem pro CAPS, mas é que na verdade ele toma fluoxetina há 2 anos, está em tratamento de manutenção porque ele tem um quadro de depressão recorrente, não é caso CAPS, então, isso já poderia ter sido triado lá no começo, o paciente já poderia estar tendo as consultas desde o início, todas acertadas, sem precisar ficar correndo de um lado pro outro [...]; então, eu acho que ele tem esse papel, tem essa função de regular, de saber o que está acontecendo no hospital, na Colônia, e ter esse contato, uma ligação sempre com a Colônia, e com os Postos de saúde [...]. (hoje, o CAPS faz isso?) algumas coisas, bem isoladas, de novo, é meio como um apaga fogueira; por exemplo, hoje, a gente foi fazer uma visita domiciliar lá no Saco Grande (bairro de Florianópolis) porque o paciente estava em tratamento psiquiátrico particular e parou de tomar o remédio, e aí a gente foi lá, só que o paciente não queria falar com a gente, mas, assim, eu chego lá, converso com a equipe que está lá naquele local e muitas vezes é só a psicóloga; também tem um certo descaso, no sentido de que ah! agora eu não posso falar, porque não percebe que conversando sobre aquele caso vai possibilitar que isso seja ampliado pra outros casos, pensam-se saídas semelhantes pra outro momentos, mas, assim, acaba virando um apaga fogo, e toda hora você tem que ir

apagar um fogo; então, existe um pouco, mas não de uma forma bem usada (J, 22/3/2006).

É atenção secundária como se diz; ele regula e não regula; [...] tudo vai passar muito pela clareza que os profissionais que estão na saúde mental tem em relação a própria epistemologia, tem em relação a própria política, tem em relação a própria noção de SUS, a própria noção de controle social, a própria noção dos princípios do SUS; então, tudo vai passar por isso, porque que eu estou dizendo isso, o CAPS é uma atenção secundária como a gente chama, eu acho ainda que o atendimento mais complexo, o atendimento terciário, deveria ser no território, acho que centrar as forças no território [...]; então, [...] a atenção básica é onde deveria regular isso, a regulação dessa entrada nesse sistema de saúde mental, nessa rede de saúde mental ela teria que ser prioritariamente atenção primária em saúde; então, as vezes, por necessidades especiais, por situações específicas, a pessoa acaba vindo direto pra cá, direto pro CAPS e aqui a gente atende, e, as vezes, essa pessoa não é indicada pra estar no CAPS, aí volta pra atenção básica, então, tem essa dificuldade, ou seja, o lugar que o CAPS ocupa na rede municipal de atenção em saúde é uma atenção secundária à pessoa com transtorno mental grave, já avaliada pela atenção primária em saúde, aquela pessoa que corre risco de suicídio, que acaba prejudicando a vida de outras pessoas, que está muito mal, nesse sentido (GIRASSOL, 20/3/2006).

Regulador da porta de entrada: não; como não é territorializado, a gente tem esse problema de ser serviço de referência pra onde vem os pacientes já encaminhados, ele passou pela porta de entrada do sistema lá no Posto, ele vem encaminhado pra cá ou através dos hospitais psiquiátricos, que é também uma outra forma de encaminhamento, mas a gente não faz a regulação da entrada; hoje, também, como tem equipes mínimas de saúde mental nas regionais, elas também funcionam muito mais como a reguladora do que nós; a porta de entrada é pelas equipes de saúde mental das regionais (F, 12/4/2006).

Eu acho que são várias coisas, por ser o único CAPS, pela rede não estar estruturada ainda, e pelas pessoas não conhecerem o serviço da rede, existe uma mistura, assim, o que é pra ir lá pro psiquiatra do Sul (regional de saúde), o que é pra vir pro CAPS; qual é o papel do CAPS, é a não internação, mas não tem CAPS III, então, a noite o cara não tem pra onde ir, na verdade, o CAPS ele é um espaço que regula a entrada do usuário sim, num primeiro momento sim, porque todos os que foram para a atenção básica muitos foram daqui, muito mais que a procura de fora daqui, primeiro eles vem pra cá, depois eles vão pra lá, agora o processo até está sendo inverso, já estão procurando a atenção básica porque eles já estão conhecendo, mas antes era daqui pra atenção básica, e é o único espaço, programa que acolhe o usuário psicótico, com transtornos mentais graves, porque a rede básica, ela não atende, se o cara tem um surto psicótico, está com qualquer surto, que está mal, ou ele tem um embotamento, ele não fala, está na família há anos, está lá segregado, está lá no quatinho dos fundos, não é caso de atenção básica é caso CAPS, então, ele é o único serviço de Florianópolis que se propõem a atender o usuário, o portador de sofrimento psíquico fora de hospital (LÉLI, 4/4/2006).

Ele é o primeiro serviço de saúde mental do município, primeiro serviço estruturado, credenciado no Ministério da Saúde, eu penso que ele tem um papel importante, ele serve como uma referência de atendimento em saúde mental a usuários portadores de transtornos mentais; dentro da rede, hoje, a gente tem as referências regionais de atenção em saúde mental na atenção básica, nas ULS, que são as unidades locais de saúde, então o CAPS serve como referência de atendimento a usuários com transtornos mentais graves do município de Florianópolis, é pra isso, essa é a função (VIK, 24/3/2006).

Pelas falas dos profissionais evidencia-se que Florianópolis não tem uma política municipal de saúde mental estruturada. A rede de serviços está em processo de formação e implementação. As ações ainda são muito isoladas e fragmentadas, sem uma direção comum. É notório que um único CAPS para atender a totalidade da demanda adulta do município é insuficiente. As possibilidades de atuação do serviço na prevenção e promoção da saúde mental, na capacitação e supervisão das equipes de atenção básica ficam, assim, prejudicadas e/ou inviabilizadas.

No processo de operacionalização da Reforma Psiquiátrica, conforme as orientações da Política Nacional de Saúde Mental e as propostas aprovadas na III CNSM, é necessário que os gestores estaduais e municipais estabeleçam mecanismos efetivos para o controle das internações psiquiátricas. De acordo com a Portaria GM/MS n ° 336/02, os CAPS devem possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou modulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local (BRASIL, 2002a). Com base nisto, perguntamos aos entrevistados se o CAPS tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Eles referiram que não, contudo, divergiram sobre como o serviço fica sabendo quando ocorre internação de seus usuários.

Não tem. A gente fica sabendo quando a família comunica ou quando é usuário de atenção intensiva, ou ele fez uma crise ou ele desapareceu do serviço, aí pela falta mesmo, pela ausência que ele provoca a gente vai atrás e fica sabendo que ele foi internado, mas a gente não tem instrumentos de controle sobre isso; a gente faz, no momento da internação, a gente procura manter pelo menos uma visita da equipe da Regional pra não perder o vínculo etc., mas nada formalizado, assim, no momento que aparece, que a gente fica sabendo; geralmente, a gente sabe, hoje é relativamente fácil, não acontece daquilo... fulano desapareceu e de repente aparece ele dois meses depois aqui novamente..., sai da internação ontem e tal, isso não acontece mais, geralmente a gente consegue ficar sabendo (F, 12/4/2006).

Não. Na realidade a família leva pra internar e pronto, as vezes comunica, as vezes a gente fica sabendo quando a gente vai fazer uma visita lá, muitas vezes a gente nem sabe que o paciente ficou internado, a não ser quando a gente liga, e aí o que está acontecendo, não está vindo, mas ele foi internado; então, não há esse controle e também quando é internado lá, dificilmente, alguém entra em contato, nunca vi, entra em contato olha fulano de tal está internado aqui com a gente, não tem essa comunicação (J, 22/3/2006).

Em relação ao controle das internações psiquiátricas, oficial e formal, nós não temos; estou falando enquanto profissional que atende uma determinada regional de saúde, isso nós não temos; o que poderia ser feito: um maior estreitamento com o “manicômio”, com o IPQ ou o São José (hospitais psiquiátricos), que quando internasse pessoas lá teria esse contato aqui, pra gente já ir conversando, já acompanhando juntamente com a equipe do hospital psiquiátrico essa pessoa, porque final de semana ou depois das 18 horas o serviço não atende, as vezes as pessoas entram em crise e a gente não tem como acompanhar isso, não tem como saber; o acompanhamento que tem é, as vezes, os familiares nos avisam que a pessoa está internada, quando a gente acompanha essa pessoa e fica sabendo que ela acabou internando; então, não tem uma política mais estreita de acompanhamento de internação psiquiátrica, isso não tem. (GIRASSOL, 20/3/2006).

Da área de abrangência seria toda a cidade, isso não, mas dos usuários aqui sim, atendidos aqui sim; [...] geralmente, assim, quando o usuário está iniciando um surto a gente tenta fazer o atendimento pra prevenir a internação, pra evitar de fato a internação psiquiátrica, só que nós estamos aqui até as 6 horas da tarde e não estamos final de semana, então, a gente não está nem a noite nem final de semana, e aí acontece de a família internar, isso acontece pouco, muito pouco, e quando acontece a gente faz o atendimento no próprio hospital, a gente vai até lá faz o atendimento, mas é pouco assim, agora da cidade como o todo a gente não tem (VIK, 24/3/2006).

O controle ele tem pelo prontuário, não poderia te dizer que tem um controle do ponto vista de uma escala, ah anualmente quanto a gente tinha e quantos foram internados, [...] o usuário se ele foi internado a gente não soube, se está internado, aí ele aparece aqui depois da internação, um mês ou dois meses, a gente tem escrito no prontuário, esse é digamos o que a gente fica sabendo (LÉLI, 4/4/2006).

Não, eu digo por nós, eu acho que, as vezes, a gente... ah o paciente foi internado, como acontece de a gente saber, e as vezes a gente vai lá fazer uma visita, as vezes tem a questão do carro (o CAPS tem um carro a disposição somente um dia por semana), e a gente fica...; sempre que acontece e tal, as vezes, a gente nem fica sabendo, quando vê o paciente já está de volta, as vezes acontece essa situação; eu fui tentar fazer um pequeno levantamento pra fazer essa avaliação e percebi que a gente não tem registro de quantos dias o paciente ficou internado, se ele ficou internado quantas vezes durante o tempo que está em tratamento aqui, falta um registro melhor e um acompanhamento melhor dos técnicos; (como ficam sabendo da internação) as vezes o paciente volta já depois, as vezes a família liga avisando, [...] o hospital não me lembro se eles ligaram, só se precisar de alguma coisa, em geral, eles não ligam; então,

assim, o paciente saiu aí eles trazem de novo aquele encaminhamento, ou ele vem pra cá porque, normalmente, ele já estava aqui, mas assim, a gente tenta ao máximo que ele não precise ser internado, essa política existe, segurar a crise (P, 17/3/2006).

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que a internação e a reinternação psiquiátrica deverão ocorrer após avaliação da equipe técnica de saúde mental dos serviços substitutivos, devendo ser estabelecidas formas de controle único para a emissão de AIH, assegurando que todas as internações necessárias sejam autorizadas pelo serviço público, preferencialmente de base territorial (BRASIL, 2002a).

Conforme pode ser observado nas falas dos participantes da pesquisa, a insuficiência do CAPS em exercer o controle das internações referente a sua clientela e a demanda no município refere-se ao fato de o serviço não estar territorializado, sendo inviável cumprir com tal exigência no âmbito da totalidade de uma população de aproximadamente quatrocentos mil habitantes, distribuídos numa área geográfica de 436,5 Km². Com a implantação das equipes de saúde mental nas Regionais de Saúde, estas passam a ser as responsáveis pela regulação da porta de entrada no sistema de atendimento. O CAPS II Ponta do Coral passa a ser a referência para onde são encaminhadas pessoas com transtornos mentais graves, egressos de hospitais psiquiátricos, internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). A falta de controle das internações psiquiátricas é uma realidade também de outros centros de atenção psicossocial, conforme verificado por Franco (2005), em seu estudo sobre o CAPS do município vizinho de Palhoça/SC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha deste tema de pesquisa está relacionada à minha trajetória de estudos no Curso de Graduação em Serviço Social e à minha inserção como pesquisadora no Núcleo de Estudos e Pesquisas Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas (NESPP) do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. A esta trajetória soma-se a experiência de Estágio Curricular em Serviço Social, realizada no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis, em 2003, da qual resultou o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Programa Alta Progressiva: uma contribuição para o processo de reabilitação psicossocial no HCTP de Florianópolis”. Com o referido Estágio foi possível vivenciar o contato direto com a realidade de algumas instituições como hospitais psiquiátricos e centros de atenção psicossocial da rede municipal e estadual de serviços de atenção em saúde mental, fato este que estimulou a busca de novos conhecimentos e o desejo de atuação profissional na área. A continuidade dos estudos foi possibilitada por meio da entrada como mestranda no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da mesma universidade. Sendo assim, o trabalho que apresentado nesta dissertação tem estreita relação com meu percurso profissional e meu desejo pessoal.

Conforme destacamos no decorrer do estudo, a reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

A implantação de uma nova política de atenção, com as implicações socioculturais da proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira passa pela necessidade de articulação intersetorial e por ações que contribuam para alterar as representações sociais sobre a loucura e os direitos dos portadores de transtornos mentais. A transformação do modelo assistencial e de um conceito teórico em diretrizes operacionais é um processo complexo e depende de vários fatores para que se mantenha a direcionalidade pretendida pelos diferentes atores sociais, participantes do jogo social.

Especificamente, no caso do CAPS estudado, as dificuldades de concretização dessa nova lógica de atenção em saúde mental perpassam e se inter-relacionam nos diferentes eixos que compuseram a presente pesquisa.

No que se refere a estrutura física, os profissionais indicam que o CAPS conta com espaço e equipamentos adequados às necessidades do serviço. Entre os anos de 2003 a 2004, o CAPS passou por uma reforma em suas instalações, ficando estas, adequadas aos objetivos da unidade. As condições poderiam ser melhores se as oficinas produtivas fossem realizadas em outro local, pois além de favorecer a utilização do espaço hoje ocupado para outras atividades, possibilitaria a inserção dos usuários em outro ambiente, favorecendo-lhes sua sociabilidade.

Em relação aos materiais de consumo, os problemas vão desde a ausência total de objetos e utilidades básicas à manutenção do serviço até o recorrente atraso no repasse dos materiais necessários às oficinas terapêuticas e de produtividade. As oficinas ficam prejudicadas e até mesmo paralisadas por conta das faltas de recursos e dificuldades de gestão adequada do serviço. Esta situação coloca em prejuízo o projeto terapêutico de tratamento dos usuários e a eficácia e efetividade dos propósitos da nova política de atenção em saúde mental.

No campo da gestão do CAPS, apesar da histórica escassez de recursos destinados à saúde, foram evidenciadas situações problemáticas, principalmente no processo de descentralização político-administrativa, que poderiam ser melhoradas a partir dos recursos existentes. De acordo com os resultados da pesquisa, 50% do grupo de técnicos afirmam que existe planejamento e avaliação das ações. Alguns deles observam estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação, objetiva e sistemática, dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declaram não existir processo de planejamento e avaliação das ações, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

Sobre este aspecto, cabe destacar que as técnicas disponíveis na área de planejamento e avaliação de serviços de saúde têm mostrado bons resultados quando aliadas à vontade política de mudar a situação. Apesar dos dados demonstrarem uma divisão entre os técnicos no que se refere a afirmação sobre a existência de planejamento e avaliação, destacamos que as poucas ações que acontecem giram em torno das atividades que são e aquelas que poderão ser realizadas, e na discussão sobre as dificuldades cotidianas do trabalho na unidade. As avaliações são informais, realizadas na reunião

mensal da equipe técnica e nas reuniões clínicas semanais, sendo notório a ausência de um processo de planejamento estratégico, sistemático e contínuo do projeto terapêutico do CAPS, bem como, de avaliação de indicadores.

Com relação aos recursos financeiros, os resultados da pesquisa apontam para o que já vem sendo denunciado por autores como Amarante (2003; 2005): o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. O pagamento pelo sistema de procedimentos realizados, por meio das APACs, condiciona a existência de recursos à produtividade do serviço. Quando os CAPS não estão articulados com outras políticas sociais necessárias à sobrevivência do usuário e a adesão dele ao projeto de vida que o serviço deve-lhe oferecer, a tendência é fracassar.

Para que a pessoa possa freqüentar o CAPS ela precisa de condições materiais e psicossociais básicas, como moradia, transporte, alimentação, auto-estima, estímulo, desejo, etc.. Quando o usuário não desfruta de tais condições as chances dele se vincular ao projeto terapêutico são menores e, conseqüentemente, sem a participação ativa dos usuários o CAPS não terá produtividade. Ainda, nem todas as ações realizadas no CAPS constam na tabela de procedimentos pagos pelo atual sistema do SUS, dificultando as atividades de ressocialização que envolvem trabalhos na comunidade e na sociedade.

Os profissionais afirmam que os usuários participam do planejamento das atividades do CAPS. Referem que isso acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Neste caso, foi possível perceber que a participação dos usuários em geral diz respeito mais a questões cotidianas do funcionamento do serviço. A associação participa diretamente da comercialização dos produtos confeccionados nas oficinas e na realização de alguns convênios com entidades da área da cultura, lazer, ensino, etc. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada, que abarque as especificidades da área da saúde mental e envolva os usuários, os familiares e os técnicos como sujeitos partícipes do processo de gestão do serviço.

No eixo recursos humanos e projeto terapêutico existem contradições explícitas e implícitas que perpassam o discurso e as práticas dos técnicos que prestam assistência aos usuários do serviço. Eles reconhecem e destacam a relevância do trabalho em equipe, argumentam que este traz a possibilidade de trocas entre as várias áreas do conhecimento e a conseqüente oferta de um atendimento multidimensional. Contudo, relatam dificuldades

na realização deste trabalho, devido a uma suposta diferença de formação profissional e de concepção, com relação ao que sejam os objetivos do CAPS e da Reforma Psiquiátrica. Indicam existir interdisciplinaridade no atendimento ao usuário, no entanto, percebeu-se que a concepção de interdisciplinaridade aparece muito mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade, estando ainda distante dos ideais da intertransdisciplinaridade.

Sendo assim, cabe destacar que sem a devida clareza e consciência do que exatamente deve mudar corre-se o risco de que, fundamentalmente, se modifiquem os espaços de realização do tratamento, transferindo-se e conservando-se as práticas de exclusão e discriminação. É preciso se ter em conta que toda dimensão técnica tem também uma dimensão política. Dessa forma, faz-se necessário questionar-se sobre o que se pretende com o “fazer” nos novos serviços de atenção à saúde mental e que valores estão presentes nas ações executadas. O usuário precisa ser percebido como sujeito do processo saúde-enfermidade, e não como objeto e instrumento do exercício das relações de poder disciplinar.

Com relação ao eixo participação do usuário e da família no tratamento, os participantes da pesquisa identificam dificuldades em realizar o atendimento familiar no CAPS. Os profissionais relacionam como justificativas, a falta de técnicos qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades da equipe. Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que seja o transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, também foram relatados pelos entrevistados. Entre os obstáculos para a (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e o estigma da loucura ainda presentes no imaginário social das pessoas.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacam o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário. Neste aspecto queremos destacar a necessidade de se reconhecer, no processo de implantação da Reforma e da política de saúde mental, um projeto ético-político social, capaz de reavaliar, substancialmente, o conceito tradicional de

“doença/saúde mental” e, conseqüentemente, a forma de como lidar as diferenças em sociedade.

No eixo (re)inserção social procuramos identificar se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas à desinstitucionalização e à reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referem que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras. A maioria deles afirma que não existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer.

Tais dados nos remetem ao questionamento sobre como a Reforma Psiquiátrica, em sua aplicação prática, apresenta certa inércia política. Existe uma lacuna entre o referencial teórico do novo modelo de atenção e as práticas que se efetivam no cotidiano dos serviços. Com isso, queremos chamar a atenção para a necessidade urgente de se construírem ações de atenção que favoreçam o conhecimento de si, reforcem a autonomia, o cuidado de si e a emancipação do sofredor psíquico.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referem que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental. A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos profissionais como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista político-jurídica dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico. Na visão dos participantes da pesquisa, o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica relaciona-se a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos pressupostos da própria Reforma. Não obstante, destacamos aqui a necessidade de se refletir sobre o descompasso entre a vitória no campo jurídico, o novo discurso da Reforma Psiquiátrica e um fazer prático que parecem ainda negar a emancipação do portador de transtorno mental.

No eixo integração do CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município, os dados coletados na pesquisa indicam que a relação existente é pouca, funciona de maneira precária e confusa, e que ainda está num processo preliminar. A articulação com as equipes de PSF e PACS também é insuficiente, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda. A unidade não realiza nenhum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. Apenas dois profissionais referiram estar pensando neste tipo de trabalho.

Foram apontadas como justificativas para esta situação o fato do CAPS não estar territorializado, de ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta de todo o município, e a ausência de um planejamento e estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhadas pessoas com transtorno mental grave. E, segundo os entrevistados, não tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Neste aspecto, vê-se a urgência na redefinição da abordagem em saúde mental, fazendo-se necessário a construção de estratégias de atenção integral, dentro dos princípios do SUS, que envolvam o portador de transtorno mental como cidadão, a família, o Estado e a sociedade.

De acordo com os profissionais existem diferenças no atendimento prestado no e pelo CAPS em relação aos hospitais psiquiátricos. Eles se referem às diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência do discurso médico psiquiátrico do hospital, e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e as necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial, em contraposição ao tratamento igual para todos das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Por fim, os dados coletados na presente pesquisa indicam que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes, prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a relação eficácia/efetividade dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Concluimos, com este estudo, que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é ainda um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológica, técnico-assistencial, político-jurídico e sócio-cultural.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____, P. (coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995a.

_____, P.. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. vol.11, no.3, jul./set. 1995b, p.491-494. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 14/09/2005.

_____, P. A (clínica) e a Reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. pp. 45-65.

_____, P. **A epistemologia e a Clínica da Reforma**. Conferência proferida no IV Encontro Catarinense de Saúde Mental. Florianópolis, 30 de junho a 2 de julho de 2005. (anotações manuscritas).

BASAGLIA F. (coord.) **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 3ª ed. Tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002a, 213 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em Saúde Mental 1990-2002**. 3ª ed. revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAPS II PONTA DO CORAL. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. **Projeto Terapêutico**. Florianópolis, 2004.

CORREIA, M. V.C..Que controle social na política de Assistência Social? **Revista Serviço Social & Sociedade**. N. 72. São Paulo: Cortez, nov. 2002, pp. 119-144.

COSTA, R. C. R. da.. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia e Política** Nº 18: 49-71 JUN. 2002

COSTA –ROSA, A. da; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. p. 13-44.

COSTA-ROSA, A. da.. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asialr. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. p. 141-168.

CHIZZOTTI, A.. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R.. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

DESVIAT, M.. **A Reforma Psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental**. In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

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

FLEURY, S.. **Espaço, território e cidadania**: a cidade dos cidadãos. Trabalho apresentado no VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra (16,17,18 de setembro), 2004. Disponível em: <www.ces.uc.pt/LAB2004>. Acessado em 20 de fevereiro de 2006.

_____, S.. (org.). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989.

FREIRE, F. H. M. de A.; UGÁ, M.A.D.; AMARANTE, P. Os centros de atenção psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

FRANCO, S. de O.. **Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de caso**. 2005. 110f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Florianópolis, 2005. 110f.

FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial**. Percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004.

GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E.. **A pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, R.. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M.. **Microfísica do poder**. Trad. de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graaal, 1979.

MINAYO, M. C. de S.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC; ABRASCO, 1994.

MIOTO, R.C.T.. Família e saúde mental: contribuições para reflexão sobre os processos familiares. **Revista Katalysis**. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico. Departamento de Serviço Social. N.2 Florianópolis: Editora da UFSC, 1998.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental: em busca da articulação e qualificação das ações em saúde**. Monografia

(Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Latu Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

OLIVEIRA, W. F.; DORNELES, P.. Patrimônio e ambiente da loucura: a formação do profissional de saúde mental e o dialogo com a vida da cidade. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

PITTTA A.. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje. In: PITTA. A.(org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral**: desvelando sua significação. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

_____. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

ROSA, L.C.dos S.. Os saberes construídos sobre a família na área da saúde mental. **Revista Serviço Social & Sociedade**. N° 71. Ano XXIII. São Paulo: Cortez, set de 2002, pp. 138-164.

_____. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, F., et. al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SANTOS, W.G.. **Cidadania e Justiça**. Rio de Janeiro: Editora Campos, 1979.

SARACENO, B.. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SOUZA, W. da S.. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. jul./ago. 2001, vol.17, no.4

p.933-939. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 19/10/2005.

SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Teses em Enfermagem, 42).

STUANI, D.. **Projeto de Estágio**. (Projeto de Estágio Curricular apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina). Florianópolis, 2005. texto digit.

TENÓRIO, F. G. (org.). **Gestão de ONGs**: principais funções gerenciais. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

TORRE, E.H. G; AMARANTE, P.. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. [online]. 2001, vol.6, no.1 [citado 05 Dezembro 2005], p.73-85. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br> >. ISSN 1413-8123.

TRIVIÑOS, A.N. S.. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. (org.). **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000a.

_____, E. M. Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000b. p. 169-194.

VIEIRA, L. **Cidadania e globalização**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Formulário a ser aplicado a todos os profissionais da equipe do CAPS.

Identificação

Nome:

Apelido:

Formação:

Ano:

Capacitação específica na área: Sim Não

Nível: residência especialização mestrado doutorado

Tempo de serviço na instituição:

Tipo de vínculo empregatício: Servidor público concursado contrato temporário

Outro. Especifique _____

Regime de trabalho: _____ (horas semanais)

Tempo de atuação na área:

Experiência de atuação profissional em outra instituição: Sim Não

Qual:

Tempo:

Principais perguntas

- 1) A área física do Caps é suficiente para o atendimento da demanda? Sim Não
- 2) As instalações são adequadas para a realização das atividades propostas? Sim Não
- 3) Os equipamentos disponíveis são suficientes? Sim Não
- 4) Estão em bom estado de utilização? Sim Não
- 5) Os materiais disponíveis são suficientes? Sim Não
- 6) Existem dificuldades na realização das atividades do Caps Sim Não. Em caso de resposta afirmativa, especifique as cinco principais? _____

- 7) O trabalho é realizado em equipe? () Sim () Não.
- 8) Existe algum tipo de supervisão de equipe ou outro recurso para acompanhar e discutir as questões do trabalho em equipe? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual?
-

9) Participa ou já participou de capacitação específica para atuar no Caps? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual? _____

10) Durante o tempo em que está trabalhando na instituição houve algum treinamento ou capacitação? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quando? _____(ano). De quantas horas? _____. Organizado por quem? _____

11) Na sua opinião, existe interdisciplinaridade no trabalho no Caps? () Sim () Não

12) Você conhece a política de saúde mental? () Sim () Não.

13) No Caps, existe disponibilidade de material didático e documentos sobre a política de saúde mental? () Sim () Não.

14) Existe planejamento e avaliação das ações do Caps? () Sim () Não

15) Existe projeto terapêutico de trabalho da instituição? () Sim () Não. Em caso afirmativo, foi planejado em equipe? () Sim () Não.

16) O serviço adota projeto terapêutico individualizado? () Sim () Não.

17) O usuário participa do planejamento do seu tratamento? () Sim () Não.

18) Existe atendimento familiar? () Sim () Não.

19) Existem ações intersetoriais do Caps e outras instituições que envolvam: educação, trabalho, esporte, cultura e lazer? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quais?

20) Existe relação do Caps com a rede básica de saúde municipal? () Sim () Não.

Que tipo? _____

21) O Caps realiza algum trabalho de educação permanente (capacitação e supervisão) sobre saúde mental em cooperação com as equipes de atenção básica? () Sim () Não.

Que tipo? _____

Outras observações:

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Entrevista a ser realizada com os profissionais da equipe do CAPS, segundo o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de nível superior entre as existentes na unidade. Em caso de mais de um profissional na área será realizado sorteio.

Identificação

Nome:

Apelido:

Temas e principais perguntas

1 Estrutura e recursos financeiros

- 1) Qual conhecimento possui sobre o repasse dos recursos financeiros para o Caps?
- 2) Conhece a forma de financiamento do serviço? O que você acha?
- 3) Como são administrados os recursos repassados? Existe planejamento?
- 4) Na sua opinião, a descentralização administrativa dos recursos possibilita o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do Caps? Quais as vantagens e desvantagens identifica?
- 5) Na sua opinião, os recursos repassados (gerados pelo serviço) são suficientes para realizar as atividades do Caps? Em caso de resposta negativa, quais atividades ficam prejudicadas e/ou poderiam ser realizadas se houvessem recursos?
- 6) Existem dificuldades no funcionamento do Caps com relação a falta de recursos financeiros? Quais identifica?

2 Recursos humanos e projeto terapêutico

- 1) Quais dificuldades identifica no trabalho em equipe no Caps?
- 2) Na sua opinião, quais vantagens o trabalho em equipe possibilita?
- 3) Considera importante a capacitação específica em saúde mental para atuar no Caps? Fale sobre.

- 4) Na sua opinião, qual a importância da interdisciplinaridade no atendimento ao usuário de saúde mental?
- 5) Considera importante conhecer sobre a política de saúde mental, seus princípios, sua estrutura e organização para o trabalho do Caps?
- 6) Como acontece o planejamento e a avaliação das ações do Caps?
- 7) Na sua opinião, em relação ao atendimento nas instituições tradicionais/asilares (hospitais psiquiátricos), como é o atendimento ao usuário no Caps?

3 Participação do usuário e da família no tratamento

- 1) Como é pensado o projeto terapêutico de tratamento do usuário?
- 2) Como o usuário participa do planejamento do seu tratamento?
- 3) Quais as formas criadas para oportunizar a participação do usuário no planejamento do seu tratamento?
- 4) A família participa do tratamento? Em caso de resposta afirmativa, de que forma? Em caso de resposta negativa, por quê?
- 5) Quais as formas criadas para oportunizar a participação da família no tratamento?
- 6) Quais dificuldades identifica com relação a realização do atendimento familiar?
- 7) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção familiar do portador de transtornos mentais?
- 8) Qual o papel dos usuários (ou da associação de usuários e familiares) no planejamento das ações do Caps?
- 9) Na sua opinião, qual a importância das associações de usuários e familiares para o tratamento do portador de transtornos mentais e para os serviços de saúde mental?

4 Inserção social

- 1) Na sua opinião, as práticas assistenciais realizadas no Caps encaminham-se na direção da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial?
- 2) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção social do portador de transtornos mentais?
- 3) Quais avanços e conquistas identifica com relação a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais?
- 4) Na sua opinião, o atendimento no Caps possibilita ao usuário a construção da sua autonomia? Como?

- 5) Na sua opinião, a organização atual dos serviços de saúde mental (da política de saúde mental) favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais? Qual a importância do caps nesse contexto?

5 Integração com a rede municipal de assistência em saúde

- 1) Qual a relação do Caps com a(s) equipe(s) de Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência?
- 2) O Caps tem controle das internações psiquiátricas no seu território? Em caso afirmativo, como ocorre este controle?
- 3) Na sua opinião, qual o lugar que o Caps ocupa na rede de atenção em saúde? Constitui-se no serviço que regula a porta de entrada para o atendimento em saúde mental?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este instrumento tem a intenção de obter o seu consentimento por escrito para participar do estudo “A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis”, durante o período de 01 a 31 de março de 2006, com o intuito de contribuir para o levantamento de dados para a elaboração do referido trabalho.

O estudo tem como objetivo geral analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Ao propormos a presente pesquisa esperamos contribuir com a produção de conhecimentos e saberes sobre as novas práticas de atenção e cuidado ao portador de transtornos mentais.

Os relatos obtidos serão confidenciais e, portanto, não será utilizado o nome dos participantes em nenhum momento, garantindo sempre o sigilo da pesquisa e os preceitos éticos da profissão. Os depoimentos serão referenciados pelo apelido a ser escolhido pelo próprio entrevistado

Certa de sua colaboração, agradeço sua disponibilidade em participar do estudo.

Eu _____,
consinto em participar desta pesquisa, desde que respeitadas as respectivas proposições contidas neste termo.

Florianópolis, março de 2006.

Assinatura do entrevistado.

ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

FERNANDA SCALZAVARA

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Serviço Social** - Área de concentração: Serviço Social, Direitos Humanos e Questão Social.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ivete Simionatto.

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de **Mestre em Serviço Social**, e aprovada na sua forma final, em 31/7/2006, atendendo as normas vigentes no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e na Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof^a Dr^a Catarina Maria Schmickler
Coordenadora do PPGSS/UFSC

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Ivete Simionatto, Dr^a.
Departamento de Serviço Social/UFSC
Presidente

Prof^o Walter Ferreira de Oliveira, Ph.D.
Departamento de Saúde Pública/UFSC
Membro

Prof^o Jonas Salomão Spricigo, Dr.
Departamento de Enfermagem/UFSC
Membro

Prof^o Mário Teixeira, Dr.
Departamento de Clínica Médica/UFSC
Membro Suplente

*Aos profissionais e aos usuários do CAPS
Ponta do Coral de Florianópolis.*

AGRADECIMENTOS

Desejo expressar meus sinceros agradecimentos aos profissionais do CAPS Ponta do Coral, pela receptividade, atenção, acolhimento e colaboração na fase mais importante desta pesquisa, assim como pela consideração ao meu trabalho profissional. Também, aos usuários desta unidade de serviço, pela forma carinhosa e acolhedora com que sempre me receberam.

À professora Ivete Simionatto por ter aceitado a orientação do trabalho; agradeço a oportunidade de poder ter desenvolvido a pesquisa de meu interesse e desejo profissional.

Aos professores Jonas Spricigo e Mário Teixeira pela atenção, disponibilidade e colaboração, essenciais na definição e elaboração do projeto de dissertação. Igualmente, ao professor Walter Ferreira de Oliveira pelas considerações e contribuições no exame de qualificação.

À sempre Mestre, amiga e professora Iliane Kohler, pela relação de ensino-aprendizado humana, saudável, mantida no decorrer de toda a minha vida acadêmica; pelas ajudas concretas nos momentos de dificuldades, pelos conselhos, orientações e *encaminhamentos* necessários nos instantes, nas horas, nas fases de incerteza, insegurança, angústia, desespero.

Aos profissionais Mara Regina de Oliveira e Antônio Heinzen Filho, pelo suporte terapêutico necessário nos últimos anos da minha vida; especialmente por terem me ajudado a transformar as dificuldades, os obstáculos, as conquistas cotidianas no *Mestrado da Vida*.

Às profissionais e amigas Maria Sirene Cordioli e Maria Inês Bernardino, pela relação profissional responsável, ética, competente, que me impulsionou para os estudos na área da saúde mental; pela amizade acolhedora, carinhosa, fraterna, pelas comemorações e pelos momentos de descontração.

Aos meus pais e à minha família, base dos meus valores ético-morais.

Às minhas amigas e aos meus amigos, que de perto ou de longe, acompanham minha trajetória, acreditam e torcem por mim.

Formalmente, agradeço as instituições públicas CAPES e UFSC, através dos programas PROF e PGSS, pelo financiamento da bolsa que permitiu a dedicação profissional integral para a realização deste trabalho.

RESUMO

O presente trabalho tem como objeto de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. Constitui-se como objetivo geral da presente pesquisa analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Os procedimentos metodológicos da pesquisa constaram de: pesquisa empírica na coleta das informações, através de entrevistas semi-estruturadas, gravadas, realizadas com um profissional de cada área de formação de nível superior, dentre as existentes no CAPS, e aplicação de formulário, com questões fechadas, a todos os profissionais que compõem a equipe. As informações coletadas foram sistematizadas e organizadas em itens correspondentes aos eixos que nortearam a coleta dos dados, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde. A análise final foi realizada com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os resultados obtidos nos permitem concluir que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a efetividade e eficácia dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial. De maneira geral, podemos afirmar que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológico, técnico assistencial, político-jurídico, social cultural.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, política de saúde mental, serviços substitutivos.

ABSTRACT

The objective of present work is to study the operationalization of the Psychiatric Reformation in the city of Florianopolis, Brazil, based on one specific institutional model - the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral. The general objective of the present research is to analyze the institutional reality at the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral, Florianopolis, related to the operational process of mental health politics, based on the requirements of the Brazilian Psychiatric Reformation. The research methodological procedures have consisted of: empirical research and data collection, through semi-structured interviews, recorded, realized under the presence and supervision of a professional of each field, plus de existing data from the CAPS, and filled application, with closed questions, to all the professionals who compose the team. The data colleted was systematized and organized in items and events that are surrounded the data collection, which are: financial structure and resources, human resources and therapeutic project, participation of the user and the family in the treatment, social insertion, and integration of the service with the municipal network of assistance in health. The final analysis was based on theoretical production on mental health and the Psychiatric Reformation. The results allowed us to conclude that in scope of management of CAPS, the limited number of studies and the difficulties to transfer and administer them harmed the functioning of the service. The contributing factors were lack of strategic planning and systematic evaluation of actions. The difficulties associated with teamwork compromised the effectiveness and efficacy of the objectives. The absence of a municipal network dedicated to structure and articulate mental health appears as an obstacle to the practice of desinstitutionalization and psychosocial rehabilitation. In general, we can affirm that the changes in the assistance model, directed for Psychiatric Reformation is one of the challenges to the concretization to mental health politics in a new interaction between society and people with psychological illnesses. The operationalizational political difficulties of mental health go through different fronts of performance which constitute the complexity of social processes associated with Reformation in its different dimensions. These dimensions are: theoretic-epistemological, technical assistance, politic-legal and socio-cultural.

Keywords: Psychiatric Reformation, mental health politics, substitute services.

LISTA DE SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
APAC - Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CPASM - Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental
CMS – Conselho Municipal de Saúde
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FNS – Fundo Nacional de Saúde
INAMPS – Instituto Nacional de Aposentadorias e Pensões
IPQ – Instituto de Psiquiatria Catarinense
MS – Ministério da Saúde
MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS – Organização Mundial para a Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF - Programa de Saúde da Família
RP – Reforma Psiquiátrica
SIH - Sistema de Informação Hospitalar
SAI – Sistema de Informação Ambulatorial
SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
SUS – Sistema Único de Saúde
TR – Terapeuta de Referência
ULS – Unidade Local de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Procedimentos metodológicos	18
2 REFORMA PSIQUIÁTRICA	222
2.1 O Modo Psicossocial	26
2.1.2 Atenção Psicossocial.....	28
2.2 Desinstitucionalização	30
2.3 Reabilitação psicossocial	32
3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA	344
3.1 Estrutura e recursos financeiros	344
3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico	45
3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental	46
3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário	51
3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações.....	59
3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento.....	65
3.3 Participação do usuário e da família no tratamento	69
3.3.1 Planejamento terapêutico individual.....	70
3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral.....	72
3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares	81
3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia.....	88
3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental.....	96
3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica	106
3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde...	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
REFERÊNCIAS.....	125
APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS.....	130
ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica.....	136

1 INTRODUÇÃO

O processo de mobilização, organização e luta pela Reforma Psiquiátrica brasileira origina-se no contexto dos movimentos sociais, no período de redemocratização do país (décadas de 1970/1980), e tem como base os pressupostos da Reforma Sanitária brasileira e da Psiquiatria Democrática italiana. Tal movimento esteve direcionado no sentido da crítica e desconstrução gradativa da assistência existente, embasada no saber psiquiátrico, que justificava as práticas decorrentes do modelo asilar e, ao mesmo tempo, buscava a construção de propostas de superação deste modelo.

Os anos de luta pela transformação do modelo assistencial tradicional (asilar), centrado na internação hospitalar, culminaram com a criação e regulamentação de leis e portarias relativas à implantação de uma rede de serviços substitutivos a este. A partir da década de 1990 um conjunto de leis, portarias, decretos, resoluções define novas exigências em relação à assistência psiquiátrica prestada aos portadores de transtorno mental¹, incluindo a adequação das condições físicas das instituições de atendimento, a existência de projeto terapêutico, equipe multidisciplinar e outros dispositivos que garantam maior qualidade assistencial.

A Reforma Psiquiátrica é um processo em construção, que envolve tanto a sociedade civil, através dos diferentes os movimentos sociais, os profissionais, os usuários, bem como os órgãos gestores das políticas públicas. Estes são os responsáveis pela operacionalização das ações com relação a mudança de paradigma e prática em saúde mental. Nessa trajetória, aos profissionais cabe exercer o papel de sujeitos e críticos do processo de implantação da Reforma Psiquiátrica; aos gestores da política de saúde compete a decisão política com vistas a assegurar as condições técnicas para a implementação e operacionalização dos serviços de atenção; aos movimentos sociais fica a luta política pela construção social de um outro sentido para lidar com a "loucura" e com o "louco", a partir de uma transformação na relação sociedade/loucura.

¹ Cabe destacar que a expressão “portador de transtorno mental” é adotada neste estudo por acreditar-se que a palavra portador traz em si um caráter mutante. Ou seja, secundariza o transtorno mental e resgata o sujeito envolvido na condição de enfermo, como um ser dinâmico. Por sua vez, o termo transtorno mental traz um caráter psicossociológico, dinâmico, mutável, diferente do termo doença mental, muito embora não seja menos controvertido do que este último (ROSA, 2003, pp. 37-38). E, também, por ser “portador de transtorno mental” a expressão utilizada na linguagem técnica constante na política de saúde mental do Ministério da Saúde.

No curso das transformações operadas na e pela Reforma Psiquiátrica destacamos como marco significativo recente a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM)². Em seu documento conclusivo reafirma-se que as políticas de saúde mental devem respeitar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das leis Federal e estaduais, priorizando a construção da rede de atenção integral em saúde mental. Tais políticas devem ter como pressupostos básicos a inclusão social e a reabilitação psicossocial, estar integradas com outras políticas sociais, como educação, trabalho, lazer, cultura, esporte e habilitação profissional, visando garantir o exercício pleno da cidadania (BRASIL, 2002a).

O mesmo documento ressalta que a reorientação do modelo assistencial deve estar direcionada para concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e de promoção da saúde. Nesse sentido, é fundamental que as novas modalidades assistenciais desenvolvam práticas pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a auto-estima, a autonomia e a cidadania, buscando superar a relação de tutela e reprodução da institucionalização e/ou cronificação (BRASIL, 2002a).

A mudança do modelo assistencial é um dos desafios da Reforma Psiquiátrica. Busca-se, no âmbito da gestão pública, a construção de um novo pacto para transferir os recursos aplicados no modelo hospitalar para uma assistência comunitária. Entretanto, a mudança da lógica de atenção em saúde mental requer, também, uma mudança de paradigma. No bojo dos novos dispositivos de cuidado necessariamente deve estar uma nova ética do cuidar, baseada na premissa básica da autonomia possível e dos direitos humanos dos portadores de sofrimento psíquico. Isso significa considerar que as possibilidades de novas práticas terapêuticas devem caminhar ao lado da preocupação com a mudança das representações simbólicas do “louco” na sociedade, e com a produção de outros saberes.

Na atualidade, todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, bem como a literatura da área, referem-se a desconstrução como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade das ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Tal proposição tem como base a

² Realizada em Brasília, de 11 a 15 de dezembro de 2001. A I Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em 1987 e a II em 1992.

incapacidade da psiquiatria em explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (TORRE; AMARANTE, 2001).

O modelo manicomial tem seu fundamento na noção de que a experiência de sofrimento psíquico diversa (delírio, alucinação) é sinônima de erro. Um dos aspectos mais importantes no processo de transformação radical deste é a superação do conceito de doença. Conforme apontam Torre e Amarante (2001, p.73-85), “não se trata, obviamente, de negar a diversidade da experiência do delírio ou da alucinação, mas de não utilizar o conceito de doença (igual a erro) na relação com o sujeito”. Nesta direção, Rotelli (1990) propõe, no lugar do objeto “doença mental”, o objeto “existência-sofrimento” do sujeito em sua relação com o corpo social.

Segundo Costa-Rosa (et. al., 2003, p. 28), “ao se buscar a superação do saber psiquiátrico, sobretudo do paradigma doença-cura, procurou-se romper com práticas identificadas com o modelo clínico, por considerá-las ineficazes, segregadoras”. Busca-se no modo psicossocial estabelecer-se “a construção de uma relação de contrato com o sujeito que substitua a relação de tutela instaurada pela psiquiatria” (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 73-85). Como oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar surge, no contexto da Reforma Psiquiátrica, a atenção psicossocial como paradigma do modo psicossocial.

A origem das práticas de atenção psicossocial, como designação de experiências significativas no contexto da saúde mental, está relacionada às contribuições das diferentes experiências históricas de reforma, que incluem as Comunidades Terapêuticas e a Antipsiquiatria, na Inglaterra, a Psicoterapia Institucional, na França, a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, nos Estados Unidos e a Psiquiatria Democrática, na Itália³. No caso brasileiro somam-se as contribuições das políticas públicas e das experiências locais pioneiras dos centros e núcleos de atenção psicossocial, em Santos, São Paulo.

O modelo psicossocial vem ganhando elementos tanto em termos teórico e técnico quanto ideológicos e éticos, aptos a constituírem um novo paradigma para as práticas em saúde mental, capaz de substituir o paradigma psiquiátrico que ainda é dominante. Costa-Rosa (et al., 2003, p.31), observa que de modo geral os elementos teóricos subjacentes a essas experiências passam principalmente pelas idéias sociológicas e psicológicas, pelo materialismo histórico, pela psicanálise e pela filosofia da diferença. Nesse sentido, é importante indicar que o lugar social da saúde mental é um lugar de

³ Estudos sobre estas experiências encontram-se em DESVIAT (1999); ROTELLI (2001).

conflito, confronto e contradição. Entender a saúde mental dessa forma implica em reconhecê-la como expressão e resultante de relações e situações sociais concretas. “Por qualquer perspectiva que se olhe, tratar-se-á sempre de um eterno confronto: pulsações de vida/pulsações mortíferas; inclusão/exclusão; tolerância/intolerância” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p. 29).

A operacionalização da Reforma Psiquiátrica, através da implantação da rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, territorializados e integrados à rede de saúde, tem sido uma construção lenta e difícil, perpassada por interesses políticos e econômicos. Muitas vezes são privilegiados procedimentos técnico-burocráticos, assistenciais, em prejuízo de um serviço que tenha como foco o tratamento da pessoa humana na sua dimensão integral. Por outras, a Reforma Psiquiátrica é entendida como sinônimo de reestruturação de serviços; introdução ou modernização de novas tecnologias de tratamento e cuidado; promulgação de uma nova legislação. Em geral, os problemas passam pela tendência de tornar a Reforma a implantação de centros de atenção psicossocial, de forma a banalizar o serviço, fazendo com que estes sejam uma extensão do hospital psiquiátrico (AMARANTE, 2005).

Não obstante, a transformação do modelo de atenção tradicional requer a construção de uma rede de atendimento ampla, com serviços diversificados e complementares, substitutivos das práticas asilares. O modelo substitutivo não significa alternativo, paralelo, complementar ou intermediário do sistema tradicional. Trata-se de um serviço forte, que comporta uma estrutura complexa em que o sentido das práticas deve ser alterado do “eixo da clínica” para o “eixo da cidadania”. Isso significa olhar para a pessoa-sujeito e não unicamente para a doença (AMARANTE, 2005).

Pensar a mudança do paradigma teórico-conceitual clássico significa provocar uma transformação na cultura da forma tradicional de ver e lidar com a loucura, buscar a construção de um outro lugar social para a loucura e a doença mental, a partir de uma transformação das relações sociedade-loucura/doença mental.

Nesse processo, os centros de atenção psicossocial (CAPS) constituem-se no “braço” do modelo psicossocial. Tornam-se serviços privilegiados para o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial e dispositivos estratégicos para a mudança da atenção em saúde mental.

De acordo com as normatizações do Ministério da Saúde, são atribuições dos CAPS: organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; prestar atendimento em regime de atenção diária; oferecer cuidado clínico eficiente e personalizado; realizar a

dispensação de medicamentos; acompanhar usuários que moram em residências terapêuticas; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, assessorando o trabalho dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território ou área de abrangência (BRASIL, 2004).

No sentido de favorecer o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, bem como estimular a mudança da lógica de ver e lidar com a “doença” e o “doente mental”, o direcionamento da Política Nacional de Saúde Mental preconiza que os projetos terapêuticos dos CAPS podem ultrapassar a estrutura física da unidade, em busca da rede de suporte social comunitária. O atendimento prestado deve ser através de projeto terapêutico individualizado, construído conjuntamente com o usuário. A preocupação principal não deve ser o estabelecimento de um diagnóstico clínico, mas sim o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2004).

Com base no exposto, a presente dissertação de mestrado tem como recorte de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - O Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. A escolha deste CAPS deve-se ao fato de ser este um serviço público de atendimento diário a portadores de transtornos mentais adultos, único nesta modalidade no município. A população de Florianópolis conta com outros dois centros de atenção psicossocial, um para atendimento de crianças e adolescentes (CAPSi) e outro para atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (CAPSad).

O CAPS Ponta do Coral constitui-se no principal serviço de atendimento extra-hospitalar na realidade local, desempenhando um papel central na assistência a portadores de transtornos mentais graves. A rede municipal de atenção em saúde mental é incipiente, com poucos recursos e o CAPS enfrenta diversas dificuldades na realização de suas atividades, concentrando uma demanda de atendimento superior a sua capacidade.

Destacamos a relevância deste estudo na medida em que está em curso no país uma reforma nos serviços de assistência em saúde mental, em que a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos pelo cuidado comunitário/ambulatorial tem sido a

diretriz básica para a reorganização da política de saúde mental, desde o nível federal aos níveis estadual e municipal.

A reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

O processo de reestruturação dos serviços de saúde mental está baseado na organização de uma rede comunitária de cuidados. Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esportes etc), culturais, religiosos e de lazer são convocados para potencializar as equipes de saúde na tarefa de realizar ações de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004).

Fazem parte desta rede de serviços de saúde mental os centros de atenção psicossocial, os núcleos de atenção psicossocial (NAPS), os serviços residenciais terapêuticos (SRTs), os hospitais gerais, os centros locais de saúde, as equipes de saúde da família e agente comunitários de saúde, entre outros. Particularmente, neste trabalho, nos interessamos por estudar os CAPS por estes assumirem um papel central na organização da rede, constituindo-se em serviços de atenção que “almejam à outra lógica, outra fundamentação teórica-técnica e outra ética, que não mais a do paradigma psiquiátrico” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.19).

Os CAPS foram criados para serem substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos, oferecendo atendimento em saúde mental à população de sua área de abrangência. São atendidas pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, incluindo aquelas que apresentam transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e crianças e adolescentes. As práticas realizadas neste tipo de serviço devem caracterizar-se por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro, na comunidade.

Oficialmente os CAPS foram instituídos pela Portaria GM/MS N°224/1992 e definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam uma população adscrita definida pelo nível local e oferecem atendimento de cuidados intermediários entre

o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (BRASIL, 2002b).

Atualmente, os CAPS são regulamentados pela Portaria GM/MS N° 336/2002 e integram a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta portaria estabelece critérios de porte/complexidade e abrangência populacional aos CAPS, classificando-os nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad⁴. A classificação dos diversos tipos de CAPS difere, basicamente, quanto ao tamanho da população pela qual se responsabilizam e quanto ao regime de funcionamento.

Os profissionais que trabalham nos CAPS integram uma equipe multiprofissional. São técnicos de nível superior e nível médio, de diferentes áreas de formação. Os profissionais de nível superior são médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física entre outros necessários para as atividades oferecidas, de acordo com o projeto terapêutico do CAPS. Os profissionais de nível médio podem ser técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores, artesãos, profissionais de limpeza e cozinha (BRASIL, 2004).

As equipes técnicas possuem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. Cabe aos profissionais a tarefa de organizar-se para realizar o acolhimento dos usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, realizar as atividades de reabilitação psicossocial, equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas.

Ao considerarmos as práticas em saúde mental de um centro de atenção psicossocial nosso objeto de estudo estamos entendemos que é a partir delas que a mudança de paradigma se torna possível, haja vista que a estruturação de uma rede de

⁴ O CAPS I tem capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e deve funcionar das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira; o CAPS II atende municípios com população entre 70.000 e 200.000, deve funcionar das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas; o CAPS III atende municípios com população acima de 200.000 habitantes, funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana. Já os CAPSi e os CAPSad possuem características diferenciadas dos demais. O CAPSi é referência para municípios com população acima de 200.000 habitantes e constitui-se em um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período até 21 horas. Os CAPSad destinam-se a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. É indicado em municípios com população acima de 100.000 habitantes, funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas (BRASIL, 2002b).

novos serviços de saúde mental não constitui por si só uma ruptura com o paradigma das práticas asilares, da segregação e da tutela do portador de transtorno mental. Contudo, sabemos que analisar uma realidade institucional é uma tarefa difícil, principalmente quando nos propomos olhar esta realidade em movimento, permeada de contradições e como fruto de um processo sócio-histórico.

Nesse sentido, elegemos como sujeitos informantes os profissionais que atuam no Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, por entendermos que a eles cabe a tarefa de realizar as atividades institucionais cotidianas. Esses profissionais integram uma equipe multiprofissional e assumem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. A nosso ver, constituem-se atores sociais centrais no processo de implementação e operacionalização da Reforma Psiquiátrica na realidade local.

Com isso queremos destacar que os profissionais de saúde mental exercem um papel relevante para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, seja como partícipes dos movimentos sociais, como gestores da política de saúde mental e/ou como trabalhadores (técnicos) nos serviços de assistência. Particularmente, aos profissionais dos CAPS cabe o compromisso de operacionalizar a mudança da lógica da assistência, na medida que estão atuando em um serviço considerado um dispositivo estratégico da rede de assistência em saúde mental. Esses profissionais estão diretamente ligados aos usuários do serviço e a implementação da política de saúde mental, função que os coloca na linha de frente de um cenário novo que vem passando por formulações e reformulações nos campos “político-jurídico, técnico-assistencial, epistemológico e sociocultural” (AMARANTE, 2003).

Torna-se pertinente ressaltar que o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) teve forte influência nos avanços ocorridos na mudança da assistência psiquiátrica. Constituído inicialmente de técnicos de saúde mental buscava a melhoria da assistência psiquiátrica e denunciava a situação precária dos manicômios. O MTSM posicionou-se em relação à assistência prestada, politizou a questão da Reforma, construiu uma linha de pensamento crítica no campo da saúde mental. Organizados, os trabalhadores criaram fóruns de discussões locais de caráter técnico e político e defenderam as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Posteriormente, o movimento ampliou-se no sentido de ultrapassar sua natureza técnico-científica, organizou sua estrutura administrativa como fórum nacional e passou a ser designado Movimento da Luta Antimanicomial, tornando-se um movimento social que passou a englobar várias entidades como associações de usuários

e familiares⁵, ONGs, entre outras (AMARANTE, 1994, 1995a; SOUZA, 2001; VASCONCELOS, 2000b, 2004).

Assim, nos parece certo que os profissionais de saúde mental são atores sociais influentes na efetivação da Reforma Psiquiátrica. Razões significativas para pesquisar e valorizar suas experiências e opiniões, na medida em que seus relatos podem indicar como vem se realizando no dia-a-dia a Reforma, bem como contribuir para a construção de novas práticas e a produção de novos saberes. E, entendemos como Foucault, que os saberes não são apenas conhecimentos acadêmicos, produções que se autodenominam científicas. Os saberes também estão onde são produzidos, pois sempre criam visões de mundo, produzem histórias e História.

Dessa forma, a presente pesquisa tem a finalidade específica de contribuir para a análise das práticas locais de saúde mental, a partir do estudo da realidade vivenciada no CAPS de Florianópolis e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Lembramos, ainda, que neste ano de 2006 o CAPS Ponta do Coral completa dez anos de atividades, fato que nos leva a destacar a importância de um estudo que identifique as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação deste serviço. No geral, busca-se fornecer subsídios para os avanços nas políticas de saúde mental e contribuir para a produção de conhecimentos sobre a realidade da prática das políticas públicas de saúde mental. Para tanto, elegemos como eixos de estudo e análise cinco pontos, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social e integração com a rede municipal de assistência em saúde.

Constitui-se como objetivo geral do presente estudo a análise da realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Para alcançarmos este definimos como objetivos específicos: 1) caracterizar a estrutura e os recursos financeiros disponibilizados

⁵ Cabe registrar que no campo da saúde mental encontram-se associações de composição variada. Há associações de usuários; associações de familiares; associações de usuários e familiares; associações de usuários, familiares e técnicos; associações de usuários e técnicos; e associações de técnicos e familiares. Em sua maior parte, o processo organizativo das associações é conduzido por elementos de constituição de laços de solidariedade e ajuda mútua. Contudo, existem associações que são favoráveis à agenda de inovações da assistência colocada pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e, outras, que se caracterizam como uma comunidade de veto em relação à mesma agenda (SOUZA, 2001).

e sua adequação às atividades do Caps; 2) conhecer as práticas assistenciais desenvolvidas pelo CAPS com relação ao projeto terapêutico e como se organiza o trabalho da equipe técnica; 3) identificar como ocorrem as práticas institucionais de participação do usuário e da família no tratamento e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica; 4) identificar se existem e quais são as ações institucionais, intersetoriais e/ou outras criadas com relação a inserção social do portador de transtornos mentais; 5) descrever e analisar a relação existente entre o CAPS e a rede municipal de assistência em saúde com relação a operacionalização da política de saúde mental e do SUS; 6) identificar quais as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação do CAPS, pontos positivos e negativos.

1.1 Procedimentos metodológicos

Para operacionalizar os objetivos do nosso estudo foi realizada uma pesquisa de caráter qualitativo, do tipo estudo de caso. Segundo Minayo (1994), a pesquisa qualitativa, nas ciências sociais, responde a questões particulares, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Isso significa considerar que trabalhamos com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que correspondem a pontos mais profundos das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser quantificáveis. E, segundo Chizzotti (2003, p. 104), em geral, a pesquisa qualitativa objetiva provocar o esclarecimento de uma situação para uma tomada de consciência pelos próprios pesquisados dos seus problemas e das condições que os geram, a fim de elaborar meios e estratégias de resolvê-los.

Dentre os tipos de pesquisa qualitativa, o estudo de caso talvez seja um dos mais relevantes. É uma modalidade que propicia retratar uma realidade de forma ampla e profunda, de forma a revelar a multiplicidade de dimensões presentes numa determinada situação e contextualizar o objeto para melhor compreendê-lo (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Nesta forma de estudo, o caso é tomado como unidade significativa do todo porque tanto retrata uma determinada realidade quanto revela a multiplicidade de aspectos globais presentes em uma dada situação (CHIZZOTTI, 2003). A principal função do estudo de caso é a explicação sistemática de fatos que ocorrem no contexto social e geralmente se

relacionam com uma multiplicidade de variáveis. Essa técnica caracteriza-se por ser um estudo intensivo, o qual deve considerar a compreensão geral do assunto investigado (FACHINI, 2001).

O local escolhido para a realização do estudo, o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, é um serviço público, municipal, cadastrado na modalidade CAPS II, situado à rua Rui Barbosa, 713 (fundos), no bairro Agrônômica, Florianópolis/SC. CAPS Ponta do Coral funciona das 8h às 18hs e atende uma demanda média diária de 40 usuários. O serviço foi criado em março de 1996 e funciona neste endereço desde o mês de dezembro do mesmo ano⁶.

A principal fonte de informação da presente pesquisa constituiu-se das falas dos profissionais, de formação de nível superior, e, no resultado do formulário aplicado a todos os membros da equipe do CAPS Ponta do Coral. Utilizamos para a coleta de informações a entrevista semi-estruturada, gravada, com questões abertas, e a aplicação de formulário com questões fechadas (Apêndices A e B). As entrevistas foram orientadas por um roteiro com perguntas estruturadas e agrupadas em cinco blocos correspondentes aos eixos de estudo da pesquisa. De acordo com Trivinos (1987), a entrevista semi-estruturada geralmente parte de certos questionamentos básicos, de perguntas fundamentais derivadas da teoria que é adotada para a pesquisa e de informações que o pesquisador possui sobre o tema a ser pesquisado.

Na pesquisa qualitativa, a entrevista é uma das técnicas mais utilizadas na coleta do material empírico. No tipo de estudo escolhido, foi possível perceber que a entrevista constituiu-se na ferramenta capaz de possibilitar a obtenção de dados mais profundos da realidade, os quais só podem ser obtidos com a contribuição dos sujeitos envolvidos.

O trabalho empírico para coleta dos dados e das informações na Instituição foi realizado entre a segunda quinzena do mês de março e a primeira quinzena do mês de abril de 2006 (16/3/2006 a 13/4/2006). A coleta teve início após a apresentação e solicitação de autorização para a realização da pesquisa à coordenação da Instituição. O projeto foi encaminhado à Comissão de Ensino e Pesquisa do CAPS II Ponta do Coral e à Direção de

⁶ A implantação do serviço foi efetivada em 25/3/1996, ficando instalado, provisoriamente, junto ao Centro de Saúde II do Centro de Florianópolis (atual ULS Centro), na Avenida Rio Branco. Em dezembro do mesmo ano foi transferido para o atual endereço, passando a ser chamado NAPS Ponta do Coral. Seu credenciamento no Ministério da Saúde aconteceu ao longo do ano de 1997. Em 2002, a Portaria GM n° 336 regulamentou a denominação dos antigos NAPS para CAPS (STUANI, 2005).

Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis para parecer. Mediante o parecer favorável (Anexo A) das referidas instâncias, foi realizada, em reunião de equipe, a apresentação do projeto aos profissionais do CAPS Ponta do Coral. Concluída esta etapa, foi realizada a entrevista pré-teste. A escolha do profissional observou os critérios constantes da metodologia do projeto. A entrevistada foi uma profissional da área da psicologia (área que tem mais de um profissional no CAPS) que tinha disponibilidade para a realização da entrevista na data escolhida. A partir desta entrevista, foram realizadas pequenas alterações no roteiro, com vistas a agrupar algumas perguntas, no sentido de diminuir o tempo necessário à efetivação da mesma. A referida entrevista teve a duração aproximada de uma hora e vinte minutos, acrescida de mais quinze minutos para a aplicação do formulário, totalizando uma hora e trinta e cinco minutos.

No total, foram realizadas seis entrevistas e aplicados doze formulários, de acordo com a metodologia estabelecida, a qual privilegiou, para a entrevista, o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de ensino superior, dentre as existentes no CAPS Ponta do Coral, quais sejam: psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Os formulários foram aplicados a todos os profissionais de formação de nível superior e de formação de nível médio. Foi necessário realizar sorteio do profissional a ser entrevistado apenas com relação a área da psicologia, por esta ter quatro profissionais atuando na equipe do CAPS. Como utilizamos um deles para a realização do pré-teste, participaram do sorteio apenas os outros três. O sorteio foi realizado na presença de outras duas profissionais da equipe.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos profissionais. A aplicação dos formulários foi simultânea e obedeceu ao mesmo critério. No caso de três dos profissionais entrevistados não foi possível realizar a aplicação do formulário no momento da entrevista, a pedido dos mesmos, devido a limitações de tempo. As entrevistas foram gravadas em fitas cassete, com a autorização prévia dos entrevistados, e, posteriormente, as falas foram transcritas.

As informações e os dados coletados foram sistematizados e classificados, de acordo com os eixos de pesquisa, e posteriormente analisados com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os dados originados dos formulários foram analisados e tratados descritivamente, ou seja, reduzidos a termos descritivos. Para efeito de padronização e de comparação foi adotado o método da porcentagem.

A análise final, que, segundo Minayo (1994), corresponde a um movimento contínuo entre o empírico e o teórico e vice-versa para fazer do caos aparente das

informações revelações da sua especificidade, foi construída pela síntese das informações coletadas em cada eixo de estudo, previamente definidos.

As questões éticas foram consideradas em todas as etapas do estudo, especialmente, na relação com os entrevistados, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) e dentro do que determina a Resolução N° 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde e o Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina. Os profissionais foram informados e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa quando da apresentação do projeto em reunião de equipe e individualmente antes da realização da entrevista. Foi preservado o anonimato dos entrevistado ao se utilizar codinomes para referenciar as falas no trabalho, destacando-se que os mesmos escolheram livremente seu próprio apelido quando da realização da entrevista. Apenas uma das entrevistadas optou por deixar a cargo da pesquisadora a escolha do codinome.

O trabalho que ora apresentamos está organizado de forma a contemplar, neste primeiro capítulo, a introdução do tema e a metodologia utilizada na pesquisa; no segundo capítulo descrevemos, sistematizadamente, o norte teórico utilizado como referência para a análise dos dados e das informações coletadas; no terceiro capítulo trazemos os resultados e as análises da pesquisa. Ao final, resgatamos os principais tópicos relacionados aos eixos de estudo e expomos nossas considerações finais sobre o tema.

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA

Procuramos expor neste capítulo uma síntese das análises de alguns autores que têm contribuído para o avanço nas discussões sobre a Reforma Psiquiátrica, bem como a definição do que vem a ser este outro modelo de atenção em saúde mental – o Modo Psicossocial, tanto em seus aspectos prático-assistenciais quanto em suas exigências éticas e teóricas, no sentido de construirmos o norte teórico orientador das análises da presente pesquisa.

Todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, na atualidade, bem como a literatura da área estabelecem a categoria teórico-prática “desconstrução” como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade nas ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Reiteram, também, a incapacidade da psiquiatria de explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (BASAGLIA, 1985; ROTELLI, 1990). Neste sentido, a proposta da Reforma Psiquiátrica objetiva criar experiências alternativas ao hospital psiquiátrico e ao modelo de suas práticas, através da extinção desse tipo de instituição e sua substituição por recursos que sejam capazes de rever tanto as concepções do “objeto” quanto dos “meios” e modos da sua intervenção nessa área.

A partir das contribuições colocadas por Fleury (et. al., 1989), com relação ao conceito de Reforma Sanitária como um “processo de transformação estrutural”, e da noção de *processo social complexo* proposta por Rotelli (1990), Paulo Amarante (2003, p.49), define Reforma Psiquiátrica como:

um processo social complexo que se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade.

Nessa concepção, o autor observa que processo indica algo em permanente movimento, que não tem um fim predeterminado, nem um objetivo último ou ótimo. E, a idéia de complexidade é posta não como sinônimo de complicação, mas sim como uma atitude epistemológica no sentido de reabrir a possibilidade de recomplexificação do fenômeno, proposição oposta a naturalização/objetualização da noção de doença. Neste sentido, a doença deixaria de ser reduzida a uma alteração biológica, para tornar-se um

processo de saúde/enfermidade. Em outras palavras, “a doença não é um objeto, mas uma experiência nas vidas de sujeitos distintos” (AMARANTE, 2003, p.53).

Na continuidade de suas análises sobre a Reforma Psiquiátrica Amarante (2000, 2003) designa quatro dimensões para as transformações operadas na e pelas práticas da Reforma, quais sejam: teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural.

A dimensão teórico-conceitual ou epistemológica contempla o conjunto de questões que dizem respeito a produção de conhecimentos e saberes que irão subsidiar as práticas. É uma dimensão que vai desde a reflexão dos conceitos mais fundamentais do campo das ciências até os conceitos produzidos pela psiquiatria: alienação, doença mental, normalidade/anormalidade, terapêutica e cura. Um aspecto muito importante desta dimensão refere-se ao desafio de se repensar as relações entre conhecimento e objeto (AMARANTE, 2003).

Na interpretação de Costa-Rosa (et al., 2003, p. 32), o campo teórico-conceitual pauta-se na desconstrução de conceitos e práticas, sustentados pela psiquiatria e pela psicologia nas suas visões acerca da doença mental. Propõe-se como contrapartida a construção de noções e conceitos como “existência-sofrimento” do sujeito na sua relação com o corpo social, acolhimento, cuidado, emancipação e contratualidade social. Nesse âmbito, pode-se entender que o conceito de existência-sofrimento impulsiona a Reforma Psiquiátrica na direção de uma revolução paradigmática, uma vez que questiona a tão cara relação sujeito-objeto e o próprio paradigma doença-cura. Tal conceito aparece por contraposição ao paradigma doença-cura, expressando a exigência de se dar ao sujeito a centralidade da cena.

Como exemplo desse campo Amarante (2003, p. 50) destaca o processo de desconstrução do conceito de clínica, que deixaria de ser o isolamento terapêutico ou o tratamento moral para tornar-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades; a desconstrução do conceito de doença produzido pela psiquiatria, em que o sujeito, não mais visto como alteridade incompreensível, possibilitará outras formas de conhecimento, que produzirão novas práticas clínicas e sociais.

Cabe destacar que quando um conceito é submetido ao processo de desconstrução é possível supor que as relações entre as pessoas envolvidas também serão transformadas, assim como os serviços, os dispositivos e os espaços. Conseqüentemente, mudam, ainda, os conceitos e as práticas jurídicas que eram adotadas pelos conceitos desconstruídos.

Para Basaglia (1985) e Rotelli (1990), desconstrução está relacionada à noção de *invenção*, de construção do real, de produção da subjetividade, recolocando em discussão a ciência e a psiquiatria. Os autores referem-se a “desconstrução” do dispositivo psiquiátrico e clínico em seus paradigmas fundantes e suas técnicas de poder-saber, entendendo-a como uma ação prática de dismantelamento das incrustações institucionais que cobriam a doença. A desconstrução questiona as bases do dispositivo psiquiátrico, em sua competência para atuar frente à loucura.

Entende-se desconstrução como um processo social complexo, de desmontagem do dispositivo psiquiátrico, que não tem fim, ou não pretende constituir, um modelo ideal, mas sim dar novo significado às relações e colocar questões imanentes às situações-problema. Nesse sentido, é um processo que precisa, por definição, ser reinventado incessantemente, e questionar também o conjunto dos segmentos sociais que deveria ser [...] objeto de uma verdadeira "revolução molecular", quer dizer, de uma re-invenção permanente (GUATTARI, 1992 apud TORRE; AMARANTE, 2001, p. 14).

A dimensão político-jurídica passa pela criação e alterações na legislação com relação aos direitos e a assistência ao portador de transtornos mentais. O âmbito jurídico é decorrente do fato de a psiquiatria ter instituído a noção de relação entre loucura, periculosidade, irracionalidade, incapacidade, irresponsabilidade civil. No plano político luta-se pela extinção dos manicômios e sua substituição por instituições abertas, pela revisão das legislações sanitárias, civil e penal referente a doença mental, para possibilitar o exercício dos direitos à cidadania, ao trabalho e à inclusão social. Importa nessa dimensão rediscutir e redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais (AMARANTE, 2003, p. 53; COSTA-ROSA, et al., 2003, p. 33).

No âmbito da dimensão técnico-assistencial está o modelo assistencial. É nesse campo que, na realidade brasileira, aparecem mais visivelmente as inovações com relação as práticas assistenciais em saúde mental, concomitante a reconstrução dos conceitos. As transformações vêm acontecendo tanto na concepção de novos serviços (CAPS, oficinas terapêuticas e de reintegração sociocultural, cooperativas de trabalho) quanto na sua forma de organização e gestão (instituições abertas com participação e co-gestão com os usuários e a população).

Nos últimos anos têm-se objetivado construir uma rede de novos serviços, concebidos como espaços de sociabilidade, de trocas, em que se enfatiza a produção de saúde como produção de subjetividades. Essas mudanças indicam para uma mudança nas práticas de atenção e tem significado *colocar a doença entre parênteses*, propiciando

contato com o sujeito, rompendo com as práticas disciplinares; aumentando a possibilidade de recuperação do seu estatuto de sujeito de direitos (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 32-33; AMARANTE, 2003, p.51).

A expressão *colocar a doença entre parênteses* é atribuída a Basaglia, significa a suspensão do conceito e implica na possibilidade de novos contatos empíricos com o fenômeno em questão. Para o autor, a psiquiatria colocou o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença como fenômeno da natureza. Assim, Basaglia propõe uma inversão, isto é, colocar a doença entre parênteses para tornar-se possível lidar com o sujeito e não com a doença.

Amarante (2003) chama a atenção para o fato de a atitude epistemológica de colocar a doença entre parênteses não significa a negação da doença no sentido do não se reconhecer que experiências de sofrimento ou diversidade fazem parte da realidade concreta da saúde mental. Nas palavras do autor:

não significa a recusa em aceitar que exista uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar. Significa, isto sim, a recusa a explicação da psiquiatria, para dar conta daquela experiência, como se esta pudesse ser explicada pelo simples fato de ser nomeada como doença. A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia social e política da exclusão, e a ruptura epistemológica com o saber da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para objetivar conhecer a subjetividade (AMARANTE, 2003, p. 56).

A dimensão sociocultural expressa o objetivo maior da Reforma Psiquiátrica, haja vista que pretende transformar o *lugar social* da loucura no imaginário social, transformando as relações entre a sociedade e a loucura. Muito do imaginário social é decorrente da ideologia psiquiátrica que tornou senso comum a relação da loucura à incapacidade do sujeito de estabelecer trocas sociais e simbólicas (AMARANTE, 2003, p. 53).

Para tanto se têm estimulado uma série de práticas sociais visando transformar o imaginário social relacionado a loucura, a doença mental e a anormalidade. Está em processo de mudança a imagem da loucura e do louco, a imagem da instituição e a da relação dos usuários e a população com ela. A intencionalidade passa pela construção de uma imagem das instituições de atendimento como espaços abertos de circulação e pólos de exercício estético, e uma imagem do “louco” como cidadão que deve almejar poder de contratualidade social (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 33).

Pensar a Reforma Psiquiátrica como um processo complexo implica desconstruir, superar conceitos; pensar, refletir sobre as ações no campo da saúde mental e os efeitos de

suas práticas; criar, construir novas práticas e produzir outros saberes. Trata-se, portanto, de um processo contínuo em que os verbos transformar, produzir, desconstruir, desmontar, emancipar, reconstruir devem estar no cotidiano do fazer em saúde mental.

2.1 O Modo Psicossocial

A elaboração das práticas do modo psicossocial é tributária de diferentes movimentos sociais científicos e vários campos teóricos. Sob esse aspecto, Abílio da Costa-Rosa (2000; 2003), busca especificar elementos básicos do novo paradigma traçando um paralelo de análise entre as práticas constitutivas do modo asilar e aquelas exigidas ao modo psicossocial⁷.

As principais características do modo asilar são: ênfase na consideração de determinantes orgânicos nos problemas que se pretende tratar, o que implica que o seu meio básico seja medicamentoso; pouca ou nenhuma consideração da existência do sujeito, o que implica que não se insista na sua mobilização como participante do tratamento. O indivíduo continua sendo visto como doente, tanto em relação à família quanto em um contexto social mais amplo. Daí decorre que a intervenção seja quase exclusivamente centrada nele. As aproximações da família, quando ocorrem, costumam ter caráter apenas pedagógico e assistencial. Dessa consideração do indivíduo como centro do problema, entre outros fatores, decorre também seu isolamento em relação ao meio familiar e social.

Ainda, com relação as práticas assistenciais, no modo asilar, o trabalho é realizado sem que os profissionais se encontrem para conversar sobre a atividade comum. O prontuário é considerado o elo de interconexão entre os profissionais da equipe. Mesmo no caso em que o meio é multiprofissional, a determinação fundamental dos problemas continua, na prática, sendo biológica. Portanto, a eficácia do tratamento espera-se que venha da química. Sua instituição típica continua sendo o hospital psiquiátrico fechado,

⁷ O autor observa que esta análise tem uma dimensão histórica, na medida que inclui uma consideração dos avanços que tem ocorrido nas práticas concretas até o presente; e outra dimensão lógica, visto que decorre da dedução realizada, através do método de análise, das características imprescindíveis a um determinado dispositivo para que ele configure uma lógica contraditória com a dos dispositivos que pretende superar e substituir (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.36).

ainda que nas últimas décadas esse venha sendo alvo de reformas democratizantes, intermitentes e esteja acompanhado de dispositivos chamados extra-asilares.

No modo psicossocial a concepção do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos sustentados para lidar com esse processo requer a desinstitucionalização do paradigma “doença-cura” e sua substituição pelo “existência-sofrimento”, conjuntamente com a configuração de práticas de trabalho transdisciplinares.

Destacam-se como principais exigências ao modo psicossocial: a determinação e consistência psíquica e sociocultural dos problemas, e não orgânica; a desospitalização e a desmedicalização, o que significa desconsiderar a medicação como resposta única ou preponderante e a priori; o exercício da “clínica da escuta e da criação de si”, e não a clínica da observação e da retomada do estado anterior às crises; a horizontalização das relações intrainstitucionais; a participação dos usuários e da população em forma de autogestão e co-gestão; o livre trânsito dos usuários e da população; a ética do reposicionamento do sujeito, que significa reconhecer a implicação subjetiva como forma de singularização e não supressão sintomática.

Os dispositivos institucionais típicos do modo psicossocial são os centros e núcleos de atenção psicossocial, o Hospital-Dia, ambulatórios de saúde mental; equipes multiprofissionais de saúde mental, inseridas em Centros de Saúde; setores para tratamento em saúde mental, inseridos em hospitais gerais. Seus meios básicos de tratamento são a psicoterapia, a laboterapia, as socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural, além da medicação.

É decisiva a importância que se atribui ao sujeito, daí que se insista de maneira fundamental na sua mobilização como participante principal do tratamento. Não se deixa de considerar, por isso, a sua dimensão de indivíduo (orgânico e sócio-cultural). Dá-se ênfase à consideração da pertinência do indivíduo a um grupo familiar e social. Supõe-se que se deve trabalhar também a família e o grupo social como agentes das mudanças buscadas.

Da consideração de que não é o indivíduo o único problemático, sugere-se que se inclua no tratamento também a família e eventualmente um grupo mais ampliado. As formas de participação da família e do grupo ampliado no tratamento são várias e superam, em muito, as posturas assistencial e orientadora, características do modo asilar. As associações de usuários e familiares criadas no modo psicossocial são reflexos dessa nova postura em relação aos usuários.

No modo psicossocial, espera-se que as diferentes possibilidades de ação se estendam desde a continência do indivíduo, durante a crise, até o reconhecimento da implicação familiar e social nos mesmos problemas. Espera-se, portanto, que tanto uns quanto outros possam assumir a parte de seu compromisso na atenção e no apoio. Além disso, dá-se acentuada ênfase à reinserção social do indivíduo, sem perder de vista que, muitas vezes, não é a problemática com a qual ele chegou a responsável pela sua saída da circulação sociocultural.

Quanto às formas de organização institucional, no modo asilar estas são marcadas por estratificações de poder e saber no âmbito do pessoal da instituição, que se transladam para a relação com os usuários e a população, os quais estão excluídos de qualquer participação que não seja a do objeto inerte e o mundo. Já os dispositivos do modo psicossocial tem suas práticas fundamentadas na lógica da Psicoterapia Institucional e da Comunidade Terapêutica e, geralmente, estas são instrumentadas por meio de assembleias de usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental. Participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais no modo psicossocial, por oposição à estratificação e interdição institucionais à heterogestão e à disciplina das especialidades que dominam no modo asilar.

Neste sentido, o autor propõe designar a Atenção Psicossocial como paradigma do modo psicossocial, em oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar.

2.1.2 Atenção Psicossocial

O termo Atenção, no contexto da Reforma Psiquiátrica, assume o conceito de “dar e prestar atenção, acolher, receber com atenção, tomar em consideração, levar em conta e escutar atentamente”. Designa uma parte fundamental do contorno que se pretende imprimir às ações de Atenção Psicossocial nas práticas em saúde mental. Expressa certos princípios relativos, sobretudo, à forma das relações dos agentes institucionais e das próprias instituições como dispositivos, com os sujeitos usuários e suas demandas (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 22).

Já o conceito Psicossocial designa as práticas em Saúde Mental Coletiva que se inscrevem como transição paradigmática da psiquiatria; enquanto que o termo psicossocial

agrega ao 'objeto' das práticas em saúde mental aspectos psíquicos e sociais, e tem a função de designar experiências reformadoras em sentido amplo (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 19).

Segundo o autor, ao somatizar aspectos sociais e psíquicos aos aspectos biológicos do paradigma e do objeto da psiquiatria a Atenção Psicossocial vai promover transformações nas concepções do objeto, nos modos de conceber e estruturar a instituição como dispositivo e, sobretudo, na forma de conceber e estruturar as relações terapêuticas, que tem, por sua vez, implicações éticas radicalmente distintas das práticas asilares.

A Atenção Psicossocial subentende ações diferenciadas das contidas no paradigma asilar e psiquiátrico. Na definição de Costa-Rosa Luzio e Yasui (2003, pp. 34-36):

a Atenção Psicossocial parece configurar um campo capaz de congrega e nomear todo o conjunto das práticas substitutivas ao Modo Asilar, conservando ao mesmo tempo a abertura necessária para a inclusão das inovações que ainda estão se processando e para outras que certamente virão. [...] As práticas de Atenção Psicossocial representam a sedimentação de um vasto conjunto de variações teórico-técnicas e éticas, mais ou menos radicais, conforme o caso, em relação às práticas vigentes e dominantes, que estão no lugar estrutural de sua alteridade necessária.

Os autores argumentam que a Atenção Psicossocial tem sustentado um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas norteadas pela aspiração de substituírem o modo asilar, e algumas vezes o próprio paradigma da psiquiatria. As ações na esfera político-ideológica trabalham em sintonia com os movimentos sociais que lutam pelo resgate da dignidade humana e dos direitos individuais e coletivos de cidadania. As ações teórico-técnicas referem-se à produção de novas formas de intervenção que possibilitem a construção de novos dispositivos que trabalhem pela transformação radical dos modelos institucionalizados e da ética em que se pautam.

Atenção Psicossocial, entendida como paradigma do modo psicossocial, designa concepções contrárias ao modo asilar. Quando referida as políticas públicas de saúde mental aspira a inclusão de aspectos políticos, econômicos, sociais, culturais e outros relacionados com ações que visam a construção de práticas de emancipação para a cidadania. Neste trabalho, se refere ao modelo de atenção em saúde mental que deve nortear as práticas dos serviços substitutivos, especificamente, a dos centros de atenção psicossocial.

Dessa forma, a complexidade e amplitude das práticas de Atenção Psicossocial inclui como seus componentes necessários, os conceitos e as práticas englobadas na desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, a partir de uma perspectiva baseada no aumento da contratualidade social dos usuários das instituições.

2.2 Desinstitucionalização

A desinstitucionalização tem sua origem nas experiências desenvolvidas por Franco Rotelli (1990), na Psiquiatria Democrática italiana. Segundo o autor, o primeiro passo da desinstitucionalização consiste em desmontar a relação problema-solução, renunciando a busca da solução racional (tendencialmente ótima) que no caso da psiquiatria é a normalidade plenamente restabelecida.

“O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de “cura” mas no projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente” (ROTELLI, 1990, p.30). Neste sentido, trata-se de um processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito doente. A desinstitucionalização traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação na qual exista reciprocidade entre sujeitos - uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade.

Nas palavras do autor,

A desinstitucionalização é, sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. [...] Depois de ter descartado a ‘solução-cura’ se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento (ROTELLI, 1990, p.33).

Em sua origem, os pressupostos da desinstitucionalização encaminham-se no sentido da restituição da subjetividade do indivíduo, possibilitando-lhes a recuperação de sua contratualidade, isto é, da posse de recursos para trocas sociais e, por conseguinte, para a cidadania social. Contudo, alguns estudos sobre as mudanças operadas na assistência no

âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira apontam para a compreensão da desinstitucionalização como desospitalização⁸.

Segundo Spricigo (2001), a desinstitucionalização, não correlata da desospitalização, torna-se a um só tempo, processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito adoecido. Traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação em que exista reciprocidade entre sujeitos, uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade. Isso gera a necessidade de invenção de novas modalidades de mediação, não somente médicas, mas principalmente políticas, sociais e culturais.

Sobre esta questão, Amarante (1995b) enfatiza que a mudança desejada na assistência em saúde mental não corresponde simplesmente ao fechamento de hospitais psiquiátricos e o conseqüente abandono das pessoas em suas famílias ou nas ruas, nem no fechamento de leitos para reduzir custos, no sentido do neoliberalismo ou no sentido do enxugamento do Estado. Segundo o autor,

desinstitucionalização não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativo. Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social (AMARANTE, 1995b, p. 491-494).

⁸ Ver SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Série Teses em Enfermagem, n° 42)

Neste sentido, a proposta da desinstitucionalização está centrada em uma mudança completa do paradigma de saber em saúde mental e, do ponto de vista assistencial, na constatação de que o hospital psiquiátrico tradicional é antiterapêutico. Assim, a estratégia de conversão do sistema de cuidado deve partir da substituição do hospital psiquiátrico por um amplo rol de serviços abertos e comunitários, capazes de assistir o usuário desde a crise aguda até às necessidades mais amplas de caráter social. Nestes novos serviços, a reabilitação psicossocial vem se configurando como um lineamento para o desenvolvimento de programas, eticamente responsáveis, no sentido de dar conta da totalidade das demandas que os problemas mentais severos e persistentes requerem.

2.3 Reabilitação psicossocial

Na definição da Organização Mundial de Saúde (1987 apud PITTA, 2001) reabilitação psicossocial é o conjunto de atividade capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários.

Segundo Pitta (2001), a reabilitação psicossocial, no seu sentido instrumental, é representada por um conjunto de meios (programas e serviços) que são desenvolvidos para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes, ou seja, um processo para facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. Tal processo enfatiza as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo e a cada situação de modo personalizado.

Para Saraceno (2001), a reabilitação psicossocial prevê um processo de restituição e reconstrução de direitos políticos legais e sociais para o cidadão. Para tal, projetos de ressocialização devem promover o reconhecimento do portador de transtorno mental.

Para Kinoshita (2001), reabilitar é reconstruir valores, aumentar o poder contratual, criar condições de possibilidade para que um paciente possa, de alguma

maneira, participar do processo de trocas sociais, produzir dispositivos que, desde uma situação de desvalor quase absoluto (pressuposto), possa passar por experimentações, mediações que busquem adjudicar valores aptos para o intercâmbio, ou seja, modificar o pressuposto de desvalor natural para um pressuposto de valor possível proposto, explícito.

O autor considera que reabilitar pode ser entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia. Sendo que, a contratualidade do usuário vai estar, primeiramente, determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Se estes podem usar de seu poder para aumentar o poder do usuário ou não. Depois pela capacidade de se elaborar projetos, isto é, ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida.

Ainda, diretamente ligada a questão da reabilitação de pacientes está a necessidade de se estabelecerem diversificadas redes de relações, as quais melhor capacitariam os indivíduos a compreenderem quais determinações influenciam sua vida cotidiana, ampliando sua autonomia.

O conceito de autonomia aqui referenciado é entendido como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001).

3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Apresentamos, a seguir, os resultados e as análises da pesquisa realizada, a partir dos eixos que nortearam a coleta dos dados e das informações: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde.

3.1 Estrutura e recursos financeiros

O conjunto de serviços substitutivos ao modelo de atenção em saúde mental tradicional (manicomial/asilar), do qual os centros de atenção psicossocial fazem parte, é, atualmente, regulamentado pela Portaria GM/MS N° 336/2002. Esta portaria estabelece portes diferenciados, a partir de critérios populacionais, para abrangência, financiamento e tipo de serviço prestado, de acordo com cada modalidade de CAPS.

Com relação a estrutura física, os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender a sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado. Para tanto, devem estar equipados com consultórios individuais para consultas, entrevistas, terapias, salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitório, sanitários, área externa para oficinas, recreação e esportes (BRASIL, 2004).

Neste aspecto, O CAPS Ponta do Coral tem uma estrutura que compreende um terreno com área física total aproximada de 1.936,00m², destes, aproximadamente 421m² são de área construída. Fazem parte das instalações, uma casa com dois pavimentos, um anexo, utilizado como sala do brechó, área de lazer e estar externa, e estacionamento. O pavimento superior da casa comporta 2 varandas, sala de recepção, sala de espera, 2 áreas de circulação (corredores), sala de administração, 2 consultórios, sendo que no momento um é utilizado como sala administrativa para realização de procedimentos relacionados ao preenchimento das APACs⁹, 2 salas para atividades grupais com WC, sala de depósito de

⁹ Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo.

material, cozinha com despensa, refeitório com churrasqueira, sala ampla (auditório) equipada com multimídia, sala de enfermagem, sala de repouso, e 7 banheiros distribuídos no espaço físico do pavimento superior. No pavimento inferior encontra-se a sala utilizada pela associação de usuários, 2 salas para a realização de oficinas (com passagem de uma para outra), sala com forno, sala de depósito de material e lavanderia¹⁰.

De acordo a pesquisa realizada, 83,3% dos profissionais considera a área física do CAPS suficiente para o atendimento da demanda e 66,7% consideram as instalações adequadas para a realização das atividades propostas; apenas um profissional observou que considera a estrutura do CAPS suficiente desde que as oficinas produtivas sejam realizadas fora da unidade. A mesma porcentagem (66,7%) considera os equipamentos disponíveis suficientes. Neste âmbito, o serviço conta com computador com impressora, aparelho de telefone e fone/faz, televisão, mesas de escritório, cadeiras, quadro branco, maca para atendimento em enfermagem, camas de repouso, fogão industrial, pia, mesas e bancos no refeitório, bancos para estar e descanso, entre outros. Metade dos profissionais respondeu que os equipamentos estão em bom estado de utilização, com ressalvas para salas com pouca ventilação no pavimento inferior.

Já com relação aos materiais de consumo, 91,7%, correspondente a onze dos doze profissionais que responderam ao formulário, consideram que os materiais de consumo não são suficientes. Eles se referem à falta e irregularidade no recebimento de materiais básicos à manutenção do serviço, tais como copo descartável para água, papel higiênico, e, principalmente, material específico para uso nas oficinas terapêuticas e de produtividade. Esta situação pode ser observada nas falas dos profissionais, que identificam as dificuldades no funcionamento do CAPS com relação a falta de recursos materiais e financeiros:

[...] essa falta de recursos é isso que eu te digo, desde a parte administrativa, nós precisamos de papel, carbono, copo pra tomar água, por exemplo, agora nós somos uma Unidade Local de Saúde que não tem copo descartável, já faz quase quinze dias, vinte dias, não tem copo descartável; falta água, aí nós temos que esperar, sendo que é um lugar que transita muitos usuários, eles tomam medicação e precisam tomar água, eles tomam muita água, e acaba não tendo água potável; por exemplo, teve época que faltou papel higiênico, em um serviço onde os usuários chegam fazem lanche, almoçam, fazem lanche da tarde, eles passam o dia aqui, então precisa ter uma estrutura mínima de atendimento (LÉLI, 4/4/2006).

¹⁰ Conforme Planta Baixa da unidade constante no projeto de reforma e ampliação executado em 2003/2004.

[...] a gente tem também o problema de fornecimento de material de consumo já há algum tempo, também desde que essa administração começou (Gestão Municipal e da Secretaria de Saúde), o fornecimento de material de consumo é interrompido, a gente fica sem tinta pra impressora, sem papel, sem papel higiênico...; tem diversos itens desses que são necessários, fazem parte do funcionamento do dia-a-dia do serviço (F, 12/4/2006).

[...] as oficinas terapêuticas e produtivas, requerem um material específico que precisa de dinheiro, e aqui, na política específica do município não tem uma regularização quanto ao repasse desse dinheiro [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

[...] a falta de agilidade no fornecimento das reservas para as oficinas, tudo isso resulta em um prejuízo para o trabalho; ficou quase uns dois meses a oficina fechada por falta de material, por exemplo [...] (P, 17/3/2006).

Outra dificuldade mencionada pelos profissionais no funcionamento do serviço é o vale transporte dos usuários:

[...] o funcionamento em geral fica prejudicado porque na medida em que falta vale transporte o usuário não vem, não consegue se deslocar para vir até aqui, aí interrompe aquele projeto terapêutico que havia sido feito com o usuário [...] (VIK, 24/3/2006).

[...] a questão, por exemplo, da dificuldade que a gente tem aqui: o transporte dos pacientes, a questão do passe, é muito irregular; então, isso reduz a nossa produtividade também, porque os pacientes acabam não vindo. Muitas vezes a gente não pode, por exemplo, contar com aquele paciente que veio para uma entrevista inicial porque ele não tem como estar vindo no curto prazo, então, acho que isso, a questão do custo que é o transporte em Florianópolis, também acaba afetando o nosso trabalho, então, nesse sentido, a falta de regularidade no passe [...] (P, 17/3/2006).

A partir dessa relação entre as diversas necessidades para o funcionamento do serviço é possível perceber que os profissionais assumem como princípio uma concepção de saúde ampliada, na qual não basta somente o atendimento terapêutico. Outros fatores estão interligados e contribuem para que a assistência efetivamente ocorra. Contudo, a concepção e prática setorializada das políticas sociais brasileiras provoca situações dessa natureza, na medida em que não se trabalha a inter-relação entre elas. Esta forma de setorialização das políticas sociais, no entanto, não é característica apenas da realidade brasileira, mas uma “modalidade do Estado burguês” que traduz as expressões da questão social mediante a tipificação das políticas sociais (NETTO, 1992).

Várias iniciativas têm buscado romper com esta perspectiva como a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), que reafirmou a necessidade de se garantir e melhorar o acesso aos bens e serviços da sociedade: prover trabalho, creches, profissionalização, educação, lazer, escolas, habitação, transporte, segurança pública, saneamento básico. Também, destacou ser fundamental enfatizar a questão do transporte urbano acessível aos usuários, a fim de que seja garantido o deslocamento entre os serviços de saúde e sua moradia (BRASIL, 2002a).

Na seqüência da pesquisa realizada, dois entrevistados referiram que a falta e as dificuldades no fornecimento dos recursos materiais necessários estão mais acentuadas na atual gestão administrativa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)¹¹. Foram relacionadas, ainda, como dificuldades, a falta de um carro disponível para o CAPS, a falta de terapeuta ocupacional, de outro médico psiquiatra e outros profissionais de nível médio (auxiliar administrativo, pessoa para limpeza). Outras questões listadas estão relacionadas aos recursos humanos e as necessidades de integração do serviço na política municipal de saúde. Os profissionais relatam a existência de dificuldades de interação da equipe, falta de capacitação, supervisão institucional, falta de apoio institucional, falta de efetivação de uma rede de saúde mental e/ou a existência de uma rede de atenção ainda incipiente, em processo de formação, falta de estrutura para atenção às urgências, dificuldades do gestor em compreender a lógica da saúde mental, salários incompatíveis com as funções.

Os problemas relatados pelos profissionais aparecem diretamente relacionados à insuficiência dos recursos financeiros de custeio do serviço. Todos os entrevistados referiram que os recursos gerados pelo serviço, através das APACs, não são suficientes para a realização das atividades do CAPS. Dentre as atividades prejudicadas, o trabalho nas oficinas foi apontado como o principal, conforme aparece na fala a seguir:

o que requer mais recursos, atualmente, são as oficinas produtivas, por exemplo, houve uma paralisação de muitas das oficinas quando faltou recurso. O recurso não é exatamente suficiente. Eu acho que os R\$ 500,00 por mês é um recurso pequeno [...] acho que o recurso poderia ser maior, pelas necessidades ele acaba sendo reduzido, não é uma coisa que você possa comprar a vontade, assim, é limitado, muitas vezes, a oficina tira de uma pra passar pra outra (P, 17/3/2006).

¹¹ Gestão Municipal 2004/2008; a Gestão da Secretaria de Saúde referida é a de 2004 a abril de 2006 que teve como gestor o vereador Walter da Luz; à época da coleta dos dados empíricos houve mudança do gestor municipal de saúde, assumindo o cargo o ex-secretário estadual de saúde João José Cândido da Silva.

Um dos profissionais apontou como principal atividade prejudicada pela falta de recursos financeiros a questão do território. Segundo este, a falta de recursos interfere no atendimento prestado, no sentido de que não é possível realizar o acompanhamento, a inclusão e avaliação do usuário em seu território. De acordo com este profissional,

o dinheiro do CAPS pode ser melhor gerido se investir no território. Investir no território seria elaborar projetos, ter mais articulação com a associação de moradores, ou seja, com os recursos que o território oferece, e aí precisa aumentar a própria equipe porque vai ter equipes que vão ter que se deslocar do CAPS; vai ter que ter investimento em carro, daí vai ter que ter um motorista, os próprios agentes comunitários tem que ter essa parceria, isso tudo implica em financiamento. [...] como eu sempre digo, território é onde a vida acontece, onde a cultura é produzida, onde as manifestações de vida, elas estão mais visíveis [...], mas investir lá no território, a equipe tem que estar inserida lá, estar toda hora pensando e discutindo [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

De acordo com as recomendações da política do Ministério da Saúde, as ações de saúde mental devem obedecer a um modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas. São ações que envolvem práticas de reabilitação psicossocial, promoção da cidadania, construção da autonomia possível dos usuários no ambiente em que eles vivem, e que necessitam de uma equipe multidisciplinar capaz de trabalhar sobre a ótica da interdisciplinaridade (BRASIL, 2004).

Necessariamente, a mudança de um modelo assistencial requer a análise de sua estrutura de financiamento. Isso significa que as características singulares e diferentes dos CAPS, em relação aos modelos tradicionais de assistenciais, e a complexidade das ações desenvolvidas por estes serviços necessita vir acompanhada de uma mudança na lógica de alocação de recursos financeiros.

Atualmente, o principal órgão financiador dos CAPS é o Ministério da Saúde (MS). Com a publicação da Portaria GM/MS nº 336/2002 os CAPS passam a fazer parte das ações estratégicas do MS. Esses serviços são incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e a remuneração é através do sistema APAC/SIA¹². Baseado na fatura que o prestador de serviços de saúde apresenta ao SUS, correspondente aos seus gastos

¹² A Portaria GM/MS nº 336/2002 descreve os procedimentos objeto de remuneração, classificando-os em intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Para essas três modalidades de atendimento, a Portaria GM/MS nº 189/2002 fixou o número máximo de atendimentos mensais para cada modalidade, de acordo com cada tipo de CAPS, sendo que para cada tipo de procedimento é destinado um valor diferenciado. Nos CAPS II, um procedimento intensivo custa R\$ 25,40; um semi-intensivo, R\$ 16,30; e um não-intensivo, R\$ 14,85 (BRASIL, 2002).

mensais com a produção de atendimentos aos usuários dos CAPS, o Ministério da Saúde repassa, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, o montante equivalente à sua produção. A inovação introduzida por este modelo de pagamento refere-se à fonte de financiamento, ou seja, ao acréscimo de recursos financeiros repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estadual e Municipal de Saúde (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, pp.129-132).

Sobre este aspecto, perguntamos aos entrevistados qual conhecimento possuem sobre o repasse dos recursos financeiros para o CAPS. Na sua maioria, eles referiram saber sobre os recursos originados a partir das APACs, contudo, relataram não saber sobre o controle do uso desse recurso, conforme expresso nas falas relacionadas:

[...] tem o valor, o montante desse valor que é produzido dos atendimentos pagos pelo Ministério (MS), então, tem isso mensal, a gente tem o valor que chegou, somou, vamos dizer assim, esse montante que a gente somou dos atendimentos feitos no mês, isso a gente sabe, porque as APACs são geradas aqui no CAPS, mas o repasse disso via Fundo Municipal, esse controle eu não sei, eu sei do valor que tem que receber mensalmente (VIK, 24/3/2006).

Bom, formalmente, eu desconheço qualquer..., todas as formas de recursos. O dinheiro da produtividade referente as APACs vai para o Fundo Municipal de Saúde e nunca teve prestação de contas disso. Na verdade a gente não sabe qual é o destino que é dado nem quanto vem; tem o nosso levantamento interno da produtividade, mas não sabemos o que é feito desse recurso (F, 12/4/2006).

Alguns profissionais referiram-se ao fato de o município não ter gestão plena do SUS,

Bom, eu tenho algum, pouco do que é repassado, a gente sabe o que foi recolhido, por exemplo, através das APACs, que são os atendimentos feitos aqui, então eu sei quantos atendimentos foram, qual seria o valor que essas APACs dariam, mas eu não sei qual o valor que a gente acaba recebendo, que fica num fundo perdido, no sentido de que é um fundo único por não ser gestão plena (J, 22/3/2006).

O conhecimento que eu possuo é muito irregular e insatisfatório, assim, a relação APAC, por exemplo, o repasse do dinheiro que viria do Ministério da Saúde a gente acaba..., nós não somos gestão plena então vai pra secretaria (municipal) de saúde e ali é passado pra compra de alimento..., enfim, mas nós não temos autonomia sobre esse dinheiro, então, uma vez que você não tem autonomia o teu conhecimento fica restrito. Está na mão da secretaria mesmo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais discorreu detalhadamente sobre a forma como os recursos são gerados e repassados à unidade gestora (SMS), referindo-se que todas as diretrizes sobre financiamento do serviço são preconizadas pelo Ministério da Saúde através de portarias.

Os recursos financeiros do CAPS são obtidos através de APACs, Autorização de Procedimento de Alto Custo; pra se preencher uma APAC é necessário que haja uma organização do serviço em cima de modalidades de atendimento; as modalidades de atendimento podem ser: semi-intensivo, intensivo e não-intensivo, cada um tem um determinado valor em relação a esse procedimento, ou seja, todas as diretrizes em relação a financiamento, o Ministério preconiza isso em portaria, então, os conhecimentos que eu possuo em relação aos recursos financeiros do Caps são os conhecimentos que já estão preconizados em relação ao Ministério da Saúde; essa APAC uma vez preenchida ela é computada, ela é repassada pro governo federal e este repassa o dinheiro fundo a fundo; esse dinheiro vem pro Fundo Municipal de Saúde, e é esse dinheiro que é aplicado na saúde mental pra ter a gestão do serviço [...] aqui acontece da seguinte forma: cada gestor municipal, como a política é municipalizada, eles criam um protocolo, nesse protocolo eles colocam de que forma esse dinheiro pode ser gastado na saúde mental; então, existe um documento no município dizendo, olha na saúde mental você pode gastar tanto com a associação de usuários, tanto pra comprar materiais, tanto pra gastar em vale transporte; então, existe um protocolo dizendo no que você pode gastar esse dinheiro que vem na saúde mental; é um dinheiro que vem do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde; esse dinheiro cai nessa conta e ali existe um acordo de como se gastar; esse dinheiro é manejado pelo gestor municipal de saúde (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme apontam Freire, Ugá e Amarante (2005, pp. 131-133), o modelo de alocação de recursos dos CAPS (sistema de remuneração por APAC) trás contribuições à política nacional de saúde mental ao inserir os CAPS no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) do MS, pois proporciona maiores incentivos financeiros, haja vista a alocação de recursos municipais extra-teto para a manutenção de serviços já existentes e a implantação de novos serviços.

Contudo, os mesmos autores ressaltam que há de se perceber que a lógica da remuneração que o SUS imprime aos CAPS vincula-se, preponderantemente, à doença. Ou seja, as unidades assistenciais do SUS seguem um sistema de remuneração vinculado a um diagnóstico, mais especificamente, a um episódio de doença, internação, contidos na tabela de procedimentos hospitalares (SIH/SUS) ou a ações ambulatoriais, inscritas na tabela de procedimentos ambulatoriais (SIA/SUS). Desta forma, “o sistema de saúde encontra-se, em sua quase totalidade, voltado para a produção de atos vinculados a doença, isto é, atos

curativos, valorizando, em consequência, intervenções predominantemente individuais, que são remuneradas pela venda de procedimentos, diárias e atos médicos-assistenciais de natureza privatizante” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p 133).

Amarante (2003, pp. 62-63) considera que os CAPS, como os serviços integrantes do SUS, também foram capturados pela lógica da *inampização*, ou seja, pela lógica do pagamento por procedimento. Para o autor, “o modelo prevalente dos CAPS é o herdeiro mais autêntico e legítimo da lógica do antigo INAMPS, onde a saúde era reduzida a doença, ao mesmo tempo em que o sistema de saúde era reduzido a assistência médico-curativa”.

Portanto, o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. Pelo contrário, tente a prejudicar a complexidade de ações dos CAPS, na medida em que não é previsto financiamento das diversas relações que podem ser estabelecidas com a comunidade, com as lideranças e associações comunitárias. Tais ações, dentre muitas outras possibilidades de intervenção territorial, “são inerentes a esse tipo de serviço e objetivariam imprimir um processo de transformação cultural nos diversos segmentos da sociedade, no lidar e no acolhimento das pessoas em sofrimento mental” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 135).

Sobre a forma de repasse dos recursos financeiros ao CAPS, os profissionais entrevistados relataram não existir descentralização administrativa. Os recursos chegam ao serviço na forma de materiais. Alguns profissionais observaram que até a gestão administrativa da secretaria municipal de saúde anterior eles tinham acesso a uma verba de R\$ 500,00 que utilizavam na compra de material para as oficinas. A partir da atual gestão esse dinheiro não foi mais repassado. A compra do material passou a ser feita através de orçamento encaminhado à secretaria, que faz o pagamento, e os profissionais retiram os materiais.

Não, a gente não tem acesso a esse recurso diretamente, a gente não é uma unidade que gere o seu recurso; ele vai pra secretaria e a secretaria... por exemplo: toda a compra de... o pagamento dos almoços, lanches, etc.. é a secretaria que faz; a gente não tem autonomia; o único recurso que a gente manuseia são os R\$ 500,00, que vem para as oficinas; isso é dividido, as Oficinas fazem um rateio, cada oficina compra o seu material, mas até parece..., da última compra fui eu que comprei, ela (SMS de Florianópolis) determinou, já colocou a empresa que vai fornecer; não sei se foi mediante licitação, já fez o pagamento direto, a gente só foi lá escolher e pegar os produtos que tinham sido

solicitados; então..., de outras vezes, por exemplo, a gente pegava o cheque ia lá comprava, pagava naquele valor, agora isso não foi feito dessa forma (P, 17/3/2006).

Desde que começou essa administração (Gestão Municipal 2004-2008) acabou esse repasse; então atualmente a única vez que a gente conseguiu material pras oficinas foi através de empenho que a própria secretaria fez..., então, permanece centralizado, a única coisa que a gente teve que fazer foi ir nas lojas fazer orçamento, passar pra secretaria, a secretaria emitiu as notas, e aí a gente foi buscar o material com essas notas, mas não com o dinheiro (F, 12/4/2006).

Não, não existe, porque, na gestão passada (Gestão Municipal 2000-2004) ainda vinha uma verba de dois em dois meses, tipo quinhentos reais pra compra de material pra oficinas; nós comprávamos, apresentávamos as notas e depois eles colocavam o dinheiro; nessa gestão (Gestão Municipal 2004-2008; Gestão da Secretaria de Saúde de 2004 até abril de 2006) não existe nada, então, a pergunta se existe descentralização administrativa dos recursos financeiros, não, não existe (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais referiu-se a descentralização não apenas como repasse de recursos financeiros e funções administrativas, mas como compartilhamento de poder na gestão do serviço.

Essa descentralização, eu estou entendendo como um compartilhamento de poder; não existe esse compartilhamento de poder na hora de gerir os recursos, assim, o CAPS possui CNPJ, mas ele não possui uma conta específica pra vir dinheiro pro CAPS, não existe isso, existe esse acordo que eu te falei, que vem do fundo a fundo e esse dinheiro vai pra saúde mental e o CAPS tem uma vertente pro CAPS, o dinheiro não é só pro CAPS, ela vai pra saúde mental, e aí o CAPS acaba utilizando esse dinheiro, então, quando pergunta sobre a descentralização eu faço a avaliação de que é o compartilhamento de poder, então, não tem isso, é o gestor que acaba se apoderando desse sistema de financeiro, a gente não interfere (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ao considerarmos a questão da descentralização político-administrativa dos recursos financeiros, temos a intenção de destacar que a transferência desta prática às unidades prestadoras de serviços em saúde nos municípios poderia estar favorecendo uma melhor utilização e adequação dos recursos às necessidades reais do serviço, bem como possibilitar maior agilidade na compra dos materiais e viabilizar um processo de gestão democrática e participativa, entre técnicos trabalhadores, usuários e gestores. Essa prática traduz-se, por sua vez, em um exercício político-pedagógico de construção da democracia, objetivando uma atuação com transparência na administração da coisa pública.

Quando questionados sobre se a descentralização financeira dos recursos possibilitaria o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, os

profissionais, na sua maioria, disseram que sim, com algumas ressalvas feitas para a necessidade de mudanças na forma de gestão administrativa do serviço, conforme expresso nas falas que seguem:

Sem dúvida, sim sem dúvida, isso é um equívoco assim porque..., justamente porque a gente não sabe qual é o destino dado a esse dinheiro. A gente acredita que se a gente tivesse mais transparência nesse processo a gente poderia pelo menos priorizar certas coisas que são de fato importante e garantir que elas fossem..., que a gente conseguisse obter essas coisas, enfim, o investimento necessário (F, 12/4/2006).

A melhor utilização sim acho que o planejamento teria que ser anterior, mas sim, acredito que utilizar no sentido até..., porque muitas vezes, como vai para esse Fundo que é pra todos, pra toda a saúde, você acaba sem saber, igual agora, que a gente já tem o dinheiro da supervisão disponível na secretaria, mas não tem como a gente começar amanhã, embora o dinheiro já esteja lá., porquê? porque a gente não sabe como esse dinheiro vai sair e entrar na mão do terapeuta que vai fazer a supervisão da equipe e isso pode demorar um mês, dois meses, vai saber, seria melhor, claro (J, 22/3/2006).

Sim, com certeza, porque nos iríamos sentar e ver as necessidades, por exemplo, esse ano nós ficamos desde o ano passado até um mês atrás sem material nenhum pras oficinas e as oficinas que mais tinham, capitalizavam usuários e não tínhamos material, nós tivemos que suspender as oficinas; então nós sabemos das necessidades, as necessidades dos usuários, quais as oficinas tem mais usuários, pra gente pode administrar e vê onde pode estar investindo (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que sim porque ficaria mais próximo da própria administração do CAPS, porém, ia surgir a necessidade de ter todo um aparato administrativo pra poder gerenciar isso, mas assim, na medida que aqui no CAPS a gente tem uma gestão participativa, em que os usuários estão reunidos semanalmente pra pensar as regras do CAPS, as necessidades do CAPS, enfim, seria mais interessante talvez, esse repasse direto tu quer dizer, é... não sei assim, a princípio..., hoje a gente tem uma estrutura de conselho que prevê o controle social através do Fundo Municipal de Saúde, o Conselho Municipal tem essa ligação também, e aí a gente está lá também, de certa forma representado (VIK, 24/3/2006).

Olha, eu acho que teria que mudar um pouco a nossa dinâmica de funcionamento; não deixa de ter um lado...bom, é uma faca de dois gumes, poderia facilitar a gente fazer um processo mais rápido talvez, não faltaria coisa, porque as vezes faltam coisas básicas, agora, por exemplo, faltam copos, se você tivesse o recurso você ia ali e comprava uns pacotes de copos, não teria essa... essa falha; agora é saber que é mais uma tarefa também que acumularia em termos administrativos, financeiros, quer dizer, não sei se você não está ali também inchando o processo burocrático aqui dentro do CAPS; eu acho que pode ter vantagens, mas pode ter desvantagens; eu teria que pensar melhor, nunca pensei nessa possibilidade; assim, acho que o dinheiro da Oficina, puxa, se a gente tivesse aqui uma verba seria mais fácil, as vezes faltam coisas

pequenas que você não tem como estar repondo aqui, tem que esperar uma nova verba, de repente pra.... (P, 17/3/2006).

Um dos profissionais observou sobre as questões práticas e políticas que envolvem a descentralização no contexto do SUS:

Esse compartilhamento de poder ele só pode ser discutido dentro da lógica do SUS, universalização, integralização, etc., dentro dos preceitos do SUS tem o controle social, essa descentralização só pode ser discutida quando acontece o controle social. Hoje essa descentralização ela tem que ser discutida no Conselho Municipal de Saúde e mais precisamente no conselho gestor dentro do CAPS; agora, porque não ocorre isso? Porque não tem a clareza da necessidade; eu acredito que as pessoas que acabam estando na prática, principalmente no CAPS, se sobrecarregando com as coisas, e acabam não tendo a clareza, ou não querendo assumir mais um encargo trabalhista; então, esse é um dos grandes problemas que existe, a sobrecarga de trabalho, as condições de trabalho, aí você acaba tendo que lutar por tudo isso; isso aí eu vejo que tem muito a ver com a questão da militância, pessoas que já estão, lá na época ou do ensino médio, que já começam ir pros grêmios, depois a pessoa acaba indo pra militância no movimento estudantil, e quando vão pros serviços de saúde são profissionais mais críticos, que acabam tendo essa visão mais ampla da saúde e da política; então, as pessoas que acabam chegando no serviço com um pouco desse ideal de controle social eu diria, acabam questionando mais essa questão da descentralização; voltando a tua pergunta sobre a descentralização financeira, ela poderia sim possibilitar um melhor planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, se houver o controle social dentro dessa descentralização financeira (GIRASSOL, 20/3/2006).

Cabe destacar que a proposta da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, na regionalização e na hierarquização da rede de serviços, constante entre os princípios e diretrizes do SUS, coloca o município como lugar privilegiado para o desenvolvimento de uma política de financiamento das ações em saúde, com critérios transparentes, e que respeite as particularidades da realidade local. O Ministério da Saúde continua a ser a instância que, na administração do Fundo Nacional de Saúde (FNS), acompanha a aplicação dos recursos que são repassados aos estados e municípios. Estes, por sua vez, são obrigados a constituir os seus respectivos fundos de saúde e conselhos estaduais e municipais, elaborar planos de ação e apresentar relatórios de gestão, garantindo também a existência de contrapartida de recursos para a saúde nos seus orçamentos (COSTA, 2002).

Embora a descentralização seja uma prática com vistas a aumentar o poder decisório de aplicação dos recursos na esfera local, esta ainda apresenta muitos problemas, na medida que não consegue alcançar efetividade, dados os impasses de ordem burocrática e administrativa. Por si só a descentralização não garante maior controle social ou uma prática democrática. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada que abarque as especificidades da área da saúde mental.

Nesse sentido, a lógica fundamental da estrutura de financiamento exigida é a de que os recursos financeiros devem ser centrados nas pessoas e não nos serviços. O financiamento deve contemplar todas as ações necessárias e decorrentes da implantação, implementação e sustentação de uma nova política de saúde mental (BRASIL, 2002a). O que deve ser colocado em pauta é a viabilidade de se financiar o CAPS como um todo, envolvendo todas as suas ações e especificidades, permitindo-se que cada serviço tenha flexibilidade para realizar seu trabalho de acordo com as necessidades locais, desvinculando o financiamento da relação de compra e venda de serviços e da noção de doença (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 136).

3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico

Os profissionais que trabalham nos CAPS compõem um grupo de diferentes técnicos de formação de nível superior e nível médio, e integram uma equipe multidisciplinar. Todas as unidades de serviço devem obedecer a exigência da diversidade profissional e cada CAPS tem suas próprias características quanto ao tipo e a quantidade de profissionais. A equipe mínima indicada para os CAPS II é composta por médico psiquiatra, enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior de outras categorias profissionais entre psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro necessário ao projeto terapêutico e seis profissionais de nível médio entre técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).

O papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. As equipes devem organizar-se para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação

psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e poder equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas (BRASIL, 2004).

Neste item nos propomos a descrever e analisar a composição e perfil da equipe técnica do CAPS Ponta do Coral, bem como as dificuldades e facilidades do trabalho em equipe consideradas pelos profissionais, a existência de práticas interdisciplinares no atendimento ao usuário, de projeto terapêutico e planejamento das ações da unidade de serviço¹³. Ao final do item consideramos os apontamentos dos profissionais sobre as diferenças do atendimento prestado no CAPS em relação ao realizado nas instituições tradicionais/hospitais psiquiátricos.

3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental

O CAPS Ponta do Coral conta com uma equipe de profissionais multidisciplinar que atua diretamente no atendimento aos usuários. São profissionais com formação de nível superior nas áreas de psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Entre os de formação de nível médio estão dois técnicos em enfermagem e um auxiliar administrativo. Compõem a equipe, ainda, os profissionais de apoio, vigilantes e auxiliar de limpeza, e estagiários de psicologia, serviço social e enfermagem.

¹³ É importante destacar que o perfil bem como a opinião dos profissionais sobre o serviço varia, no decorrer do tempo histórico, de acordo com a composição da equipe naquele determinado momento. Outros trabalhos já realizados identificam o perfil da equipe, a percepção dos profissionais sobre o trabalho no CAPS, o significado e o processo de inserção no serviço, a concepção sobre o modelo assistencial e práticas de desinstitucionalização, em épocas anteriores. Entre estes ver: GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003; FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial** - percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004; NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental:** em busca da articulação e qualificação das ações em saúde. Monografia (Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Lato Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

A maioria dos técnicos de nível superior concluiu a graduação na década de 1980. Metade deles possui capacitação específica na área de saúde mental, em geral, cursos de formação e aperfeiçoamento, especialização em terapia cognitiva comportamental, saúde pública, clínica, psicoterapia, psicanálise, atenção psicossocial. Três profissionais possuem mestrado nas áreas de enfermagem, sociologia política, artes cênicas; um fez residência médica em psiquiatria e cursa mestrado na mesma área; uma profissional tem doutorado em sociologia política.

Mais da metade dos profissionais (58,3%) possuem experiências de atuação profissional em outras instituições da área de saúde mental como clínica de internação, hospital psiquiátrico, centro comunitário de saúde mental, serviços de atenção à dependentes químicos e centro de atenção psicossocial. A maioria (66,7%) atua na área de saúde mental a partir da segunda metade da década de 1990. Cinco profissionais identificaram ter experiência de atuação em outras instituições que não da área de saúde mental.

Com relação ao tempo de serviço no CAPS, quatro profissionais atuam desde a implantação do serviço, em 1996, três ingressaram na equipe entre os anos de 2001 e 2002, e quatro profissionais passaram a fazer parte da equipe recentemente, a partir de meados de 2004. Quanto ao tipo de vínculo empregatício, a maioria, 75% (9 profissionais), é servidor público concursado, dois são contrato temporário e um ingressou no serviço público municipal através de indicação técnica. Nove profissionais possuem regime de trabalho de 30 horas semanais e 3 deles trabalham 40 horas semanais.

Com relação a capacitação específica em saúde mental para atuar no CAPS, todos os entrevistados consideram esse quesito de grande importância. Entre as razões apresentadas estão: a necessidade de compreensão e entendimento comum do que é um CAPS e o entendimento do tipo de assistência que este serviço deve oferecer; a preocupação com a diferença no atendimento que o CAPS deve oferecer em relação aquele prestado em outros serviços de saúde mental; a necessidade da capacitação para suprir as defasagens da formação acadêmica, que, em geral, não abarca as especificidades do campo da saúde mental.

Na opinião dos entrevistados,

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS, não tem a qualificação pra atuar, então ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então é necessária a questão da capacitação... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ah sem dúvida, sem dúvida, principalmente porque o que a gente está propondo é uma reformulação no modo da assistência em saúde mental, então é preciso que quem venha trabalhar num CAPS entenda essa lógica, que não venha pra cá com a mesma mentalidade do que se faz no hospital psiquiátrico, do que se faz em ambulatório, é outra coisa também diferente da atenção básica, então o CAPS precisa disso, precisa que o profissional tenha essa.., esse tipo de orientação, esse tipo de compreensão da sua finalidade (F, 12/4/2006).

Muito, muito importante, justamente por isso que eu estou te falando, porque assim, o profissional que trabalha no campo psicossocial, de qualquer área, ele necessariamente precisa quebrar a prática estereotipada pra poder entrar num serviço como esse porque o assistente social de um CAPS ele não é aquele assistente social de um hospital psiquiátrico, ele muda, ele faz outras coisas, ele se coloca de outro jeito, assim também é o médico, assim também é o psicólogo, o enfermeiro, então, uma formação específica pra essa área é bastante adequado porque vai tratar especificamente das necessidades que se colocam no cotidiano (VIK, 24/3/2006).

Considero, considero sim. É interessante que cada um tenha um saber, que traga o seu saber pela sua formação, da sua prática, do seu bairro, da sua comunidade, mas trabalhar no CAPS não é trabalhar em ambulatório, trabalhar no CAPS é ter um conhecimento sim do que é uma Reforma Psiquiátrica, do que significa um CAPS num panorama hospitalocêntrico. É toda essa questão política que tem por trás, questão financeira também, que é um serviço que se propõem substituir sim progressivamente os hospitais. Em muitos lugares isso já é feito, já conseguem fazer internação zero, outros lugares não; então, uma abordagem no CAPS precisa sim ter capacitação (LÉLI, 4/4/2006).

Sim, até por que o que é o CAPS? O quê um CAPS deveria ser? Cada um tem a sua idéia do que é um CAPS, mas ela não é uma idéia homogênea, então a minha experiência do que é um CAPS em outros lugares, que eu já tive em outros lugares especificamente, é muito diferente do que eu chego aqui e encontro as pessoas falando o que é um CAPS. é claro que a capacitação para um CAPS, para o que é o trabalho em CAPS podia homogeneizar, pelo menos todo mundo iria estar falando a mesma língua (J, 22/3/2006).

Sobre este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005, p. 30), observam que “os profissionais de saúde mental são, ainda em grande parte, formados a partir da prática cotidiana que caracteriza a lógica manicomial”. Hospitais e clínicas psiquiátricas constituem-se ainda os espaços onde “são oferecidos treinamentos em serviço (sob a forma de estágios e residências) aos profissionais que irão, no futuro, tentar materializar a nova lógica dos serviços substitutivos”.

Os autores destacam que “do sucesso da forma de organização da produção e transmissão do conhecimento pode depender o sucesso da própria reforma psiquiátrica” (OLIVEIRA; DORNELES, 2005, p. 32). Neste sentido, é importante que seja colocado na

cena do debate o funcionamento das instituições de aprendizado profissional sob a ótica da reflexão sobre as práticas e não apenas sobre o discurso das propostas dos cursos de formação. Os centros de formação devem se programar, planejar e garantir aprendizado e treinamento supervisionado, em que se pratique e construa espaços de práticas genuinamente terapêutica.

Na mesma direção, um dos entrevistados expressou sua preocupação com relação a seleção dos profissionais que vão atuar no CAPS, argumentando que os resultados do trabalho também dependem desse aspecto.

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS não tem a qualificação pra atuar, então, ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então, é necessária a questão da capacitação [...]. o processo de inclusão do profissional na área da saúde mental hoje, como se dá? Ele se dá por indicação política, seleção por contrato temporário e por concurso público. A indicação política pode ofertar profissionais desqualificados, pode! O contrato temporário, se não tiver um rigor no perfil que se quer pra trabalhar em CAPS vai acontecer a mesma coisa, um profissional desqualificado, o concurso público a mesma coisa, se não tiver um perfil, se não tiver o que se gostaria realmente, qual profissional que você gostaria de estar atuando hoje no CAPS, então, enquanto não se superar a forma de inserção no trabalho do CAPS, enquanto não se superar a discussão da saúde mental nos currículos acadêmicos vai continuar sendo sempre necessária a questão da capacitação [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Com relação a formação das equipes técnicas para atuar nos CAPS, as indicações aprovadas na e pela III CNSM apontam para a necessidade de que a contratação de profissionais deva ser realizada exclusivamente por meio de concursos públicos, e em caso de urgência, através da CLT, mas com seleção pública. E, ainda, os concursos devem exigir os pré-requisitos necessários e adequados à proposta de trabalho em saúde mental, alinhada teórica e conceitualmente aos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2002a).

Assim, é necessário considerar, quando da seleção dos profissionais, o perfil para trabalhar junto ao portador de sofrimento psíquico, bem como a existência de uma dimensão subjetiva, humanizante, solidária e fraterna como componente fundamental do perfil dos trabalhadores em saúde mental. Nesta direção, uma das participantes da pesquisa destacou a questão da opção política por este tipo de trabalho, associada a necessidade de competência técnica para atuar na área.

Eu acho que a gente trabalha com situações que requerem um estudo permanente, formação permanente, [...] eu acho que este é um dos vícios da saúde pública. Muitas vezes se confunde um pouco o tratamento ético ou moralmente responsável com uma qualidade também técnica. Eu acho que as duas coisas têm que estar associadas, tem que ter uma empatia pela causa da saúde pública, que aí entra na questão ética, moral de cada um, valores que você tem quando você vem pra esse tipo de trabalho; muitas pessoas que vem pra saúde pública quase que tem uma vocação religiosa. Mas ao mesmo tempo você também tem que ter uma competência técnica; não basta você tratar bem o paciente, você acolher, você precisa saber como intervir dentro da linha de trabalho que cada um escolhe, isso é fundamental (P, 17/3/2006).

Os profissionais, na sua maioria, indicaram ter recebido capacitação para atuar no CAPS. Referiram-se, especificamente, a um treinamento/capacitação realizado em novembro de 2005, com duração aproximada de 20 horas, organizado pela Assessoria Técnica de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde¹⁴. Contudo, alguns observaram que foi um treinamento tipo encontro, de curta duração, com trocas de experiências, e que não chegou a ser muito significativo.

Com relação a política de saúde mental, a maioria dos profissionais (83,3%) afirmou ter no mínimo algum conhecimento de sua organização e diretrizes. Entre os entrevistados, todos consideraram importante saber sobre os princípios, a estrutura e forma de organização da política de saúde mental para o trabalho do CAPS. Todos indicaram haver disponibilidade de material didático relativo a política na unidade de serviço.

Sim, precisa conhecer a política porque o atendimento está dentro dessa política, dessa lógica. (LÉLI, 4/4/2006).

Claro! é vital, pra poder planejar o seu trabalho, pra poder saber como é que a gente se liga com outros serviços, como é que a gente pode montar a rede, isso é fundamental porque o trabalho não se encerra aqui dentro, não pode ficar aqui dentro só, ele tem que poder justamente se expandir (F, 12/4/2006).

Sim é muito importante, até pra saber o que está acontecendo, o que pode ser feito, quais são os recursos disponíveis, o que precisa melhorar. Acredito que, fora a sua capacitação individual, eu acho que isso é uma outra premissa pra você iniciar no serviço [...] (J, 22/3/2006).

É importantíssimo conhecer, primeiro saber se ela existe, primeiro a pessoa tem que ter a curiosidade, tem que ter o desejo e a clareza de que é essencial ter os parâmetros ou diretrizes políticas de saúde mental pra

¹⁴ O município não tem o cargo de Coordenador de Saúde Mental. Em novembro de 2005 foi nomeada Assessora Técnica em Saúde Mental a enfermeira Lílian Pagliuca, que permanece na função até a data da presente pesquisa.

poder acompanhar, se orientar, e, segundo, conhecer sobre essa política (GIRASSOL, 20/3/2006).

Muito importante porque hoje a gente tem acesso a isso, aqui no CAPS a gente tem a legislação de saúde mental e pra gente poder entender porque, assim, a gente está na gestão da política também, por ser participativa, por estar junto nas decisões, então é preciso que a gente entenda, e tem muito detalhamento, são muitas portarias, o sistema de financiamento também é bastante complexo [...] (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que claro, porque a gente está dentro de um braço da política nacional de saúde; tanto pra você ter noção de qual é a perspectiva, em nome de que esse serviço está sendo mantido, também pra você poder avaliar a possibilidade desse ideais, dessas prerrogativas, que são pensadas a nível geral e nacional, serem realmente eficaz em termos práticos, porque muitas vezes você tem uma boa idéia, mas nem sempre uma boa idéia traz um bom resultado [...] (P, 17/3/2006).

Nesse sentido, a construção e consolidação de uma política de saúde mental, coerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o estabelecimento de uma política adequada de recursos humanos, que valorize e considere a importância do trabalhador de saúde mental na produção dos atos de cuidar. Para isso, deve-se garantir a capacitação e qualificação continuadas; a remuneração justa dos profissionais; a garantia de condições de trabalho e de planos de cargos, carreira e salários; a democratização das relações e das discussões em todos os níveis de gestão; a incorporação das questões de segurança, saúde e saúde mental do trabalhador; a garantia de supervisão clínica e institucional; a avaliação de desempenho e garantia da jornada de trabalho adequada para todos os profissionais de nível superior, bem como a isonomia salarial entre eles (BRASIL, 2002a).

3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário

De acordo com as indicações aprovadas na III CNSM, a política de recursos humanos para a saúde mental deve visar implantar, em todos os níveis de atenção, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, na perspectiva do rompimento dos especialismos e da construção de um novo trabalhador em saúde mental, atento e sensível

aos diversos aspectos do cuidado, ou seja, com uma visão integral e não fragmentada da saúde (BRASIL, 2002 a).

Segundo 83,3% dos profissionais o trabalho no CAPS Ponta do Coral é realizado em equipe. A maioria considera que existem dificuldades na realização das atividades. Uma delas está relacionada, conforme identificado por eles, ao fato de que nem todos compartilham das mesmas referências com relação à Reforma Psiquiátrica, à saúde pública e ao projeto do CAPS.

Bom, são várias, mas o que eu vejo de mais complicado é o fato de que nem toda a equipe compartilha das mesmas referências em relação ao que seja a Reforma Psiquiátrica, a função de um CAPS, as necessidades que o CAPS tem pra alcançar esses objetivos. Isso se deve em parte a diversidade da formação, e também às convicções pessoais. O problema não é a diversidade em termos da formação profissional em si, mas o modo, o fato de que você tem uma equipe multiprofissional por exemplo, isso gera alguma dificuldade na troca, na possibilidade de produzir um conhecimento novo a partir dessas experiências que são de diferentes disciplinas, diferentes áreas. Mas eu diria que é mais no sentido da Reforma Psiquiátrica mesmo, naquilo que ela aponta, então parece que esse é um problema a mais; outro que tem se tornado mais evidente pra mim ultimamente é a falta de formação de grande parte dos profissionais sobre o que seja saúde pública, boa parte deles não conhece o sistema de saúde pública, apesar de trabalhar num serviço de saúde pública, mas não conhece o sistema, não sabe a lógica, não sabe como é que ele funciona, então acaba tomando decisões muitas vezes administrativas que são equivocadas, que não levam em conta o modo de funcionamento da saúde pública (F, 12/4/2006).

Tem sim várias dificuldades, entre elas, existem diferenças de formação e, portanto, ideológicas. Alguns momentos a gente vê, assim, o CAPS tem um projeto de não internação, de autonomia do usuário, de gestão plena do usuário, e, as vezes, a equipe, algumas pessoas acabam esbarrando com isso. O entendimento disso é muito difícil também, as vezes é uma linha muito tênue entre o que é o assistencialismo, a autonomia, o que é dar o limite do ponto de vista terapêutico e o que é dar o limite porque você não quer se incomodar. Então, algumas pessoas não vêm de uma postura da Reforma Psiquiátrica, não sabe o que é uma Reforma Psiquiátrica, não tem uma noção, [...] é uma luta política também e algumas pessoas não sabem o que é [...] (LÉLI, 4/4/2006).

Em outras falas, foi apontada como uma das dificuldades do trabalho em equipe questões relacionadas a uma suposta divisão entre o grupo de técnicos.

A relação com a equipe tem uma certa peculiaridade, eu acho que as pessoas, a equipe que começou anteriormente, já desde a formação ou no começo do CAPS, eles se intitulam como a equipe do CAPS. Os que chegaram depois, em geral, não são bem acolhidos, ou são muito pouco,

tanto que as próprias atividades em equipe, em grupo, dificilmente, essas pessoas novas são incorporadas ao que já existe; então, acaba criando aí até a equipe da manhã, a equipe da tarde, mais ou menos, embora eu estou aqui todo o período, mas tem essa divisão... e eu acho que assim o ponto de partida é esse, a sensação é que quem não estava aqui desde o começo não fez parte da história (J, 22/3/2006).

A equipe que iniciou lá em 96 (1996) veio com algumas questões conceituais amarradas. Por quê? Porque a pessoa que estava pensando, planejando o CAPS ela vinha do Movimento da Luta Antimanicomial, era uma das representantes em nível nacional aqui em Floripa, Santa Catarina; então tinha algumas coisas amarradas na estrutura de atendimento do CAPS, que era muito pra poder implantar o sonho da Reforma Psiquiátrica aqui em Floripa, criar um serviço, do município, que de fato evitasse internação, que de fato fosse continente pros usuários com transtorno mental grave, e isso se mantém, porém, com a chegada dos técnicos que foram sendo substituídos, alguns saíram, técnicos novos entraram, a equipe de profissionais foi se modificando, a gente tem uma distância conceitual por mais que a gente pretende uma proposta multiprofissional, e a gente consegue, ao longo do tempo a gente conseguiu, é muito interessante o jeito como nós trabalhamos, porque de fato conseguimos trabalhar cada profissional lado a lado, dividindo o mesmo grupo, a mesma oficina terapêutica, então, assim, isso é possível, mas hoje, a gente, assim, tenta manter esse paradigma da Reforma Psiquiátrica, da desospitalização, do fortalecimento dos serviços territorializados, de um modelo que é um modelo multiprofissional, com a gestão participativa dos usuários, contra o modelo hospitalocêntrico, médico centrado, mas existem diferenças na questão conceitual da equipe, isso é falho, inclusive pra própria equipe (VIK, 24/3/2006).

A importância da unidade da equipe no atendimento ao usuário e na organização do trabalho recai sobre a qualidade do tratamento terapêutico ofertado. A mudança de paradigma epistemológico com relação a saúde mental não garante por si só a alteração das práticas assistenciais. Os conflitos e problemas de equipe existentes precisam ser trabalhados nas supervisões institucionais de forma que os técnicos consigam superar as dificuldades que obstaculizam a união do grupo em torno de um objetivo comum, sejam elas ideológicas, de formação, de concepção e/ou de afinidade com os colegas.

Um dos entrevistados apontou a questão das relações de poder e diferenças nos valores pessoais e nas relações interpessoais como dificuldades do trabalho em equipe.

Primeiro, a relação de poder, eu acho que é um grande problema, uma dificuldade que existe. Essa relação de poder, ela emana, que eu tenho percebido, da psicanálise, da teoria psicanalítica e da teoria psiquiátrica; então, os profissionais detentores desse conhecimento acabam, sutilmente, estabelecendo poder frente aos profissionais não-psi diria; essa relação de poder pelo saber é um dos problemas ou uma das dificuldades que eu encontro pra trabalhar em equipe no CAPS; outra

dificuldade, acho que é a própria experiência de vida das pessoas, aquelas pessoas em que parece que não estão claros os valores humanos como solidariedade, amor, justiça, sabedoria, a práxis, o repensar a prática, profissionais que não fazem a autocrítica da sua prática, pra mim, eu acho que é uma dificuldade trabalhar em equipe devido a isso; então, seria esse poder pela teoria e essa questão um pouco mais pessoal que é a relação de lidar com o outro, as relações interpessoais, são dificuldades que eu vejo em equipe (GIRASSOL, 20/3/2006).

A partir da fala profissional é possível pensar sobre as relações de poder que se estabelecem pelo saber. Conforme nos ensina Foucault (1979), os poderes se exercem em níveis variados e em pontos diferentes da vida social. Neste complexo, existem os micropoderes que estão intimamente relacionados com a produção de determinados saberes (sobre o criminoso, a sexualidade, a doença, a loucura). Assim, o poder não é algo que se detém como uma coisa, como uma propriedade, que se possui ou não. O poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona, como uma máquina social que não está situada em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda estrutura social (MACHADO, 1979 p. XIV).

De acordo com Foucault (1979), todo conhecimento, seja ele científico ou ideológico, só pode existir a partir de condições políticas, que são as condições para que se formem tanto o sujeito quanto os domínios de saber. Para o autor não há saber neutro, todo saber é político. Dessa forma, saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber. E, em contrapartida, todo saber assegura o exercício de um poder (MACHADO, 1979 p. XXI - XXII).

Na seqüência, a entrevistada aponta de forma geral algumas das questões cotidianas como dificuldade no trabalho em equipe.

Bom, eu acho que as vezes a gente é muito trefista, a gente não tem o tempo suficiente que a gente gostaria para estar parando para discutir os casos, se ater a cada paciente; tem diferenças na equipe também, tem conflitos [...] mas assim, a gente ainda tem, as vezes, coisas assim muito imediatistas, que não nos propiciam fazer realmente um estudo de caso mais integrado, ter uma intervenção, as vezes, mais articulada; a gente tem tentado em alguns momentos, mas assim, não é uma coisa que tem um peso forte como eu acho que deveria ter (P, 17/3/2006).

Dessa forma, a intensidade das demandas colocadas aos profissionais, especialmente na atualidade, provocam o desenvolvimento de ações pragmatistas, muitas

vezes sem uma reflexão maior. Isso vem acontecendo em vários contextos institucionais e com diferentes profissões. Ou seja, na medida que aumentam as necessidades humanas e as demandas para satisfazê-las, não ocorre no mesmo ritmo, o aumento da oferta de equipamentos e serviços assistenciais capazes de dar conta da complexidade dos problemas decorrentes da emergência das novas relações sociais, econômicas, culturais, advindas com a modernidade.

A precarização das condições de trabalho também foi apontada pelos entrevistados como mais um dos fatores que, por vezes, dificultam a convivência e o trabalho em equipe. Eles se referem a questão da diferença na remuneração salarial entre os profissionais que trabalham no CAPS, principalmente do médico para as outras profissões. A desproporção salarial chega a diferença de até quatro vezes mais entre o que recebe o profissional médico e o salário dos demais técnicos. Associadas a esta situação estão a diferença na carga horária de trabalho, a condição de contratação temporária, a falta de reconhecimento por parte da SMS, no apoio e incentivo à participação em eventos científicos e de militância política na área, entre outras.

Os profissionais indicaram que contam com supervisão institucional para lidar com as questões do trabalho no cotidiano. A supervisão institucional existente era, até o início deste ano (2006), paga pelos próprios profissionais, mas nem todos participavam. A partir do mês de abril do corrente esta passou a ser financiada com recursos provenientes do Ministério da Saúde. Além deste tipo de supervisão, foi relacionado como outro recurso existente para abordar essas questões as reuniões de equipe, realizadas mensalmente, as reuniões clínicas, realizadas semanalmente, e foi citada pelos técnicos em enfermagem, a supervisão realizada com profissional da área.

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que as políticas de formação e capacitação em saúde mental devem criar espaços de trocas baseados na realidade local, com valorização dos diversos saberes e metodologia participativa. A supervisão clínica e institucional permanentes deve ser estendida a todas as pessoas que trabalham com portadores de transtorno mental: equipes de PSF e PACS, trabalhadores da urgência e emergência, do hospital geral, dos serviços substitutivos e dispositivos residenciais, cuidadores de saúde mental, profissionais de nível médio e superior da rede de saúde mental. A referida Conferência destaca, ainda, a necessidade de implantação da NOB – Recursos Humanos do SUS, salientando a importância da garantia da capacitação para todos os níveis, supervisão permanente, interdisciplinaridade e isonomia salarial (BRASIL, 2002a).

Com relação as potencialidades que o trabalho em equipe possibilita os profissionais destacam a relevância deste no atendimento ao usuário, a possibilidade de trocas entre as varias áreas e a oferta de um atendimento multidimensional.

Entendo que essa é uma clínica multidisciplinar e isso (trabalho em equipe) é importante pela complexidade mesmo do tipo de fenômeno com o qual a gente trabalha, então, a gente precisa, é necessário ter uma oferta de serviços e de formas de atenção, que seja a mais diversificada possível, pra que a gente possa atender a uma série de necessidades que as profissões nas suas especialidades não dão conta; então essa é a grande vantagem, você pode fazer essa atenção multidimensional, isso é interessante (F, 12/4/2006).

A vantagem é justamente a estrutura coletiva de resposta à uma situação que chega pra você; vem a psiquiatria trazer um conhecimento, a psicanálise traz outro, [...] a enfermagem acaba dando a sua contribuição quando discute realmente a relação, vem o serviço social discute essa articulação que a pessoa tem com o social, e essas pessoas (profissionais), com seus conhecimentos, vão socializando esse conhecimento pra dar a resposta às fragilidades ou às potencialidades de vida que essa pessoa traz (GIRASSOL, 20/3/2006).

Acho que a grande vantagem é que a gente quebra a lógica hospitalocêntrica que era muito centrada no médico, na figura do médico, naquilo que o próprio médico decidia do tratamento, hoje quem decide é a equipe multiprofissional [...] (VIK, 24/3/2006).

Ah! Muitas, eu acho, em primeiro lugar, essa possibilidade da troca interdisciplinar; porque eu acho que cada um tem um tipo de contribuição diferente, um saber que te ajuda a pensar com mais amplitude o próprio trabalho, o próprio paciente, e, eu acho que quebra um pouco certas relações de poder; também, assim, o fato de a gente lidar com situações que são muito pesadas para alguém estar lidando sozinho, então quando você sente essa coisa da equipe, quando tem um paciente que está muito comprometido ou que tem risco de vida, a gente se sente muitas vezes angustiada por aquele paciente e você tem a equipe pra te dar um respaldo, pra estar pensando junto. Acho que isso é, sem duvida, algo que gratifica também (P, 17/3/2006).

Primeiro, agregar conhecimentos, se a equipe for multidisciplinar, que não quer dizer interdisciplinar, mas a princípio se ela for multidisciplinar a possibilidade de trocas de conhecimento de várias áreas realmente acaba sendo muito rica; são vários olhares sobre uma mesma questão, vários pontos de vista. Quando o trabalho de equipe é interdisciplinar, as pessoas acabam trocando mesmo, saindo, as vezes, do seu campo de formação, podendo estar se estendendo em outros campos, acaba sendo mais rico ainda. Num trabalho como o CAPS é necessário (o trabalho em equipe). Eu não consigo ver o trabalho que não seja em equipe porque pra você atender um usuário você precisa de uma equipe, pra você abordar o usuário, uma família, receber uma família precisa de vários olhares, enfim, de várias formações, vários olhares técnicos, da parte de

enfermagem, psicologia, da arte, serviço social, então, isso é importante (LÉLI, 4/4/2006).

O reconhecimento de outras dimensões no processo saúde-enfermidade, que não estritamente a biológica, traz a tona a questão da interdisciplinaridade¹⁵, pois na busca da integralidade da assistência a atuação de um único saber profissional não é suficiente. No processo da Reforma Psiquiátrica o campo da saúde mental é chamado a refazer-se por inteiro, ampliando o seu foco de abordagem e procurando romper com as delimitações dos saberes tradicionais na área. Busca-se uma nova recomposição de conhecimentos, sustentados sobre um conjunto de rupturas e novas premissas, e não apenas um novo somatório ou rearranjo simples dos saberes especializados. Desta forma, diversos campos de saber, implicados na assistência em saúde mental, são envolvidos na teorização e nas novas práticas de cuidado (VASCONCELOS, 2000a).

A pesquisa realizada indicou que 66,3% (correspondente a oito dos doze profissionais que responderam o formulário) dos profissionais consideram que existe interdisciplinaridade no atendimento ao usuário no CAPS Ponta do Coral. As falas relacionadas na seqüência apresentam a concepção dos profissionais sobre interdisciplinaridade e indicam a respectiva compreensão sobre a importância desta no atendimento ao usuário.

A gente poder ter o que a gente chama de clínica ampliada, essa multidimensionalidade que nos permite atacar o problema de várias formas e, portanto, oferecer diversas formas de atendimento, desde o medicamentoso até o serviço social, as oficinas, as oficinas expressivas, a arte, etc. (F, 12/4/2006).

Eu acho que em primeiro lugar isso, assim, é um olhar mais amplo para a condição daquele paciente. Cada profissional tem um aspecto que acentua, pela sua vida, pela sua formação; o educador artístico tem uma outra estratégia, por exemplo, pra lidar com aquela queixa do paciente, o assistente social tem uma, o psicólogo tem outro olhar, assim, eu acho que pra mim soma, eu acho que é uma forma da gente também aprender, enriquecer a nossa análise, a nossa possibilidade de intervir; sem dúvida que é rico (P, 17/3/2006).

Alguns profissionais expressaram sua concepção de interdisciplinaridade observando que esta não é sinônimo de multidisciplinaridade e que nem sempre é possível fazer práticas interdisciplinares.

É justamente isso, poder compartilhar o conhecimento que cada disciplina traz, essa inter, mas realmente compartilhar isso e não a

¹⁵ Sobre os conceitos de multi, inter e transdisciplinaridade ver, entre outros, Vasconcelos, 2000a.

multidisciplinaridade; é pensar, coletivamente, saídas pra enriquecer a vida da pessoa e aí é sempre um pensar e repensar (GIRASSOL, 20/3/2006).

Então, essa idéia dessa troca de conhecimento pra poder ajudar o usuário, pra poder a equipe ter um suporte também, pra poder, num estudo de caso, por exemplo, trocar os vários conhecimentos, os vários pontos de vista e poder estar entrelaçando; então, é importante, mas nem sempre se consegue fazer (LÉLI, 4/4/2006).

Já nas falas que seguem é possível perceber a concepção de interdisciplinaridade mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade.

Cada profissional tem a sua especialização, e ele foi formado para atender determinadas características que aquele usuário precise, ou informações, e a própria atenção, e cada um tem uma formação específica e diferenciada; então, eu acho que quanto mais ampla, mais amplamente ele for avaliado, e receber essas informações, e esse tratamento, vai ser melhor pra ele; então, desde o serviço social, desde o atendimento psicológico, o atendimento médico, enfim, até ah! eu cortei meu dedinho, o que eu faço? Então, vai poder ser atendido ali, ser acolhido pelo técnico de enfermagem (J, 22/3/2006).

É muito importante porque cada profissão tem o seu conhecimento específico e contribui aí com o seu conhecimento. É necessário que cada um de nós tenha muito claro o seu papel aqui dentro pra que não vire uma salada mista e se dilua o que cada um faz, que é específico de cada um. Então, é importante que a gente tenha boa formação técnica, específica da saúde mental pra que a gente possa chegar numa equipe que trabalha sob o paradigma do campo psicossocial, e que de fato possa ser multi, no sentido do atendimento, e aí, assim, no campo psicossocial, aqui no CAPS, por exemplo, a gente vê a necessidade de os profissionais trocarem mesmo, porque surgem muitas demandas, são muitas necessidades do usuário, é um campo novo. Então, assim, tem n coisas que vai se descobrindo, que cada área contribui diferentemente, mas ao mesmo tempo de forma conjunta. Então, o psicólogo, obviamente, ele tem mais elementos pra entender a parte clínica, o assistente social tem mais elementos pra entender a parte previdenciária, da assistência social desse usuário, que também é importante, muito importante pra ele, o médico tem o conhecimento sobre os psicofarmacos, sobre essa parte mais específica da medicação, e assim a gente vai trocando (VIK, 24/3/2006).

Com relação a este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005) observam que, no Brasil, a interdisciplinaridade faz parte do discurso politicamente correto, garantindo seu estabelecimento como princípio, traduzido na expansão cada vez maior dos territórios profissionais e na fusão dos saberes. O discurso da multi e da transdisciplinaridade é relativamente bem conhecido e aceito em nível intelectual, mas as práticas institucionais apontam, paradoxalmente, para fortes resistências, isolamento e hiperespecialização.

De acordo com os autores, para que estas ações multidisciplinares se tornem efetivas há necessidade de estratégias e planos, que visem a harmonização da convivência para que esta não seja imposta, mas compreendida e desejada pelos profissionais. Na prática, o momento é de impasse, pois multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade existem em tese e como imposição de comando, mas não se concretizam, ainda, como prática planejada, efetiva e eficaz (OLIVEIRA; DORNELES, 2005).

Ainda segundo os referidos autores, uma verdadeira transdisciplinaridade não está nem mesmo no horizonte das instituições de saúde mental brasileiras. Este é um dilema fundamental no processo da reforma psiquiátrica, que depende de ações integradas (órgãos reguladores do ensino superior, programas universitários, instituições e serviços de atendimento) para cumprir sua missão de transcender as práticas manicomial e os territórios de dominação e poder estabelecidos entre as disciplinas que formam a saúde mental.

3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações

A importância do projeto terapêutico dos CAPS recai sobre a responsabilidade de que todo o trabalho desenvolvido em cada unidade deve ser realizado em um ambiente terapêutico. Isto significa que tanto os atendimentos individuais, grupais como a convivência no serviço tem finalidade terapêutica. Cada CAPS deve ter um projeto terapêutico, que leve em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais, as iniciativas de familiares e usuários e o território onde se situa, com sua identidade, sua cultura local e regional (BRASIL, 2004).

O CAPS Ponta do Coral conta com projeto terapêutico do serviço, o qual, segundo 75% dos profissionais que responderam ao formulário, foi planejado em equipe. Três profissionais referiram não saber sobre o planejamento em equipe por não fazerem parte desta a época.

O sistema atual de atendimento no CAPS Ponta do Coral difere da maioria do adotado pelos serviços desta natureza. Em geral, os CAPS realizam a assistência ao usuário

no modelo de TR¹⁶. O CAPS Ponta do Coral oferece atendimento sob a ótica da regionalização. Ou seja, como o serviço não é territorializado, é o único na modalidade, na cidade e no município, a equipe técnica foi subdividida em pequenos grupos ou mini-equipes de dois e/ou três profissionais, sendo cada uma destes responsáveis por uma das regionais, que é onde o usuário mora. Esta proposta foi pensada e implementada há quase dois anos, quando os profissionais identificaram dificuldades em atender no sistema de Terapeuta de Referência (TR) toda a demanda existente. Tal estratégia utiliza-se do sistema de divisão por regionais da Secretaria Municipal de Saúde. Ao total são cinco Regionais de Saúde, Leste, Norte, Sul, Centro, Continente, distribuídas espacialmente na área geográfica do município. Nestas regionais, foram implantadas, recentemente (a partir do final do ano de 2005 e início de 2006), equipes de atenção em saúde mental, compostas por um médico psiquiatra e duas ou três psicólogas em cada uma das Regionais de Saúde.

De acordo com o projeto terapêutico do serviço, as atividades desenvolvidas são: psicoterapia, atenção medicamentosa, atendimentos de emergência, grupo terapêutico, oficinas terapêuticas¹⁷, assembléia de técnicos, usuários e familiares, visitas domiciliares, articulação com entidade, programas e serviço, atividades de formação e pesquisa, reuniões de equipe, reuniões clínicas de casos¹⁸.

Conforme as determinações da Portaria GM/MS N° 336/2002, a assistência prestada ao usuário no CAPS deve incluir atendimento individual, em grupo, atendimento à família, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades comunitárias, enfocando a integração do portador de transtorno mental na comunidade e sua (re)inserção familiar e

¹⁶ Este sistema de atendimento é desenvolvido na maioria dos CAPS e constitui-se do acolhimento da pessoa quando de sua chegada ao serviço por um dos profissionais da equipe. A partir daí é traçado um projeto terapêutico com o usuário e o profissional que o acolheu passará a ser uma referência para ele. O Terapeuta de Referência (TR) tem a responsabilidade de monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo as atividades e a frequência de participação. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, discutindo com o usuário e com a equipe técnica do CAPS (BRASIL, 2004, p. 16).

¹⁷ São oferecidas as seguintes oficinas: oficina de cerâmica, oficina de artes plásticas, oficina de mosaico, oficina de jogos, esportes e lazer, oficina de tapeçaria, oficina de trabalhos manuais, oficina da terra, oficina de jornal, oficina de velas, oficina de leitura, oficina de música, oficina brechó, oficina de teatro, oficina de formação política, oficina de fotografia. Destas, as oficinas de cerâmica, velas e mosaico são produtivas, ou seja, sua produção é comercializada. Cabe destacar que algumas oficinas podem estar em funcionamento ou não, em determinado período de tempo, de acordo com a disponibilidade de técnicos para acompanhar, de condições materiais para o funcionamento e da demanda de usuários.

¹⁸ A descrição e o objetivo de cada atividade pode ser consultado no Projeto Terapêutico do CAPS II Ponta do Coral (2004), ou a partir do projeto de Estágio curricular em Serviço Social de Stuaní (2005).

social. A depender do projeto terapêutico de cada usuário, o CAPS poderá oferecer as seguintes modalidades de atendimento: atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo¹⁹.

Já com relação ao planejamento das ações, 50% dos profissionais consideram que este existe. Cabe lembrar que ao questionarmos os participantes da pesquisa sobre este fator, estamos nos referindo ao planejamento estratégico, aquele voltado para uma visão ampla, global e de longo alcance da organização/instituição, baseado na análise do contexto e com a finalidade de buscar alternativas de ação. No entanto, alguns dos entrevistados observaram estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação objetivo e sistemático dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declararam não existir processo de planejamento e avaliação das ações do serviço, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

As falas relacionadas a seguir demonstram o tipo de planejamento existente no CAPS e como este acontece.

Bom, o planejamento é feito mais ou menos assim: chega uma época do ano em que a Secretaria (SMS de Florianópolis) nos pede um planejamento e aí, geralmente isso é com uma semana no máximo de antecedência, é aquela correria, a gente monta um plano básico de trabalho etc., mas é muito mais pra cumprir a obrigação. A gente tem um projeto terapêutico que é amplo, que é do serviço todo, e a gente vai, com esse projeto terapêutico a gente vai ajustando as atividades e aquilo que a gente pretende alcançar, mas não há um planejamento muito formalizado, não há um processo de planejamento, até porque é tudo muito fragmentado, o que a gente planeja aqui, boa parte depende desse recurso financeiro, depende do apoio da Secretaria, que é sempre uma coisa incerta. Então, em termos de planejamento a coisa fica sempre muito precária. Em termos de avaliação é mais precário ainda, a gente não tem indicadores; novamente, no final do ano, aí a Secretaria pede um relatório do que foi feito, a gente faz um levantamento geral, mas ele é descritivo, ele não é avaliativo, a gente não sabe de fato quais são

¹⁹*Atendimento intensivo* – atendimento diário, oferecido à pessoa que se encontra em grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento semi-intensivo - nessa modalidade, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Este tipo de atendimento é oferecido quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento não intensivo – oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até 3 dias no mês. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário (BRASIL, 2004, p. 16).

os efeitos que a nossa intervenção produz; claro, a gente tem uma certa dimensão pelo contato direto com os usuários, fulano que não interna a tanto tempo, ou fulano que voltou a trabalhar, ou que resolveu pelo menos algumas coisas que eram mais complicadas na sua vida, isso a gente tem, mas não tem um processo de avaliação estruturado que nos permita dados com visibilidade maior (F, 12/4/2006).

Neste sentido, destacamos que, a nosso entender, a função planejamento deve orientar todas as ações no dia-a-dia das organizações. O planejamento é o processo de estabelecer antecipadamente a finalidade da organização/instituição, definir os objetivos e prever as atividades e os recursos necessários para atingi-los. Planejar é uma forma de pensar o futuro da organização/instituição, definindo o que fazer, como, quando e com recursos. Nesse processo, é importante considerar que as organizações/instituições estão inseridas num contexto constituído pela sociedade, pelo Estado e por outras instituições que influenciam suas decisões (TENÓRIO, 2000).

Alguns profissionais referiram-se, especificamente, ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, reuniões clínicas e na supervisão de equipe. Segundo estes, é na reunião de equipe mensal que se planejam mais as ações, estas entendidas como a definição dos grupos terapêuticos ou oficinas que vão ter, o objetivo e a finalidade destes, a demanda etc..

Mensalmente, a gente tem uma reunião de equipe, que tem um pouco esse objetivo, de planejar e avaliar o que é feito. Além dessa reunião mensal a gente tem dois outros momentos semanais, que é um na quarta-feira outro na quinta-feira, que a gente chama de reunião técnica, [...] mas isso se dá muito no cotidiano também, na assembléia geral do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Ele acontece em reunião de equipe, uma reunião mensal, a gente planeja grupos, planeja..., então.., acontece, primeiro tem uma reunião mensal da equipe e reunião duas vezes por semana, que são os estudos de caso; agora, a avaliação, acontece em reunião de equipe mais; o planejamento, por exemplo, como abordar um determinado caso, como ajudar, de como servir a família, o trabalho, é feito durante a semana nos estudos de caso, e nós temos a supervisão, que é um espaço que também acaba se fazendo uma avaliação, a supervisão de equipe (LÉLI, 4/4/2006).

Outras falas detalharam as conseqüências da falta de um processo sistemático de planejamento e avaliação das ações, inclusive fazendo análise dessa problemática em relação as instituições públicas em geral.

Eu acho que esse é um problema, acho que falta muito; por exemplo, se você esta aqui fazendo a avaliação da política a partir do olhar dos profissionais, eu, nesse momento, tenho tido muito incomodo diante da

necessidade que eu vejo de avaliar as ações, de avaliar os pacientes, e a gente não tem uma forma sistemática de fazer isso; por exemplo, a gente não tem um instrumento de captação do trajeto do paciente dentro do CAPS, a gente não anota algumas coisas, os prontuários também deixam muito..., as vezes a gente não faz registro nos prontuários e mesmo quando a gente faz ele não tem, assim, por exemplo, uma sistematicidade, o que é que eu vou enxergar, como é que eu vou ver se aquele paciente está melhor ou está pior depois que ele está aqui, então, a gente não tem esse instrumento; e, o planejamento, é feito um planejamento terapêutico com o paciente; o planejamento do nosso serviço é mais ou menos...., funciona, assim, com as oficinas, não é um planejamento rigoroso, a cada período a gente senta e reorganiza não, tem algumas diretrizes gerais, eu acho que em termos práticos falta muito dos dois lados, planejamento das nossas atividades, por exemplo, as vezes naquele roldão a gente vai fazendo, vai fazendo, e, também, a avaliação da eficácia, do que realmente aquilo está resultando pra vida do sujeito, se ele está realmente conseguindo chegar mais próximos desses lugares que a gente apregoa como princípios da saúde mental - autonomia, dessas coisas que a gente também fala: relação com o trabalho, relações, laços sociais; então, a gente não tem esse (instrumento de planejamento e avaliação), eu acho que falta (planejamento e avaliação) [...] Na verdade eu acho que esse é um problema das instituições públicas em geral, eu acho que tem uma grande resistência no Brasil a qualquer critério de avaliação, porque, esse discurso, a retórica da igualdade, ela exatamente vai na contramão de um processo meritocrático, ou seja, você avaliar também por mérito; você tem que criar esse tipo de instrumento; a prefeitura não tem, nunca teve uma avaliação nos anos que estou aqui que medisse o desempenho profissional, principalmente aqui, que a gente lida com pessoas que estão aqui pra se tratar, e a gente não sabe se a pessoa...., a gente vai olhando um caso ou outro; não existe um processo institucional de avaliação, nesse sentido (P, 17/3/2006).

Em geral, as organizações precisam de um processo de avaliação que realize uma revisão dos objetivos e metas alcançados e daqueles a serem atingidos. O planejamento e a avaliação são a oportunidade de fazer uma pausa e examinar a situação da instituição.

Não obstante, as políticas públicas no Brasil vêm se estruturando de forma descentralizada, com responsabilidades de organização e financiamento partilhadas entre a União, Estados e Municípios, cabendo a estes últimos a execução dos serviços de atenção direta à população. Deste modo, os processos de avaliação de serviços de saúde mental devem ocorrer no âmbito municipal. Segundo Dias (2002, p. 2)²⁰, este desafio coloca no debate o aspecto de como avaliar o funcionamento de um serviço de saúde mental, que está

²⁰ A autora realizou um trabalho de construção coletiva de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental junto aos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre; uma apresentação resumida dos resultados pode ser consultada em DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental.** In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

inserido num novo patamar conceitual e tem como tarefa não reproduzir uma prática de tutela, com ênfase na patologia, mas de incluir o sujeito portador de transtorno psíquico no planejamento e na execução das ações terapêuticas, numa nova relação que garanta a viabilidade do exercício da cidadania numa sociedade desigual. Ou seja, as dimensões de mudança conceitual, realidade social e política pública de saúde de âmbito municipal, tornam complexa a adoção de processos de avaliação.

A fala descrita na seqüência especifica o processo de planejamento e avaliação no que se refere a ação interventiva profissional no tratamento ao usuário, destacando que não existe um processo sistemático de planejamento e avaliação com relação as ações do CAPS.

O planejamento e a avaliação das ações do CAPS, eles acontecem só de uma forma muito primária ainda, nós temos [...] o planejamento e avaliação da ação do profissional a título de intervenção em relação ao usuário existe de três formas: primeiro, casos clínicos, que aqui nós fazemos reuniões de casos clínicos, quarta-feira das 8 às 9 horas e quinta-feira das 11h30min às 12h30min pra discutir a questão do caso clínico de pessoas; outra forma, construção de projetos terapêuticos ou revisão dos projetos terapêuticos na reunião da regional, cada regional, que são cinco, fazem suas reuniões pra discutir o planejamento e avaliar a vida dessa pessoa nas regionais, e a outra, especificamente do CAPS, a título de gestão, é a reunião de equipe, que você presenciou semana passada, aí é um outro momento de planejar e avaliar, porém, ressalvo, não se tem algo mais fidedigno, ou academicamente falando, que nos ampare pra fazer essa avaliação; então, é extremamente necessário nós termos supervisão, termos pesquisadores, que nos ampare no sentido de avaliar o serviço, avaliar nossa prática, avaliar a autonomia do usuário; a grosso modo nós temos, mas é muito de senso comum; então, precisa cientificar ou legitimar, regularizar, tornar mais fiel esse tipo de avaliação, a grosso modo temos, agora, com mais rigor, por escrito, não temos (GIRASSOL, 20/3/2006).

Sabe-se que a ausência de um processo de planejamento estratégico e avaliação sistemática comprometem a efetividade dos objetivos propostos. Conforme destaca Dias (2002), o cenário da Reforma Psiquiátrica requer tanto uma multiplicidade de respostas à sua plena implantação como para a avaliação de seus resultados. Contudo, é importante ressaltar que a especificidade das ações em saúde mental demanda a adoção de um método participativo, com o fim de superar o caráter unidimensional, comum em avaliações tradicionais.

A avaliação participativa já é uma exigência nas políticas sociais, decorrentes da pressão social pela garantia de acesso a bens e serviços públicos. Por analogia, a

construção de indicadores de avaliação também pode ser participativa, com a contribuição dos sujeitos inseridos na esfera municipal, responsável pela execução da atenção em saúde mental. Para a autora, apesar de certa reserva científica pela adoção desta sistemática metodológica, o seu valor está no alcance social de incluir os responsáveis pela execução de determinada ação, na sua construção e sistematização (DIAS, 2002).

3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento

Conforme já destacado neste trabalho os hospitais psiquiátricos são instituições representativas do modo asilar enquanto os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico de exercício das práticas de atenção psicossocial, do modo psicossocial.

O modelo de assistência do modo psicossocial destaca-se por seus meios básicos de tratamento (rede diversificada de serviços territorializados), e pela importância decisiva que se atribui ao sujeito na sua mobilização como participante principal do tratamento. Neste, considera-se o indivíduo como pertencente a um grupo familiar e social, o que supõe que se deve trabalhar, também, a família e o grupo social, como agentes das mudanças buscadas.

Já no modo asilar a organização institucional é marcada por estratificações de poder e saber, no âmbito das relações profissionais e da instituição, as quais transladam para a relação com os usuários e a população. Estes são excluídos de qualquer forma de participação, enquanto que no modo psicossocial, participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais.

Na pesquisa realizada, a maioria dos profissionais entrevistados referiu conhecer sobre a forma de atendimento no hospital psiquiátrico, seja por visitas, atuação profissional, contatos institucionais, relato dos usuários que estiveram internados.

No que se refere as diferenças no atendimento prestado pelo CAPS em relação ao hospital psiquiátricos, os entrevistados consideraram que existem diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência de um só discurso, o médico psiquiátrico do hospital e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial em contraposição ao tratamento igual para todos

das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Eu acho que é diferente em vários aspectos, primeiro, são essas diferenças que eu digo que são de base, sobre a Reforma Psiquiátrica e a função de um CAPS nesse processo de reforma. Existe por parte da maioria da equipe uma convicção de que a nossa função é evitar a internação e de uma certa maneira poder fazer substituição a essas instituições tradicionais; deslocar a centralidade do sistema pra um serviço aberto, que seja interdisciplinar, ou seja, onde você não tenha um discurso único dando a orientação, que no caso é o discurso psiquiátrico nas instituições (tradicionais); você tem essa multidimensionalidade então você pode compartilhar o discurso; em relação ao próprio atendimento, começa na forma do acolhimento, eu acho que o nosso acolhimento é bom, ele tem condições de receber a pessoa, de entender o que ela está procurando, o que ela está precisando, quais são as suas necessidades; a gente tenta de alguma maneira envolver família embora com dificuldades, mas a gente tenta e tenta principalmente manter a vinculação ou criar novos vínculos desse usuário; o projeto terapêutico que é individualizado também é outra coisa fundamental, que aí a gente quebra com a lógica tradicional de que todos recebem o mesmo tratamento, é a mesma medicação, são os mesmos horários, são as mesmas atividades pra todo mundo, não, a gente procura justamente ao levar em consideração essas características que são mais individuais, são mais singulares, a gente procura atender e levar em conta esses aspectos, então, isso pra mim já é muito diferente, além do que a gente procura o tempo todo ou minimizar ou quebrar mesmo a hierarquia, instituindo certas formas que evitam que a hierarquia se cristalize de maneira muito brutal, pra você não ter um deslocamento de poder dentro do serviço, que seja prejudicial pra todo mundo, igual no hospital (F, 12/4/2006).

A relação entre profissional e usuário foi destacada como diferencial por todos os entrevistados, conforme pode ser observado a seguir.

A relação entre o profissional e o usuário, pra mim, a maior diferença é essa relação interinstitucional ou interpessoal; é a forma como se dá, porque as ações também são diferentes, porque existem oficinas terapêuticas, existem os grupos terapêuticos, existem os atendimentos, mas esse modelo de atendimento pode também ocorrer numa outra instituição, ou mesmo num CAPS, mas se a relação de profissional e usuário não estiver pautada no respeito, uma relação sujeito-sujeito onde se possa esse serviço, obviamente, quando ele estiver num bom nível de participação, num bom nível de reabilitação, mas também..., o fundamental é isso, é estar pra além da instituição, estar pra relação do usuário com o profissional, e claro, o espaço também, o espaço físico tem que ter qualidade, a gente vê aqui um espaço super bom aqui no caso, as propostas de atendimento, como que são colocadas, como que é olhado esse usuário, esse usuário está junto no pensar da instituição, mas a cima de tudo assim, entender como cidadão de direitos, de respeitá-lo (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que tem um maior reconhecimento da condição subjetiva do paciente, acho que um certo respeito. Hoje, a Colônia Santana tem tido mudanças, tem uma política que também..., na verdade a política do Ministério também visa atingir as instituições mais asilares, os hospitais também estão mudando..., talvez seja mais lenta, aqui, a gente já chegou com uma outra perspectiva de trabalho; eu acho que a equipe toda, de forma geral, tem uma sensibilidade pra esse respeito pelo paciente, pelo outro, procura, na medida do possível, não estabelecer uma relação de poder; eu acho que aqui, por exemplo, a recepção é muito bem feita, os vigias também são pessoas que entraram no clima, assim, talvez já seja deles, mas entraram no clima do CAPS; acho que todos têm um compromisso com isso, um valor digamos; também, talvez seja deste CAPS, eu não conheço tantos outros CAPSs; eu acho que é uma relação diferenciada, na medida que você está aqui com esse objetivo de que a pessoa assuma a própria vida, contribuir para que isso aconteça; isso implica em ter pelo menos um respeito, um reconhecimento do outro (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p.10) destacam que o papel do técnico se transforma quando ele se coloca sob outros princípios; “se ele faz funcionar a tecnologia da doença mental, fortalece o dispositivo psiquiátrico. Mas, se transforma sua forma de intervenção, trabalha no sentido da desmontagem desse dispositivo”. Segundo os autores, isso significa pôr em funcionamento um dispositivo de desinstitucionalização e reinserir a complexidade dos problemas com os quais lida. Significa ainda abrir mão das interpretações da loucura segundo erro, incapacidade, inferioridade, doença mental, e potencializá-la como diferença, um modo diferente de relação com o mundo. Enfim, não usar o saber como técnica normativa, mas como possibilidade de criação de subjetividades. A técnica deixa de ser instrumento da violência quando a prática funciona como uma desconstrução da clínica.

As falas que seguem referem-se ao atendimento aberto e as possibilidades de escolha que o CAPS oferece em contraposição ao isolamento e segregação gerados pela internação hospitalar prolongada.

Em primeiro lugar o atendimento no CAPS é um atendimento, vou usar a palavra, aberto, ou seja, pra começar o usuário ele não fica internado aqui, mesmo se em algum momento tiver o CAPS III, é diferente. Ele vem, ele faz o trabalho dele, a sua terapia, durante o dia, e ele volta, quando, no caso tem família, pra casa; então, primeiro lugar a idéia do CAPS, o trabalho do CAPS não é segregar e isolar; quando o usuário vai para o hospital, eu acho que seja ele em qualquer campo da saúde, mas vai para o hospital e fica internado trinta dias, quinze dias, ele já esta sendo isolado do convívio com a família, do convívio social, ou seja, acaba perdendo progressivamente o contato com as pessoas e com o grupo social mesmo, e acaba sendo destituído das suas práticas pequenas, como desde pegar um ônibus, fazer sua comida, ir no

supermercado; no momento em que uma pessoa é colocada em um hospital e fica um mês, ele acaba perdendo o contato com essas mínimas..., não é nem com o mundo lá fora, mas com as mínimas coisas que ele teria em casa, na sua casa, enfim, ele perde tudo isso como se fosse realmente uma pessoa que não tem possibilidade nenhuma de fazer nem um café, enquanto o CAPS possibilita isso, acho que o CAPS ele, independente dos problemas que tem, acho que ele mostra que não, você ainda, apesar da sua crise, com a sua crise, com todas as limitações que as vezes um surto pode oferecer do ponto de vista cotidiano, você ainda pode fazer algumas coisas sim, como pegar um ônibus pra ir e voltar pra casa, fazer a escolha do seu planejamento terapêutico, vem aqui escolhe, em parte, o que gostaria de participar (LÉLI, 4/4/2006).

Assim, a possibilidade do usuário no CAPS de ter voz ela é muito maior do que nas outras instituições, as outras eu não vou generalizar, mas em algumas, as asilares, esses hospitais são.., enfim, crônicos até pela dificuldade mesmo de antes você pensar em ter outra alternativa que não a trancar e deixar lá e não tem medicação, não tem nada disso, estou falando de bem bastante tempo atrás, e isso ficou e se perpetuou, então, eu acho que a possibilidade do usuário aqui, no CAPS, nos CAPS, e até mesmo nos ambulatórios, acho que hoje em dia não é só CAPS que permite isso, é fazer parte como contribuinte do próprio tratamento, então isso é o que diferencia do paciente internado, vamos dizer assim, em São Paulo, no Vera Cruz, que é um hospital e tal, diferente de outros, tem algumas dessas internações que são diferentes, mas essa relação aí de profissional e usuário ela é mais aberta, é mais ampla, além do CAPS, especificamente, oferecer algumas possibilidades; então, a possibilidade de trabalhar em uma oficina, dessa oficina ter uma renda, que, assim, é um entrave no sentido que eles se sentem muito limitados e não só se sentem como eu acho que muitas doenças incapacitam mesmo, são incapacitantes, a esquizofrenia é uma delas, e é a nossa clientela aqui, a maior parte é de pacientes com esquizofrenia; a própria esquizofrenia já altera, vamos dizer assim, na cognição, na parte de planejamento, de você conseguir realmente se estruturar para trabalhar; tem umas pessoas que não conseguem nem ter o início, a iniciativa, ela é minada com a esquizofrenia, e aqui tem uma possibilidade, mesmo que essa possibilidade seja fazer oficina e ganhar uma renda, mesmo que, assim, seja só..., não é o valor que importa, é simbólico (J,22/3/2006).

O relato a seguir explicita epistemologicamente e em termos técnico-assistencial a diferença entre o modelo de atenção tradicional/hospitalar e o modelo de atenção psicossocial.

Primeiro, em relação a concepção da pessoa e em relação a concepção dos próprios meios de trabalho; na instituição psiquiátrica predomina o modelo manicomial/asilar como a gente chama, que daí vai olhar a pessoa enquanto doença, enquanto diagnóstico, aqui, no CAPS, a gente olha os seres humanos enquanto pessoas, enquanto a existência de um sofrimento, o que podemos fazer pra minimizar esse sofrimento da pessoa, então, essa é a primeira diferença que tem, quem é essa pessoa, que no modelo manicomial acaba sendo vista mais como diagnóstico, como um doente, isso que eu sempre falo, essa iatrogênia que o modelo

manicomial acaba inserindo na pessoa, você é um doente, vai ter que tomar remédio pra vida toda, e o máximo que você pode chegar é um portador de transtorno mental em recuperação, isso é uma das diferenças, outra é a própria concepção de saúde/doença que existe; as formas de organização dos dois modelos, são modelos diferentes, um é mais centralizado no psiquiatra, na instituição psiquiátrica, o no CAPS seria mais centralizado na equipe e, principalmente, nos usuários; a forma de relação com a clientela ou com o usuário, no modelo manicomial, é sempre uma relação hierárquica, de cima pra baixo, no CAPS, sempre uma relação, ou a gente tenta sempre ter uma relação horizontal; e a própria questão do que é bom ou não é bom pra pessoa, a pessoa tem que dizer o que é bom pra ela e, as vezes, no hospital, são os profissionais que já dizem o que deva ser bom pra ela, ou seja, a grande diferença que existe é: quem decide o que? No hospital as pessoas decidem sobre a vida da pessoa, eu acho que no modelo psicossocial é a pessoa que compartilha a decisão da sua vida (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme destaca Rotelli (1990), no manicômio (modelo/tradicional) a sociabilidade é reduzida a zero. A tutela, a internação tem a única finalidade de subtração das trocas, de estabelecer relações de mera dependência pessoal. Enquanto que a emancipação terapêutica (que se torna o objetivo substituto da "cura") só pode ser (cientemente) a mobilização de ações e de comportamentos que emancipem a estrutura inteira do campo terapêutico. Assim, o problema que se coloca aos novos serviços (CAPS) não é cura (a vida produtiva), mas sim a produção de vida, de sentido, de sociabilidade.

Neste aspecto, pode-se considerar a proposta basagliana de *colocar a doença entre parênteses* para assim direcionar o olhar ao sujeito em sofrimento e não à doença. Essa é uma questão fundamental, pois é o movimento de *tomada de responsabilidade* (DELL'ACQUA, 1992) individual e coletiva que se constitui como meio para a transformação institucional e para o processo de desconstrução. A cura cede espaço à emancipação, mudando a natureza do ato terapêutico, que agora se centra em outra finalidade: produzir autonomia, cidadania ativa, desconstruindo a relação de tutela e o lugar de objeto que captura a possibilidade de ser sujeito (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3 Participação do usuário e da família no tratamento

De acordo com as diretrizes da atenção em saúde mental do modelo psicossocial, o protagonismo dos usuários é fundamental para que seja alcançado o objetivo do CAPS de se constituir como dispositivo de promoção da saúde e da reabilitação psicossocial. Os

usuários e familiares devem ser chamados a participar das discussões sobre as atividades terapêuticas do serviço. A equipe técnica deve trabalhar de forma a estimulá-los a participar de forma ativa do tratamento e da construção de laços sociais. Entre os tipos de atendimento que o CAPS pode oferecer está o atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, de lazer com familiares (BRASIL, 2004).

Na seqüência deste item analisaremos as formas criadas pelo CAPS Ponta do Coral para envolver ativamente usuários e familiares no processo terapêutico, seja com relação ao projeto terapêutico individual, ao atendimento e a participação das famílias no tratamento.

3.3.1 Planejamento terapêutico individual

Conforme as determinações da política de atenção em saúde mental, cada usuário deve ter um projeto terapêutico individual, composto por um conjunto de atendimentos personalizado, que respeite as particularidades, necessidades de cada pessoa e proponha atividades durante a permanência diária na unidade e fora dela (BRASIL, 2004).

O atendimento no CAPS oferece projeto terapêutico de tratamento individualizado, o qual é pensado e avaliado com a participação do usuário. A fala relacionada a seguir detalha como acontece o planejamento do tratamento.

O primeiro passo desse projeto terapêutico ele é feito na entrevista inicial, que é basicamente a entrada desse usuário no serviço; então, a gente pensa uma programação mínima, levando em conta as necessidades, as condições, os limites e as capacidades do usuário e, quando a gente pode contar, com a família também. Além disso, uma vez por mês, [...] tem o encontro da Regional, e os usuários dessa Regional podem reelaborar o seu projeto terapêutico, a gente faz a revisão, a gente discute como é que está sendo esse projeto, se está sendo interessante, que ganhos, se está havendo ganhos ou não, se a pessoa está se sentindo contemplada de alguma maneira e tal, e aí a gente faz as alterações que a gente discute e acha necessário (F, 12/4/2006).

Com relação a forma como o usuário participa do processo de planejamento do seu tratamento, os entrevistados colocaram que é através da manifestação das preferências,

opções e desejos dele, dentro das possibilidades que o CAPS oferece. Nas falas relacionadas é explicitado qual a participação do usuário e do profissional no planejamento do projeto terapêutico de tratamento.

Quando o usuário chega no serviço, encaminhado de algum outro (serviço), ou de um hospital, ou de uma unidade local de saúde, ou por demanda espontânea é feito o acolhimento, onde a gente usa uma entrevista inicial pra fazer uma coleta de dados, ali resgata um pouco da história que o próprio usuário vai estar contando, e, então, nesse momento é feito o projeto terapêutico; inicia-se o projeto terapêutico, não que ele tenha que se esgotar nesse momento inicial; uma pergunta que a gente sempre faz pra ele é do que ele precisa, como a gente vai poder ajudar, então, a partir daí a gente oferece o nosso leque de atendimentos, o nosso projeto terapêutico do CAPS, e aí vai se construindo dessa forma (VIK, 24/3/2006).

Em geral a gente faz isso quando ele chega, na entrevista inicial, a gente pede pra que ele diga, a gente apresenta o que a gente tem; a gente pede que ele diga o que ele gostaria de estar fazendo, o que ele fazia, quais as preferências que ele têm, se ele não sabe, em algumas situações, a gente sugere que ele venha participar de algumas oficinas para ele, por exemplo, escolher; então, assim, é feito muito respeitando o desejo do paciente, o que ele gosta mais, as preferências dele; agora, se a gente vê que o paciente está muito ansioso, se ele precisa, a gente sugere um grupo terapêutico ou as vezes o atendimento individual; assim, não tem uma uniformidade, em geral a gente age assim (P, 17/3/2006).

Ele tem, esse projeto terapêutico, ele tem um primeiro momento, quando o usuário chega e faz a entrevista inicial é colocado com ele e oferecido, mostrado as possibilidades, o que o CAPS oferece em termos de terapia, desde grupos terapêuticos, atendimento individual e oficina, mas não é só oferecido, é também feito uma avaliação do técnico, o que ele pensa que, naquele momento, poderia estar ajudando aquele usuário, e é conversado com o usuário, muitas vezes acaba o usuário escolhendo tudo, escolhendo o que ele quer e o técnico tem pouca interferência, outras vezes o usuário quer algo que talvez naquele momento, por exemplo, atendimento individual, mas não tem vaga, não tem, os técnicos estão todos..., se tem alguém fazendo atendimento individual já não tem horário, então se entra em um acordo das possibilidades, dos desejos do usuário, e das possibilidades que o serviço oferece; isso é o primeiro momento, no segundo momento, ao longo do período do usuário aqui, vão tendo transformações, muitas vezes ele abandona aquele grupo ou oficina, que não era aquilo que ele achava que era bom, que ele gostava, abandona formalmente ou informalmente, simplesmente não vai, ou ele entrou em surto não veio mais, uma série de questões, então isso tudo é retomado, a gente tenta fazer a retomada na reunião das Regionais, reunião mensal, como é que está o tempo dele aqui, o que ainda se mantém fazendo, como ele está se sentindo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos entrevistados destacou que o projeto terapêutico de tratamento do usuário

é sempre pensado a partir da necessidade dele, o que ele traz de necessidade, o que ele traz de sonho, de vontade, de sofrimento, de

tristeza, então, o projeto terapêutico é sempre pensado, repensado, analisado, refletido, em cima da necessidade da pessoa (GIRASSOL, 20/3/2006).

É importante destacar que o planejamento do projeto terapêutico deve envolver o portador de transtorno mental como sujeito deste processo. A participação ativa do usuário na escolha do que fazer e na expressão de suas necessidades favorece a adesão e continuidade no tratamento, confere-lhe o exercício da liberdade de escolha e da cidadania. Neste processo, o ato terapêutico, quando não é mais fundado sobre a doença e não provém da autoridade médica, torna-se a própria organização coletiva, convertendo-se em *tomada de responsabilidade* e produção de subjetividade (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral

No plano teórico, a relação da família com o portador de transtorno mental é construída a partir do alienismo, como produto da sociedade moderna/burguesa. No interior desta perspectiva concentram-se dois entendimentos polarizadores: “o da família ameaçada pela eclosão da enfermidade, portanto, sofrendo suas conseqüências ou causadora da emergência do transtorno mental, assim culpabilizada por sua etiologia” (ROSA, 2002, p. 139). Historicamente, o segundo entendimento foi o que prevaleceu na maioria das abordagens teóricas na área da saúde mental, com uma relativa diminuição nos anos 1970, seguido de uma complexificação da compreensão do grupo familiar e de sua dinâmica, a partir dos avanços teóricos da leitura feminista e marxista. “Contemporaneamente, a inclusão do grupo familiar nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental; a assunção de sua condição de parceira e co-responsável dos serviços e a exigência de constituição de uma nova pedagogia institucional em sua abordagem atravessam a construção de uma nova relação entre o louco e a sociedade” (ROSA, 2002, p. 139).

Nesta direção, um dos objetivos do CAPS é incentivar as famílias a participar do cotidiano do serviço. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas importantes para o trabalho dos CAPS. Eles podem participar de diversas maneiras, incentivando o usuário a se envolver no projeto

terapêutico, participando diretamente das atividades do serviço, nas reuniões, assembléias, nas associações de usuários, técnicos e familiares, trazendo dúvidas, sugestões. A participação pode acontecer tanto nas atividades internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. (BRASIL, 2004).

A Portaria /GM nº 251/2002 constitui-se como mais um dispositivo na mudança das relações entre os serviços de saúde mental e a família à medida que prevê, no desenvolvimento dos projetos terapêuticos, o preparo para o retorno à residência/inserção domiciliar e uma abordagem dirigida à família no sentido de garantir orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento.

O atendimento aos familiares é uma das formas para que as famílias participem, conheçam o trabalho dos CAPS e passem a se envolver ativamente no processo terapêutico. Neste sentido, a família ganha visibilidade como protagonista, parceira dos serviços e co-responsável no provimento de cuidados do portador de transtorno mental.

Além disso, o avanço dos conhecimentos e entendimento de que os fenômenos humanos comportam uma multiplicidade de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos e éticos, inter-relacionados entre si, possibilitou mudanças na assistência às pessoas em estado de sofrimento psíquico. Essas puderam ser compreendidas na totalidade de sua condição existencial. E, o sofrimento, antes tomado apenas como algo individual, passou a ser visto como parte de um contexto onde outras pessoas estão envolvidas e também merecem cuidado e atenção.

No CAPS Ponta do Coral, na sua maioria, os profissionais afirmam que existe atendimento familiar, com ressalvas de um deles que referiu não existir atendimento familiar sistemático e outro que observou que existe atendimento familiar individual. As falas relacionadas expressam de que forma a família participa no tratamento do seu membro no CAPS.

A família participa não como uma preconização ou uma exigência do serviço; o que eu tenho visto é que a família participa aqui no CAPS na medida em que há uma necessidade, quando há necessidade do serviço conversar com a família ela é incluída, quando há uma necessidade da família pelo serviço ela procura, mas não é uma rotina todas as pessoas que vem aqui a família ser atendida, as vezes o usuário não quer saber da família, as vezes a família não quer saber do usuário e assim sucessivamente, ou seja, a família participa na medida que temos a clareza da necessidade, mas não é uma prática oficial do serviço (GIRASSOL, 20/3/2006).

Alguns casos sim, em alguns casos eles vem para a reunião mensal da Regional, ou vem para uma consulta com a psiquiatra, ou vem pra trazer o usuário que não consegue ainda vir sozinho, mas é muito restrita a

participação da família, normalmente ela vem mesmo quando a coisa está apertando, quando o usuário surtou, não está conseguindo segurar, quando ele está já nas últimas (LÉLI, 4/4/2006).

Os profissionais que afirmam a existência da participação da família no tratamento explicitam como esta acontece e como se dá o atendimento no serviço, observando o cuidado que existe em atender a família e o usuário juntos.

Sim, tem alguns usuários que vem acompanhado de familiares, as vezes nós chamamos a família, quando existe necessidade, e isso acontece assim no cotidiano, conforme realmente surge a necessidade; geralmente há uma relação muito conflituosa entre o usuário e família, geralmente o familiar mais próximo, referência mais próxima e aí a gente intervém, mais ou menos com dois objetivos, assim, um de pensar essa relação conflituosa, o que pode ser negociado aí pra viverem melhor, pra ter mais qualidade de vida nesse ambiente, que moram juntos, e o outro pra poder então capacitar, colocar elementos pro familiar sobre o tratamento, sobre os transtornos mentais, pra que ele possa ser um cuidador também, o que ele é, pra que ele possa se qualificar; então, uma outra coisa que eu penso é que esse atendimento familiar ele sempre tem que privilegiar a participação do usuário porque fica complicado falar do usuário sem ele estar presente (VIK, 24/3/2006).

Sim, a família participa, claro, na medida de cada caso; em geral, assim, a gente tem a disponibilidade de atender a família, então, muitas vezes, precisa de o paciente vir com a família em várias situações, e esse atendimento é dado; o grupo de família, também está tendo o grupo de família, as vezes é dado (o atendimento) a família daquele paciente; mas sempre a gente tem o cuidado de receber a família e atendê-la junto com o paciente, nunca assim..., não gerar essas fantasias perseguitórias por parte do paciente “tá falando o que de mim”; isso é mais ou menos quase uma regra aqui no CAPS, a gente atende junto com o paciente (P, 17/3/2006).

Os trechos das entrevistas relacionados a seguir descrevem as formas criadas pelo CAPS para oportunizar a participação da família no tratamento. Alguns profissionais referiram-se a um grupo de famílias que chegou a ser iniciado, mas que pela falta de adesão e outras dificuldades não funcionou mais.

Um pouco assim, o acolhimento na segunda-feira é um espaço que a família pode participar junto com o usuário pra relatar como é que foi o final de semana e pra relatar e como estão as atividades no CAPS; o outro espaço são as reuniões das Regionais de equipe, fora o trabalho individual, que, assim, eu acabo chamando muitas vezes, eu quero atender você na presença de um familiar, as vezes você precisa até forçar nesse sentido, de que a família compareça, faço cartinha, mando e aí atendo em consulta individual, mas não em grupo, não é uma abordagem psicoterápica, é mais no sentido de psicoeducação do que de terapia (J, 22/3/2006).

[...] existe um planejamento pra se atender família, um grupo de familiares a serem atendidos por psicóloga [...]; então, as formas criadas para oportunizar a participação da família é justamente quando ela vem, acompanha, que é aberto para os familiares participarem das oficinas junto com o usuário, então, sempre tem essa oportunidade e grupos específicos pra famílias que estão se tornando real (GIRASSOL, 20/3/2006).

É mais ou menos como eu te falei; então, assim, as vezes a gente chama pra um atendimento individual, e também ela participa dos eventos acontecidos aqui no CAPS, promovidos pelo CAPS, de festas, geralmente o dia nacional da Luta Antimanicomial, quando a gente comemora, que faz uma confraternização, as festas sempre tem a presença de familiares também, festa de natal, festa junina (VIK, 24/3/2006).

As reuniões das Regionais por exemplo, uma vez por mês, e tem alguns técnicos que fazem reuniões com as famílias, discutindo, por exemplo, aquele usuário em que a família está implicada diretamente, tem problema com a família, então chama a família pra trabalhar; já teve grupo de família, mas foi fechado porque as pessoas ficaram um tempo, mas as famílias, segundo as técnicas que fizeram, muito pouco se apropriavam, vinham, se utilizavam desse espaço (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre este aspecto, cabe destacar que o deslocamento do eixo da compreensão do problema individual para o familiar/social, que tem como consequência o acolhimento da família como uma unidade que necessita de cuidado tanto quanto o paciente individual, pressupõe um novo olhar sobre as possibilidades das famílias para enfrentarem suas crises e atuarem como suporte terapêutico. Nessa perspectiva, se impõe a necessidade de não só reconhecer o atendimento ao grupo familiar, mas de oferecer uma atenção singular que leve em conta, por um lado, as especificidades de cada família, considerando a história, a estrutura, a dinâmica, bem como a inserção desta no contexto social. Por outro lado, deve-se avaliar a realidade e as possibilidades das famílias para usufruírem das formas de atenção que lhes são propostas (MIOTO, 1998, pp. 25-26).

Nesta direção, dois dos participantes da pesquisa identificaram como uma das dificuldades em realizar o atendimento familiar, a falta de profissionais qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades, conforme pode ser observado nas falas a seguir.

A maior dificuldade que eu vejo é que não existe ninguém capacitado aqui dentro para lidar com a família, é claro que, assim, eu faço um atendimento com o usuário a família vai estar junto eu vou estar explicando, mas quando você vai pensar em trabalhar com a família, trabalhar no sentido psicoterápico, isso não existe, agora informar a família, tentar com que a família faça parte do planejamento, a gente

tenta e incentiva, estimula que eles venham nas reuniões das Regionais, mas o que eu percebo, assim, a equipe ela é muito pequena pra dar conta de tudo, então a maioria das vezes o paciente chega, a família está ali fora, mas todo mundo tem a sua atividade, estão todas na oficina e isso me sobrecarrega muito porque eu tenho que dar conta de tudo, inclusive da família que chegou, do atestado que está faltando, e a família que quer saber porque que o remédio..., mas não existe um espaço pra ela, não existe um espaço que acolhe a família (J, 22/3/2006).

Profissionais qualificados, eu acho que necessita de profissionais que tenha um pouco mais de experiência, de conhecimento pra estar lidando com família, que toda a família tem sempre os seus nós górdios, tem sempre questões de fundo, que as vezes precisa de um certo conhecimento, experiência pra estar lidando com isso; até que ponto é vítima ou réu, então, acredito que profissionais que tenham experiência, que tenham a qualificação teórica, [...] possa estar oportunizando uma melhor relação no atendimento CAPS com família, então, a qualidade do profissional para estar realizando essa participação (GIRASSOL, 20/3/2006).

Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que é um transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, foram relatados pelos profissionais.

Acho que tem uma junção, eu acho que tem uma coisa primeiro que é o entendimento, a família, muitos familiares, querem deixar o usuário aqui, e querem fazer sua vida, até por questão de sobrevivência; o que eles alegam muito é que eles precisam trabalhar, então não pode faltar ao trabalho uma vez semana pra poder estar aqui porque mesmo que tenha atestado pra poder estar aqui, acaba perdendo o trabalho, não tem como justificar; e a outra questão é o próprio entendimento de que é na família o espaço em que o usuário pode ser tratado, porque a idéia de tratamento é uma idéia também que se direciona, que acaba sendo entendida como médica, hospitalar ou clínica, ou então, agora tem o CAPS; e o lugar de tratamento, digamos tratamento como restituição, como reinserção, também é na família (LÉLI, 4/4/2006).

É, chega um momento que as vezes de fato a relação se esgota, assim, são tantos conflitos, são tantas brigas, tantas dificuldades de convivência, de relacionamento, que já vem desde a infância, que chega em momentos quando, geralmente, o usuário tem as primeiras crises, isso gera um isolamento, assim, o usuário fica isolado nesse ambiente, nesse contexto familiar, realmente é muito difícil; as vezes tem uma mãe muito controladora e que aí o usuário não quer muito aproximação do serviço com essa referência porque o serviço passa a ser então um lugar de acolhimento pra ele que ele não tinha até então, porém, a gente busca a família, pra que a família possa cumprir essa função da referência (VIK, 24/3/2006).

Neste sentido, deve-se considerar que no contexto brasileiro, pela própria ausência ou precariedade da intervenção estatal por meio das políticas públicas de corte social, a família torna-se a principal garantidora da reprodução da força de trabalho. As famílias, para suportar, todas as funções que lhes são atribuídas e enfrentar as situações de risco social, buscam dividir com o Estado o encargo dos cuidados com seu ente enfermo. Mesmo assim, configuram-se, para elas, condições deficitárias de atendimento, em particular no caso da atenção em saúde mental (ROSA, 2003, p. 192).

Na seqüência, o entrevistado realiza uma análise das várias situações singulares e sociais que envolvem as dificuldades do serviço, das famílias e dos usuários, em realizar um tratamento integrado na relação usuário/família/CAPS.

Então, também envolve vários aspectos, eu vou apontar alguns; assim, em primeiro lugar, a gente vê que boa parte das famílias vê o CAPS como um lugar pra poder deixar o seu familiar, é um lugar onde ela não vai precisar cuidar dele durante um certo tempo, então, eles até participam de algumas entrevistas iniciais, hoje, por exemplo, eu tenho uma (entrevista inicial) que a pessoa veio sozinha, não veio família; é bastante freqüente que venha o usuário sem acompanhante familiar algum, esse é um aspecto, a família de uma certa maneira toma o CAPS como um lugar pra deixar o seu familiar, nós por outro lado, não criamos estratégias pra fixar essa família, pra trazer essa família mais perto; tem um grupo de família que funciona de maneira meio irregular, mas que a gente vê cada vez mais a necessidade de tornar isso algo mais organizado, poder atender a família, a gente faz o acompanhamento com família, geralmente, quando há um pedido específico ou do usuário ou da própria família, aí a gente procura fazer, mas é mais individualizado, é uma questão mais individualizada, e há também, por parte dos usuários há o desejo de que a família não participe, isso ficou muito evidente na organização da associação, que é uma associação de usuários, familiares e técnicos, e quando a gente estava organizando a associação, toda vez que se falava na participação dos familiares havia uma certa resistência por parte dos próprios usuários que os familiares participassem; a gente entende isso como uma maneira de buscar uma certa autonomia, uma certa distância dessa família, que é, as vezes, bastante complicado de fato tê-los muito próximos, aí precisa de um outro tipo de abordagem, não dá pra incluir, como a gente fazia no início por exemplo, a gente fazia grupos de usuários e familiares, mas a família atrapalhava mais do que ajudava nesses grupos, aí a gente resolveu começar a separar, deixar o espaço específico para o usuário, porque a família vinha e tomava o espaço, e falava, e ficava reclamando da pessoa, do que ele não fazia, de todas as dificuldades etc..., então, a gente achou melhor botar um pouco uma barreira, botar um filtro ali pra que tivesse espaço do usuário e que ele pudesse aproveitar isso da melhor maneira possível (F, 12/4/2006).

No entanto, cabe destacar que, numa visão mais abrangente e totalizante, a família é entendida, no cerne das condições de reprodução social do portador de transtorno

mental, como um sujeito que procura reconstruir relações cotidianas, criar novos sentidos, manter e fortalecer laços de sociabilidade. É percebida, positivamente, em suas possibilidades, potencialidades e recursos, como elemento fundamental à manutenção do poder contratual, à autonomia e à emancipação do portador de transtorno mental (ROSA, 2002, pp. 152-153).

As falas relacionadas a seguir apresentam a compreensão dos entrevistados com relação às possibilidades da participação da família no tratamento, e as dificuldades do CAPS em realizar esse tipo de atendimento. Um deles argumenta que o acompanhamento à família é essencial para minimizar os efeitos da convivência com o portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Acho que o atendimento familiar assim como ele pode ter dificuldades ele também pode te ajudar um monte, então, assim, tem os dois lados, as dificuldades eu acho que é porque também ele vai estar trazendo, vai sobrecarregando com mais, digamos assim, mais queixas, vai estar trazendo.., as vezes nem está relacionado ao usuário os problemas e as situações, embora eu acredito que na maioria das vezes ela ajuda, ela ajuda porque é que está convivendo com o usuário lá fora o tempo inteiro, que tem mais os dados, quem pode inclusive, ah! ele está muito sedado, vamos tirar esse remédio, esse remédio só faz mal, então, a família se ela não é bem orientada ela acaba, assim, tentando fazer o bem ela acaba fazendo o mal pro paciente, ah! não aquela atividade lá, ficar só batendo palminha, musiquinha, aquilo lá não vai ajudar você, é melhor eu.., vou te colocar de novo na escola porque se não você não vai trabalhar nunca, então todas as ansiedades da família, que se elas forem bem trabalhadas o usuário só tem a ganhar, agora, as dificuldades é: um espaço em que essa família seja acolhida, que ela seja realmente trabalhada e uma equipe, a formação, alguém com formação pra fazer isso, isso não tem (J, 22/3/2006).

Eu acho que o acompanhamento com a família ele é extremamente necessário pra elaborar a imagem que essa pessoa acabou deixando pra essa família; a família ela ainda tem uma imagem, ela tem o imaginário social em relação o que ela de repente produziu; então, há uma necessidade de se ter um acompanhamento com os familiares pra estar elaborando as relações, o dia-a-dia que ela tem com o portador de transtorno mental; as vezes se investe muito em acompanhamento com usuário e não se investe muito no acompanhamento com a família, a família está sobrecarregada, tem que se discutir a questão dos encargos familiares, porque as vezes ter um portador de transtorno mental junto com a família é extremamente estressante, e as vezes a família acaba colocando o portador de transtorno mental no hospital pra descansar, porque as vezes é complicado, tem um portador de transtorno mental que canta o dia inteiro, ou que não dorme durante a noite, dorme de dia, ou que quer ver televisão a todo momento, ou que fica conversando com a vizinhança a todo o momento, tem o portador de transtorno mental que com o seu sofrimento incomoda muito a família, então, tem de haver um profissional articulado ou apaziguador ou que provoque alguma

resolução nessa prática; [...] se não dá pro portador de transtorno mental morar com a família então que se haja (encontre) um espaço harmônico, mas a família tem que ser acompanhada sim (GIRASSOL, 20/3/2006).

Entre as dificuldades que os profissionais identificam na (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e estigma da loucura, ainda presentes no imaginário social das pessoas. Relacionamos na seqüência as respostas dos entrevistados, nas quais é expressa a relação com alguns dos aspectos enfrentados no cotidiano da vida dessas pessoas, em suas relações com a família, as instituições e a sociedade.

Em primeiro lugar a dificuldade de a família compreender o que a pessoa tem, pelo que ela passa, muitas vezes, a idéia é de que é um vagabundo, que o cara não quer trabalhar porque é vagabundo, não quer fazer nada só quer ficar em casa fumando, na frente da televisão porque é vagabundo; então, tem essa dificuldade de poder dar ou ter um certo olhar pra essa pessoa, pra esse usuário que não seja esse da discriminação; tem também o medo, o medo de que essa pessoa venha cometer algum crime, que é um pouco o mito da loucura, é o que envolve o mito da loucura, de ser alguém que é imprevisível e violento, o mito da loucura está muito marcado por isso, muitas vezes a família vem contaminada por isso, eu atendo uma mãe, por exemplo, que apesar de ser uma pessoa que contribui muito, mas ela tem medo do filho, ela tem medo, e ela reconhece isso, diz isso claramente, ela tem medo, agora menos, depois de um tempo isso está começando a se flexibilizar, ela está começando a entender um pouco diferente, mas ela tinha muito medo do que esse filho poderia fazer com ela, então, isso é algo que é bastante comum, mas isso é uma dificuldade; o outro aspecto da resistência é a idéia de que ele se tornou uma pessoa inútil, o usuário se tornou uma pessoa inútil, porque ele não pode trabalhar, que nunca vai fazer nada a não ser ficar como um louco, ficar como uma pessoa que não pode assumir responsabilidades, que não contribui, o aspecto financeiro é um problema; o Programa de Volta pra Casa não resolve isso integralmente porque ele é destinado pra pessoas que estão no mínimo há dois anos internadas, então, aqueles que não tem internação prolongada não têm acesso a esse recurso, então, ele passa a se tornar um peso econômico pra família e aí todos os outros problemas que são decorrentes disso (F, 12/4/2006).

Muitas vezes ele acaba sendo o membro da família rejeitado, ele tem o quartinho dele no fundinho. Bom, eu acho que é o próprio estigma de ter um doente mental, tem ah ele é doente mental, deixa ele quietinho lá porque se não ele vai incomodar, vai surtar, vai xingar e, que vergonha, aí os vizinhos; então, é o estigma do usuário, do paciente com transtorno mental, como muitas famílias não entendem elas tem até crenças de que isso é o demônio, isso é um castigo, ou é porque ele era uma pessoa ruim na vida passada, então, vem com mil, vamos dizer assim, explicações, que só atrapalham e impedem que aquilo seja encarado como..., ok isso aí é uma doença, e como é que a gente vai

fazer pra ajudar e tratar isso; então, os conhecimentos, a ignorância nesse sentido, [...] uma parte eu acho que seja pelo próprio desconhecimento do que é um transtorno mental, e do estigma de que o louco é o que rasga dinheiro e, enfim, isso dificulta, e aí quando você não tem um suporte pra dar à essas famílias aqui dentro, você só reforça lá fora esse estigma; então, claro, a pessoa chama a atenção da população, os pacientes que conseguem lá fora trabalhar e não ficar só dentro do CAPS, então, as oficinas que possam vir a dar renda, que elas sejam trabalhadas lá fora, até pra lá fora você convive com eles, percebe que eles não são os loucos que rasgam dinheiro, saem quebrando tudo e matando todo mundo, esse é o medo da população e acaba sendo o medo da família (J, 22/3/2006).

A questão da diferença do “louco” para o “não louco”, que na sociedade capitalista, é determinada pela relação produtivo/não produtivo, ou seja, aquele que detêm poder de consumo e aquele que não tem poder de consumo, também foi expressa pelos profissionais entrevistados como uma das dificuldades para a (re)inserção social do portador de transtorno mental, na família e na sociedade.

Eu acho que os limites do usuário; tem a coisa do preconceito, da loucura, ele, o usuário, ele não é alguém produtivo na família, ele não leva dinheiro pra casa, ele, ao contrário, ele só gasta, ainda tem que buscar remédio, ele dá mais trabalho ainda, ele não é produtivo, de maneira geral, então, isso já agrega um preconceito maior ainda, além de ter o preconceito da loucura, de ser..., enfim, alguém que tem uma “deficiência”, alguém que é muito dependente, ainda tem isso, então, ele não soma nada à família a não ser o incomodo; daí, geralmente, é uma mãe que até acolhe, ou pai, por questões afetivas, mas sempre está lidando com esse limite do usuário; tem famílias que não querem, tem muitas famílias carentes que não querem mais um problema, e quando a pessoa, então, saiu da família, que foi internada, e ficou um longo tempo fora, a família já se estruturou de forma a não contar com aquele usuário, então, já não conta mais com ele, passou três, quatro, cinco meses, aí vem uma pessoa trazendo toda uma dependência e que não é somar, ou as vezes as próprias crises dentro de casa, então, é difícil um cara que faz xixi no chão, um cara que toma um café e deixa sua xícara, um cara que quebra, que uma vez por mês quebra tudo, que bate nas pessoas dentro de casa, ninguém tem essa tolerância, tem que ser mais de uma pessoa pra suportar e, as vezes, uma pessoa, que é a mãe, suporta, mas os outros irmãos não entendem, não conseguem lidar com a questão, que é difícil mesmo, o nível de dependência, os limites, o risco que, enfim, pode correr o usuário (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Rosa (2003, p. 192), a família, apesar de procurar dividir com o Estado as demandas de cuidado do portador de transtorno mental, ainda é o principal agente responsável pelo seu provimento. Para implementá-lo, na divisão sexual do trabalho do grupo doméstico, seu ônus recai sobre a mulher. Todavia, diferente das demais

enfermidades, o transtorno mental se particulariza pelo fato de seu portador não se reconhecer como enfermo e por seu prognóstico figurar como uma incógnita, sem ter uma temporalidade previsível. Desta forma, em geral, o provimento de cuidados e o tratamento tornam-se impositivos para o portador de transtorno mental, que pouco colabora conscientemente no seu processo de recuperação. Por sua vez, o provedor de cuidado, com frequência a mulher, mãe, tem que ter uma disponibilidade de tempo, periódica ou indefinidamente, para exercer o seu papel. E, para satisfazer as necessidades individuais do portador de transtorno mental e as exigências de sua enfermidade, a mulher, mãe tem seu espaço de vida invadido, seus projetos de vida obstruídos pelas necessidades de prestar cuidado.

3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares

No contexto da Reforma Psiquiátrica, as organizações de usuários, técnicos e/ou familiares tem cumprido um importante papel na mudança do modelo assistencial em saúde mental, participando ativamente das discussões sobre os serviços e promovendo atividades que visam maior inserção social, geração de renda e trabalho e a garantia de direitos sociais. Essas associações constituem-se em importante instrumento de promoção da saúde e da cidadania de todos os envolvidos (BRASIL, 2004)

O CAPS Ponta do Coral conta com uma associação de usuários, familiares e técnicos. Apesar de estatutariamente estar prevista a participação e filiação de familiares e técnicos, atualmente, na prática, esta se tornou, efetivamente, uma associação de usuários. Em gestões anteriores, já teve em sua diretoria a participação de técnicos do serviço. Atualmente, dois técnicos acompanham as atividades desta, mas a diretoria da gestão atual (2006) é composta somente por usuários.

Com relação a participação dos usuários no planejamento das atividades do CAPS, os profissionais referem que esta acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, realizada semanalmente, na qual são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Contudo, os entrevistados observam que

existem dificuldades em realizar um processo de planejamento das ações do serviço, seja por particularidades dos usuários, seja por limitações e/ou problemas institucionais.

Assim, existem alguns espaços em que essas ações são tomadas em conjunto, a assembléia dos usuários, aqui é feita de terça-feira, em que é discutido desde a limpeza, o lanche, qual é o próximo passeio, o que vai ser de reunião, o que está sendo feito, quais são os informes em relação a saúde mental, em relação a congressos, encontros, comissões. O que eu percebo é que embora isso seja estimulado há pouca, baixíssima, aderência e quando há, em geral, são daqueles mais saudáveis no sentido de que de repente nem seriam usuários CAPS, mas eu acredito que isso seja também o próprio sintoma, de a dificuldade de lá fora conseguir um emprego, a dificuldade de iniciar uma atividade, iniciar um curso, é também pra se engajar na própria luta deles; o que eu percebo é que a família, em geral, quando pega isso vai adiante, os usuários tem poucos estímulos próprios, vamos dizer, pra continuar, pra se manter; então, na reunião da Comissão Ampliada²¹, aí participa um, mas depois a semana que vem já não vem; então, são poucos os que realmente conseguem dar conta, eu coloco a palavra no sentido de ser capaz para, tem essa dificuldade, eu acho que é própria condição (J, 22/3/2006).

Então, a gente procura estabelecer parcerias com a associação porque tem muitas coisas que pelo fato de a gente estar submetido a um organograma e a hierarquia, e aí os limites do serviço público, a gente não pode fazer; por exemplo, a questão da venda do material das oficinas, isso é algo que o CAPS não pode assumir, por conta mesmo da legislação que impede a gente de fazer esse tipo de atividade; então apesar de ter uma participação grande, o material vendido é o material das oficinas do CAPS, mas quem faz essa tarefa é a associação, é a associação que se encarrega da venda, de levar o material, de receber dinheiro etc.; além disso a associação se tornou efetivamente uma associação de usuários, apesar de o estatuto dela prever a participação e filiação de familiares e técnicos ela é uma associação de usuários na prática, e como articuladora de um projeto político e de reivindicação dos direitos do usuário dos serviços de saúde mental, como um instrumento pra viabilizar inserção no mercado de trabalho por exemplo, parece que são essas as funções da associação; com os usuários o que a gente tem é uma assembléia semanal onde são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; esse aspecto do planejamento da atividade ele de fato não tem a participação dos usuários até porque nem nós, como te falei no início, o nosso planejamento também é meio caótico, assim, a gente não tem um processo organizado de planejamento pra um ano ou mesmo pra seis meses, então, aí os usuários não chegam a participar desse planejamento, eles participam sim da discussão do funcionamento que é na assembléia,

²¹ A Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental (CPASM) é uma instância do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, criada através da Resolução N°1/CMS/2006, cuja finalidade é assessorar o plenário do conselho no que compete a formulação, implantação, implementação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas, ações e projetos em Saúde Mental, assim como prestar assessoria técnica ao gestor municipal. A CPASM é constituída por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde, e usuários e familiares da saúde mental (nota da pesquisadora).

que é toda semana, e aí se trata das coisas do dia-a-dia, é mais cotidiano (F, 12/4/2006).

A presença e participação dos usuários nas discussões e no planejamento das ações pertinentes à saúde mental vêm se ampliando progressivamente nos últimos anos. O processo de inserção inicia-se com o protagonismo dado ao sujeito na definição de seu projeto terapêutico, estende-se na organização de associações e na representatividade destas nos fóruns deliberativos (Conselhos de Saúde, Conferências, Comissões de Saúde Mental), e na participação em eventos científicos e espaços de militância política pertinentes à área da saúde mental. Essa é uma das formas em que a condição de cidadão dos portadores de transtornos mentais é resgatada. Segundo Rodrigues (2005, p. 80), “a participação política e militância de usuários e familiares em instâncias deliberativas ganham efetividade quando politicamente organizados”.

Neste sentido, a construção coletiva do protagonismo requer a saída da condição de usuário-objeto e a criação de formas concretas que produzam um usuário-ator, sujeito político. Isso vem ocorrendo através de inúmeras iniciativas de reinvenção da cidadania e *empowerment*, como atenta Vasconcelos (2000b), por meio de intervenções via associações de usuários ou de cooperativas sociais, ou ainda da participação política de tais atores nos mais importantes fóruns sociais de formulação de políticas da área, tal como nos conselhos de saúde e comissões de saúde mental.

Nas falas que seguem, os participantes da pesquisa destacam as dificuldades encontradas na organização, na articulação e no funcionamento da Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral²², bem como seus objetivos e principais lutas políticas por direitos.

Assim, eu acho que os usuários têm esse espaço da assembleia junto com os técnicos. É um espaço interessante, onde eles podem estar opinando, mais do que o da associação; o da associação é muito mais difícil de levar adiante; eu também já fiquei um tempo ajudando a associação, já fui até, uma época, da própria gestão, da própria diretoria, e a gente tem

²² Importante estudo sobre a Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral foi realizado por Rodrigues em dois trabalhos: RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral: desvelando sua significação**. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004; e RODRIGUES, J. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

que estar puxando muito como técnico, parece que deixar por conta deles a coisa não anda e, as vezes, a gente vê que fica mais um desejo nosso de que as coisas aconteçam do que deles; então, a assembléia pelo menos é um espaço que eu ainda acho que se consegue ter uma presença, agora a presença dos familiares no planejamento é muito pequena, poucos que vem, vem um ou outro, pai de alguém; dos usuários, eu acho que é mais nesse espaço da assembléia que acontece (P, 17/3/2006).

Os usuários, nós temos a assembléia dos usuários; então, na assembléia se discute algumas questões, por exemplo, as vezes o planejamento, funcionamento da casa, por outro lado nem tudo é discutido na assembléia, [...] tem uma atuação limitada, ela não é totalmente participativa. A associação, ela tem histórias de altos e baixos; teve momentos que a associação tinha uma diretoria, mas ninguém participava, não se articulava; tem momentos que a associação se integra mais, quando ela se integra a coisa fica também mais rica; nós temos aproximação, por exemplo, na questão do vale transporte, as reivindicações, sobretudo do vale transporte, de veículos pra passeio, pra participar de um evento, muito mais do que planejamento das ações, digamos assim, mais no sentido de luta por direitos e reivindicações (LÉLI, 4/4/2006).

A associação de usuários possui cinco objetivos: controle social, ajuda mútua, suporte mútuo, defesa dos direitos, geração de renda; em cima desse objetivos a associação realiza seu movimento e sua luta. Em termos do papel dos usuários no planejamento das ações do CAPS seria discutir esses objetivos em relação ao CAPS. Hoje, o que acontece, a associação de usuários acaba discutindo um pouco mais controle social; ela expressa a representatividade dos usuários na luta social, na dignidade humana, e também na geração de renda; outra coisa muito importante que a gente fala é a luta contra o preconceito, então, a associação ela participa mais nesse sentido, controle social, geração de renda e luta contra o preconceito no CAPS; esse é o papel dos usuários, realizar o controle social, participar da geração de renda e a luta contra o preconceito; a luta contra o preconceito significa realizar teatro, levar pras Academias, levar pra comunidade, mostrar que a história do louco no imaginário social das pessoas ela é transformada, pode-se reverter isso, e isso se reverte com música, cultura e arte (GIRASSOL, 20/3/2006).

O papel da associação no planejamento, é porque assim, a associação ela não é o CAPS, ela é uma entidade separada, a assembléia é uma assembléia geral do CAPS, é um mecanismo facilitador da participação dos usuários e técnicos na gestão do serviço; a associação é uma entidade, sem fins lucrativos, que foi criada e pensada pra que os usuários e familiares se organizem pela luta da política, pela luta da implantação da política de saúde mental, pela luta dos direitos, pela luta da implantação da Reforma Psiquiátrica, pela melhoria do serviço, então, assim, a associação ela caminha, mas ela é muito nova e aí se é muito nova tem uma estrutura um pouco frágil, então assim, a tua pergunta é se ela participa das ações do CAPS, ela participa sim, tem um elo de participação aí, tem um canal de participação, mas é frágil, é muito frágil, eu penso que é muito frágil porque aparece pouco (VIK, 24/3/2006).

Rodrigues (2005, pp. 81-82) destaca que as associações de usuários, enquanto dispositivos, possibilitam uma atitude política que oferece visibilidade ao usuário como ser cidadão e não apenas como portador de um transtorno. Segundo o autor, quando o usuário passa a ver, sentir, e ver sentido em suas ações associativas, sua prática organizativa torna-se efetiva e com empenho. Por isso, as associações precisam desenvolver estratégias mais amplas de adesão, visando revigorar seus quadros associativos. Nesta direção, a profissionalização e formação política dos dirigentes é vista como uma possibilidade para estimular a participação.

A compreensão das associações civis como relacionadas e condicionadas pelas associações políticas leva ao entendimento de que há uma sinergia entre a sociedade civil e a democracia política. Segundo Fleury (2004), a dimensão cívica da cidadania diz respeito à condição de inclusão ativa dos cidadãos à comunidade política, compartilhando um sistema de crenças com relação aos poderes públicos, à sociedade e ao conjunto de direitos e deveres que são atribuídos ao status de cidadão. Como dimensão pública dos indivíduos a cidadania pressupõe um modelo de integração e de sociabilidade, que transcende os interesses egoístas do indivíduo no mercado, em direção à uma atitude generosa e solidária.

A fala a seguir relaciona algumas dificuldades cotidianas vivenciadas na e pela associação de usuários do CAPS Ponta do Coral. Apresenta algumas possibilidades de atuação deste tipo de organização da sociedade civil, tanto com relação a parcerias com outras entidades, para o desenvolvimento de ações que visem a profissionalização e inserção no mundo do trabalho, quanto no processo de politização e conscientização de seus usuários com relação aos direitos de cidadania.

Eu acho que ela tem um papel relevante, a dificuldade é de incrementar esse papel relevante; os familiares vêm muito poucos; bom, talvez a gente não esteja também instigando, muitas vezes a gente convida, mas eu acho que, também, as vezes, falta um pouco de investimento da equipe para que os familiares estejam mais no CAPS; agora, a associação poderia fazer muitas coisas, desde convênios para cursos com esses órgãos que a gente tem, SENAI, SESC; poderia tentar uma penetração, mas isso seria uma outra realidade a ser criada; cada vez que entra uma gestão nova, a gente diz quem sabe agora; desde as pequenas coisas, até divulgar a lojinha aqui, é difícil, a gente uma vez fez uns folders pra distribuir aqui na vizinhança, uma vez a gente tentava vender as verduras que produzia, não conseguia muito, conseguia ali, vendia uma ou outra; agora em termos de espaço de fazer política eu acho que ela tem um peso, deveria realmente crescer, por mais que as pessoas tenham dificuldades; eu acho que tem que continuar existindo, tem que continuar batalhando para que eles possam estar assumindo um pouco

mais esse papel político, essa conexão com outras instâncias da sociedade; por exemplo, na questão até de trabalho, de poder a associação também ajudar nessa abertura de espaços de trabalho; teve uma vez que tentaram no Angeloni (supermercado), depois quando souberam que era portadores de transtorno mental não quiseram; eu acho que a gente precisava mostrar um pouco pra sociedade o que é o paciente psiquiátrico; assim, através desses recursos, não dá pra esperar vamos pra mídia, porque, assim, tem umas coisas que são boas, ótimas, mas são meio ideais, a gente tem que tentar começar com essas pequenas coisas que pode fazer: divulgar a lojinha, sei lá, fazer um contrato lá com o CIC pra fazer cursos, por exemplo, de pintura, coisas que são mais próximas da realidade exequível (P, 17/3/2006).

Para Rodrigues (2005) dois aspectos são importantes para compreender as dificuldades de falta de adesão e continuidade na participação dos membros da associação. Um deles refere-se aos elementos motivadores para a participação. Neste caso, é preciso considerar que a prática política de militância possui seus campos de conflito e tensões, que dentro da especificidade da loucura pode não conferir uma participação freqüente. O outro relaciona-se ao significado da associação na vida dos integrantes. Muitos usuários vêem a associação como possibilidade de geração de recursos financeiros, haja vista que o fator trabalho/vínculo empregatício é algo marcante na vida dos portadores de transtornos mentais, em decorrência de a maioria não possuir fonte de renda própria.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacaram o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário.

A primeira delas é a questão do controle social, a associação tem potencialmente essa função, não só dentro do serviço, mas também nas outras instâncias, conselho municipal de saúde, conselho local, aqui em Florianópolis estamos organizando uma Comissão Permanente, que é consultiva do Conselho Municipal de Saúde, é uma comissão de saúde mental, no estado (SC), a gente tem o Colegiado de Políticas Públicas e Atenção Psicossocial, que tem representação dos usuários; então, novamente, na questão da defesa dos direitos, na questão do resgate da cidadania, as vezes nem é resgate porque o cara nunca teve cidadania alguma, mas da possibilidade de instituir um certo nível de cidadania; eu vejo que a possibilidade de o usuário poder participar politicamente é algo que tem um efeito sobre a sua dinâmica, como tem efeito sobre a dinâmica de qualquer um que descobre um dia que tem essa possibilidade de participar politicamente, da vida política, e pro usuário de saúde mental isso muitas vezes é uma descoberta que representa uma guinada muito grande na sua vida, então, vamos dizer assim, tem um efeito terapêutico, um efeito clínico nesse sentido, além, obviamente, dos

efeitos políticos que isso representa, mas, mais individualmente tem esse efeito, da articulação com as outras pessoas, enfim, tem uma terapêutica aí que é função, mesmo que não reconhecida, mas é função das associações (F, 12/4/2006).

O principal papel das associações é não tornar que os serviços se tornem manicômios; a associação é a vida, é organização, é luta, é enriquecimento, é sentido de vida; tenho escutado muito de pessoas que tiveram suas vidas arruinadas que quando passaram a militar em associações de usuários passaram a ter um sentido de vida, passaram a conceber a razão da sua existência em vida; então, a principal importância das associações é não deixar que o serviço se torne manicômio, é tornar o serviço um pouco mais rico, com mais vida, é organizar a questão política, é falar em nome dos próprios usuários; então, a importância das associações de usuários é levar a boa nova aos CAPS, levar a boa nova aos serviços de saúde mental, levar a boa nova do modelo psicossocial, ou seja, discutir o controle da loucura, ou seja, a maior importância das associações é levar a discussão da liberdade, liberdade e dignidade dos portadores de transtornos mentais (GIRASSOL, 20/3/2006).

Além do tratamento e dos serviços, eu acho importante que a associação possa se fortalecer enquanto movimento popular de luta pela Reforma Psiquiátrica, que os usuários possam se conscientizar dessa importância de estarem articulados, lutando pela implantação da política, da política de saúde mental sob esse novo paradigma da Reforma Psiquiátrica; eu acho que essa é a maior importância, acho que essa é a maior tarefa da associação; claro que isso se reflete na micro política institucional no próprio CAPS; a associação vai estar lutando, a nossa associação aqui, por exemplo, já lutou pelo próprio vale transporte dos usuários, de ir até a secretaria (Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis) conversar com o secretário e reivindicar enquanto essa democracia representativa dos próprios usuários, técnicos e familiares; pela própria manutenção desta casa na época que houve a questão da construção da via de acesso ao Hospital Infantil, existia um projeto da outra via passar também por aqui, os usuários batalharam que essa casa se mantivesse aqui, que o CAPS se mantivesse aqui e conseguiram; então, acho que essa luta maior de articulação que exige uma consciência política dos líderes que estão na associação, dos usuários como um todo, é que é a grande tarefa da associação, só que isso se faz num trabalho de formiguinha, num trabalho miúdo (VIK, 24/3/2006).

Cabe destacar que o controle social compreende a participação da população na perspectiva da interferência na gestão da política pública de saúde, colocando as ações e serviços na direção dos interesses da comunidade e estabelecendo uma nova relação entre Estado e sociedade. Conforme Correia (2002, p. 212), controle social “é a atuação da sociedade civil organizada na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam às demandas e aos interesses das classes subalternas”.

A III CNSM ressalta a importância do controle social, através dos mecanismos já existentes (Conselhos, Conferências e Comissões de Saúde Mental, organizações da

sociedade civil e movimentos sociais), como forma de garantir o avanço da Reforma Psiquiátrica. Os indicativos da Referida Conferência destacam que o controle social deve constituir-se com a representação dos três segmentos – usuários, familiares e profissionais de saúde, na perspectiva de induzir uma ação de acompanhamento da construção das políticas municipais, estaduais e nacional de saúde mental. As Comissões de Saúde Mental em ação conjunta com os Conselhos de Saúde devem exercer seu papel de controle e fiscalização das políticas públicas, o que inclui o orçamento e a destinação de verbas para a saúde mental, em todos os níveis (BRASIL, 2002a).

A ação da sociedade civil e dos movimentos sociais é ressaltada visando a garantir que os programas de saúde mental não sofram descontinuidade por ocasião de mudanças de gestão administrativa e/ou política. Para tanto, devem ser criadas estratégias para a viabilização de maior envolvimento dos diferentes atores sociais com as questões da saúde mental. Entre estas, destacamos o papel das associações de usuários, técnicos e familiares e dos núcleos estaduais e/ou municipais do movimento da luta antimanicomial, na gestão dos serviços e na fiscalização das práticas de saúde mental (BRASIL, 2002a, p. 142).

3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia

A desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial são dois dos pressupostos teórico-epistemológicos orientadores das práticas assistenciais indicadas na e pela Reforma Psiquiátrica. Tendo isso em conta, perguntamos aos participantes da pesquisa se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas para a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referiram que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras.

As falas relacionadas na seqüência explicitam a percepção dos entrevistados sobre a questão e indicam algumas possibilidades que, segundo eles, poderiam favorecer o desenvolvimento de ações de reabilitação psicossocial.

Em parte sim, em parte; eu acho que como a gente não tem um sistema de avaliação a gente não consegue medir isso muito bem; a nossa intenção é essa, o que não quer dizer que as nossas ações consigam de fato alcançar; acho que a gente poderia fazer mais, a gente poderia ter uma articulação mais intensa e mais constante com outras instituições, com outros sistemas de atenção, além claro da própria rede de saúde, que não existe; em Florianópolis a gente não tem rede, até está se formando, dá pra dizer que está se formando, mas não funciona como rede ainda, efetivamente não funciona; a gente tem pouco contato com a atenção básica, com o PSF, que seria um parceiro importante, a gente tem pouco contato com os outros CAPS também em termos de troca, enfim, com outras instituições de saúde, então, acho que a gente ainda continua isolado, e aí pensar em reabilitação psicossocial com essas condições é um pouco mais complicado; a gente vê alguns efeitos, que a gente mede pelo usuário em si, que é o fato de que ele consegue evitar internação, que ele consegue muitas vezes voltar a trabalhar, sua participação nas oficinas passa a ser bastante diferente, enfim, mas são coisas que a gente não tem um instrumento pra avaliar (F, 12/4/2006).

Eu penso que sim, apesar de que hoje o programa de saúde mental não conta com uma rede completa de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, então, assim, a gente tem essa dificuldade; se existisse isso de forma mais estruturada, de forma mais incrementada seria mais fácil a reinserção social; por exemplo, a gente não tem leitos psiquiátricos no HU, um hospital geral, que já tem um ambulatório de psiquiatria, poderia ter um serviço de emergência, facilitaria, evitaria internações, um mercado protegido, um projeto de geração de renda também não temos, não temos os CAPS territorializados ainda, então, tem uma série de dificuldades colocadas aí que impedem essa reinserção social num tempo menor do que acontece hoje; acho que hoje o tempo que o usuário fica dentro do CAPS ainda é muito grande por conta de a gente não ter essa rede completa, que possa dar esse suporte extra CAPS. [...] eu não sei se isso acabaria institucionalizando, de certa forma sim, mas assim, isso está na pauta, e se isso está na pauta não está institucionalizando, você entende o que eu quero dizer? isso está sendo falado pro próprio usuário, isso está sendo dito pra ele, olha tu já está aqui muito tempo, o nosso objetivo pra ti, nosso projeto terapêutico pra ti seria de tu poder estar fazendo isso, isso e isso lá fora, então assim, não diria institucionalizado porque talvez institucionalizado seria quando a gente não se desse conta disso, ah não isso está rolando, o usuário está aqui há anos, ninguém está fazendo nada, continua na mesma, aí sim estaria cronificando, mas acho que não nesse sentido, de que isso está na perspectiva, a gente está querendo a inserção, a gente está querendo a rede extra hospitalar, a territorialização dos CAPS, só que a gente não tem uma série de elementos necessários pra fazer a reinserção, a política, o programa de saúde mental, aliás ele está sendo implantado, incrementado muito mais agora recentemente (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que sim, mas muito pouco ainda; elas se encaminham, elas têm como ideal, elas desejam, mas na prática isso é muito pouco feito; eu vejo que nesse CAPS a equipe acaba estando muito fragmentada porque faz milhões de coisas também, desde a parte administrativa, parte clínica, oficina, se divide; eu acho que deveria ter a equipe como um todo trabalhar nisso, mas ter também grupos de atuação, como a gente

chama de atuação local, então, ainda para o que necessita está muito pouco assim, muito aquém [...] A primeira proposta começaria via Regionais, nas Regionais; por exemplo, as pessoas iriam para os seus bairros, ver qual é a possibilidade, as possibilidades que existem pro usuário se inserir, mas não só a Regional, poderia ter um grupo mesmo, sair com o usuário, fazer a coisa mais concreta, ela é feita, mas é feito muito pontualmente (LÉLI, 4/4/2006).

Em geral sim, mas tem alguns pacientes que, por exemplo, circulam no CAPS e que não tem nenhuma indicação de estar no CAPS, então ele acaba sendo um lugar de institucionalização ou de capsização. Tem isso; isso acaba acontecendo, mas em geral não é isso; em geral eu acho que todas as nossas ações, o que a gente discute em equipe é até a tentativa de diminuir essa dependência, esse vínculo de dependência, que em algum momento ela pode ser muito importante, mas em outros ela é excessiva e acaba aprisionando o paciente dentro do CAPS, e aí o CAPS passa a ter o mesmo papel e a mesma função do hospital; e como isso é o que eles conhecem, esse repertório é o que se conhece, é mais fácil de se acostumar com ele do que ter uma nova postura, uma postura de que, não, aqui eu vou tomar conta do meu tratamento, eu vou lá fora procurar o que é meu...; não, (o usuário) acaba esperando, ah o que você falar está bom, e aí essa atitude bem passiva, que ela é muitas vezes muito cômoda pra todos nós em muitos momentos, pra uns mais que outros, essa atitude de comodismo, de esperar, é ótimo, e aí isso acontece, acaba acontecendo, embora as práticas, elas tem a idéia de que não seja voltada pra isso; não é o objetivo, mas a gente observa que as vezes é falho (J, 22/3/2006).

Essa pergunta é muito difícil [...]; eu acho que não mudou muito meu olhar, a gente tende a sustentar a institucionalização, a gente não consegue dar alta, o paciente não consegue ter alta, não consegue sair; assim, digo um paciente que realmente talvez esteja até mais comprometido com esse tempo aqui, tem paciente que está aqui desde o início; eu acho que a gente acaba reforçando um pouco isso por mais que a gente tem o desejo de que fosse o contrário; existe uma certa comodidade pro paciente também, aqui ele tem atenção, ele é aceito, não tem assim uma grande briga por ele ficar aqui; então, isso me preocupa muito, eu fico pensando: é uma contradição porque ao mesmo tempo que o nosso trabalho é voltado pra isso parece que a nossa ação acaba revertendo o contrário; a questão da cidadania, a questão da construção de outros laços, criação de outros espaços, eu acho que é muito precária ainda [...]; por isso que eu acho que a gente precisa também de ter formas de avaliação dos pacientes, muitas vezes fica assim um exemplo ou outro que você tem, aquela pessoa foi, está lá trabalhando, talvez ela não tenha também construído um elo tão pesado, tão forte com a instituição, que ela já veio, ficou um tempo, saiu, voltou a fazer outras coisas da vida; eu acho que a gente ainda está institucionalizando mais do que desinstitucionalizando [...] (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p. 14) observam que um dos caminhos mais importantes para o qual aponta a desinstitucionalização é o da criação de novas relações com a loucura. Estas se processam a partir da mudança das relações institucionais internas e de

desmontagem dos dispositivos da clínica e da psiquiatria, mas certamente não se restringe a isto. Novas subjetividades e um novo lugar para o sujeito louco só são produzidos em relação com o social. O trabalho de desconstrução da institucionalização, necessariamente, extravasa o contexto institucional específico, atingindo seu objetivo mais amplo de questionamento das instituições e subjetividades capitalísticas, a desconstrução como transformação cultural. Para os autores, através do trabalho no campo social a desinstitucionalização atinge seu sentido mais abrangente, como processo social amplo e complexo de participação popular, territorialização dos serviços, envolvimento de diferentes atores sociais, e mudança da relação social com o fenômeno da loucura.

Sobre este aspecto cabe destacar que a desconstrução do paradigma da institucionalização e a construção do paradigma da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial envolve um conjunto de ações teórico-epistemológicas e de práticas assistenciais, amparadas por um sistema jurídico-político capaz de criar e garantir direitos aos portadores de transtorno mental. De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (1987), a reabilitação psicossocial é o conjunto de atividade capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários (OMS 1987 apud PITTA, 2001).

Nesta direção, a formulação da política de saúde mental, orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais nos campos da educação, cultura, habitação, assistência social, esporte, trabalho, lazer e a articulação de parcerias com universidades, Ministério Público, organizações não governamentais (ONGs), visando a melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania do portador de transtorno mental (BRASIL, 2002a).

Com o objetivo de saber se existem e identificar quais são as práticas de reabilitação psicossocial desenvolvidas no e pelo CAPS Ponta do Coral, perguntamos aos participantes da pesquisa se existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer. Do total de profissionais que responderam ao formulário, a maioria (66,7%), disse não existir, dois referiram não saber responder, e dois destacaram que existem. Dentre os que responderam que não existem tais práticas, um observou não ter conhecimento, oficialmente, das parcerias, um deles destacou que existem poucas e de acordo com o planejamento terapêutico do usuário, e um outro disse que tem em momentos específicos, mas não de forma contínua. Entre os que

responderam que sim, um referiu-se a experiências muito pontuais como por exemplo o uso da quadra de esportes próxima, e outro identificou parcerias com fundações municipais e estaduais de cultura.

Neste aspecto, os indicativos aprovados na e pela III CNSM ressaltam a necessidade de se priorizar, no âmbito da assistência em saúde mental, políticas que fomentem a autonomia dos portadores de transtornos mentais, incentivando o exercício da cidadania plena. Devem-se buscar parcerias entre o poder público e organizações civis para o desenvolvimento de projetos sociais e comunitários, de geração de renda e de acesso a todos os direitos, que possam funcionar como apoio na (re)inserção social destas pessoas.

No estudo realizado, perguntamos aos profissionais se as práticas assistenciais desenvolvidas no e pelo CAPS possibilitam ao usuário a construção de sua autonomia. Os entrevistados destacaram a necessidade de refletir conceitualmente sobre o que seja a autonomia do portador de transtorno mental, como avaliar a autonomia da pessoa. Referiram que, em geral, o serviço consegue cumprir com a função de estimular o usuário à conquista de sua autonomia.

A questão é discutir o que é autonomia, eu sempre parto do princípio de que autonomia não é independência, autonomia na verdade é a possibilidade de a gente poder ampliar as dependências, que é a vida de todo mundo, ou seja, eu pra viver eu dependo de um monte de gente, um que paga meu salário, outro que falo aqui, outro com quem eu me ligo afetivamente, enfim, eu dependo de uma porção de gente e isso me dá autonomia porque eu posso depender de muitas pessoas e de muitas instituições, muitos sistemas; o problema do usuário de serviço de saúde mental, paciente psiquiátrico é que ele, geralmente, depende ou das mesmas pessoas ou das mesmas instituições, ou seja, a capacidade de autonomia dele está muito reduzida porque ele não tem como circular socialmente, ele ou está sempre dentro de casa ou de casa pra uma instituição, seja ela o CAPS ou hospital psiquiátrico; então, pra mim autonomia é isso, é essa possibilidade de você ir ampliando os vínculos pra que você possa depender de muitas pessoas ou de muitas coisas ou de muitas instituições porque afinal de contas, em última instância, essa autonomia tomada como independência ela é imaginária, ela é irreal, não existe; então, eu acho que a gente consegue isso, a gente consegue ampliar a autonomia dessa maneira, primeiro porque o CAPS acaba se tornando um centro de convivência, então, o efeito imediato é que a pessoa deixa de ficar sozinha ou só com a família e passa a conviver com outras pessoas, esse é o efeito imediato, passa a ter outras relações que muitas vezes se desdobram, saem daqui, as pessoas fazem programas juntos fora, pinta relacionamentos amorosos ou só relação sexual, que seja, mas enfim, é uma oportunidade nova que o cara não tinha, encontrar alguém mesmo que seja só pra transar, então, isso já é um ganho também, já implica na ampliação de autonomia; eu vejo que muita gente aprende a lidar com o serviço público, aprende a correr atrás dos seus direitos, aprende a lidar com outros serviços de saúde, passa a

procurar o posto de saúde onde mora ou passa a ir pegar medicação em tal lugar sozinho, por conta própria etc.; eu acho que a gente consegue essa função, a gente consegue autonomia nesse sentido, mas pode ser melhor, na medida que a gente tiver uma rede, que a gente se inserir nessa articulação com outras instituições, com outras instâncias, a gente consegue fazer isso de maneira mais eficaz (F, 12/4/2006).

Em alguns casos sim, eu acredito que alguns casos quando não há uma limitação interna eu acho que sim, que é possível, através até da participação nas oficinas, nos grupos terapêuticos, da adesão ao tratamento médico; muitos conseguem realmente; passaram por um episódio, uma crise, conseguiram ficar bem e voltar para as suas atividades diárias, eu acho que quando eles aderem ao tratamento, quando há essa adesão, quando eu digo ao tratamento é ao projeto terapêutico deles, e não tem uma limitação, vou colocar entre aspas “uma seqüela” da própria doença muito forte, há essa possibilidade; em alguns outros casos eu acho que é difícil, assim, não é tão fácil medir isso, o que, quem melhora, quem não melhora, aquele que consegue voltar, aquele que não consegue, as vezes alguém que tem até uma doença mais incapacitante consegue, outros não, depende, depende do apoio que ele tem, do externo, da família, ou da própria sociedade, da comunidade em que ele é inserido, isso tudo faz diferença, que tem o background do que ele era antes, isso também faz a diferença, ele consegue resgatar; quando já não se tem muito o que resgatar aí fica mais difícil trabalhar; é individualizada essa resposta, mas eu acredito que em alguns casos sim, consegue essa (re)inserção de uma maneira muito boa e gratificante para os dois, pro usuário e para os profissionais (J, 22/3/2006).

[...] dependendo de como o serviço é gerido, dependo de dentro de que política de saúde mental esse CAPS está inserido, ele pode ao invés de estabelecer uma autonomia, mesmo que ele tenha uma boa vontade de estabelecer autonomia, ele acaba tornando a pessoa mais dependente ainda do serviço; então, é uma grande armadilha a construção da autonomia, não só especificamente pro CAPS Ponta do Coral, mas pra todos os CAPS que eu tenho visto; então, a gente volta novamente na questão da avaliação, novamente na discussão dos termos, eu acho que a questão dos conceitos ela tem que estar muito clara, o que significa cada conceito, eu sempre tenho batido muito nisso; o que é autonomia? É a pessoa ter minimamente condição de governar a sua própria vida, gerir sua própria vida, Ok! a gente estimula a pessoa a fazer isso, trabalha nesse sentido com a questão da autonomia, agora, quais são os parâmetros que nós vamos utilizar pra avaliar essa autonomia, isso a gente não tem muito claro ainda, acho que necessita; então, o CAPS possibilita autonomia, mas ao mesmo tempo não tem uma análise crítica [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Não obstante, cabe-nos destacar que a compreensão sobre autonomia que orienta este trabalho refere-se “a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente”. Neste caso, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas

relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001, p. 57).

As falas relacionadas a seguir destacam como o atendimento no CAPS Ponta do Coral possibilita a construção da autonomia do usuário.

Eu acho que em formas gerais sim, na relação que os técnicos tem com o paciente; agora, as vezes, a gente tem uma postura muito assistencialista em muitas situações, um assistencialismo que acaba prendendo o paciente, institucionalizando; são situações, eu acho que as vezes a gente repensa sobre elas, não foi bem por aí, mas, assim, eu vejo as pessoas contando a história do CAPS, teve muitas experiências que foram positivas também, que chegaram a um resultado, assim, sem muito recurso, sem muito com que contar fora da própria equipe, fizeram coisas que são surpreendentes em relação a tantos pacientes; eu acho que essa maneira de você poder dar voz, poder valorizar aquilo que a pessoa faz, consegue fazer em uma Oficina por exemplo, eu acho que essa é uma maneira de você conferir uma posição mais sujeita, mais ativa mesmo (P, 17/3/2006).

Sim, eu acho que sim, só que eu acho que a gente possibilita em alguns casos, não tem uma história linear de possibilitar a todos, eu acho que tem um projeto de possibilitar, mas isso não acontece o tempo todo, porque também isso não é uma via de mão única; hoje, eu já fui mais ingênua em relação a isso, muitas vezes uma pessoa que ficou trinta anos, vinte anos no hospital psiquiátrico, eu não sei mais se ele quer ter mais autonomia, muitas vezes ele quer, não quer; se a gente entender autonomia como trabalhar, seja em qualquer lugar, com uma bolsa trabalho, entender autonomia como decidir ir final de semana para uma praia, autonomia como ir ao supermercado, escolher o que vai comer, até certo ponto sim; por exemplo, se tenta até que muitos usuários saiam no final de semana, a gente na reunião das Regionais combina que eles possam ir, no final de semana, para um passeio, e eles não vão, eles ficam em casa, só vão se o técnico for, no dia de semana; então, acaba ficando um outro processo de não autonomia; então, a luta, a intenção é que isso se dê de outra forma, que também não fique dependendo do CAPS; existe uma construção pra isso e isso acontece, em certa medida acontece, mas ainda não como gostaríamos, porque nós também temos uma idealização de autonomia [...] alguns casos tem sim, vão até um certo ponto da autonomia que é possível pra pessoa, e outros vão mais além, outros regridem (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre as possibilidades de construção da autonomia do portador de transtorno mental, Kinoshita (2001, pp. 56-57) considera que a contratualidade do usuário, primeiramente vai estar determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Estes podem emprestar seu poder contratual para possibilitar relações e

experiências renovadas ao usuário, através de seu prestígio, de sua delegação social, do saber reconhecido pela sociedade. O referido autor destaca que aos profissionais é dada a capacidade de elaborar projetos, isto é, ações práticas que venham a modificar as condições concretas de vida do usuário.

A entrevista citada na seqüência relaciona a construção da autonomia do usuário a ações que envolvem outros serviços e outras políticas sociais como uma possibilidade para que o portador de transtorno mental adquira sua independência econômica. No caso, a profissional refere-se a Política de Assistência Social, através do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Outro recurso financeiro que pode ser acessado pelos egressos de internações psiquiátricas prolongadas é auxílio reabilitação psicossocial instituído com o Programa de Volta Pra Casa, através da Lei Federal N° 10.708/2003.

[...] um outro elemento pra isso (autonomia) são os usuários que estão totalmente desprovidos de qualquer recurso material que conseguem o BPC e isso garante autonomia porque ele tem o mínimo pra poder dar conta das suas necessidades materiais; então, muitas vezes, ele está numa condição muito vulnerável e aí passa a poder comprar aquilo que ele deseja, minimamente, porque é muito pouco o valor, mas consegue algumas coisas e isso garante essa autonomia, porque as vezes ele fica na família, fica sendo aquele peso que só incomoda, que não tem recurso financeiro nenhum porque ele está fora do mercado de trabalho mesmo, então, aí o benefício da previdência social também é um elemento de autonomia e de reconstrução da cidadania, mas entre todos esses outro que eu falei, do próprio material que ele tem contato na oficina terapêutica que ele consegue produzir algo; aquele usuário que é egresso do hospital psiquiátrico de polireincidência nas internações que consegue produzir uma peça bonita e que essa peça é vendida e que depois recebe o dinheiro dessa venda, também confere autonomia, confere cidadania, auto-estima (VIK, 24/3/2006).

Entendemos que a possibilidade de ter recurso financeiro próprio favorece sim a independência econômica do portador de transtorno mental, possibilitando-lhe uma vida com maior autonomia. Contudo, conforme destacou a entrevistada este é só um dos elementos que compõem o rol das necessidades humanas. A reabilitação psicossocial é um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia (KINOSHITA, 2001). Neste sentido, reabilitação e construção da autonomia caminham lado a lado.

3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental

A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos entrevistados como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista jurídico-política dos direitos do portador de transtorno mental.

Eu acho que hoje a gente já tem uma rede assistencial muito mais capacitada e quantitativamente significativa; no Brasil já são 800 CAPS; o fato de que tem recurso financeiro do Ministério da Saúde destinado, especificamente, à saúde mental, isso facilita a criação do serviço no município; em termos das modificações em relação ao que seja a loucura, o que seja o transtorno psíquico, acho que apesar das dificuldades a gente já conseguiu avançar com relação a isso, a gente já conseguiu trazer a discussão pra sociedade de uma outra maneira, levantando a necessidade de olhar isso também de uma outra forma; a medida que as pessoas começam a sair dos hospitais e voltam a morar seja em residências terapêuticas, seja com a sua família, e conseguem se manter bem dessa maneira isso também vai mudando o olhar das pessoas, pelo menos daquelas que o cercam; os projetos que a gente chama de modificação da cultura, a modificação da cultura manicomial, isso eu percebo que há um avanço, gradual, lento, tem um monte de resistência, mas a gente consegue, conseguiu, tem conseguido, e isso implica também no avanço político, no sentido da garantia do direito, no sentido de ter algumas prerrogativas preservadas com relação ao direito do usuário; então, eu vejo que de uma maneira geral a gente tem avanços e avanços muito significativos se a gente compara o que era transtorno mental há vinte, trinta anos, nesse país, tem coisas muito importantes que eu identifico (F, 12/4/2006).

Acho que a própria existência de CAPS, os hospitais dia, de ambulatórios de saúde mental, próximos as casas de onde o paciente mora, o Programa de Volta pra Casa, a possibilidade de uma residência terapêutica, são todas medidas atuais e dispositivos atuais que possibilitam essa nova forma de encarar o que alguém portador de transtorno mental pode ocupar, o que eles podem ocupar; então, eles podem ocupar os espaços, eles podem começar a fazer parte daquela comunidade (J, 22/3/2006).

A fala a seguir expressa como foi, historicamente, se alterando a forma de assistência ao portador de transtorno mental e de atenção em saúde mental na política de saúde do município.

Eu acho que a questão de criar um espaço que é aberto já é uma conquista; eu acho que hoje a gente tem essas possibilidades de CAPS, no posto de saúde mesmo; [...] quando eu comecei a trabalhar na prefeitura, há 20 anos atrás, assim, era uma equipe de um psiquiatra com mais um monte de estagiários de psicologia que saía em uma Kombi velha pra fazer alguma coisa, quando pintava um problema lá com um paciente do Campeche por exemplo [...]; não tinha nada na prefeitura há 20 anos atrás de saúde mental, então, hoje já tem, está se criando uma rede, tem profissionais nos postos, tem psicólogos, se pensa em fazer treinamento de agente de saúde, treinamento de clínico geral, já se fez algumas coisas; eu acho que isso, imagino que alguém que fica confinado dentro de um espaço, ele ter a possibilidade de circular, mesmo o pessoal do HCTP, eu acho que pra eles, assim, tem uns que não querem muito mais que isso na vida, pelo menos eles não estão tendo que trabalhar duramente como trabalhavam quando eram crianças, vem aqui, circulam, comem uma comida, anda aqui, vê televisão, bom! talvez essa seja a vida que eles querem, talvez seja...., já sai lá daquela estrutura fechada (P, 17/3/2006).

Na seqüência, a entrevistada relaciona algumas formas de exercício da cidadania que o usuário pode acessar com o tratamento no CAPS.

É, se for pensar que muitos usuários eles tiveram uma história, antes do surto, de uma vida organizada socialmente, trabalhando, talvez seria a reconstrução da cidadania, mas a medida que vem todo o isolamento propiciado pelo hospital psiquiátrico, todo o estigma do transtorno mental que a própria comunidade coloca, realmente de fato foi perdida; quando ele chega no CAPS e se propõe a se beneficiar desse espaço, assim, de fato se vincula ao projeto terapêutico dele, acho que ele consegue reconstruir elementos pra essa cidadania, num primeiro momento autonomia, acho que o cartão do vale transporte, o exemplo que eu posso dar, o cartão do vale transporte que é oferecido no período que ele tem tratamento aqui é o mesmo cartão do cidadão que vai comprar lá no SETUF, então, aquele usuário que é estigmatizado, eu já presenciei essa cena, um usuário de uma comunidade de periferia que era o louco do bairro, ele entrou dentro do ônibus com o mesmo cartão que qualquer outra pessoa, passou o seu cartão, veio pro CAPS, depois foi embora pra sua casa, então, isso já é um elemento, muito pequeno, mas é um primeiro elemento talvez, que começa aí, de ele se reconhecer enquanto sujeito, enquanto cidadão, e depois aqui também, a possibilidade de participação, no momento que ele consegue produzir algo numa Oficina, no momento quando ele consegue, na clínica, se dar conta dos seus conflitos e ter mais qualidade de vida nas relações [...] (VIK, 24/3/2006).

Uma das entrevistadas fez destaque às formas de atuação que, na sua opinião, representam conquistas significativas e correspondem a práticas que favorecem o exercício da cidadania do portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Avanços, pra começar, acho que o grande avanço foi a Reforma Psiquiátrica, a construção do CAPS, dos CAPS, as portarias que fazem com que os hospitais psiquiátricos sejam substituídos por vários CAPS, esse foi o grande avanço em primeiro lugar, porque é o momento de tirada das pessoas desses castelos, dessas muralhas, não só porque ficaram ali presas, mas de todo aquele sofrimento mesmo, de miséria, enfim, como os últimos dos últimos, então, eu acho que esse é o primeiro ponto, é que os sofrendores de transtorno psíquicos e mentais não ficassem segregados, mas poder estarem sendo mostrados e expostos - uma parte da sociedade, são pessoas que podem transitar, que estão aí, não necessariamente precisam ser escondidos como uma vergonha; junto aos CAPS, isso não caminha sozinho, tem a construção as redes de atenção básica também; [...] mas quando fala em cidadania acho que tem três eixos: um é a construção do CAPS, de serviços como o CAPS, outro são as residências terapêuticas e o outro a economia solidária; hoje eu vejo como isso, assim, esses três projetos, que foram feitos com luta, porque a primeira luta foi dos hospitais, então, tem as portarias que substituiu os hospitais por CAPS, progressivamente, tem toda a luta do movimento antimanicomial, tem as leis que protegem, tem esses três eixos; residência terapêutica é um lugar de resgate à cidadania porque a pessoa vai poder estar numa casa, vai poder comprar um bombril pra limpar a panela, vai poder comprar tomate e batata, vai começar a transitar no meio de outras pessoas, com a vizinhança, a se autogerir, poder fazer escolhas para sua casa, onde ele quer botar um quadro, onde ele quer botar o guarda-roupa, sua roupa, com outros colegas, mas enfim...; tem também a economia solidária que é o momento de autogestão, de fazer escolhas também, de decidir sobre sua vida, em uma certa instância, porque em última instância, em última análise ninguém daqui decide sobre a sua vida, nem eu, nem tu, a gente já nasce num sistema que te absorve e a gente é o que em última análise o capitalismo quer que a gente seja mesmo, nossa roupinha, nossa comida, nosso padrão de beleza, tudo a gente faz como é vendido; eu acho que essas iniciativas, porque a economia solidária não é só cooperativa, não é só associação, não é somente, é uma outra forma de produzir trabalho e discutir sobre esse lucro, que antes estava na mão de algumas pessoas, então, é dividir, eu também decido sobre o que é o meu trabalho, eu não me alieno dele, mas eu sei onde é que vai o meu trabalho (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Fleury (2004, p. 4), os grupos excluídos estão, em geral, impossibilitados de participar das relações econômicas predominantes no mercado, como produtores e/ou consumidores, e das relações políticas vigentes, os direitos de cidadania. Segundo a autora, esta situação é agravada pela transformação das políticas públicas de proteção social, afastando-se de um modelo de seguridade social, que buscava assegurar coletivamente o mínimo vital para todos os cidadãos, em direção à individualização da pobreza e da exclusão.

Conforme aponta Pitta (2001), o homem moderno, acriticamente, persegue formas de inclusão social pelo trabalho, desconsiderando o fato do trabalho não ser nem

tão disponível nem tão flexível para suportar as diferentes demandas individuais e coletivas que a sociedade moderna impõe. Não obstante, a tradição asilar e assistencialista das instituições psiquiátricas, historicamente, caracterizou-se pela função de excluir os marginalizados, produtos das disfunções do modo de produção capitalista e da divisão social do trabalho. Em geral, a população internada, e muitos dos egressos de hospitais psiquiátricos atendidos nos CAPS, está cronificada, com poucas chances de retorno ao mundo do trabalho capitalista.

A fala relacionada a seguir traz a compressão e reflexão, do profissional entrevistado, com relação ao conceito de cidadania e as implicações práticas deste quando se tem como parâmetro uma concepção e um modelo de cidadania pautado na lógica da racionalidade.

Eu tenho visto que está se percebendo uma maior clareza da necessidade dessa cidadania do portador de transtorno mental, porém ainda falta um pouco mais de discussão em nome de que direitos o portador de transtorno mental tem pra fazer cidadania, porque é assim, a cidadania dentro desse modelo francês - igualdade, fraternidade, liberdade, ela exige muito a questão da razão, pra você exercer cidadania você tem que falar em nome da razão, e muitas vezes o usuário, quando está em crise acaba não falando numa razão, acaba falando uma desrazão, e aí como fazer? como dar conta disso? ainda não temos resposta, em nome de que cidadania é reinventada uma cidadania para os loucos, mas tudo bem, isso é pra gente pensar; então, o avanço que tem em relação a construção da cidadania é quanto mais ter associação de usuários em que se discuta cidadania, mais vai ter cidadania, que eu não acredito que os CAPS tenham trabalhado muito nessa lógica, porque acaba não discutindo a questão da cidadania, que cidadania é essa, o que se entende por cidadania, o que é o ser cidadão [...](GIRASSOL, 20/3/2006).

A cidadania integra as exigências de justiça e exercício democrático do poder; o sentimento de pertencer a uma comunidade e de estar integrado a uma dada coletividade social, em determinado espaço territorial (FLEURY, 2004). A idéia de direitos do cidadão – civis, políticos e sociais – remete a construção dos Estados nações, em que o princípio das nacionalidades precede o ideal filosófico cidadania universal. A cidadania, definida pelos princípios da democracia, constitui-se na criação de espaços sociais de luta (movimentos sociais) e na criação de instituições permanentes para a expressão política; significa, necessariamente, conquista e consolidação social e política (VIEIRA, 2002, p. 40). Ainda, a cidadania passiva, outorgada pelo Estado, se diferencia da cidadania ativa, na qual o cidadão, portador de direitos e deveres, é essencialmente criador de direitos para abrir novos espaços de participação política.

Diversos são os obstáculos para o exercício da cidadania do portador de transtorno mental entre estes a vinculação dos direitos a racionalidade instrumental-cognitiva da ciência; a vinculação da sua prática a inclusão controlada no mundo do trabalho, modelo este que, no caso brasileiro, é denominado por Santos (1979) de cidadania regulada. Vasconcelos (2000b, p. 191) indica que, para aqueles que assumiram a proposta da desinstitucionalização e reinvenção da cidadania no campo da saúde mental, há de considerar que estamos diante de um terreno de relações de forças complexo e paradoxal, em que a manutenção do caráter democrático nas relações exige abandonar esquemas conceituais lineares, onipotentes, que queiram garantir de antemão a sua eficácia.

Fleury (2004, p. 12), observa que “a mediação entre os indivíduos e o Estado, através da igualização realizada na cidadania só é efetiva, na medida em que a sociedade civil seja capaz de realizar as funções de agregação dos interesses, reconhecimento dos sujeitos e sua inserção na esfera pública. Só assim a cidadania deixa de ser um invólucro legal e passa a ser um exercício na vida social”. Portanto, uma visão mais ativa de cidadania requer um sentido de sociedade civil como uma esfera pública onde os cidadãos se encontram em reconhecimento mútuo, e isto faz possível a sociedade plural.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referiram que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental substitutivos ao modelo tradicional/asilar. As falas a seguir identificam estas dificuldades fazendo uma análise da questão na realidade da sociedade capitalista atual.

Tem o mito de louco, do louco perigoso, do louco imprevisível, é algo que pesa muito [...], que é a lógica do mercado; pra nós, basicamente, estar inserido na sociedade é estar trabalhando, a gente se pauta muito por isso, pra poder se considerar inserido, vinculado no mundo você tem que estar no mercado de trabalho e, muitas vezes, essa lógica enlouqueceu muita gente, e as pessoas não conseguem, principalmente os usuários dos serviços de saúde mental, os psicóticos em particular, tem muita dificuldade em entrar nessa lógica, e se submeter a ela, coisa que pra qualquer um tem um custo muito alto em termos de saúde, eu digo quem está inserido mesmo no mercado de trabalho, em termos de saúde, de relação com a sua família, com as pessoas que gosta, com os amigos etc., isso tem...; viver para o trabalho é algo que pra nós é insalubre de uma certa maneira, a gente não faz outra coisa a não ser trabalhar; então, pra essas pessoas que estão fora do mercado de trabalho

é muito complicado poder voltar, o que sobra é uma rede de assistência que na nossa realidade é sempre capenga, sempre parcial, tem dificuldade em aceitar o louco por conta desses mitos, e, também, da própria resistência do usuário, da pessoa com esse tipo de dificuldade de entrar nessa lógica, no que ele de uma certa maneira faz muito bem, algo que cria outros problemas pra ele (F, 12/4/2006).

São tantas, é assim, primeiro lugar, eu vejo assim, com todo o preconceito que tem da loucura, tem uma coisa no nosso sistema capitalista que é a questão da produção, produção de capital, produção de bens, e inserção no comércio, no mercado de trabalho, então, o portador de transtorno, sofrimento mental, ele a princípio, quando ele está nesse estado, ele não é produtivo, produtivo pra esse sistema capitalista, ele não trabalha, ele não consome muito, porque ele não vai ter dinheiro, portanto, isso de maneira geral, a gente sabe que as pessoas de posse, que a loucura, o sofrimento psíquico ele atravessa qualquer classe, mas 90% tem isso; então, a princípio existe a exclusão, já existe esse preconceito também, mas muito mais que isso, que a sociedade de fato ela é dividida entre os que produzem, os que fazem a engrenagem funcionar e os que estão a margem, então, o usuário é mais um que está a margem, assim como o menino de rua, os rapazes do morro, então, ele é mais um, também, que causa incomodo, e ele no Estado, das políticas públicas do Estado ele seria como só o gasto, não seria mais uma produção; além de ser uma sociedade racionalista que tem toda a sua formação no discurso, no discurso reto, no discurso racional, na fala, a fala racional, na linguagem articulada como o único meio privilegiado de comunicação, e o usuário, muitas vezes, não tem esse instrumento, por conta da sua fragmentação, da sua história, da sua medicação, da própria coisa do delírio, muitas vezes ele não tem o tempo todo essa fala coerente, esse discurso, dessa forma já faz com que ele não seja inserido, uma vez que ele é a minoria digamos assim (LÉLI, 4/4/2006).

Hoje, a gente fala muito em rede de atenção psicossocial; eu percebo que é uma rede que ela tem que estar instituída, que são locais de proteção para o portador de transtorno mental, são as certezas, são os caminhos certos que os usuários teriam, a rede; o problema a começar é que nós não temos essa rede instituída, entendo por rede: emergência psiquiátrica ou emergência em atenção psicossocial em hospital geral, CAPS III, CAPS II, CAPS criança e adolescente, CAPS álcool e droga, associação de usuários, escritório jurídico para amparar o direito do portador de transtorno mental, atenção primária em saúde mental, equipes volantes, centros de convivência, enfim, tudo o que preconiza a rede em atenção psicossocial, esse seria o primeiro passo; então, essa dificuldade, não temos a rede em atenção psicossocial, esse é um passo; segundo, o próprio imaginário social das pessoas em relação a loucura e ao louco, isso é uma outra dificuldade, que daí entra em cena o estigma e o preconceito, onde o portador de transtorno mental passa a não ter crédito na comunidade, e isso ainda é uma dificuldade; e, claro, depois tem toda a questão do trabalho, as cooperativas de trabalho, que ainda não se discute muito em Santa Catarina, não conheço nenhuma cooperativa social de trabalho para portadores de transtorno mental, que é uma forma de gerar trabalho diferente dessa preconizada pelo modo de produção capitalista, que você tem que produzir pra receber, isso é uma outra dificuldade, a dificuldade em cima da questão do trabalho, do emprego, que muitos acabam tendo seu reconhecimento, sua valorização em cima

do dinheiro que tem no bolso, o poder contratual que a pessoa possa ter, as vezes, na sociedade, é o quanto ela tem no bolso, e a maioria dos usuários não possui isso, e é aonde muitos acabam querendo se aposentar para poder ter o seu dinheiro, que não tem outra alternativa ou clareza do que fazer pra ter dinheiro, então, esse é um problema enorme na questão da reinserção social (GIRASSOL, 20/3/2006).

Os participantes da pesquisa apontaram que uma das possibilidades para a (re)inserção familiar e social pode ser a separação das oficinas produtivas da área física do CAPS. Esta proposta e os projetos de geração de renda via economia solidária foram apontadas por alguns dos entrevistados como uma das alternativas para a realização de uma maior integração do serviço com a comunidade, bem como a melhor adequação do próprio espaço físico do CAPS.

[...] a questão do projeto de geração de renda, que eu acho que de fato está faltando, inclusive a gente já está também se mobilizando pra tentar criar um projeto nesse sentido, porque os usuários aqui, nas oficinas terapêuticas produtivas, eles conseguem ter acesso ao material específico de cada oficina produtiva, também, a técnica de produzir o artesanato, mas não tem mercado; eles conseguem vender as peças, conseguem resgatar uma grana, mas não é suficiente pra poder manter ele, manter as condições de sobrevivência; então, precisa implantar essa geração de renda, de fato acho que vai dar um gás pra essa (re)inserção dos usuários que estão sendo tratados do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Já para uma das profissionais entrevistada as dificuldades na (re)inserção social estão mais relacionadas a questões de singularidades dos portadores de transtorno mental.

Eu acredito que volta de novo pro estigma, vai voltar pra própria incapacidade, pra própria dificuldade do usuário, do paciente; muitas vezes eles poderiam fazer algo muito mais do que fazem, e aí tem o medo, o medo deles, o medo de eles terem de enfrentar a própria doença, de eles terem que enfrentar os outros, e a hora que eles conseguem fazer esse movimento aí vem o medo do outro, aí é mais fácil ficar parado, aí volta pro comodismo, mas de alguma forma se a gente consegue..., aí não precisa de grandes movimentos, eu imagino que pequenos movimentos dentro da comunidade, que seja, alguém ir conversar com o diretor da escola, ir conversar, aí a diretora consegue conversar na sala, vamos supor que tem alguns pacientes, mais jovens, que pelo surto psicótico deixaram de ir e aí não retomam, não retomam porque tem medo, porque as vezes vão rir dele porque ele é louco; então, pequenas intervenções, elas tornam possível mudar um pouco essa inserção, essa reinserção, mas a gente esbarra de novo na falta de técnicos pra fazer isso e também acho que até por uma falta de equipe, aí volta pra equipe, entende, não tem uma equipe que pense isso em conjunto, que age em conjunto e aí como fica muito personalizado, individualizado os atendimentos, cada um vai pra..., eu vou pro meu consultório, outro vai pra oficina e aí não tem a equipe (J, 22/3/2006).

Outra entrevistada referiu-se ao estigma e preconceito existente por falta de conhecimento e divulgação, exposição, seja nas universidades ou por parte dos próprios serviços de atenção, sobre saúde mental.

Bom, eu acho que entre elas a questão do estigma, do preconceito, e não é um preconceito.... a gente sabe que tem riscos em algumas situações, a gente também as vezes tem medo de algum paciente, te dizem ah fulano matou três pessoas..., não é um preconceito que nasce do nada, muitas vezes é um preconceito que de alguma forma é compreensível, mas você não pode ah então ta...; eu acho que não existe muito, você não vê muito nos meios de comunicação uma campanha em torno da desestigmatização, você vê de outras coisas, com relação a aleitamento materno, outras questões da política de saúde; com relação a saúde mental eu acho que se fala pouco na sociedade, se discute pouco; por exemplo, na universidade, até não sei se lá na saúde pública o pessoal da saúde mental tem feito mais coisa, até os alunos que vem fazer residência aqui, a primeira reação deles é: a gente está aqui e tem medo, nem eles foram preparados pra isso, então, você começa a avaliar que tem uma falta..., não se fala muito no assunto, acho que assim, não se fala no assunto na sociedade; assim como se faz grupos de mulheres lá nos postos de saúde pra tratar de questões de sexualidade, muitas vezes faz sala de espera pra tarar de questões..., não se faz uma sala de espera pra falar de saúde mental; então, eu acho que talvez assim, a gente pensar, bom! nós estamos nisso (na saúde mental) e nós nunca fomos fazer uma sala de espera no posto de saúde da Agrônômica pra falar de saúde mental, pra falar do CAPS, quem sabe a gente também precisasse fazer algumas coisas assim, começar uma divulgação maior; acho que pouca gente de fora do serviço, fora das pessoas que trabalham na saúde mental sabem da política do Ministério pra saúde mental, que existe uma política de criação residências terapêuticas; eu li relatos de pessoas no Rio (RJ) que tiveram muita dificuldade de alugar pra se fazer uma residência terapêutica, num prédio então, quando ficaram sabendo que eram pessoas que vinham de hospital psiquiátrico ninguém quis; então é muito difícil, e ao mesmo tempo tem experiências positivas, tem pessoas que estão na residência e diz que a vizinhança viu que eles não são bichos, que eles podem interagir, podem estabelecer laços de vizinhança, então, tem algumas experiências boas e algumas experiências que são difíceis (P, 17/3/2006).

No contexto do estudo foi perguntado aos profissionais entrevistados se a atual organização dos serviços de saúde mental favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais. Conforme pode ser observado nas falas relacionadas, as opiniões foram divergentes. Dois deles observaram sobre a necessidade da existência de diversas instituições e serviços articulados e integrados à proposta da rede de saúde mental para que seja possível favorecer a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental

Embora a estrutura se localize no município, pelo menos eu estou pensando em termos de utilização da rede; então, a gente tem no Brasil inteiro muita diversidade, tem cidades onde a rede está montada, foi instituída e funciona legal, não é o caso de Florianópolis, a gente tem dá pra dizer poucos serviços, são só três CAPS que deveriam estar regionalizados ou territorializados, mas não estão, e tem algumas equipes de saúde mental nas Regionais, nas sedes das regionais, então, eu vejo assim, tem uma rede a ser constituída, ela precisa criar os mecanismos pra que a pessoa possa usar isso como rede, isso em termos de atenção à saúde, quando eu falo em rede eu também não estou pensando só em serviço de saúde, estou pensando que há uma possibilidade de a gente ter uma rede que inclua outros serviços, que não sejam só os de saúde, só os especializados, que eu acho que é a nossa necessidade, você incluir outras instituições, outros programas, enfim, que tenham vinculação com a cultura, com o trabalho, com a arte, produção do conhecimento, com as universidades por exemplo, as universidades são um campo excelente, seriam um campo excelente pra gente poder trocar um monte de coisas, pelos programas de extensão que eles tem, pelos projetos comunitários etc., a gente podia estar fazendo parceria com as universidades, mas não conseguimos, não sai, não rola; [...] a saúde mental eu acho que é o melhor exemplo desse distanciamento porque é difícil encontrar uma universidade onde a Reforma Psiquiátrica esteja incluída, ou mesmo os temas da reabilitação psicossocial estejam incluídos nos currículos dos cursos de saúde, é raríssimo (F, 12/4/2006).

Então, essa rede montada de forma territorializada, principalmente, eu acho que esse aspecto da territorialização é fundamental, é chave pra conseguir a reinserção social, não só por facilitar o acesso do usuário, mas pelo fato de o serviço estar ali no seu território, isso é fundamental, além disso, o projeto de geração de renda, as vagas, os leitos psiquiátricos no hospital geral, é todo esse contexto que precisa ser implantado para de fato poder facilitar o trabalho de cada instituição dessas, seja do CAPS, seja do projeto de geração de renda, ou do próprio hospital geral, como um todo, assim, essa engrenagem funcionando bem aí sim vai ser mais rápida a reinserção social do usuário portador de transtorno mental (VIK, 24/3/2006).

A partir das colocações dos participantes da pesquisa, destaca-se a importância da rede de serviços na construção da cidadania das pessoas atendidas pelas políticas de ativação, as quais, segundo Fleury (2004), tem como objetivo a inclusão social de conjuntos populacionais definidos a partir da territorialidade. Tal proposta pretende tratar o território como um componente, tanto material como simbólico, da esfera pública. Neste sentido, a construção da cidadania passa, necessariamente, pela reconstrução das cidades e potencialização da rede de serviços na valorização das características objetivas e subjetivas da demanda local.

Na seqüência, um dos entrevistados enfatiza que a forma como são pensados e estão organizados os serviços de atenção não favorece a construção da cidadania dos usuários.

Não, não favorece, porque, primeiro, os serviços de saúde mental estão sendo construídos pra quê? Não tem muito claro ainda pra quê que se tem atenção básica em saúde mental hoje, pra quê se constrói centro de convivência, pra quê tem o CAPS? acho que o objetivo do serviço parece não estar muito claro, talvez eu esteja enganado; veja bem, a atenção básica é mais no sentido pra estar discutindo os seus conflitos, minimizando os “sintomas psiquiátricos”, e aí acaba não tendo um trabalho de reflexão sobre o contexto que a pessoa está inserida; [...] a questão da cidadania tem a haver..., quanto mais articulada for a pessoa, quanto mais ela se envolver com as lutas sociais, mais cidadania ela vai exercer, quanto mais clareza, mas crítica, mais conhecimento ela vai ter, ela vai desenvolver cidadania; então, a forma hoje como os serviços estão organizados, ela acaba não favorecendo essa questão da construção da cidadania porque ainda vem de uma lógica de modelo centrado no transtorno mental (GIRASSOL, 20/3/2006).

Uma outra profissional considerou ser difícil avaliar a questão pelo fato de a rede de serviços não estar implantada por completo, e por não ter avaliações sistemáticas dos resultados.

Olha, eu não sei se a gente já tem condições de fazer uma avaliação, a rede está meio que andando [...] assim, qualquer coisa que eu vá dizer é, assim, referente uma experiência ou outra, não sei se a gente tem condições de fazer uma avaliação enquanto rede; por exemplo, eu vi muitas experiência positivas em cidades como Campinas (SP) que eles já tem há mais tempo, por exemplo, residências terapêuticas, tem desde o começo dos anos 1990, tem muitas experiências boas de pessoas que conseguem transitar na vida, tem gente que está trabalhando; [...] eu acho que a gente precisa além de ter a política, de ter a carta de intenções, a gente precisa ter avaliações também, eu acho que uma questão dessa eu sinto que precisa ter uma forma mais sistemática de avaliar, qualquer coisa é uma coisa mais ou menos um olhar particular pra aqui pra ali, acho que no todo a gente não tem (avaliação sistemática), pelo menos eu não conheço ainda, pode ser que estão fazendo e eu não saiba ainda (P, 17/3/2006).

Já para duas das entrevistadas, a atual organização da rede de serviços na política de saúde mental favorece sim a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental.

Sim, eu acredito que sim, na teoria ela é muito importante e acho que trabalhando em todas as instâncias, se a gente for pensar naqueles mapinhas, os ambulatórios, os CAPS, hospitais dia, a escola, e os centros comunitários, os postos de saúde, todos capacitados; eu acredito que sim, a rede ela é bem estruturada e ela possibilita aos portadores de doença

mental, enfim, terem uma reinserção melhor e maior na sociedade, e também de entendimento do que ele tem, do que ele pode fazer, quais são os recursos que ele tem também pra lidar, dentro dessa rede (J, 22/3/2006).

Acho que sim, favorece, se tu me perguntasse se ela resolve, eu diria que não claro, ou até que ponto ela resolve, mas favorece sim, eu acho que tem um favorecimento relacionado a forma que as pessoas eram tratadas, acho que favorece muito mais (LÉLI, 4/4/2006).

É possível perceber nas falas relacionadas acima a preocupação com a efetiva implantação da rede de serviços em saúde. As redes, conforme proposto na política de saúde mental, possuem muitos centros, muitos nós que as compõem e as tornam complexas e resistentes. Estão embasadas na noção de território, como um sistema de relações e estruturas, muito mais que um simples espaço geográfico. O fundamental neste processo é que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento.

Neste sentido, torna-se de fundamental importância refletir sobre o exercício da cidadania no contexto das políticas públicas, cada vez mais segmentadas e focalizadas. Para Fleury (2004, p. 2), “as políticas atuais de inserção buscam reafirmar a natureza contratual do elo social em novas bases, com a revalorização do local e comunitário e a transformação do Estado em um animador e mobilizador de recursos societários. Reduzido a mantenedor da estabilidade de uma ordem econômica que produz a fragmentação e a exclusão social, o Estado, busca atuar de maneira compensatória e focalizada, atendendo aos grupos mais vulneráveis e/ou potencialmente ameaçadores da ordem social, por meio da convocatória da solidariedade lançada aos diferentes setores inseridos na ordem econômica. No entanto, a incapacidade de alterar as condições estruturais de produção da exclusão mostra os limites das políticas de ativação, cuja promessa de inserção social carece de expectativas de emancipação dos sujeitos e coletividades beneficiários”.

3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica

Os CAPS compõem o rol de serviços do modelo psicossocial de atenção em saúde mental proposto na e pela Reforma Psiquiátrica. Perguntamos aos entrevistados qual seria o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica e obtivemos como

resposta que este teria a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos ideais da própria Reforma.

Eu acho que a função imediata ela é servir como um ponto de articulação, porque a gente consegue criar um ambiente que é relativamente protegido e que dá ao usuário as condições de ele poder participar de outros circuitos; fundamentalmente é essa a função, de articulação; eu lembro de uma discussão que a gente fazia, em Brasília, uma vez, sobre essa importância excessiva que os CAPS acabaram adquirindo, como quase que o central do sistema hoje é o CAPS, mas ao mesmo tempo a necessidade de se ter um espaço como esse, principalmente, pra quem está vindo de uma internação prolongada ou pra quem sempre passou a vida dentro de um hospital psiquiátrico, se tem que ter um pólo, uma instância articuladora pra poder fazer a passagem, porque o cara não vai sair do hospital e retomar sua vida imediatamente, não vai, ele tem uma série de dificuldades que ele não consegue vencer, e o CAPS, nesse sentido, a função seria essa, de poder..., tem uma expressão que eu acho interessante que é: emprestar poder de contratualidade, ou seja, poder dá um certo aval de que esse sujeito pode participar novamente ou pode participar pela primeira vez dos circuitos sociais, pode fazer laços com outras pessoas, com outras entidade, outras instituições, esse é o aval que eu acho que um CAPS pode fornecer e essa é sua principal função (F, 12/4/2006).

É pensar o CAPS como um espaço em que o paciente vai estar usando e tendo apoio para os momentos de crise, e fora os momentos de crise, também, que não seja hospital, e aí, dentro da Reforma eu acho que o CAPS ele é fundamental, assim como os hospitais dia, é que aqui em Florianópolis a gente não tem hospital dia, mas eu acho que os moldes do CAPS (eles estão) é muito próximos, as vezes até é difícil dizer o que é um o que é outro; esse momento de transição do hospital para a sociedade, nesse momento o CAPS é algo muito importante, ele dá, é capaz de conter, dar uma continência pra o usuário, isso a gente percebe mesmo quando não tem nada, o paciente já está muito bem, eles voltam quando estão em crise, sem ter nada marcado, e só de estar aqui pra muitos já é confortante, então, a gente percebe que essa continência, esse acolhimento, e saber que ninguém vai vir aqui e amarrar e conter, porque acho que esse é o medo, de todo mundo, acho que isso já possibilita a procura, eu estou mal vou lá, vou buscar a ajuda do CAPS (J, 22/3/2006).

Eu diria que o CAPS seria o pensador da estruturação da rede de saúde mental, que via de regra o CAPS acaba sendo pra municípios de médio porte o primeiro serviço a ser instituído no território, no município, aí o CAPS acaba assumindo essa responsabilidade, a portaria fala bem disso, a 336, do que compete ao CAPS, e tem vários itens lá, entre eles organizar a rede de saúde mental no município, porém, acaba sobrecarregando os profissionais de saúde mental que atuam nesse CAPS; então, a importância do CAPS na operacionalização da Reforma, ele é importante enquanto um dispositivo crítico, ou seja, se o CAPS não ter a clareza do que seja a Reforma Psiquiátrica ele não vai

operacionalizar, ele só vai operacionalizar a Reforma Psiquiátrica quando ele entender que Reforma Psiquiátrica é o processo social complexo que se configura pelas quatro dimensões, enquanto ele não repensar, refletir a sua prática, o que ele está fazendo, o que não está fazendo, ter mais autocrítica, ele não vai conseguir operacionalizar a Reforma Psiquiátrica; ele tem importância porque tem vários atores, vários profissionais, é um time de pessoas, muito rico, envolvidas que estão no CAPS; agora, enquanto não ter claro o que é Reforma Psiquiátrica, esse processo, não vai conseguir fazer nada; ele é importante, mas se não tiver clareza de Reforma... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Na medida que o CAPS é a primeira, digamos, unidade, primeiro serviço que se propõem a substituir o hospital psiquiátrico já existe nisso por si só a sua importância; é substituição e não que a pessoa não possa ser internada, mas a idéia é que seja nos hospitais gerais, em algum leito nos hospitais gerais, então, bom, o CAPS é o primeiro ponto, é o primeiro lugar onde a pessoa vai passar o dia, onde vai ser tratado de outra forma o seu sofrimento, então, a importância dele está nisso, na importância política e clínica também (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que o CAPS, fundamentalmente, ele faz a clínica; se tem essa rede montada o CAPS faz a clínica, ele faz o atendimento psicossocial do usuário portador de transtorno mental, ele atende as questões mais subjetivas, e de fato toda esse mix de previdência social, a medicação, o atendimento psicológico, atendimento de enfermagem, mas se existe essa rede montada e aí vamos ter um projeto de geração de renda, aí ele vai fazer geração de renda, todas as Oficinas vão acontecer ali e não dentro do CAPS, o CAPS deveria estar na comunidade ele deveria estar territorializado (VIK, 24/3/2006).

Acho que todo mundo gostaria que ele pudesse ser um eixo desencadeador de todos esses ideais da Reforma Psiquiátrica, que a partir disso se experimentasse uma nova relação, que o paciente pudesse estar se soltando mais pra vida, pra construir seus projetos, seus ideais; acho que é muito importante poder retirar pessoas que estão enclausuradas há anos, criar esses mecanismos como residências, etc. pra pessoas que não vão resgatar os vínculos familiares, tem que procurar outras alternativas; acho que o CAPS ainda é uma instituição que é fundamental nessa política, ainda acho que ela pode fazer um papel importante; no dia-a-dia é um pouco mais difícil porque as vezes a gente não tem tantos mecanismos de avaliações, muitas coisas que também a gente vai capengando; quando você vê algumas experiências de pessoas que estão conseguindo dar conta da sua vida, saem, aí você vê que, bom! tem algumas coisas boas que estão acontecendo, o CAPS também está contribuindo; então, no meio dos prós e dos contras eu acho que os prós ainda são maiores, eu acho que é muito mais humano, muito mais um fator de justiça social você ter um espaço assim do que você ter uma pessoa enclausurada no hospital (P, 17/3/2006).

Neste sentido, conforme inscrito na Política Nacional de Saúde Mental, os CAPS devem assumir seu papel estratégico na articulação e no “tecimento” das redes de atenção em saúde mental. Tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da

rede de serviços, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, ONGs, empresas etc. (BRASIL, 2004, p. 12)

3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde

A proposta do progressivo deslocamento dos centros de cuidados em saúde mental para fora do hospital psiquiátrico, em direção à comunidade, colocada na e pela Reforma psiquiátrica tem nos CAPS o dispositivo estratégico desse movimento. Neste sentido, a rede básica de saúde torna-se o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os portadores de transtorno mental.

Essa rede é formada pelos centros ou unidades locais e/ou regionais de saúde, Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, que atuam na comunidade de sua área de abrangência. Os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, pois tem um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Por sua proximidade com as famílias e comunidades, as equipes de atenção básica são um recurso fundamental para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso de substâncias psicoativas e diversas formas de sofrimento psíquico. Neste sentido, é importante e necessária a integração e articulação dos CAPS com a atenção básica. Assumir esse compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção da saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo (BRASIL, 2004).

As atuais diretrizes da política de saúde mental do Ministério da Saúde orientam que, onde houver cobertura do PSF, deverá haver uma equipe de apoio matricial em saúde mental para no mínimo seis e no máximo nove equipes de PSF. E, que as ações de saúde mental na atenção básica devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2004).

No que se refere à relação existente entre o CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município e qual o tipo de relação existente, os dados coletados na

pesquisa indicam que: a maioria (91,7%) respondeu que sim, com ressalva de que é muito pouco, funciona de maneira precária e confusa, e que está num processo preliminar ainda. O profissional que respondeu não, observou que a rede está em processo de formação. Os profissionais cujas respostas foram positivas identificaram que a relação é de encaminhamentos, atendimentos em conjunto com as equipes de saúde mental das Regionais de Saúde, ajuda em atendimentos nas unidades locais de saúde, com os agentes comunitários de saúde, de referência, de acompanhamento, visitas domiciliares, encontro mensal dos trabalhadores de saúde mental da rede e encontro mensal dos psiquiatras da rede.

Sobre a relação do CAPS com as equipes de PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência alguns entrevistados observaram que a relação é pouca ou mínima, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda²³. Foram apontadas como justificativas o fato de o CAPS Ponta do Coral não estar territorializado, deste ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta do município, e a ausência de um planejamento e de estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente.

O CAPS como ele é único, então, ele é de toda a região; então, eu poderia até estar te respondendo que a gente tem um Posto aqui de cima do CAPS, que é o Posto da Agrônômica, ali tem o Programa de Saúde da Família implantado, com a presença dos residentes do Programa Saúde da Família e o contato que eu tenho, ele é meu, não existe nenhum outro programa ou vamos dizer convênio do CAPS com a Agrônômica, é meu aqui, assim como talvez seja da psicóloga em outro momento quando há essa partilha de paciente quando faz parte dos dois, então, eu só sei do que eu tenho, mas é muito pouco, eu tenho contato com alguns residentes que atendem alguns pacientes daqui, e eles precisam de algumas dicas ou, enfim, de se interar do que acontece, e eu também preciso saber como é que anda o acompanhamento deles lá, e aí entra em contato, as vezes vem aqui ou eu vou lá, mas são essas formas isoladas e depende daquele momento e da necessidade daquele usuário, não é algo que seja programado, que seja antecipado, institucionalizado, no sentido de firmar essas relações de uma forma.., não há; e, assim, o contato é com os residentes, não tem o contato com quem realmente vai ficar, porque os residentes passam depois de dois anos, eu também não tenho contato de quem é o médico, quem é o enfermeiro do Programa Saúde da Família, quem é o agente comunitário que vai na casa desses usuários, isso não tem, acho isso muito ruim, é muito falho, embora, volta pra aquela questão da equipe, que as coisas não são compartilhadas, você nunca sabe direito, é muito fragmentado, o que já foi feito, o que não está sendo feito; também não é delegado a função à ninguém de fazer, não há um planejamento pra isso (J, 22/3/2006).

²³ Em estudo sobre o CAPS de Palhoça/SC, Franco (2005) encontrou situação semelhante na relação do CAPS com o PSF e demais serviços de atenção básica municipais.

É mínima, é mínimo o contato, assim, as vezes, quando a gente necessita a gente vai atrás, tenta achar alguém que se interessa, que tenha alguma afinidade com a saúde mental, as vezes um agente de saúde que consegue se aproximar mais daquele usuário que mora lá e que resolve dá uma força, mas é assim, depende de uma série de coisas, da disponibilidade pessoal, da sorte de encontrar alguém etc., quer dizer é falta mesmo da articulação em rede, porque se a gente tivesse essa articulação o PSF automaticamente já seria acionado, e a gente não tem isso; claro, quando a gente precisa a gente até encontra uma boa resposta das equipes do PSF, mas pode não encontrar, tem um risco[...] não, isso não existe (articulação institucional CAPS – PSF), isso tem que ser construído, tem que ser proposto (F, 12/4/2006).

A relação que o CAPS tem é principalmente pra acompanhamento, a relação é essa, relação de acompanhamento, as vezes precisa realizar alguma busca ativa e não temos a possibilidade no momento, então, tem essa relação, a relação que a gente tem é mais no sentido de acompanhamento do próprio usuário; o que seria ideal, seria um pouco mais de estreitamento, discutir junto com o Programa de Saúde da Família alguns casos, nós irmos aonde os agentes comunitários estão, discutir algumas situações e isso não tem acontecido ainda; com essa lógica aí das regionalizações tem essa possibilidade; então, hoje existe uma relação, só que uma relação muito esporádica de situações isoladas e que precisa ser superada; o maior problema que existe é devido ao CAPS não ser territorializado, o CAPS II Ponta do Coral ele tem que atender uma demanda muito grande, basta ver o IBGE hoje, tem 400 e poucas mil pessoas em Florianópolis, então, é um CAPS II pra atender toda a demanda adulta do município, talvez o ideal seria um CAPS I em cada região, nas cinco regionais, e transformar esse CAPS num CAPS III no caso, e aí repensar depois toda a rede; então, a relação, ela se compromete com o Programa Saúde da Família devido a não territorialização do CAPS Ponta do Coral, a relação que existe é a relação de acompanhamentos isolados (GIRASSOL, 20/3/2006).

É uma relação ainda muito inicial ainda, um pouco precária; com os agentes comunitários a gente tem mais proximidade, no momento da visita domiciliar e no momento de fazer o resgate dos usuários que abandonaram, por algum motivo, o atendimento, mas acho que a relação poderia ser melhorada se o CAPS fosse territorializado, como a gente está aqui, é no centro pra todo o município, fica muito difícil, então, a nossa relação é muito mais com as referências regionais de saúde mental da atenção básica do que com as próprias equipes de PSF das unidades locais de saúde (VIK, 24/3/2006).

É isso que eu falei, essa perspectiva da regionalização que começou aqui visava uma maior articulação com a rede; eu acho que isso é um projeto que está ainda meio que na sua infância, ele está começando e, assim, o que eu te falei, a gente precisa sair mais daqui, no Norte (Regional Norte) a gente vai tentar essa experiência agora (realizar as reuniões da regional nos postos de saúde) de contato e incluir, por exemplo, os agentes comunitários nos processos de reunião com os pacientes daqui, tentar ver se eles podem estar acompanhando o paciente lá; tem uma paciente que está aqui que a gente esteve lá no Posto do Saco Grande pedindo pra equipe assumir alguns cuidados com essa paciente, eles se

dispuseram, mas assim, por enquanto ta muito mais alguma iniciativa aqui, ali, do que um processo mais amplo, não sei assim como isso vai caminhar com a história de já ter, por exemplo, profissionais regionalizados, isso também vai poder ser incrementado, esse é um desejo que eu tenho (P, 17/3/2006).

É muito pequena, muito, muito, muito, muito; eu não sei nem te dizer, em uma escala de um a dez acho que fica em dois, está muito pequena, está muito além do que poderia ser, eu acho que talvez com a implantação agora dos serviços na rede, nós temos em cada Regional um psiquiatra, dois psicólogos, uma média assim, está existindo mais aproximação, mas do CAPS não, muito pouco, muito pouco. [...] quando tu pergunta, hoje, qual é a relação do CAPS? eu não posso te mentir, pra mim é quase zero (LÉLI, 4/4/2006).

Buscando explorar as informações sobre a relação do CAPS com a rede municipal de serviços de saúde, perguntamos aos profissionais se o serviço realiza algum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. A maioria deles (75%) respondeu que não, dois referiram não saber responder e um respondeu que sim. Dentre os que responderam que não, um justificou que o CAPS não tem estrutura para atender mais esta demanda. Dois dos profissionais entrevistados disseram estar pensando neste tipo de trabalho. Um deles falou sobre a existência de um projeto, conforme relatado na fala que segue.

[...] a gente tem um projeto aqui que é de formação de acompanhantes terapêuticos, e no ano passado a gente formalizou esse projeto e mandamos pro Ministério da Saúde, ele foi aprovado e até hoje estamos esperando a liberação de dinheiro, mas enfim, o projeto foi aprovado, e a idéia era justamente transformar o agente comunitário de saúde num acompanhante terapêutico, e aí a gente faria a formação, uma capacitação, um curso de capacitação aqui, e depois faria o segmento com supervisões regulares, é uma forma de dar formação em saúde mental pra atenção básica e manter essa que é uma função do CAPS de dar supervisão e a formação mesmo pra esse nível da atenção; [...] a gente está esperando o dinheiro do Ministério da Saúde, ta lá pendurado, a gente olha o nome do projeto na internet, está lá, mas não tem nem empenho ainda, significa que não tem dinheiro destinado (F, 12/4/2006).

Para que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas na atenção básica é fundamental a capacitação destas equipes. A orientação é que as equipes de saúde mental de apoio á atenção básica incorporem ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. Conforme aparece na fala do profissional, são previstos recursos para o financiamento deste tipo de ações, embora, muitas vezes, a dependência de orçamento, a morosidade burocrática e/ou

ausência de decisão política, que justificam a longa demora, acabam por desestimular, dificultar, inviabilizar as iniciativas dos profissionais.

Repetidamente, temos ressaltado neste trabalho que os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico para a organização da rede de atenção em saúde mental, conforme é indicado nas diretrizes políticas da Reforma Psiquiátrica. Nesta direção, questionamos os técnicos da equipe do CAPS Ponta do Coral sobre qual o lugar que o serviço ocupa na rede municipal de atenção em saúde, em Florianópolis. As falas transcritas na seqüência destacam o fato deste não estar territorializado e, portanto, não se constituir no serviço regulador da porta de entrada para o atendimento em saúde mental. As equipes de saúde mental nas referências das Regionais de Saúde é que, atualmente, constituem-se no serviço primeiro de atenção em saúde mental. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhados pessoas com transtorno mental grave.

Seria esse serviço que articula, que regulamenta; não necessariamente ele é uma porta aberta que entra qualquer um; eu acho que ele pode até ser a articulação e a regulação, pode ser feita até capacitações nas equipes locais de unidades básicas, que a partir daí você vai poder em um caso de uma ansiedade ou uma briga com o namorado, “eu tomei 4 aspirinas”, não vai chegar aqui no CAPS; vai chegar aqui no CAPS realmente aquilo que for um caso mais grave, e só há possibilidade de isso acontecer a partir do momento em que as unidades locais estejam todas capacitadas e entendendo, até porque assim diminui o trânsito desse paciente; vamos supor: ele sai de uma cidade, vem pra Florianópolis, daí diz: onde é que eu vou num psiquiatra? Ah! vai lá no CAPS, aí alguém fala: mas tem que passar no clínico antes, aí passa no clínico, aí o clínico encaminha pro psiquiatra, daí ele não sabe onde vai procurar o psiquiátrica - vem pro CAPS, não vem pro CAPS, aí vem pro CAPS, mas é que na verdade ele toma fluoxetina há 2 anos, está em tratamento de manutenção porque ele tem um quadro de depressão recorrente, não é caso CAPS, então, isso já poderia ter sido triado lá no começo, o paciente já poderia estar tendo as consultas desde o início, todas acertadas, sem precisar ficar correndo de um lado pro outro [...]; então, eu acho que ele tem esse papel, tem essa função de regular, de saber o que está acontecendo no hospital, na Colônia, e ter esse contato, uma ligação sempre com a Colônia, e com os Postos de saúde [...]. (hoje, o CAPS faz isso?) algumas coisas, bem isoladas, de novo, é meio como um apaga fogueira; por exemplo, hoje, a gente foi fazer uma visita domiciliar lá no Saco Grande (bairro de Florianópolis) porque o paciente estava em tratamento psiquiátrico particular e parou de tomar o remédio, e aí a gente foi lá, só que o paciente não queria falar com a gente, mas, assim, eu chego lá, converso com a equipe que está lá naquele local e muitas vezes é só a psicóloga; também tem um certo descaso, no sentido de que ah! agora eu não posso falar, porque não percebe que conversando sobre aquele caso vai possibilitar que isso seja ampliado pra outros casos, pensam-se saídas semelhantes pra outro momentos, mas, assim, acaba virando um apaga fogo, e toda hora você tem que ir

apagar um fogo; então, existe um pouco, mas não de uma forma bem usada (J, 22/3/2006).

É atenção secundária como se diz; ele regula e não regula; [...] tudo vai passar muito pela clareza que os profissionais que estão na saúde mental tem em relação a própria epistemologia, tem em relação a própria política, tem em relação a própria noção de SUS, a própria noção de controle social, a própria noção dos princípios do SUS; então, tudo vai passar por isso, porque que eu estou dizendo isso, o CAPS é uma atenção secundária como a gente chama, eu acho ainda que o atendimento mais complexo, o atendimento terciário, deveria ser no território, acho que centrar as forças no território [...]; então, [...] a atenção básica é onde deveria regular isso, a regulação dessa entrada nesse sistema de saúde mental, nessa rede de saúde mental ela teria que ser prioritariamente atenção primária em saúde; então, as vezes, por necessidades especiais, por situações específicas, a pessoa acaba vindo direto pra cá, direto pro CAPS e aqui a gente atende, e, as vezes, essa pessoa não é indicada pra estar no CAPS, aí volta pra atenção básica, então, tem essa dificuldade, ou seja, o lugar que o CAPS ocupa na rede municipal de atenção em saúde é uma atenção secundária à pessoa com transtorno mental grave, já avaliada pela atenção primária em saúde, aquela pessoa que corre risco de suicídio, que acaba prejudicando a vida de outras pessoas, que está muito mal, nesse sentido (GIRASSOL, 20/3/2006).

Regulador da porta de entrada: não; como não é territorializado, a gente tem esse problema de ser serviço de referência pra onde vem os pacientes já encaminhados, ele passou pela porta de entrada do sistema lá no Posto, ele vem encaminhado pra cá ou através dos hospitais psiquiátricos, que é também uma outra forma de encaminhamento, mas a gente não faz a regulação da entrada; hoje, também, como tem equipes mínimas de saúde mental nas regionais, elas também funcionam muito mais como a reguladora do que nós; a porta de entrada é pelas equipes de saúde mental das regionais (F, 12/4/2006).

Eu acho que são várias coisas, por ser o único CAPS, pela rede não estar estruturada ainda, e pelas pessoas não conhecerem o serviço da rede, existe uma mistura, assim, o que é pra ir lá pro psiquiatra do Sul (regional de saúde), o que é pra vir pro CAPS; qual é o papel do CAPS, é a não internação, mas não tem CAPS III, então, a noite o cara não tem pra onde ir, na verdade, o CAPS ele é um espaço que regula a entrada do usuário sim, num primeiro momento sim, porque todos os que foram para a atenção básica muitos foram daqui, muito mais que a procura de fora daqui, primeiro eles vem pra cá, depois eles vão pra lá, agora o processo até está sendo inverso, já estão procurando a atenção básica porque eles já estão conhecendo, mas antes era daqui pra atenção básica, e é o único espaço, programa que acolhe o usuário psicótico, com transtornos mentais graves, porque a rede básica, ela não atende, se o cara tem um surto psicótico, está com qualquer surto, que está mal, ou ele tem um embotamento, ele não fala, está na família há anos, está lá segregado, está lá no quatinho dos fundos, não é caso de atenção básica é caso CAPS, então, ele é o único serviço de Florianópolis que se propõem a atender o usuário, o portador de sofrimento psíquico fora de hospital (LÉLI, 4/4/2006).

Ele é o primeiro serviço de saúde mental do município, primeiro serviço estruturado, credenciado no Ministério da Saúde, eu penso que ele tem um papel importante, ele serve como uma referência de atendimento em saúde mental a usuários portadores de transtornos mentais; dentro da rede, hoje, a gente tem as referências regionais de atenção em saúde mental na atenção básica, nas ULS, que são as unidades locais de saúde, então o CAPS serve como referência de atendimento a usuários com transtornos mentais graves do município de Florianópolis, é pra isso, essa é a função (VIK, 24/3/2006).

Pelas falas dos profissionais evidencia-se que Florianópolis não tem uma política municipal de saúde mental estruturada. A rede de serviços está em processo de formação e implementação. As ações ainda são muito isoladas e fragmentadas, sem uma direção comum. É notório que um único CAPS para atender a totalidade da demanda adulta do município é insuficiente. As possibilidades de atuação do serviço na prevenção e promoção da saúde mental, na capacitação e supervisão das equipes de atenção básica ficam, assim, prejudicadas e/ou inviabilizadas.

No processo de operacionalização da Reforma Psiquiátrica, conforme as orientações da Política Nacional de Saúde Mental e as propostas aprovadas na III CNSM, é necessário que os gestores estaduais e municipais estabeleçam mecanismos efetivos para o controle das internações psiquiátricas. De acordo com a Portaria GM/MS n ° 336/02, os CAPS devem possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou modulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local (BRASIL, 2002a). Com base nisto, perguntamos aos entrevistados se o CAPS tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Eles referiram que não, contudo, divergiram sobre como o serviço fica sabendo quando ocorre internação de seus usuários.

Não tem. A gente fica sabendo quando a família comunica ou quando é usuário de atenção intensiva, ou ele fez uma crise ou ele desapareceu do serviço, aí pela falta mesmo, pela ausência que ele provoca a gente vai atrás e fica sabendo que ele foi internado, mas a gente não tem instrumentos de controle sobre isso; a gente faz, no momento da internação, a gente procura manter pelo menos uma visita da equipe da Regional pra não perder o vínculo etc., mas nada formalizado, assim, no momento que aparece, que a gente fica sabendo; geralmente, a gente sabe, hoje é relativamente fácil, não acontece daquilo... fulano desapareceu e de repente aparece ele dois meses depois aqui novamente..., sai da internação ontem e tal, isso não acontece mais, geralmente a gente consegue ficar sabendo (F, 12/4/2006).

Não. Na realidade a família leva pra internar e pronto, as vezes comunica, as vezes a gente fica sabendo quando a gente vai fazer uma visita lá, muitas vezes a gente nem sabe que o paciente ficou internado, a não ser quando a gente liga, e aí o que está acontecendo, não está vindo, mas ele foi internado; então, não há esse controle e também quando é internado lá, dificilmente, alguém entra em contato, nunca vi, entra em contato olha fulano de tal está internado aqui com a gente, não tem essa comunicação (J, 22/3/2006).

Em relação ao controle das internações psiquiátricas, oficial e formal, nós não temos; estou falando enquanto profissional que atende uma determinada regional de saúde, isso nós não temos; o que poderia ser feito: um maior estreitamento com o “manicômio”, com o IPQ ou o São José (hospitais psiquiátricos), que quando internasse pessoas lá teria esse contato aqui, pra gente já ir conversando, já acompanhando juntamente com a equipe do hospital psiquiátrico essa pessoa, porque final de semana ou depois das 18 horas o serviço não atende, as vezes as pessoas entram em crise e a gente não tem como acompanhar isso, não tem como saber; o acompanhamento que tem é, as vezes, os familiares nos avisam que a pessoa está internada, quando a gente acompanha essa pessoa e fica sabendo que ela acabou internando; então, não tem uma política mais estreita de acompanhamento de internação psiquiátrica, isso não tem. (GIRASSOL, 20/3/2006).

Da área de abrangência seria toda a cidade, isso não, mas dos usuários aqui sim, atendidos aqui sim; [...] geralmente, assim, quando o usuário está iniciando um surto a gente tenta fazer o atendimento pra prevenir a internação, pra evitar de fato a internação psiquiátrica, só que nós estamos aqui até as 6 horas da tarde e não estamos final de semana, então, a gente não está nem a noite nem final de semana, e aí acontece de a família internar, isso acontece pouco, muito pouco, e quando acontece a gente faz o atendimento no próprio hospital, a gente vai até lá faz o atendimento, mas é pouco assim, agora da cidade como o todo a gente não tem (VIK, 24/3/2006).

O controle ele tem pelo prontuário, não poderia te dizer que tem um controle do ponto vista de uma escala, ah anualmente quanto a gente tinha e quantos foram internados, [...] o usuário se ele foi internado a gente não soube, se está internado, aí ele aparece aqui depois da internação, um mês ou dois meses, a gente tem escrito no prontuário, esse é digamos o que a gente fica sabendo (LÉLI, 4/4/2006).

Não, eu digo por nós, eu acho que, as vezes, a gente... ah o paciente foi internado, como acontece de a gente saber, e as vezes a gente vai lá fazer uma visita, as vezes tem a questão do carro (o CAPS tem um carro a disposição somente um dia por semana), e a gente fica...; sempre que acontece e tal, as vezes, a gente nem fica sabendo, quando vê o paciente já está de volta, as vezes acontece essa situação; eu fui tentar fazer um pequeno levantamento pra fazer essa avaliação e percebi que a gente não tem registro de quantos dias o paciente ficou internado, se ele ficou internado quantas vezes durante o tempo que está em tratamento aqui, falta um registro melhor e um acompanhamento melhor dos técnicos; (como ficam sabendo da internação) as vezes o paciente volta já depois, as vezes a família liga avisando, [...] o hospital não me lembro se eles ligaram, só se precisar de alguma coisa, em geral, eles não ligam; então,

assim, o paciente saiu aí eles trazem de novo aquele encaminhamento, ou ele vem pra cá porque, normalmente, ele já estava aqui, mas assim, a gente tenta ao máximo que ele não precise ser internado, essa política existe, segurar a crise (P, 17/3/2006).

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que a internação e a reinternação psiquiátrica deverão ocorrer após avaliação da equipe técnica de saúde mental dos serviços substitutivos, devendo ser estabelecidas formas de controle único para a emissão de AIH, assegurando que todas as internações necessárias sejam autorizadas pelo serviço público, preferencialmente de base territorial (BRASIL, 2002a).

Conforme pode ser observado nas falas dos participantes da pesquisa, a insuficiência do CAPS em exercer o controle das internações referente a sua clientela e a demanda no município refere-se ao fato de o serviço não estar territorializado, sendo inviável cumprir com tal exigência no âmbito da totalidade de uma população de aproximadamente quatrocentos mil habitantes, distribuídos numa área geográfica de 436,5 Km². Com a implantação das equipes de saúde mental nas Regionais de Saúde, estas passam a ser as responsáveis pela regulação da porta de entrada no sistema de atendimento. O CAPS II Ponta do Coral passa a ser a referência para onde são encaminhadas pessoas com transtornos mentais graves, egressos de hospitais psiquiátricos, internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). A falta de controle das internações psiquiátricas é uma realidade também de outros centros de atenção psicossocial, conforme verificado por Franco (2005), em seu estudo sobre o CAPS do município vizinho de Palhoça/SC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha deste tema de pesquisa está relacionada à minha trajetória de estudos no Curso de Graduação em Serviço Social e à minha inserção como pesquisadora no Núcleo de Estudos e Pesquisas Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas (NESPP) do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. A esta trajetória soma-se a experiência de Estágio Curricular em Serviço Social, realizada no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis, em 2003, da qual resultou o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Programa Alta Progressiva: uma contribuição para o processo de reabilitação psicossocial no HCTP de Florianópolis”. Com o referido Estágio foi possível vivenciar o contato direto com a realidade de algumas instituições como hospitais psiquiátricos e centros de atenção psicossocial da rede municipal e estadual de serviços de atenção em saúde mental, fato este que estimulou a busca de novos conhecimentos e o desejo de atuação profissional na área. A continuidade dos estudos foi possibilitada por meio da entrada como mestranda no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da mesma universidade. Sendo assim, o trabalho que apresentado nesta dissertação tem estreita relação com meu percurso profissional e meu desejo pessoal.

Conforme destacamos no decorrer do estudo, a reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

A implantação de uma nova política de atenção, com as implicações socioculturais da proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira passa pela necessidade de articulação intersetorial e por ações que contribuam para alterar as representações sociais sobre a loucura e os direitos dos portadores de transtornos mentais. A transformação do modelo assistencial e de um conceito teórico em diretrizes operacionais é um processo complexo e depende de vários fatores para que se mantenha a direcionalidade pretendida pelos diferentes atores sociais, participantes do jogo social.

Especificamente, no caso do CAPS estudado, as dificuldades de concretização dessa nova lógica de atenção em saúde mental perpassam e se inter-relacionam nos diferentes eixos que compuseram a presente pesquisa.

No que se refere a estrutura física, os profissionais indicam que o CAPS conta com espaço e equipamentos adequados às necessidades do serviço. Entre os anos de 2003 a 2004, o CAPS passou por uma reforma em suas instalações, ficando estas, adequadas aos objetivos da unidade. As condições poderiam ser melhores se as oficinas produtivas fossem realizadas em outro local, pois além de favorecer a utilização do espaço hoje ocupado para outras atividades, possibilitaria a inserção dos usuários em outro ambiente, favorecendo-lhes sua sociabilidade.

Em relação aos materiais de consumo, os problemas vão desde a ausência total de objetos e utilidades básicas à manutenção do serviço até o recorrente atraso no repasse dos materiais necessários às oficinas terapêuticas e de produtividade. As oficinas ficam prejudicadas e até mesmo paralisadas por conta das faltas de recursos e dificuldades de gestão adequada do serviço. Esta situação coloca em prejuízo o projeto terapêutico de tratamento dos usuários e a eficácia e efetividade dos propósitos da nova política de atenção em saúde mental.

No campo da gestão do CAPS, apesar da histórica escassez de recursos destinados à saúde, foram evidenciadas situações problemáticas, principalmente no processo de descentralização político-administrativa, que poderiam ser melhoradas a partir dos recursos existentes. De acordo com os resultados da pesquisa, 50% do grupo de técnicos afirmam que existe planejamento e avaliação das ações. Alguns deles observam estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação, objetiva e sistemática, dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declaram não existir processo de planejamento e avaliação das ações, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

Sobre este aspecto, cabe destacar que as técnicas disponíveis na área de planejamento e avaliação de serviços de saúde têm mostrado bons resultados quando aliadas à vontade política de mudar a situação. Apesar dos dados demonstrarem uma divisão entre os técnicos no que se refere a afirmação sobre a existência de planejamento e avaliação, destacamos que as poucas ações que acontecem giram em torno das atividades que são e aquelas que poderão ser realizadas, e na discussão sobre as dificuldades cotidianas do trabalho na unidade. As avaliações são informais, realizadas na reunião

mensal da equipe técnica e nas reuniões clínicas semanais, sendo notório a ausência de um processo de planejamento estratégico, sistemático e contínuo do projeto terapêutico do CAPS, bem como, de avaliação de indicadores.

Com relação aos recursos financeiros, os resultados da pesquisa apontam para o que já vem sendo denunciado por autores como Amarante (2003; 2005): o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. O pagamento pelo sistema de procedimentos realizados, por meio das APACs, condiciona a existência de recursos à produtividade do serviço. Quando os CAPS não estão articulados com outras políticas sociais necessárias à sobrevivência do usuário e a adesão dele ao projeto de vida que o serviço deve-lhe oferecer, a tendência é fracassar.

Para que a pessoa possa freqüentar o CAPS ela precisa de condições materiais e psicossociais básicas, como moradia, transporte, alimentação, auto-estima, estímulo, desejo, etc.. Quando o usuário não desfruta de tais condições as chances dele se vincular ao projeto terapêutico são menores e, conseqüentemente, sem a participação ativa dos usuários o CAPS não terá produtividade. Ainda, nem todas as ações realizadas no CAPS constam na tabela de procedimentos pagos pelo atual sistema do SUS, dificultando as atividades de ressocialização que envolvem trabalhos na comunidade e na sociedade.

Os profissionais afirmam que os usuários participam do planejamento das atividades do CAPS. Referem que isso acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Neste caso, foi possível perceber que a participação dos usuários em geral diz respeito mais a questões cotidianas do funcionamento do serviço. A associação participa diretamente da comercialização dos produtos confeccionados nas oficinas e na realização de alguns convênios com entidades da área da cultura, lazer, ensino, etc. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada, que abarque as especificidades da área da saúde mental e envolva os usuários, os familiares e os técnicos como sujeitos partícipes do processo de gestão do serviço.

No eixo recursos humanos e projeto terapêutico existem contradições explícitas e implícitas que perpassam o discurso e as práticas dos técnicos que prestam assistência aos usuários do serviço. Eles reconhecem e destacam a relevância do trabalho em equipe, argumentam que este traz a possibilidade de trocas entre as várias áreas do conhecimento e a conseqüente oferta de um atendimento multidimensional. Contudo, relatam dificuldades

na realização deste trabalho, devido a uma suposta diferença de formação profissional e de concepção, com relação ao que sejam os objetivos do CAPS e da Reforma Psiquiátrica. Indicam existir interdisciplinaridade no atendimento ao usuário, no entanto, percebeu-se que a concepção de interdisciplinaridade aparece muito mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade, estando ainda distante dos ideais da intertransdisciplinaridade.

Sendo assim, cabe destacar que sem a devida clareza e consciência do que exatamente deve mudar corre-se o risco de que, fundamentalmente, se modifiquem os espaços de realização do tratamento, transferindo-se e conservando-se as práticas de exclusão e discriminação. É preciso se ter em conta que toda dimensão técnica tem também uma dimensão política. Dessa forma, faz-se necessário questionar-se sobre o que se pretende com o “fazer” nos novos serviços de atenção à saúde mental e que valores estão presentes nas ações executadas. O usuário precisa ser percebido como sujeito do processo saúde-enfermidade, e não como objeto e instrumento do exercício das relações de poder disciplinar.

Com relação ao eixo participação do usuário e da família no tratamento, os participantes da pesquisa identificam dificuldades em realizar o atendimento familiar no CAPS. Os profissionais relacionam como justificativas, a falta de técnicos qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades da equipe. Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que seja o transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, também foram relatados pelos entrevistados. Entre os obstáculos para a (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e o estigma da loucura ainda presentes no imaginário social das pessoas.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacam o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário. Neste aspecto queremos destacar a necessidade de se reconhecer, no processo de implantação da Reforma e da política de saúde mental, um projeto ético-político social, capaz de reavaliar, substancialmente, o conceito tradicional de

“doença/saúde mental” e, conseqüentemente, a forma de como lidar as diferenças em sociedade.

No eixo (re)inserção social procuramos identificar se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas à desinstitucionalização e à reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referem que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras. A maioria deles afirma que não existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer.

Tais dados nos remetem ao questionamento sobre como a Reforma Psiquiátrica, em sua aplicação prática, apresenta certa inércia política. Existe uma lacuna entre o referencial teórico do novo modelo de atenção e as práticas que se efetivam no cotidiano dos serviços. Com isso, queremos chamar a atenção para a necessidade urgente de se construírem ações de atenção que favoreçam o conhecimento de si, reforcem a autonomia, o cuidado de si e a emancipação do sofredor psíquico.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referem que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental. A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos profissionais como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista político-jurídica dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico. Na visão dos participantes da pesquisa, o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica relaciona-se a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos pressupostos da própria Reforma. Não obstante, destacamos aqui a necessidade de se refletir sobre o descompasso entre a vitória no campo jurídico, o novo discurso da Reforma Psiquiátrica e um fazer prático que parecem ainda negar a emancipação do portador de transtorno mental.

No eixo integração do CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município, os dados coletados na pesquisa indicam que a relação existente é pouca, funciona de maneira precária e confusa, e que ainda está num processo preliminar. A articulação com as equipes de PSF e PACS também é insuficiente, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda. A unidade não realiza nenhum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. Apenas dois profissionais referiram estar pensando neste tipo de trabalho.

Foram apontadas como justificativas para esta situação o fato do CAPS não estar territorializado, de ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta de todo o município, e a ausência de um planejamento e estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhadas pessoas com transtorno mental grave. E, segundo os entrevistados, não tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Neste aspecto, vê-se a urgência na redefinição da abordagem em saúde mental, fazendo-se necessário a construção de estratégias de atenção integral, dentro dos princípios do SUS, que envolvam o portador de transtorno mental como cidadão, a família, o Estado e a sociedade.

De acordo com os profissionais existem diferenças no atendimento prestado no e pelo CAPS em relação aos hospitais psiquiátricos. Eles se referem às diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência do discurso médico psiquiátrico do hospital, e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e as necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial, em contraposição ao tratamento igual para todos das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Por fim, os dados coletados na presente pesquisa indicam que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes, prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a relação eficácia/efetividade dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Concluimos, com este estudo, que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é ainda um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológica, técnico-assistencial, político-jurídico e sócio-cultural.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____, P. (coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995a.

_____, P.. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. vol.11, no.3, jul./set. 1995b, p.491-494. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 14/09/2005.

_____, P. A (clínica) e a Reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. pp. 45-65.

_____, P. **A epistemologia e a Clínica da Reforma**. Conferência proferida no IV Encontro Catarinense de Saúde Mental. Florianópolis, 30 de junho a 2 de julho de 2005. (anotações manuscritas).

BASAGLIA F. (coord.) **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 3ª ed. Tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002a, 213 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em Saúde Mental 1990-2002**. 3ª ed. revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAPS II PONTA DO CORAL. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. **Projeto Terapêutico**. Florianópolis, 2004.

CORREIA, M. V.C..Que controle social na política de Assistência Social? **Revista Serviço Social & Sociedade**. N. 72. São Paulo: Cortez, nov. 2002, pp. 119-144.

COSTA, R. C. R. da.. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia e Política** Nº 18: 49-71 JUN. 2002

COSTA –ROSA, A. da; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. p. 13-44.

COSTA-ROSA, A. da.. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asialr. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. p. 141-168.

CHIZZOTTI, A.. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R.. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

DESVIAT, M.. **A Reforma Psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental**. In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

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

FLEURY, S.. **Espaço, território e cidadania**: a cidade dos cidadãos. Trabalho apresentado no VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra (16,17,18 de setembro), 2004. Disponível em: <www.ces.uc.pt/LAB2004>. Acessado em 20 de fevereiro de 2006.

_____, S.. (org.). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989.

FREIRE, F. H. M. de A.; UGÁ, M.A.D.; AMARANTE, P. Os centros de atenção psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

FRANCO, S. de O.. **Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de caso**. 2005. 110f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Florianópolis, 2005. 110f.

FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial**. Percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004.

GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E.. **A pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, R.. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M.. **Microfísica do poder**. Trad. de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graaal, 1979.

MINAYO, M. C. de S.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC; ABRASCO, 1994.

MIOTO, R.C.T.. Família e saúde mental: contribuições para reflexão sobre os processos familiares. **Revista Katalysis**. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico. Departamento de Serviço Social. N.2 Florianópolis: Editora da UFSC, 1998.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental: em busca da articulação e qualificação das ações em saúde**. Monografia

(Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Latu Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

OLIVEIRA, W. F.; DORNELES, P.. Patrimônio e ambiente da loucura: a formação do profissional de saúde mental e o dialogo com a vida da cidade. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

PITTTA A.. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje. In: PITTA. A.(org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral**: desvelando sua significação. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

_____. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

ROSA, L.C.dos S.. Os saberes construídos sobre a família na área da saúde mental. **Revista Serviço Social & Sociedade**. N° 71. Ano XXIII. São Paulo: Cortez, set de 2002, pp. 138-164.

_____. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, F., et. al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SANTOS, W.G.. **Cidadania e Justiça**. Rio de Janeiro: Editora Campos, 1979.

SARACENO, B.. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SOUZA, W. da S.. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. jul./ago. 2001, vol.17, no.4

p.933-939. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 19/10/2005.

SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Teses em Enfermagem, 42).

STUANI, D.. **Projeto de Estágio**. (Projeto de Estágio Curricular apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina). Florianópolis, 2005. texto digit.

TENÓRIO, F. G. (org.). **Gestão de ONGs**: principais funções gerenciais. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

TORRE, E.H. G; AMARANTE, P.. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. [online]. 2001, vol.6, no.1 [citado 05 Dezembro 2005], p.73-85. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br> >. ISSN 1413-8123.

TRIVIÑOS, A.N. S.. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. (org.). **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000a.

_____, E. M. Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000b. p. 169-194.

VIEIRA, L. **Cidadania e globalização**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Formulário a ser aplicado a todos os profissionais da equipe do CAPS.

Identificação

Nome:

Apelido:

Formação:

Ano:

Capacitação específica na área: Sim Não

Nível: residência especialização mestrado doutorado

Tempo de serviço na instituição:

Tipo de vínculo empregatício: Servidor público concursado contrato temporário

Outro. Especifique _____

Regime de trabalho: _____ (horas semanais)

Tempo de atuação na área:

Experiência de atuação profissional em outra instituição: Sim Não

Qual:

Tempo:

Principais perguntas

- 1) A área física do Caps é suficiente para o atendimento da demanda? Sim Não
- 2) As instalações são adequadas para a realização das atividades propostas? Sim Não
- 3) Os equipamentos disponíveis são suficientes? Sim Não
- 4) Estão em bom estado de utilização? Sim Não
- 5) Os materiais disponíveis são suficientes? Sim Não
- 6) Existem dificuldades na realização das atividades do Caps Sim Não. Em caso de resposta afirmativa, especifique as cinco principais? _____

- 7) O trabalho é realizado em equipe? () Sim () Não.
- 8) Existe algum tipo de supervisão de equipe ou outro recurso para acompanhar e discutir as questões do trabalho em equipe? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual?
-

9) Participa ou já participou de capacitação específica para atuar no Caps? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual? _____

10) Durante o tempo em que está trabalhando na instituição houve algum treinamento ou capacitação? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quando? _____(ano). De quantas horas? _____. Organizado por quem? _____

11) Na sua opinião, existe interdisciplinaridade no trabalho no Caps? () Sim () Não

12) Você conhece a política de saúde mental? () Sim () Não.

13) No Caps, existe disponibilidade de material didático e documentos sobre a política de saúde mental? () Sim () Não.

14) Existe planejamento e avaliação das ações do Caps? () Sim () Não

15) Existe projeto terapêutico de trabalho da instituição? () Sim () Não. Em caso afirmativo, foi planejado em equipe? () Sim () Não.

16) O serviço adota projeto terapêutico individualizado? () Sim () Não.

17) O usuário participa do planejamento do seu tratamento? () Sim () Não.

18) Existe atendimento familiar? () Sim () Não.

19) Existem ações intersetoriais do Caps e outras instituições que envolvam: educação, trabalho, esporte, cultura e lazer? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quais?

20) Existe relação do Caps com a rede básica de saúde municipal? () Sim () Não.

Que tipo? _____

21) O Caps realiza algum trabalho de educação permanente (capacitação e supervisão) sobre saúde mental em cooperação com as equipes de atenção básica? () Sim () Não.

Que tipo? _____

Outras observações:

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Entrevista a ser realizada com os profissionais da equipe do CAPS, segundo o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de nível superior entre as existentes na unidade. Em caso de mais de um profissional na área será realizado sorteio.

Identificação

Nome:

Apelido:

Temas e principais perguntas

1 Estrutura e recursos financeiros

- 1) Qual conhecimento possui sobre o repasse dos recursos financeiros para o Caps?
- 2) Conhece a forma de financiamento do serviço? O que você acha?
- 3) Como são administrados os recursos repassados? Existe planejamento?
- 4) Na sua opinião, a descentralização administrativa dos recursos possibilita o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do Caps? Quais as vantagens e desvantagens identifica?
- 5) Na sua opinião, os recursos repassados (gerados pelo serviço) são suficientes para realizar as atividades do Caps? Em caso de resposta negativa, quais atividades ficam prejudicadas e/ou poderiam ser realizadas se houvessem recursos?
- 6) Existem dificuldades no funcionamento do Caps com relação a falta de recursos financeiros? Quais identifica?

2 Recursos humanos e projeto terapêutico

- 1) Quais dificuldades identifica no trabalho em equipe no Caps?
- 2) Na sua opinião, quais vantagens o trabalho em equipe possibilita?
- 3) Considera importante a capacitação específica em saúde mental para atuar no Caps? Fale sobre.

- 4) Na sua opinião, qual a importância da interdisciplinaridade no atendimento ao usuário de saúde mental?
- 5) Considera importante conhecer sobre a política de saúde mental, seus princípios, sua estrutura e organização para o trabalho do Caps?
- 6) Como acontece o planejamento e a avaliação das ações do Caps?
- 7) Na sua opinião, em relação ao atendimento nas instituições tradicionais/asilares (hospitais psiquiátricos), como é o atendimento ao usuário no Caps?

3 Participação do usuário e da família no tratamento

- 1) Como é pensado o projeto terapêutico de tratamento do usuário?
- 2) Como o usuário participa do planejamento do seu tratamento?
- 3) Quais as formas criadas para oportunizar a participação do usuário no planejamento do seu tratamento?
- 4) A família participa do tratamento? Em caso de resposta afirmativa, de que forma? Em caso de resposta negativa, por quê?
- 5) Quais as formas criadas para oportunizar a participação da família no tratamento?
- 6) Quais dificuldades identifica com relação a realização do atendimento familiar?
- 7) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção familiar do portador de transtornos mentais?
- 8) Qual o papel dos usuários (ou da associação de usuários e familiares) no planejamento das ações do Caps?
- 9) Na sua opinião, qual a importância das associações de usuários e familiares para o tratamento do portador de transtornos mentais e para os serviços de saúde mental?

4 Inserção social

- 1) Na sua opinião, as práticas assistenciais realizadas no Caps encaminham-se na direção da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial?
- 2) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção social do portador de transtornos mentais?
- 3) Quais avanços e conquistas identifica com relação a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais?
- 4) Na sua opinião, o atendimento no Caps possibilita ao usuário a construção da sua autonomia? Como?

- 5) Na sua opinião, a organização atual dos serviços de saúde mental (da política de saúde mental) favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais? Qual a importância do caps nesse contexto?

5 Integração com a rede municipal de assistência em saúde

- 1) Qual a relação do Caps com a(s) equipe(s) de Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência?
- 2) O Caps tem controle das internações psiquiátricas no seu território? Em caso afirmativo, como ocorre este controle?
- 3) Na sua opinião, qual o lugar que o Caps ocupa na rede de atenção em saúde? Constitui-se no serviço que regula a porta de entrada para o atendimento em saúde mental?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este instrumento tem a intenção de obter o seu consentimento por escrito para participar do estudo “A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis”, durante o período de 01 a 31 de março de 2006, com o intuito de contribuir para o levantamento de dados para a elaboração do referido trabalho.

O estudo tem como objetivo geral analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Ao propormos a presente pesquisa esperamos contribuir com a produção de conhecimentos e saberes sobre as novas práticas de atenção e cuidado ao portador de transtornos mentais.

Os relatos obtidos serão confidenciais e, portanto, não será utilizado o nome dos participantes em nenhum momento, garantindo sempre o sigilo da pesquisa e os preceitos éticos da profissão. Os depoimentos serão referenciados pelo apelido a ser escolhido pelo próprio entrevistado

Certa de sua colaboração, agradeço sua disponibilidade em participar do estudo.

Eu _____,
consinto em participar desta pesquisa, desde que respeitadas as respectivas proposições contidas neste termo.

Florianópolis, março de 2006.

Assinatura do entrevistado.

ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

FERNANDA SCALZAVARA

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Serviço Social** - Área de concentração: Serviço Social, Direitos Humanos e Questão Social.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ivete Simionatto.

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de **Mestre em Serviço Social**, e aprovada na sua forma final, em 31/7/2006, atendendo as normas vigentes no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e na Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof^a Dr^a Catarina Maria Schmickler
Coordenadora do PPGSS/UFSC

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Ivete Simionatto, Dr^a.
Departamento de Serviço Social/UFSC
Presidente

Prof^o Walter Ferreira de Oliveira, Ph.D.
Departamento de Saúde Pública/UFSC
Membro

Prof^o Jonas Salomão Spricigo, Dr.
Departamento de Enfermagem/UFSC
Membro

Prof^o Mário Teixeira, Dr.
Departamento de Clínica Médica/UFSC
Membro Suplente

*Aos profissionais e aos usuários do CAPS
Ponta do Coral de Florianópolis.*

AGRADECIMENTOS

Desejo expressar meus sinceros agradecimentos aos profissionais do CAPS Ponta do Coral, pela receptividade, atenção, acolhimento e colaboração na fase mais importante desta pesquisa, assim como pela consideração ao meu trabalho profissional. Também, aos usuários desta unidade de serviço, pela forma carinhosa e acolhedora com que sempre me receberam.

À professora Ivete Simionatto por ter aceitado a orientação do trabalho; agradeço a oportunidade de poder ter desenvolvido a pesquisa de meu interesse e desejo profissional.

Aos professores Jonas Spricigo e Mário Teixeira pela atenção, disponibilidade e colaboração, essenciais na definição e elaboração do projeto de dissertação. Igualmente, ao professor Walter Ferreira de Oliveira pelas considerações e contribuições no exame de qualificação.

À sempre Mestre, amiga e professora Iliane Kohler, pela relação de ensino-aprendizado humana, saudável, mantida no decorrer de toda a minha vida acadêmica; pelas ajudas concretas nos momentos de dificuldades, pelos conselhos, orientações e *encaminhamentos* necessários nos instantes, nas horas, nas fases de incerteza, insegurança, angústia, desespero.

Aos profissionais Mara Regina de Oliveira e Antônio Heinzen Filho, pelo suporte terapêutico necessário nos últimos anos da minha vida; especialmente por terem me ajudado a transformar as dificuldades, os obstáculos, as conquistas cotidianas no *Mestrado da Vida*.

Às profissionais e amigas Maria Sirene Cordioli e Maria Inês Bernardino, pela relação profissional responsável, ética, competente, que me impulsionou para os estudos na área da saúde mental; pela amizade acolhedora, carinhosa, fraterna, pelas comemorações e pelos momentos de descontração.

Aos meus pais e à minha família, base dos meus valores ético-morais.

Às minhas amigas e aos meus amigos, que de perto ou de longe, acompanham minha trajetória, acreditam e torcem por mim.

Formalmente, agradeço as instituições públicas CAPES e UFSC, através dos programas PROF e PGSS, pelo financiamento da bolsa que permitiu a dedicação profissional integral para a realização deste trabalho.

RESUMO

O presente trabalho tem como objeto de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. Constitui-se como objetivo geral da presente pesquisa analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Os procedimentos metodológicos da pesquisa constaram de: pesquisa empírica na coleta das informações, através de entrevistas semi-estruturadas, gravadas, realizadas com um profissional de cada área de formação de nível superior, dentre as existentes no CAPS, e aplicação de formulário, com questões fechadas, a todos os profissionais que compõem a equipe. As informações coletadas foram sistematizadas e organizadas em itens correspondentes aos eixos que nortearam a coleta dos dados, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde. A análise final foi realizada com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os resultados obtidos nos permitem concluir que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a efetividade e eficácia dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial. De maneira geral, podemos afirmar que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológico, técnico assistencial, político-jurídico, social cultural.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, política de saúde mental, serviços substitutivos.

ABSTRACT

The objective of present work is to study the operationalization of the Psychiatric Reformation in the city of Florianopolis, Brazil, based on one specific institutional model - the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral. The general objective of the present research is to analyze the institutional reality at the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral, Florianopolis, related to the operational process of mental health politics, based on the requirements of the Brazilian Psychiatric Reformation. The research methodological procedures have consisted of: empirical research and data collection, through semi-structured interviews, recorded, realized under the presence and supervision of a professional of each field, plus de existing data from the CAPS, and filled application, with closed questions, to all the professionals who compose the team. The data colleted was systematized and organized in items and events that are surrounded the data collection, which are: financial structure and resources, human resources and therapeutic project, participation of the user and the family in the treatment, social insertion, and integration of the service with the municipal network of assistance in health. The final analysis was based on theoretical production on mental health and the Psychiatric Reformation. The results allowed us to conclude that in scope of management of CAPS, the limited number of studies and the difficulties to transfer and administer them harmed the functioning of the service. The contributing factors were lack of strategic planning and systematic evaluation of actions. The difficulties associated with teamwork compromised the effectiveness and efficacy of the objectives. The absence of a municipal network dedicated to structure and articulate mental health appears as an obstacle to the practice of desinstitutionalization and psychosocial rehabilitation. In general, we can affirm that the changes in the assistance model, directed for Psychiatric Reformation is one of the challenges to the concretization to mental health politics in a new interaction between society and people with psychological illnesses. The operationalizational political difficulties of mental health go through different fronts of performance which constitute the complexity of social processes associated with Reformation in its different dimensions. These dimensions are: theoretic-epistemological, technical assistance, politic-legal and socio-cultural.

Keywords: Psychiatric Reformation, mental health politics, substitute services.

LISTA DE SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
APAC - Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CPASM - Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental
CMS – Conselho Municipal de Saúde
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FNS – Fundo Nacional de Saúde
INAMPS – Instituto Nacional de Aposentadorias e Pensões
IPQ – Instituto de Psiquiatria Catarinense
MS – Ministério da Saúde
MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS – Organização Mundial para a Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF - Programa de Saúde da Família
RP – Reforma Psiquiátrica
SIH - Sistema de Informação Hospitalar
SAI – Sistema de Informação Ambulatorial
SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
SUS – Sistema Único de Saúde
TR – Terapeuta de Referência
ULS – Unidade Local de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Procedimentos metodológicos	18
2 REFORMA PSIQUIÁTRICA	222
2.1 O Modo Psicossocial	26
2.1.2 Atenção Psicossocial.....	28
2.2 Desinstitucionalização	30
2.3 Reabilitação psicossocial	32
3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA	344
3.1 Estrutura e recursos financeiros	344
3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico	45
3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental	46
3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário	51
3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações.....	59
3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento.....	65
3.3 Participação do usuário e da família no tratamento	69
3.3.1 Planejamento terapêutico individual.....	70
3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral.....	72
3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares	81
3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia.....	88
3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental.....	96
3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica	106
3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde...	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
REFERÊNCIAS.....	125
APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS.....	130
ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica.....	136

1 INTRODUÇÃO

O processo de mobilização, organização e luta pela Reforma Psiquiátrica brasileira origina-se no contexto dos movimentos sociais, no período de redemocratização do país (décadas de 1970/1980), e tem como base os pressupostos da Reforma Sanitária brasileira e da Psiquiatria Democrática italiana. Tal movimento esteve direcionado no sentido da crítica e desconstrução gradativa da assistência existente, embasada no saber psiquiátrico, que justificava as práticas decorrentes do modelo asilar e, ao mesmo tempo, buscava a construção de propostas de superação deste modelo.

Os anos de luta pela transformação do modelo assistencial tradicional (asilar), centrado na internação hospitalar, culminaram com a criação e regulamentação de leis e portarias relativas à implantação de uma rede de serviços substitutivos a este. A partir da década de 1990 um conjunto de leis, portarias, decretos, resoluções define novas exigências em relação à assistência psiquiátrica prestada aos portadores de transtorno mental¹, incluindo a adequação das condições físicas das instituições de atendimento, a existência de projeto terapêutico, equipe multidisciplinar e outros dispositivos que garantam maior qualidade assistencial.

A Reforma Psiquiátrica é um processo em construção, que envolve tanto a sociedade civil, através dos diferentes os movimentos sociais, os profissionais, os usuários, bem como os órgãos gestores das políticas públicas. Estes são os responsáveis pela operacionalização das ações com relação a mudança de paradigma e prática em saúde mental. Nessa trajetória, aos profissionais cabe exercer o papel de sujeitos e críticos do processo de implantação da Reforma Psiquiátrica; aos gestores da política de saúde compete a decisão política com vistas a assegurar as condições técnicas para a implementação e operacionalização dos serviços de atenção; aos movimentos sociais fica a luta política pela construção social de um outro sentido para lidar com a "loucura" e com o "louco", a partir de uma transformação na relação sociedade/loucura.

¹ Cabe destacar que a expressão “portador de transtorno mental” é adotada neste estudo por acreditar-se que a palavra portador traz em si um caráter mutante. Ou seja, secundariza o transtorno mental e resgata o sujeito envolvido na condição de enfermo, como um ser dinâmico. Por sua vez, o termo transtorno mental traz um caráter psicossociológico, dinâmico, mutável, diferente do termo doença mental, muito embora não seja menos controvertido do que este último (ROSA, 2003, pp. 37-38). E, também, por ser “portador de transtorno mental” a expressão utilizada na linguagem técnica constante na política de saúde mental do Ministério da Saúde.

No curso das transformações operadas na e pela Reforma Psiquiátrica destacamos como marco significativo recente a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM)². Em seu documento conclusivo reafirma-se que as políticas de saúde mental devem respeitar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das leis Federal e estaduais, priorizando a construção da rede de atenção integral em saúde mental. Tais políticas devem ter como pressupostos básicos a inclusão social e a reabilitação psicossocial, estar integradas com outras políticas sociais, como educação, trabalho, lazer, cultura, esporte e habilitação profissional, visando garantir o exercício pleno da cidadania (BRASIL, 2002a).

O mesmo documento ressalta que a reorientação do modelo assistencial deve estar direcionada para concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e de promoção da saúde. Nesse sentido, é fundamental que as novas modalidades assistenciais desenvolvam práticas pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a auto-estima, a autonomia e a cidadania, buscando superar a relação de tutela e reprodução da institucionalização e/ou cronificação (BRASIL, 2002a).

A mudança do modelo assistencial é um dos desafios da Reforma Psiquiátrica. Busca-se, no âmbito da gestão pública, a construção de um novo pacto para transferir os recursos aplicados no modelo hospitalar para uma assistência comunitária. Entretanto, a mudança da lógica de atenção em saúde mental requer, também, uma mudança de paradigma. No bojo dos novos dispositivos de cuidado necessariamente deve estar uma nova ética do cuidar, baseada na premissa básica da autonomia possível e dos direitos humanos dos portadores de sofrimento psíquico. Isso significa considerar que as possibilidades de novas práticas terapêuticas devem caminhar ao lado da preocupação com a mudança das representações simbólicas do “louco” na sociedade, e com a produção de outros saberes.

Na atualidade, todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, bem como a literatura da área, referem-se a desconstrução como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade das ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Tal proposição tem como base a

² Realizada em Brasília, de 11 a 15 de dezembro de 2001. A I Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em 1987 e a II em 1992.

incapacidade da psiquiatria em explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (TORRE; AMARANTE, 2001).

O modelo manicomial tem seu fundamento na noção de que a experiência de sofrimento psíquico diversa (delírio, alucinação) é sinônima de erro. Um dos aspectos mais importantes no processo de transformação radical deste é a superação do conceito de doença. Conforme apontam Torre e Amarante (2001, p.73-85), “não se trata, obviamente, de negar a diversidade da experiência do delírio ou da alucinação, mas de não utilizar o conceito de doença (igual a erro) na relação com o sujeito”. Nesta direção, Rotelli (1990) propõe, no lugar do objeto “doença mental”, o objeto “existência-sofrimento” do sujeito em sua relação com o corpo social.

Segundo Costa-Rosa (et. al., 2003, p. 28), “ao se buscar a superação do saber psiquiátrico, sobretudo do paradigma doença-cura, procurou-se romper com práticas identificadas com o modelo clínico, por considerá-las ineficazes, segregadoras”. Busca-se no modo psicossocial estabelecer-se “a construção de uma relação de contrato com o sujeito que substitua a relação de tutela instaurada pela psiquiatria” (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 73-85). Como oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar surge, no contexto da Reforma Psiquiátrica, a atenção psicossocial como paradigma do modo psicossocial.

A origem das práticas de atenção psicossocial, como designação de experiências significativas no contexto da saúde mental, está relacionada às contribuições das diferentes experiências históricas de reforma, que incluem as Comunidades Terapêuticas e a Antipsiquiatria, na Inglaterra, a Psicoterapia Institucional, na França, a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, nos Estados Unidos e a Psiquiatria Democrática, na Itália³. No caso brasileiro somam-se as contribuições das políticas públicas e das experiências locais pioneiras dos centros e núcleos de atenção psicossocial, em Santos, São Paulo.

O modelo psicossocial vem ganhando elementos tanto em termos teórico e técnico quanto ideológicos e éticos, aptos a constituírem um novo paradigma para as práticas em saúde mental, capaz de substituir o paradigma psiquiátrico que ainda é dominante. Costa-Rosa (et al., 2003, p.31), observa que de modo geral os elementos teóricos subjacentes a essas experiências passam principalmente pelas idéias sociológicas e psicológicas, pelo materialismo histórico, pela psicanálise e pela filosofia da diferença. Nesse sentido, é importante indicar que o lugar social da saúde mental é um lugar de

³ Estudos sobre estas experiências encontram-se em DESVIAT (1999); ROTELLI (2001).

conflito, confronto e contradição. Entender a saúde mental dessa forma implica em reconhecê-la como expressão e resultante de relações e situações sociais concretas. “Por qualquer perspectiva que se olhe, tratar-se-á sempre de um eterno confronto: pulsações de vida/pulsações mortíferas; inclusão/exclusão; tolerância/intolerância” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p. 29).

A operacionalização da Reforma Psiquiátrica, através da implantação da rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, territorializados e integrados à rede de saúde, tem sido uma construção lenta e difícil, perpassada por interesses políticos e econômicos. Muitas vezes são privilegiados procedimentos técnico-burocráticos, assistenciais, em prejuízo de um serviço que tenha como foco o tratamento da pessoa humana na sua dimensão integral. Por outras, a Reforma Psiquiátrica é entendida como sinônimo de reestruturação de serviços; introdução ou modernização de novas tecnologias de tratamento e cuidado; promulgação de uma nova legislação. Em geral, os problemas passam pela tendência de tornar a Reforma a implantação de centros de atenção psicossocial, de forma a banalizar o serviço, fazendo com que estes sejam uma extensão do hospital psiquiátrico (AMARANTE, 2005).

Não obstante, a transformação do modelo de atenção tradicional requer a construção de uma rede de atendimento ampla, com serviços diversificados e complementares, substitutivos das práticas asilares. O modelo substitutivo não significa alternativo, paralelo, complementar ou intermediário do sistema tradicional. Trata-se de um serviço forte, que comporta uma estrutura complexa em que o sentido das práticas deve ser alterado do “eixo da clínica” para o “eixo da cidadania”. Isso significa olhar para a pessoa-sujeito e não unicamente para a doença (AMARANTE, 2005).

Pensar a mudança do paradigma teórico-conceitual clássico significa provocar uma transformação na cultura da forma tradicional de ver e lidar com a loucura, buscar a construção de um outro lugar social para a loucura e a doença mental, a partir de uma transformação das relações sociedade-loucura/doença mental.

Nesse processo, os centros de atenção psicossocial (CAPS) constituem-se no “braço” do modelo psicossocial. Tornam-se serviços privilegiados para o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial e dispositivos estratégicos para a mudança da atenção em saúde mental.

De acordo com as normatizações do Ministério da Saúde, são atribuições dos CAPS: organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; prestar atendimento em regime de atenção diária; oferecer cuidado clínico eficiente e personalizado; realizar a

dispensação de medicamentos; acompanhar usuários que moram em residências terapêuticas; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, assessorando o trabalho dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território ou área de abrangência (BRASIL, 2004).

No sentido de favorecer o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, bem como estimular a mudança da lógica de ver e lidar com a “doença” e o “doente mental”, o direcionamento da Política Nacional de Saúde Mental preconiza que os projetos terapêuticos dos CAPS podem ultrapassar a estrutura física da unidade, em busca da rede de suporte social comunitária. O atendimento prestado deve ser através de projeto terapêutico individualizado, construído conjuntamente com o usuário. A preocupação principal não deve ser o estabelecimento de um diagnóstico clínico, mas sim o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2004).

Com base no exposto, a presente dissertação de mestrado tem como recorte de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - O Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. A escolha deste CAPS deve-se ao fato de ser este um serviço público de atendimento diário a portadores de transtornos mentais adultos, único nesta modalidade no município. A população de Florianópolis conta com outros dois centros de atenção psicossocial, um para atendimento de crianças e adolescentes (CAPSi) e outro para atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (CAPSad).

O CAPS Ponta do Coral constitui-se no principal serviço de atendimento extra-hospitalar na realidade local, desempenhando um papel central na assistência a portadores de transtornos mentais graves. A rede municipal de atenção em saúde mental é incipiente, com poucos recursos e o CAPS enfrenta diversas dificuldades na realização de suas atividades, concentrando uma demanda de atendimento superior a sua capacidade.

Destacamos a relevância deste estudo na medida em que está em curso no país uma reforma nos serviços de assistência em saúde mental, em que a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos pelo cuidado comunitário/ambulatorial tem sido a

diretriz básica para a reorganização da política de saúde mental, desde o nível federal aos níveis estadual e municipal.

A reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

O processo de reestruturação dos serviços de saúde mental está baseado na organização de uma rede comunitária de cuidados. Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esportes etc), culturais, religiosos e de lazer são convocados para potencializar as equipes de saúde na tarefa de realizar ações de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004).

Fazem parte desta rede de serviços de saúde mental os centros de atenção psicossocial, os núcleos de atenção psicossocial (NAPS), os serviços residenciais terapêuticos (SRTs), os hospitais gerais, os centros locais de saúde, as equipes de saúde da família e agente comunitários de saúde, entre outros. Particularmente, neste trabalho, nos interessamos por estudar os CAPS por estes assumirem um papel central na organização da rede, constituindo-se em serviços de atenção que “almejam à outra lógica, outra fundamentação teórica-técnica e outra ética, que não mais a do paradigma psiquiátrico” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.19).

Os CAPS foram criados para serem substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos, oferecendo atendimento em saúde mental à população de sua área de abrangência. São atendidas pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, incluindo aquelas que apresentam transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e crianças e adolescentes. As práticas realizadas neste tipo de serviço devem caracterizar-se por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro, na comunidade.

Oficialmente os CAPS foram instituídos pela Portaria GM/MS N°224/1992 e definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam uma população adscrita definida pelo nível local e oferecem atendimento de cuidados intermediários entre

o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (BRASIL, 2002b).

Atualmente, os CAPS são regulamentados pela Portaria GM/MS N° 336/2002 e integram a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta portaria estabelece critérios de porte/complexidade e abrangência populacional aos CAPS, classificando-os nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad⁴. A classificação dos diversos tipos de CAPS difere, basicamente, quanto ao tamanho da população pela qual se responsabilizam e quanto ao regime de funcionamento.

Os profissionais que trabalham nos CAPS integram uma equipe multiprofissional. São técnicos de nível superior e nível médio, de diferentes áreas de formação. Os profissionais de nível superior são médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física entre outros necessários para as atividades oferecidas, de acordo com o projeto terapêutico do CAPS. Os profissionais de nível médio podem ser técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores, artesãos, profissionais de limpeza e cozinha (BRASIL, 2004).

As equipes técnicas possuem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. Cabe aos profissionais a tarefa de organizar-se para realizar o acolhimento dos usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, realizar as atividades de reabilitação psicossocial, equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas.

Ao considerarmos as práticas em saúde mental de um centro de atenção psicossocial nosso objeto de estudo estamos entendemos que é a partir delas que a mudança de paradigma se torna possível, haja vista que a estruturação de uma rede de

⁴ O CAPS I tem capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e deve funcionar das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira; o CAPS II atende municípios com população entre 70.000 e 200.000, deve funcionar das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas; o CAPS III atende municípios com população acima de 200.000 habitantes, funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana. Já os CAPSi e os CAPSad possuem características diferenciadas dos demais. O CAPSi é referência para municípios com população acima de 200.000 habitantes e constitui-se em um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período até 21 horas. Os CAPSad destinam-se a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. É indicado em municípios com população acima de 100.000 habitantes, funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas (BRASIL, 2002b).

novos serviços de saúde mental não constitui por si só uma ruptura com o paradigma das práticas asilares, da segregação e da tutela do portador de transtorno mental. Contudo, sabemos que analisar uma realidade institucional é uma tarefa difícil, principalmente quando nos propomos olhar esta realidade em movimento, permeada de contradições e como fruto de um processo sócio-histórico.

Nesse sentido, elegemos como sujeitos informantes os profissionais que atuam no Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, por entendermos que a eles cabe a tarefa de realizar as atividades institucionais cotidianas. Esses profissionais integram uma equipe multiprofissional e assumem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. A nosso ver, constituem-se atores sociais centrais no processo de implementação e operacionalização da Reforma Psiquiátrica na realidade local.

Com isso queremos destacar que os profissionais de saúde mental exercem um papel relevante para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, seja como partícipes dos movimentos sociais, como gestores da política de saúde mental e/ou como trabalhadores (técnicos) nos serviços de assistência. Particularmente, aos profissionais dos CAPS cabe o compromisso de operacionalizar a mudança da lógica da assistência, na medida que estão atuando em um serviço considerado um dispositivo estratégico da rede de assistência em saúde mental. Esses profissionais estão diretamente ligados aos usuários do serviço e a implementação da política de saúde mental, função que os coloca na linha de frente de um cenário novo que vem passando por formulações e reformulações nos campos “político-jurídico, técnico-assistencial, epistemológico e sociocultural” (AMARANTE, 2003).

Torna-se pertinente ressaltar que o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) teve forte influência nos avanços ocorridos na mudança da assistência psiquiátrica. Constituído inicialmente de técnicos de saúde mental buscava a melhoria da assistência psiquiátrica e denunciava a situação precária dos manicômios. O MTSM posicionou-se em relação à assistência prestada, politizou a questão da Reforma, construiu uma linha de pensamento crítica no campo da saúde mental. Organizados, os trabalhadores criaram fóruns de discussões locais de caráter técnico e político e defenderam as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Posteriormente, o movimento ampliou-se no sentido de ultrapassar sua natureza técnico-científica, organizou sua estrutura administrativa como fórum nacional e passou a ser designado Movimento da Luta Antimanicomial, tornando-se um movimento social que passou a englobar várias entidades como associações de usuários

e familiares⁵, ONGs, entre outras (AMARANTE, 1994, 1995a; SOUZA, 2001; VASCONCELOS, 2000b, 2004).

Assim, nos parece certo que os profissionais de saúde mental são atores sociais influentes na efetivação da Reforma Psiquiátrica. Razões significativas para pesquisar e valorizar suas experiências e opiniões, na medida em que seus relatos podem indicar como vem se realizando no dia-a-dia a Reforma, bem como contribuir para a construção de novas práticas e a produção de novos saberes. E, entendemos como Foucault, que os saberes não são apenas conhecimentos acadêmicos, produções que se autodenominam científicas. Os saberes também estão onde são produzidos, pois sempre criam visões de mundo, produzem histórias e História.

Dessa forma, a presente pesquisa tem a finalidade específica de contribuir para a análise das práticas locais de saúde mental, a partir do estudo da realidade vivenciada no CAPS de Florianópolis e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Lembramos, ainda, que neste ano de 2006 o CAPS Ponta do Coral completa dez anos de atividades, fato que nos leva a destacar a importância de um estudo que identifique as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação deste serviço. No geral, busca-se fornecer subsídios para os avanços nas políticas de saúde mental e contribuir para a produção de conhecimentos sobre a realidade da prática das políticas públicas de saúde mental. Para tanto, elegemos como eixos de estudo e análise cinco pontos, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social e integração com a rede municipal de assistência em saúde.

Constitui-se como objetivo geral do presente estudo a análise da realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Para alcançarmos este definimos como objetivos específicos: 1) caracterizar a estrutura e os recursos financeiros disponibilizados

⁵ Cabe registrar que no campo da saúde mental encontram-se associações de composição variada. Há associações de usuários; associações de familiares; associações de usuários e familiares; associações de usuários, familiares e técnicos; associações de usuários e técnicos; e associações de técnicos e familiares. Em sua maior parte, o processo organizativo das associações é conduzido por elementos de constituição de laços de solidariedade e ajuda mútua. Contudo, existem associações que são favoráveis à agenda de inovações da assistência colocada pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e, outras, que se caracterizam como uma comunidade de veto em relação à mesma agenda (SOUZA, 2001).

e sua adequação às atividades do Caps; 2) conhecer as práticas assistenciais desenvolvidas pelo CAPS com relação ao projeto terapêutico e como se organiza o trabalho da equipe técnica; 3) identificar como ocorrem as práticas institucionais de participação do usuário e da família no tratamento e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica; 4) identificar se existem e quais são as ações institucionais, intersetoriais e/ou outras criadas com relação a inserção social do portador de transtornos mentais; 5) descrever e analisar a relação existente entre o CAPS e a rede municipal de assistência em saúde com relação a operacionalização da política de saúde mental e do SUS; 6) identificar quais as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação do CAPS, pontos positivos e negativos.

1.1 Procedimentos metodológicos

Para operacionalizar os objetivos do nosso estudo foi realizada uma pesquisa de caráter qualitativo, do tipo estudo de caso. Segundo Minayo (1994), a pesquisa qualitativa, nas ciências sociais, responde a questões particulares, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Isso significa considerar que trabalhamos com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que correspondem a pontos mais profundos das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser quantificáveis. E, segundo Chizzotti (2003, p. 104), em geral, a pesquisa qualitativa objetiva provocar o esclarecimento de uma situação para uma tomada de consciência pelos próprios pesquisados dos seus problemas e das condições que os geram, a fim de elaborar meios e estratégias de resolvê-los.

Dentre os tipos de pesquisa qualitativa, o estudo de caso talvez seja um dos mais relevantes. É uma modalidade que propicia retratar uma realidade de forma ampla e profunda, de forma a revelar a multiplicidade de dimensões presentes numa determinada situação e contextualizar o objeto para melhor compreendê-lo (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Nesta forma de estudo, o caso é tomado como unidade significativa do todo porque tanto retrata uma determinada realidade quanto revela a multiplicidade de aspectos globais presentes em uma dada situação (CHIZZOTTI, 2003). A principal função do estudo de caso é a explicação sistemática de fatos que ocorrem no contexto social e geralmente se

relacionam com uma multiplicidade de variáveis. Essa técnica caracteriza-se por ser um estudo intensivo, o qual deve considerar a compreensão geral do assunto investigado (FACHINI, 2001).

O local escolhido para a realização do estudo, o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, é um serviço público, municipal, cadastrado na modalidade CAPS II, situado à rua Rui Barbosa, 713 (fundos), no bairro Agrônômica, Florianópolis/SC. CAPS Ponta do Coral funciona das 8h às 18hs e atende uma demanda média diária de 40 usuários. O serviço foi criado em março de 1996 e funciona neste endereço desde o mês de dezembro do mesmo ano⁶.

A principal fonte de informação da presente pesquisa constituiu-se das falas dos profissionais, de formação de nível superior, e, no resultado do formulário aplicado a todos os membros da equipe do CAPS Ponta do Coral. Utilizamos para a coleta de informações a entrevista semi-estruturada, gravada, com questões abertas, e a aplicação de formulário com questões fechadas (Apêndices A e B). As entrevistas foram orientadas por um roteiro com perguntas estruturadas e agrupadas em cinco blocos correspondentes aos eixos de estudo da pesquisa. De acordo com Trivinos (1987), a entrevista semi-estruturada geralmente parte de certos questionamentos básicos, de perguntas fundamentais derivadas da teoria que é adotada para a pesquisa e de informações que o pesquisador possui sobre o tema a ser pesquisado.

Na pesquisa qualitativa, a entrevista é uma das técnicas mais utilizadas na coleta do material empírico. No tipo de estudo escolhido, foi possível perceber que a entrevista constituiu-se na ferramenta capaz de possibilitar a obtenção de dados mais profundos da realidade, os quais só podem ser obtidos com a contribuição dos sujeitos envolvidos.

O trabalho empírico para coleta dos dados e das informações na Instituição foi realizado entre a segunda quinzena do mês de março e a primeira quinzena do mês de abril de 2006 (16/3/2006 a 13/4/2006). A coleta teve início após a apresentação e solicitação de autorização para a realização da pesquisa à coordenação da Instituição. O projeto foi encaminhado à Comissão de Ensino e Pesquisa do CAPS II Ponta do Coral e à Direção de

⁶ A implantação do serviço foi efetivada em 25/3/1996, ficando instalado, provisoriamente, junto ao Centro de Saúde II do Centro de Florianópolis (atual ULS Centro), na Avenida Rio Branco. Em dezembro do mesmo ano foi transferido para o atual endereço, passando a ser chamado NAPS Ponta do Coral. Seu credenciamento no Ministério da Saúde aconteceu ao longo do ano de 1997. Em 2002, a Portaria GM n° 336 regulamentou a denominação dos antigos NAPS para CAPS (STUANI, 2005).

Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis para parecer. Mediante o parecer favorável (Anexo A) das referidas instâncias, foi realizada, em reunião de equipe, a apresentação do projeto aos profissionais do CAPS Ponta do Coral. Concluída esta etapa, foi realizada a entrevista pré-teste. A escolha do profissional observou os critérios constantes da metodologia do projeto. A entrevistada foi uma profissional da área da psicologia (área que tem mais de um profissional no CAPS) que tinha disponibilidade para a realização da entrevista na data escolhida. A partir desta entrevista, foram realizadas pequenas alterações no roteiro, com vistas a agrupar algumas perguntas, no sentido de diminuir o tempo necessário à efetivação da mesma. A referida entrevista teve a duração aproximada de uma hora e vinte minutos, acrescida de mais quinze minutos para a aplicação do formulário, totalizando uma hora e trinta e cinco minutos.

No total, foram realizadas seis entrevistas e aplicados doze formulários, de acordo com a metodologia estabelecida, a qual privilegiou, para a entrevista, o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de ensino superior, dentre as existentes no CAPS Ponta do Coral, quais sejam: psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Os formulários foram aplicados a todos os profissionais de formação de nível superior e de formação de nível médio. Foi necessário realizar sorteio do profissional a ser entrevistado apenas com relação a área da psicologia, por esta ter quatro profissionais atuando na equipe do CAPS. Como utilizamos um deles para a realização do pré-teste, participaram do sorteio apenas os outros três. O sorteio foi realizado na presença de outras duas profissionais da equipe.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos profissionais. A aplicação dos formulários foi simultânea e obedeceu ao mesmo critério. No caso de três dos profissionais entrevistados não foi possível realizar a aplicação do formulário no momento da entrevista, a pedido dos mesmos, devido a limitações de tempo. As entrevistas foram gravadas em fitas cassete, com a autorização prévia dos entrevistados, e, posteriormente, as falas foram transcritas.

As informações e os dados coletados foram sistematizados e classificados, de acordo com os eixos de pesquisa, e posteriormente analisados com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os dados originados dos formulários foram analisados e tratados descritivamente, ou seja, reduzidos a termos descritivos. Para efeito de padronização e de comparação foi adotado o método da porcentagem.

A análise final, que, segundo Minayo (1994), corresponde a um movimento contínuo entre o empírico e o teórico e vice-versa para fazer do caos aparente das

informações revelações da sua especificidade, foi construída pela síntese das informações coletadas em cada eixo de estudo, previamente definidos.

As questões éticas foram consideradas em todas as etapas do estudo, especialmente, na relação com os entrevistados, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) e dentro do que determina a Resolução N° 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde e o Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina. Os profissionais foram informados e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa quando da apresentação do projeto em reunião de equipe e individualmente antes da realização da entrevista. Foi preservado o anonimato dos entrevistado ao se utilizar codinomes para referenciar as falas no trabalho, destacando-se que os mesmos escolheram livremente seu próprio apelido quando da realização da entrevista. Apenas uma das entrevistadas optou por deixar a cargo da pesquisadora a escolha do codinome.

O trabalho que ora apresentamos está organizado de forma a contemplar, neste primeiro capítulo, a introdução do tema e a metodologia utilizada na pesquisa; no segundo capítulo descrevemos, sistematizadamente, o norte teórico utilizado como referência para a análise dos dados e das informações coletadas; no terceiro capítulo trazemos os resultados e as análises da pesquisa. Ao final, resgatamos os principais tópicos relacionados aos eixos de estudo e expomos nossas considerações finais sobre o tema.

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA

Procuramos expor neste capítulo uma síntese das análises de alguns autores que têm contribuído para o avanço nas discussões sobre a Reforma Psiquiátrica, bem como a definição do que vem a ser este outro modelo de atenção em saúde mental – o Modo Psicossocial, tanto em seus aspectos prático-assistenciais quanto em suas exigências éticas e teóricas, no sentido de construirmos o norte teórico orientador das análises da presente pesquisa.

Todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, na atualidade, bem como a literatura da área estabelecem a categoria teórico-prática “desconstrução” como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade nas ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Reiteram, também, a incapacidade da psiquiatria de explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (BASAGLIA, 1985; ROTELLI, 1990). Neste sentido, a proposta da Reforma Psiquiátrica objetiva criar experiências alternativas ao hospital psiquiátrico e ao modelo de suas práticas, através da extinção desse tipo de instituição e sua substituição por recursos que sejam capazes de rever tanto as concepções do “objeto” quanto dos “meios” e modos da sua intervenção nessa área.

A partir das contribuições colocadas por Fleury (et. al., 1989), com relação ao conceito de Reforma Sanitária como um “processo de transformação estrutural”, e da noção de *processo social complexo* proposta por Rotelli (1990), Paulo Amarante (2003, p.49), define Reforma Psiquiátrica como:

um processo social complexo que se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade.

Nessa concepção, o autor observa que processo indica algo em permanente movimento, que não tem um fim predeterminado, nem um objetivo último ou ótimo. E, a idéia de complexidade é posta não como sinônimo de complicação, mas sim como uma atitude epistemológica no sentido de reabrir a possibilidade de recomplexificação do fenômeno, proposição oposta a naturalização/objetualização da noção de doença. Neste sentido, a doença deixaria de ser reduzida a uma alteração biológica, para tornar-se um

processo de saúde/enfermidade. Em outras palavras, “a doença não é um objeto, mas uma experiência nas vidas de sujeitos distintos” (AMARANTE, 2003, p.53).

Na continuidade de suas análises sobre a Reforma Psiquiátrica Amarante (2000, 2003) designa quatro dimensões para as transformações operadas na e pelas práticas da Reforma, quais sejam: teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural.

A dimensão teórico-conceitual ou epistemológica contempla o conjunto de questões que dizem respeito a produção de conhecimentos e saberes que irão subsidiar as práticas. É uma dimensão que vai desde a reflexão dos conceitos mais fundamentais do campo das ciências até os conceitos produzidos pela psiquiatria: alienação, doença mental, normalidade/anormalidade, terapêutica e cura. Um aspecto muito importante desta dimensão refere-se ao desafio de se repensar as relações entre conhecimento e objeto (AMARANTE, 2003).

Na interpretação de Costa-Rosa (et al., 2003, p. 32), o campo teórico-conceitual pauta-se na desconstrução de conceitos e práticas, sustentados pela psiquiatria e pela psicologia nas suas visões acerca da doença mental. Propõe-se como contrapartida a construção de noções e conceitos como “existência-sofrimento” do sujeito na sua relação com o corpo social, acolhimento, cuidado, emancipação e contratualidade social. Nesse âmbito, pode-se entender que o conceito de existência-sofrimento impulsiona a Reforma Psiquiátrica na direção de uma revolução paradigmática, uma vez que questiona a tão cara relação sujeito-objeto e o próprio paradigma doença-cura. Tal conceito aparece por contraposição ao paradigma doença-cura, expressando a exigência de se dar ao sujeito a centralidade da cena.

Como exemplo desse campo Amarante (2003, p. 50) destaca o processo de desconstrução do conceito de clínica, que deixaria de ser o isolamento terapêutico ou o tratamento moral para tornar-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades; a desconstrução do conceito de doença produzido pela psiquiatria, em que o sujeito, não mais visto como alteridade incompreensível, possibilitará outras formas de conhecimento, que produzirão novas práticas clínicas e sociais.

Cabe destacar que quando um conceito é submetido ao processo de desconstrução é possível supor que as relações entre as pessoas envolvidas também serão transformadas, assim como os serviços, os dispositivos e os espaços. Conseqüentemente, mudam, ainda, os conceitos e as práticas jurídicas que eram adotadas pelos conceitos desconstruídos.

Para Basaglia (1985) e Rotelli (1990), desconstrução está relacionada à noção de *invenção*, de construção do real, de produção da subjetividade, recolocando em discussão a ciência e a psiquiatria. Os autores referem-se a “desconstrução” do dispositivo psiquiátrico e clínico em seus paradigmas fundantes e suas técnicas de poder-saber, entendendo-a como uma ação prática de dismantelamento das incrustações institucionais que cobriam a doença. A desconstrução questiona as bases do dispositivo psiquiátrico, em sua competência para atuar frente à loucura.

Entende-se desconstrução como um processo social complexo, de desmontagem do dispositivo psiquiátrico, que não tem fim, ou não pretende constituir, um modelo ideal, mas sim dar novo significado às relações e colocar questões imanentes às situações-problema. Nesse sentido, é um processo que precisa, por definição, ser reinventado incessantemente, e questionar também o conjunto dos segmentos sociais que deveria ser [...] objeto de uma verdadeira "revolução molecular", quer dizer, de uma re-invenção permanente (GUATTARI, 1992 apud TORRE; AMARANTE, 2001, p. 14).

A dimensão político-jurídica passa pela criação e alterações na legislação com relação aos direitos e a assistência ao portador de transtornos mentais. O âmbito jurídico é decorrente do fato de a psiquiatria ter instituído a noção de relação entre loucura, periculosidade, irracionalidade, incapacidade, irresponsabilidade civil. No plano político luta-se pela extinção dos manicômios e sua substituição por instituições abertas, pela revisão das legislações sanitárias, civil e penal referente a doença mental, para possibilitar o exercício dos direitos à cidadania, ao trabalho e à inclusão social. Importa nessa dimensão rediscutir e redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais (AMARANTE, 2003, p. 53; COSTA-ROSA, et al., 2003, p. 33).

No âmbito da dimensão técnico-assistencial está o modelo assistencial. É nesse campo que, na realidade brasileira, aparecem mais visivelmente as inovações com relação as práticas assistenciais em saúde mental, concomitante a reconstrução dos conceitos. As transformações vêm acontecendo tanto na concepção de novos serviços (CAPS, oficinas terapêuticas e de reintegração sociocultural, cooperativas de trabalho) quanto na sua forma de organização e gestão (instituições abertas com participação e co-gestão com os usuários e a população).

Nos últimos anos têm-se objetivado construir uma rede de novos serviços, concebidos como espaços de sociabilidade, de trocas, em que se enfatiza a produção de saúde como produção de subjetividades. Essas mudanças indicam para uma mudança nas práticas de atenção e tem significado *colocar a doença entre parênteses*, propiciando

contato com o sujeito, rompendo com as práticas disciplinares; aumentando a possibilidade de recuperação do seu estatuto de sujeito de direitos (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 32-33; AMARANTE, 2003, p.51).

A expressão *colocar a doença entre parênteses* é atribuída a Basaglia, significa a suspensão do conceito e implica na possibilidade de novos contatos empíricos com o fenômeno em questão. Para o autor, a psiquiatria colocou o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença como fenômeno da natureza. Assim, Basaglia propõe uma inversão, isto é, colocar a doença entre parênteses para tornar-se possível lidar com o sujeito e não com a doença.

Amarante (2003) chama a atenção para o fato de a atitude epistemológica de colocar a doença entre parênteses não significa a negação da doença no sentido do não se reconhecer que experiências de sofrimento ou diversidade fazem parte da realidade concreta da saúde mental. Nas palavras do autor:

não significa a recusa em aceitar que exista uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar. Significa, isto sim, a recusa a explicação da psiquiatria, para dar conta daquela experiência, como se esta pudesse ser explicada pelo simples fato de ser nomeada como doença. A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia social e política da exclusão, e a ruptura epistemológica com o saber da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para objetivar conhecer a subjetividade (AMARANTE, 2003, p. 56).

A dimensão sociocultural expressa o objetivo maior da Reforma Psiquiátrica, haja vista que pretende transformar o *lugar social* da loucura no imaginário social, transformando as relações entre a sociedade e a loucura. Muito do imaginário social é decorrente da ideologia psiquiátrica que tornou senso comum a relação da loucura à incapacidade do sujeito de estabelecer trocas sociais e simbólicas (AMARANTE, 2003, p. 53).

Para tanto se têm estimulado uma série de práticas sociais visando transformar o imaginário social relacionado a loucura, a doença mental e a anormalidade. Está em processo de mudança a imagem da loucura e do louco, a imagem da instituição e a da relação dos usuários e a população com ela. A intencionalidade passa pela construção de uma imagem das instituições de atendimento como espaços abertos de circulação e pólos de exercício estético, e uma imagem do “louco” como cidadão que deve almejar poder de contratualidade social (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 33).

Pensar a Reforma Psiquiátrica como um processo complexo implica desconstruir, superar conceitos; pensar, refletir sobre as ações no campo da saúde mental e os efeitos de

suas práticas; criar, construir novas práticas e produzir outros saberes. Trata-se, portanto, de um processo contínuo em que os verbos transformar, produzir, desconstruir, desmontar, emancipar, reconstruir devem estar no cotidiano do fazer em saúde mental.

2.1 O Modo Psicossocial

A elaboração das práticas do modo psicossocial é tributária de diferentes movimentos sociais científicos e vários campos teóricos. Sob esse aspecto, Abílio da Costa-Rosa (2000; 2003), busca especificar elementos básicos do novo paradigma traçando um paralelo de análise entre as práticas constitutivas do modo asilar e aquelas exigidas ao modo psicossocial⁷.

As principais características do modo asilar são: ênfase na consideração de determinantes orgânicos nos problemas que se pretende tratar, o que implica que o seu meio básico seja medicamentoso; pouca ou nenhuma consideração da existência do sujeito, o que implica que não se insista na sua mobilização como participante do tratamento. O indivíduo continua sendo visto como doente, tanto em relação à família quanto em um contexto social mais amplo. Daí decorre que a intervenção seja quase exclusivamente centrada nele. As aproximações da família, quando ocorrem, costumam ter caráter apenas pedagógico e assistencial. Dessa consideração do indivíduo como centro do problema, entre outros fatores, decorre também seu isolamento em relação ao meio familiar e social.

Ainda, com relação as práticas assistenciais, no modo asilar, o trabalho é realizado sem que os profissionais se encontrem para conversar sobre a atividade comum. O prontuário é considerado o elo de interconexão entre os profissionais da equipe. Mesmo no caso em que o meio é multiprofissional, a determinação fundamental dos problemas continua, na prática, sendo biológica. Portanto, a eficácia do tratamento espera-se que venha da química. Sua instituição típica continua sendo o hospital psiquiátrico fechado,

⁷ O autor observa que esta análise tem uma dimensão histórica, na medida que inclui uma consideração dos avanços que tem ocorrido nas práticas concretas até o presente; e outra dimensão lógica, visto que decorre da dedução realizada, através do método de análise, das características imprescindíveis a um determinado dispositivo para que ele configure uma lógica contraditória com a dos dispositivos que pretende superar e substituir (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.36).

ainda que nas últimas décadas esse venha sendo alvo de reformas democratizantes, intermitentes e esteja acompanhado de dispositivos chamados extra-asilares.

No modo psicossocial a concepção do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos sustentados para lidar com esse processo requer a desinstitucionalização do paradigma “doença-cura” e sua substituição pelo “existência-sofrimento”, conjuntamente com a configuração de práticas de trabalho transdisciplinares.

Destacam-se como principais exigências ao modo psicossocial: a determinação e consistência psíquica e sociocultural dos problemas, e não orgânica; a desospitalização e a desmedicalização, o que significa desconsiderar a medicação como resposta única ou preponderante e a priori; o exercício da “clínica da escuta e da criação de si”, e não a clínica da observação e da retomada do estado anterior às crises; a horizontalização das relações intrainstitucionais; a participação dos usuários e da população em forma de autogestão e co-gestão; o livre trânsito dos usuários e da população; a ética do reposicionamento do sujeito, que significa reconhecer a implicação subjetiva como forma de singularização e não supressão sintomática.

Os dispositivos institucionais típicos do modo psicossocial são os centros e núcleos de atenção psicossocial, o Hospital-Dia, ambulatórios de saúde mental; equipes multiprofissionais de saúde mental, inseridas em Centros de Saúde; setores para tratamento em saúde mental, inseridos em hospitais gerais. Seus meios básicos de tratamento são a psicoterapia, a laboterapia, as socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural, além da medicação.

É decisiva a importância que se atribui ao sujeito, daí que se insista de maneira fundamental na sua mobilização como participante principal do tratamento. Não se deixa de considerar, por isso, a sua dimensão de indivíduo (orgânico e sócio-cultural). Dá-se ênfase à consideração da pertinência do indivíduo a um grupo familiar e social. Supõe-se que se deve trabalhar também a família e o grupo social como agentes das mudanças buscadas.

Da consideração de que não é o indivíduo o único problemático, sugere-se que se inclua no tratamento também a família e eventualmente um grupo mais ampliado. As formas de participação da família e do grupo ampliado no tratamento são várias e superam, em muito, as posturas assistencial e orientadora, características do modo asilar. As associações de usuários e familiares criadas no modo psicossocial são reflexos dessa nova postura em relação aos usuários.

No modo psicossocial, espera-se que as diferentes possibilidades de ação se estendam desde a continência do indivíduo, durante a crise, até o reconhecimento da implicação familiar e social nos mesmos problemas. Espera-se, portanto, que tanto uns quanto outros possam assumir a parte de seu compromisso na atenção e no apoio. Além disso, dá-se acentuada ênfase à reinserção social do indivíduo, sem perder de vista que, muitas vezes, não é a problemática com a qual ele chegou a responsável pela sua saída da circulação sociocultural.

Quanto às formas de organização institucional, no modo asilar estas são marcadas por estratificações de poder e saber no âmbito do pessoal da instituição, que se transladam para a relação com os usuários e a população, os quais estão excluídos de qualquer participação que não seja a do objeto inerte e o mundo. Já os dispositivos do modo psicossocial tem suas práticas fundamentadas na lógica da Psicoterapia Institucional e da Comunidade Terapêutica e, geralmente, estas são instrumentadas por meio de assembleias de usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental. Participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais no modo psicossocial, por oposição à estratificação e interdição institucionais à heterogestão e à disciplina das especialidades que dominam no modo asilar.

Neste sentido, o autor propõe designar a Atenção Psicossocial como paradigma do modo psicossocial, em oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar.

2.1.2 Atenção Psicossocial

O termo Atenção, no contexto da Reforma Psiquiátrica, assume o conceito de “dar e prestar atenção, acolher, receber com atenção, tomar em consideração, levar em conta e escutar atentamente”. Designa uma parte fundamental do contorno que se pretende imprimir às ações de Atenção Psicossocial nas práticas em saúde mental. Expressa certos princípios relativos, sobretudo, à forma das relações dos agentes institucionais e das próprias instituições como dispositivos, com os sujeitos usuários e suas demandas (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 22).

Já o conceito Psicossocial designa as práticas em Saúde Mental Coletiva que se inscrevem como transição paradigmática da psiquiatria; enquanto que o termo psicossocial

agrega ao 'objeto' das práticas em saúde mental aspectos psíquicos e sociais, e tem a função de designar experiências reformadoras em sentido amplo (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 19).

Segundo o autor, ao somatizar aspectos sociais e psíquicos aos aspectos biológicos do paradigma e do objeto da psiquiatria a Atenção Psicossocial vai promover transformações nas concepções do objeto, nos modos de conceber e estruturar a instituição como dispositivo e, sobretudo, na forma de conceber e estruturar as relações terapêuticas, que tem, por sua vez, implicações éticas radicalmente distintas das práticas asilares.

A Atenção Psicossocial subentende ações diferenciadas das contidas no paradigma asilar e psiquiátrico. Na definição de Costa-Rosa Luzio e Yasui (2003, pp. 34-36):

a Atenção Psicossocial parece configurar um campo capaz de congrega e nomear todo o conjunto das práticas substitutivas ao Modo Asilar, conservando ao mesmo tempo a abertura necessária para a inclusão das inovações que ainda estão se processando e para outras que certamente virão. [...] As práticas de Atenção Psicossocial representam a sedimentação de um vasto conjunto de variações teórico-técnicas e éticas, mais ou menos radicais, conforme o caso, em relação às práticas vigentes e dominantes, que estão no lugar estrutural de sua alteridade necessária.

Os autores argumentam que a Atenção Psicossocial tem sustentado um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas norteadas pela aspiração de substituírem o modo asilar, e algumas vezes o próprio paradigma da psiquiatria. As ações na esfera político-ideológica trabalham em sintonia com os movimentos sociais que lutam pelo resgate da dignidade humana e dos direitos individuais e coletivos de cidadania. As ações teórico-técnicas referem-se à produção de novas formas de intervenção que possibilitem a construção de novos dispositivos que trabalhem pela transformação radical dos modelos institucionalizados e da ética em que se pautam.

Atenção Psicossocial, entendida como paradigma do modo psicossocial, designa concepções contrárias ao modo asilar. Quando referida as políticas públicas de saúde mental aspira a inclusão de aspectos políticos, econômicos, sociais, culturais e outros relacionados com ações que visam a construção de práticas de emancipação para a cidadania. Neste trabalho, se refere ao modelo de atenção em saúde mental que deve nortear as práticas dos serviços substitutivos, especificamente, a dos centros de atenção psicossocial.

Dessa forma, a complexidade e amplitude das práticas de Atenção Psicossocial inclui como seus componentes necessários, os conceitos e as práticas englobadas na desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, a partir de uma perspectiva baseada no aumento da contratualidade social dos usuários das instituições.

2.2 Desinstitucionalização

A desinstitucionalização tem sua origem nas experiências desenvolvidas por Franco Rotelli (1990), na Psiquiatria Democrática italiana. Segundo o autor, o primeiro passo da desinstitucionalização consiste em desmontar a relação problema-solução, renunciando a busca da solução racional (tendencialmente ótima) que no caso da psiquiatria é a normalidade plenamente restabelecida.

“O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de “cura” mas no projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente” (ROTELLI, 1990, p.30). Neste sentido, trata-se de um processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito doente. A desinstitucionalização traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação na qual exista reciprocidade entre sujeitos - uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade.

Nas palavras do autor,

A desinstitucionalização é, sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. [...] Depois de ter descartado a ‘solução-cura’ se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento (ROTELLI, 1990, p.33).

Em sua origem, os pressupostos da desinstitucionalização encaminham-se no sentido da restituição da subjetividade do indivíduo, possibilitando-lhes a recuperação de sua contratualidade, isto é, da posse de recursos para trocas sociais e, por conseguinte, para a cidadania social. Contudo, alguns estudos sobre as mudanças operadas na assistência no

âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira apontam para a compreensão da desinstitucionalização como desospitalização⁸.

Segundo Spricigo (2001), a desinstitucionalização, não correlata da desospitalização, torna-se a um só tempo, processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito adoecido. Traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação em que exista reciprocidade entre sujeitos, uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade. Isso gera a necessidade de invenção de novas modalidades de mediação, não somente médicas, mas principalmente políticas, sociais e culturais.

Sobre esta questão, Amarante (1995b) enfatiza que a mudança desejada na assistência em saúde mental não corresponde simplesmente ao fechamento de hospitais psiquiátricos e o conseqüente abandono das pessoas em suas famílias ou nas ruas, nem no fechamento de leitos para reduzir custos, no sentido do neoliberalismo ou no sentido do enxugamento do Estado. Segundo o autor,

desinstitucionalização não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativo. Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social (AMARANTE, 1995b, p. 491-494).

⁸ Ver SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Série Teses em Enfermagem, n° 42)

Neste sentido, a proposta da desinstitucionalização está centrada em uma mudança completa do paradigma de saber em saúde mental e, do ponto de vista assistencial, na constatação de que o hospital psiquiátrico tradicional é antiterapêutico. Assim, a estratégia de conversão do sistema de cuidado deve partir da substituição do hospital psiquiátrico por um amplo rol de serviços abertos e comunitários, capazes de assistir o usuário desde a crise aguda até às necessidades mais amplas de caráter social. Nestes novos serviços, a reabilitação psicossocial vem se configurando como um lineamento para o desenvolvimento de programas, eticamente responsáveis, no sentido de dar conta da totalidade das demandas que os problemas mentais severos e persistentes requerem.

2.3 Reabilitação psicossocial

Na definição da Organização Mundial de Saúde (1987 apud PITTA, 2001) reabilitação psicossocial é o conjunto de atividade capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários.

Segundo Pitta (2001), a reabilitação psicossocial, no seu sentido instrumental, é representada por um conjunto de meios (programas e serviços) que são desenvolvidos para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes, ou seja, um processo para facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. Tal processo enfatiza as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo e a cada situação de modo personalizado.

Para Saraceno (2001), a reabilitação psicossocial prevê um processo de restituição e reconstrução de direitos políticos legais e sociais para o cidadão. Para tal, projetos de ressocialização devem promover o reconhecimento do portador de transtorno mental.

Para Kinoshita (2001), reabilitar é reconstruir valores, aumentar o poder contratual, criar condições de possibilidade para que um paciente possa, de alguma

maneira, participar do processo de trocas sociais, produzir dispositivos que, desde uma situação de desvalor quase absoluto (pressuposto), possa passar por experimentações, mediações que busquem adjudicar valores aptos para o intercâmbio, ou seja, modificar o pressuposto de desvalor natural para um pressuposto de valor possível proposto, explícito.

O autor considera que reabilitar pode ser entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia. Sendo que, a contratualidade do usuário vai estar, primeiramente, determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Se estes podem usar de seu poder para aumentar o poder do usuário ou não. Depois pela capacidade de se elaborar projetos, isto é, ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida.

Ainda, diretamente ligada a questão da reabilitação de pacientes está a necessidade de se estabelecerem diversificadas redes de relações, as quais melhor capacitariam os indivíduos a compreenderem quais determinações influenciam sua vida cotidiana, ampliando sua autonomia.

O conceito de autonomia aqui referenciado é entendido como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001).

3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Apresentamos, a seguir, os resultados e as análises da pesquisa realizada, a partir dos eixos que nortearam a coleta dos dados e das informações: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde.

3.1 Estrutura e recursos financeiros

O conjunto de serviços substitutivos ao modelo de atenção em saúde mental tradicional (manicomial/asilar), do qual os centros de atenção psicossocial fazem parte, é, atualmente, regulamentado pela Portaria GM/MS N° 336/2002. Esta portaria estabelece portes diferenciados, a partir de critérios populacionais, para abrangência, financiamento e tipo de serviço prestado, de acordo com cada modalidade de CAPS.

Com relação a estrutura física, os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender a sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado. Para tanto, devem estar equipados com consultórios individuais para consultas, entrevistas, terapias, salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitório, sanitários, área externa para oficinas, recreação e esportes (BRASIL, 2004).

Neste aspecto, O CAPS Ponta do Coral tem uma estrutura que compreende um terreno com área física total aproximada de 1.936,00m², destes, aproximadamente 421m² são de área construída. Fazem parte das instalações, uma casa com dois pavimentos, um anexo, utilizado como sala do brechó, área de lazer e estar externa, e estacionamento. O pavimento superior da casa comporta 2 varandas, sala de recepção, sala de espera, 2 áreas de circulação (corredores), sala de administração, 2 consultórios, sendo que no momento um é utilizado como sala administrativa para realização de procedimentos relacionados ao preenchimento das APACs⁹, 2 salas para atividades grupais com WC, sala de depósito de

⁹ Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo.

material, cozinha com despensa, refeitório com churrasqueira, sala ampla (auditório) equipada com multimídia, sala de enfermagem, sala de repouso, e 7 banheiros distribuídos no espaço físico do pavimento superior. No pavimento inferior encontra-se a sala utilizada pela associação de usuários, 2 salas para a realização de oficinas (com passagem de uma para outra), sala com forno, sala de depósito de material e lavanderia¹⁰.

De acordo a pesquisa realizada, 83,3% dos profissionais considera a área física do CAPS suficiente para o atendimento da demanda e 66,7% consideram as instalações adequadas para a realização das atividades propostas; apenas um profissional observou que considera a estrutura do CAPS suficiente desde que as oficinas produtivas sejam realizadas fora da unidade. A mesma porcentagem (66,7%) considera os equipamentos disponíveis suficientes. Neste âmbito, o serviço conta com computador com impressora, aparelho de telefone e fone/faz, televisão, mesas de escritório, cadeiras, quadro branco, maca para atendimento em enfermagem, camas de repouso, fogão industrial, pia, mesas e bancos no refeitório, bancos para estar e descanso, entre outros. Metade dos profissionais respondeu que os equipamentos estão em bom estado de utilização, com ressalvas para salas com pouca ventilação no pavimento inferior.

Já com relação aos materiais de consumo, 91,7%, correspondente a onze dos doze profissionais que responderam ao formulário, consideram que os materiais de consumo não são suficientes. Eles se referem à falta e irregularidade no recebimento de materiais básicos à manutenção do serviço, tais como copo descartável para água, papel higiênico, e, principalmente, material específico para uso nas oficinas terapêuticas e de produtividade. Esta situação pode ser observada nas falas dos profissionais, que identificam as dificuldades no funcionamento do CAPS com relação a falta de recursos materiais e financeiros:

[...] essa falta de recursos é isso que eu te digo, desde a parte administrativa, nós precisamos de papel, carbono, copo pra tomar água, por exemplo, agora nós somos uma Unidade Local de Saúde que não tem copo descartável, já faz quase quinze dias, vinte dias, não tem copo descartável; falta água, aí nós temos que esperar, sendo que é um lugar que transita muitos usuários, eles tomam medicação e precisam tomar água, eles tomam muita água, e acaba não tendo água potável; por exemplo, teve época que faltou papel higiênico, em um serviço onde os usuários chegam fazem lanche, almoçam, fazem lanche da tarde, eles passam o dia aqui, então precisa ter uma estrutura mínima de atendimento (LÉLI, 4/4/2006).

¹⁰ Conforme Planta Baixa da unidade constante no projeto de reforma e ampliação executado em 2003/2004.

[...] a gente tem também o problema de fornecimento de material de consumo já há algum tempo, também desde que essa administração começou (Gestão Municipal e da Secretaria de Saúde), o fornecimento de material de consumo é interrompido, a gente fica sem tinta pra impressora, sem papel, sem papel higiênico...; tem diversos itens desses que são necessários, fazem parte do funcionamento do dia-a-dia do serviço (F, 12/4/2006).

[...] as oficinas terapêuticas e produtivas, requerem um material específico que precisa de dinheiro, e aqui, na política específica do município não tem uma regularização quanto ao repasse desse dinheiro [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

[...] a falta de agilidade no fornecimento das reservas para as oficinas, tudo isso resulta em um prejuízo para o trabalho; ficou quase uns dois meses a oficina fechada por falta de material, por exemplo [...] (P, 17/3/2006).

Outra dificuldade mencionada pelos profissionais no funcionamento do serviço é o vale transporte dos usuários:

[...] o funcionamento em geral fica prejudicado porque na medida em que falta vale transporte o usuário não vem, não consegue se deslocar para vir até aqui, aí interrompe aquele projeto terapêutico que havia sido feito com o usuário [...] (VIK, 24/3/2006).

[...] a questão, por exemplo, da dificuldade que a gente tem aqui: o transporte dos pacientes, a questão do passe, é muito irregular; então, isso reduz a nossa produtividade também, porque os pacientes acabam não vindo. Muitas vezes a gente não pode, por exemplo, contar com aquele paciente que veio para uma entrevista inicial porque ele não tem como estar vindo no curto prazo, então, acho que isso, a questão do custo que é o transporte em Florianópolis, também acaba afetando o nosso trabalho, então, nesse sentido, a falta de regularidade no passe [...] (P, 17/3/2006).

A partir dessa relação entre as diversas necessidades para o funcionamento do serviço é possível perceber que os profissionais assumem como princípio uma concepção de saúde ampliada, na qual não basta somente o atendimento terapêutico. Outros fatores estão interligados e contribuem para que a assistência efetivamente ocorra. Contudo, a concepção e prática setorializada das políticas sociais brasileiras provoca situações dessa natureza, na medida em que não se trabalha a inter-relação entre elas. Esta forma de setorialização das políticas sociais, no entanto, não é característica apenas da realidade brasileira, mas uma “modalidade do Estado burguês” que traduz as expressões da questão social mediante a tipificação das políticas sociais (NETTO, 1992).

Várias iniciativas têm buscado romper com esta perspectiva como a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), que reafirmou a necessidade de se garantir e melhorar o acesso aos bens e serviços da sociedade: prover trabalho, creches, profissionalização, educação, lazer, escolas, habitação, transporte, segurança pública, saneamento básico. Também, destacou ser fundamental enfatizar a questão do transporte urbano acessível aos usuários, a fim de que seja garantido o deslocamento entre os serviços de saúde e sua moradia (BRASIL, 2002a).

Na seqüência da pesquisa realizada, dois entrevistados referiram que a falta e as dificuldades no fornecimento dos recursos materiais necessários estão mais acentuadas na atual gestão administrativa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)¹¹. Foram relacionadas, ainda, como dificuldades, a falta de um carro disponível para o CAPS, a falta de terapeuta ocupacional, de outro médico psiquiatra e outros profissionais de nível médio (auxiliar administrativo, pessoa para limpeza). Outras questões listadas estão relacionadas aos recursos humanos e as necessidades de integração do serviço na política municipal de saúde. Os profissionais relatam a existência de dificuldades de interação da equipe, falta de capacitação, supervisão institucional, falta de apoio institucional, falta de efetivação de uma rede de saúde mental e/ou a existência de uma rede de atenção ainda incipiente, em processo de formação, falta de estrutura para atenção às urgências, dificuldades do gestor em compreender a lógica da saúde mental, salários incompatíveis com as funções.

Os problemas relatados pelos profissionais aparecem diretamente relacionados à insuficiência dos recursos financeiros de custeio do serviço. Todos os entrevistados referiram que os recursos gerados pelo serviço, através das APACs, não são suficientes para a realização das atividades do CAPS. Dentre as atividades prejudicadas, o trabalho nas oficinas foi apontado como o principal, conforme aparece na fala a seguir:

o que requer mais recursos, atualmente, são as oficinas produtivas, por exemplo, houve uma paralisação de muitas das oficinas quando faltou recurso. O recurso não é exatamente suficiente. Eu acho que os R\$ 500,00 por mês é um recurso pequeno [...] acho que o recurso poderia ser maior, pelas necessidades ele acaba sendo reduzido, não é uma coisa que você possa comprar a vontade, assim, é limitado, muitas vezes, a oficina tira de uma pra passar pra outra (P, 17/3/2006).

¹¹ Gestão Municipal 2004/2008; a Gestão da Secretaria de Saúde referida é a de 2004 a abril de 2006 que teve como gestor o vereador Walter da Luz; à época da coleta dos dados empíricos houve mudança do gestor municipal de saúde, assumindo o cargo o ex-secretário estadual de saúde João José Cândido da Silva.

Um dos profissionais apontou como principal atividade prejudicada pela falta de recursos financeiros a questão do território. Segundo este, a falta de recursos interfere no atendimento prestado, no sentido de que não é possível realizar o acompanhamento, a inclusão e avaliação do usuário em seu território. De acordo com este profissional,

o dinheiro do CAPS pode ser melhor gerido se investir no território. Investir no território seria elaborar projetos, ter mais articulação com a associação de moradores, ou seja, com os recursos que o território oferece, e aí precisa aumentar a própria equipe porque vai ter equipes que vão ter que se deslocar do CAPS; vai ter que ter investimento em carro, daí vai ter que ter um motorista, os próprios agentes comunitários tem que ter essa parceria, isso tudo implica em financiamento. [...] como eu sempre digo, território é onde a vida acontece, onde a cultura é produzida, onde as manifestações de vida, elas estão mais visíveis [...], mas investir lá no território, a equipe tem que estar inserida lá, estar toda hora pensando e discutindo [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

De acordo com as recomendações da política do Ministério da Saúde, as ações de saúde mental devem obedecer a um modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas. São ações que envolvem práticas de reabilitação psicossocial, promoção da cidadania, construção da autonomia possível dos usuários no ambiente em que eles vivem, e que necessitam de uma equipe multidisciplinar capaz de trabalhar sobre a ótica da interdisciplinaridade (BRASIL, 2004).

Necessariamente, a mudança de um modelo assistencial requer a análise de sua estrutura de financiamento. Isso significa que as características singulares e diferentes dos CAPS, em relação aos modelos tradicionais de assistenciais, e a complexidade das ações desenvolvidas por estes serviços necessita vir acompanhada de uma mudança na lógica de alocação de recursos financeiros.

Atualmente, o principal órgão financiador dos CAPS é o Ministério da Saúde (MS). Com a publicação da Portaria GM/MS nº 336/2002 os CAPS passam a fazer parte das ações estratégicas do MS. Esses serviços são incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e a remuneração é através do sistema APAC/SIA¹². Baseado na fatura que o prestador de serviços de saúde apresenta ao SUS, correspondente aos seus gastos

¹² A Portaria GM/MS nº 336/2002 descreve os procedimentos objeto de remuneração, classificando-os em intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Para essas três modalidades de atendimento, a Portaria GM/MS nº 189/2002 fixou o número máximo de atendimentos mensais para cada modalidade, de acordo com cada tipo de CAPS, sendo que para cada tipo de procedimento é destinado um valor diferenciado. Nos CAPS II, um procedimento intensivo custa R\$ 25,40; um semi-intensivo, R\$ 16,30; e um não-intensivo, R\$ 14,85 (BRASIL, 2002).

mensais com a produção de atendimentos aos usuários dos CAPS, o Ministério da Saúde repassa, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, o montante equivalente à sua produção. A inovação introduzida por este modelo de pagamento refere-se à fonte de financiamento, ou seja, ao acréscimo de recursos financeiros repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estadual e Municipal de Saúde (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, pp.129-132).

Sobre este aspecto, perguntamos aos entrevistados qual conhecimento possuem sobre o repasse dos recursos financeiros para o CAPS. Na sua maioria, eles referiram saber sobre os recursos originados a partir das APACs, contudo, relataram não saber sobre o controle do uso desse recurso, conforme expresso nas falas relacionadas:

[...] tem o valor, o montante desse valor que é produzido dos atendimentos pagos pelo Ministério (MS), então, tem isso mensal, a gente tem o valor que chegou, somou, vamos dizer assim, esse montante que a gente somou dos atendimentos feitos no mês, isso a gente sabe, porque as APACs são geradas aqui no CAPS, mas o repasse disso via Fundo Municipal, esse controle eu não sei, eu sei do valor que tem que receber mensalmente (VIK, 24/3/2006).

Bom, formalmente, eu desconheço qualquer..., todas as formas de recursos. O dinheiro da produtividade referente as APACs vai para o Fundo Municipal de Saúde e nunca teve prestação de contas disso. Na verdade a gente não sabe qual é o destino que é dado nem quanto vem; tem o nosso levantamento interno da produtividade, mas não sabemos o que é feito desse recurso (F, 12/4/2006).

Alguns profissionais referiram-se ao fato de o município não ter gestão plena do SUS,

Bom, eu tenho algum, pouco do que é repassado, a gente sabe o que foi recolhido, por exemplo, através das APACs, que são os atendimentos feitos aqui, então eu sei quantos atendimentos foram, qual seria o valor que essas APACs dariam, mas eu não sei qual o valor que a gente acaba recebendo, que fica num fundo perdido, no sentido de que é um fundo único por não ser gestão plena (J, 22/3/2006).

O conhecimento que eu possuo é muito irregular e insatisfatório, assim, a relação APAC, por exemplo, o repasse do dinheiro que viria do Ministério da Saúde a gente acaba..., nós não somos gestão plena então vai pra secretaria (municipal) de saúde e ali é passado pra compra de alimento..., enfim, mas nós não temos autonomia sobre esse dinheiro, então, uma vez que você não tem autonomia o teu conhecimento fica restrito. Está na mão da secretaria mesmo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais discorreu detalhadamente sobre a forma como os recursos são gerados e repassados à unidade gestora (SMS), referindo-se que todas as diretrizes sobre financiamento do serviço são preconizadas pelo Ministério da Saúde através de portarias.

Os recursos financeiros do CAPS são obtidos através de APACs, Autorização de Procedimento de Alto Custo; pra se preencher uma APAC é necessário que haja uma organização do serviço em cima de modalidades de atendimento; as modalidades de atendimento podem ser: semi-intensivo, intensivo e não-intensivo, cada um tem um determinado valor em relação a esse procedimento, ou seja, todas as diretrizes em relação a financiamento, o Ministério preconiza isso em portaria, então, os conhecimentos que eu possuo em relação aos recursos financeiros do Caps são os conhecimentos que já estão preconizados em relação ao Ministério da Saúde; essa APAC uma vez preenchida ela é computada, ela é repassada pro governo federal e este repassa o dinheiro fundo a fundo; esse dinheiro vem pro Fundo Municipal de Saúde, e é esse dinheiro que é aplicado na saúde mental pra ter a gestão do serviço [...] aqui acontece da seguinte forma: cada gestor municipal, como a política é municipalizada, eles criam um protocolo, nesse protocolo eles colocam de que forma esse dinheiro pode ser gastado na saúde mental; então, existe um documento no município dizendo, olha na saúde mental você pode gastar tanto com a associação de usuários, tanto pra comprar materiais, tanto pra gastar em vale transporte; então, existe um protocolo dizendo no que você pode gastar esse dinheiro que vem na saúde mental; é um dinheiro que vem do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde; esse dinheiro cai nessa conta e ali existe um acordo de como se gastar; esse dinheiro é manejado pelo gestor municipal de saúde (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme apontam Freire, Ugá e Amarante (2005, pp. 131-133), o modelo de alocação de recursos dos CAPS (sistema de remuneração por APAC) trás contribuições à política nacional de saúde mental ao inserir os CAPS no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) do MS, pois proporciona maiores incentivos financeiros, haja vista a alocação de recursos municipais extra-teto para a manutenção de serviços já existentes e a implantação de novos serviços.

Contudo, os mesmos autores ressaltam que há de se perceber que a lógica da remuneração que o SUS imprime aos CAPS vincula-se, preponderantemente, à doença. Ou seja, as unidades assistenciais do SUS seguem um sistema de remuneração vinculado a um diagnóstico, mais especificamente, a um episódio de doença, internação, contidos na tabela de procedimentos hospitalares (SIH/SUS) ou a ações ambulatoriais, inscritas na tabela de procedimentos ambulatoriais (SIA/SUS). Desta forma, “o sistema de saúde encontra-se, em sua quase totalidade, voltado para a produção de atos vinculados a doença, isto é, atos

curativos, valorizando, em consequência, intervenções predominantemente individuais, que são remuneradas pela venda de procedimentos, diárias e atos médicos-assistenciais de natureza privatizante” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p 133).

Amarante (2003, pp. 62-63) considera que os CAPS, como os serviços integrantes do SUS, também foram capturados pela lógica da *inampização*, ou seja, pela lógica do pagamento por procedimento. Para o autor, “o modelo prevalente dos CAPS é o herdeiro mais autêntico e legítimo da lógica do antigo INAMPS, onde a saúde era reduzida a doença, ao mesmo tempo em que o sistema de saúde era reduzido a assistência médico-curativa”.

Portanto, o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. Pelo contrário, tente a prejudicar a complexidade de ações dos CAPS, na medida em que não é previsto financiamento das diversas relações que podem ser estabelecidas com a comunidade, com as lideranças e associações comunitárias. Tais ações, dentre muitas outras possibilidades de intervenção territorial, “são inerentes a esse tipo de serviço e objetivariam imprimir um processo de transformação cultural nos diversos segmentos da sociedade, no lidar e no acolhimento das pessoas em sofrimento mental” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 135).

Sobre a forma de repasse dos recursos financeiros ao CAPS, os profissionais entrevistados relataram não existir descentralização administrativa. Os recursos chegam ao serviço na forma de materiais. Alguns profissionais observaram que até a gestão administrativa da secretaria municipal de saúde anterior eles tinham acesso a uma verba de R\$ 500,00 que utilizavam na compra de material para as oficinas. A partir da atual gestão esse dinheiro não foi mais repassado. A compra do material passou a ser feita através de orçamento encaminhado à secretaria, que faz o pagamento, e os profissionais retiram os materiais.

Não, a gente não tem acesso a esse recurso diretamente, a gente não é uma unidade que gere o seu recurso; ele vai pra secretaria e a secretaria... por exemplo: toda a compra de... o pagamento dos almoços, lanches, etc.. é a secretaria que faz; a gente não tem autonomia; o único recurso que a gente manuseia são os R\$ 500,00, que vem para as oficinas; isso é dividido, as Oficinas fazem um rateio, cada oficina compra o seu material, mas até parece..., da última compra fui eu que comprei, ela (SMS de Florianópolis) determinou, já colocou a empresa que vai fornecer; não sei se foi mediante licitação, já fez o pagamento direto, a gente só foi lá escolher e pegar os produtos que tinham sido

solicitados; então..., de outras vezes, por exemplo, a gente pegava o cheque ia lá comprava, pagava naquele valor, agora isso não foi feito dessa forma (P, 17/3/2006).

Desde que começou essa administração (Gestão Municipal 2004-2008) acabou esse repasse; então atualmente a única vez que a gente conseguiu material pras oficinas foi através de empenho que a própria secretaria fez..., então, permanece centralizado, a única coisa que a gente teve que fazer foi ir nas lojas fazer orçamento, passar pra secretaria, a secretaria emitiu as notas, e aí a gente foi buscar o material com essas notas, mas não com o dinheiro (F, 12/4/2006).

Não, não existe, porque, na gestão passada (Gestão Municipal 2000-2004) ainda vinha uma verba de dois em dois meses, tipo quinhentos reais pra compra de material pra oficinas; nós comprávamos, apresentávamos as notas e depois eles colocavam o dinheiro; nessa gestão (Gestão Municipal 2004-2008; Gestão da Secretaria de Saúde de 2004 até abril de 2006) não existe nada, então, a pergunta se existe descentralização administrativa dos recursos financeiros, não, não existe (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais referiu-se a descentralização não apenas como repasse de recursos financeiros e funções administrativas, mas como compartilhamento de poder na gestão do serviço.

Essa descentralização, eu estou entendendo como um compartilhamento de poder; não existe esse compartilhamento de poder na hora de gerir os recursos, assim, o CAPS possui CNPJ, mas ele não possui uma conta específica pra vir dinheiro pro CAPS, não existe isso, existe esse acordo que eu te falei, que vem do fundo a fundo e esse dinheiro vai pra saúde mental e o CAPS tem uma vertente pro CAPS, o dinheiro não é só pro CAPS, ela vai pra saúde mental, e aí o CAPS acaba utilizando esse dinheiro, então, quando pergunta sobre a descentralização eu faço a avaliação de que é o compartilhamento de poder, então, não tem isso, é o gestor que acaba se apoderando desse sistema de financeiro, a gente não interfere (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ao considerarmos a questão da descentralização político-administrativa dos recursos financeiros, temos a intenção de destacar que a transferência desta prática às unidades prestadoras de serviços em saúde nos municípios poderia estar favorecendo uma melhor utilização e adequação dos recursos às necessidades reais do serviço, bem como possibilitar maior agilidade na compra dos materiais e viabilizar um processo de gestão democrática e participativa, entre técnicos trabalhadores, usuários e gestores. Essa prática traduz-se, por sua vez, em um exercício político-pedagógico de construção da democracia, objetivando uma atuação com transparência na administração da coisa pública.

Quando questionados sobre se a descentralização financeira dos recursos possibilitaria o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, os

profissionais, na sua maioria, disseram que sim, com algumas ressalvas feitas para a necessidade de mudanças na forma de gestão administrativa do serviço, conforme expresso nas falas que seguem:

Sem dúvida, sim sem dúvida, isso é um equívoco assim porque..., justamente porque a gente não sabe qual é o destino dado a esse dinheiro. A gente acredita que se a gente tivesse mais transparência nesse processo a gente poderia pelo menos priorizar certas coisas que são de fato importante e garantir que elas fossem..., que a gente conseguisse obter essas coisas, enfim, o investimento necessário (F, 12/4/2006).

A melhor utilização sim acho que o planejamento teria que ser anterior, mas sim, acredito que utilizar no sentido até..., porque muitas vezes, como vai para esse Fundo que é pra todos, pra toda a saúde, você acaba sem saber, igual agora, que a gente já tem o dinheiro da supervisão disponível na secretaria, mas não tem como a gente começar amanhã, embora o dinheiro já esteja lá., porquê? porque a gente não sabe como esse dinheiro vai sair e entrar na mão do terapeuta que vai fazer a supervisão da equipe e isso pode demorar um mês, dois meses, vai saber, seria melhor, claro (J, 22/3/2006).

Sim, com certeza, porque nos iríamos sentar e ver as necessidades, por exemplo, esse ano nós ficamos desde o ano passado até um mês atrás sem material nenhum pras oficinas e as oficinas que mais tinham, capitalizavam usuários e não tínhamos material, nós tivemos que suspender as oficinas; então nós sabemos das necessidades, as necessidades dos usuários, quais as oficinas tem mais usuários, pra gente pode administrar e vê onde pode estar investindo (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que sim porque ficaria mais próximo da própria administração do CAPS, porém, ia surgir a necessidade de ter todo um aparato administrativo pra poder gerenciar isso, mas assim, na medida que aqui no CAPS a gente tem uma gestão participativa, em que os usuários estão reunidos semanalmente pra pensar as regras do CAPS, as necessidades do CAPS, enfim, seria mais interessante talvez, esse repasse direto tu quer dizer, é... não sei assim, a princípio..., hoje a gente tem uma estrutura de conselho que prevê o controle social através do Fundo Municipal de Saúde, o Conselho Municipal tem essa ligação também, e aí a gente está lá também, de certa forma representado (VIK, 24/3/2006).

Olha, eu acho que teria que mudar um pouco a nossa dinâmica de funcionamento; não deixa de ter um lado...bom, é uma faca de dois gumes, poderia facilitar a gente fazer um processo mais rápido talvez, não faltaria coisa, porque as vezes faltam coisas básicas, agora, por exemplo, faltam copos, se você tivesse o recurso você ia ali e comprava uns pacotes de copos, não teria essa... essa falha; agora é saber que é mais uma tarefa também que acumularia em termos administrativos, financeiros, quer dizer, não sei se você não está ali também inchando o processo burocrático aqui dentro do CAPS; eu acho que pode ter vantagens, mas pode ter desvantagens; eu teria que pensar melhor, nunca pensei nessa possibilidade; assim, acho que o dinheiro da Oficina, puxa, se a gente tivesse aqui uma verba seria mais fácil, as vezes faltam coisas

pequenas que você não tem como estar repondo aqui, tem que esperar uma nova verba, de repente pra.... (P, 17/3/2006).

Um dos profissionais observou sobre as questões práticas e políticas que envolvem a descentralização no contexto do SUS:

Esse compartilhamento de poder ele só pode ser discutido dentro da lógica do SUS, universalização, integralização, etc., dentro dos preceitos do SUS tem o controle social, essa descentralização só pode ser discutida quando acontece o controle social. Hoje essa descentralização ela tem que ser discutida no Conselho Municipal de Saúde e mais precisamente no conselho gestor dentro do CAPS; agora, porque não ocorre isso? Porque não tem a clareza da necessidade; eu acredito que as pessoas que acabam estando na prática, principalmente no CAPS, se sobrecarregando com as coisas, e acabam não tendo a clareza, ou não querendo assumir mais um encargo trabalhista; então, esse é um dos grandes problemas que existe, a sobrecarga de trabalho, as condições de trabalho, aí você acaba tendo que lutar por tudo isso; isso aí eu vejo que tem muito a ver com a questão da militância, pessoas que já estão, lá na época ou do ensino médio, que já começam ir pros grêmios, depois a pessoa acaba indo pra militância no movimento estudantil, e quando vão pros serviços de saúde são profissionais mais críticos, que acabam tendo essa visão mais ampla da saúde e da política; então, as pessoas que acabam chegando no serviço com um pouco desse ideal de controle social eu diria, acabam questionando mais essa questão da descentralização; voltando a tua pergunta sobre a descentralização financeira, ela poderia sim possibilitar um melhor planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, se houver o controle social dentro dessa descentralização financeira (GIRASSOL, 20/3/2006).

Cabe destacar que a proposta da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, na regionalização e na hierarquização da rede de serviços, constante entre os princípios e diretrizes do SUS, coloca o município como lugar privilegiado para o desenvolvimento de uma política de financiamento das ações em saúde, com critérios transparentes, e que respeite as particularidades da realidade local. O Ministério da Saúde continua a ser a instância que, na administração do Fundo Nacional de Saúde (FNS), acompanha a aplicação dos recursos que são repassados aos estados e municípios. Estes, por sua vez, são obrigados a constituir os seus respectivos fundos de saúde e conselhos estaduais e municipais, elaborar planos de ação e apresentar relatórios de gestão, garantindo também a existência de contrapartida de recursos para a saúde nos seus orçamentos (COSTA, 2002).

Embora a descentralização seja uma prática com vistas a aumentar o poder decisório de aplicação dos recursos na esfera local, esta ainda apresenta muitos problemas, na medida que não consegue alcançar efetividade, dados os impasses de ordem burocrática e administrativa. Por si só a descentralização não garante maior controle social ou uma prática democrática. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada que abarque as especificidades da área da saúde mental.

Nesse sentido, a lógica fundamental da estrutura de financiamento exigida é a de que os recursos financeiros devem ser centrados nas pessoas e não nos serviços. O financiamento deve contemplar todas as ações necessárias e decorrentes da implantação, implementação e sustentação de uma nova política de saúde mental (BRASIL, 2002a). O que deve ser colocado em pauta é a viabilidade de se financiar o CAPS como um todo, envolvendo todas as suas ações e especificidades, permitindo-se que cada serviço tenha flexibilidade para realizar seu trabalho de acordo com as necessidades locais, desvinculando o financiamento da relação de compra e venda de serviços e da noção de doença (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 136).

3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico

Os profissionais que trabalham nos CAPS compõem um grupo de diferentes técnicos de formação de nível superior e nível médio, e integram uma equipe multidisciplinar. Todas as unidades de serviço devem obedecer a exigência da diversidade profissional e cada CAPS tem suas próprias características quanto ao tipo e a quantidade de profissionais. A equipe mínima indicada para os CAPS II é composta por médico psiquiatra, enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior de outras categorias profissionais entre psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro necessário ao projeto terapêutico e seis profissionais de nível médio entre técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).

O papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. As equipes devem organizar-se para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação

psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e poder equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas (BRASIL, 2004).

Neste item nos propomos a descrever e analisar a composição e perfil da equipe técnica do CAPS Ponta do Coral, bem como as dificuldades e facilidades do trabalho em equipe consideradas pelos profissionais, a existência de práticas interdisciplinares no atendimento ao usuário, de projeto terapêutico e planejamento das ações da unidade de serviço¹³. Ao final do item consideramos os apontamentos dos profissionais sobre as diferenças do atendimento prestado no CAPS em relação ao realizado nas instituições tradicionais/hospitais psiquiátricos.

3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental

O CAPS Ponta do Coral conta com uma equipe de profissionais multidisciplinar que atua diretamente no atendimento aos usuários. São profissionais com formação de nível superior nas áreas de psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Entre os de formação de nível médio estão dois técnicos em enfermagem e um auxiliar administrativo. Compõem a equipe, ainda, os profissionais de apoio, vigilantes e auxiliar de limpeza, e estagiários de psicologia, serviço social e enfermagem.

¹³ É importante destacar que o perfil bem como a opinião dos profissionais sobre o serviço varia, no decorrer do tempo histórico, de acordo com a composição da equipe naquele determinado momento. Outros trabalhos já realizados identificam o perfil da equipe, a percepção dos profissionais sobre o trabalho no CAPS, o significado e o processo de inserção no serviço, a concepção sobre o modelo assistencial e práticas de desinstitucionalização, em épocas anteriores. Entre estes ver: GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003; FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial** - percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004; NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental:** em busca da articulação e qualificação das ações em saúde. Monografia (Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Lato Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

A maioria dos técnicos de nível superior concluiu a graduação na década de 1980. Metade deles possui capacitação específica na área de saúde mental, em geral, cursos de formação e aperfeiçoamento, especialização em terapia cognitiva comportamental, saúde pública, clínica, psicoterapia, psicanálise, atenção psicossocial. Três profissionais possuem mestrado nas áreas de enfermagem, sociologia política, artes cênicas; um fez residência médica em psiquiatria e cursa mestrado na mesma área; uma profissional tem doutorado em sociologia política.

Mais da metade dos profissionais (58,3%) possuem experiências de atuação profissional em outras instituições da área de saúde mental como clínica de internação, hospital psiquiátrico, centro comunitário de saúde mental, serviços de atenção à dependentes químicos e centro de atenção psicossocial. A maioria (66,7%) atua na área de saúde mental a partir da segunda metade da década de 1990. Cinco profissionais identificaram ter experiência de atuação em outras instituições que não da área de saúde mental.

Com relação ao tempo de serviço no CAPS, quatro profissionais atuam desde a implantação do serviço, em 1996, três ingressaram na equipe entre os anos de 2001 e 2002, e quatro profissionais passaram a fazer parte da equipe recentemente, a partir de meados de 2004. Quanto ao tipo de vínculo empregatício, a maioria, 75% (9 profissionais), é servidor público concursado, dois são contrato temporário e um ingressou no serviço público municipal através de indicação técnica. Nove profissionais possuem regime de trabalho de 30 horas semanais e 3 deles trabalham 40 horas semanais.

Com relação a capacitação específica em saúde mental para atuar no CAPS, todos os entrevistados consideram esse quesito de grande importância. Entre as razões apresentadas estão: a necessidade de compreensão e entendimento comum do que é um CAPS e o entendimento do tipo de assistência que este serviço deve oferecer; a preocupação com a diferença no atendimento que o CAPS deve oferecer em relação aquele prestado em outros serviços de saúde mental; a necessidade da capacitação para suprir as defasagens da formação acadêmica, que, em geral, não abarca as especificidades do campo da saúde mental.

Na opinião dos entrevistados,

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS, não tem a qualificação pra atuar, então ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então é necessária a questão da capacitação... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ah sem dúvida, sem dúvida, principalmente porque o que a gente está propondo é uma reformulação no modo da assistência em saúde mental, então é preciso que quem venha trabalhar num CAPS entenda essa lógica, que não venha pra cá com a mesma mentalidade do que se faz no hospital psiquiátrico, do que se faz em ambulatório, é outra coisa também diferente da atenção básica, então o CAPS precisa disso, precisa que o profissional tenha essa.., esse tipo de orientação, esse tipo de compreensão da sua finalidade (F, 12/4/2006).

Muito, muito importante, justamente por isso que eu estou te falando, porque assim, o profissional que trabalha no campo psicossocial, de qualquer área, ele necessariamente precisa quebrar a prática estereotipada pra poder entrar num serviço como esse porque o assistente social de um CAPS ele não é aquele assistente social de um hospital psiquiátrico, ele muda, ele faz outras coisas, ele se coloca de outro jeito, assim também é o médico, assim também é o psicólogo, o enfermeiro, então, uma formação específica pra essa área é bastante adequado porque vai tratar especificamente das necessidades que se colocam no cotidiano (VIK, 24/3/2006).

Considero, considero sim. É interessante que cada um tenha um saber, que traga o seu saber pela sua formação, da sua prática, do seu bairro, da sua comunidade, mas trabalhar no CAPS não é trabalhar em ambulatório, trabalhar no CAPS é ter um conhecimento sim do que é uma Reforma Psiquiátrica, do que significa um CAPS num panorama hospitalocêntrico. É toda essa questão política que tem por trás, questão financeira também, que é um serviço que se propõem substituir sim progressivamente os hospitais. Em muitos lugares isso já é feito, já conseguem fazer internação zero, outros lugares não; então, uma abordagem no CAPS precisa sim ter capacitação (LÉLI, 4/4/2006).

Sim, até por que o que é o CAPS? O quê um CAPS deveria ser? Cada um tem a sua idéia do que é um CAPS, mas ela não é uma idéia homogênea, então a minha experiência do que é um CAPS em outros lugares, que eu já tive em outros lugares especificamente, é muito diferente do que eu chego aqui e encontro as pessoas falando o que é um CAPS. é claro que a capacitação para um CAPS, para o que é o trabalho em CAPS podia homogeneizar, pelo menos todo mundo iria estar falando a mesma língua (J, 22/3/2006).

Sobre este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005, p. 30), observam que “os profissionais de saúde mental são, ainda em grande parte, formados a partir da prática cotidiana que caracteriza a lógica manicomial”. Hospitais e clínicas psiquiátricas constituem-se ainda os espaços onde “são oferecidos treinamentos em serviço (sob a forma de estágios e residências) aos profissionais que irão, no futuro, tentar materializar a nova lógica dos serviços substitutivos”.

Os autores destacam que “do sucesso da forma de organização da produção e transmissão do conhecimento pode depender o sucesso da própria reforma psiquiátrica” (OLIVEIRA; DORNELES, 2005, p. 32). Neste sentido, é importante que seja colocado na

cena do debate o funcionamento das instituições de aprendizado profissional sob a ótica da reflexão sobre as práticas e não apenas sobre o discurso das propostas dos cursos de formação. Os centros de formação devem se programar, planejar e garantir aprendizado e treinamento supervisionado, em que se pratique e construa espaços de práticas genuinamente terapêutica.

Na mesma direção, um dos entrevistados expressou sua preocupação com relação a seleção dos profissionais que vão atuar no CAPS, argumentando que os resultados do trabalho também dependem desse aspecto.

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS não tem a qualificação pra atuar, então, ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então, é necessária a questão da capacitação [...]. o processo de inclusão do profissional na área da saúde mental hoje, como se dá? Ele se dá por indicação política, seleção por contrato temporário e por concurso público. A indicação política pode ofertar profissionais desqualificados, pode! O contrato temporário, se não tiver um rigor no perfil que se quer pra trabalhar em CAPS vai acontecer a mesma coisa, um profissional desqualificado, o concurso público a mesma coisa, se não tiver um perfil, se não tiver o que se gostaria realmente, qual profissional que você gostaria de estar atuando hoje no CAPS, então, enquanto não se superar a forma de inserção no trabalho do CAPS, enquanto não se superar a discussão da saúde mental nos currículos acadêmicos vai continuar sendo sempre necessária a questão da capacitação [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Com relação a formação das equipes técnicas para atuar nos CAPS, as indicações aprovadas na e pela III CNSM apontam para a necessidade de que a contratação de profissionais deva ser realizada exclusivamente por meio de concursos públicos, e em caso de urgência, através da CLT, mas com seleção pública. E, ainda, os concursos devem exigir os pré-requisitos necessários e adequados à proposta de trabalho em saúde mental, alinhada teórica e conceitualmente aos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2002a).

Assim, é necessário considerar, quando da seleção dos profissionais, o perfil para trabalhar junto ao portador de sofrimento psíquico, bem como a existência de uma dimensão subjetiva, humanizante, solidária e fraterna como componente fundamental do perfil dos trabalhadores em saúde mental. Nesta direção, uma das participantes da pesquisa destacou a questão da opção política por este tipo de trabalho, associada a necessidade de competência técnica para atuar na área.

Eu acho que a gente trabalha com situações que requerem um estudo permanente, formação permanente, [...] eu acho que este é um dos vícios da saúde pública. Muitas vezes se confunde um pouco o tratamento ético ou moralmente responsável com uma qualidade também técnica. Eu acho que as duas coisas têm que estar associadas, tem que ter uma empatia pela causa da saúde pública, que aí entra na questão ética, moral de cada um, valores que você tem quando você vem pra esse tipo de trabalho; muitas pessoas que vem pra saúde pública quase que tem uma vocação religiosa. Mas ao mesmo tempo você também tem que ter uma competência técnica; não basta você tratar bem o paciente, você acolher, você precisa saber como intervir dentro da linha de trabalho que cada um escolhe, isso é fundamental (P, 17/3/2006).

Os profissionais, na sua maioria, indicaram ter recebido capacitação para atuar no CAPS. Referiram-se, especificamente, a um treinamento/capacitação realizado em novembro de 2005, com duração aproximada de 20 horas, organizado pela Assessoria Técnica de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde¹⁴. Contudo, alguns observaram que foi um treinamento tipo encontro, de curta duração, com trocas de experiências, e que não chegou a ser muito significativo.

Com relação a política de saúde mental, a maioria dos profissionais (83,3%) afirmou ter no mínimo algum conhecimento de sua organização e diretrizes. Entre os entrevistados, todos consideraram importante saber sobre os princípios, a estrutura e forma de organização da política de saúde mental para o trabalho do CAPS. Todos indicaram haver disponibilidade de material didático relativo a política na unidade de serviço.

Sim, precisa conhecer a política porque o atendimento está dentro dessa política, dessa lógica. (LÉLI, 4/4/2006).

Claro! é vital, pra poder planejar o seu trabalho, pra poder saber como é que a gente se liga com outros serviços, como é que a gente pode montar a rede, isso é fundamental porque o trabalho não se encerra aqui dentro, não pode ficar aqui dentro só, ele tem que poder justamente se expandir (F, 12/4/2006).

Sim é muito importante, até pra saber o que está acontecendo, o que pode ser feito, quais são os recursos disponíveis, o que precisa melhorar. Acredito que, fora a sua capacitação individual, eu acho que isso é uma outra premissa pra você iniciar no serviço [...] (J, 22/3/2006).

É importantíssimo conhecer, primeiro saber se ela existe, primeiro a pessoa tem que ter a curiosidade, tem que ter o desejo e a clareza de que é essencial ter os parâmetros ou diretrizes políticas de saúde mental pra

¹⁴ O município não tem o cargo de Coordenador de Saúde Mental. Em novembro de 2005 foi nomeada Assessora Técnica em Saúde Mental a enfermeira Lílian Pagliuca, que permanece na função até a data da presente pesquisa.

poder acompanhar, se orientar, e, segundo, conhecer sobre essa política (GIRASSOL, 20/3/2006).

Muito importante porque hoje a gente tem acesso a isso, aqui no CAPS a gente tem a legislação de saúde mental e pra gente poder entender porque, assim, a gente está na gestão da política também, por ser participativa, por estar junto nas decisões, então é preciso que a gente entenda, e tem muito detalhamento, são muitas portarias, o sistema de financiamento também é bastante complexo [...] (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que claro, porque a gente está dentro de um braço da política nacional de saúde; tanto pra você ter noção de qual é a perspectiva, em nome de que esse serviço está sendo mantido, também pra você poder avaliar a possibilidade desse ideais, dessas prerrogativas, que são pensadas a nível geral e nacional, serem realmente eficaz em termos práticos, porque muitas vezes você tem uma boa idéia, mas nem sempre uma boa idéia traz um bom resultado [...] (P, 17/3/2006).

Nesse sentido, a construção e consolidação de uma política de saúde mental, coerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o estabelecimento de uma política adequada de recursos humanos, que valorize e considere a importância do trabalhador de saúde mental na produção dos atos de cuidar. Para isso, deve-se garantir a capacitação e qualificação continuadas; a remuneração justa dos profissionais; a garantia de condições de trabalho e de planos de cargos, carreira e salários; a democratização das relações e das discussões em todos os níveis de gestão; a incorporação das questões de segurança, saúde e saúde mental do trabalhador; a garantia de supervisão clínica e institucional; a avaliação de desempenho e garantia da jornada de trabalho adequada para todos os profissionais de nível superior, bem como a isonomia salarial entre eles (BRASIL, 2002a).

3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário

De acordo com as indicações aprovadas na III CNSM, a política de recursos humanos para a saúde mental deve visar implantar, em todos os níveis de atenção, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, na perspectiva do rompimento dos especialismos e da construção de um novo trabalhador em saúde mental, atento e sensível

aos diversos aspectos do cuidado, ou seja, com uma visão integral e não fragmentada da saúde (BRASIL, 2002 a).

Segundo 83,3% dos profissionais o trabalho no CAPS Ponta do Coral é realizado em equipe. A maioria considera que existem dificuldades na realização das atividades. Uma delas está relacionada, conforme identificado por eles, ao fato de que nem todos compartilham das mesmas referências com relação à Reforma Psiquiátrica, à saúde pública e ao projeto do CAPS.

Bom, são várias, mas o que eu vejo de mais complicado é o fato de que nem toda a equipe compartilha das mesmas referências em relação ao que seja a Reforma Psiquiátrica, a função de um CAPS, as necessidades que o CAPS tem pra alcançar esses objetivos. Isso se deve em parte a diversidade da formação, e também às convicções pessoais. O problema não é a diversidade em termos da formação profissional em si, mas o modo, o fato de que você tem uma equipe multiprofissional por exemplo, isso gera alguma dificuldade na troca, na possibilidade de produzir um conhecimento novo a partir dessas experiências que são de diferentes disciplinas, diferentes áreas. Mas eu diria que é mais no sentido da Reforma Psiquiátrica mesmo, naquilo que ela aponta, então parece que esse é um problema a mais; outro que tem se tornado mais evidente pra mim ultimamente é a falta de formação de grande parte dos profissionais sobre o que seja saúde pública, boa parte deles não conhece o sistema de saúde pública, apesar de trabalhar num serviço de saúde pública, mas não conhece o sistema, não sabe a lógica, não sabe como é que ele funciona, então acaba tomando decisões muitas vezes administrativas que são equivocadas, que não levam em conta o modo de funcionamento da saúde pública (F, 12/4/2006).

Tem sim várias dificuldades, entre elas, existem diferenças de formação e, portanto, ideológicas. Alguns momentos a gente vê, assim, o CAPS tem um projeto de não internação, de autonomia do usuário, de gestão plena do usuário, e, as vezes, a equipe, algumas pessoas acabam esbarrando com isso. O entendimento disso é muito difícil também, as vezes é uma linha muito tênue entre o que é o assistencialismo, a autonomia, o que é dar o limite do ponto de vista terapêutico e o que é dar o limite porque você não quer se incomodar. Então, algumas pessoas não vêm de uma postura da Reforma Psiquiátrica, não sabe o que é uma Reforma Psiquiátrica, não tem uma noção, [...] é uma luta política também e algumas pessoas não sabem o que é [...] (LÉLI, 4/4/2006).

Em outras falas, foi apontada como uma das dificuldades do trabalho em equipe questões relacionadas a uma suposta divisão entre o grupo de técnicos.

A relação com a equipe tem uma certa peculiaridade, eu acho que as pessoas, a equipe que começou anteriormente, já desde a formação ou no começo do CAPS, eles se intitulam como a equipe do CAPS. Os que chegaram depois, em geral, não são bem acolhidos, ou são muito pouco,

tanto que as próprias atividades em equipe, em grupo, dificilmente, essas pessoas novas são incorporadas ao que já existe; então, acaba criando aí até a equipe da manhã, a equipe da tarde, mais ou menos, embora eu estou aqui todo o período, mas tem essa divisão... e eu acho que assim o ponto de partida é esse, a sensação é que quem não estava aqui desde o começo não fez parte da história (J, 22/3/2006).

A equipe que iniciou lá em 96 (1996) veio com algumas questões conceituais amarradas. Por quê? Porque a pessoa que estava pensando, planejando o CAPS ela vinha do Movimento da Luta Antimanicomial, era uma das representantes em nível nacional aqui em Floripa, Santa Catarina; então tinha algumas coisas amarradas na estrutura de atendimento do CAPS, que era muito pra poder implantar o sonho da Reforma Psiquiátrica aqui em Floripa, criar um serviço, do município, que de fato evitasse internação, que de fato fosse continente pros usuários com transtorno mental grave, e isso se mantém, porém, com a chegada dos técnicos que foram sendo substituídos, alguns saíram, técnicos novos entraram, a equipe de profissionais foi se modificando, a gente tem uma distância conceitual por mais que a gente pretende uma proposta multiprofissional, e a gente consegue, ao longo do tempo a gente conseguiu, é muito interessante o jeito como nós trabalhamos, porque de fato conseguimos trabalhar cada profissional lado a lado, dividindo o mesmo grupo, a mesma oficina terapêutica, então, assim, isso é possível, mas hoje, a gente, assim, tenta manter esse paradigma da Reforma Psiquiátrica, da desospitalização, do fortalecimento dos serviços territorializados, de um modelo que é um modelo multiprofissional, com a gestão participativa dos usuários, contra o modelo hospitalocêntrico, médico centrado, mas existem diferenças na questão conceitual da equipe, isso é falho, inclusive pra própria equipe (VIK, 24/3/2006).

A importância da unidade da equipe no atendimento ao usuário e na organização do trabalho recai sobre a qualidade do tratamento terapêutico ofertado. A mudança de paradigma epistemológico com relação a saúde mental não garante por si só a alteração das práticas assistenciais. Os conflitos e problemas de equipe existentes precisam ser trabalhados nas supervisões institucionais de forma que os técnicos consigam superar as dificuldades que obstaculizam a união do grupo em torno de um objetivo comum, sejam elas ideológicas, de formação, de concepção e/ou de afinidade com os colegas.

Um dos entrevistados apontou a questão das relações de poder e diferenças nos valores pessoais e nas relações interpessoais como dificuldades do trabalho em equipe.

Primeiro, a relação de poder, eu acho que é um grande problema, uma dificuldade que existe. Essa relação de poder, ela emana, que eu tenho percebido, da psicanálise, da teoria psicanalítica e da teoria psiquiátrica; então, os profissionais detentores desse conhecimento acabam, sutilmente, estabelecendo poder frente aos profissionais não-psi diria; essa relação de poder pelo saber é um dos problemas ou uma das dificuldades que eu encontro pra trabalhar em equipe no CAPS; outra

dificuldade, acho que é a própria experiência de vida das pessoas, aquelas pessoas em que parece que não estão claros os valores humanos como solidariedade, amor, justiça, sabedoria, a práxis, o repensar a prática, profissionais que não fazem a autocrítica da sua prática, pra mim, eu acho que é uma dificuldade trabalhar em equipe devido a isso; então, seria esse poder pela teoria e essa questão um pouco mais pessoal que é a relação de lidar com o outro, as relações interpessoais, são dificuldades que eu vejo em equipe (GIRASSOL, 20/3/2006).

A partir da fala profissional é possível pensar sobre as relações de poder que se estabelecem pelo saber. Conforme nos ensina Foucault (1979), os poderes se exercem em níveis variados e em pontos diferentes da vida social. Neste complexo, existem os micropoderes que estão intimamente relacionados com a produção de determinados saberes (sobre o criminoso, a sexualidade, a doença, a loucura). Assim, o poder não é algo que se detém como uma coisa, como uma propriedade, que se possui ou não. O poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona, como uma máquina social que não está situada em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda estrutura social (MACHADO, 1979 p. XIV).

De acordo com Foucault (1979), todo conhecimento, seja ele científico ou ideológico, só pode existir a partir de condições políticas, que são as condições para que se formem tanto o sujeito quanto os domínios de saber. Para o autor não há saber neutro, todo saber é político. Dessa forma, saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber. E, em contrapartida, todo saber assegura o exercício de um poder (MACHADO, 1979 p. XXI - XXII).

Na seqüência, a entrevistada aponta de forma geral algumas das questões cotidianas como dificuldade no trabalho em equipe.

Bom, eu acho que as vezes a gente é muito trefista, a gente não tem o tempo suficiente que a gente gostaria para estar parando para discutir os casos, se ater a cada paciente; tem diferenças na equipe também, tem conflitos [...] mas assim, a gente ainda tem, as vezes, coisas assim muito imediatistas, que não nos propiciam fazer realmente um estudo de caso mais integrado, ter uma intervenção, as vezes, mais articulada; a gente tem tentado em alguns momentos, mas assim, não é uma coisa que tem um peso forte como eu acho que deveria ter (P, 17/3/2006).

Dessa forma, a intensidade das demandas colocadas aos profissionais, especialmente na atualidade, provocam o desenvolvimento de ações pragmatistas, muitas

vezes sem uma reflexão maior. Isso vem acontecendo em vários contextos institucionais e com diferentes profissões. Ou seja, na medida que aumentam as necessidades humanas e as demandas para satisfazê-las, não ocorre no mesmo ritmo, o aumento da oferta de equipamentos e serviços assistenciais capazes de dar conta da complexidade dos problemas decorrentes da emergência das novas relações sociais, econômicas, culturais, advindas com a modernidade.

A precarização das condições de trabalho também foi apontada pelos entrevistados como mais um dos fatores que, por vezes, dificultam a convivência e o trabalho em equipe. Eles se referem a questão da diferença na remuneração salarial entre os profissionais que trabalham no CAPS, principalmente do médico para as outras profissões. A desproporção salarial chega a diferença de até quatro vezes mais entre o que recebe o profissional médico e o salário dos demais técnicos. Associadas a esta situação estão a diferença na carga horária de trabalho, a condição de contratação temporária, a falta de reconhecimento por parte da SMS, no apoio e incentivo à participação em eventos científicos e de militância política na área, entre outras.

Os profissionais indicaram que contam com supervisão institucional para lidar com as questões do trabalho no cotidiano. A supervisão institucional existente era, até o início deste ano (2006), paga pelos próprios profissionais, mas nem todos participavam. A partir do mês de abril do corrente esta passou a ser financiada com recursos provenientes do Ministério da Saúde. Além deste tipo de supervisão, foi relacionado como outro recurso existente para abordar essas questões as reuniões de equipe, realizadas mensalmente, as reuniões clínicas, realizadas semanalmente, e foi citada pelos técnicos em enfermagem, a supervisão realizada com profissional da área.

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que as políticas de formação e capacitação em saúde mental devem criar espaços de trocas baseados na realidade local, com valorização dos diversos saberes e metodologia participativa. A supervisão clínica e institucional permanentes deve ser estendida a todas as pessoas que trabalham com portadores de transtorno mental: equipes de PSF e PACS, trabalhadores da urgência e emergência, do hospital geral, dos serviços substitutivos e dispositivos residenciais, cuidadores de saúde mental, profissionais de nível médio e superior da rede de saúde mental. A referida Conferência destaca, ainda, a necessidade de implantação da NOB – Recursos Humanos do SUS, salientando a importância da garantia da capacitação para todos os níveis, supervisão permanente, interdisciplinaridade e isonomia salarial (BRASIL, 2002a).

Com relação as potencialidades que o trabalho em equipe possibilita os profissionais destacam a relevância deste no atendimento ao usuário, a possibilidade de trocas entre as varias áreas e a oferta de um atendimento multidimensional.

Entendo que essa é uma clínica multidisciplinar e isso (trabalho em equipe) é importante pela complexidade mesmo do tipo de fenômeno com o qual a gente trabalha, então, a gente precisa, é necessário ter uma oferta de serviços e de formas de atenção, que seja a mais diversificada possível, pra que a gente possa atender a uma série de necessidades que as profissões nas suas especialidades não dão conta; então essa é a grande vantagem, você pode fazer essa atenção multidimensional, isso é interessante (F, 12/4/2006).

A vantagem é justamente a estrutura coletiva de resposta à uma situação que chega pra você; vem a psiquiatria trazer um conhecimento, a psicanálise traz outro, [...] a enfermagem acaba dando a sua contribuição quando discute realmente a relação, vem o serviço social discute essa articulação que a pessoa tem com o social, e essas pessoas (profissionais), com seus conhecimentos, vão socializando esse conhecimento pra dar a resposta às fragilidades ou às potencialidades de vida que essa pessoa traz (GIRASSOL, 20/3/2006).

Acho que a grande vantagem é que a gente quebra a lógica hospitalocêntrica que era muito centrada no médico, na figura do médico, naquilo que o próprio médico decidia do tratamento, hoje quem decide é a equipe multiprofissional [...] (VIK, 24/3/2006).

Ah! Muitas, eu acho, em primeiro lugar, essa possibilidade da troca interdisciplinar; porque eu acho que cada um tem um tipo de contribuição diferente, um saber que te ajuda a pensar com mais amplitude o próprio trabalho, o próprio paciente, e, eu acho que quebra um pouco certas relações de poder; também, assim, o fato de a gente lidar com situações que são muito pesadas para alguém estar lidando sozinho, então quando você sente essa coisa da equipe, quando tem um paciente que está muito comprometido ou que tem risco de vida, a gente se sente muitas vezes angustiada por aquele paciente e você tem a equipe pra te dar um respaldo, pra estar pensando junto. Acho que isso é, sem duvida, algo que gratifica também (P, 17/3/2006).

Primeiro, agregar conhecimentos, se a equipe for multidisciplinar, que não quer dizer interdisciplinar, mas a princípio se ela for multidisciplinar a possibilidade de trocas de conhecimento de várias áreas realmente acaba sendo muito rica; são vários olhares sobre uma mesma questão, vários pontos de vista. Quando o trabalho de equipe é interdisciplinar, as pessoas acabam trocando mesmo, saindo, as vezes, do seu campo de formação, podendo estar se estendendo em outros campos, acaba sendo mais rico ainda. Num trabalho como o CAPS é necessário (o trabalho em equipe). Eu não consigo ver o trabalho que não seja em equipe porque pra você atender um usuário você precisa de uma equipe, pra você abordar o usuário, uma família, receber uma família precisa de vários olhares, enfim, de várias formações, vários olhares técnicos, da parte de

enfermagem, psicologia, da arte, serviço social, então, isso é importante (LÉLI, 4/4/2006).

O reconhecimento de outras dimensões no processo saúde-enfermidade, que não estritamente a biológica, traz a tona a questão da interdisciplinaridade¹⁵, pois na busca da integralidade da assistência a atuação de um único saber profissional não é suficiente. No processo da Reforma Psiquiátrica o campo da saúde mental é chamado a refazer-se por inteiro, ampliando o seu foco de abordagem e procurando romper com as delimitações dos saberes tradicionais na área. Busca-se uma nova recomposição de conhecimentos, sustentados sobre um conjunto de rupturas e novas premissas, e não apenas um novo somatório ou rearranjo simples dos saberes especializados. Desta forma, diversos campos de saber, implicados na assistência em saúde mental, são envolvidos na teorização e nas novas práticas de cuidado (VASCONCELOS, 2000a).

A pesquisa realizada indicou que 66,3% (correspondente a oito dos doze profissionais que responderam o formulário) dos profissionais consideram que existe interdisciplinaridade no atendimento ao usuário no CAPS Ponta do Coral. As falas relacionadas na seqüência apresentam a concepção dos profissionais sobre interdisciplinaridade e indicam a respectiva compreensão sobre a importância desta no atendimento ao usuário.

A gente poder ter o que a gente chama de clínica ampliada, essa multidimensionalidade que nos permite atacar o problema de várias formas e, portanto, oferecer diversas formas de atendimento, desde o medicamentoso até o serviço social, as oficinas, as oficinas expressivas, a arte, etc. (F, 12/4/2006).

Eu acho que em primeiro lugar isso, assim, é um olhar mais amplo para a condição daquele paciente. Cada profissional tem um aspecto que acentua, pela sua vida, pela sua formação; o educador artístico tem uma outra estratégia, por exemplo, pra lidar com aquela queixa do paciente, o assistente social tem uma, o psicólogo tem outro olhar, assim, eu acho que pra mim soma, eu acho que é uma forma da gente também aprender, enriquecer a nossa análise, a nossa possibilidade de intervir; sem dúvida que é rico (P, 17/3/2006).

Alguns profissionais expressaram sua concepção de interdisciplinaridade observando que esta não é sinônimo de multidisciplinaridade e que nem sempre é possível fazer práticas interdisciplinares.

É justamente isso, poder compartilhar o conhecimento que cada disciplina traz, essa inter, mas realmente compartilhar isso e não a

¹⁵ Sobre os conceitos de multi, inter e transdisciplinaridade ver, entre outros, Vasconcelos, 2000a.

multidisciplinaridade; é pensar, coletivamente, saídas pra enriquecer a vida da pessoa e aí é sempre um pensar e repensar (GIRASSOL, 20/3/2006).

Então, essa idéia dessa troca de conhecimento pra poder ajudar o usuário, pra poder a equipe ter um suporte também, pra poder, num estudo de caso, por exemplo, trocar os vários conhecimentos, os vários pontos de vista e poder estar entrelaçando; então, é importante, mas nem sempre se consegue fazer (LÉLI, 4/4/2006).

Já nas falas que seguem é possível perceber a concepção de interdisciplinaridade mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade.

Cada profissional tem a sua especialização, e ele foi formado para atender determinadas características que aquele usuário precise, ou informações, e a própria atenção, e cada um tem uma formação específica e diferenciada; então, eu acho que quanto mais ampla, mais amplamente ele for avaliado, e receber essas informações, e esse tratamento, vai ser melhor pra ele; então, desde o serviço social, desde o atendimento psicológico, o atendimento médico, enfim, até ah! eu cortei meu dedinho, o que eu faço? Então, vai poder ser atendido ali, ser acolhido pelo técnico de enfermagem (J, 22/3/2006).

É muito importante porque cada profissão tem o seu conhecimento específico e contribui aí com o seu conhecimento. É necessário que cada um de nós tenha muito claro o seu papel aqui dentro pra que não vire uma salada mista e se dilua o que cada um faz, que é específico de cada um. Então, é importante que a gente tenha boa formação técnica, específica da saúde mental pra que a gente possa chegar numa equipe que trabalha sob o paradigma do campo psicossocial, e que de fato possa ser multi, no sentido do atendimento, e aí, assim, no campo psicossocial, aqui no CAPS, por exemplo, a gente vê a necessidade de os profissionais trocarem mesmo, porque surgem muitas demandas, são muitas necessidades do usuário, é um campo novo. Então, assim, tem n coisas que vai se descobrindo, que cada área contribui diferentemente, mas ao mesmo tempo de forma conjunta. Então, o psicólogo, obviamente, ele tem mais elementos pra entender a parte clínica, o assistente social tem mais elementos pra entender a parte previdenciária, da assistência social desse usuário, que também é importante, muito importante pra ele, o médico tem o conhecimento sobre os psicofarmacos, sobre essa parte mais específica da medicação, e assim a gente vai trocando (VIK, 24/3/2006).

Com relação a este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005) observam que, no Brasil, a interdisciplinaridade faz parte do discurso politicamente correto, garantindo seu estabelecimento como princípio, traduzido na expansão cada vez maior dos territórios profissionais e na fusão dos saberes. O discurso da multi e da transdisciplinaridade é relativamente bem conhecido e aceito em nível intelectual, mas as práticas institucionais apontam, paradoxalmente, para fortes resistências, isolamento e hiperespecialização.

De acordo com os autores, para que estas ações multidisciplinares se tornem efetivas há necessidade de estratégias e planos, que visem a harmonização da convivência para que esta não seja imposta, mas compreendida e desejada pelos profissionais. Na prática, o momento é de impasse, pois multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade existem em tese e como imposição de comando, mas não se concretizam, ainda, como prática planejada, efetiva e eficaz (OLIVEIRA; DORNELES, 2005).

Ainda segundo os referidos autores, uma verdadeira transdisciplinaridade não está nem mesmo no horizonte das instituições de saúde mental brasileiras. Este é um dilema fundamental no processo da reforma psiquiátrica, que depende de ações integradas (órgãos reguladores do ensino superior, programas universitários, instituições e serviços de atendimento) para cumprir sua missão de transcender as práticas manicomial e os territórios de dominação e poder estabelecidos entre as disciplinas que formam a saúde mental.

3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações

A importância do projeto terapêutico dos CAPS recai sobre a responsabilidade de que todo o trabalho desenvolvido em cada unidade deve ser realizado em um ambiente terapêutico. Isto significa que tanto os atendimentos individuais, grupais como a convivência no serviço tem finalidade terapêutica. Cada CAPS deve ter um projeto terapêutico, que leve em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais, as iniciativas de familiares e usuários e o território onde se situa, com sua identidade, sua cultura local e regional (BRASIL, 2004).

O CAPS Ponta do Coral conta com projeto terapêutico do serviço, o qual, segundo 75% dos profissionais que responderam ao formulário, foi planejado em equipe. Três profissionais referiram não saber sobre o planejamento em equipe por não fazerem parte desta época.

O sistema atual de atendimento no CAPS Ponta do Coral difere da maioria do adotado pelos serviços desta natureza. Em geral, os CAPS realizam a assistência ao usuário

no modelo de TR¹⁶. O CAPS Ponta do Coral oferece atendimento sob a ótica da regionalização. Ou seja, como o serviço não é territorializado, é o único na modalidade, na cidade e no município, a equipe técnica foi subdividida em pequenos grupos ou mini-equipes de dois e/ou três profissionais, sendo cada uma destes responsáveis por uma das regionais, que é onde o usuário mora. Esta proposta foi pensada e implementada há quase dois anos, quando os profissionais identificaram dificuldades em atender no sistema de Terapeuta de Referência (TR) toda a demanda existente. Tal estratégia utiliza-se do sistema de divisão por regionais da Secretaria Municipal de Saúde. Ao total são cinco Regionais de Saúde, Leste, Norte, Sul, Centro, Continente, distribuídas espacialmente na área geográfica do município. Nestas regionais, foram implantadas, recentemente (a partir do final do ano de 2005 e início de 2006), equipes de atenção em saúde mental, compostas por um médico psiquiatra e duas ou três psicólogas em cada uma das Regionais de Saúde.

De acordo com o projeto terapêutico do serviço, as atividades desenvolvidas são: psicoterapia, atenção medicamentosa, atendimentos de emergência, grupo terapêutico, oficinas terapêuticas¹⁷, assembléia de técnicos, usuários e familiares, visitas domiciliares, articulação com entidade, programas e serviço, atividades de formação e pesquisa, reuniões de equipe, reuniões clínicas de casos¹⁸.

Conforme as determinações da Portaria GM/MS Nº 336/2002, a assistência prestada ao usuário no CAPS deve incluir atendimento individual, em grupo, atendimento à família, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades comunitárias, enfocando a integração do portador de transtorno mental na comunidade e sua (re)inserção familiar e

¹⁶ Este sistema de atendimento é desenvolvido na maioria dos CAPS e constitui-se do acolhimento da pessoa quando de sua chegada ao serviço por um dos profissionais da equipe. A partir daí é traçado um projeto terapêutico com o usuário e o profissional que o acolheu passará a ser uma referência para ele. O Terapeuta de Referência (TR) tem a responsabilidade de monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo as atividades e a frequência de participação. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, discutindo com o usuário e com a equipe técnica do CAPS (BRASIL, 2004, p. 16).

¹⁷ São oferecidas as seguintes oficinas: oficina de cerâmica, oficina de artes plásticas, oficina de mosaico, oficina de jogos, esportes e lazer, oficina de tapeçaria, oficina de trabalhos manuais, oficina da terra, oficina de jornal, oficina de velas, oficina de leitura, oficina de música, oficina brechó, oficina de teatro, oficina de formação política, oficina de fotografia. Destas, as oficinas de cerâmica, velas e mosaico são produtivas, ou seja, sua produção é comercializada. Cabe destacar que algumas oficinas podem estar em funcionamento ou não, em determinado período de tempo, de acordo com a disponibilidade de técnicos para acompanhar, de condições materiais para o funcionamento e da demanda de usuários.

¹⁸ A descrição e o objetivo de cada atividade pode ser consultado no Projeto Terapêutico do CAPS II Ponta do Coral (2004), ou a partir do projeto de Estágio curricular em Serviço Social de Stuari (2005).

social. A depender do projeto terapêutico de cada usuário, o CAPS poderá oferecer as seguintes modalidades de atendimento: atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo¹⁹.

Já com relação ao planejamento das ações, 50% dos profissionais consideram que este existe. Cabe lembrar que ao questionarmos os participantes da pesquisa sobre este fator, estamos nos referindo ao planejamento estratégico, aquele voltado para uma visão ampla, global e de longo alcance da organização/instituição, baseado na análise do contexto e com a finalidade de buscar alternativas de ação. No entanto, alguns dos entrevistados observaram estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação objetivo e sistemático dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declararam não existir processo de planejamento e avaliação das ações do serviço, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

As falas relacionadas a seguir demonstram o tipo de planejamento existente no CAPS e como este acontece.

Bom, o planejamento é feito mais ou menos assim: chega uma época do ano em que a Secretaria (SMS de Florianópolis) nos pede um planejamento e aí, geralmente isso é com uma semana no máximo de antecedência, é aquela correria, a gente monta um plano básico de trabalho etc., mas é muito mais pra cumprir a obrigação. A gente tem um projeto terapêutico que é amplo, que é do serviço todo, e a gente vai, com esse projeto terapêutico a gente vai ajustando as atividades e aquilo que a gente pretende alcançar, mas não há um planejamento muito formalizado, não há um processo de planejamento, até porque é tudo muito fragmentado, o que a gente planeja aqui, boa parte depende desse recurso financeiro, depende do apoio da Secretaria, que é sempre uma coisa incerta. Então, em termos de planejamento a coisa fica sempre muito precária. Em termos de avaliação é mais precário ainda, a gente não tem indicadores; novamente, no final do ano, aí a Secretaria pede um relatório do que foi feito, a gente faz um levantamento geral, mas ele é descritivo, ele não é avaliativo, a gente não sabe de fato quais são

¹⁹*Atendimento intensivo* – atendimento diário, oferecido à pessoa que se encontra em grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento semi-intensivo - nessa modalidade, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Este tipo de atendimento é oferecido quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento não intensivo – oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até 3 dias no mês. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário (BRASIL, 2004, p. 16).

os efeitos que a nossa intervenção produz; claro, a gente tem uma certa dimensão pelo contato direto com os usuários, fulano que não interna a tanto tempo, ou fulano que voltou a trabalhar, ou que resolveu pelo menos algumas coisas que eram mais complicadas na sua vida, isso a gente tem, mas não tem um processo de avaliação estruturado que nos permita dados com visibilidade maior (F, 12/4/2006).

Neste sentido, destacamos que, a nosso entender, a função planejamento deve orientar todas as ações no dia-a-dia das organizações. O planejamento é o processo de estabelecer antecipadamente a finalidade da organização/instituição, definir os objetivos e prever as atividades e os recursos necessários para atingi-los. Planejar é uma forma de pensar o futuro da organização/instituição, definindo o que fazer, como, quando e com recursos. Nesse processo, é importante considerar que as organizações/instituições estão inseridas num contexto constituído pela sociedade, pelo Estado e por outras instituições que influenciam suas decisões (TENÓRIO, 2000).

Alguns profissionais referiram-se, especificamente, ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, reuniões clínicas e na supervisão de equipe. Segundo estes, é na reunião de equipe mensal que se planejam mais as ações, estas entendidas como a definição dos grupos terapêuticos ou oficinas que vão ter, o objetivo e a finalidade destes, a demanda etc..

Mensalmente, a gente tem uma reunião de equipe, que tem um pouco esse objetivo, de planejar e avaliar o que é feito. Além dessa reunião mensal a gente tem dois outros momentos semanais, que é um na quarta-feira outro na quinta-feira, que a gente chama de reunião técnica, [...] mas isso se dá muito no cotidiano também, na assembléia geral do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Ele acontece em reunião de equipe, uma reunião mensal, a gente planeja grupos, planeja..., então.., acontece, primeiro tem uma reunião mensal da equipe e reunião duas vezes por semana, que são os estudos de caso; agora, a avaliação, acontece em reunião de equipe mais; o planejamento, por exemplo, como abordar um determinado caso, como ajudar, de como servir a família, o trabalho, é feito durante a semana nos estudos de caso, e nós temos a supervisão, que é um espaço que também acaba se fazendo uma avaliação, a supervisão de equipe (LÉLI, 4/4/2006).

Outras falas detalharam as conseqüências da falta de um processo sistemático de planejamento e avaliação das ações, inclusive fazendo análise dessa problemática em relação as instituições públicas em geral.

Eu acho que esse é um problema, acho que falta muito; por exemplo, se você esta aqui fazendo a avaliação da política a partir do olhar dos profissionais, eu, nesse momento, tenho tido muito incomodo diante da

necessidade que eu vejo de avaliar as ações, de avaliar os pacientes, e a gente não tem uma forma sistemática de fazer isso; por exemplo, a gente não tem um instrumento de captação do trajeto do paciente dentro do CAPS, a gente não anota algumas coisas, os prontuários também deixam muito..., as vezes a gente não faz registro nos prontuários e mesmo quando a gente faz ele não tem, assim, por exemplo, uma sistematicidade, o que é que eu vou enxergar, como é que eu vou ver se aquele paciente está melhor ou está pior depois que ele está aqui, então, a gente não tem esse instrumento; e, o planejamento, é feito um planejamento terapêutico com o paciente; o planejamento do nosso serviço é mais ou menos...., funciona, assim, com as oficinas, não é um planejamento rigoroso, a cada período a gente senta e reorganiza não, tem algumas diretrizes gerais, eu acho que em termos práticos falta muito dos dois lados, planejamento das nossas atividades, por exemplo, as vezes naquele roldão a gente vai fazendo, vai fazendo, e, também, a avaliação da eficácia, do que realmente aquilo está resultando pra vida do sujeito, se ele está realmente conseguindo chegar mais próximos desses lugares que a gente apregoa como princípios da saúde mental - autonomia, dessas coisas que a gente também fala: relação com o trabalho, relações, laços sociais; então, a gente não tem esse (instrumento de planejamento e avaliação), eu acho que falta (planejamento e avaliação) [...] Na verdade eu acho que esse é um problema das instituições públicas em geral, eu acho que tem uma grande resistência no Brasil a qualquer critério de avaliação, porque, esse discurso, a retórica da igualdade, ela exatamente vai na contramão de um processo meritocrático, ou seja, você avaliar também por mérito; você tem que criar esse tipo de instrumento; a prefeitura não tem, nunca teve uma avaliação nos anos que estou aqui que medisse o desempenho profissional, principalmente aqui, que a gente lida com pessoas que estão aqui pra se tratar, e a gente não sabe se a pessoa...., a gente vai olhando um caso ou outro; não existe um processo institucional de avaliação, nesse sentido (P, 17/3/2006).

Em geral, as organizações precisam de um processo de avaliação que realize uma revisão dos objetivos e metas alcançados e daqueles a serem atingidos. O planejamento e a avaliação são a oportunidade de fazer uma pausa e examinar a situação da instituição.

Não obstante, as políticas públicas no Brasil vêm se estruturando de forma descentralizada, com responsabilidades de organização e financiamento partilhadas entre a União, Estados e Municípios, cabendo a estes últimos a execução dos serviços de atenção direta à população. Deste modo, os processos de avaliação de serviços de saúde mental devem ocorrer no âmbito municipal. Segundo Dias (2002, p. 2)²⁰, este desafio coloca no debate o aspecto de como avaliar o funcionamento de um serviço de saúde mental, que está

²⁰ A autora realizou um trabalho de construção coletiva de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental junto aos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre; uma apresentação resumida dos resultados pode ser consultada em DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental.** In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

inserido num novo patamar conceitual e tem como tarefa não reproduzir uma prática de tutela, com ênfase na patologia, mas de incluir o sujeito portador de transtorno psíquico no planejamento e na execução das ações terapêuticas, numa nova relação que garanta a viabilidade do exercício da cidadania numa sociedade desigual. Ou seja, as dimensões de mudança conceitual, realidade social e política pública de saúde de âmbito municipal, tornam complexa a adoção de processos de avaliação.

A fala descrita na seqüência especifica o processo de planejamento e avaliação no que se refere a ação interventiva profissional no tratamento ao usuário, destacando que não existe um processo sistemático de planejamento e avaliação com relação as ações do CAPS.

O planejamento e a avaliação das ações do CAPS, eles acontecem só de uma forma muito primária ainda, nós temos [...] o planejamento e avaliação da ação do profissional a título de intervenção em relação ao usuário existe de três formas: primeiro, casos clínicos, que aqui nós fazemos reuniões de casos clínicos, quarta-feira das 8 às 9 horas e quinta-feira das 11h30min às 12h30min pra discutir a questão do caso clínico de pessoas; outra forma, construção de projetos terapêuticos ou revisão dos projetos terapêuticos na reunião da regional, cada regional, que são cinco, fazem suas reuniões pra discutir o planejamento e avaliar a vida dessa pessoa nas regionais, e a outra, especificamente do CAPS, a título de gestão, é a reunião de equipe, que você presenciou semana passada, aí é um outro momento de planejar e avaliar, porém, ressalvo, não se tem algo mais fidedigno, ou academicamente falando, que nos ampare pra fazer essa avaliação; então, é extremamente necessário nós termos supervisão, termos pesquisadores, que nos ampare no sentido de avaliar o serviço, avaliar nossa prática, avaliar a autonomia do usuário; a grosso modo nós temos, mas é muito de senso comum; então, precisa cientificar ou legitimar, regularizar, tornar mais fiel esse tipo de avaliação, a grosso modo temos, agora, com mais rigor, por escrito, não temos (GIRASSOL, 20/3/2006).

Sabe-se que a ausência de um processo de planejamento estratégico e avaliação sistemática comprometem a efetividade dos objetivos propostos. Conforme destaca Dias (2002), o cenário da Reforma Psiquiátrica requer tanto uma multiplicidade de respostas à sua plena implantação como para a avaliação de seus resultados. Contudo, é importante ressaltar que a especificidade das ações em saúde mental demanda a adoção de um método participativo, com o fim de superar o caráter unidimensional, comum em avaliações tradicionais.

A avaliação participativa já é uma exigência nas políticas sociais, decorrentes da pressão social pela garantia de acesso a bens e serviços públicos. Por analogia, a

construção de indicadores de avaliação também pode ser participativa, com a contribuição dos sujeitos inseridos na esfera municipal, responsável pela execução da atenção em saúde mental. Para a autora, apesar de certa reserva científica pela adoção desta sistemática metodológica, o seu valor está no alcance social de incluir os responsáveis pela execução de determinada ação, na sua construção e sistematização (DIAS, 2002).

3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento

Conforme já destacado neste trabalho os hospitais psiquiátricos são instituições representativas do modo asilar enquanto os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico de exercício das práticas de atenção psicossocial, do modo psicossocial.

O modelo de assistência do modo psicossocial destaca-se por seus meios básicos de tratamento (rede diversificada de serviços territorializados), e pela importância decisiva que se atribui ao sujeito na sua mobilização como participante principal do tratamento. Neste, considera-se o indivíduo como pertencente a um grupo familiar e social, o que supõe que se deve trabalhar, também, a família e o grupo social, como agentes das mudanças buscadas.

Já no modo asilar a organização institucional é marcada por estratificações de poder e saber, no âmbito das relações profissionais e da instituição, as quais transladam para a relação com os usuários e a população. Estes são excluídos de qualquer forma de participação, enquanto que no modo psicossocial, participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais.

Na pesquisa realizada, a maioria dos profissionais entrevistados referiu conhecer sobre a forma de atendimento no hospital psiquiátrico, seja por visitas, atuação profissional, contatos institucionais, relato dos usuários que estiveram internados.

No que se refere as diferenças no atendimento prestado pelo CAPS em relação ao hospital psiquiátricos, os entrevistados consideraram que existem diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência de um só discurso, o médico psiquiátrico do hospital e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial em contraposição ao tratamento igual para todos

das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Eu acho que é diferente em vários aspectos, primeiro, são essas diferenças que eu digo que são de base, sobre a Reforma Psiquiátrica e a função de um CAPS nesse processo de reforma. Existe por parte da maioria da equipe uma convicção de que a nossa função é evitar a internação e de uma certa maneira poder fazer substituição a essas instituições tradicionais; deslocar a centralidade do sistema pra um serviço aberto, que seja interdisciplinar, ou seja, onde você não tenha um discurso único dando a orientação, que no caso é o discurso psiquiátrico nas instituições (tradicionais); você tem essa multidimensionalidade então você pode compartilhar o discurso; em relação ao próprio atendimento, começa na forma do acolhimento, eu acho que o nosso acolhimento é bom, ele tem condições de receber a pessoa, de entender o que ela está procurando, o que ela está precisando, quais são as suas necessidades; a gente tenta de alguma maneira envolver família embora com dificuldades, mas a gente tenta e tenta principalmente manter a vinculação ou criar novos vínculos desse usuário; o projeto terapêutico que é individualizado também é outra coisa fundamental, que aí a gente quebra com a lógica tradicional de que todos recebem o mesmo tratamento, é a mesma medicação, são os mesmos horários, são as mesmas atividades pra todo mundo, não, a gente procura justamente ao levar em consideração essas características que são mais individuais, são mais singulares, a gente procura atender e levar em conta esses aspectos, então, isso pra mim já é muito diferente, além do que a gente procura o tempo todo ou minimizar ou quebrar mesmo a hierarquia, instituindo certas formas que evitam que a hierarquia se cristalize de maneira muito brutal, pra você não ter um deslocamento de poder dentro do serviço, que seja prejudicial pra todo mundo, igual no hospital (F, 12/4/2006).

A relação entre profissional e usuário foi destacada como diferencial por todos os entrevistados, conforme pode ser observado a seguir.

A relação entre o profissional e o usuário, pra mim, a maior diferença é essa relação interinstitucional ou interpessoal; é a forma como se dá, porque as ações também são diferentes, porque existem oficinas terapêuticas, existem os grupos terapêuticos, existem os atendimentos, mas esse modelo de atendimento pode também ocorrer numa outra instituição, ou mesmo num CAPS, mas se a relação de profissional e usuário não estiver pautada no respeito, uma relação sujeito-sujeito onde se possa esse serviço, obviamente, quando ele estiver num bom nível de participação, num bom nível de reabilitação, mas também..., o fundamental é isso, é estar pra além da instituição, estar pra relação do usuário com o profissional, e claro, o espaço também, o espaço físico tem que ter qualidade, a gente vê aqui um espaço super bom aqui no caso, as propostas de atendimento, como que são colocadas, como que é olhado esse usuário, esse usuário está junto no pensar da instituição, mas a cima de tudo assim, entender como cidadão de direitos, de respeitá-lo (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que tem um maior reconhecimento da condição subjetiva do paciente, acho que um certo respeito. Hoje, a Colônia Santana tem tido mudanças, tem uma política que também..., na verdade a política do Ministério também visa atingir as instituições mais asilares, os hospitais também estão mudando..., talvez seja mais lenta, aqui, a gente já chegou com uma outra perspectiva de trabalho; eu acho que a equipe toda, de forma geral, tem uma sensibilidade pra esse respeito pelo paciente, pelo outro, procura, na medida do possível, não estabelecer uma relação de poder; eu acho que aqui, por exemplo, a recepção é muito bem feita, os vigias também são pessoas que entraram no clima, assim, talvez já seja deles, mas entraram no clima do CAPS; acho que todos têm um compromisso com isso, um valor digamos; também, talvez seja deste CAPS, eu não conheço tantos outros CAPSs; eu acho que é uma relação diferenciada, na medida que você está aqui com esse objetivo de que a pessoa assuma a própria vida, contribuir para que isso aconteça; isso implica em ter pelo menos um respeito, um reconhecimento do outro (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p.10) destacam que o papel do técnico se transforma quando ele se coloca sob outros princípios; “se ele faz funcionar a tecnologia da doença mental, fortalece o dispositivo psiquiátrico. Mas, se transforma sua forma de intervenção, trabalha no sentido da desmontagem desse dispositivo”. Segundo os autores, isso significa pôr em funcionamento um dispositivo de desinstitucionalização e reinserir a complexidade dos problemas com os quais lida. Significa ainda abrir mão das interpretações da loucura segundo erro, incapacidade, inferioridade, doença mental, e potencializá-la como diferença, um modo diferente de relação com o mundo. Enfim, não usar o saber como técnica normativa, mas como possibilidade de criação de subjetividades. A técnica deixa de ser instrumento da violência quando a prática funciona como uma desconstrução da clínica.

As falas que seguem referem-se ao atendimento aberto e as possibilidades de escolha que o CAPS oferece em contraposição ao isolamento e segregação gerados pela internação hospitalar prolongada.

Em primeiro lugar o atendimento no CAPS é um atendimento, vou usar a palavra, aberto, ou seja, pra começar o usuário ele não fica internado aqui, mesmo se em algum momento tiver o CAPS III, é diferente. Ele vem, ele faz o trabalho dele, a sua terapia, durante o dia, e ele volta, quando, no caso tem família, pra casa; então, primeiro lugar a idéia do CAPS, o trabalho do CAPS não é segregar e isolar; quando o usuário vai para o hospital, eu acho que seja ele em qualquer campo da saúde, mas vai para o hospital e fica internado trinta dias, quinze dias, ele já esta sendo isolado do convívio com a família, do convívio social, ou seja, acaba perdendo progressivamente o contato com as pessoas e com o grupo social mesmo, e acaba sendo destituído das suas práticas pequenas, como desde pegar um ônibus, fazer sua comida, ir no

supermercado; no momento em que uma pessoa é colocada em um hospital e fica um mês, ele acaba perdendo o contato com essas mínimas..., não é nem com o mundo lá fora, mas com as mínimas coisas que ele teria em casa, na sua casa, enfim, ele perde tudo isso como se fosse realmente uma pessoa que não tem possibilidade nenhuma de fazer nem um café, enquanto o CAPS possibilita isso, acho que o CAPS ele, independente dos problemas que tem, acho que ele mostra que não, você ainda, apesar da sua crise, com a sua crise, com todas as limitações que as vezes um surto pode oferecer do ponto de vista cotidiano, você ainda pode fazer algumas coisas sim, como pegar um ônibus pra ir e voltar pra casa, fazer a escolha do seu planejamento terapêutico, vem aqui escolhe, em parte, o que gostaria de participar (LÉLI, 4/4/2006).

Assim, a possibilidade do usuário no CAPS de ter voz ela é muito maior do que nas outras instituições, as outras eu não vou generalizar, mas em algumas, as asilares, esses hospitais são..., enfim, crônicos até pela dificuldade mesmo de antes você pensar em ter outra alternativa que não a trancar e deixar lá e não tem medicação, não tem nada disso, estou falando de bem bastante tempo atrás, e isso ficou e se perpetuou, então, eu acho que a possibilidade do usuário aqui, no CAPS, nos CAPS, e até mesmo nos ambulatórios, acho que hoje em dia não é só CAPS que permite isso, é fazer parte como contribuinte do próprio tratamento, então isso é o que diferencia do paciente internado, vamos dizer assim, em São Paulo, no Vera Cruz, que é um hospital e tal, diferente de outros, tem algumas dessas internações que são diferentes, mas essa relação aí de profissional e usuário ela é mais aberta, é mais ampla, além do CAPS, especificamente, oferecer algumas possibilidades; então, a possibilidade de trabalhar em uma oficina, dessa oficina ter uma renda, que, assim, é um entrave no sentido que eles se sentem muito limitados e não só se sentem como eu acho que muitas doenças incapacitam mesmo, são incapacitantes, a esquizofrenia é uma delas, e é a nossa clientela aqui, a maior parte é de pacientes com esquizofrenia; a própria esquizofrenia já altera, vamos dizer assim, na cognição, na parte de planejamento, de você conseguir realmente se estruturar para trabalhar; tem umas pessoas que não conseguem nem ter o início, a iniciativa, ela é minada com a esquizofrenia, e aqui tem uma possibilidade, mesmo que essa possibilidade seja fazer oficina e ganhar uma renda, mesmo que, assim, seja só..., não é o valor que importa, é simbólico (J,22/3/2006).

O relato a seguir explicita epistemologicamente e em termos técnico-assistencial a diferença entre o modelo de atenção tradicional/hospitalar e o modelo de atenção psicossocial.

Primeiro, em relação a concepção da pessoa e em relação a concepção dos próprios meios de trabalho; na instituição psiquiátrica predomina o modelo manicomial/asilar como a gente chama, que daí vai olhar a pessoa enquanto doença, enquanto diagnóstico, aqui, no CAPS, a gente olha os seres humanos enquanto pessoas, enquanto a existência de um sofrimento, o que podemos fazer pra minimizar esse sofrimento da pessoa, então, essa é a primeira diferença que tem, quem é essa pessoa, que no modelo manicomial acaba sendo vista mais como diagnóstico, como um doente, isso que eu sempre falo, essa iatrogênia que o modelo

manicomial acaba inserindo na pessoa, você é um doente, vai ter que tomar remédio pra vida toda, e o máximo que você pode chegar é um portador de transtorno mental em recuperação, isso é uma das diferenças, outra é a própria concepção de saúde/doença que existe; as formas de organização dos dois modelos, são modelos diferentes, um é mais centralizado no psiquiatra, na instituição psiquiátrica, o no CAPS seria mais centralizado na equipe e, principalmente, nos usuários; a forma de relação com a clientela ou com o usuário, no modelo manicomial, é sempre uma relação hierárquica, de cima pra baixo, no CAPS, sempre uma relação, ou a gente tenta sempre ter uma relação horizontal; e a própria questão do que é bom ou não é bom pra pessoa, a pessoa tem que dizer o que é bom pra ela e, as vezes, no hospital, são os profissionais que já dizem o que deva ser bom pra ela, ou seja, a grande diferença que existe é: quem decide o que? No hospital as pessoas decidem sobre a vida da pessoa, eu acho que no modelo psicossocial é a pessoa que compartilha a decisão da sua vida (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme destaca Rotelli (1990), no manicômio (modelo/tradicional) a sociabilidade é reduzida a zero. A tutela, a internação tem a única finalidade de subtração das trocas, de estabelecer relações de mera dependência pessoal. Enquanto que a emancipação terapêutica (que se torna o objetivo substituto da "cura") só pode ser (cientemente) a mobilização de ações e de comportamentos que emancipem a estrutura inteira do campo terapêutico. Assim, o problema que se coloca aos novos serviços (CAPS) não é cura (a vida produtiva), mas sim a produção de vida, de sentido, de sociabilidade.

Neste aspecto, pode-se considerar a proposta basagliana de *colocar a doença entre parênteses* para assim direcionar o olhar ao sujeito em sofrimento e não à doença. Essa é uma questão fundamental, pois é o movimento de *tomada de responsabilidade* (DELL'ACQUA, 1992) individual e coletiva que se constitui como meio para a transformação institucional e para o processo de desconstrução. A cura cede espaço à emancipação, mudando a natureza do ato terapêutico, que agora se centra em outra finalidade: produzir autonomia, cidadania ativa, desconstruindo a relação de tutela e o lugar de objeto que captura a possibilidade de ser sujeito (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3 Participação do usuário e da família no tratamento

De acordo com as diretrizes da atenção em saúde mental do modelo psicossocial, o protagonismo dos usuários é fundamental para que seja alcançado o objetivo do CAPS de se constituir como dispositivo de promoção da saúde e da reabilitação psicossocial. Os

usuários e familiares devem ser chamados a participar das discussões sobre as atividades terapêuticas do serviço. A equipe técnica deve trabalhar de forma a estimulá-los a participar de forma ativa do tratamento e da construção de laços sociais. Entre os tipos de atendimento que o CAPS pode oferecer está o atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, de lazer com familiares (BRASIL, 2004).

Na seqüência deste item analisaremos as formas criadas pelo CAPS Ponta do Coral para envolver ativamente usuários e familiares no processo terapêutico, seja com relação ao projeto terapêutico individual, ao atendimento e a participação das famílias no tratamento.

3.3.1 Planejamento terapêutico individual

Conforme as determinações da política de atenção em saúde mental, cada usuário deve ter um projeto terapêutico individual, composto por um conjunto de atendimentos personalizado, que respeite as particularidades, necessidades de cada pessoa e proponha atividades durante a permanência diária na unidade e fora dela (BRASIL, 2004).

O atendimento no CAPS oferece projeto terapêutico de tratamento individualizado, o qual é pensado e avaliado com a participação do usuário. A fala relacionada a seguir detalha como acontece o planejamento do tratamento.

O primeiro passo desse projeto terapêutico ele é feito na entrevista inicial, que é basicamente a entrada desse usuário no serviço; então, a gente pensa uma programação mínima, levando em conta as necessidades, as condições, os limites e as capacidades do usuário e, quando a gente pode contar, com a família também. Além disso, uma vez por mês, [...] tem o encontro da Regional, e os usuários dessa Regional podem reelaborar o seu projeto terapêutico, a gente faz a revisão, a gente discute como é que está sendo esse projeto, se está sendo interessante, que ganhos, se está havendo ganhos ou não, se a pessoa está se sentindo contemplada de alguma maneira e tal, e aí a gente faz as alterações que a gente discute e acha necessário (F, 12/4/2006).

Com relação a forma como o usuário participa do processo de planejamento do seu tratamento, os entrevistados colocaram que é através da manifestação das preferências,

opções e desejos dele, dentro das possibilidades que o CAPS oferece. Nas falas relacionadas é explicitado qual a participação do usuário e do profissional no planejamento do projeto terapêutico de tratamento.

Quando o usuário chega no serviço, encaminhado de algum outro (serviço), ou de um hospital, ou de uma unidade local de saúde, ou por demanda espontânea é feito o acolhimento, onde a gente usa uma entrevista inicial pra fazer uma coleta de dados, ali resgata um pouco da história que o próprio usuário vai estar contando, e, então, nesse momento é feito o projeto terapêutico; inicia-se o projeto terapêutico, não que ele tenha que se esgotar nesse momento inicial; uma pergunta que a gente sempre faz pra ele é do que ele precisa, como a gente vai poder ajudar, então, a partir daí a gente oferece o nosso leque de atendimentos, o nosso projeto terapêutico do CAPS, e aí vai se construindo dessa forma (VIK, 24/3/2006).

Em geral a gente faz isso quando ele chega, na entrevista inicial, a gente pede pra que ele diga, a gente apresenta o que a gente tem; a gente pede que ele diga o que ele gostaria de estar fazendo, o que ele fazia, quais as preferências que ele têm, se ele não sabe, em algumas situações, a gente sugere que ele venha participar de algumas oficinas para ele, por exemplo, escolher; então, assim, é feito muito respeitando o desejo do paciente, o que ele gosta mais, as preferências dele; agora, se a gente vê que o paciente está muito ansioso, se ele precisa, a gente sugere um grupo terapêutico ou as vezes o atendimento individual; assim, não tem uma uniformidade, em geral a gente age assim (P, 17/3/2006).

Ele tem, esse projeto terapêutico, ele tem um primeiro momento, quando o usuário chega e faz a entrevista inicial é colocado com ele e oferecido, mostrado as possibilidades, o que o CAPS oferece em termos de terapia, desde grupos terapêuticos, atendimento individual e oficina, mas não é só oferecido, é também feito uma avaliação do técnico, o que ele pensa que, naquele momento, poderia estar ajudando aquele usuário, e é conversado com o usuário, muitas vezes acaba o usuário escolhendo tudo, escolhendo o que ele quer e o técnico tem pouca interferência, outras vezes o usuário quer algo que talvez naquele momento, por exemplo, atendimento individual, mas não tem vaga, não tem, os técnicos estão todos..., se tem alguém fazendo atendimento individual já não tem horário, então se entra em um acordo das possibilidades, dos desejos do usuário, e das possibilidades que o serviço oferece; isso é o primeiro momento, no segundo momento, ao longo do período do usuário aqui, vão tendo transformações, muitas vezes ele abandona aquele grupo ou oficina, que não era aquilo que ele achava que era bom, que ele gostava, abandona formalmente ou informalmente, simplesmente não vai, ou ele entrou em surto não veio mais, uma série de questões, então isso tudo é retomado, a gente tenta fazer a retomada na reunião das Regionais, reunião mensal, como é que está o tempo dele aqui, o que ainda se mantém fazendo, como ele está se sentindo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos entrevistados destacou que o projeto terapêutico de tratamento do usuário

é sempre pensado a partir da necessidade dele, o que ele traz de necessidade, o que ele traz de sonho, de vontade, de sofrimento, de

tristeza, então, o projeto terapêutico é sempre pensado, repensado, analisado, refletido, em cima da necessidade da pessoa (GIRASSOL, 20/3/2006).

É importante destacar que o planejamento do projeto terapêutico deve envolver o portador de transtorno mental como sujeito deste processo. A participação ativa do usuário na escolha do que fazer e na expressão de suas necessidades favorece a adesão e continuidade no tratamento, confere-lhe o exercício da liberdade de escolha e da cidadania. Neste processo, o ato terapêutico, quando não é mais fundado sobre a doença e não provém da autoridade médica, torna-se a própria organização coletiva, convertendo-se em *tomada de responsabilidade* e produção de subjetividade (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral

No plano teórico, a relação da família com o portador de transtorno mental é construída a partir do alienismo, como produto da sociedade moderna/burguesa. No interior desta perspectiva concentram-se dois entendimentos polarizadores: “o da família ameaçada pela eclosão da enfermidade, portanto, sofrendo suas conseqüências ou causadora da emergência do transtorno mental, assim culpabilizada por sua etiologia” (ROSA, 2002, p. 139). Historicamente, o segundo entendimento foi o que prevaleceu na maioria das abordagens teóricas na área da saúde mental, com uma relativa diminuição nos anos 1970, seguido de uma complexificação da compreensão do grupo familiar e de sua dinâmica, a partir dos avanços teóricos da leitura feminista e marxista. “Contemporaneamente, a inclusão do grupo familiar nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental; a assunção de sua condição de parceira e co-responsável dos serviços e a exigência de constituição de uma nova pedagogia institucional em sua abordagem atravessam a construção de uma nova relação entre o louco e a sociedade” (ROSA, 2002, p. 139).

Nesta direção, um dos objetivos do CAPS é incentivar as famílias a participar do cotidiano do serviço. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas importantes para o trabalho dos CAPS. Eles podem participar de diversas maneiras, incentivando o usuário a se envolver no projeto

terapêutico, participando diretamente das atividades do serviço, nas reuniões, assembléias, nas associações de usuários, técnicos e familiares, trazendo dúvidas, sugestões. A participação pode acontecer tanto nas atividades internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. (BRASIL, 2004).

A Portaria /GM nº 251/2002 constitui-se como mais um dispositivo na mudança das relações entre os serviços de saúde mental e a família à medida que prevê, no desenvolvimento dos projetos terapêuticos, o preparo para o retorno à residência/inserção domiciliar e uma abordagem dirigida à família no sentido de garantir orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento.

O atendimento aos familiares é uma das formas para que as famílias participem, conheçam o trabalho dos CAPS e passem a se envolver ativamente no processo terapêutico. Neste sentido, a família ganha visibilidade como protagonista, parceira dos serviços e co-responsável no provimento de cuidados do portador de transtorno mental.

Além disso, o avanço dos conhecimentos e entendimento de que os fenômenos humanos comportam uma multiplicidade de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos e éticos, inter-relacionados entre si, possibilitou mudanças na assistência às pessoas em estado de sofrimento psíquico. Essas puderam ser compreendidas na totalidade de sua condição existencial. E, o sofrimento, antes tomado apenas como algo individual, passou a ser visto como parte de um contexto onde outras pessoas estão envolvidas e também merecem cuidado e atenção.

No CAPS Ponta do Coral, na sua maioria, os profissionais afirmam que existe atendimento familiar, com ressalvas de um deles que referiu não existir atendimento familiar sistemático e outro que observou que existe atendimento familiar individual. As falas relacionadas expressam de que forma a família participa no tratamento do seu membro no CAPS.

A família participa não como uma preconização ou uma exigência do serviço; o que eu tenho visto é que a família participa aqui no CAPS na medida em que há uma necessidade, quando há necessidade do serviço conversar com a família ela é incluída, quando há uma necessidade da família pelo serviço ela procura, mas não é uma rotina todas as pessoas que vem aqui a família ser atendida, as vezes o usuário não quer saber da família, as vezes a família não quer saber do usuário e assim sucessivamente, ou seja, a família participa na medida que temos a clareza da necessidade, mas não é uma prática oficial do serviço (GIRASSOL, 20/3/2006).

Alguns casos sim, em alguns casos eles vem para a reunião mensal da Regional, ou vem para uma consulta com a psiquiatra, ou vem pra trazer o usuário que não consegue ainda vir sozinho, mas é muito restrita a

participação da família, normalmente ela vem mesmo quando a coisa está apertando, quando o usuário surtou, não está conseguindo segurar, quando ele está já nas últimas (LÉLI, 4/4/2006).

Os profissionais que afirmam a existência da participação da família no tratamento explicitam como esta acontece e como se dá o atendimento no serviço, observando o cuidado que existe em atender a família e o usuário juntos.

Sim, tem alguns usuários que vem acompanhado de familiares, as vezes nós chamamos a família, quando existe necessidade, e isso acontece assim no cotidiano, conforme realmente surge a necessidade; geralmente há uma relação muito conflituosa entre o usuário e família, geralmente o familiar mais próximo, referência mais próxima e aí a gente intervém, mais ou menos com dois objetivos, assim, um de pensar essa relação conflituosa, o que pode ser negociado aí pra viverem melhor, pra ter mais qualidade de vida nesse ambiente, que moram juntos, e o outro pra poder então capacitar, colocar elementos pro familiar sobre o tratamento, sobre os transtornos mentais, pra que ele possa ser um cuidador também, o que ele é, pra que ele possa se qualificar; então, uma outra coisa que eu penso é que esse atendimento familiar ele sempre tem que privilegiar a participação do usuário porque fica complicado falar do usuário sem ele estar presente (VIK, 24/3/2006).

Sim, a família participa, claro, na medida de cada caso; em geral, assim, a gente tem a disponibilidade de atender a família, então, muitas vezes, precisa de o paciente vir com a família em várias situações, e esse atendimento é dado; o grupo de família, também está tendo o grupo de família, as vezes é dado (o atendimento) a família daquele paciente; mas sempre a gente tem o cuidado de receber a família e atendê-la junto com o paciente, nunca assim..., não gerar essas fantasias perseguitórias por parte do paciente “tá falando o que de mim”; isso é mais ou menos quase uma regra aqui no CAPS, a gente atende junto com o paciente (P, 17/3/2006).

Os trechos das entrevistas relacionados a seguir descrevem as formas criadas pelo CAPS para oportunizar a participação da família no tratamento. Alguns profissionais referiram-se a um grupo de famílias que chegou a ser iniciado, mas que pela falta de adesão e outras dificuldades não funcionou mais.

Um pouco assim, o acolhimento na segunda-feira é um espaço que a família pode participar junto com o usuário pra relatar como é que foi o final de semana e pra relatar e como estão as atividades no CAPS; o outro espaço são as reuniões das Regionais de equipe, fora o trabalho individual, que, assim, eu acabo chamando muitas vezes, eu quero atender você na presença de um familiar, as vezes você precisa até forçar nesse sentido, de que a família compareça, faço cartinha, mando e aí atendo em consulta individual, mas não em grupo, não é uma abordagem psicoterápica, é mais no sentido de psicoeducação do que de terapia (J, 22/3/2006).

[...] existe um planejamento pra se atender família, um grupo de familiares a serem atendidos por psicóloga [...]; então, as formas criadas para oportunizar a participação da família é justamente quando ela vem, acompanha, que é aberto para os familiares participarem das oficinas junto com o usuário, então, sempre tem essa oportunidade e grupos específicos pra famílias que estão se tornando real (GIRASSOL, 20/3/2006).

É mais ou menos como eu te falei; então, assim, as vezes a gente chama pra um atendimento individual, e também ela participa dos eventos acontecidos aqui no CAPS, promovidos pelo CAPS, de festas, geralmente o dia nacional da Luta Antimanicomial, quando a gente comemora, que faz uma confraternização, as festas sempre tem a presença de familiares também, festa de natal, festa junina (VIK, 24/3/2006).

As reuniões das Regionais por exemplo, uma vez por mês, e tem alguns técnicos que fazem reuniões com as famílias, discutindo, por exemplo, aquele usuário em que a família está implicada diretamente, tem problema com a família, então chama a família pra trabalhar; já teve grupo de família, mas foi fechado porque as pessoas ficaram um tempo, mas as famílias, segundo as técnicas que fizeram, muito pouco se apropriavam, vinham, se utilizavam desse espaço (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre este aspecto, cabe destacar que o deslocamento do eixo da compreensão do problema individual para o familiar/social, que tem como consequência o acolhimento da família como uma unidade que necessita de cuidado tanto quanto o paciente individual, pressupõe um novo olhar sobre as possibilidades das famílias para enfrentarem suas crises e atuarem como suporte terapêutico. Nessa perspectiva, se impõe a necessidade de não só reconhecer o atendimento ao grupo familiar, mas de oferecer uma atenção singular que leve em conta, por um lado, as especificidades de cada família, considerando a história, a estrutura, a dinâmica, bem como a inserção desta no contexto social. Por outro lado, deve-se avaliar a realidade e as possibilidades das famílias para usufruírem das formas de atenção que lhes são propostas (MIOTO, 1998, pp. 25-26).

Nesta direção, dois dos participantes da pesquisa identificaram como uma das dificuldades em realizar o atendimento familiar, a falta de profissionais qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades, conforme pode ser observado nas falas a seguir.

A maior dificuldade que eu vejo é que não existe ninguém capacitado aqui dentro para lidar com a família, é claro que, assim, eu faço um atendimento com o usuário a família vai estar junto eu vou estar explicando, mas quando você vai pensar em trabalhar com a família, trabalhar no sentido psicoterápico, isso não existe, agora informar a família, tentar com que a família faça parte do planejamento, a gente

tenta e incentiva, estimula que eles venham nas reuniões das Regionais, mas o que eu percebo, assim, a equipe ela é muito pequena pra dar conta de tudo, então a maioria das vezes o paciente chega, a família está ali fora, mas todo mundo tem a sua atividade, estão todas na oficina e isso me sobrecarrega muito porque eu tenho que dar conta de tudo, inclusive da família que chegou, do atestado que está faltando, e a família que quer saber porque que o remédio..., mas não existe um espaço pra ela, não existe um espaço que acolhe a família (J, 22/3/2006).

Profissionais qualificados, eu acho que necessita de profissionais que tenha um pouco mais de experiência, de conhecimento pra estar lidando com família, que toda a família tem sempre os seus nós górdios, tem sempre questões de fundo, que as vezes precisa de um certo conhecimento, experiência pra estar lidando com isso; até que ponto é vítima ou réu, então, acredito que profissionais que tenham experiência, que tenham a qualificação teórica, [...] possa estar oportunizando uma melhor relação no atendimento CAPS com família, então, a qualidade do profissional para estar realizando essa participação (GIRASSOL, 20/3/2006).

Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que é um transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, foram relatados pelos profissionais.

Acho que tem uma junção, eu acho que tem uma coisa primeiro que é o entendimento, a família, muitos familiares, querem deixar o usuário aqui, e querem fazer sua vida, até por questão de sobrevivência; o que eles alegam muito é que eles precisam trabalhar, então não pode faltar ao trabalho uma vez semana pra poder estar aqui porque mesmo que tenha atestado pra poder estar aqui, acaba perdendo o trabalho, não tem como justificar; e a outra questão é o próprio entendimento de que é na família o espaço em que o usuário pode ser tratado, porque a idéia de tratamento é uma idéia também que se direciona, que acaba sendo entendida como médica, hospitalar ou clínica, ou então, agora tem o CAPS; e o lugar de tratamento, digamos tratamento como restituição, como reinserção, também é na família (LÉLI, 4/4/2006).

É, chega um momento que as vezes de fato a relação se esgota, assim, são tantos conflitos, são tantas brigas, tantas dificuldades de convivência, de relacionamento, que já vem desde a infância, que chega em momentos quando, geralmente, o usuário tem as primeiras crises, isso gera um isolamento, assim, o usuário fica isolado nesse ambiente, nesse contexto familiar, realmente é muito difícil; as vezes tem uma mãe muito controladora e que aí o usuário não quer muito aproximação do serviço com essa referência porque o serviço passa a ser então um lugar de acolhimento pra ele que ele não tinha até então, porém, a gente busca a família, pra que a família possa cumprir essa função da referência (VIK, 24/3/2006).

Neste sentido, deve-se considerar que no contexto brasileiro, pela própria ausência ou precariedade da intervenção estatal por meio das políticas públicas de corte social, a família torna-se a principal garantidora da reprodução da força de trabalho. As famílias, para suportar, todas as funções que lhes são atribuídas e enfrentar as situações de risco social, buscam dividir com o Estado o encargo dos cuidados com seu ente enfermo. Mesmo assim, configuram-se, para elas, condições deficitárias de atendimento, em particular no caso da atenção em saúde mental (ROSA, 2003, p. 192).

Na seqüência, o entrevistado realiza uma análise das várias situações singulares e sociais que envolvem as dificuldades do serviço, das famílias e dos usuários, em realizar um tratamento integrado na relação usuário/família/CAPS.

Então, também envolve vários aspectos, eu vou apontar alguns; assim, em primeiro lugar, a gente vê que boa parte das famílias vê o CAPS como um lugar pra poder deixar o seu familiar, é um lugar onde ela não vai precisar cuidar dele durante um certo tempo, então, eles até participam de algumas entrevistas iniciais, hoje, por exemplo, eu tenho uma (entrevista inicial) que a pessoa veio sozinha, não veio família; é bastante freqüente que venha o usuário sem acompanhante familiar algum, esse é um aspecto, a família de uma certa maneira toma o CAPS como um lugar pra deixar o seu familiar, nós por outro lado, não criamos estratégias pra fixar essa família, pra trazer essa família mais perto; tem um grupo de família que funciona de maneira meio irregular, mas que a gente vê cada vez mais a necessidade de tornar isso algo mais organizado, poder atender a família, a gente faz o acompanhamento com família, geralmente, quando há um pedido específico ou do usuário ou da própria família, aí a gente procura fazer, mas é mais individualizado, é uma questão mais individualizada, e há também, por parte dos usuários há o desejo de que a família não participe, isso ficou muito evidente na organização da associação, que é uma associação de usuários, familiares e técnicos, e quando a gente estava organizando a associação, toda vez que se falava na participação dos familiares havia uma certa resistência por parte dos próprios usuários que os familiares participassem; a gente entende isso como uma maneira de buscar uma certa autonomia, uma certa distância dessa família, que é, as vezes, bastante complicado de fato tê-los muito próximos, aí precisa de um outro tipo de abordagem, não dá pra incluir, como a gente fazia no início por exemplo, a gente fazia grupos de usuários e familiares, mas a família atrapalhava mais do que ajudava nesses grupos, aí a gente resolveu começar a separar, deixar o espaço específico para o usuário, porque a família vinha e tomava o espaço, e falava, e ficava reclamando da pessoa, do que ele não fazia, de todas as dificuldades etc..., então, a gente achou melhor botar um pouco uma barreira, botar um filtro ali pra que tivesse espaço do usuário e que ele pudesse aproveitar isso da melhor maneira possível (F, 12/4/2006).

No entanto, cabe destacar que, numa visão mais abrangente e totalizante, a família é entendida, no cerne das condições de reprodução social do portador de transtorno

mental, como um sujeito que procura reconstruir relações cotidianas, criar novos sentidos, manter e fortalecer laços de sociabilidade. É percebida, positivamente, em suas possibilidades, potencialidades e recursos, como elemento fundamental à manutenção do poder contratual, à autonomia e à emancipação do portador de transtorno mental (ROSA, 2002, pp. 152-153).

As falas relacionadas a seguir apresentam a compreensão dos entrevistados com relação às possibilidades da participação da família no tratamento, e as dificuldades do CAPS em realizar esse tipo de atendimento. Um deles argumenta que o acompanhamento à família é essencial para minimizar os efeitos da convivência com o portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Acho que o atendimento familiar assim como ele pode ter dificuldades ele também pode te ajudar um monte, então, assim, tem os dois lados, as dificuldades eu acho que é porque também ele vai estar trazendo, vai sobrecarregando com mais, digamos assim, mais queixas, vai estar trazendo.., as vezes nem está relacionado ao usuário os problemas e as situações, embora eu acredito que na maioria das vezes ela ajuda, ela ajuda porque é que está convivendo com o usuário lá fora o tempo inteiro, que tem mais os dados, quem pode inclusive, ah! ele está muito sedado, vamos tirar esse remédio, esse remédio só faz mal, então, a família se ela não é bem orientada ela acaba, assim, tentando fazer o bem ela acaba fazendo o mal pro paciente, ah! não aquela atividade lá, ficar só batendo palminha, musiquinha, aquilo lá não vai ajudar você, é melhor eu.., vou te colocar de novo na escola porque se não você não vai trabalhar nunca, então todas as ansiedades da família, que se elas forem bem trabalhadas o usuário só tem a ganhar, agora, as dificuldades é: um espaço em que essa família seja acolhida, que ela seja realmente trabalhada e uma equipe, a formação, alguém com formação pra fazer isso, isso não tem (J, 22/3/2006).

Eu acho que o acompanhamento com a família ele é extremamente necessário pra elaborar a imagem que essa pessoa acabou deixando pra essa família; a família ela ainda tem uma imagem, ela tem o imaginário social em relação o que ela de repente produziu; então, há uma necessidade de se ter um acompanhamento com os familiares pra estar elaborando as relações, o dia-a-dia que ela tem com o portador de transtorno mental; as vezes se investe muito em acompanhamento com usuário e não se investe muito no acompanhamento com a família, a família está sobrecarregada, tem que se discutir a questão dos encargos familiares, porque as vezes ter um portador de transtorno mental junto com a família é extremamente estressante, e as vezes a família acaba colocando o portador de transtorno mental no hospital pra descansar, porque as vezes é complicado, tem um portador de transtorno mental que canta o dia inteiro, ou que não dorme durante a noite, dorme de dia, ou que quer ver televisão a todo momento, ou que fica conversando com a vizinhança a todo o momento, tem o portador de transtorno mental que com o seu sofrimento incomoda muito a família, então, tem de haver um profissional articulado ou apaziguador ou que provoque alguma

resolução nessa prática; [...] se não dá pro portador de transtorno mental morar com a família então que se haja (encontre) um espaço harmônico, mas a família tem que ser acompanhada sim (GIRASSOL, 20/3/2006).

Entre as dificuldades que os profissionais identificam na (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e estigma da loucura, ainda presentes no imaginário social das pessoas. Relacionamos na seqüência as respostas dos entrevistados, nas quais é expressa a relação com alguns dos aspectos enfrentados no cotidiano da vida dessas pessoas, em suas relações com a família, as instituições e a sociedade.

Em primeiro lugar a dificuldade de a família compreender o que a pessoa tem, pelo que ela passa, muitas vezes, a idéia é de que é um vagabundo, que o cara não quer trabalhar porque é vagabundo, não quer fazer nada só quer ficar em casa fumando, na frente da televisão porque é vagabundo; então, tem essa dificuldade de poder dar ou ter um certo olhar pra essa pessoa, pra esse usuário que não seja esse da discriminação; tem também o medo, o medo de que essa pessoa venha cometer algum crime, que é um pouco o mito da loucura, é o que envolve o mito da loucura, de ser alguém que é imprevisível e violento, o mito da loucura está muito marcado por isso, muitas vezes a família vem contaminada por isso, eu atendo uma mãe, por exemplo, que apesar de ser uma pessoa que contribui muito, mas ela tem medo do filho, ela tem medo, e ela reconhece isso, diz isso claramente, ela tem medo, agora menos, depois de um tempo isso está começando a se flexibilizar, ela está começando a entender um pouco diferente, mas ela tinha muito medo do que esse filho poderia fazer com ela, então, isso é algo que é bastante comum, mas isso é uma dificuldade; o outro aspecto da resistência é a idéia de que ele se tornou uma pessoa inútil, o usuário se tornou uma pessoa inútil, porque ele não pode trabalhar, que nunca vai fazer nada a não ser ficar como um louco, ficar como uma pessoa que não pode assumir responsabilidades, que não contribui, o aspecto financeiro é um problema; o Programa de Volta pra Casa não resolve isso integralmente porque ele é destinado pra pessoas que estão no mínimo há dois anos internadas, então, aqueles que não tem internação prolongada não têm acesso a esse recurso, então, ele passa a se tornar um peso econômico pra família e aí todos os outros problemas que são decorrentes disso (F, 12/4/2006).

Muitas vezes ele acaba sendo o membro da família rejeitado, ele tem o quartinho dele no fundinho. Bom, eu acho que é o próprio estigma de ter um doente mental, tem ah ele é doente mental, deixa ele quietinho lá porque se não ele vai incomodar, vai surtar, vai xingar e, que vergonha, aí os vizinhos; então, é o estigma do usuário, do paciente com transtorno mental, como muitas famílias não entendem elas tem até crenças de que isso é o demônio, isso é um castigo, ou é porque ele era uma pessoa ruim na vida passada, então, vem com mil, vamos dizer assim, explicações, que só atrapalham e impedem que aquilo seja encarado como..., ok isso aí é uma doença, e como é que a gente vai

fazer pra ajudar e tratar isso; então, os conhecimentos, a ignorância nesse sentido, [...] uma parte eu acho que seja pelo próprio desconhecimento do que é um transtorno mental, e do estigma de que o louco é o que rasga dinheiro e, enfim, isso dificulta, e aí quando você não tem um suporte pra dar à essas famílias aqui dentro, você só reforça lá fora esse estigma; então, claro, a pessoa chama a atenção da população, os pacientes que conseguem lá fora trabalhar e não ficar só dentro do CAPS, então, as oficinas que possam vir a dar renda, que elas sejam trabalhadas lá fora, até pra lá fora você convive com eles, percebe que eles não são os loucos que rasgam dinheiro, saem quebrando tudo e matando todo mundo, esse é o medo da população e acaba sendo o medo da família (J, 22/3/2006).

A questão da diferença do “louco” para o “não louco”, que na sociedade capitalista, é determinada pela relação produtivo/não produtivo, ou seja, aquele que detêm poder de consumo e aquele que não tem poder de consumo, também foi expressa pelos profissionais entrevistados como uma das dificuldades para a (re)inserção social do portador de transtorno mental, na família e na sociedade.

Eu acho que os limites do usuário; tem a coisa do preconceito, da loucura, ele, o usuário, ele não é alguém produtivo na família, ele não leva dinheiro pra casa, ele, ao contrário, ele só gasta, ainda tem que buscar remédio, ele dá mais trabalho ainda, ele não é produtivo, de maneira geral, então, isso já agrega um preconceito maior ainda, além de ter o preconceito da loucura, de ser..., enfim, alguém que tem uma “deficiência”, alguém que é muito dependente, ainda tem isso, então, ele não soma nada à família a não ser o incomodo; daí, geralmente, é uma mãe que até acolhe, ou pai, por questões afetivas, mas sempre está lidando com esse limite do usuário; tem famílias que não querem, tem muitas famílias carentes que não querem mais um problema, e quando a pessoa, então, saiu da família, que foi internada, e ficou um longo tempo fora, a família já se estruturou de forma a não contar com aquele usuário, então, já não conta mais com ele, passou três, quatro, cinco meses, aí vem uma pessoa trazendo toda uma dependência e que não é somar, ou as vezes as próprias crises dentro de casa, então, é difícil um cara que faz xixi no chão, um cara que toma um café e deixa sua xícara, um cara que quebra, que uma vez por mês quebra tudo, que bate nas pessoas dentro de casa, ninguém tem essa tolerância, tem que ser mais de uma pessoa pra suportar e, as vezes, uma pessoa, que é a mãe, suporta, mas os outros irmãos não entendem, não conseguem lidar com a questão, que é difícil mesmo, o nível de dependência, os limites, o risco que, enfim, pode correr o usuário (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Rosa (2003, p. 192), a família, apesar de procurar dividir com o Estado as demandas de cuidado do portador de transtorno mental, ainda é o principal agente responsável pelo seu provimento. Para implementá-lo, na divisão sexual do trabalho do grupo doméstico, seu ônus recai sobre a mulher. Todavia, diferente das demais

enfermidades, o transtorno mental se particulariza pelo fato de seu portador não se reconhecer como enfermo e por seu prognóstico figurar como uma incógnita, sem ter uma temporalidade previsível. Desta forma, em geral, o provimento de cuidados e o tratamento tornam-se impositivos para o portador de transtorno mental, que pouco colabora conscientemente no seu processo de recuperação. Por sua vez, o provedor de cuidado, com frequência a mulher, mãe, tem que ter uma disponibilidade de tempo, periódica ou indefinidamente, para exercer o seu papel. E, para satisfazer as necessidades individuais do portador de transtorno mental e as exigências de sua enfermidade, a mulher, mãe tem seu espaço de vida invadido, seus projetos de vida obstruídos pelas necessidades de prestar cuidado.

3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares

No contexto da Reforma Psiquiátrica, as organizações de usuários, técnicos e/ou familiares tem cumprido um importante papel na mudança do modelo assistencial em saúde mental, participando ativamente das discussões sobre os serviços e promovendo atividades que visam maior inserção social, geração de renda e trabalho e a garantia de direitos sociais. Essas associações constituem-se em importante instrumento de promoção da saúde e da cidadania de todos os envolvidos (BRASIL, 2004)

O CAPS Ponta do Coral conta com uma associação de usuários, familiares e técnicos. Apesar de estatutariamente estar prevista a participação e filiação de familiares e técnicos, atualmente, na prática, esta se tornou, efetivamente, uma associação de usuários. Em gestões anteriores, já teve em sua diretoria a participação de técnicos do serviço. Atualmente, dois técnicos acompanham as atividades desta, mas a diretoria da gestão atual (2006) é composta somente por usuários.

Com relação a participação dos usuários no planejamento das atividades do CAPS, os profissionais referem que esta acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, realizada semanalmente, na qual são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Contudo, os entrevistados observam que

existem dificuldades em realizar um processo de planejamento das ações do serviço, seja por particularidades dos usuários, seja por limitações e/ou problemas institucionais.

Assim, existem alguns espaços em que essas ações são tomadas em conjunto, a assembleia dos usuários, aqui é feita de terça-feira, em que é discutido desde a limpeza, o lanche, qual é o próximo passeio, o que vai ser de reunião, o que está sendo feito, quais são os informes em relação a saúde mental, em relação a congressos, encontros, comissões. O que eu percebo é que embora isso seja estimulado há pouca, baixíssima, aderência e quando há, em geral, são daqueles mais saudáveis no sentido de que de repente nem seriam usuários CAPS, mas eu acredito que isso seja também o próprio sintoma, de a dificuldade de lá fora conseguir um emprego, a dificuldade de iniciar uma atividade, iniciar um curso, é também pra se engajar na própria luta deles; o que eu percebo é que a família, em geral, quando pega isso vai adiante, os usuários tem poucos estímulos próprios, vamos dizer, pra continuar, pra se manter; então, na reunião da Comissão Ampliada²¹, aí participa um, mas depois a semana que vem já não vem; então, são poucos os que realmente conseguem dar conta, eu coloco a palavra no sentido de ser capaz para, tem essa dificuldade, eu acho que é própria condição (J, 22/3/2006).

Então, a gente procura estabelecer parcerias com a associação porque tem muitas coisas que pelo fato de a gente estar submetido a um organograma e a hierarquia, e aí os limites do serviço público, a gente não pode fazer; por exemplo, a questão da venda do material das oficinas, isso é algo que o CAPS não pode assumir, por conta mesmo da legislação que impede a gente de fazer esse tipo de atividade; então apesar de ter uma participação grande, o material vendido é o material das oficinas do CAPS, mas quem faz essa tarefa é a associação, é a associação que se encarrega da venda, de levar o material, de receber dinheiro etc.; além disso a associação se tornou efetivamente uma associação de usuários, apesar de o estatuto dela prever a participação e filiação de familiares e técnicos ela é uma associação de usuários na prática, e como articuladora de um projeto político e de reivindicação dos direitos do usuário dos serviços de saúde mental, como um instrumento pra viabilizar inserção no mercado de trabalho por exemplo, parece que são essas as funções da associação; com os usuários o que a gente tem é uma assembleia semanal onde são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; esse aspecto do planejamento da atividade ele de fato não tem a participação dos usuários até porque nem nós, como te falei no início, o nosso planejamento também é meio caótico, assim, a gente não tem um processo organizado de planejamento pra um ano ou mesmo pra seis meses, então, aí os usuários não chegam a participar desse planejamento, eles participam sim da discussão do funcionamento que é na assembleia,

²¹ A Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental (CPASM) é uma instância do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, criada através da Resolução N°1/CMS/2006, cuja finalidade é assessorar o plenário do conselho no que compete a formulação, implantação, implementação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas, ações e projetos em Saúde Mental, assim como prestar assessoria técnica ao gestor municipal. A CPASM é constituída por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde, e usuários e familiares da saúde mental (nota da pesquisadora).

que é toda semana, e aí se trata das coisas do dia-a-dia, é mais cotidiano (F, 12/4/2006).

A presença e participação dos usuários nas discussões e no planejamento das ações pertinentes à saúde mental vêm se ampliando progressivamente nos últimos anos. O processo de inserção inicia-se com o protagonismo dado ao sujeito na definição de seu projeto terapêutico, estende-se na organização de associações e na representatividade destas nos fóruns deliberativos (Conselhos de Saúde, Conferências, Comissões de Saúde Mental), e na participação em eventos científicos e espaços de militância política pertinentes à área da saúde mental. Essa é uma das formas em que a condição de cidadão dos portadores de transtornos mentais é resgatada. Segundo Rodrigues (2005, p. 80), “a participação política e militância de usuários e familiares em instâncias deliberativas ganham efetividade quando politicamente organizados”.

Neste sentido, a construção coletiva do protagonismo requer a saída da condição de usuário-objeto e a criação de formas concretas que produzam um usuário-ator, sujeito político. Isso vem ocorrendo através de inúmeras iniciativas de reinvenção da cidadania e *empowerment*, como atenta Vasconcelos (2000b), por meio de intervenções via associações de usuários ou de cooperativas sociais, ou ainda da participação política de tais atores nos mais importantes fóruns sociais de formulação de políticas da área, tal como nos conselhos de saúde e comissões de saúde mental.

Nas falas que seguem, os participantes da pesquisa destacam as dificuldades encontradas na organização, na articulação e no funcionamento da Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral²², bem como seus objetivos e principais lutas políticas por direitos.

Assim, eu acho que os usuários têm esse espaço da assembléia junto com os técnicos. É um espaço interessante, onde eles podem estar opinando, mais do que o da associação; o da associação é muito mais difícil de levar adiante; eu também já fiquei um tempo ajudando a associação, já fui até, uma época, da própria gestão, da própria diretoria, e a gente tem

²² Importante estudo sobre a Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral foi realizado por Rodrigues em dois trabalhos: RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral: desvelando sua significação**. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004; e RODRIGUES, J. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

que estar puxando muito como técnico, parece que deixar por conta deles a coisa não anda e, as vezes, a gente vê que fica mais um desejo nosso de que as coisas aconteçam do que deles; então, a assembléia pelo menos é um espaço que eu ainda acho que se consegue ter uma presença, agora a presença dos familiares no planejamento é muito pequena, poucos que vem, vem um ou outro, pai de alguém; dos usuários, eu acho que é mais nesse espaço da assembléia que acontece (P, 17/3/2006).

Os usuários, nós temos a assembléia dos usuários; então, na assembléia se discute algumas questões, por exemplo, as vezes o planejamento, funcionamento da casa, por outro lado nem tudo é discutido na assembléia, [...] tem uma atuação limitada, ela não é totalmente participativa. A associação, ela tem histórias de altos e baixos; teve momentos que a associação tinha uma diretoria, mas ninguém participava, não se articulava; tem momentos que a associação se integra mais, quando ela se integra a coisa fica também mais rica; nós temos aproximação, por exemplo, na questão do vale transporte, as reivindicações, sobretudo do vale transporte, de veículos pra passeio, pra participar de um evento, muito mais do que planejamento das ações, digamos assim, mais no sentido de luta por direitos e reivindicações (LÉLI, 4/4/2006).

A associação de usuários possui cinco objetivos: controle social, ajuda mútua, suporte mútuo, defesa dos direitos, geração de renda; em cima desse objetivos a associação realiza seu movimento e sua luta. Em termos do papel dos usuários no planejamento das ações do CAPS seria discutir esses objetivos em relação ao CAPS. Hoje, o que acontece, a associação de usuários acaba discutindo um pouco mais controle social; ela expressa a representatividade dos usuários na luta social, na dignidade humana, e também na geração de renda; outra coisa muito importante que a gente fala é a luta contra o preconceito, então, a associação ela participa mais nesse sentido, controle social, geração de renda e luta contra o preconceito no CAPS; esse é o papel dos usuários, realizar o controle social, participar da geração de renda e a luta contra o preconceito; a luta contra o preconceito significa realizar teatro, levar pras Academias, levar pra comunidade, mostrar que a história do louco no imaginário social das pessoas ela é transformada, pode-se reverter isso, e isso se reverte com música, cultura e arte (GIRASSOL, 20/3/2006).

O papel da associação no planejamento, é porque assim, a associação ela não é o CAPS, ela é uma entidade separada, a assembléia é uma assembléia geral do CAPS, é um mecanismo facilitador da participação dos usuários e técnicos na gestão do serviço; a associação é uma entidade, sem fins lucrativos, que foi criada e pensada pra que os usuários e familiares se organizem pela luta da política, pela luta da implantação da política de saúde mental, pela luta dos direitos, pela luta da implantação da Reforma Psiquiátrica, pela melhoria do serviço, então, assim, a associação ela caminha, mas ela é muito nova e aí se é muito nova tem uma estrutura um pouco frágil, então assim, a tua pergunta é se ela participa das ações do CAPS, ela participa sim, tem um elo de participação aí, tem um canal de participação, mas é frágil, é muito frágil, eu penso que é muito frágil porque aparece pouco (VIK, 24/3/2006).

Rodrigues (2005, pp. 81-82) destaca que as associações de usuários, enquanto dispositivos, possibilitam uma atitude política que oferece visibilidade ao usuário como ser cidadão e não apenas como portador de um transtorno. Segundo o autor, quando o usuário passa a ver, sentir, e ver sentido em suas ações associativas, sua prática organizativa torna-se efetiva e com empenho. Por isso, as associações precisam desenvolver estratégias mais amplas de adesão, visando revigorar seus quadros associativos. Nesta direção, a profissionalização e formação política dos dirigentes é vista como uma possibilidade para estimular a participação.

A compreensão das associações civis como relacionadas e condicionadas pelas associações políticas leva ao entendimento de que há uma sinergia entre a sociedade civil e a democracia política. Segundo Fleury (2004), a dimensão cívica da cidadania diz respeito à condição de inclusão ativa dos cidadãos à comunidade política, compartilhando um sistema de crenças com relação aos poderes públicos, à sociedade e ao conjunto de direitos e deveres que são atribuídos ao status de cidadão. Como dimensão pública dos indivíduos a cidadania pressupõe um modelo de integração e de sociabilidade, que transcende os interesses egoístas do indivíduo no mercado, em direção à uma atitude generosa e solidária.

A fala a seguir relaciona algumas dificuldades cotidianas vivenciadas na e pela associação de usuários do CAPS Ponta do Coral. Apresenta algumas possibilidades de atuação deste tipo de organização da sociedade civil, tanto com relação a parcerias com outras entidades, para o desenvolvimento de ações que visem a profissionalização e inserção no mundo do trabalho, quanto no processo de politização e conscientização de seus usuários com relação aos direitos de cidadania.

Eu acho que ela tem um papel relevante, a dificuldade é de incrementar esse papel relevante; os familiares vêm muito poucos; bom, talvez a gente não esteja também instigando, muitas vezes a gente convida, mas eu acho que, também, as vezes, falta um pouco de investimento da equipe para que os familiares estejam mais no CAPS; agora, a associação poderia fazer muitas coisas, desde convênios para cursos com esses órgãos que a gente tem, SENAI, SESC; poderia tentar uma penetração, mas isso seria uma outra realidade a ser criada; cada vez que entra uma gestão nova, a gente diz quem sabe agora; desde as pequenas coisas, até divulgar a lojinha aqui, é difícil, a gente uma vez fez uns folders pra distribuir aqui na vizinhança, uma vez a gente tentava vender as verduras que produzia, não conseguia muito, conseguia ali, vendia uma ou outra; agora em termos de espaço de fazer política eu acho que ela tem um peso, deveria realmente crescer, por mais que as pessoas tenham dificuldades; eu acho que tem que continuar existindo, tem que continuar batalhando para que eles possam estar assumindo um pouco

mais esse papel político, essa conexão com outras instâncias da sociedade; por exemplo, na questão até de trabalho, de poder a associação também ajudar nessa abertura de espaços de trabalho; teve uma vez que tentaram no Angeloni (supermercado), depois quando souberam que era portadores de transtorno mental não quiseram; eu acho que a gente precisava mostrar um pouco pra sociedade o que é o paciente psiquiátrico; assim, através desses recursos, não dá pra esperar vamos pra mídia, porque, assim, tem umas coisas que são boas, ótimas, mas são meio ideais, a gente tem que tentar começar com essas pequenas coisas que pode fazer: divulgar a lojinha, sei lá, fazer um contrato lá com o CIC pra fazer cursos, por exemplo, de pintura, coisas que são mais próximas da realidade exequível (P, 17/3/2006).

Para Rodrigues (2005) dois aspectos são importantes para compreender as dificuldades de falta de adesão e continuidade na participação dos membros da associação. Um deles refere-se aos elementos motivadores para a participação. Neste caso, é preciso considerar que a prática política de militância possui seus campos de conflito e tensões, que dentro da especificidade da loucura pode não conferir uma participação freqüente. O outro relaciona-se ao significado da associação na vida dos integrantes. Muitos usuários vêem a associação como possibilidade de geração de recursos financeiros, haja vista que o fator trabalho/vínculo empregatício é algo marcante na vida dos portadores de transtornos mentais, em decorrência de a maioria não possuir fonte de renda própria.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacaram o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário.

A primeira delas é a questão do controle social, a associação tem potencialmente essa função, não só dentro do serviço, mas também nas outras instâncias, conselho municipal de saúde, conselho local, aqui em Florianópolis estamos organizando uma Comissão Permanente, que é consultiva do Conselho Municipal de Saúde, é uma comissão de saúde mental, no estado (SC), a gente tem o Colegiado de Políticas Públicas e Atenção Psicossocial, que tem representação dos usuários; então, novamente, na questão da defesa dos direitos, na questão do resgate da cidadania, as vezes nem é resgate porque o cara nunca teve cidadania alguma, mas da possibilidade de instituir um certo nível de cidadania; eu vejo que a possibilidade de o usuário poder participar politicamente é algo que tem um efeito sobre a sua dinâmica, como tem efeito sobre a dinâmica de qualquer um que descobre um dia que tem essa possibilidade de participar politicamente, da vida política, e pro usuário de saúde mental isso muitas vezes é uma descoberta que representa uma guinada muito grande na sua vida, então, vamos dizer assim, tem um efeito terapêutico, um efeito clínico nesse sentido, além, obviamente, dos

efeitos políticos que isso representa, mas, mais individualmente tem esse efeito, da articulação com as outras pessoas, enfim, tem uma terapêutica aí que é função, mesmo que não reconhecida, mas é função das associações (F, 12/4/2006).

O principal papel das associações é não tornar que os serviços se tornem manicômios; a associação é a vida, é organização, é luta, é enriquecimento, é sentido de vida; tenho escutado muito de pessoas que tiveram suas vidas arruinadas que quando passaram a militar em associações de usuários passaram a ter um sentido de vida, passaram a conceber a razão da sua existência em vida; então, a principal importância das associações é não deixar que o serviço se torne manicômio, é tornar o serviço um pouco mais rico, com mais vida, é organizar a questão política, é falar em nome dos próprios usuários; então, a importância das associações de usuários é levar a boa nova aos CAPS, levar a boa nova aos serviços de saúde mental, levar a boa nova do modelo psicossocial, ou seja, discutir o controle da loucura, ou seja, a maior importância das associações é levar a discussão da liberdade, liberdade e dignidade dos portadores de transtornos mentais (GIRASSOL, 20/3/2006).

Além do tratamento e dos serviços, eu acho importante que a associação possa se fortalecer enquanto movimento popular de luta pela Reforma Psiquiátrica, que os usuários possam se conscientizar dessa importância de estarem articulados, lutando pela implantação da política, da política de saúde mental sob esse novo paradigma da Reforma Psiquiátrica; eu acho que essa é a maior importância, acho que essa é a maior tarefa da associação; claro que isso se reflete na micro política institucional no próprio CAPS; a associação vai estar lutando, a nossa associação aqui, por exemplo, já lutou pelo próprio vale transporte dos usuários, de ir até a secretaria (Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis) conversar com o secretário e reivindicar enquanto essa democracia representativa dos próprios usuários, técnicos e familiares; pela própria manutenção desta casa na época que houve a questão da construção da via de acesso ao Hospital Infantil, existia um projeto da outra via passar também por aqui, os usuários batalharam que essa casa se mantivesse aqui, que o CAPS se mantivesse aqui e conseguiram; então, acho que essa luta maior de articulação que exige uma consciência política dos líderes que estão na associação, dos usuários como um todo, é que é a grande tarefa da associação, só que isso se faz num trabalho de formiguinha, num trabalho miúdo (VIK, 24/3/2006).

Cabe destacar que o controle social compreende a participação da população na perspectiva da interferência na gestão da política pública de saúde, colocando as ações e serviços na direção dos interesses da comunidade e estabelecendo uma nova relação entre Estado e sociedade. Conforme Correia (2002, p. 212), controle social “é a atuação da sociedade civil organizada na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam às demandas e aos interesses das classes subalternas”.

A III CNSM ressalta a importância do controle social, através dos mecanismos já existentes (Conselhos, Conferências e Comissões de Saúde Mental, organizações da

sociedade civil e movimentos sociais), como forma de garantir o avanço da Reforma Psiquiátrica. Os indicativos da Referida Conferência destacam que o controle social deve constituir-se com a representação dos três segmentos – usuários, familiares e profissionais de saúde, na perspectiva de induzir uma ação de acompanhamento da construção das políticas municipais, estaduais e nacional de saúde mental. As Comissões de Saúde Mental em ação conjunta com os Conselhos de Saúde devem exercer seu papel de controle e fiscalização das políticas públicas, o que inclui o orçamento e a destinação de verbas para a saúde mental, em todos os níveis (BRASIL, 2002a).

A ação da sociedade civil e dos movimentos sociais é ressaltada visando a garantir que os programas de saúde mental não sofram descontinuidade por ocasião de mudanças de gestão administrativa e/ou política. Para tanto, devem ser criadas estratégias para a viabilização de maior envolvimento dos diferentes atores sociais com as questões da saúde mental. Entre estas, destacamos o papel das associações de usuários, técnicos e familiares e dos núcleos estaduais e/ou municipais do movimento da luta antimanicomial, na gestão dos serviços e na fiscalização das práticas de saúde mental (BRASIL, 2002a, p. 142).

3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia

A desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial são dois dos pressupostos teórico-epistemológicos orientadores das práticas assistenciais indicadas na e pela Reforma Psiquiátrica. Tendo isso em conta, perguntamos aos participantes da pesquisa se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas para a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referiram que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras.

As falas relacionadas na seqüência explicitam a percepção dos entrevistados sobre a questão e indicam algumas possibilidades que, segundo eles, poderiam favorecer o desenvolvimento de ações de reabilitação psicossocial.

Em parte sim, em parte; eu acho que como a gente não tem um sistema de avaliação a gente não consegue medir isso muito bem; a nossa intenção é essa, o que não quer dizer que as nossas ações consigam de fato alcançar; acho que a gente poderia fazer mais, a gente poderia ter uma articulação mais intensa e mais constante com outras instituições, com outros sistemas de atenção, além claro da própria rede de saúde, que não existe; em Florianópolis a gente não tem rede, até está se formando, dá pra dizer que está se formando, mas não funciona como rede ainda, efetivamente não funciona; a gente tem pouco contato com a atenção básica, com o PSF, que seria um parceiro importante, a gente tem pouco contato com os outros CAPS também em termos de troca, enfim, com outras instituições de saúde, então, acho que a gente ainda continua isolado, e aí pensar em reabilitação psicossocial com essas condições é um pouco mais complicado; a gente vê alguns efeitos, que a gente mede pelo usuário em si, que é o fato de que ele consegue evitar internação, que ele consegue muitas vezes voltar a trabalhar, sua participação nas oficinas passa a ser bastante diferente, enfim, mas são coisas que a gente não tem um instrumento pra avaliar (F, 12/4/2006).

Eu penso que sim, apesar de que hoje o programa de saúde mental não conta com uma rede completa de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, então, assim, a gente tem essa dificuldade; se existisse isso de forma mais estruturada, de forma mais incrementada seria mais fácil a reinserção social; por exemplo, a gente não tem leitos psiquiátricos no HU, um hospital geral, que já tem um ambulatório de psiquiatria, poderia ter um serviço de emergência, facilitaria, evitaria internações, um mercado protegido, um projeto de geração de renda também não temos, não temos os CAPS territorializados ainda, então, tem uma série de dificuldades colocadas aí que impedem essa reinserção social num tempo menor do que acontece hoje; acho que hoje o tempo que o usuário fica dentro do CAPS ainda é muito grande por conta de a gente não ter essa rede completa, que possa dar esse suporte extra CAPS. [...] eu não sei se isso acabaria institucionalizando, de certa forma sim, mas assim, isso está na pauta, e se isso está na pauta não está institucionalizando, você entende o que eu quero dizer? isso está sendo falado pro próprio usuário, isso está sendo dito pra ele, olha tu já está aqui muito tempo, o nosso objetivo pra ti, nosso projeto terapêutico pra ti seria de tu poder estar fazendo isso, isso e isso lá fora, então assim, não diria institucionalizado porque talvez institucionalizado seria quando a gente não se desse conta disso, ah não isso está rolando, o usuário está aqui há anos, ninguém está fazendo nada, continua na mesma, aí sim estaria cronificando, mas acho que não nesse sentido, de que isso está na perspectiva, a gente está querendo a inserção, a gente está querendo a rede extra hospitalar, a territorialização dos CAPS, só que a gente não tem uma série de elementos necessários pra fazer a reinserção, a política, o programa de saúde mental, aliás ele está sendo implantado, incrementado muito mais agora recentemente (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que sim, mas muito pouco ainda; elas se encaminham, elas têm como ideal, elas desejam, mas na prática isso é muito pouco feito; eu vejo que nesse CAPS a equipe acaba estando muito fragmentada porque faz milhões de coisas também, desde a parte administrativa, parte clínica, oficina, se divide; eu acho que deveria ter a equipe como um todo trabalhar nisso, mas ter também grupos de atuação, como a gente

chama de atuação local, então, ainda para o que necessita está muito pouco assim, muito aquém [...] A primeira proposta começaria via Regionais, nas Regionais; por exemplo, as pessoas iriam para os seus bairros, ver qual é a possibilidade, as possibilidades que existem pro usuário se inserir, mas não só a Regional, poderia ter um grupo mesmo, sair com o usuário, fazer a coisa mais concreta, ela é feita, mas é feito muito pontualmente (LÉLI, 4/4/2006).

Em geral sim, mas tem alguns pacientes que, por exemplo, circulam no CAPS e que não tem nenhuma indicação de estar no CAPS, então ele acaba sendo um lugar de institucionalização ou de capsização. Tem isso; isso acaba acontecendo, mas em geral não é isso; em geral eu acho que todas as nossas ações, o que a gente discute em equipe é até a tentativa de diminuir essa dependência, esse vínculo de dependência, que em algum momento ela pode ser muito importante, mas em outros ela é excessiva e acaba aprisionando o paciente dentro do CAPS, e aí o CAPS passa a ter o mesmo papel e a mesma função do hospital; e como isso é o que eles conhecem, esse repertório é o que se conhece, é mais fácil de se acostumar com ele do que ter uma nova postura, uma postura de que, não, aqui eu vou tomar conta do meu tratamento, eu vou lá fora procurar o que é meu...; não, (o usuário) acaba esperando, ah o que você falar está bom, e aí essa atitude bem passiva, que ela é muitas vezes muito cômoda pra todos nós em muitos momentos, pra uns mais que outros, essa atitude de comodismo, de esperar, é ótimo, e aí isso acontece, acaba acontecendo, embora as práticas, elas tem a idéia de que não seja voltada pra isso; não é o objetivo, mas a gente observa que as vezes é falho (J, 22/3/2006).

Essa pergunta é muito difícil [...]; eu acho que não mudou muito meu olhar, a gente tende a sustentar a institucionalização, a gente não consegue dar alta, o paciente não consegue ter alta, não consegue sair; assim, digo um paciente que realmente talvez esteja até mais comprometido com esse tempo aqui, tem paciente que está aqui desde o início; eu acho que a gente acaba reforçando um pouco isso por mais que a gente tem o desejo de que fosse o contrário; existe uma certa comodidade pro paciente também, aqui ele tem atenção, ele é aceito, não tem assim uma grande briga por ele ficar aqui; então, isso me preocupa muito, eu fico pensando: é uma contradição porque ao mesmo tempo que o nosso trabalho é voltado pra isso parece que a nossa ação acaba revertendo o contrário; a questão da cidadania, a questão da construção de outros laços, criação de outros espaços, eu acho que é muito precária ainda [...]; por isso que eu acho que a gente precisa também de ter formas de avaliação dos pacientes, muitas vezes fica assim um exemplo ou outro que você tem, aquela pessoa foi, está lá trabalhando, talvez ela não tenha também construído um elo tão pesado, tão forte com a instituição, que ela já veio, ficou um tempo, saiu, voltou a fazer outras coisas da vida; eu acho que a gente ainda está institucionalizando mais do que desinstitucionalizando [...] (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p. 14) observam que um dos caminhos mais importantes para o qual aponta a desinstitucionalização é o da criação de novas relações com a loucura. Estas se processam a partir da mudança das relações institucionais internas e de

desmontagem dos dispositivos da clínica e da psiquiatria, mas certamente não se restringe a isto. Novas subjetividades e um novo lugar para o sujeito louco só são produzidos em relação com o social. O trabalho de desconstrução da institucionalização, necessariamente, extravasa o contexto institucional específico, atingindo seu objetivo mais amplo de questionamento das instituições e subjetividades capitalísticas, a desconstrução como transformação cultural. Para os autores, através do trabalho no campo social a desinstitucionalização atinge seu sentido mais abrangente, como processo social amplo e complexo de participação popular, territorialização dos serviços, envolvimento de diferentes atores sociais, e mudança da relação social com o fenômeno da loucura.

Sobre este aspecto cabe destacar que a desconstrução do paradigma da institucionalização e a construção do paradigma da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial envolve um conjunto de ações teórico-epistemológicas e de práticas assistenciais, amparadas por um sistema jurídico-político capaz de criar e garantir direitos aos portadores de transtorno mental. De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (1987), a reabilitação psicossocial é o conjunto de atividade capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários (OMS 1987 apud PITTA, 2001).

Nesta direção, a formulação da política de saúde mental, orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais nos campos da educação, cultura, habitação, assistência social, esporte, trabalho, lazer e a articulação de parcerias com universidades, Ministério Público, organizações não governamentais (ONGs), visando a melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania do portador de transtorno mental (BRASIL, 2002a).

Com o objetivo de saber se existem e identificar quais são as práticas de reabilitação psicossocial desenvolvidas no e pelo CAPS Ponta do Coral, perguntamos aos participantes da pesquisa se existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer. Do total de profissionais que responderam ao formulário, a maioria (66,7%), disse não existir, dois referiram não saber responder, e dois destacaram que existem. Dentre os que responderam que não existem tais práticas, um observou não ter conhecimento, oficialmente, das parcerias, um deles destacou que existem poucas e de acordo com o planejamento terapêutico do usuário, e um outro disse que tem em momentos específicos, mas não de forma contínua. Entre os que

responderam que sim, um referiu-se a experiências muito pontuais como por exemplo o uso da quadra de esportes próxima, e outro identificou parcerias com fundações municipais e estaduais de cultura.

Neste aspecto, os indicativos aprovados na e pela III CNSM ressaltam a necessidade de se priorizar, no âmbito da assistência em saúde mental, políticas que fomentem a autonomia dos portadores de transtornos mentais, incentivando o exercício da cidadania plena. Devem-se buscar parcerias entre o poder público e organizações civis para o desenvolvimento de projetos sociais e comunitários, de geração de renda e de acesso a todos os direitos, que possam funcionar como apoio na (re)inserção social destas pessoas.

No estudo realizado, perguntamos aos profissionais se as práticas assistenciais desenvolvidas no e pelo CAPS possibilitam ao usuário a construção de sua autonomia. Os entrevistados destacaram a necessidade de refletir conceitualmente sobre o que seja a autonomia do portador de transtorno mental, como avaliar a autonomia da pessoa. Referiram que, em geral, o serviço consegue cumprir com a função de estimular o usuário à conquista de sua autonomia.

A questão é discutir o que é autonomia, eu sempre parto do princípio de que autonomia não é independência, autonomia na verdade é a possibilidade de a gente poder ampliar as dependências, que é a vida de todo mundo, ou seja, eu pra viver eu dependo de um monte de gente, um que paga meu salário, outro que falo aqui, outro com quem eu me ligo afetivamente, enfim, eu dependo de uma porção de gente e isso me dá autonomia porque eu posso depender de muitas pessoas e de muitas instituições, muitos sistemas; o problema do usuário de serviço de saúde mental, paciente psiquiátrico é que ele, geralmente, depende ou das mesmas pessoas ou das mesmas instituições, ou seja, a capacidade de autonomia dele está muito reduzida porque ele não tem como circular socialmente, ele ou está sempre dentro de casa ou de casa pra uma instituição, seja ela o CAPS ou hospital psiquiátrico; então, pra mim autonomia é isso, é essa possibilidade de você ir ampliando os vínculos pra que você possa depender de muitas pessoas ou de muitas coisas ou de muitas instituições porque afinal de contas, em última instância, essa autonomia tomada como independência ela é imaginária, ela é irreal, não existe; então, eu acho que a gente consegue isso, a gente consegue ampliar a autonomia dessa maneira, primeiro porque o CAPS acaba se tornando um centro de convivência, então, o efeito imediato é que a pessoa deixa de ficar sozinha ou só com a família e passa a conviver com outras pessoas, esse é o efeito imediato, passa a ter outras relações que muitas vezes se desdobram, saem daqui, as pessoas fazem programas juntos fora, pinta relacionamentos amorosos ou só relação sexual, que seja, mas enfim, é uma oportunidade nova que o cara não tinha, encontrar alguém mesmo que seja só pra transar, então, isso já é um ganho também, já implica na ampliação de autonomia; eu vejo que muita gente aprende a lidar com o serviço público, aprende a correr atrás dos seus direitos, aprende a lidar com outros serviços de saúde, passa a

procurar o posto de saúde onde mora ou passa a ir pegar medicação em tal lugar sozinho, por conta própria etc.; eu acho que a gente consegue essa função, a gente consegue autonomia nesse sentido, mas pode ser melhor, na medida que a gente tiver uma rede, que a gente se inserir nessa articulação com outras instituições, com outras instâncias, a gente consegue fazer isso de maneira mais eficaz (F, 12/4/2006).

Em alguns casos sim, eu acredito que alguns casos quando não há uma limitação interna eu acho que sim, que é possível, através até da participação nas oficinas, nos grupos terapêuticos, da adesão ao tratamento médico; muitos conseguem realmente; passaram por um episódio, uma crise, conseguiram ficar bem e voltar para as suas atividades diárias, eu acho que quando eles aderem ao tratamento, quando há essa adesão, quando eu digo ao tratamento é ao projeto terapêutico deles, e não tem uma limitação, vou colocar entre aspas “uma seqüela” da própria doença muito forte, há essa possibilidade; em alguns outros casos eu acho que é difícil, assim, não é tão fácil medir isso, o que, quem melhora, quem não melhora, aquele que consegue voltar, aquele que não consegue, as vezes alguém que tem até uma doença mais incapacitante consegue, outros não, depende, depende do apoio que ele tem, do externo, da família, ou da própria sociedade, da comunidade em que ele é inserido, isso tudo faz diferença, que tem o background do que ele era antes, isso também faz a diferença, ele consegue resgatar; quando já não se tem muito o que resgatar aí fica mais difícil trabalhar; é individualizada essa resposta, mas eu acredito que em alguns casos sim, consegue essa (re)inserção de uma maneira muito boa e gratificante para os dois, pro usuário e para os profissionais (J, 22/3/2006).

[...] dependendo de como o serviço é gerido, dependo de dentro de que política de saúde mental esse CAPS está inserido, ele pode ao invés de estabelecer uma autonomia, mesmo que ele tenha uma boa vontade de estabelecer autonomia, ele acaba tornando a pessoa mais dependente ainda do serviço; então, é uma grande armadilha a construção da autonomia, não só especificamente pro CAPS Ponta do Coral, mas pra todos os CAPS que eu tenho visto; então, a gente volta novamente na questão da avaliação, novamente na discussão dos termos, eu acho que a questão dos conceitos ela tem que estar muito clara, o que significa cada conceito, eu sempre tenho batido muito nisso; o que é autonomia? É a pessoa ter minimamente condição de governar a sua própria vida, gerir sua própria vida, Ok! a gente estimula a pessoa a fazer isso, trabalha nesse sentido com a questão da autonomia, agora, quais são os parâmetros que nós vamos utilizar pra avaliar essa autonomia, isso a gente não tem muito claro ainda, acho que necessita; então, o CAPS possibilita autonomia, mas ao mesmo tempo não tem uma análise crítica [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Não obstante, cabe-nos destacar que a compreensão sobre autonomia que orienta este trabalho refere-se “a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente”. Neste caso, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas

relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001, p. 57).

As falas relacionadas a seguir destacam como o atendimento no CAPS Ponta do Coral possibilita a construção da autonomia do usuário.

Eu acho que em formas gerais sim, na relação que os técnicos tem com o paciente; agora, as vezes, a gente tem uma postura muito assistencialista em muitas situações, um assistencialismo que acaba prendendo o paciente, institucionalizando; são situações, eu acho que as vezes a gente repensa sobre elas, não foi bem por aí, mas, assim, eu vejo as pessoas contando a história do CAPS, teve muitas experiências que foram positivas também, que chegaram a um resultado, assim, sem muito recurso, sem muito com que contar fora da própria equipe, fizeram coisas que são surpreendentes em relação a tantos pacientes; eu acho que essa maneira de você poder dar voz, poder valorizar aquilo que a pessoa faz, consegue fazer em uma Oficina por exemplo, eu acho que essa é uma maneira de você conferir uma posição mais sujeita, mais ativa mesmo (P, 17/3/2006).

Sim, eu acho que sim, só que eu acho que a gente possibilita em alguns casos, não tem uma história linear de possibilitar a todos, eu acho que tem um projeto de possibilitar, mas isso não acontece o tempo todo, porque também isso não é uma via de mão única; hoje, eu já fui mais ingênua em relação a isso, muitas vezes uma pessoa que ficou trinta anos, vinte anos no hospital psiquiátrico, eu não sei mais se ele quer ter mais autonomia, muitas vezes ele quer, não quer; se a gente entender autonomia como trabalhar, seja em qualquer lugar, com uma bolsa trabalho, entender autonomia como decidir ir final de semana para uma praia, autonomia como ir ao supermercado, escolher o que vai comer, até certo ponto sim; por exemplo, se tenta até que muitos usuários saiam no final de semana, a gente na reunião das Regionais combina que eles possam ir, no final de semana, para um passeio, e eles não vão, eles ficam em casa, só vão se o técnico for, no dia de semana; então, acaba ficando um outro processo de não autonomia; então, a luta, a intenção é que isso se dê de outra forma, que também não fique dependendo do CAPS; existe uma construção pra isso e isso acontece, em certa medida acontece, mas ainda não como gostaríamos, porque nós também temos uma idealização de autonomia [...] alguns casos tem sim, vão até um certo ponto da autonomia que é possível pra pessoa, e outros vão mais além, outros regridem (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre as possibilidades de construção da autonomia do portador de transtorno mental, Kinoshita (2001, pp. 56-57) considera que a contratualidade do usuário, primeiramente vai estar determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Estes podem emprestar seu poder contratual para possibilitar relações e

experiências renovadas ao usuário, através de seu prestígio, de sua delegação social, do saber reconhecido pela sociedade. O referido autor destaca que aos profissionais é dada a capacidade de elaborar projetos, isto é, ações práticas que venham a modificar as condições concretas de vida do usuário.

A entrevista citada na seqüência relaciona a construção da autonomia do usuário a ações que envolvem outros serviços e outras políticas sociais como uma possibilidade para que o portador de transtorno mental adquira sua independência econômica. No caso, a profissional refere-se a Política de Assistência Social, através do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Outro recurso financeiro que pode ser acessado pelos egressos de internações psiquiátricas prolongadas é auxílio reabilitação psicossocial instituído com o Programa de Volta Pra Casa, através da Lei Federal N° 10.708/2003.

[...] um outro elemento pra isso (autonomia) são os usuários que estão totalmente desprovidos de qualquer recurso material que conseguem o BPC e isso garante autonomia porque ele tem o mínimo pra poder dar conta das suas necessidades materiais; então, muitas vezes, ele está numa condição muito vulnerável e aí passa a poder comprar aquilo que ele deseja, minimamente, porque é muito pouco o valor, mas consegue algumas coisas e isso garante essa autonomia, porque as vezes ele fica na família, fica sendo aquele peso que só incomoda, que não tem recurso financeiro nenhum porque ele está fora do mercado de trabalho mesmo, então, aí o benefício da previdência social também é um elemento de autonomia e de reconstrução da cidadania, mas entre todos esses outro que eu falei, do próprio material que ele tem contato na oficina terapêutica que ele consegue produzir algo; aquele usuário que é egresso do hospital psiquiátrico de polireincidência nas internações que consegue produzir uma peça bonita e que essa peça é vendida e que depois recebe o dinheiro dessa venda, também confere autonomia, confere cidadania, auto-estima (VIK, 24/3/2006).

Entendemos que a possibilidade de ter recurso financeiro próprio favorece sim a independência econômica do portador de transtorno mental, possibilitando-lhe uma vida com maior autonomia. Contudo, conforme destacou a entrevistada este é só um dos elementos que compõem o rol das necessidades humanas. A reabilitação psicossocial é um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia (KINOSHITA, 2001). Neste sentido, reabilitação e construção da autonomia caminham lado a lado.

3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental

A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos entrevistados como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista jurídico-política dos direitos do portador de transtorno mental.

Eu acho que hoje a gente já tem uma rede assistencial muito mais capacitada e quantitativamente significativa; no Brasil já são 800 CAPS; o fato de que tem recurso financeiro do Ministério da Saúde destinado, especificamente, à saúde mental, isso facilita a criação do serviço no município; em termos das modificações em relação ao que seja a loucura, o que seja o transtorno psíquico, acho que apesar das dificuldades a gente já conseguiu avançar com relação a isso, a gente já conseguiu trazer a discussão pra sociedade de uma outra maneira, levantando a necessidade de olhar isso também de uma outra forma; a medida que as pessoas começam a sair dos hospitais e voltam a morar seja em residências terapêuticas, seja com a sua família, e conseguem se manter bem dessa maneira isso também vai mudando o olhar das pessoas, pelo menos daquelas que o cercam; os projetos que a gente chama de modificação da cultura, a modificação da cultura manicomial, isso eu percebo que há um avanço, gradual, lento, tem um monte de resistência, mas a gente consegue, conseguiu, tem conseguido, e isso implica também no avanço político, no sentido da garantia do direito, no sentido de ter algumas prerrogativas preservadas com relação ao direito do usuário; então, eu vejo que de uma maneira geral a gente tem avanços e avanços muito significativos se a gente compara o que era transtorno mental há vinte, trinta anos, nesse país, tem coisas muito importantes que eu identifico (F, 12/4/2006).

Acho que a própria existência de CAPS, os hospitais dia, de ambulatórios de saúde mental, próximos as casas de onde o paciente mora, o Programa de Volta pra Casa, a possibilidade de uma residência terapêutica, são todas medidas atuais e dispositivos atuais que possibilitam essa nova forma de encarar o que alguém portador de transtorno mental pode ocupar, o que eles podem ocupar; então, eles podem ocupar os espaços, eles podem começar a fazer parte daquela comunidade (J, 22/3/2006).

A fala a seguir expressa como foi, historicamente, se alterando a forma de assistência ao portador de transtorno mental e de atenção em saúde mental na política de saúde do município.

Eu acho que a questão de criar um espaço que é aberto já é uma conquista; eu acho que hoje a gente tem essas possibilidades de CAPS, no posto de saúde mesmo; [...] quando eu comecei a trabalhar na prefeitura, há 20 anos atrás, assim, era uma equipe de um psiquiatra com mais um monte de estagiários de psicologia que saía em uma Kombi velha pra fazer alguma coisa, quando pintava um problema lá com um paciente do Campeche por exemplo [...]; não tinha nada na prefeitura há 20 anos atrás de saúde mental, então, hoje já tem, está se criando uma rede, tem profissionais nos postos, tem psicólogos, se pensa em fazer treinamento de agente de saúde, treinamento de clínico geral, já se fez algumas coisas; eu acho que isso, imagino que alguém que fica confinado dentro de um espaço, ele ter a possibilidade de circular, mesmo o pessoal do HCTP, eu acho que pra eles, assim, tem uns que não querem muito mais que isso na vida, pelo menos eles não estão tendo que trabalhar duramente como trabalhavam quando eram crianças, vem aqui, circulam, comem uma comida, anda aqui, vê televisão, bom! talvez essa seja a vida que eles querem, talvez seja...., já sai lá daquela estrutura fechada (P, 17/3/2006).

Na seqüência, a entrevistada relaciona algumas formas de exercício da cidadania que o usuário pode acessar com o tratamento no CAPS.

É, se for pensar que muitos usuários eles tiveram uma história, antes do surto, de uma vida organizada socialmente, trabalhando, talvez seria a reconstrução da cidadania, mas a medida que vem todo o isolamento propiciado pelo hospital psiquiátrico, todo o estigma do transtorno mental que a própria comunidade coloca, realmente de fato foi perdida; quando ele chega no CAPS e se propõe a se beneficiar desse espaço, assim, de fato se vincula ao projeto terapêutico dele, acho que ele consegue reconstruir elementos pra essa cidadania, num primeiro momento autonomia, acho que o cartão do vale transporte, o exemplo que eu posso dar, o cartão do vale transporte que é oferecido no período que ele tem tratamento aqui é o mesmo cartão do cidadão que vai comprar lá no SETUF, então, aquele usuário que é estigmatizado, eu já presenciei essa cena, um usuário de uma comunidade de periferia que era o louco do bairro, ele entrou dentro do ônibus com o mesmo cartão que qualquer outra pessoa, passou o seu cartão, veio pro CAPS, depois foi embora pra sua casa, então, isso já é um elemento, muito pequeno, mas é um primeiro elemento talvez, que começa aí, de ele se reconhecer enquanto sujeito, enquanto cidadão, e depois aqui também, a possibilidade de participação, no momento que ele consegue produzir algo numa Oficina, no momento quando ele consegue, na clínica, se dar conta dos seus conflitos e ter mais qualidade de vida nas relações [...] (VIK, 24/3/2006).

Uma das entrevistadas fez destaque às formas de atuação que, na sua opinião, representam conquistas significativas e correspondem a práticas que favorecem o exercício da cidadania do portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Avanços, pra começar, acho que o grande avanço foi a Reforma Psiquiátrica, a construção do CAPS, dos CAPS, as portarias que fazem com que os hospitais psiquiátricos sejam substituídos por vários CAPS, esse foi o grande avanço em primeiro lugar, porque é o momento de tirada das pessoas desses castelos, dessas muralhas, não só porque ficaram ali presas, mas de todo aquele sofrimento mesmo, de miséria, enfim, como os últimos dos últimos, então, eu acho que esse é o primeiro ponto, é que os sofredores de transtorno psíquicos e mentais não ficassem segregados, mas poder estarem sendo mostrados e expostos - uma parte da sociedade, são pessoas que podem transitar, que estão aí, não necessariamente precisam ser escondidos como uma vergonha; junto aos CAPS, isso não caminha sozinho, tem a construção as redes de atenção básica também; [...] mas quando fala em cidadania acho que tem três eixos: um é a construção do CAPS, de serviços como o CAPS, outro são as residências terapêuticas e o outro a economia solidária; hoje eu vejo como isso, assim, esses três projetos, que foram feitos com luta, porque a primeira luta foi dos hospitais, então, tem as portarias que substituiu os hospitais por CAPS, progressivamente, tem toda a luta do movimento antimanicomial, tem as leis que protegem, tem esses três eixos; residência terapêutica é um lugar de resgate à cidadania porque a pessoa vai poder estar numa casa, vai poder comprar um bombril pra limpar a panela, vai poder comprar tomate e batata, vai começar a transitar no meio de outras pessoas, com a vizinhança, a se autogerir, poder fazer escolhas para sua casa, onde ele quer botar um quadro, onde ele quer botar o guarda-roupa, sua roupa, com outros colegas, mas enfim...; tem também a economia solidária que é o momento de autogestão, de fazer escolhas também, de decidir sobre sua vida, em uma certa instância, porque em última instância, em última análise ninguém daqui decide sobre a sua vida, nem eu, nem tu, a gente já nasce num sistema que te absorve e a gente é o que em última análise o capitalismo quer que a gente seja mesmo, nossa roupinha, nossa comida, nosso padrão de beleza, tudo a gente faz como é vendido; eu acho que essas iniciativas, porque a economia solidária não é só cooperativa, não é só associação, não é somente, é uma outra forma de produzir trabalho e discutir sobre esse lucro, que antes estava na mão de algumas pessoas, então, é dividir, eu também decido sobre o que é o meu trabalho, eu não me alieno dele, mas eu sei onde é que vai o meu trabalho (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Fleury (2004, p. 4), os grupos excluídos estão, em geral, impossibilitados de participar das relações econômicas predominantes no mercado, como produtores e/ou consumidores, e das relações políticas vigentes, os direitos de cidadania. Segundo a autora, esta situação é agravada pela transformação das políticas públicas de proteção social, afastando-se de um modelo de seguridade social, que buscava assegurar coletivamente o mínimo vital para todos os cidadãos, em direção à individualização da pobreza e da exclusão.

Conforme aponta Pitta (2001), o homem moderno, acriticamente, persegue formas de inclusão social pelo trabalho, desconsiderando o fato do trabalho não ser nem

tão disponível nem tão flexível para suportar as diferentes demandas individuais e coletivas que a sociedade moderna impõe. Não obstante, a tradição asilar e assistencialista das instituições psiquiátricas, historicamente, caracterizou-se pela função de excluir os marginalizados, produtos das disfunções do modo de produção capitalista e da divisão social do trabalho. Em geral, a população internada, e muitos dos egressos de hospitais psiquiátricos atendidos nos CAPS, está cronificada, com poucas chances de retorno ao mundo do trabalho capitalista.

A fala relacionada a seguir traz a compressão e reflexão, do profissional entrevistado, com relação ao conceito de cidadania e as implicações práticas deste quando se tem como parâmetro uma concepção e um modelo de cidadania pautado na lógica da racionalidade.

Eu tenho visto que está se percebendo uma maior clareza da necessidade dessa cidadania do portador de transtorno mental, porém ainda falta um pouco mais de discussão em nome de que direitos o portador de transtorno mental tem pra fazer cidadania, porque é assim, a cidadania dentro desse modelo francês - igualdade, fraternidade, liberdade, ela exige muito a questão da razão, pra você exercer cidadania você tem que falar em nome da razão, e muitas vezes o usuário, quando está em crise acaba não falando numa razão, acaba falando uma desrazão, e aí como fazer? como dar conta disso? ainda não temos resposta, em nome de que cidadania é reinventada uma cidadania para os loucos, mas tudo bem, isso é pra gente pensar; então, o avanço que tem em relação a construção da cidadania é quanto mais ter associação de usuários em que se discuta cidadania, mais vai ter cidadania, que eu não acredito que os CAPS tenham trabalhado muito nessa lógica, porque acaba não discutindo a questão da cidadania, que cidadania é essa, o que se entende por cidadania, o que é o ser cidadão [...](GIRASSOL, 20/3/2006).

A cidadania integra as exigências de justiça e exercício democrático do poder; o sentimento de pertencer a uma comunidade e de estar integrado a uma dada coletividade social, em determinado espaço territorial (FLEURY, 2004). A idéia de direitos do cidadão – civis, políticos e sociais – remete a construção dos Estados nações, em que o princípio das nacionalidades precede o ideal filosófico cidadania universal. A cidadania, definida pelos princípios da democracia, constitui-se na criação de espaços sociais de luta (movimentos sociais) e na criação de instituições permanentes para a expressão política; significa, necessariamente, conquista e consolidação social e política (VIEIRA, 2002, p. 40). Ainda, a cidadania passiva, outorgada pelo Estado, se diferencia da cidadania ativa, na qual o cidadão, portador de direitos e deveres, é essencialmente criador de direitos para abrir novos espaços de participação política.

Diversos são os obstáculos para o exercício da cidadania do portador de transtorno mental entre estes a vinculação dos direitos a racionalidade instrumental-cognitiva da ciência; a vinculação da sua prática a inclusão controlada no mundo do trabalho, modelo este que, no caso brasileiro, é denominado por Santos (1979) de cidadania regulada. Vasconcelos (2000b, p. 191) indica que, para aqueles que assumiram a proposta da desinstitucionalização e reinvenção da cidadania no campo da saúde mental, há de considerar que estamos diante de um terreno de relações de forças complexo e paradoxal, em que a manutenção do caráter democrático nas relações exige abandonar esquemas conceituais lineares, onipotentes, que queiram garantir de antemão a sua eficácia.

Fleury (2004, p. 12), observa que “a mediação entre os indivíduos e o Estado, através da igualização realizada na cidadania só é efetiva, na medida em que a sociedade civil seja capaz de realizar as funções de agregação dos interesses, reconhecimento dos sujeitos e sua inserção na esfera pública. Só assim a cidadania deixa de ser um invólucro legal e passa a ser um exercício na vida social”. Portanto, uma visão mais ativa de cidadania requer um sentido de sociedade civil como uma esfera pública onde os cidadãos se encontram em reconhecimento mútuo, e isto faz possível a sociedade plural.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referiram que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental substitutivos ao modelo tradicional/asilar. As falas a seguir identificam estas dificuldades fazendo uma análise da questão na realidade da sociedade capitalista atual.

Tem o mito de louco, do louco perigoso, do louco imprevisível, é algo que pesa muito [...], que é a lógica do mercado; pra nós, basicamente, estar inserido na sociedade é estar trabalhando, a gente se pauta muito por isso, pra poder se considerar inserido, vinculado no mundo você tem que estar no mercado de trabalho e, muitas vezes, essa lógica enlouqueceu muita gente, e as pessoas não conseguem, principalmente os usuários dos serviços de saúde mental, os psicóticos em particular, tem muita dificuldade em entrar nessa lógica, e se submeter a ela, coisa que pra qualquer um tem um custo muito alto em termos de saúde, eu digo quem está inserido mesmo no mercado de trabalho, em termos de saúde, de relação com a sua família, com as pessoas que gosta, com os amigos etc., isso tem...; viver para o trabalho é algo que pra nós é insalubre de uma certa maneira, a gente não faz outra coisa a não ser trabalhar; então, pra essas pessoas que estão fora do mercado de trabalho

é muito complicado poder voltar, o que sobra é uma rede de assistência que na nossa realidade é sempre capenga, sempre parcial, tem dificuldade em aceitar o louco por conta desses mitos, e, também, da própria resistência do usuário, da pessoa com esse tipo de dificuldade de entrar nessa lógica, no que ele de uma certa maneira faz muito bem, algo que cria outros problemas pra ele (F, 12/4/2006).

São tantas, é assim, primeiro lugar, eu vejo assim, com todo o preconceito que tem da loucura, tem uma coisa no nosso sistema capitalista que é a questão da produção, produção de capital, produção de bens, e inserção no comércio, no mercado de trabalho, então, o portador de transtorno, sofrimento mental, ele a princípio, quando ele está nesse estado, ele não é produtivo, produtivo pra esse sistema capitalista, ele não trabalha, ele não consome muito, porque ele não vai ter dinheiro, portanto, isso de maneira geral, a gente sabe que as pessoas de posse, que a loucura, o sofrimento psíquico ele atravessa qualquer classe, mas 90% tem isso; então, a princípio existe a exclusão, já existe esse preconceito também, mas muito mais que isso, que a sociedade de fato ela é dividida entre os que produzem, os que fazem a engrenagem funcionar e os que estão a margem, então, o usuário é mais um que está a margem, assim como o menino de rua, os rapazes do morro, então, ele é mais um, também, que causa incomodo, e ele no Estado, das políticas públicas do Estado ele seria como só o gasto, não seria mais uma produção; além de ser uma sociedade racionalista que tem toda a sua formação no discurso, no discurso reto, no discurso racional, na fala, a fala racional, na linguagem articulada como o único meio privilegiado de comunicação, e o usuário, muitas vezes, não tem esse instrumento, por conta da sua fragmentação, da sua história, da sua medicação, da própria coisa do delírio, muitas vezes ele não tem o tempo todo essa fala coerente, esse discurso, dessa forma já faz com que ele não seja inserido, uma vez que ele é a minoria digamos assim (LÉLI, 4/4/2006).

Hoje, a gente fala muito em rede de atenção psicossocial; eu percebo que é uma rede que ela tem que estar instituída, que são locais de proteção para o portador de transtorno mental, são as certezas, são os caminhos certos que os usuários teriam, a rede; o problema a começar é que nós não temos essa rede instituída, entendo por rede: emergência psiquiátrica ou emergência em atenção psicossocial em hospital geral, CAPS III, CAPS II, CAPS criança e adolescente, CAPS álcool e droga, associação de usuários, escritório jurídico para amparar o direito do portador de transtorno mental, atenção primária em saúde mental, equipes volantes, centros de convivência, enfim, tudo o que preconiza a rede em atenção psicossocial, esse seria o primeiro passo; então, essa dificuldade, não temos a rede em atenção psicossocial, esse é um passo; segundo, o próprio imaginário social das pessoas em relação a loucura e ao louco, isso é uma outra dificuldade, que daí entra em cena o estigma e o preconceito, onde o portador de transtorno mental passa a não ter crédito na comunidade, e isso ainda é uma dificuldade; e, claro, depois tem toda a questão do trabalho, as cooperativas de trabalho, que ainda não se discute muito em Santa Catarina, não conheço nenhuma cooperativa social de trabalho para portadores de transtorno mental, que é uma forma de gerar trabalho diferente dessa preconizada pelo modo de produção capitalista, que você tem que produzir pra receber, isso é uma outra dificuldade, a dificuldade em cima da questão do trabalho, do emprego, que muitos acabam tendo seu reconhecimento, sua valorização em cima

do dinheiro que tem no bolso, o poder contratual que a pessoa possa ter, as vezes, na sociedade, é o quanto ela tem no bolso, e a maioria dos usuários não possui isso, e é aonde muitos acabam querendo se aposentar para poder ter o seu dinheiro, que não tem outra alternativa ou clareza do que fazer pra ter dinheiro, então, esse é um problema enorme na questão da reinserção social (GIRASSOL, 20/3/2006).

Os participantes da pesquisa apontaram que uma das possibilidades para a (re)inserção familiar e social pode ser a separação das oficinas produtivas da área física do CAPS. Esta proposta e os projetos de geração de renda via economia solidária foram apontadas por alguns dos entrevistados como uma das alternativas para a realização de uma maior integração do serviço com a comunidade, bem como a melhor adequação do próprio espaço físico do CAPS.

[...] a questão do projeto de geração de renda, que eu acho que de fato está faltando, inclusive a gente já está também se mobilizando pra tentar criar um projeto nesse sentido, porque os usuários aqui, nas oficinas terapêuticas produtivas, eles conseguem ter acesso ao material específico de cada oficina produtiva, também, a técnica de produzir o artesanato, mas não tem mercado; eles conseguem vender as peças, conseguem resgatar uma grana, mas não é suficiente pra poder manter ele, manter as condições de sobrevivência; então, precisa implantar essa geração de renda, de fato acho que vai dar um gás pra essa (re)inserção dos usuários que estão sendo tratados do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Já para uma das profissionais entrevistada as dificuldades na (re)inserção social estão mais relacionadas a questões de singularidades dos portadores de transtorno mental.

Eu acredito que volta de novo pro estigma, vai voltar pra própria incapacidade, pra própria dificuldade do usuário, do paciente; muitas vezes eles poderiam fazer algo muito mais do que fazem, e aí tem o medo, o medo deles, o medo de eles terem de enfrentar a própria doença, de eles terem que enfrentar os outros, e a hora que eles conseguem fazer esse movimento aí vem o medo do outro, aí é mais fácil ficar parado, aí volta pro comodismo, mas de alguma forma se a gente consegue..., aí não precisa de grandes movimentos, eu imagino que pequenos movimentos dentro da comunidade, que seja, alguém ir conversar com o diretor da escola, ir conversar, aí a diretora consegue conversar na sala, vamos supor que tem alguns pacientes, mais jovens, que pelo surto psicótico deixaram de ir e aí não retomam, não retomam porque tem medo, porque as vezes vão rir dele porque ele é louco; então, pequenas intervenções, elas tornam possível mudar um pouco essa inserção, essa reinserção, mas a gente esbarra de novo na falta de técnicos pra fazer isso e também acho que até por uma falta de equipe, aí volta pra equipe, entende, não tem uma equipe que pense isso em conjunto, que age em conjunto e aí como fica muito personalizado, individualizado os atendimentos, cada um vai pra..., eu vou pro meu consultório, outro vai pra oficina e aí não tem a equipe (J, 22/3/2006).

Outra entrevistada referiu-se ao estigma e preconceito existente por falta de conhecimento e divulgação, exposição, seja nas universidades ou por parte dos próprios serviços de atenção, sobre saúde mental.

Bom, eu acho que entre elas a questão do estigma, do preconceito, e não é um preconceito.... a gente sabe que tem riscos em algumas situações, a gente também as vezes tem medo de algum paciente, te dizem ah fulano matou três pessoas..., não é um preconceito que nasce do nada, muitas vezes é um preconceito que de alguma forma é compreensível, mas você não pode ah então ta...; eu acho que não existe muito, você não vê muito nos meios de comunicação uma campanha em torno da desestigmatização, você vê de outras coisas, com relação a aleitamento materno, outras questões da política de saúde; com relação a saúde mental eu acho que se fala pouco na sociedade, se discute pouco; por exemplo, na universidade, até não sei se lá na saúde pública o pessoal da saúde mental tem feito mais coisa, até os alunos que vem fazer residência aqui, a primeira reação deles é: a gente está aqui e tem medo, nem eles foram preparados pra isso, então, você começa a avaliar que tem uma falta..., não se fala muito no assunto, acho que assim, não se fala no assunto na sociedade; assim como se faz grupos de mulheres lá nos postos de saúde pra tratar de questões de sexualidade, muitas vezes faz sala de espera pra tarar de questões..., não se faz uma sala de espera pra falar de saúde mental; então, eu acho que talvez assim, a gente pensar, bom! nós estamos nisso (na saúde mental) e nós nunca fomos fazer uma sala de espera no posto de saúde da Agrônômica pra falar de saúde mental, pra falar do CAPS, quem sabe a gente também precisasse fazer algumas coisas assim, começar uma divulgação maior; acho que pouca gente de fora do serviço, fora das pessoas que trabalham na saúde mental sabem da política do Ministério pra saúde mental, que existe uma política de criação residências terapêuticas; eu li relatos de pessoas no Rio (RJ) que tiveram muita dificuldade de alugar pra se fazer uma residência terapêutica, num prédio então, quando ficaram sabendo que eram pessoas que vinham de hospital psiquiátrico ninguém quis; então é muito difícil, e ao mesmo tempo tem experiências positivas, tem pessoas que estão na residência e diz que a vizinhança viu que eles não são bichos, que eles podem interagir, podem estabelecer laços de vizinhança, então, tem algumas experiências boas e algumas experiências que são difíceis (P, 17/3/2006).

No contexto do estudo foi perguntado aos profissionais entrevistados se a atual organização dos serviços de saúde mental favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais. Conforme pode ser observado nas falas relacionadas, as opiniões foram divergentes. Dois deles observaram sobre a necessidade da existência de diversas instituições e serviços articulados e integrados à proposta da rede de saúde mental para que seja possível favorecer a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental

Embora a estrutura se localize no município, pelo menos eu estou pensando em termos de utilização da rede; então, a gente tem no Brasil inteiro muita diversidade, tem cidades onde a rede está montada, foi instituída e funciona legal, não é o caso de Florianópolis, a gente tem dá pra dizer poucos serviços, são só três CAPS que deveriam estar regionalizados ou territorializados, mas não estão, e tem algumas equipes de saúde mental nas Regionais, nas sedes das regionais, então, eu vejo assim, tem uma rede a ser constituída, ela precisa criar os mecanismos pra que a pessoa possa usar isso como rede, isso em termos de atenção à saúde, quando eu falo em rede eu também não estou pensando só em serviço de saúde, estou pensando que há uma possibilidade de a gente ter uma rede que inclua outros serviços, que não sejam só os de saúde, só os especializados, que eu acho que é a nossa necessidade, você incluir outras instituições, outros programas, enfim, que tenham vinculação com a cultura, com o trabalho, com a arte, produção do conhecimento, com as universidades por exemplo, as universidades são um campo excelente, seriam um campo excelente pra gente poder trocar um monte de coisas, pelos programas de extensão que eles tem, pelos projetos comunitários etc., a gente podia estar fazendo parceria com as universidades, mas não conseguimos, não sai, não rola; [...] a saúde mental eu acho que é o melhor exemplo desse distanciamento porque é difícil encontrar uma universidade onde a Reforma Psiquiátrica esteja incluída, ou mesmo os temas da reabilitação psicossocial estejam incluídos nos currículos dos cursos de saúde, é raríssimo (F, 12/4/2006).

Então, essa rede montada de forma territorializada, principalmente, eu acho que esse aspecto da territorialização é fundamental, é chave pra conseguir a reinserção social, não só por facilitar o acesso do usuário, mas pelo fato de o serviço estar ali no seu território, isso é fundamental, além disso, o projeto de geração de renda, as vagas, os leitos psiquiátricos no hospital geral, é todo esse contexto que precisa ser implantado para de fato poder facilitar o trabalho de cada instituição dessas, seja do CAPS, seja do projeto de geração de renda, ou do próprio hospital geral, como um todo, assim, essa engrenagem funcionando bem aí sim vai ser mais rápida a reinserção social do usuário portador de transtorno mental (VIK, 24/3/2006).

A partir das colocações dos participantes da pesquisa, destaca-se a importância da rede de serviços na construção da cidadania das pessoas atendidas pelas políticas de ativação, as quais, segundo Fleury (2004), tem como objetivo a inclusão social de conjuntos populacionais definidos a partir da territorialidade. Tal proposta pretende tratar o território como um componente, tanto material como simbólico, da esfera pública. Neste sentido, a construção da cidadania passa, necessariamente, pela reconstrução das cidades e potencialização da rede de serviços na valorização das características objetivas e subjetivas da demanda local.

Na seqüência, um dos entrevistados enfatiza que a forma como são pensados e estão organizados os serviços de atenção não favorece a construção da cidadania dos usuários.

Não, não favorece, porque, primeiro, os serviços de saúde mental estão sendo construídos pra quê? Não tem muito claro ainda pra quê que se tem atenção básica em saúde mental hoje, pra quê se constrói centro de convivência, pra quê tem o CAPS? acho que o objetivo do serviço parece não estar muito claro, talvez eu esteja enganado; veja bem, a atenção básica é mais no sentido pra estar discutindo os seus conflitos, minimizando os “sintomas psiquiátricos”, e aí acaba não tendo um trabalho de reflexão sobre o contexto que a pessoa está inserida; [...] a questão da cidadania tem a haver..., quanto mais articulada for a pessoa, quanto mais ela se envolver com as lutas sociais, mais cidadania ela vai exercer, quanto mais clareza, mas crítica, mais conhecimento ela vai ter, ela vai desenvolver cidadania; então, a forma hoje como os serviços estão organizados, ela acaba não favorecendo essa questão da construção da cidadania porque ainda vem de uma lógica de modelo centrado no transtorno mental (GIRASSOL, 20/3/2006).

Uma outra profissional considerou ser difícil avaliar a questão pelo fato de a rede de serviços não estar implantada por completo, e por não ter avaliações sistemáticas dos resultados.

Olha, eu não sei se a gente já tem condições de fazer uma avaliação, a rede está meio que andando [...] assim, qualquer coisa que eu vá dizer é, assim, referente uma experiência ou outra, não sei se a gente tem condições de fazer uma avaliação enquanto rede; por exemplo, eu vi muitas experiência positivas em cidades como Campinas (SP) que eles já tem há mais tempo, por exemplo, residências terapêuticas, tem desde o começo dos anos 1990, tem muitas experiências boas de pessoas que conseguem transitar na vida, tem gente que está trabalhando; [...] eu acho que a gente precisa além de ter a política, de ter a carta de intenções, a gente precisa ter avaliações também, eu acho que uma questão dessa eu sinto que precisa ter uma forma mais sistemática de avaliar, qualquer coisa é uma coisa mais ou menos um olhar particular pra aqui pra ali, acho que no todo a gente não tem (avaliação sistemática), pelo menos eu não conheço ainda, pode ser que estão fazendo e eu não saiba ainda (P, 17/3/2006).

Já para duas das entrevistadas, a atual organização da rede de serviços na política de saúde mental favorece sim a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental.

Sim, eu acredito que sim, na teoria ela é muito importante e acho que trabalhando em todas as instâncias, se a gente for pensar naqueles mapinhas, os ambulatórios, os CAPS, hospitais dia, a escola, e os centros comunitários, os postos de saúde, todos capacitados; eu acredito que sim, a rede ela é bem estruturada e ela possibilita aos portadores de doença

mental, enfim, terem uma reinserção melhor e maior na sociedade, e também de entendimento do que ele tem, do que ele pode fazer, quais são os recursos que ele tem também pra lidar, dentro dessa rede (J, 22/3/2006).

Acho que sim, favorece, se tu me perguntasse se ela resolve, eu diria que não claro, ou até que ponto ela resolve, mas favorece sim, eu acho que tem um favorecimento relacionado a forma que as pessoas eram tratadas, acho que favorece muito mais (LÉLI, 4/4/2006).

É possível perceber nas falas relacionadas acima a preocupação com a efetiva implantação da rede de serviços em saúde. As redes, conforme proposto na política de saúde mental, possuem muitos centros, muitos nós que as compõem e as tornam complexas e resistentes. Estão embasadas na noção de território, como um sistema de relações e estruturas, muito mais que um simples espaço geográfico. O fundamental neste processo é que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento.

Neste sentido, torna-se de fundamental importância refletir sobre o exercício da cidadania no contexto das políticas públicas, cada vez mais segmentadas e focalizadas. Para Fleury (2004, p. 2), “as políticas atuais de inserção buscam reafirmar a natureza contratual do elo social em novas bases, com a revalorização do local e comunitário e a transformação do Estado em um animador e mobilizador de recursos societários. Reduzido a mantenedor da estabilidade de uma ordem econômica que produz a fragmentação e a exclusão social, o Estado, busca atuar de maneira compensatória e focalizada, atendendo aos grupos mais vulneráveis e/ou potencialmente ameaçadores da ordem social, por meio da convocatória da solidariedade lançada aos diferentes setores inseridos na ordem econômica. No entanto, a incapacidade de alterar as condições estruturais de produção da exclusão mostra os limites das políticas de ativação, cuja promessa de inserção social carece de expectativas de emancipação dos sujeitos e coletividades beneficiários”.

3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica

Os CAPS compõem o rol de serviços do modelo psicossocial de atenção em saúde mental proposto na e pela Reforma Psiquiátrica. Perguntamos aos entrevistados qual seria o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica e obtivemos como

resposta que este teria a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos ideais da própria Reforma.

Eu acho que a função imediata ela é servir como um ponto de articulação, porque a gente consegue criar um ambiente que é relativamente protegido e que dá ao usuário as condições de ele poder participar de outros circuitos; fundamentalmente é essa a função, de articulação; eu lembro de uma discussão que a gente fazia, em Brasília, uma vez, sobre essa importância excessiva que os CAPS acabaram adquirindo, como quase que o central do sistema hoje é o CAPS, mas ao mesmo tempo a necessidade de se ter um espaço como esse, principalmente, pra quem está vindo de uma internação prolongada ou pra quem sempre passou a vida dentro de um hospital psiquiátrico, se tem que ter um pólo, uma instância articuladora pra poder fazer a passagem, porque o cara não vai sair do hospital e retomar sua vida imediatamente, não vai, ele tem uma série de dificuldades que ele não consegue vencer, e o CAPS, nesse sentido, a função seria essa, de poder..., tem uma expressão que eu acho interessante que é: emprestar poder de contratualidade, ou seja, poder dá um certo aval de que esse sujeito pode participar novamente ou pode participar pela primeira vez dos circuitos sociais, pode fazer laços com outras pessoas, com outras entidade, outras instituições, esse é o aval que eu acho que um CAPS pode fornecer e essa é sua principal função (F, 12/4/2006).

É pensar o CAPS como um espaço em que o paciente vai estar usando e tendo apoio para os momentos de crise, e fora os momentos de crise, também, que não seja hospital, e aí, dentro da Reforma eu acho que o CAPS ele é fundamental, assim como os hospitais dia, é que aqui em Florianópolis a gente não tem hospital dia, mas eu acho que os moldes do CAPS (eles estão) é muito próximos, as vezes até é difícil dizer o que é um o que é outro; esse momento de transição do hospital para a sociedade, nesse momento o CAPS é algo muito importante, ele dá, é capaz de conter, dar uma continência pra o usuário, isso a gente percebe mesmo quando não tem nada, o paciente já está muito bem, eles voltam quando estão em crise, sem ter nada marcado, e só de estar aqui pra muitos já é confortante, então, a gente percebe que essa continência, esse acolhimento, e saber que ninguém vai vir aqui e amarrar e conter, porque acho que esse é o medo, de todo mundo, acho que isso já possibilita a procura, eu estou mal vou lá, vou buscar a ajuda do CAPS (J, 22/3/2006).

Eu diria que o CAPS seria o pensador da estruturação da rede de saúde mental, que via de regra o CAPS acaba sendo pra municípios de médio porte o primeiro serviço a ser instituído no território, no município, aí o CAPS acaba assumindo essa responsabilidade, a portaria fala bem disso, a 336, do que compete ao CAPS, e tem vários itens lá, entre eles organizar a rede de saúde mental no município, porém, acaba sobrecarregando os profissionais de saúde mental que atuam nesse CAPS; então, a importância do CAPS na operacionalização da Reforma, ele é importante enquanto um dispositivo crítico, ou seja, se o CAPS não ter a clareza do que seja a Reforma Psiquiátrica ele não vai

operacionalizar, ele só vai operacionalizar a Reforma Psiquiátrica quando ele entender que Reforma Psiquiátrica é o processo social complexo que se configura pelas quatro dimensões, enquanto ele não repensar, refletir a sua prática, o que ele está fazendo, o que não está fazendo, ter mais autocrítica, ele não vai conseguir operacionalizar a Reforma Psiquiátrica; ele tem importância porque tem vários atores, vários profissionais, é um time de pessoas, muito rico, envolvidas que estão no CAPS; agora, enquanto não ter claro o que é Reforma Psiquiátrica, esse processo, não vai conseguir fazer nada; ele é importante, mas se não tiver clareza de Reforma... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Na medida que o CAPS é a primeira, digamos, unidade, primeiro serviço que se propõem a substituir o hospital psiquiátrico já existe nisso por si só a sua importância; é substituição e não que a pessoa não possa ser internada, mas a idéia é que seja nos hospitais gerais, em algum leito nos hospitais gerais, então, bom, o CAPS é o primeiro ponto, é o primeiro lugar onde a pessoa vai passar o dia, onde vai ser tratado de outra forma o seu sofrimento, então, a importância dele está nisso, na importância política e clínica também (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que o CAPS, fundamentalmente, ele faz a clínica; se tem essa rede montada o CAPS faz a clínica, ele faz o atendimento psicossocial do usuário portador de transtorno mental, ele atende as questões mais subjetivas, e de fato toda esse mix de previdência social, a medicação, o atendimento psicológico, atendimento de enfermagem, mas se existe essa rede montada e aí vamos ter um projeto de geração de renda, aí ele vai fazer geração de renda, todas as Oficinas vão acontecer ali e não dentro do CAPS, o CAPS deveria estar na comunidade ele deveria estar territorializado (VIK, 24/3/2006).

Acho que todo mundo gostaria que ele pudesse ser um eixo desencadeador de todos esses ideais da Reforma Psiquiátrica, que a partir disso se experimentasse uma nova relação, que o paciente pudesse estar se soltando mais pra vida, pra construir seus projetos, seus ideais; acho que é muito importante poder retirar pessoas que estão enclausuradas há anos, criar esses mecanismos como residências, etc. pra pessoas que não vão resgatar os vínculos familiares, tem que procurar outras alternativas; acho que o CAPS ainda é uma instituição que é fundamental nessa política, ainda acho que ela pode fazer um papel importante; no dia-a-dia é um pouco mais difícil porque as vezes a gente não tem tantos mecanismos de avaliações, muitas coisas que também a gente vai capengando; quando você vê algumas experiências de pessoas que estão conseguindo dar conta da sua vida, saem, aí você vê que, bom! tem algumas coisas boas que estão acontecendo, o CAPS também está contribuindo; então, no meio dos prós e dos contras eu acho que os prós ainda são maiores, eu acho que é muito mais humano, muito mais um fator de justiça social você ter um espaço assim do que você ter uma pessoa enclausurada no hospital (P, 17/3/2006).

Neste sentido, conforme inscrito na Política Nacional de Saúde Mental, os CAPS devem assumir seu papel estratégico na articulação e no “tecimento” das redes de atenção em saúde mental. Tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da

rede de serviços, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, ONGs, empresas etc. (BRASIL, 2004, p. 12)

3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde

A proposta do progressivo deslocamento dos centros de cuidados em saúde mental para fora do hospital psiquiátrico, em direção à comunidade, colocada na e pela Reforma psiquiátrica tem nos CAPS o dispositivo estratégico desse movimento. Neste sentido, a rede básica de saúde torna-se o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os portadores de transtorno mental.

Essa rede é formada pelos centros ou unidades locais e/ou regionais de saúde, Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, que atuam na comunidade de sua área de abrangência. Os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, pois tem um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Por sua proximidade com as famílias e comunidades, as equipes de atenção básica são um recurso fundamental para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso de substâncias psicoativas e diversas formas de sofrimento psíquico. Neste sentido, é importante e necessária a integração e articulação dos CAPS com a atenção básica. Assumir esse compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção da saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo (BRASIL, 2004).

As atuais diretrizes da política de saúde mental do Ministério da Saúde orientam que, onde houver cobertura do PSF, deverá haver uma equipe de apoio matricial em saúde mental para no mínimo seis e no máximo nove equipes de PSF. E, que as ações de saúde mental na atenção básica devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2004).

No que se refere à relação existente entre o CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município e qual o tipo de relação existente, os dados coletados na

pesquisa indicam que: a maioria (91,7%) respondeu que sim, com ressalva de que é muito pouco, funciona de maneira precária e confusa, e que está num processo preliminar ainda. O profissional que respondeu não, observou que a rede está em processo de formação. Os profissionais cujas respostas foram positivas identificaram que a relação é de encaminhamentos, atendimentos em conjunto com as equipes de saúde mental das Regionais de Saúde, ajuda em atendimentos nas unidades locais de saúde, com os agentes comunitários de saúde, de referência, de acompanhamento, visitas domiciliares, encontro mensal dos trabalhadores de saúde mental da rede e encontro mensal dos psiquiatras da rede.

Sobre a relação do CAPS com as equipes de PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência alguns entrevistados observaram que a relação é pouca ou mínima, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda²³. Foram apontadas como justificativas o fato de o CAPS Ponta do Coral não estar territorializado, deste ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta do município, e a ausência de um planejamento e de estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente.

O CAPS como ele é único, então, ele é de toda a região; então, eu poderia até estar te respondendo que a gente tem um Posto aqui de cima do CAPS, que é o Posto da Agrônômica, ali tem o Programa de Saúde da Família implantado, com a presença dos residentes do Programa Saúde da Família e o contato que eu tenho, ele é meu, não existe nenhum outro programa ou vamos dizer convênio do CAPS com a Agrônômica, é meu aqui, assim como talvez seja da psicóloga em outro momento quando há essa partilha de paciente quando faz parte dos dois, então, eu só sei do que eu tenho, mas é muito pouco, eu tenho contato com alguns residentes que atendem alguns pacientes daqui, e eles precisam de algumas dicas ou, enfim, de se interar do que acontece, e eu também preciso saber como é que anda o acompanhamento deles lá, e aí entra em contato, as vezes vem aqui ou eu vou lá, mas são essas formas isoladas e depende daquele momento e da necessidade daquele usuário, não é algo que seja programado, que seja antecipado, institucionalizado, no sentido de firmar essas relações de uma forma.., não há; e, assim, o contato é com os residentes, não tem o contato com quem realmente vai ficar, porque os residentes passam depois de dois anos, eu também não tenho contato de quem é o médico, quem é o enfermeiro do Programa Saúde da Família, quem é o agente comunitário que vai na casa desses usuários, isso não tem, acho isso muito ruim, é muito falho, embora, volta pra aquela questão da equipe, que as coisas não são compartilhadas, você nunca sabe direito, é muito fragmentado, o que já foi feito, o que não está sendo feito; também não é delegado a função à ninguém de fazer, não há um planejamento pra isso (J, 22/3/2006).

²³ Em estudo sobre o CAPS de Palhoça/SC, Franco (2005) encontrou situação semelhante na relação do CAPS com o PSF e demais serviços de atenção básica municipais.

É mínima, é mínimo o contato, assim, as vezes, quando a gente necessita a gente vai atrás, tenta achar alguém que se interessa, que tenha alguma afinidade com a saúde mental, as vezes um agente de saúde que consegue se aproximar mais daquele usuário que mora lá e que resolve dá uma força, mas é assim, depende de uma série de coisas, da disponibilidade pessoal, da sorte de encontrar alguém etc., quer dizer é falta mesmo da articulação em rede, porque se a gente tivesse essa articulação o PSF automaticamente já seria acionado, e a gente não tem isso; claro, quando a gente precisa a gente até encontra uma boa resposta das equipes do PSF, mas pode não encontrar, tem um risco[...] não, isso não existe (articulação institucional CAPS – PSF), isso tem que ser construído, tem que ser proposto (F, 12/4/2006).

A relação que o CAPS tem é principalmente pra acompanhamento, a relação é essa, relação de acompanhamento, as vezes precisa realizar alguma busca ativa e não temos a possibilidade no momento, então, tem essa relação, a relação que a gente tem é mais no sentido de acompanhamento do próprio usuário; o que seria ideal, seria um pouco mais de estreitamento, discutir junto com o Programa de Saúde da Família alguns casos, nós irmos aonde os agentes comunitários estão, discutir algumas situações e isso não tem acontecido ainda; com essa lógica aí das regionalizações tem essa possibilidade; então, hoje existe uma relação, só que uma relação muito esporádica de situações isoladas e que precisa ser superada; o maior problema que existe é devido ao CAPS não ser territorializado, o CAPS II Ponta do Coral ele tem que atender uma demanda muito grande, basta ver o IBGE hoje, tem 400 e poucas mil pessoas em Florianópolis, então, é um CAPS II pra atender toda a demanda adulta do município, talvez o ideal seria um CAPS I em cada região, nas cinco regionais, e transformar esse CAPS num CAPS III no caso, e aí repensar depois toda a rede; então, a relação, ela se compromete com o Programa Saúde da Família devido a não territorialização do CAPS Ponta do Coral, a relação que existe é a relação de acompanhamentos isolados (GIRASSOL, 20/3/2006).

É uma relação ainda muito inicial ainda, um pouco precária; com os agentes comunitários a gente tem mais proximidade, no momento da visita domiciliar e no momento de fazer o resgate dos usuários que abandonaram, por algum motivo, o atendimento, mas acho que a relação poderia ser melhorada se o CAPS fosse territorializado, como a gente está aqui, é no centro pra todo o município, fica muito difícil, então, a nossa relação é muito mais com as referências regionais de saúde mental da atenção básica do que com as próprias equipes de PSF das unidades locais de saúde (VIK, 24/3/2006).

É isso que eu falei, essa perspectiva da regionalização que começou aqui visava uma maior articulação com a rede; eu acho que isso é um projeto que está ainda meio que na sua infância, ele está começando e, assim, o que eu te falei, a gente precisa sair mais daqui, no Norte (Regional Norte) a gente vai tentar essa experiência agora (realizar as reuniões da regional nos postos de saúde) de contato e incluir, por exemplo, os agentes comunitários nos processos de reunião com os pacientes daqui, tentar ver se eles podem estar acompanhando o paciente lá; tem uma paciente que está aqui que a gente esteve lá no Posto do Saco Grande pedindo pra equipe assumir alguns cuidados com essa paciente, eles se

dispuseram, mas assim, por enquanto ta muito mais alguma iniciativa aqui, ali, do que um processo mais amplo, não sei assim como isso vai caminhar com a história de já ter, por exemplo, profissionais regionalizados, isso também vai poder ser incrementado, esse é um desejo que eu tenho (P, 17/3/2006).

É muito pequena, muito, muito, muito, muito; eu não sei nem te dizer, em uma escala de um a dez acho que fica em dois, está muito pequena, está muito além do que poderia ser, eu acho que talvez com a implantação agora dos serviços na rede, nós temos em cada Regional um psiquiatra, dois psicólogos, uma média assim, está existindo mais aproximação, mas do CAPS não, muito pouco, muito pouco. [...] quando tu pergunta, hoje, qual é a relação do CAPS? eu não posso te mentir, pra mim é quase zero (LÉLI, 4/4/2006).

Buscando explorar as informações sobre a relação do CAPS com a rede municipal de serviços de saúde, perguntamos aos profissionais se o serviço realiza algum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. A maioria deles (75%) respondeu que não, dois referiram não saber responder e um respondeu que sim. Dentre os que responderam que não, um justificou que o CAPS não tem estrutura para atender mais esta demanda. Dois dos profissionais entrevistados disseram estar pensando neste tipo de trabalho. Um deles falou sobre a existência de um projeto, conforme relatado na fala que segue.

[...] a gente tem um projeto aqui que é de formação de acompanhantes terapêuticos, e no ano passado a gente formalizou esse projeto e mandamos pro Ministério da Saúde, ele foi aprovado e até hoje estamos esperando a liberação de dinheiro, mas enfim, o projeto foi aprovado, e a idéia era justamente transformar o agente comunitário de saúde num acompanhante terapêutico, e aí a gente faria a formação, uma capacitação, um curso de capacitação aqui, e depois faria o segmento com supervisões regulares, é uma forma de dar formação em saúde mental pra atenção básica e manter essa que é uma função do CAPS de dar supervisão e a formação mesmo pra esse nível da atenção; [...] a gente está esperando o dinheiro do Ministério da Saúde, ta lá pendurado, a gente olha o nome do projeto na internet, está lá, mas não tem nem empenho ainda, significa que não tem dinheiro destinado (F, 12/4/2006).

Para que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas na atenção básica é fundamental a capacitação destas equipes. A orientação é que as equipes de saúde mental de apoio á atenção básica incorporem ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. Conforme aparece na fala do profissional, são previstos recursos para o financiamento deste tipo de ações, embora, muitas vezes, a dependência de orçamento, a morosidade burocrática e/ou

ausência de decisão política, que justificam a longa demora, acabam por desestimular, dificultar, inviabilizar as iniciativas dos profissionais.

Repetidamente, temos ressaltado neste trabalho que os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico para a organização da rede de atenção em saúde mental, conforme é indicado nas diretrizes políticas da Reforma Psiquiátrica. Nesta direção, questionamos os técnicos da equipe do CAPS Ponta do Coral sobre qual o lugar que o serviço ocupa na rede municipal de atenção em saúde, em Florianópolis. As falas transcritas na seqüência destacam o fato deste não estar territorializado e, portanto, não se constituir no serviço regulador da porta de entrada para o atendimento em saúde mental. As equipes de saúde mental nas referências das Regionais de Saúde é que, atualmente, constituem-se no serviço primeiro de atenção em saúde mental. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhados pessoas com transtorno mental grave.

Seria esse serviço que articula, que regulamenta; não necessariamente ele é uma porta aberta que entra qualquer um; eu acho que ele pode até ser a articulação e a regulação, pode ser feita até capacitações nas equipes locais de unidades básicas, que a partir daí você vai poder em um caso de uma ansiedade ou uma briga com o namorado, “eu tomei 4 aspirinas”, não vai chegar aqui no CAPS; vai chegar aqui no CAPS realmente aquilo que for um caso mais grave, e só há possibilidade de isso acontecer a partir do momento em que as unidades locais estejam todas capacitadas e entendendo, até porque assim diminui o trânsito desse paciente; vamos supor: ele sai de uma cidade, vem pra Florianópolis, daí diz: onde é que eu vou num psiquiatra? Ah! vai lá no CAPS, aí alguém fala: mas tem que passar no clínico antes, aí passa no clínico, aí o clínico encaminha pro psiquiatra, daí ele não sabe onde vai procurar o psiquiátrica - vem pro CAPS, não vem pro CAPS, aí vem pro CAPS, mas é que na verdade ele toma fluoxetina há 2 anos, está em tratamento de manutenção porque ele tem um quadro de depressão recorrente, não é caso CAPS, então, isso já poderia ter sido triado lá no começo, o paciente já poderia estar tendo as consultas desde o início, todas acertadas, sem precisar ficar correndo de um lado pro outro [...]; então, eu acho que ele tem esse papel, tem essa função de regular, de saber o que está acontecendo no hospital, na Colônia, e ter esse contato, uma ligação sempre com a Colônia, e com os Postos de saúde [...]. (hoje, o CAPS faz isso?) algumas coisas, bem isoladas, de novo, é meio como um apaga fogueira; por exemplo, hoje, a gente foi fazer uma visita domiciliar lá no Saco Grande (bairro de Florianópolis) porque o paciente estava em tratamento psiquiátrico particular e parou de tomar o remédio, e aí a gente foi lá, só que o paciente não queria falar com a gente, mas, assim, eu chego lá, converso com a equipe que está lá naquele local e muitas vezes é só a psicóloga; também tem um certo descaso, no sentido de que ah! agora eu não posso falar, porque não percebe que conversando sobre aquele caso vai possibilitar que isso seja ampliado pra outros casos, pensam-se saídas semelhantes pra outro momentos, mas, assim, acaba virando um apaga fogo, e toda hora você tem que ir

apagar um fogo; então, existe um pouco, mas não de uma forma bem usada (J, 22/3/2006).

É atenção secundária como se diz; ele regula e não regula; [...] tudo vai passar muito pela clareza que os profissionais que estão na saúde mental tem em relação a própria epistemologia, tem em relação a própria política, tem em relação a própria noção de SUS, a própria noção de controle social, a própria noção dos princípios do SUS; então, tudo vai passar por isso, porque que eu estou dizendo isso, o CAPS é uma atenção secundária como a gente chama, eu acho ainda que o atendimento mais complexo, o atendimento terciário, deveria ser no território, acho que centrar as forças no território [...]; então, [...] a atenção básica é onde deveria regular isso, a regulação dessa entrada nesse sistema de saúde mental, nessa rede de saúde mental ela teria que ser prioritariamente atenção primária em saúde; então, as vezes, por necessidades especiais, por situações específicas, a pessoa acaba vindo direto pra cá, direto pro CAPS e aqui a gente atende, e, as vezes, essa pessoa não é indicada pra estar no CAPS, aí volta pra atenção básica, então, tem essa dificuldade, ou seja, o lugar que o CAPS ocupa na rede municipal de atenção em saúde é uma atenção secundária à pessoa com transtorno mental grave, já avaliada pela atenção primária em saúde, aquela pessoa que corre risco de suicídio, que acaba prejudicando a vida de outras pessoas, que está muito mal, nesse sentido (GIRASSOL, 20/3/2006).

Regulador da porta de entrada: não; como não é territorializado, a gente tem esse problema de ser serviço de referência pra onde vem os pacientes já encaminhados, ele passou pela porta de entrada do sistema lá no Posto, ele vem encaminhado pra cá ou através dos hospitais psiquiátricos, que é também uma outra forma de encaminhamento, mas a gente não faz a regulação da entrada; hoje, também, como tem equipes mínimas de saúde mental nas regionais, elas também funcionam muito mais como a reguladora do que nós; a porta de entrada é pelas equipes de saúde mental das regionais (F, 12/4/2006).

Eu acho que são várias coisas, por ser o único CAPS, pela rede não estar estruturada ainda, e pelas pessoas não conhecerem o serviço da rede, existe uma mistura, assim, o que é pra ir lá pro psiquiatra do Sul (regional de saúde), o que é pra vir pro CAPS; qual é o papel do CAPS, é a não internação, mas não tem CAPS III, então, a noite o cara não tem pra onde ir, na verdade, o CAPS ele é um espaço que regula a entrada do usuário sim, num primeiro momento sim, porque todos os que foram para a atenção básica muitos foram daqui, muito mais que a procura de fora daqui, primeiro eles vem pra cá, depois eles vão pra lá, agora o processo até está sendo inverso, já estão procurando a atenção básica porque eles já estão conhecendo, mas antes era daqui pra atenção básica, e é o único espaço, programa que acolhe o usuário psicótico, com transtornos mentais graves, porque a rede básica, ela não atende, se o cara tem um surto psicótico, está com qualquer surto, que está mal, ou ele tem um embotamento, ele não fala, está na família há anos, está lá segregado, está lá no quatinho dos fundos, não é caso de atenção básica é caso CAPS, então, ele é o único serviço de Florianópolis que se propõem a atender o usuário, o portador de sofrimento psíquico fora de hospital (LÉLI, 4/4/2006).

Ele é o primeiro serviço de saúde mental do município, primeiro serviço estruturado, credenciado no Ministério da Saúde, eu penso que ele tem um papel importante, ele serve como uma referência de atendimento em saúde mental a usuários portadores de transtornos mentais; dentro da rede, hoje, a gente tem as referências regionais de atenção em saúde mental na atenção básica, nas ULS, que são as unidades locais de saúde, então o CAPS serve como referência de atendimento a usuários com transtornos mentais graves do município de Florianópolis, é pra isso, essa é a função (VIK, 24/3/2006).

Pelas falas dos profissionais evidencia-se que Florianópolis não tem uma política municipal de saúde mental estruturada. A rede de serviços está em processo de formação e implementação. As ações ainda são muito isoladas e fragmentadas, sem uma direção comum. É notório que um único CAPS para atender a totalidade da demanda adulta do município é insuficiente. As possibilidades de atuação do serviço na prevenção e promoção da saúde mental, na capacitação e supervisão das equipes de atenção básica ficam, assim, prejudicadas e/ou inviabilizadas.

No processo de operacionalização da Reforma Psiquiátrica, conforme as orientações da Política Nacional de Saúde Mental e as propostas aprovadas na III CNSM, é necessário que os gestores estaduais e municipais estabeleçam mecanismos efetivos para o controle das internações psiquiátricas. De acordo com a Portaria GM/MS n ° 336/02, os CAPS devem possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou modulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local (BRASIL, 2002a). Com base nisto, perguntamos aos entrevistados se o CAPS tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Eles referiram que não, contudo, divergiram sobre como o serviço fica sabendo quando ocorre internação de seus usuários.

Não tem. A gente fica sabendo quando a família comunica ou quando é usuário de atenção intensiva, ou ele fez uma crise ou ele desapareceu do serviço, aí pela falta mesmo, pela ausência que ele provoca a gente vai atrás e fica sabendo que ele foi internado, mas a gente não tem instrumentos de controle sobre isso; a gente faz, no momento da internação, a gente procura manter pelo menos uma visita da equipe da Regional pra não perder o vínculo etc., mas nada formalizado, assim, no momento que aparece, que a gente fica sabendo; geralmente, a gente sabe, hoje é relativamente fácil, não acontece daquilo... fulano desapareceu e de repente aparece ele dois meses depois aqui novamente..., sai da internação ontem e tal, isso não acontece mais, geralmente a gente consegue ficar sabendo (F, 12/4/2006).

Não. Na realidade a família leva pra internar e pronto, as vezes comunica, as vezes a gente fica sabendo quando a gente vai fazer uma visita lá, muitas vezes a gente nem sabe que o paciente ficou internado, a não ser quando a gente liga, e aí o que está acontecendo, não está vindo, mas ele foi internado; então, não há esse controle e também quando é internado lá, dificilmente, alguém entra em contato, nunca vi, entra em contato olha fulano de tal está internado aqui com a gente, não tem essa comunicação (J, 22/3/2006).

Em relação ao controle das internações psiquiátricas, oficial e formal, nós não temos; estou falando enquanto profissional que atende uma determinada regional de saúde, isso nós não temos; o que poderia ser feito: um maior estreitamento com o “manicômio”, com o IPQ ou o São José (hospitais psiquiátricos), que quando internasse pessoas lá teria esse contato aqui, pra gente já ir conversando, já acompanhando juntamente com a equipe do hospital psiquiátrico essa pessoa, porque final de semana ou depois das 18 horas o serviço não atende, as vezes as pessoas entram em crise e a gente não tem como acompanhar isso, não tem como saber; o acompanhamento que tem é, as vezes, os familiares nos avisam que a pessoa está internada, quando a gente acompanha essa pessoa e fica sabendo que ela acabou internando; então, não tem uma política mais estreita de acompanhamento de internação psiquiátrica, isso não tem. (GIRASSOL, 20/3/2006).

Da área de abrangência seria toda a cidade, isso não, mas dos usuários aqui sim, atendidos aqui sim; [...] geralmente, assim, quando o usuário está iniciando um surto a gente tenta fazer o atendimento pra prevenir a internação, pra evitar de fato a internação psiquiátrica, só que nós estamos aqui até as 6 horas da tarde e não estamos final de semana, então, a gente não está nem a noite nem final de semana, e aí acontece de a família internar, isso acontece pouco, muito pouco, e quando acontece a gente faz o atendimento no próprio hospital, a gente vai até lá faz o atendimento, mas é pouco assim, agora da cidade como o todo a gente não tem (VIK, 24/3/2006).

O controle ele tem pelo prontuário, não poderia te dizer que tem um controle do ponto vista de uma escala, ah anualmente quanto a gente tinha e quantos foram internados, [...] o usuário se ele foi internado a gente não soube, se está internado, aí ele aparece aqui depois da internação, um mês ou dois meses, a gente tem escrito no prontuário, esse é digamos o que a gente fica sabendo (LÉLI, 4/4/2006).

Não, eu digo por nós, eu acho que, as vezes, a gente... ah o paciente foi internado, como acontece de a gente saber, e as vezes a gente vai lá fazer uma visita, as vezes tem a questão do carro (o CAPS tem um carro a disposição somente um dia por semana), e a gente fica...; sempre que acontece e tal, as vezes, a gente nem fica sabendo, quando vê o paciente já está de volta, as vezes acontece essa situação; eu fui tentar fazer um pequeno levantamento pra fazer essa avaliação e percebi que a gente não tem registro de quantos dias o paciente ficou internado, se ele ficou internado quantas vezes durante o tempo que está em tratamento aqui, falta um registro melhor e um acompanhamento melhor dos técnicos; (como ficam sabendo da internação) as vezes o paciente volta já depois, as vezes a família liga avisando, [...] o hospital não me lembro se eles ligaram, só se precisar de alguma coisa, em geral, eles não ligam; então,

assim, o paciente saiu aí eles trazem de novo aquele encaminhamento, ou ele vem pra cá porque, normalmente, ele já estava aqui, mas assim, a gente tenta ao máximo que ele não precise ser internado, essa política existe, segurar a crise (P, 17/3/2006).

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que a internação e a reinternação psiquiátrica deverão ocorrer após avaliação da equipe técnica de saúde mental dos serviços substitutivos, devendo ser estabelecidas formas de controle único para a emissão de AIH, assegurando que todas as internações necessárias sejam autorizadas pelo serviço público, preferencialmente de base territorial (BRASIL, 2002a).

Conforme pode ser observado nas falas dos participantes da pesquisa, a insuficiência do CAPS em exercer o controle das internações referente a sua clientela e a demanda no município refere-se ao fato de o serviço não estar territorializado, sendo inviável cumprir com tal exigência no âmbito da totalidade de uma população de aproximadamente quatrocentos mil habitantes, distribuídos numa área geográfica de 436,5 Km². Com a implantação das equipes de saúde mental nas Regionais de Saúde, estas passam a ser as responsáveis pela regulação da porta de entrada no sistema de atendimento. O CAPS II Ponta do Coral passa a ser a referência para onde são encaminhadas pessoas com transtornos mentais graves, egressos de hospitais psiquiátricos, internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). A falta de controle das internações psiquiátricas é uma realidade também de outros centros de atenção psicossocial, conforme verificado por Franco (2005), em seu estudo sobre o CAPS do município vizinho de Palhoça/SC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha deste tema de pesquisa está relacionada à minha trajetória de estudos no Curso de Graduação em Serviço Social e à minha inserção como pesquisadora no Núcleo de Estudos e Pesquisas Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas (NESPP) do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. A esta trajetória soma-se a experiência de Estágio Curricular em Serviço Social, realizada no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis, em 2003, da qual resultou o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Programa Alta Progressiva: uma contribuição para o processo de reabilitação psicossocial no HCTP de Florianópolis”. Com o referido Estágio foi possível vivenciar o contato direto com a realidade de algumas instituições como hospitais psiquiátricos e centros de atenção psicossocial da rede municipal e estadual de serviços de atenção em saúde mental, fato este que estimulou a busca de novos conhecimentos e o desejo de atuação profissional na área. A continuidade dos estudos foi possibilitada por meio da entrada como mestranda no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da mesma universidade. Sendo assim, o trabalho que apresentado nesta dissertação tem estreita relação com meu percurso profissional e meu desejo pessoal.

Conforme destacamos no decorrer do estudo, a reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

A implantação de uma nova política de atenção, com as implicações socioculturais da proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira passa pela necessidade de articulação intersetorial e por ações que contribuam para alterar as representações sociais sobre a loucura e os direitos dos portadores de transtornos mentais. A transformação do modelo assistencial e de um conceito teórico em diretrizes operacionais é um processo complexo e depende de vários fatores para que se mantenha a direcionalidade pretendida pelos diferentes atores sociais, participantes do jogo social.

Especificamente, no caso do CAPS estudado, as dificuldades de concretização dessa nova lógica de atenção em saúde mental perpassam e se inter-relacionam nos diferentes eixos que compuseram a presente pesquisa.

No que se refere a estrutura física, os profissionais indicam que o CAPS conta com espaço e equipamentos adequados às necessidades do serviço. Entre os anos de 2003 a 2004, o CAPS passou por uma reforma em suas instalações, ficando estas, adequadas aos objetivos da unidade. As condições poderiam ser melhores se as oficinas produtivas fossem realizadas em outro local, pois além de favorecer a utilização do espaço hoje ocupado para outras atividades, possibilitaria a inserção dos usuários em outro ambiente, favorecendo-lhes sua sociabilidade.

Em relação aos materiais de consumo, os problemas vão desde a ausência total de objetos e utilidades básicas à manutenção do serviço até o recorrente atraso no repasse dos materiais necessários às oficinas terapêuticas e de produtividade. As oficinas ficam prejudicadas e até mesmo paralisadas por conta das faltas de recursos e dificuldades de gestão adequada do serviço. Esta situação coloca em prejuízo o projeto terapêutico de tratamento dos usuários e a eficácia e efetividade dos propósitos da nova política de atenção em saúde mental.

No campo da gestão do CAPS, apesar da histórica escassez de recursos destinados à saúde, foram evidenciadas situações problemáticas, principalmente no processo de descentralização político-administrativa, que poderiam ser melhoradas a partir dos recursos existentes. De acordo com os resultados da pesquisa, 50% do grupo de técnicos afirmam que existe planejamento e avaliação das ações. Alguns deles observam estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação, objetiva e sistemática, dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declaram não existir processo de planejamento e avaliação das ações, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

Sobre este aspecto, cabe destacar que as técnicas disponíveis na área de planejamento e avaliação de serviços de saúde têm mostrado bons resultados quando aliadas à vontade política de mudar a situação. Apesar dos dados demonstrarem uma divisão entre os técnicos no que se refere a afirmação sobre a existência de planejamento e avaliação, destacamos que as poucas ações que acontecem giram em torno das atividades que são e aquelas que poderão ser realizadas, e na discussão sobre as dificuldades cotidianas do trabalho na unidade. As avaliações são informais, realizadas na reunião

mensal da equipe técnica e nas reuniões clínicas semanais, sendo notório a ausência de um processo de planejamento estratégico, sistemático e contínuo do projeto terapêutico do CAPS, bem como, de avaliação de indicadores.

Com relação aos recursos financeiros, os resultados da pesquisa apontam para o que já vem sendo denunciado por autores como Amarante (2003; 2005): o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. O pagamento pelo sistema de procedimentos realizados, por meio das APACs, condiciona a existência de recursos à produtividade do serviço. Quando os CAPS não estão articulados com outras políticas sociais necessárias à sobrevivência do usuário e a adesão dele ao projeto de vida que o serviço deve-lhe oferecer, a tendência é fracassar.

Para que a pessoa possa freqüentar o CAPS ela precisa de condições materiais e psicossociais básicas, como moradia, transporte, alimentação, auto-estima, estímulo, desejo, etc.. Quando o usuário não desfruta de tais condições as chances dele se vincular ao projeto terapêutico são menores e, conseqüentemente, sem a participação ativa dos usuários o CAPS não terá produtividade. Ainda, nem todas as ações realizadas no CAPS constam na tabela de procedimentos pagos pelo atual sistema do SUS, dificultando as atividades de ressocialização que envolvem trabalhos na comunidade e na sociedade.

Os profissionais afirmam que os usuários participam do planejamento das atividades do CAPS. Referem que isso acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Neste caso, foi possível perceber que a participação dos usuários em geral diz respeito mais a questões cotidianas do funcionamento do serviço. A associação participa diretamente da comercialização dos produtos confeccionados nas oficinas e na realização de alguns convênios com entidades da área da cultura, lazer, ensino, etc. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada, que abarque as especificidades da área da saúde mental e envolva os usuários, os familiares e os técnicos como sujeitos partícipes do processo de gestão do serviço.

No eixo recursos humanos e projeto terapêutico existem contradições explícitas e implícitas que perpassam o discurso e as práticas dos técnicos que prestam assistência aos usuários do serviço. Eles reconhecem e destacam a relevância do trabalho em equipe, argumentam que este traz a possibilidade de trocas entre as várias áreas do conhecimento e a conseqüente oferta de um atendimento multidimensional. Contudo, relatam dificuldades

na realização deste trabalho, devido a uma suposta diferença de formação profissional e de concepção, com relação ao que sejam os objetivos do CAPS e da Reforma Psiquiátrica. Indicam existir interdisciplinaridade no atendimento ao usuário, no entanto, percebeu-se que a concepção de interdisciplinaridade aparece muito mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade, estando ainda distante dos ideais da intertransdisciplinaridade.

Sendo assim, cabe destacar que sem a devida clareza e consciência do que exatamente deve mudar corre-se o risco de que, fundamentalmente, se modifiquem os espaços de realização do tratamento, transferindo-se e conservando-se as práticas de exclusão e discriminação. É preciso se ter em conta que toda dimensão técnica tem também uma dimensão política. Dessa forma, faz-se necessário questionar-se sobre o que se pretende com o “fazer” nos novos serviços de atenção à saúde mental e que valores estão presentes nas ações executadas. O usuário precisa ser percebido como sujeito do processo saúde-enfermidade, e não como objeto e instrumento do exercício das relações de poder disciplinar.

Com relação ao eixo participação do usuário e da família no tratamento, os participantes da pesquisa identificam dificuldades em realizar o atendimento familiar no CAPS. Os profissionais relacionam como justificativas, a falta de técnicos qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades da equipe. Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que seja o transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, também foram relatados pelos entrevistados. Entre os obstáculos para a (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e o estigma da loucura ainda presentes no imaginário social das pessoas.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacam o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário. Neste aspecto queremos destacar a necessidade de se reconhecer, no processo de implantação da Reforma e da política de saúde mental, um projeto ético-político social, capaz de reavaliar, substancialmente, o conceito tradicional de

“doença/saúde mental” e, conseqüentemente, a forma de como lidar as diferenças em sociedade.

No eixo (re)inserção social procuramos identificar se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas à desinstitucionalização e à reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referem que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras. A maioria deles afirma que não existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer.

Tais dados nos remetem ao questionamento sobre como a Reforma Psiquiátrica, em sua aplicação prática, apresenta certa inércia política. Existe uma lacuna entre o referencial teórico do novo modelo de atenção e as práticas que se efetivam no cotidiano dos serviços. Com isso, queremos chamar a atenção para a necessidade urgente de se construírem ações de atenção que favoreçam o conhecimento de si, reforcem a autonomia, o cuidado de si e a emancipação do sofredor psíquico.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referem que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental. A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos profissionais como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista político-jurídica dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico. Na visão dos participantes da pesquisa, o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica relaciona-se a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos pressupostos da própria Reforma. Não obstante, destacamos aqui a necessidade de se refletir sobre o descompasso entre a vitória no campo jurídico, o novo discurso da Reforma Psiquiátrica e um fazer prático que parecem ainda negar a emancipação do portador de transtorno mental.

No eixo integração do CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município, os dados coletados na pesquisa indicam que a relação existente é pouca, funciona de maneira precária e confusa, e que ainda está num processo preliminar. A articulação com as equipes de PSF e PACS também é insuficiente, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda. A unidade não realiza nenhum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. Apenas dois profissionais referiram estar pensando neste tipo de trabalho.

Foram apontadas como justificativas para esta situação o fato do CAPS não estar territorializado, de ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta de todo o município, e a ausência de um planejamento e estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhadas pessoas com transtorno mental grave. E, segundo os entrevistados, não tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Neste aspecto, vê-se a urgência na redefinição da abordagem em saúde mental, fazendo-se necessário a construção de estratégias de atenção integral, dentro dos princípios do SUS, que envolvam o portador de transtorno mental como cidadão, a família, o Estado e a sociedade.

De acordo com os profissionais existem diferenças no atendimento prestado no e pelo CAPS em relação aos hospitais psiquiátricos. Eles se referem às diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência do discurso médico psiquiátrico do hospital, e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e as necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial, em contraposição ao tratamento igual para todos das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Por fim, os dados coletados na presente pesquisa indicam que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes, prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a relação eficácia/efetividade dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Concluimos, com este estudo, que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é ainda um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológica, técnico-assistencial, político-jurídico e sócio-cultural.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____, P. (coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995a.

_____, P.. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. vol.11, no.3, jul./set. 1995b, p.491-494. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 14/09/2005.

_____, P. A (clínica) e a Reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. pp. 45-65.

_____, P. **A epistemologia e a Clínica da Reforma**. Conferência proferida no IV Encontro Catarinense de Saúde Mental. Florianópolis, 30 de junho a 2 de julho de 2005. (anotações manuscritas).

BASAGLIA F. (coord.) **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 3ª ed. Tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002a, 213 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em Saúde Mental 1990-2002**. 3ª ed. revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAPS II PONTA DO CORAL. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. **Projeto Terapêutico**. Florianópolis, 2004.

CORREIA, M. V.C..Que controle social na política de Assistência Social? **Revista Serviço Social & Sociedade**. N. 72. São Paulo: Cortez, nov. 2002, pp. 119-144.

COSTA, R. C. R. da.. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia e Política** Nº 18: 49-71 JUN. 2002

COSTA –ROSA, A. da; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. p. 13-44.

COSTA-ROSA, A. da.. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asialr. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. p. 141-168.

CHIZZOTTI, A.. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R.. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

DESVIAT, M.. **A Reforma Psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental**. In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

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

FLEURY, S.. **Espaço, território e cidadania: a cidade dos cidadãos**. Trabalho apresentado no VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra (16,17,18 de setembro), 2004. Disponível em: <www.ces.uc.pt/LAB2004>. Acessado em 20 de fevereiro de 2006.

_____, S.. (org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989.

FREIRE, F. H. M. de A.; UGÁ, M.A.D.; AMARANTE, P. Os centros de atenção psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

FRANCO, S. de O.. **Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de caso**. 2005. 110f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Florianópolis, 2005. 110f.

FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial**. Percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004.

GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E.. **A pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, R.. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M.. **Microfísica do poder**. Trad. de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graaal, 1979.

MINAYO, M. C. de S.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC; ABRASCO, 1994.

MIOTO, R.C.T.. Família e saúde mental: contribuições para reflexão sobre os processos familiares. **Revista Katalysis**. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico. Departamento de Serviço Social. N.2 Florianópolis: Editora da UFSC, 1998.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental: em busca da articulação e qualificação das ações em saúde**. Monografia

(Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Latu Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

OLIVEIRA, W. F.; DORNELES, P.. Patrimônio e ambiente da loucura: a formação do profissional de saúde mental e o dialogo com a vida da cidade. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

PITTTA A.. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje. In: PITTA. A.(org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral**: desvelando sua significação. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

_____. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

ROSA, L.C.dos S.. Os saberes construídos sobre a família na área da saúde mental. **Revista Serviço Social & Sociedade**. N° 71. Ano XXIII. São Paulo: Cortez, set de 2002, pp. 138-164.

_____. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, F., et. al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SANTOS, W.G.. **Cidadania e Justiça**. Rio de Janeiro: Editora Campos, 1979.

SARACENO, B.. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SOUZA, W. da S.. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. jul./ago. 2001, vol.17, no.4

p.933-939. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 19/10/2005.

SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Teses em Enfermagem, 42).

STUANI, D.. **Projeto de Estágio**. (Projeto de Estágio Curricular apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina). Florianópolis, 2005. texto digit.

TENÓRIO, F. G. (org.). **Gestão de ONGs**: principais funções gerenciais. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

TORRE, E.H. G; AMARANTE, P.. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. [online]. 2001, vol.6, no.1 [citado 05 Dezembro 2005], p.73-85. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br> >. ISSN 1413-8123.

TRIVIÑOS, A.N. S.. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. (org.). **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000a.

_____, E. M. Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000b. p. 169-194.

VIEIRA, L. **Cidadania e globalização**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Formulário a ser aplicado a todos os profissionais da equipe do CAPS.

Identificação

Nome:

Apelido:

Formação:

Ano:

Capacitação específica na área: Sim Não

Nível: residência especialização mestrado doutorado

Tempo de serviço na instituição:

Tipo de vínculo empregatício: Servidor público concursado contrato temporário

Outro. Especifique _____

Regime de trabalho: _____ (horas semanais)

Tempo de atuação na área:

Experiência de atuação profissional em outra instituição: Sim Não

Qual:

Tempo:

Principais perguntas

- 1) A área física do Caps é suficiente para o atendimento da demanda? Sim Não
- 2) As instalações são adequadas para a realização das atividades propostas? Sim Não
- 3) Os equipamentos disponíveis são suficientes? Sim Não
- 4) Estão em bom estado de utilização? Sim Não
- 5) Os materiais disponíveis são suficientes? Sim Não
- 6) Existem dificuldades na realização das atividades do Caps Sim Não. Em caso de resposta afirmativa, especifique as cinco principais? _____

- 7) O trabalho é realizado em equipe? () Sim () Não.
- 8) Existe algum tipo de supervisão de equipe ou outro recurso para acompanhar e discutir as questões do trabalho em equipe? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual?
-

9) Participa ou já participou de capacitação específica para atuar no Caps? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual? _____

10) Durante o tempo em que está trabalhando na instituição houve algum treinamento ou capacitação? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quando? _____(ano). De quantas horas? _____. Organizado por quem? _____

11) Na sua opinião, existe interdisciplinaridade no trabalho no Caps? () Sim () Não

12) Você conhece a política de saúde mental? () Sim () Não.

13) No Caps, existe disponibilidade de material didático e documentos sobre a política de saúde mental? () Sim () Não.

14) Existe planejamento e avaliação das ações do Caps? () Sim () Não

15) Existe projeto terapêutico de trabalho da instituição? () Sim () Não. Em caso afirmativo, foi planejado em equipe? () Sim () Não.

16) O serviço adota projeto terapêutico individualizado? () Sim () Não.

17) O usuário participa do planejamento do seu tratamento? () Sim () Não.

18) Existe atendimento familiar? () Sim () Não.

19) Existem ações intersetoriais do Caps e outras instituições que envolvam: educação, trabalho, esporte, cultura e lazer? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quais?

20) Existe relação do Caps com a rede básica de saúde municipal? () Sim () Não.

Que tipo? _____

21) O Caps realiza algum trabalho de educação permanente (capacitação e supervisão) sobre saúde mental em cooperação com as equipes de atenção básica? () Sim () Não.

Que tipo? _____

Outras observações:

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Entrevista a ser realizada com os profissionais da equipe do CAPS, segundo o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de nível superior entre as existentes na unidade. Em caso de mais de um profissional na área será realizado sorteio.

Identificação

Nome:

Apelido:

Temas e principais perguntas

1 Estrutura e recursos financeiros

- 1) Qual conhecimento possui sobre o repasse dos recursos financeiros para o Caps?
- 2) Conhece a forma de financiamento do serviço? O que você acha?
- 3) Como são administrados os recursos repassados? Existe planejamento?
- 4) Na sua opinião, a descentralização administrativa dos recursos possibilita o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do Caps? Quais as vantagens e desvantagens identifica?
- 5) Na sua opinião, os recursos repassados (gerados pelo serviço) são suficientes para realizar as atividades do Caps? Em caso de resposta negativa, quais atividades ficam prejudicadas e/ou poderiam ser realizadas se houvessem recursos?
- 6) Existem dificuldades no funcionamento do Caps com relação a falta de recursos financeiros? Quais identifica?

2 Recursos humanos e projeto terapêutico

- 1) Quais dificuldades identifica no trabalho em equipe no Caps?
- 2) Na sua opinião, quais vantagens o trabalho em equipe possibilita?
- 3) Considera importante a capacitação específica em saúde mental para atuar no Caps? Fale sobre.

- 4) Na sua opinião, qual a importância da interdisciplinaridade no atendimento ao usuário de saúde mental?
- 5) Considera importante conhecer sobre a política de saúde mental, seus princípios, sua estrutura e organização para o trabalho do Caps?
- 6) Como acontece o planejamento e a avaliação das ações do Caps?
- 7) Na sua opinião, em relação ao atendimento nas instituições tradicionais/asilares (hospitais psiquiátricos), como é o atendimento ao usuário no Caps?

3 Participação do usuário e da família no tratamento

- 1) Como é pensado o projeto terapêutico de tratamento do usuário?
- 2) Como o usuário participa do planejamento do seu tratamento?
- 3) Quais as formas criadas para oportunizar a participação do usuário no planejamento do seu tratamento?
- 4) A família participa do tratamento? Em caso de resposta afirmativa, de que forma? Em caso de resposta negativa, por quê?
- 5) Quais as formas criadas para oportunizar a participação da família no tratamento?
- 6) Quais dificuldades identifica com relação a realização do atendimento familiar?
- 7) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção familiar do portador de transtornos mentais?
- 8) Qual o papel dos usuários (ou da associação de usuários e familiares) no planejamento das ações do Caps?
- 9) Na sua opinião, qual a importância das associações de usuários e familiares para o tratamento do portador de transtornos mentais e para os serviços de saúde mental?

4 Inserção social

- 1) Na sua opinião, as práticas assistenciais realizadas no Caps encaminham-se na direção da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial?
- 2) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção social do portador de transtornos mentais?
- 3) Quais avanços e conquistas identifica com relação a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais?
- 4) Na sua opinião, o atendimento no Caps possibilita ao usuário a construção da sua autonomia? Como?

- 5) Na sua opinião, a organização atual dos serviços de saúde mental (da política de saúde mental) favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais? Qual a importância do caps nesse contexto?

5 Integração com a rede municipal de assistência em saúde

- 1) Qual a relação do Caps com a(s) equipe(s) de Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência?
- 2) O Caps tem controle das internações psiquiátricas no seu território? Em caso afirmativo, como ocorre este controle?
- 3) Na sua opinião, qual o lugar que o Caps ocupa na rede de atenção em saúde? Constitui-se no serviço que regula a porta de entrada para o atendimento em saúde mental?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este instrumento tem a intenção de obter o seu consentimento por escrito para participar do estudo “A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis”, durante o período de 01 a 31 de março de 2006, com o intuito de contribuir para o levantamento de dados para a elaboração do referido trabalho.

O estudo tem como objetivo geral analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Ao propormos a presente pesquisa esperamos contribuir com a produção de conhecimentos e saberes sobre as novas práticas de atenção e cuidado ao portador de transtornos mentais.

Os relatos obtidos serão confidenciais e, portanto, não será utilizado o nome dos participantes em nenhum momento, garantindo sempre o sigilo da pesquisa e os preceitos éticos da profissão. Os depoimentos serão referenciados pelo apelido a ser escolhido pelo próprio entrevistado

Certa de sua colaboração, agradeço sua disponibilidade em participar do estudo.

Eu _____,
consinto em participar desta pesquisa, desde que respeitadas as respectivas proposições contidas neste termo.

Florianópolis, março de 2006.

Assinatura do entrevistado.

ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

FERNANDA SCALZAVARA

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Serviço Social** - Área de concentração: Serviço Social, Direitos Humanos e Questão Social.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ivete Simionatto.

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de **Mestre em Serviço Social**, e aprovada na sua forma final, em 31/7/2006, atendendo as normas vigentes no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e na Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof^a Dr^a Catarina Maria Schmickler
Coordenadora do PPGSS/UFSC

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Ivete Simionatto, Dr^a.
Departamento de Serviço Social/UFSC
Presidente

Prof^o Walter Ferreira de Oliveira, Ph.D.
Departamento de Saúde Pública/UFSC
Membro

Prof^o Jonas Salomão Spricigo, Dr.
Departamento de Enfermagem/UFSC
Membro

Prof^o Mário Teixeira, Dr.
Departamento de Clínica Médica/UFSC
Membro Suplente

*Aos profissionais e aos usuários do CAPS
Ponta do Coral de Florianópolis.*

AGRADECIMENTOS

Desejo expressar meus sinceros agradecimentos aos profissionais do CAPS Ponta do Coral, pela receptividade, atenção, acolhimento e colaboração na fase mais importante desta pesquisa, assim como pela consideração ao meu trabalho profissional. Também, aos usuários desta unidade de serviço, pela forma carinhosa e acolhedora com que sempre me receberam.

À professora Ivete Simionatto por ter aceitado a orientação do trabalho; agradeço a oportunidade de poder ter desenvolvido a pesquisa de meu interesse e desejo profissional.

Aos professores Jonas Spricigo e Mário Teixeira pela atenção, disponibilidade e colaboração, essenciais na definição e elaboração do projeto de dissertação. Igualmente, ao professor Walter Ferreira de Oliveira pelas considerações e contribuições no exame de qualificação.

À sempre Mestre, amiga e professora Iliane Kohler, pela relação de ensino-aprendizado humana, saudável, mantida no decorrer de toda a minha vida acadêmica; pelas ajudas concretas nos momentos de dificuldades, pelos conselhos, orientações e *encaminhamentos* necessários nos instantes, nas horas, nas fases de incerteza, insegurança, angústia, desespero.

Aos profissionais Mara Regina de Oliveira e Antônio Heinzen Filho, pelo suporte terapêutico necessário nos últimos anos da minha vida; especialmente por terem me ajudado a transformar as dificuldades, os obstáculos, as conquistas cotidianas no *Mestrado da Vida*.

Às profissionais e amigas Maria Sirene Cordioli e Maria Inês Bernardino, pela relação profissional responsável, ética, competente, que me impulsionou para os estudos na área da saúde mental; pela amizade acolhedora, carinhosa, fraterna, pelas comemorações e pelos momentos de descontração.

Aos meus pais e à minha família, base dos meus valores ético-morais.

Às minhas amigas e aos meus amigos, que de perto ou de longe, acompanham minha trajetória, acreditam e torcem por mim.

Formalmente, agradeço as instituições públicas CAPES e UFSC, através dos programas PROF e PGSS, pelo financiamento da bolsa que permitiu a dedicação profissional integral para a realização deste trabalho.

RESUMO

O presente trabalho tem como objeto de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. Constitui-se como objetivo geral da presente pesquisa analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Os procedimentos metodológicos da pesquisa constaram de: pesquisa empírica na coleta das informações, através de entrevistas semi-estruturadas, gravadas, realizadas com um profissional de cada área de formação de nível superior, dentre as existentes no CAPS, e aplicação de formulário, com questões fechadas, a todos os profissionais que compõem a equipe. As informações coletadas foram sistematizadas e organizadas em itens correspondentes aos eixos que nortearam a coleta dos dados, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde. A análise final foi realizada com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os resultados obtidos nos permitem concluir que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a efetividade e eficácia dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial. De maneira geral, podemos afirmar que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológico, técnico assistencial, político-jurídico, social cultural.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, política de saúde mental, serviços substitutivos.

ABSTRACT

The objective of present work is to study the operationalization of the Psychiatric Reformation in the city of Florianopolis, Brazil, based on one specific institutional model - the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral. The general objective of the present research is to analyze the institutional reality at the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral, Florianopolis, related to the operational process of mental health politics, based on the requirements of the Brazilian Psychiatric Reformation. The research methodological procedures have consisted of: empirical research and data collection, through semi-structured interviews, recorded, realized under the presence and supervision of a professional of each field, plus de existing data from the CAPS, and filled application, with closed questions, to all the professionals who compose the team. The data colleted was systematized and organized in items and events that are surrounded the data collection, which are: financial structure and resources, human resources and therapeutic project, participation of the user and the family in the treatment, social insertion, and integration of the service with the municipal network of assistance in health. The final analysis was based on theoretical production on mental health and the Psychiatric Reformation. The results allowed us to conclude that in scope of management of CAPS, the limited number of studies and the difficulties to transfer and administer them harmed the functioning of the service. The contributing factors were lack of strategic planning and systematic evaluation of actions. The difficulties associated with teamwork compromised the effectiveness and efficacy of the objectives. The absence of a municipal network dedicated to structure and articulate mental health appears as an obstacle to the practice of desinstitutionalization and psychosocial rehabilitation. In general, we can affirm that the changes in the assistance model, directed for Psychiatric Reformation is one of the challenges to the concretization to mental health politics in a new interaction between society and people with psychological illnesses. The operationalizational political difficulties of mental health go through different fronts of performance which constitute the complexity of social processes associated with Reformation in its different dimensions. These dimensions are: theoretic-epistemological, technical assistance, politic-legal and socio-cultural.

Keywords: Psychiatric Reformation, mental health politics, substitute services.

LISTA DE SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
APAC - Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CPASM - Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental
CMS – Conselho Municipal de Saúde
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FNS – Fundo Nacional de Saúde
INAMPS – Instituto Nacional de Aposentadorias e Pensões
IPQ – Instituto de Psiquiatria Catarinense
MS – Ministério da Saúde
MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS – Organização Mundial para a Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF - Programa de Saúde da Família
RP – Reforma Psiquiátrica
SIH - Sistema de Informação Hospitalar
SAI – Sistema de Informação Ambulatorial
SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
SUS – Sistema Único de Saúde
TR – Terapeuta de Referência
ULS – Unidade Local de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Procedimentos metodológicos	18
2 REFORMA PSIQUIÁTRICA	222
2.1 O Modo Psicossocial	26
2.1.2 Atenção Psicossocial.....	28
2.2 Desinstitucionalização	30
2.3 Reabilitação psicossocial	32
3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA	344
3.1 Estrutura e recursos financeiros	344
3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico	45
3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental	46
3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário	51
3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações.....	59
3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento.....	65
3.3 Participação do usuário e da família no tratamento	69
3.3.1 Planejamento terapêutico individual.....	70
3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral.....	72
3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares	81
3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia.....	88
3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental.....	96
3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica	106
3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde...	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
REFERÊNCIAS.....	125
APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS.....	130
ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica.....	136

1 INTRODUÇÃO

O processo de mobilização, organização e luta pela Reforma Psiquiátrica brasileira origina-se no contexto dos movimentos sociais, no período de redemocratização do país (décadas de 1970/1980), e tem como base os pressupostos da Reforma Sanitária brasileira e da Psiquiatria Democrática italiana. Tal movimento esteve direcionado no sentido da crítica e desconstrução gradativa da assistência existente, embasada no saber psiquiátrico, que justificava as práticas decorrentes do modelo asilar e, ao mesmo tempo, buscava a construção de propostas de superação deste modelo.

Os anos de luta pela transformação do modelo assistencial tradicional (asilar), centrado na internação hospitalar, culminaram com a criação e regulamentação de leis e portarias relativas à implantação de uma rede de serviços substitutivos a este. A partir da década de 1990 um conjunto de leis, portarias, decretos, resoluções define novas exigências em relação à assistência psiquiátrica prestada aos portadores de transtorno mental¹, incluindo a adequação das condições físicas das instituições de atendimento, a existência de projeto terapêutico, equipe multidisciplinar e outros dispositivos que garantam maior qualidade assistencial.

A Reforma Psiquiátrica é um processo em construção, que envolve tanto a sociedade civil, através dos diferentes os movimentos sociais, os profissionais, os usuários, bem como os órgãos gestores das políticas públicas. Estes são os responsáveis pela operacionalização das ações com relação a mudança de paradigma e prática em saúde mental. Nessa trajetória, aos profissionais cabe exercer o papel de sujeitos e críticos do processo de implantação da Reforma Psiquiátrica; aos gestores da política de saúde compete a decisão política com vistas a assegurar as condições técnicas para a implementação e operacionalização dos serviços de atenção; aos movimentos sociais fica a luta política pela construção social de um outro sentido para lidar com a "loucura" e com o "louco", a partir de uma transformação na relação sociedade/loucura.

¹ Cabe destacar que a expressão “portador de transtorno mental” é adotada neste estudo por acreditar-se que a palavra portador traz em si um caráter mutante. Ou seja, secundariza o transtorno mental e resgata o sujeito envolvido na condição de enfermo, como um ser dinâmico. Por sua vez, o termo transtorno mental traz um caráter psicossociológico, dinâmico, mutável, diferente do termo doença mental, muito embora não seja menos controvertido do que este último (ROSA, 2003, pp. 37-38). E, também, por ser “portador de transtorno mental” a expressão utilizada na linguagem técnica constante na política de saúde mental do Ministério da Saúde.

No curso das transformações operadas na e pela Reforma Psiquiátrica destacamos como marco significativo recente a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM)². Em seu documento conclusivo reafirma-se que as políticas de saúde mental devem respeitar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das leis Federal e estaduais, priorizando a construção da rede de atenção integral em saúde mental. Tais políticas devem ter como pressupostos básicos a inclusão social e a reabilitação psicossocial, estar integradas com outras políticas sociais, como educação, trabalho, lazer, cultura, esporte e habilitação profissional, visando garantir o exercício pleno da cidadania (BRASIL, 2002a).

O mesmo documento ressalta que a reorientação do modelo assistencial deve estar direcionada para concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e de promoção da saúde. Nesse sentido, é fundamental que as novas modalidades assistenciais desenvolvam práticas pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a auto-estima, a autonomia e a cidadania, buscando superar a relação de tutela e reprodução da institucionalização e/ou cronificação (BRASIL, 2002a).

A mudança do modelo assistencial é um dos desafios da Reforma Psiquiátrica. Busca-se, no âmbito da gestão pública, a construção de um novo pacto para transferir os recursos aplicados no modelo hospitalar para uma assistência comunitária. Entretanto, a mudança da lógica de atenção em saúde mental requer, também, uma mudança de paradigma. No bojo dos novos dispositivos de cuidado necessariamente deve estar uma nova ética do cuidar, baseada na premissa básica da autonomia possível e dos direitos humanos dos portadores de sofrimento psíquico. Isso significa considerar que as possibilidades de novas práticas terapêuticas devem caminhar ao lado da preocupação com a mudança das representações simbólicas do “louco” na sociedade, e com a produção de outros saberes.

Na atualidade, todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, bem como a literatura da área, referem-se a desconstrução como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade das ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Tal proposição tem como base a

² Realizada em Brasília, de 11 a 15 de dezembro de 2001. A I Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em 1987 e a II em 1992.

incapacidade da psiquiatria em explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (TORRE; AMARANTE, 2001).

O modelo manicomial tem seu fundamento na noção de que a experiência de sofrimento psíquico diversa (delírio, alucinação) é sinônima de erro. Um dos aspectos mais importantes no processo de transformação radical deste é a superação do conceito de doença. Conforme apontam Torre e Amarante (2001, p.73-85), “não se trata, obviamente, de negar a diversidade da experiência do delírio ou da alucinação, mas de não utilizar o conceito de doença (igual a erro) na relação com o sujeito”. Nesta direção, Rotelli (1990) propõe, no lugar do objeto “doença mental”, o objeto “existência-sofrimento” do sujeito em sua relação com o corpo social.

Segundo Costa-Rosa (et. al., 2003, p. 28), “ao se buscar a superação do saber psiquiátrico, sobretudo do paradigma doença-cura, procurou-se romper com práticas identificadas com o modelo clínico, por considerá-las ineficazes, segregadoras”. Busca-se no modo psicossocial estabelecer-se “a construção de uma relação de contrato com o sujeito que substitua a relação de tutela instaurada pela psiquiatria” (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 73-85). Como oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar surge, no contexto da Reforma Psiquiátrica, a atenção psicossocial como paradigma do modo psicossocial.

A origem das práticas de atenção psicossocial, como designação de experiências significativas no contexto da saúde mental, está relacionada às contribuições das diferentes experiências históricas de reforma, que incluem as Comunidades Terapêuticas e a Antipsiquiatria, na Inglaterra, a Psicoterapia Institucional, na França, a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, nos Estados Unidos e a Psiquiatria Democrática, na Itália³. No caso brasileiro somam-se as contribuições das políticas públicas e das experiências locais pioneiras dos centros e núcleos de atenção psicossocial, em Santos, São Paulo.

O modelo psicossocial vem ganhando elementos tanto em termos teórico e técnico quanto ideológicos e éticos, aptos a constituírem um novo paradigma para as práticas em saúde mental, capaz de substituir o paradigma psiquiátrico que ainda é dominante. Costa-Rosa (et al., 2003, p.31), observa que de modo geral os elementos teóricos subjacentes a essas experiências passam principalmente pelas idéias sociológicas e psicológicas, pelo materialismo histórico, pela psicanálise e pela filosofia da diferença. Nesse sentido, é importante indicar que o lugar social da saúde mental é um lugar de

³ Estudos sobre estas experiências encontram-se em DESVIAT (1999); ROTELLI (2001).

conflito, confronto e contradição. Entender a saúde mental dessa forma implica em reconhecê-la como expressão e resultante de relações e situações sociais concretas. “Por qualquer perspectiva que se olhe, tratar-se-á sempre de um eterno confronto: pulsações de vida/pulsações mortíferas; inclusão/exclusão; tolerância/intolerância” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p. 29).

A operacionalização da Reforma Psiquiátrica, através da implantação da rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, territorializados e integrados à rede de saúde, tem sido uma construção lenta e difícil, perpassada por interesses políticos e econômicos. Muitas vezes são privilegiados procedimentos técnico-burocráticos, assistenciais, em prejuízo de um serviço que tenha como foco o tratamento da pessoa humana na sua dimensão integral. Por outras, a Reforma Psiquiátrica é entendida como sinônimo de reestruturação de serviços; introdução ou modernização de novas tecnologias de tratamento e cuidado; promulgação de uma nova legislação. Em geral, os problemas passam pela tendência de tornar a Reforma a implantação de centros de atenção psicossocial, de forma a banalizar o serviço, fazendo com que estes sejam uma extensão do hospital psiquiátrico (AMARANTE, 2005).

Não obstante, a transformação do modelo de atenção tradicional requer a construção de uma rede de atendimento ampla, com serviços diversificados e complementares, substitutivos das práticas asilares. O modelo substitutivo não significa alternativo, paralelo, complementar ou intermediário do sistema tradicional. Trata-se de um serviço forte, que comporta uma estrutura complexa em que o sentido das práticas deve ser alterado do “eixo da clínica” para o “eixo da cidadania”. Isso significa olhar para a pessoa-sujeito e não unicamente para a doença (AMARANTE, 2005).

Pensar a mudança do paradigma teórico-conceitual clássico significa provocar uma transformação na cultura da forma tradicional de ver e lidar com a loucura, buscar a construção de um outro lugar social para a loucura e a doença mental, a partir de uma transformação das relações sociedade-loucura/doença mental.

Nesse processo, os centros de atenção psicossocial (CAPS) constituem-se no “braço” do modelo psicossocial. Tornam-se serviços privilegiados para o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial e dispositivos estratégicos para a mudança da atenção em saúde mental.

De acordo com as normatizações do Ministério da Saúde, são atribuições dos CAPS: organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; prestar atendimento em regime de atenção diária; oferecer cuidado clínico eficiente e personalizado; realizar a

dispensação de medicamentos; acompanhar usuários que moram em residências terapêuticas; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, assessorando o trabalho dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território ou área de abrangência (BRASIL, 2004).

No sentido de favorecer o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, bem como estimular a mudança da lógica de ver e lidar com a “doença” e o “doente mental”, o direcionamento da Política Nacional de Saúde Mental preconiza que os projetos terapêuticos dos CAPS podem ultrapassar a estrutura física da unidade, em busca da rede de suporte social comunitária. O atendimento prestado deve ser através de projeto terapêutico individualizado, construído conjuntamente com o usuário. A preocupação principal não deve ser o estabelecimento de um diagnóstico clínico, mas sim o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2004).

Com base no exposto, a presente dissertação de mestrado tem como recorte de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - O Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. A escolha deste CAPS deve-se ao fato de ser este um serviço público de atendimento diário a portadores de transtornos mentais adultos, único nesta modalidade no município. A população de Florianópolis conta com outros dois centros de atenção psicossocial, um para atendimento de crianças e adolescentes (CAPSi) e outro para atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (CAPSad).

O CAPS Ponta do Coral constitui-se no principal serviço de atendimento extra-hospitalar na realidade local, desempenhando um papel central na assistência a portadores de transtornos mentais graves. A rede municipal de atenção em saúde mental é incipiente, com poucos recursos e o CAPS enfrenta diversas dificuldades na realização de suas atividades, concentrando uma demanda de atendimento superior a sua capacidade.

Destacamos a relevância deste estudo na medida em que está em curso no país uma reforma nos serviços de assistência em saúde mental, em que a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos pelo cuidado comunitário/ambulatorial tem sido a

diretriz básica para a reorganização da política de saúde mental, desde o nível federal aos níveis estadual e municipal.

A reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

O processo de reestruturação dos serviços de saúde mental está baseado na organização de uma rede comunitária de cuidados. Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esportes etc), culturais, religiosos e de lazer são convocados para potencializar as equipes de saúde na tarefa de realizar ações de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004).

Fazem parte desta rede de serviços de saúde mental os centros de atenção psicossocial, os núcleos de atenção psicossocial (NAPS), os serviços residenciais terapêuticos (SRTs), os hospitais gerais, os centros locais de saúde, as equipes de saúde da família e agente comunitários de saúde, entre outros. Particularmente, neste trabalho, nos interessamos por estudar os CAPS por estes assumirem um papel central na organização da rede, constituindo-se em serviços de atenção que “almejam à outra lógica, outra fundamentação teórica-técnica e outra ética, que não mais a do paradigma psiquiátrico” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.19).

Os CAPS foram criados para serem substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos, oferecendo atendimento em saúde mental à população de sua área de abrangência. São atendidas pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, incluindo aquelas que apresentam transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e crianças e adolescentes. As práticas realizadas neste tipo de serviço devem caracterizar-se por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro, na comunidade.

Oficialmente os CAPS foram instituídos pela Portaria GM/MS N°224/1992 e definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam uma população adscrita definida pelo nível local e oferecem atendimento de cuidados intermediários entre

o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (BRASIL, 2002b).

Atualmente, os CAPS são regulamentados pela Portaria GM/MS N° 336/2002 e integram a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta portaria estabelece critérios de porte/complexidade e abrangência populacional aos CAPS, classificando-os nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad⁴. A classificação dos diversos tipos de CAPS difere, basicamente, quanto ao tamanho da população pela qual se responsabilizam e quanto ao regime de funcionamento.

Os profissionais que trabalham nos CAPS integram uma equipe multiprofissional. São técnicos de nível superior e nível médio, de diferentes áreas de formação. Os profissionais de nível superior são médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física entre outros necessários para as atividades oferecidas, de acordo com o projeto terapêutico do CAPS. Os profissionais de nível médio podem ser técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores, artesãos, profissionais de limpeza e cozinha (BRASIL, 2004).

As equipes técnicas possuem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. Cabe aos profissionais a tarefa de organizar-se para realizar o acolhimento dos usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, realizar as atividades de reabilitação psicossocial, equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas.

Ao considerarmos as práticas em saúde mental de um centro de atenção psicossocial nosso objeto de estudo estamos entendemos que é a partir delas que a mudança de paradigma se torna possível, haja vista que a estruturação de uma rede de

⁴ O CAPS I tem capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e deve funcionar das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira; o CAPS II atende municípios com população entre 70.000 e 200.000, deve funcionar das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas; o CAPS III atende municípios com população acima de 200.000 habitantes, funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana. Já os CAPSi e os CAPSad possuem características diferenciadas dos demais. O CAPSi é referência para municípios com população acima de 200.000 habitantes e constitui-se em um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período até 21 horas. Os CAPSad destinam-se a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. É indicado em municípios com população acima de 100.000 habitantes, funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas (BRASIL, 2002b).

novos serviços de saúde mental não constitui por si só uma ruptura com o paradigma das práticas asilares, da segregação e da tutela do portador de transtorno mental. Contudo, sabemos que analisar uma realidade institucional é uma tarefa difícil, principalmente quando nos propomos olhar esta realidade em movimento, permeada de contradições e como fruto de um processo sócio-histórico.

Nesse sentido, elegemos como sujeitos informantes os profissionais que atuam no Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, por entendermos que a eles cabe a tarefa de realizar as atividades institucionais cotidianas. Esses profissionais integram uma equipe multiprofissional e assumem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. A nosso ver, constituem-se atores sociais centrais no processo de implementação e operacionalização da Reforma Psiquiátrica na realidade local.

Com isso queremos destacar que os profissionais de saúde mental exercem um papel relevante para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, seja como partícipes dos movimentos sociais, como gestores da política de saúde mental e/ou como trabalhadores (técnicos) nos serviços de assistência. Particularmente, aos profissionais dos CAPS cabe o compromisso de operacionalizar a mudança da lógica da assistência, na medida que estão atuando em um serviço considerado um dispositivo estratégico da rede de assistência em saúde mental. Esses profissionais estão diretamente ligados aos usuários do serviço e a implementação da política de saúde mental, função que os coloca na linha de frente de um cenário novo que vem passando por formulações e reformulações nos campos “político-jurídico, técnico-assistencial, epistemológico e sociocultural” (AMARANTE, 2003).

Torna-se pertinente ressaltar que o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) teve forte influência nos avanços ocorridos na mudança da assistência psiquiátrica. Constituído inicialmente de técnicos de saúde mental buscava a melhoria da assistência psiquiátrica e denunciava a situação precária dos manicômios. O MTSM posicionou-se em relação à assistência prestada, politizou a questão da Reforma, construiu uma linha de pensamento crítica no campo da saúde mental. Organizados, os trabalhadores criaram fóruns de discussões locais de caráter técnico e político e defenderam as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Posteriormente, o movimento ampliou-se no sentido de ultrapassar sua natureza técnico-científica, organizou sua estrutura administrativa como fórum nacional e passou a ser designado Movimento da Luta Antimanicomial, tornando-se um movimento social que passou a englobar várias entidades como associações de usuários

e familiares⁵, ONGs, entre outras (AMARANTE, 1994, 1995a; SOUZA, 2001; VASCONCELOS, 2000b, 2004).

Assim, nos parece certo que os profissionais de saúde mental são atores sociais influentes na efetivação da Reforma Psiquiátrica. Razões significativas para pesquisar e valorizar suas experiências e opiniões, na medida em que seus relatos podem indicar como vem se realizando no dia-a-dia a Reforma, bem como contribuir para a construção de novas práticas e a produção de novos saberes. E, entendemos como Foucault, que os saberes não são apenas conhecimentos acadêmicos, produções que se autodenominam científicas. Os saberes também estão onde são produzidos, pois sempre criam visões de mundo, produzem histórias e História.

Dessa forma, a presente pesquisa tem a finalidade específica de contribuir para a análise das práticas locais de saúde mental, a partir do estudo da realidade vivenciada no CAPS de Florianópolis e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Lembramos, ainda, que neste ano de 2006 o CAPS Ponta do Coral completa dez anos de atividades, fato que nos leva a destacar a importância de um estudo que identifique as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação deste serviço. No geral, busca-se fornecer subsídios para os avanços nas políticas de saúde mental e contribuir para a produção de conhecimentos sobre a realidade da prática das políticas públicas de saúde mental. Para tanto, elegemos como eixos de estudo e análise cinco pontos, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social e integração com a rede municipal de assistência em saúde.

Constitui-se como objetivo geral do presente estudo a análise da realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Para alcançarmos este definimos como objetivos específicos: 1) caracterizar a estrutura e os recursos financeiros disponibilizados

⁵ Cabe registrar que no campo da saúde mental encontram-se associações de composição variada. Há associações de usuários; associações de familiares; associações de usuários e familiares; associações de usuários, familiares e técnicos; associações de usuários e técnicos; e associações de técnicos e familiares. Em sua maior parte, o processo organizativo das associações é conduzido por elementos de constituição de laços de solidariedade e ajuda mútua. Contudo, existem associações que são favoráveis à agenda de inovações da assistência colocada pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e, outras, que se caracterizam como uma comunidade de veto em relação à mesma agenda (SOUZA, 2001).

e sua adequação às atividades do Caps; 2) conhecer as práticas assistenciais desenvolvidas pelo CAPS com relação ao projeto terapêutico e como se organiza o trabalho da equipe técnica; 3) identificar como ocorrem as práticas institucionais de participação do usuário e da família no tratamento e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica; 4) identificar se existem e quais são as ações institucionais, intersetoriais e/ou outras criadas com relação a inserção social do portador de transtornos mentais; 5) descrever e analisar a relação existente entre o CAPS e a rede municipal de assistência em saúde com relação a operacionalização da política de saúde mental e do SUS; 6) identificar quais as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação do CAPS, pontos positivos e negativos.

1.1 Procedimentos metodológicos

Para operacionalizar os objetivos do nosso estudo foi realizada uma pesquisa de caráter qualitativo, do tipo estudo de caso. Segundo Minayo (1994), a pesquisa qualitativa, nas ciências sociais, responde a questões particulares, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Isso significa considerar que trabalhamos com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que correspondem a pontos mais profundos das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser quantificáveis. E, segundo Chizzotti (2003, p. 104), em geral, a pesquisa qualitativa objetiva provocar o esclarecimento de uma situação para uma tomada de consciência pelos próprios pesquisados dos seus problemas e das condições que os geram, a fim de elaborar meios e estratégias de resolvê-los.

Dentre os tipos de pesquisa qualitativa, o estudo de caso talvez seja um dos mais relevantes. É uma modalidade que propicia retratar uma realidade de forma ampla e profunda, de forma a revelar a multiplicidade de dimensões presentes numa determinada situação e contextualizar o objeto para melhor compreendê-lo (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Nesta forma de estudo, o caso é tomado como unidade significativa do todo porque tanto retrata uma determinada realidade quanto revela a multiplicidade de aspectos globais presentes em uma dada situação (CHIZZOTTI, 2003). A principal função do estudo de caso é a explicação sistemática de fatos que ocorrem no contexto social e geralmente se

relacionam com uma multiplicidade de variáveis. Essa técnica caracteriza-se por ser um estudo intensivo, o qual deve considerar a compreensão geral do assunto investigado (FACHINI, 2001).

O local escolhido para a realização do estudo, o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, é um serviço público, municipal, cadastrado na modalidade CAPS II, situado à rua Rui Barbosa, 713 (fundos), no bairro Agronômica, Florianópolis/SC. CAPS Ponta do Coral funciona das 8h às 18hs e atende uma demanda média diária de 40 usuários. O serviço foi criado em março de 1996 e funciona neste endereço desde o mês de dezembro do mesmo ano⁶.

A principal fonte de informação da presente pesquisa constituiu-se das falas dos profissionais, de formação de nível superior, e, no resultado do formulário aplicado a todos os membros da equipe do CAPS Ponta do Coral. Utilizamos para a coleta de informações a entrevista semi-estruturada, gravada, com questões abertas, e a aplicação de formulário com questões fechadas (Apêndices A e B). As entrevistas foram orientadas por um roteiro com perguntas estruturadas e agrupadas em cinco blocos correspondentes aos eixos de estudo da pesquisa. De acordo com Trivinos (1987), a entrevista semi-estruturada geralmente parte de certos questionamentos básicos, de perguntas fundamentais derivadas da teoria que é adotada para a pesquisa e de informações que o pesquisador possui sobre o tema a ser pesquisado.

Na pesquisa qualitativa, a entrevista é uma das técnicas mais utilizadas na coleta do material empírico. No tipo de estudo escolhido, foi possível perceber que a entrevista constituiu-se na ferramenta capaz de possibilitar a obtenção de dados mais profundos da realidade, os quais só podem ser obtidos com a contribuição dos sujeitos envolvidos.

O trabalho empírico para coleta dos dados e das informações na Instituição foi realizado entre a segunda quinzena do mês de março e a primeira quinzena do mês de abril de 2006 (16/3/2006 a 13/4/2006). A coleta teve início após a apresentação e solicitação de autorização para a realização da pesquisa à coordenação da Instituição. O projeto foi encaminhado à Comissão de Ensino e Pesquisa do CAPS II Ponta do Coral e à Direção de

⁶ A implantação do serviço foi efetivada em 25/3/1996, ficando instalado, provisoriamente, junto ao Centro de Saúde II do Centro de Florianópolis (atual ULS Centro), na Avenida Rio Branco. Em dezembro do mesmo ano foi transferido para o atual endereço, passando a ser chamado NAPS Ponta do Coral. Seu credenciamento no Ministério da Saúde aconteceu ao longo do ano de 1997. Em 2002, a Portaria GM n° 336 regulamentou a denominação dos antigos NAPS para CAPS (STUANI, 2005).

Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis para parecer. Mediante o parecer favorável (Anexo A) das referidas instâncias, foi realizada, em reunião de equipe, a apresentação do projeto aos profissionais do CAPS Ponta do Coral. Concluída esta etapa, foi realizada a entrevista pré-teste. A escolha do profissional observou os critérios constantes da metodologia do projeto. A entrevistada foi uma profissional da área da psicologia (área que tem mais de um profissional no CAPS) que tinha disponibilidade para a realização da entrevista na data escolhida. A partir desta entrevista, foram realizadas pequenas alterações no roteiro, com vistas a agrupar algumas perguntas, no sentido de diminuir o tempo necessário à efetivação da mesma. A referida entrevista teve a duração aproximada de uma hora e vinte minutos, acrescida de mais quinze minutos para a aplicação do formulário, totalizando uma hora e trinta e cinco minutos.

No total, foram realizadas seis entrevistas e aplicados doze formulários, de acordo com a metodologia estabelecida, a qual privilegiou, para a entrevista, o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de ensino superior, dentre as existentes no CAPS Ponta do Coral, quais sejam: psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Os formulários foram aplicados a todos os profissionais de formação de nível superior e de formação de nível médio. Foi necessário realizar sorteio do profissional a ser entrevistado apenas com relação a área da psicologia, por esta ter quatro profissionais atuando na equipe do CAPS. Como utilizamos um deles para a realização do pré-teste, participaram do sorteio apenas os outros três. O sorteio foi realizado na presença de outras duas profissionais da equipe.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos profissionais. A aplicação dos formulários foi simultânea e obedeceu ao mesmo critério. No caso de três dos profissionais entrevistados não foi possível realizar a aplicação do formulário no momento da entrevista, a pedido dos mesmos, devido a limitações de tempo. As entrevistas foram gravadas em fitas cassete, com a autorização prévia dos entrevistados, e, posteriormente, as falas foram transcritas.

As informações e os dados coletados foram sistematizados e classificados, de acordo com os eixos de pesquisa, e posteriormente analisados com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os dados originados dos formulários foram analisados e tratados descritivamente, ou seja, reduzidos a termos descritivos. Para efeito de padronização e de comparação foi adotado o método da porcentagem.

A análise final, que, segundo Minayo (1994), corresponde a um movimento contínuo entre o empírico e o teórico e vice-versa para fazer do caos aparente das

informações revelações da sua especificidade, foi construída pela síntese das informações coletadas em cada eixo de estudo, previamente definidos.

As questões éticas foram consideradas em todas as etapas do estudo, especialmente, na relação com os entrevistados, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) e dentro do que determina a Resolução N° 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde e o Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina. Os profissionais foram informados e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa quando da apresentação do projeto em reunião de equipe e individualmente antes da realização da entrevista. Foi preservado o anonimato dos entrevistado ao se utilizar codinomes para referenciar as falas no trabalho, destacando-se que os mesmos escolheram livremente seu próprio apelido quando da realização da entrevista. Apenas uma das entrevistadas optou por deixar a cargo da pesquisadora a escolha do codinome.

O trabalho que ora apresentamos está organizado de forma a contemplar, neste primeiro capítulo, a introdução do tema e a metodologia utilizada na pesquisa; no segundo capítulo descrevemos, sistematizadamente, o norte teórico utilizado como referência para a análise dos dados e das informações coletadas; no terceiro capítulo trazemos os resultados e as análises da pesquisa. Ao final, resgatamos os principais tópicos relacionados aos eixos de estudo e expomos nossas considerações finais sobre o tema.

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA

Procuramos expor neste capítulo uma síntese das análises de alguns autores que têm contribuído para o avanço nas discussões sobre a Reforma Psiquiátrica, bem como a definição do que vem a ser este outro modelo de atenção em saúde mental – o Modo Psicossocial, tanto em seus aspectos prático-assistenciais quanto em suas exigências éticas e teóricas, no sentido de construirmos o norte teórico orientador das análises da presente pesquisa.

Todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, na atualidade, bem como a literatura da área estabelecem a categoria teórico-prática “desconstrução” como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade nas ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Reiteram, também, a incapacidade da psiquiatria de explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (BASAGLIA, 1985; ROTELLI, 1990). Neste sentido, a proposta da Reforma Psiquiátrica objetiva criar experiências alternativas ao hospital psiquiátrico e ao modelo de suas práticas, através da extinção desse tipo de instituição e sua substituição por recursos que sejam capazes de rever tanto as concepções do “objeto” quanto dos “meios” e modos da sua intervenção nessa área.

A partir das contribuições colocadas por Fleury (et. al., 1989), com relação ao conceito de Reforma Sanitária como um “processo de transformação estrutural”, e da noção de *processo social complexo* proposta por Rotelli (1990), Paulo Amarante (2003, p.49), define Reforma Psiquiátrica como:

um processo social complexo que se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade.

Nessa concepção, o autor observa que processo indica algo em permanente movimento, que não tem um fim predeterminado, nem um objetivo último ou ótimo. E, a idéia de complexidade é posta não como sinônimo de complicação, mas sim como uma atitude epistemológica no sentido de reabrir a possibilidade de recomplexificação do fenômeno, proposição oposta a naturalização/objetualização da noção de doença. Neste sentido, a doença deixaria de ser reduzida a uma alteração biológica, para tornar-se um

processo de saúde/enfermidade. Em outras palavras, “a doença não é um objeto, mas uma experiência nas vidas de sujeitos distintos” (AMARANTE, 2003, p.53).

Na continuidade de suas análises sobre a Reforma Psiquiátrica Amarante (2000, 2003) designa quatro dimensões para as transformações operadas na e pelas práticas da Reforma, quais sejam: teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural.

A dimensão teórico-conceitual ou epistemológica contempla o conjunto de questões que dizem respeito a produção de conhecimentos e saberes que irão subsidiar as práticas. É uma dimensão que vai desde a reflexão dos conceitos mais fundamentais do campo das ciências até os conceitos produzidos pela psiquiatria: alienação, doença mental, normalidade/anormalidade, terapêutica e cura. Um aspecto muito importante desta dimensão refere-se ao desafio de se repensar as relações entre conhecimento e objeto (AMARANTE, 2003).

Na interpretação de Costa-Rosa (et al., 2003, p. 32), o campo teórico-conceitual pauta-se na desconstrução de conceitos e práticas, sustentados pela psiquiatria e pela psicologia nas suas visões acerca da doença mental. Propõe-se como contrapartida a construção de noções e conceitos como “existência-sofrimento” do sujeito na sua relação com o corpo social, acolhimento, cuidado, emancipação e contratualidade social. Nesse âmbito, pode-se entender que o conceito de existência-sofrimento impulsiona a Reforma Psiquiátrica na direção de uma revolução paradigmática, uma vez que questiona a tão cara relação sujeito-objeto e o próprio paradigma doença-cura. Tal conceito aparece por contraposição ao paradigma doença-cura, expressando a exigência de se dar ao sujeito a centralidade da cena.

Como exemplo desse campo Amarante (2003, p. 50) destaca o processo de desconstrução do conceito de clínica, que deixaria de ser o isolamento terapêutico ou o tratamento moral para tornar-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades; a desconstrução do conceito de doença produzido pela psiquiatria, em que o sujeito, não mais visto como alteridade incompreensível, possibilitará outras formas de conhecimento, que produzirão novas práticas clínicas e sociais.

Cabe destacar que quando um conceito é submetido ao processo de desconstrução é possível supor que as relações entre as pessoas envolvidas também serão transformadas, assim como os serviços, os dispositivos e os espaços. Conseqüentemente, mudam, ainda, os conceitos e as práticas jurídicas que eram adotadas pelos conceitos desconstruídos.

Para Basaglia (1985) e Rotelli (1990), desconstrução está relacionada à noção de *invenção*, de construção do real, de produção da subjetividade, recolocando em discussão a ciência e a psiquiatria. Os autores referem-se a “desconstrução” do dispositivo psiquiátrico e clínico em seus paradigmas fundantes e suas técnicas de poder-saber, entendendo-a como uma ação prática de dismantelamento das incrustações institucionais que cobriam a doença. A desconstrução questiona as bases do dispositivo psiquiátrico, em sua competência para atuar frente à loucura.

Entende-se desconstrução como um processo social complexo, de desmontagem do dispositivo psiquiátrico, que não tem fim, ou não pretende constituir, um modelo ideal, mas sim dar novo significado às relações e colocar questões imanentes às situações-problema. Nesse sentido, é um processo que precisa, por definição, ser reinventado incessantemente, e questionar também o conjunto dos segmentos sociais que deveria ser [...] objeto de uma verdadeira "revolução molecular", quer dizer, de uma re-invenção permanente (GUATTARI, 1992 apud TORRE; AMARANTE, 2001, p. 14).

A dimensão político-jurídica passa pela criação e alterações na legislação com relação aos direitos e a assistência ao portador de transtornos mentais. O âmbito jurídico é decorrente do fato de a psiquiatria ter instituído a noção de relação entre loucura, periculosidade, irracionalidade, incapacidade, irresponsabilidade civil. No plano político luta-se pela extinção dos manicômios e sua substituição por instituições abertas, pela revisão das legislações sanitárias, civil e penal referente a doença mental, para possibilitar o exercício dos direitos à cidadania, ao trabalho e à inclusão social. Importa nessa dimensão rediscutir e redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais (AMARANTE, 2003, p. 53; COSTA-ROSA, et al., 2003, p. 33).

No âmbito da dimensão técnico-assistencial está o modelo assistencial. É nesse campo que, na realidade brasileira, aparecem mais visivelmente as inovações com relação as práticas assistenciais em saúde mental, concomitante a reconstrução dos conceitos. As transformações vêm acontecendo tanto na concepção de novos serviços (CAPS, oficinas terapêuticas e de reintegração sociocultural, cooperativas de trabalho) quanto na sua forma de organização e gestão (instituições abertas com participação e co-gestão com os usuários e a população).

Nos últimos anos têm-se objetivado construir uma rede de novos serviços, concebidos como espaços de sociabilidade, de trocas, em que se enfatiza a produção de saúde como produção de subjetividades. Essas mudanças indicam para uma mudança nas práticas de atenção e tem significado *colocar a doença entre parênteses*, propiciando

contato com o sujeito, rompendo com as práticas disciplinares; aumentando a possibilidade de recuperação do seu estatuto de sujeito de direitos (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 32-33; AMARANTE, 2003, p.51).

A expressão *colocar a doença entre parênteses* é atribuída a Basaglia, significa a suspensão do conceito e implica na possibilidade de novos contatos empíricos com o fenômeno em questão. Para o autor, a psiquiatria colocou o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença como fenômeno da natureza. Assim, Basaglia propõe uma inversão, isto é, colocar a doença entre parênteses para tornar-se possível lidar com o sujeito e não com a doença.

Amarante (2003) chama a atenção para o fato de a atitude epistemológica de colocar a doença entre parênteses não significa a negação da doença no sentido do não se reconhecer que experiências de sofrimento ou diversidade fazem parte da realidade concreta da saúde mental. Nas palavras do autor:

não significa a recusa em aceitar que exista uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar. Significa, isto sim, a recusa a explicação da psiquiatria, para dar conta daquela experiência, como se esta pudesse ser explicada pelo simples fato de ser nomeada como doença. A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia social e política da exclusão, e a ruptura epistemológica com o saber da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para objetivar conhecer a subjetividade (AMARANTE, 2003, p. 56).

A dimensão sociocultural expressa o objetivo maior da Reforma Psiquiátrica, haja vista que pretende transformar o *lugar social* da loucura no imaginário social, transformando as relações entre a sociedade e a loucura. Muito do imaginário social é decorrente da ideologia psiquiátrica que tornou senso comum a relação da loucura à incapacidade do sujeito de estabelecer trocas sociais e simbólicas (AMARANTE, 2003, p. 53).

Para tanto se têm estimulado uma série de práticas sociais visando transformar o imaginário social relacionado a loucura, a doença mental e a anormalidade. Está em processo de mudança a imagem da loucura e do louco, a imagem da instituição e a da relação dos usuários e a população com ela. A intencionalidade passa pela construção de uma imagem das instituições de atendimento como espaços abertos de circulação e pólos de exercício estético, e uma imagem do “louco” como cidadão que deve almejar poder de contratualidade social (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 33).

Pensar a Reforma Psiquiátrica como um processo complexo implica desconstruir, superar conceitos; pensar, refletir sobre as ações no campo da saúde mental e os efeitos de

suas práticas; criar, construir novas práticas e produzir outros saberes. Trata-se, portanto, de um processo contínuo em que os verbos transformar, produzir, desconstruir, desmontar, emancipar, reconstruir devem estar no cotidiano do fazer em saúde mental.

2.1 O Modo Psicossocial

A elaboração das práticas do modo psicossocial é tributária de diferentes movimentos sociais científicos e vários campos teóricos. Sob esse aspecto, Abílio da Costa-Rosa (2000; 2003), busca especificar elementos básicos do novo paradigma traçando um paralelo de análise entre as práticas constitutivas do modo asilar e aquelas exigidas ao modo psicossocial⁷.

As principais características do modo asilar são: ênfase na consideração de determinantes orgânicos nos problemas que se pretende tratar, o que implica que o seu meio básico seja medicamentoso; pouca ou nenhuma consideração da existência do sujeito, o que implica que não se insista na sua mobilização como participante do tratamento. O indivíduo continua sendo visto como doente, tanto em relação à família quanto em um contexto social mais amplo. Daí decorre que a intervenção seja quase exclusivamente centrada nele. As aproximações da família, quando ocorrem, costumam ter caráter apenas pedagógico e assistencial. Dessa consideração do indivíduo como centro do problema, entre outros fatores, decorre também seu isolamento em relação ao meio familiar e social.

Ainda, com relação as práticas assistenciais, no modo asilar, o trabalho é realizado sem que os profissionais se encontrem para conversar sobre a atividade comum. O prontuário é considerado o elo de interconexão entre os profissionais da equipe. Mesmo no caso em que o meio é multiprofissional, a determinação fundamental dos problemas continua, na prática, sendo biológica. Portanto, a eficácia do tratamento espera-se que venha da química. Sua instituição típica continua sendo o hospital psiquiátrico fechado,

⁷ O autor observa que esta análise tem uma dimensão histórica, na medida que inclui uma consideração dos avanços que tem ocorrido nas práticas concretas até o presente; e outra dimensão lógica, visto que decorre da dedução realizada, através do método de análise, das características imprescindíveis a um determinado dispositivo para que ele configure uma lógica contraditória com a dos dispositivos que pretende superar e substituir (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.36).

ainda que nas últimas décadas esse venha sendo alvo de reformas democratizantes, intermitentes e esteja acompanhado de dispositivos chamados extra-asilares.

No modo psicossocial a concepção do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos sustentados para lidar com esse processo requer a desinstitucionalização do paradigma “doença-cura” e sua substituição pelo “existência-sofrimento”, conjuntamente com a configuração de práticas de trabalho transdisciplinares.

Destacam-se como principais exigências ao modo psicossocial: a determinação e consistência psíquica e sociocultural dos problemas, e não orgânica; a desospitalização e a desmedicalização, o que significa desconsiderar a medicação como resposta única ou preponderante e a priori; o exercício da “clínica da escuta e da criação de si”, e não a clínica da observação e da retomada do estado anterior às crises; a horizontalização das relações intrainstitucionais; a participação dos usuários e da população em forma de autogestão e co-gestão; o livre trânsito dos usuários e da população; a ética do reposicionamento do sujeito, que significa reconhecer a implicação subjetiva como forma de singularização e não supressão sintomática.

Os dispositivos institucionais típicos do modo psicossocial são os centros e núcleos de atenção psicossocial, o Hospital-Dia, ambulatórios de saúde mental; equipes multiprofissionais de saúde mental, inseridas em Centros de Saúde; setores para tratamento em saúde mental, inseridos em hospitais gerais. Seus meios básicos de tratamento são a psicoterapia, a laboterapia, as socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural, além da medicação.

É decisiva a importância que se atribui ao sujeito, daí que se insista de maneira fundamental na sua mobilização como participante principal do tratamento. Não se deixa de considerar, por isso, a sua dimensão de indivíduo (orgânico e sócio-cultural). Dá-se ênfase à consideração da pertinência do indivíduo a um grupo familiar e social. Supõe-se que se deve trabalhar também a família e o grupo social como agentes das mudanças buscadas.

Da consideração de que não é o indivíduo o único problemático, sugere-se que se inclua no tratamento também a família e eventualmente um grupo mais ampliado. As formas de participação da família e do grupo ampliado no tratamento são várias e superam, em muito, as posturas assistencial e orientadora, características do modo asilar. As associações de usuários e familiares criadas no modo psicossocial são reflexos dessa nova postura em relação aos usuários.

No modo psicossocial, espera-se que as diferentes possibilidades de ação se estendam desde a continência do indivíduo, durante a crise, até o reconhecimento da implicação familiar e social nos mesmos problemas. Espera-se, portanto, que tanto uns quanto outros possam assumir a parte de seu compromisso na atenção e no apoio. Além disso, dá-se acentuada ênfase à reinserção social do indivíduo, sem perder de vista que, muitas vezes, não é a problemática com a qual ele chegou a responsável pela sua saída da circulação sociocultural.

Quanto às formas de organização institucional, no modo asilar estas são marcadas por estratificações de poder e saber no âmbito do pessoal da instituição, que se transladam para a relação com os usuários e a população, os quais estão excluídos de qualquer participação que não seja a do objeto inerte e o mundo. Já os dispositivos do modo psicossocial tem suas práticas fundamentadas na lógica da Psicoterapia Institucional e da Comunidade Terapêutica e, geralmente, estas são instrumentadas por meio de assembleias de usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental. Participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais no modo psicossocial, por oposição à estratificação e interdição institucionais à heterogestão e à disciplina das especialidades que dominam no modo asilar.

Neste sentido, o autor propõe designar a Atenção Psicossocial como paradigma do modo psicossocial, em oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar.

2.1.2 Atenção Psicossocial

O termo Atenção, no contexto da Reforma Psiquiátrica, assume o conceito de “dar e prestar atenção, acolher, receber com atenção, tomar em consideração, levar em conta e escutar atentamente”. Designa uma parte fundamental do contorno que se pretende imprimir às ações de Atenção Psicossocial nas práticas em saúde mental. Expressa certos princípios relativos, sobretudo, à forma das relações dos agentes institucionais e das próprias instituições como dispositivos, com os sujeitos usuários e suas demandas (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 22).

Já o conceito Psicossocial designa as práticas em Saúde Mental Coletiva que se inscrevem como transição paradigmática da psiquiatria; enquanto que o termo psicossocial

agrega ao 'objeto' das práticas em saúde mental aspectos psíquicos e sociais, e tem a função de designar experiências reformadoras em sentido amplo (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 19).

Segundo o autor, ao somatizar aspectos sociais e psíquicos aos aspectos biológicos do paradigma e do objeto da psiquiatria a Atenção Psicossocial vai promover transformações nas concepções do objeto, nos modos de conceber e estruturar a instituição como dispositivo e, sobretudo, na forma de conceber e estruturar as relações terapêuticas, que tem, por sua vez, implicações éticas radicalmente distintas das práticas asilares.

A Atenção Psicossocial subentende ações diferenciadas das contidas no paradigma asilar e psiquiátrico. Na definição de Costa-Rosa Luzio e Yasui (2003, pp. 34-36):

a Atenção Psicossocial parece configurar um campo capaz de congrega e nomear todo o conjunto das práticas substitutivas ao Modo Asilar, conservando ao mesmo tempo a abertura necessária para a inclusão das inovações que ainda estão se processando e para outras que certamente virão. [...] As práticas de Atenção Psicossocial representam a sedimentação de um vasto conjunto de variações teórico-técnicas e éticas, mais ou menos radicais, conforme o caso, em relação às práticas vigentes e dominantes, que estão no lugar estrutural de sua alteridade necessária.

Os autores argumentam que a Atenção Psicossocial tem sustentado um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas norteadas pela aspiração de substituírem o modo asilar, e algumas vezes o próprio paradigma da psiquiatria. As ações na esfera político-ideológica trabalham em sintonia com os movimentos sociais que lutam pelo resgate da dignidade humana e dos direitos individuais e coletivos de cidadania. As ações teórico-técnicas referem-se à produção de novas formas de intervenção que possibilitem a construção de novos dispositivos que trabalhem pela transformação radical dos modelos institucionalizados e da ética em que se pautam.

Atenção Psicossocial, entendida como paradigma do modo psicossocial, designa concepções contrárias ao modo asilar. Quando referida as políticas públicas de saúde mental aspira a inclusão de aspectos políticos, econômicos, sociais, culturais e outros relacionados com ações que visam a construção de práticas de emancipação para a cidadania. Neste trabalho, se refere ao modelo de atenção em saúde mental que deve nortear as práticas dos serviços substitutivos, especificamente, a dos centros de atenção psicossocial.

Dessa forma, a complexidade e amplitude das práticas de Atenção Psicossocial inclui como seus componentes necessários, os conceitos e as práticas englobadas na desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, a partir de uma perspectiva baseada no aumento da contratualidade social dos usuários das instituições.

2.2 Desinstitucionalização

A desinstitucionalização tem sua origem nas experiências desenvolvidas por Franco Rotelli (1990), na Psiquiatria Democrática italiana. Segundo o autor, o primeiro passo da desinstitucionalização consiste em desmontar a relação problema-solução, renunciando a busca da solução racional (tendencialmente ótima) que no caso da psiquiatria é a normalidade plenamente restabelecida.

“O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de “cura” mas no projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente” (ROTELLI, 1990, p.30). Neste sentido, trata-se de um processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito doente. A desinstitucionalização traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação na qual exista reciprocidade entre sujeitos - uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade.

Nas palavras do autor,

A desinstitucionalização é, sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. [...] Depois de ter descartado a ‘solução-cura’ se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento (ROTELLI, 1990, p.33).

Em sua origem, os pressupostos da desinstitucionalização encaminham-se no sentido da restituição da subjetividade do indivíduo, possibilitando-lhes a recuperação de sua contratualidade, isto é, da posse de recursos para trocas sociais e, por conseguinte, para a cidadania social. Contudo, alguns estudos sobre as mudanças operadas na assistência no

âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira apontam para a compreensão da desinstitucionalização como desospitalização⁸.

Segundo Spricigo (2001), a desinstitucionalização, não correlata da desospitalização, torna-se a um só tempo, processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito adoecido. Traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação em que exista reciprocidade entre sujeitos, uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade. Isso gera a necessidade de invenção de novas modalidades de mediação, não somente médicas, mas principalmente políticas, sociais e culturais.

Sobre esta questão, Amarante (1995b) enfatiza que a mudança desejada na assistência em saúde mental não corresponde simplesmente ao fechamento de hospitais psiquiátricos e o conseqüente abandono das pessoas em suas famílias ou nas ruas, nem no fechamento de leitos para reduzir custos, no sentido do neoliberalismo ou no sentido do enxugamento do Estado. Segundo o autor,

desinstitucionalização não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativo. Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social (AMARANTE, 1995b, p. 491-494).

⁸ Ver SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Série Teses em Enfermagem, n° 42)

Neste sentido, a proposta da desinstitucionalização está centrada em uma mudança completa do paradigma de saber em saúde mental e, do ponto de vista assistencial, na constatação de que o hospital psiquiátrico tradicional é antiterapêutico. Assim, a estratégia de conversão do sistema de cuidado deve partir da substituição do hospital psiquiátrico por um amplo rol de serviços abertos e comunitários, capazes de assistir o usuário desde a crise aguda até às necessidades mais amplas de caráter social. Nestes novos serviços, a reabilitação psicossocial vem se configurando como um lineamento para o desenvolvimento de programas, eticamente responsáveis, no sentido de dar conta da totalidade das demandas que os problemas mentais severos e persistentes requerem.

2.3 Reabilitação psicossocial

Na definição da Organização Mundial de Saúde (1987 apud PITTA, 2001) reabilitação psicossocial é o conjunto de atividade capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários.

Segundo Pitta (2001), a reabilitação psicossocial, no seu sentido instrumental, é representada por um conjunto de meios (programas e serviços) que são desenvolvidos para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes, ou seja, um processo para facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. Tal processo enfatiza as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo e a cada situação de modo personalizado.

Para Saraceno (2001), a reabilitação psicossocial prevê um processo de restituição e reconstrução de direitos políticos legais e sociais para o cidadão. Para tal, projetos de ressocialização devem promover o reconhecimento do portador de transtorno mental.

Para Kinoshita (2001), reabilitar é reconstruir valores, aumentar o poder contratual, criar condições de possibilidade para que um paciente possa, de alguma

maneira, participar do processo de trocas sociais, produzir dispositivos que, desde uma situação de desvalor quase absoluto (pressuposto), possa passar por experimentações, mediações que busquem adjudicar valores aptos para o intercâmbio, ou seja, modificar o pressuposto de desvalor natural para um pressuposto de valor possível proposto, explícito.

O autor considera que reabilitar pode ser entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia. Sendo que, a contratualidade do usuário vai estar, primeiramente, determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Se estes podem usar de seu poder para aumentar o poder do usuário ou não. Depois pela capacidade de se elaborar projetos, isto é, ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida.

Ainda, diretamente ligada a questão da reabilitação de pacientes está a necessidade de se estabelecerem diversificadas redes de relações, as quais melhor capacitariam os indivíduos a compreenderem quais determinações influenciam sua vida cotidiana, ampliando sua autonomia.

O conceito de autonomia aqui referenciado é entendido como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001).

3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Apresentamos, a seguir, os resultados e as análises da pesquisa realizada, a partir dos eixos que nortearam a coleta dos dados e das informações: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde.

3.1 Estrutura e recursos financeiros

O conjunto de serviços substitutivos ao modelo de atenção em saúde mental tradicional (manicomial/asilar), do qual os centros de atenção psicossocial fazem parte, é, atualmente, regulamentado pela Portaria GM/MS N° 336/2002. Esta portaria estabelece portes diferenciados, a partir de critérios populacionais, para abrangência, financiamento e tipo de serviço prestado, de acordo com cada modalidade de CAPS.

Com relação a estrutura física, os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender a sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado. Para tanto, devem estar equipados com consultórios individuais para consultas, entrevistas, terapias, salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitório, sanitários, área externa para oficinas, recreação e esportes (BRASIL, 2004).

Neste aspecto, O CAPS Ponta do Coral tem uma estrutura que compreende um terreno com área física total aproximada de 1.936,00m², destes, aproximadamente 421m² são de área construída. Fazem parte das instalações, uma casa com dois pavimentos, um anexo, utilizado como sala do brechó, área de lazer e estar externa, e estacionamento. O pavimento superior da casa comporta 2 varandas, sala de recepção, sala de espera, 2 áreas de circulação (corredores), sala de administração, 2 consultórios, sendo que no momento um é utilizado como sala administrativa para realização de procedimentos relacionados ao preenchimento das APACs⁹, 2 salas para atividades grupais com WC, sala de depósito de

⁹ Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo.

material, cozinha com despensa, refeitório com churrasqueira, sala ampla (auditório) equipada com multimídia, sala de enfermagem, sala de repouso, e 7 banheiros distribuídos no espaço físico do pavimento superior. No pavimento inferior encontra-se a sala utilizada pela associação de usuários, 2 salas para a realização de oficinas (com passagem de uma para outra), sala com forno, sala de depósito de material e lavanderia¹⁰.

De acordo a pesquisa realizada, 83,3% dos profissionais considera a área física do CAPS suficiente para o atendimento da demanda e 66,7% consideram as instalações adequadas para a realização das atividades propostas; apenas um profissional observou que considera a estrutura do CAPS suficiente desde que as oficinas produtivas sejam realizadas fora da unidade. A mesma porcentagem (66,7%) considera os equipamentos disponíveis suficientes. Neste âmbito, o serviço conta com computador com impressora, aparelho de telefone e fone/faz, televisão, mesas de escritório, cadeiras, quadro branco, maca para atendimento em enfermagem, camas de repouso, fogão industrial, pia, mesas e bancos no refeitório, bancos para estar e descanso, entre outros. Metade dos profissionais respondeu que os equipamentos estão em bom estado de utilização, com ressalvas para salas com pouca ventilação no pavimento inferior.

Já com relação aos materiais de consumo, 91,7%, correspondente a onze dos doze profissionais que responderam ao formulário, consideram que os materiais de consumo não são suficientes. Eles se referem à falta e irregularidade no recebimento de materiais básicos à manutenção do serviço, tais como copo descartável para água, papel higiênico, e, principalmente, material específico para uso nas oficinas terapêuticas e de produtividade. Esta situação pode ser observada nas falas dos profissionais, que identificam as dificuldades no funcionamento do CAPS com relação a falta de recursos materiais e financeiros:

[...] essa falta de recursos é isso que eu te digo, desde a parte administrativa, nós precisamos de papel, carbono, copo pra tomar água, por exemplo, agora nós somos uma Unidade Local de Saúde que não tem copo descartável, já faz quase quinze dias, vinte dias, não tem copo descartável; falta água, aí nós temos que esperar, sendo que é um lugar que transita muitos usuários, eles tomam medicação e precisam tomar água, eles tomam muita água, e acaba não tendo água potável; por exemplo, teve época que faltou papel higiênico, em um serviço onde os usuários chegam fazem lanche, almoçam, fazem lanche da tarde, eles passam o dia aqui, então precisa ter uma estrutura mínima de atendimento (LÉLI, 4/4/2006).

¹⁰ Conforme Planta Baixa da unidade constante no projeto de reforma e ampliação executado em 2003/2004.

[...] a gente tem também o problema de fornecimento de material de consumo já há algum tempo, também desde que essa administração começou (Gestão Municipal e da Secretaria de Saúde), o fornecimento de material de consumo é interrompido, a gente fica sem tinta pra impressora, sem papel, sem papel higiênico...; tem diversos itens desses que são necessários, fazem parte do funcionamento do dia-a-dia do serviço (F, 12/4/2006).

[...] as oficinas terapêuticas e produtivas, requerem um material específico que precisa de dinheiro, e aqui, na política específica do município não tem uma regularização quanto ao repasse desse dinheiro [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

[...] a falta de agilidade no fornecimento das reservas para as oficinas, tudo isso resulta em um prejuízo para o trabalho; ficou quase uns dois meses a oficina fechada por falta de material, por exemplo [...] (P, 17/3/2006).

Outra dificuldade mencionada pelos profissionais no funcionamento do serviço é o vale transporte dos usuários:

[...] o funcionamento em geral fica prejudicado porque na medida em que falta vale transporte o usuário não vem, não consegue se deslocar para vir até aqui, aí interrompe aquele projeto terapêutico que havia sido feito com o usuário [...] (VIK, 24/3/2006).

[...] a questão, por exemplo, da dificuldade que a gente tem aqui: o transporte dos pacientes, a questão do passe, é muito irregular; então, isso reduz a nossa produtividade também, porque os pacientes acabam não vindo. Muitas vezes a gente não pode, por exemplo, contar com aquele paciente que veio para uma entrevista inicial porque ele não tem como estar vindo no curto prazo, então, acho que isso, a questão do custo que é o transporte em Florianópolis, também acaba afetando o nosso trabalho, então, nesse sentido, a falta de regularidade no passe [...] (P, 17/3/2006).

A partir dessa relação entre as diversas necessidades para o funcionamento do serviço é possível perceber que os profissionais assumem como princípio uma concepção de saúde ampliada, na qual não basta somente o atendimento terapêutico. Outros fatores estão interligados e contribuem para que a assistência efetivamente ocorra. Contudo, a concepção e prática setorializada das políticas sociais brasileiras provoca situações dessa natureza, na medida em que não se trabalha a inter-relação entre elas. Esta forma de setorialização das políticas sociais, no entanto, não é característica apenas da realidade brasileira, mas uma “modalidade do Estado burguês” que traduz as expressões da questão social mediante a tipificação das políticas sociais (NETTO, 1992).

Várias iniciativas têm buscado romper com esta perspectiva como a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), que reafirmou a necessidade de se garantir e melhorar o acesso aos bens e serviços da sociedade: prover trabalho, creches, profissionalização, educação, lazer, escolas, habitação, transporte, segurança pública, saneamento básico. Também, destacou ser fundamental enfatizar a questão do transporte urbano acessível aos usuários, a fim de que seja garantido o deslocamento entre os serviços de saúde e sua moradia (BRASIL, 2002a).

Na seqüência da pesquisa realizada, dois entrevistados referiram que a falta e as dificuldades no fornecimento dos recursos materiais necessários estão mais acentuadas na atual gestão administrativa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)¹¹. Foram relacionadas, ainda, como dificuldades, a falta de um carro disponível para o CAPS, a falta de terapeuta ocupacional, de outro médico psiquiatra e outros profissionais de nível médio (auxiliar administrativo, pessoa para limpeza). Outras questões listadas estão relacionadas aos recursos humanos e as necessidades de integração do serviço na política municipal de saúde. Os profissionais relatam a existência de dificuldades de interação da equipe, falta de capacitação, supervisão institucional, falta de apoio institucional, falta de efetivação de uma rede de saúde mental e/ou a existência de uma rede de atenção ainda incipiente, em processo de formação, falta de estrutura para atenção às urgências, dificuldades do gestor em compreender a lógica da saúde mental, salários incompatíveis com as funções.

Os problemas relatados pelos profissionais aparecem diretamente relacionados à insuficiência dos recursos financeiros de custeio do serviço. Todos os entrevistados referiram que os recursos gerados pelo serviço, através das APACs, não são suficientes para a realização das atividades do CAPS. Dentre as atividades prejudicadas, o trabalho nas oficinas foi apontado como o principal, conforme aparece na fala a seguir:

o que requer mais recursos, atualmente, são as oficinas produtivas, por exemplo, houve uma paralisação de muitas das oficinas quando faltou recurso. O recurso não é exatamente suficiente. Eu acho que os R\$ 500,00 por mês é um recurso pequeno [...] acho que o recurso poderia ser maior, pelas necessidades ele acaba sendo reduzido, não é uma coisa que você possa comprar a vontade, assim, é limitado, muitas vezes, a oficina tira de uma pra passar pra outra (P, 17/3/2006).

¹¹ Gestão Municipal 2004/2008; a Gestão da Secretaria de Saúde referida é a de 2004 a abril de 2006 que teve como gestor o vereador Walter da Luz; à época da coleta dos dados empíricos houve mudança do gestor municipal de saúde, assumindo o cargo o ex-secretário estadual de saúde João José Cândido da Silva.

Um dos profissionais apontou como principal atividade prejudicada pela falta de recursos financeiros a questão do território. Segundo este, a falta de recursos interfere no atendimento prestado, no sentido de que não é possível realizar o acompanhamento, a inclusão e avaliação do usuário em seu território. De acordo com este profissional,

o dinheiro do CAPS pode ser melhor gerido se investir no território. Investir no território seria elaborar projetos, ter mais articulação com a associação de moradores, ou seja, com os recursos que o território oferece, e aí precisa aumentar a própria equipe porque vai ter equipes que vão ter que se deslocar do CAPS; vai ter que ter investimento em carro, daí vai ter que ter um motorista, os próprios agentes comunitários tem que ter essa parceria, isso tudo implica em financiamento. [...] como eu sempre digo, território é onde a vida acontece, onde a cultura é produzida, onde as manifestações de vida, elas estão mais visíveis [...], mas investir lá no território, a equipe tem que estar inserida lá, estar toda hora pensando e discutindo [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

De acordo com as recomendações da política do Ministério da Saúde, as ações de saúde mental devem obedecer a um modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas. São ações que envolvem práticas de reabilitação psicossocial, promoção da cidadania, construção da autonomia possível dos usuários no ambiente em que eles vivem, e que necessitam de uma equipe multidisciplinar capaz de trabalhar sobre a ótica da interdisciplinaridade (BRASIL, 2004).

Necessariamente, a mudança de um modelo assistencial requer a análise de sua estrutura de financiamento. Isso significa que as características singulares e diferentes dos CAPS, em relação aos modelos tradicionais de assistenciais, e a complexidade das ações desenvolvidas por estes serviços necessita vir acompanhada de uma mudança na lógica de alocação de recursos financeiros.

Atualmente, o principal órgão financiador dos CAPS é o Ministério da Saúde (MS). Com a publicação da Portaria GM/MS nº 336/2002 os CAPS passam a fazer parte das ações estratégicas do MS. Esses serviços são incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e a remuneração é através do sistema APAC/SIA¹². Baseado na fatura que o prestador de serviços de saúde apresenta ao SUS, correspondente aos seus gastos

¹² A Portaria GM/MS nº 336/2002 descreve os procedimentos objeto de remuneração, classificando-os em intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Para essas três modalidades de atendimento, a Portaria GM/MS nº 189/2002 fixou o número máximo de atendimentos mensais para cada modalidade, de acordo com cada tipo de CAPS, sendo que para cada tipo de procedimento é destinado um valor diferenciado. Nos CAPS II, um procedimento intensivo custa R\$ 25,40; um semi-intensivo, R\$ 16,30; e um não-intensivo, R\$ 14,85 (BRASIL, 2002).

mensais com a produção de atendimentos aos usuários dos CAPS, o Ministério da Saúde repassa, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, o montante equivalente à sua produção. A inovação introduzida por este modelo de pagamento refere-se à fonte de financiamento, ou seja, ao acréscimo de recursos financeiros repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estadual e Municipal de Saúde (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, pp.129-132).

Sobre este aspecto, perguntamos aos entrevistados qual conhecimento possuem sobre o repasse dos recursos financeiros para o CAPS. Na sua maioria, eles referiram saber sobre os recursos originados a partir das APACs, contudo, relataram não saber sobre o controle do uso desse recurso, conforme expresso nas falas relacionadas:

[...] tem o valor, o montante desse valor que é produzido dos atendimentos pagos pelo Ministério (MS), então, tem isso mensal, a gente tem o valor que chegou, somou, vamos dizer assim, esse montante que a gente somou dos atendimentos feitos no mês, isso a gente sabe, porque as APACs são geradas aqui no CAPS, mas o repasse disso via Fundo Municipal, esse controle eu não sei, eu sei do valor que tem que receber mensalmente (VIK, 24/3/2006).

Bom, formalmente, eu desconheço qualquer..., todas as formas de recursos. O dinheiro da produtividade referente as APACs vai para o Fundo Municipal de Saúde e nunca teve prestação de contas disso. Na verdade a gente não sabe qual é o destino que é dado nem quanto vem; tem o nosso levantamento interno da produtividade, mas não sabemos o que é feito desse recurso (F, 12/4/2006).

Alguns profissionais referiram-se ao fato de o município não ter gestão plena do SUS,

Bom, eu tenho algum, pouco do que é repassado, a gente sabe o que foi recolhido, por exemplo, através das APACs, que são os atendimentos feitos aqui, então eu sei quantos atendimentos foram, qual seria o valor que essas APACs dariam, mas eu não sei qual o valor que a gente acaba recebendo, que fica num fundo perdido, no sentido de que é um fundo único por não ser gestão plena (J, 22/3/2006).

O conhecimento que eu possuo é muito irregular e insatisfatório, assim, a relação APAC, por exemplo, o repasse do dinheiro que viria do Ministério da Saúde a gente acaba..., nós não somos gestão plena então vai pra secretaria (municipal) de saúde e ali é passado pra compra de alimento..., enfim, mas nós não temos autonomia sobre esse dinheiro, então, uma vez que você não tem autonomia o teu conhecimento fica restrito. Está na mão da secretaria mesmo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais discorreu detalhadamente sobre a forma como os recursos são gerados e repassados à unidade gestora (SMS), referindo-se que todas as diretrizes sobre financiamento do serviço são preconizadas pelo Ministério da Saúde através de portarias.

Os recursos financeiros do CAPS são obtidos através de APACs, Autorização de Procedimento de Alto Custo; pra se preencher uma APAC é necessário que haja uma organização do serviço em cima de modalidades de atendimento; as modalidades de atendimento podem ser: semi-intensivo, intensivo e não-intensivo, cada um tem um determinado valor em relação a esse procedimento, ou seja, todas as diretrizes em relação a financiamento, o Ministério preconiza isso em portaria, então, os conhecimentos que eu possuo em relação aos recursos financeiros do Caps são os conhecimentos que já estão preconizados em relação ao Ministério da Saúde; essa APAC uma vez preenchida ela é computada, ela é repassada pro governo federal e este repassa o dinheiro fundo a fundo; esse dinheiro vem pro Fundo Municipal de Saúde, e é esse dinheiro que é aplicado na saúde mental pra ter a gestão do serviço [...] aqui acontece da seguinte forma: cada gestor municipal, como a política é municipalizada, eles criam um protocolo, nesse protocolo eles colocam de que forma esse dinheiro pode ser gastado na saúde mental; então, existe um documento no município dizendo, olha na saúde mental você pode gastar tanto com a associação de usuários, tanto pra comprar materiais, tanto pra gastar em vale transporte; então, existe um protocolo dizendo no que você pode gastar esse dinheiro que vem na saúde mental; é um dinheiro que vem do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde; esse dinheiro cai nessa conta e ali existe um acordo de como se gastar; esse dinheiro é manejado pelo gestor municipal de saúde (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme apontam Freire, Ugá e Amarante (2005, pp. 131-133), o modelo de alocação de recursos dos CAPS (sistema de remuneração por APAC) trás contribuições à política nacional de saúde mental ao inserir os CAPS no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) do MS, pois proporciona maiores incentivos financeiros, haja vista a alocação de recursos municipais extra-teto para a manutenção de serviços já existentes e a implantação de novos serviços.

Contudo, os mesmos autores ressaltam que há de se perceber que a lógica da remuneração que o SUS imprime aos CAPS vincula-se, preponderantemente, à doença. Ou seja, as unidades assistenciais do SUS seguem um sistema de remuneração vinculado a um diagnóstico, mais especificamente, a um episódio de doença, internação, contidos na tabela de procedimentos hospitalares (SIH/SUS) ou a ações ambulatoriais, inscritas na tabela de procedimentos ambulatoriais (SIA/SUS). Desta forma, “o sistema de saúde encontra-se, em sua quase totalidade, voltado para a produção de atos vinculados a doença, isto é, atos

curativos, valorizando, em consequência, intervenções predominantemente individuais, que são remuneradas pela venda de procedimentos, diárias e atos médicos-assistenciais de natureza privatizante” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p 133).

Amarante (2003, pp. 62-63) considera que os CAPS, como os serviços integrantes do SUS, também foram capturados pela lógica da *inampização*, ou seja, pela lógica do pagamento por procedimento. Para o autor, “o modelo prevalente dos CAPS é o herdeiro mais autêntico e legítimo da lógica do antigo INAMPS, onde a saúde era reduzida a doença, ao mesmo tempo em que o sistema de saúde era reduzido a assistência médico-curativa”.

Portanto, o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. Pelo contrário, tente a prejudicar a complexidade de ações dos CAPS, na medida em que não é previsto financiamento das diversas relações que podem ser estabelecidas com a comunidade, com as lideranças e associações comunitárias. Tais ações, dentre muitas outras possibilidades de intervenção territorial, “são inerentes a esse tipo de serviço e objetivariam imprimir um processo de transformação cultural nos diversos segmentos da sociedade, no lidar e no acolhimento das pessoas em sofrimento mental” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 135).

Sobre a forma de repasse dos recursos financeiros ao CAPS, os profissionais entrevistados relataram não existir descentralização administrativa. Os recursos chegam ao serviço na forma de materiais. Alguns profissionais observaram que até a gestão administrativa da secretaria municipal de saúde anterior eles tinham acesso a uma verba de R\$ 500,00 que utilizavam na compra de material para as oficinas. A partir da atual gestão esse dinheiro não foi mais repassado. A compra do material passou a ser feita através de orçamento encaminhado à secretaria, que faz o pagamento, e os profissionais retiram os materiais.

Não, a gente não tem acesso a esse recurso diretamente, a gente não é uma unidade que gere o seu recurso; ele vai pra secretaria e a secretaria... por exemplo: toda a compra de... o pagamento dos almoços, lanches, etc.. é a secretaria que faz; a gente não tem autonomia; o único recurso que a gente manuseia são os R\$ 500,00, que vem para as oficinas; isso é dividido, as Oficinas fazem um rateio, cada oficina compra o seu material, mas até parece..., da última compra fui eu que comprei, ela (SMS de Florianópolis) determinou, já colocou a empresa que vai fornecer; não sei se foi mediante licitação, já fez o pagamento direto, a gente só foi lá escolher e pegar os produtos que tinham sido

solicitados; então..., de outras vezes, por exemplo, a gente pegava o cheque ia lá comprava, pagava naquele valor, agora isso não foi feito dessa forma (P, 17/3/2006).

Desde que começou essa administração (Gestão Municipal 2004-2008) acabou esse repasse; então atualmente a única vez que a gente conseguiu material pras oficinas foi através de empenho que a própria secretaria fez..., então, permanece centralizado, a única coisa que a gente teve que fazer foi ir nas lojas fazer orçamento, passar pra secretaria, a secretaria emitiu as notas, e aí a gente foi buscar o material com essas notas, mas não com o dinheiro (F, 12/4/2006).

Não, não existe, porque, na gestão passada (Gestão Municipal 2000-2004) ainda vinha uma verba de dois em dois meses, tipo quinhentos reais pra compra de material pra oficinas; nós comprávamos, apresentávamos as notas e depois eles colocavam o dinheiro; nessa gestão (Gestão Municipal 2004-2008; Gestão da Secretaria de Saúde de 2004 até abril de 2006) não existe nada, então, a pergunta se existe descentralização administrativa dos recursos financeiros, não, não existe (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais referiu-se a descentralização não apenas como repasse de recursos financeiros e funções administrativas, mas como compartilhamento de poder na gestão do serviço.

Essa descentralização, eu estou entendendo como um compartilhamento de poder; não existe esse compartilhamento de poder na hora de gerir os recursos, assim, o CAPS possui CNPJ, mas ele não possui uma conta específica pra vir dinheiro pro CAPS, não existe isso, existe esse acordo que eu te falei, que vem do fundo a fundo e esse dinheiro vai pra saúde mental e o CAPS tem uma vertente pro CAPS, o dinheiro não é só pro CAPS, ela vai pra saúde mental, e aí o CAPS acaba utilizando esse dinheiro, então, quando pergunta sobre a descentralização eu faço a avaliação de que é o compartilhamento de poder, então, não tem isso, é o gestor que acaba se apoderando desse sistema de financeiro, a gente não interfere (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ao considerarmos a questão da descentralização político-administrativa dos recursos financeiros, temos a intenção de destacar que a transferência desta prática às unidades prestadoras de serviços em saúde nos municípios poderia estar favorecendo uma melhor utilização e adequação dos recursos às necessidades reais do serviço, bem como possibilitar maior agilidade na compra dos materiais e viabilizar um processo de gestão democrática e participativa, entre técnicos trabalhadores, usuários e gestores. Essa prática traduz-se, por sua vez, em um exercício político-pedagógico de construção da democracia, objetivando uma atuação com transparência na administração da coisa pública.

Quando questionados sobre se a descentralização financeira dos recursos possibilitaria o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, os

profissionais, na sua maioria, disseram que sim, com algumas ressalvas feitas para a necessidade de mudanças na forma de gestão administrativa do serviço, conforme expresso nas falas que seguem:

Sem dúvida, sim sem dúvida, isso é um equívoco assim porque..., justamente porque a gente não sabe qual é o destino dado a esse dinheiro. A gente acredita que se a gente tivesse mais transparência nesse processo a gente poderia pelo menos priorizar certas coisas que são de fato importante e garantir que elas fossem..., que a gente conseguisse obter essas coisas, enfim, o investimento necessário (F, 12/4/2006).

A melhor utilização sim acho que o planejamento teria que ser anterior, mas sim, acredito que utilizar no sentido até..., porque muitas vezes, como vai para esse Fundo que é pra todos, pra toda a saúde, você acaba sem saber, igual agora, que a gente já tem o dinheiro da supervisão disponível na secretaria, mas não tem como a gente começar amanhã, embora o dinheiro já esteja lá., porquê? porque a gente não sabe como esse dinheiro vai sair e entrar na mão do terapeuta que vai fazer a supervisão da equipe e isso pode demorar um mês, dois meses, vai saber, seria melhor, claro (J, 22/3/2006).

Sim, com certeza, porque nos iríamos sentar e ver as necessidades, por exemplo, esse ano nós ficamos desde o ano passado até um mês atrás sem material nenhum pras oficinas e as oficinas que mais tinham, capitalizavam usuários e não tínhamos material, nós tivemos que suspender as oficinas; então nós sabemos das necessidades, as necessidades dos usuários, quais as oficinas tem mais usuários, pra gente pode administrar e vê onde pode estar investindo (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que sim porque ficaria mais próximo da própria administração do CAPS, porém, ia surgir a necessidade de ter todo um aparato administrativo pra poder gerenciar isso, mas assim, na medida que aqui no CAPS a gente tem uma gestão participativa, em que os usuários estão reunidos semanalmente pra pensar as regras do CAPS, as necessidades do CAPS, enfim, seria mais interessante talvez, esse repasse direto tu quer dizer, é... não sei assim, a princípio..., hoje a gente tem uma estrutura de conselho que prevê o controle social através do Fundo Municipal de Saúde, o Conselho Municipal tem essa ligação também, e aí a gente está lá também, de certa forma representado (VIK, 24/3/2006).

Olha, eu acho que teria que mudar um pouco a nossa dinâmica de funcionamento; não deixa de ter um lado...bom, é uma faca de dois gumes, poderia facilitar a gente fazer um processo mais rápido talvez, não faltaria coisa, porque as vezes faltam coisas básicas, agora, por exemplo, faltam copos, se você tivesse o recurso você ia ali e comprava uns pacotes de copos, não teria essa... essa falha; agora é saber que é mais uma tarefa também que acumularia em termos administrativos, financeiros, quer dizer, não sei se você não está ali também inchando o processo burocrático aqui dentro do CAPS; eu acho que pode ter vantagens, mas pode ter desvantagens; eu teria que pensar melhor, nunca pensei nessa possibilidade; assim, acho que o dinheiro da Oficina, puxa, se a gente tivesse aqui uma verba seria mais fácil, as vezes faltam coisas

pequenas que você não tem como estar repondo aqui, tem que esperar uma nova verba, de repente pra.... (P, 17/3/2006).

Um dos profissionais observou sobre as questões práticas e políticas que envolvem a descentralização no contexto do SUS:

Esse compartilhamento de poder ele só pode ser discutido dentro da lógica do SUS, universalização, integralização, etc., dentro dos preceitos do SUS tem o controle social, essa descentralização só pode ser discutida quando acontece o controle social. Hoje essa descentralização ela tem que ser discutida no Conselho Municipal de Saúde e mais precisamente no conselho gestor dentro do CAPS; agora, porque não ocorre isso? Porque não tem a clareza da necessidade; eu acredito que as pessoas que acabam estando na prática, principalmente no CAPS, se sobrecarregando com as coisas, e acabam não tendo a clareza, ou não querendo assumir mais um encargo trabalhista; então, esse é um dos grandes problemas que existe, a sobrecarga de trabalho, as condições de trabalho, aí você acaba tendo que lutar por tudo isso; isso aí eu vejo que tem muito a ver com a questão da militância, pessoas que já estão, lá na época ou do ensino médio, que já começam ir pros grêmios, depois a pessoa acaba indo pra militância no movimento estudantil, e quando vão pros serviços de saúde são profissionais mais críticos, que acabam tendo essa visão mais ampla da saúde e da política; então, as pessoas que acabam chegando no serviço com um pouco desse ideal de controle social eu diria, acabam questionando mais essa questão da descentralização; voltando a tua pergunta sobre a descentralização financeira, ela poderia sim possibilitar um melhor planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, se houver o controle social dentro dessa descentralização financeira (GIRASSOL, 20/3/2006).

Cabe destacar que a proposta da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, na regionalização e na hierarquização da rede de serviços, constante entre os princípios e diretrizes do SUS, coloca o município como lugar privilegiado para o desenvolvimento de uma política de financiamento das ações em saúde, com critérios transparentes, e que respeite as particularidades da realidade local. O Ministério da Saúde continua a ser a instância que, na administração do Fundo Nacional de Saúde (FNS), acompanha a aplicação dos recursos que são repassados aos estados e municípios. Estes, por sua vez, são obrigados a constituir os seus respectivos fundos de saúde e conselhos estaduais e municipais, elaborar planos de ação e apresentar relatórios de gestão, garantindo também a existência de contrapartida de recursos para a saúde nos seus orçamentos (COSTA, 2002).

Embora a descentralização seja uma prática com vistas a aumentar o poder decisório de aplicação dos recursos na esfera local, esta ainda apresenta muitos problemas, na medida que não consegue alcançar efetividade, dados os impasses de ordem burocrática e administrativa. Por si só a descentralização não garante maior controle social ou uma prática democrática. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada que abarque as especificidades da área da saúde mental.

Nesse sentido, a lógica fundamental da estrutura de financiamento exigida é a de que os recursos financeiros devem ser centrados nas pessoas e não nos serviços. O financiamento deve contemplar todas as ações necessárias e decorrentes da implantação, implementação e sustentação de uma nova política de saúde mental (BRASIL, 2002a). O que deve ser colocado em pauta é a viabilidade de se financiar o CAPS como um todo, envolvendo todas as suas ações e especificidades, permitindo-se que cada serviço tenha flexibilidade para realizar seu trabalho de acordo com as necessidades locais, desvinculando o financiamento da relação de compra e venda de serviços e da noção de doença (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 136).

3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico

Os profissionais que trabalham nos CAPS compõem um grupo de diferentes técnicos de formação de nível superior e nível médio, e integram uma equipe multidisciplinar. Todas as unidades de serviço devem obedecer a exigência da diversidade profissional e cada CAPS tem suas próprias características quanto ao tipo e a quantidade de profissionais. A equipe mínima indicada para os CAPS II é composta por médico psiquiatra, enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior de outras categorias profissionais entre psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro necessário ao projeto terapêutico e seis profissionais de nível médio entre técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).

O papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. As equipes devem organizar-se para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação

psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e poder equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas (BRASIL, 2004).

Neste item nos propomos a descrever e analisar a composição e perfil da equipe técnica do CAPS Ponta do Coral, bem como as dificuldades e facilidades do trabalho em equipe consideradas pelos profissionais, a existência de práticas interdisciplinares no atendimento ao usuário, de projeto terapêutico e planejamento das ações da unidade de serviço¹³. Ao final do item consideramos os apontamentos dos profissionais sobre as diferenças do atendimento prestado no CAPS em relação ao realizado nas instituições tradicionais/hospitais psiquiátricos.

3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental

O CAPS Ponta do Coral conta com uma equipe de profissionais multidisciplinar que atua diretamente no atendimento aos usuários. São profissionais com formação de nível superior nas áreas de psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Entre os de formação de nível médio estão dois técnicos em enfermagem e um auxiliar administrativo. Compõem a equipe, ainda, os profissionais de apoio, vigilantes e auxiliar de limpeza, e estagiários de psicologia, serviço social e enfermagem.

¹³ É importante destacar que o perfil bem como a opinião dos profissionais sobre o serviço varia, no decorrer do tempo histórico, de acordo com a composição da equipe naquele determinado momento. Outros trabalhos já realizados identificam o perfil da equipe, a percepção dos profissionais sobre o trabalho no CAPS, o significado e o processo de inserção no serviço, a concepção sobre o modelo assistencial e práticas de desinstitucionalização, em épocas anteriores. Entre estes ver: GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003; FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial** - percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004; NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental:** em busca da articulação e qualificação das ações em saúde. Monografia (Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Lato Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

A maioria dos técnicos de nível superior concluiu a graduação na década de 1980. Metade deles possui capacitação específica na área de saúde mental, em geral, cursos de formação e aperfeiçoamento, especialização em terapia cognitiva comportamental, saúde pública, clínica, psicoterapia, psicanálise, atenção psicossocial. Três profissionais possuem mestrado nas áreas de enfermagem, sociologia política, artes cênicas; um fez residência médica em psiquiatria e cursa mestrado na mesma área; uma profissional tem doutorado em sociologia política.

Mais da metade dos profissionais (58,3%) possuem experiências de atuação profissional em outras instituições da área de saúde mental como clínica de internação, hospital psiquiátrico, centro comunitário de saúde mental, serviços de atenção à dependentes químicos e centro de atenção psicossocial. A maioria (66,7%) atua na área de saúde mental a partir da segunda metade da década de 1990. Cinco profissionais identificaram ter experiência de atuação em outras instituições que não da área de saúde mental.

Com relação ao tempo de serviço no CAPS, quatro profissionais atuam desde a implantação do serviço, em 1996, três ingressaram na equipe entre os anos de 2001 e 2002, e quatro profissionais passaram a fazer parte da equipe recentemente, a partir de meados de 2004. Quanto ao tipo de vínculo empregatício, a maioria, 75% (9 profissionais), é servidor público concursado, dois são contrato temporário e um ingressou no serviço público municipal através de indicação técnica. Nove profissionais possuem regime de trabalho de 30 horas semanais e 3 deles trabalham 40 horas semanais.

Com relação a capacitação específica em saúde mental para atuar no CAPS, todos os entrevistados consideram esse quesito de grande importância. Entre as razões apresentadas estão: a necessidade de compreensão e entendimento comum do que é um CAPS e o entendimento do tipo de assistência que este serviço deve oferecer; a preocupação com a diferença no atendimento que o CAPS deve oferecer em relação aquele prestado em outros serviços de saúde mental; a necessidade da capacitação para suprir as defasagens da formação acadêmica, que, em geral, não abarca as especificidades do campo da saúde mental.

Na opinião dos entrevistados,

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS, não tem a qualificação pra atuar, então ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então é necessária a questão da capacitação... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ah sem dúvida, sem dúvida, principalmente porque o que a gente está propondo é uma reformulação no modo da assistência em saúde mental, então é preciso que quem venha trabalhar num CAPS entenda essa lógica, que não venha pra cá com a mesma mentalidade do que se faz no hospital psiquiátrico, do que se faz em ambulatório, é outra coisa também diferente da atenção básica, então o CAPS precisa disso, precisa que o profissional tenha essa.., esse tipo de orientação, esse tipo de compreensão da sua finalidade (F, 12/4/2006).

Muito, muito importante, justamente por isso que eu estou te falando, porque assim, o profissional que trabalha no campo psicossocial, de qualquer área, ele necessariamente precisa quebrar a prática estereotipada pra poder entrar num serviço como esse porque o assistente social de um CAPS ele não é aquele assistente social de um hospital psiquiátrico, ele muda, ele faz outras coisas, ele se coloca de outro jeito, assim também é o médico, assim também é o psicólogo, o enfermeiro, então, uma formação específica pra essa área é bastante adequado porque vai tratar especificamente das necessidades que se colocam no cotidiano (VIK, 24/3/2006).

Considero, considero sim. É interessante que cada um tenha um saber, que traga o seu saber pela sua formação, da sua prática, do seu bairro, da sua comunidade, mas trabalhar no CAPS não é trabalhar em ambulatório, trabalhar no CAPS é ter um conhecimento sim do que é uma Reforma Psiquiátrica, do que significa um CAPS num panorama hospitalocêntrico. É toda essa questão política que tem por trás, questão financeira também, que é um serviço que se propõem substituir sim progressivamente os hospitais. Em muitos lugares isso já é feito, já conseguem fazer internação zero, outros lugares não; então, uma abordagem no CAPS precisa sim ter capacitação (LÉLI, 4/4/2006).

Sim, até por que o que é o CAPS? O quê um CAPS deveria ser? Cada um tem a sua idéia do que é um CAPS, mas ela não é uma idéia homogênea, então a minha experiência do que é um CAPS em outros lugares, que eu já tive em outros lugares especificamente, é muito diferente do que eu chego aqui e encontro as pessoas falando o que é um CAPS. é claro que a capacitação para um CAPS, para o que é o trabalho em CAPS podia homogeneizar, pelo menos todo mundo iria estar falando a mesma língua (J, 22/3/2006).

Sobre este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005, p. 30), observam que “os profissionais de saúde mental são, ainda em grande parte, formados a partir da prática cotidiana que caracteriza a lógica manicomial”. Hospitais e clínicas psiquiátricas constituem-se ainda os espaços onde “são oferecidos treinamentos em serviço (sob a forma de estágios e residências) aos profissionais que irão, no futuro, tentar materializar a nova lógica dos serviços substitutivos”.

Os autores destacam que “do sucesso da forma de organização da produção e transmissão do conhecimento pode depender o sucesso da própria reforma psiquiátrica” (OLIVEIRA; DORNELES, 2005, p. 32). Neste sentido, é importante que seja colocado na

cena do debate o funcionamento das instituições de aprendizado profissional sob a ótica da reflexão sobre as práticas e não apenas sobre o discurso das propostas dos cursos de formação. Os centros de formação devem se programar, planejar e garantir aprendizado e treinamento supervisionado, em que se pratique e construa espaços de práticas genuinamente terapêutica.

Na mesma direção, um dos entrevistados expressou sua preocupação com relação a seleção dos profissionais que vão atuar no CAPS, argumentando que os resultados do trabalho também dependem desse aspecto.

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS não tem a qualificação pra atuar, então, ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então, é necessária a questão da capacitação [...]. o processo de inclusão do profissional na área da saúde mental hoje, como se dá? Ele se dá por indicação política, seleção por contrato temporário e por concurso público. A indicação política pode ofertar profissionais desqualificados, pode! O contrato temporário, se não tiver um rigor no perfil que se quer pra trabalhar em CAPS vai acontecer a mesma coisa, um profissional desqualificado, o concurso público a mesma coisa, se não tiver um perfil, se não tiver o que se gostaria realmente, qual profissional que você gostaria de estar atuando hoje no CAPS, então, enquanto não se superar a forma de inserção no trabalho do CAPS, enquanto não se superar a discussão da saúde mental nos currículos acadêmicos vai continuar sendo sempre necessária a questão da capacitação [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Com relação a formação das equipes técnicas para atuar nos CAPS, as indicações aprovadas na e pela III CNSM apontam para a necessidade de que a contratação de profissionais deva ser realizada exclusivamente por meio de concursos públicos, e em caso de urgência, através da CLT, mas com seleção pública. E, ainda, os concursos devem exigir os pré-requisitos necessários e adequados à proposta de trabalho em saúde mental, alinhada teórica e conceitualmente aos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2002a).

Assim, é necessário considerar, quando da seleção dos profissionais, o perfil para trabalhar junto ao portador de sofrimento psíquico, bem como a existência de uma dimensão subjetiva, humanizante, solidária e fraterna como componente fundamental do perfil dos trabalhadores em saúde mental. Nesta direção, uma das participantes da pesquisa destacou a questão da opção política por este tipo de trabalho, associada a necessidade de competência técnica para atuar na área.

Eu acho que a gente trabalha com situações que requerem um estudo permanente, formação permanente, [...] eu acho que este é um dos vícios da saúde pública. Muitas vezes se confunde um pouco o tratamento ético ou moralmente responsável com uma qualidade também técnica. Eu acho que as duas coisas têm que estar associadas, tem que ter uma empatia pela causa da saúde pública, que aí entra na questão ética, moral de cada um, valores que você tem quando você vem pra esse tipo de trabalho; muitas pessoas que vem pra saúde pública quase que tem uma vocação religiosa. Mas ao mesmo tempo você também tem que ter uma competência técnica; não basta você tratar bem o paciente, você acolher, você precisa saber como intervir dentro da linha de trabalho que cada um escolhe, isso é fundamental (P, 17/3/2006).

Os profissionais, na sua maioria, indicaram ter recebido capacitação para atuar no CAPS. Referiram-se, especificamente, a um treinamento/capacitação realizado em novembro de 2005, com duração aproximada de 20 horas, organizado pela Assessoria Técnica de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde¹⁴. Contudo, alguns observaram que foi um treinamento tipo encontro, de curta duração, com trocas de experiências, e que não chegou a ser muito significativo.

Com relação a política de saúde mental, a maioria dos profissionais (83,3%) afirmou ter no mínimo algum conhecimento de sua organização e diretrizes. Entre os entrevistados, todos consideraram importante saber sobre os princípios, a estrutura e forma de organização da política de saúde mental para o trabalho do CAPS. Todos indicaram haver disponibilidade de material didático relativo a política na unidade de serviço.

Sim, precisa conhecer a política porque o atendimento está dentro dessa política, dessa lógica. (LÉLI, 4/4/2006).

Claro! é vital, pra poder planejar o seu trabalho, pra poder saber como é que a gente se liga com outros serviços, como é que a gente pode montar a rede, isso é fundamental porque o trabalho não se encerra aqui dentro, não pode ficar aqui dentro só, ele tem que poder justamente se expandir (F, 12/4/2006).

Sim é muito importante, até pra saber o que está acontecendo, o que pode ser feito, quais são os recursos disponíveis, o que precisa melhorar. Acredito que, fora a sua capacitação individual, eu acho que isso é uma outra premissa pra você iniciar no serviço [...] (J, 22/3/2006).

É importantíssimo conhecer, primeiro saber se ela existe, primeiro a pessoa tem que ter a curiosidade, tem que ter o desejo e a clareza de que é essencial ter os parâmetros ou diretrizes políticas de saúde mental pra

¹⁴ O município não tem o cargo de Coordenador de Saúde Mental. Em novembro de 2005 foi nomeada Assessora Técnica em Saúde Mental a enfermeira Lílian Pagliuca, que permanece na função até a data da presente pesquisa.

poder acompanhar, se orientar, e, segundo, conhecer sobre essa política (GIRASSOL, 20/3/2006).

Muito importante porque hoje a gente tem acesso a isso, aqui no CAPS a gente tem a legislação de saúde mental e pra gente poder entender porque, assim, a gente está na gestão da política também, por ser participativa, por estar junto nas decisões, então é preciso que a gente entenda, e tem muito detalhamento, são muitas portarias, o sistema de financiamento também é bastante complexo [...] (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que claro, porque a gente está dentro de um braço da política nacional de saúde; tanto pra você ter noção de qual é a perspectiva, em nome de que esse serviço está sendo mantido, também pra você poder avaliar a possibilidade desse ideais, dessas prerrogativas, que são pensadas a nível geral e nacional, serem realmente eficaz em termos práticos, porque muitas vezes você tem uma boa idéia, mas nem sempre uma boa idéia traz um bom resultado [...] (P, 17/3/2006).

Nesse sentido, a construção e consolidação de uma política de saúde mental, coerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o estabelecimento de uma política adequada de recursos humanos, que valorize e considere a importância do trabalhador de saúde mental na produção dos atos de cuidar. Para isso, deve-se garantir a capacitação e qualificação continuadas; a remuneração justa dos profissionais; a garantia de condições de trabalho e de planos de cargos, carreira e salários; a democratização das relações e das discussões em todos os níveis de gestão; a incorporação das questões de segurança, saúde e saúde mental do trabalhador; a garantia de supervisão clínica e institucional; a avaliação de desempenho e garantia da jornada de trabalho adequada para todos os profissionais de nível superior, bem como a isonomia salarial entre eles (BRASIL, 2002a).

3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário

De acordo com as indicações aprovadas na III CNSM, a política de recursos humanos para a saúde mental deve visar implantar, em todos os níveis de atenção, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, na perspectiva do rompimento dos especialismos e da construção de um novo trabalhador em saúde mental, atento e sensível

aos diversos aspectos do cuidado, ou seja, com uma visão integral e não fragmentada da saúde (BRASIL, 2002 a).

Segundo 83,3% dos profissionais o trabalho no CAPS Ponta do Coral é realizado em equipe. A maioria considera que existem dificuldades na realização das atividades. Uma delas está relacionada, conforme identificado por eles, ao fato de que nem todos compartilham das mesmas referências com relação à Reforma Psiquiátrica, à saúde pública e ao projeto do CAPS.

Bom, são várias, mas o que eu vejo de mais complicado é o fato de que nem toda a equipe compartilha das mesmas referências em relação ao que seja a Reforma Psiquiátrica, a função de um CAPS, as necessidades que o CAPS tem pra alcançar esses objetivos. Isso se deve em parte a diversidade da formação, e também às convicções pessoais. O problema não é a diversidade em termos da formação profissional em si, mas o modo, o fato de que você tem uma equipe multiprofissional por exemplo, isso gera alguma dificuldade na troca, na possibilidade de produzir um conhecimento novo a partir dessas experiências que são de diferentes disciplinas, diferentes áreas. Mas eu diria que é mais no sentido da Reforma Psiquiátrica mesmo, naquilo que ela aponta, então parece que esse é um problema a mais; outro que tem se tornado mais evidente pra mim ultimamente é a falta de formação de grande parte dos profissionais sobre o que seja saúde pública, boa parte deles não conhece o sistema de saúde pública, apesar de trabalhar num serviço de saúde pública, mas não conhece o sistema, não sabe a lógica, não sabe como é que ele funciona, então acaba tomando decisões muitas vezes administrativas que são equivocadas, que não levam em conta o modo de funcionamento da saúde pública (F, 12/4/2006).

Tem sim várias dificuldades, entre elas, existem diferenças de formação e, portanto, ideológicas. Alguns momentos a gente vê, assim, o CAPS tem um projeto de não internação, de autonomia do usuário, de gestão plena do usuário, e, as vezes, a equipe, algumas pessoas acabam esbarrando com isso. O entendimento disso é muito difícil também, as vezes é uma linha muito tênue entre o que é o assistencialismo, a autonomia, o que é dar o limite do ponto de vista terapêutico e o que é dar o limite porque você não quer se incomodar. Então, algumas pessoas não vêm de uma postura da Reforma Psiquiátrica, não sabe o que é uma Reforma Psiquiátrica, não tem uma noção, [...] é uma luta política também e algumas pessoas não sabem o que é [...] (LÉLI, 4/4/2006).

Em outras falas, foi apontada como uma das dificuldades do trabalho em equipe questões relacionadas a uma suposta divisão entre o grupo de técnicos.

A relação com a equipe tem uma certa peculiaridade, eu acho que as pessoas, a equipe que começou anteriormente, já desde a formação ou no começo do CAPS, eles se intitulam como a equipe do CAPS. Os que chegaram depois, em geral, não são bem acolhidos, ou são muito pouco,

tanto que as próprias atividades em equipe, em grupo, dificilmente, essas pessoas novas são incorporadas ao que já existe; então, acaba criando aí até a equipe da manhã, a equipe da tarde, mais ou menos, embora eu estou aqui todo o período, mas tem essa divisão... e eu acho que assim o ponto de partida é esse, a sensação é que quem não estava aqui desde o começo não fez parte da história (J, 22/3/2006).

A equipe que iniciou lá em 96 (1996) veio com algumas questões conceituais amarradas. Por quê? Porque a pessoa que estava pensando, planejando o CAPS ela vinha do Movimento da Luta Antimanicomial, era uma das representantes em nível nacional aqui em Floripa, Santa Catarina; então tinha algumas coisas amarradas na estrutura de atendimento do CAPS, que era muito pra poder implantar o sonho da Reforma Psiquiátrica aqui em Floripa, criar um serviço, do município, que de fato evitasse internação, que de fato fosse continente pros usuários com transtorno mental grave, e isso se mantém, porém, com a chegada dos técnicos que foram sendo substituídos, alguns saíram, técnicos novos entraram, a equipe de profissionais foi se modificando, a gente tem uma distância conceitual por mais que a gente pretende uma proposta multiprofissional, e a gente consegue, ao longo do tempo a gente conseguiu, é muito interessante o jeito como nós trabalhamos, porque de fato conseguimos trabalhar cada profissional lado a lado, dividindo o mesmo grupo, a mesma oficina terapêutica, então, assim, isso é possível, mas hoje, a gente, assim, tenta manter esse paradigma da Reforma Psiquiátrica, da desospitalização, do fortalecimento dos serviços territorializados, de um modelo que é um modelo multiprofissional, com a gestão participativa dos usuários, contra o modelo hospitalocêntrico, médico centrado, mas existem diferenças na questão conceitual da equipe, isso é falho, inclusive pra própria equipe (VIK, 24/3/2006).

A importância da unidade da equipe no atendimento ao usuário e na organização do trabalho recai sobre a qualidade do tratamento terapêutico ofertado. A mudança de paradigma epistemológico com relação a saúde mental não garante por si só a alteração das práticas assistenciais. Os conflitos e problemas de equipe existentes precisam ser trabalhados nas supervisões institucionais de forma que os técnicos consigam superar as dificuldades que obstaculizam a união do grupo em torno de um objetivo comum, sejam elas ideológicas, de formação, de concepção e/ou de afinidade com os colegas.

Um dos entrevistados apontou a questão das relações de poder e diferenças nos valores pessoais e nas relações interpessoais como dificuldades do trabalho em equipe.

Primeiro, a relação de poder, eu acho que é um grande problema, uma dificuldade que existe. Essa relação de poder, ela emana, que eu tenho percebido, da psicanálise, da teoria psicanalítica e da teoria psiquiátrica; então, os profissionais detentores desse conhecimento acabam, sutilmente, estabelecendo poder frente aos profissionais não-psi diria; essa relação de poder pelo saber é um dos problemas ou uma das dificuldades que eu encontro pra trabalhar em equipe no CAPS; outra

dificuldade, acho que é a própria experiência de vida das pessoas, aquelas pessoas em que parece que não estão claros os valores humanos como solidariedade, amor, justiça, sabedoria, a práxis, o repensar a prática, profissionais que não fazem a autocrítica da sua prática, pra mim, eu acho que é uma dificuldade trabalhar em equipe devido a isso; então, seria esse poder pela teoria e essa questão um pouco mais pessoal que é a relação de lidar com o outro, as relações interpessoais, são dificuldades que eu vejo em equipe (GIRASSOL, 20/3/2006).

A partir da fala profissional é possível pensar sobre as relações de poder que se estabelecem pelo saber. Conforme nos ensina Foucault (1979), os poderes se exercem em níveis variados e em pontos diferentes da vida social. Neste complexo, existem os micropoderes que estão intimamente relacionados com a produção de determinados saberes (sobre o criminoso, a sexualidade, a doença, a loucura). Assim, o poder não é algo que se detém como uma coisa, como uma propriedade, que se possui ou não. O poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona, como uma máquina social que não está situada em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda estrutura social (MACHADO, 1979 p. XIV).

De acordo com Foucault (1979), todo conhecimento, seja ele científico ou ideológico, só pode existir a partir de condições políticas, que são as condições para que se formem tanto o sujeito quanto os domínios de saber. Para o autor não há saber neutro, todo saber é político. Dessa forma, saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber. E, em contrapartida, todo saber assegura o exercício de um poder (MACHADO, 1979 p. XXI - XXII).

Na seqüência, a entrevistada aponta de forma geral algumas das questões cotidianas como dificuldade no trabalho em equipe.

Bom, eu acho que as vezes a gente é muito trefista, a gente não tem o tempo suficiente que a gente gostaria para estar parando para discutir os casos, se ater a cada paciente; tem diferenças na equipe também, tem conflitos [...] mas assim, a gente ainda tem, as vezes, coisas assim muito imediatistas, que não nos propiciam fazer realmente um estudo de caso mais integrado, ter uma intervenção, as vezes, mais articulada; a gente tem tentado em alguns momentos, mas assim, não é uma coisa que tem um peso forte como eu acho que deveria ter (P, 17/3/2006).

Dessa forma, a intensidade das demandas colocadas aos profissionais, especialmente na atualidade, provocam o desenvolvimento de ações pragmatistas, muitas

vezes sem uma reflexão maior. Isso vem acontecendo em vários contextos institucionais e com diferentes profissões. Ou seja, na medida que aumentam as necessidades humanas e as demandas para satisfazê-las, não ocorre no mesmo ritmo, o aumento da oferta de equipamentos e serviços assistenciais capazes de dar conta da complexidade dos problemas decorrentes da emergência das novas relações sociais, econômicas, culturais, advindas com a modernidade.

A precarização das condições de trabalho também foi apontada pelos entrevistados como mais um dos fatores que, por vezes, dificultam a convivência e o trabalho em equipe. Eles se referem a questão da diferença na remuneração salarial entre os profissionais que trabalham no CAPS, principalmente do médico para as outras profissões. A desproporção salarial chega a diferença de até quatro vezes mais entre o que recebe o profissional médico e o salário dos demais técnicos. Associadas a esta situação estão a diferença na carga horária de trabalho, a condição de contratação temporária, a falta de reconhecimento por parte da SMS, no apoio e incentivo à participação em eventos científicos e de militância política na área, entre outras.

Os profissionais indicaram que contam com supervisão institucional para lidar com as questões do trabalho no cotidiano. A supervisão institucional existente era, até o início deste ano (2006), paga pelos próprios profissionais, mas nem todos participavam. A partir do mês de abril do corrente esta passou a ser financiada com recursos provenientes do Ministério da Saúde. Além deste tipo de supervisão, foi relacionado como outro recurso existente para abordar essas questões as reuniões de equipe, realizadas mensalmente, as reuniões clínicas, realizadas semanalmente, e foi citada pelos técnicos em enfermagem, a supervisão realizada com profissional da área.

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que as políticas de formação e capacitação em saúde mental devem criar espaços de trocas baseados na realidade local, com valorização dos diversos saberes e metodologia participativa. A supervisão clínica e institucional permanentes deve ser estendida a todas as pessoas que trabalham com portadores de transtorno mental: equipes de PSF e PACS, trabalhadores da urgência e emergência, do hospital geral, dos serviços substitutivos e dispositivos residenciais, cuidadores de saúde mental, profissionais de nível médio e superior da rede de saúde mental. A referida Conferência destaca, ainda, a necessidade de implantação da NOB – Recursos Humanos do SUS, salientando a importância da garantia da capacitação para todos os níveis, supervisão permanente, interdisciplinaridade e isonomia salarial (BRASIL, 2002a).

Com relação as potencialidades que o trabalho em equipe possibilita os profissionais destacam a relevância deste no atendimento ao usuário, a possibilidade de trocas entre as varias áreas e a oferta de um atendimento multidimensional.

Entendo que essa é uma clínica multidisciplinar e isso (trabalho em equipe) é importante pela complexidade mesmo do tipo de fenômeno com o qual a gente trabalha, então, a gente precisa, é necessário ter uma oferta de serviços e de formas de atenção, que seja a mais diversificada possível, pra que a gente possa atender a uma série de necessidades que as profissões nas suas especialidades não dão conta; então essa é a grande vantagem, você pode fazer essa atenção multidimensional, isso é interessante (F, 12/4/2006).

A vantagem é justamente a estrutura coletiva de resposta à uma situação que chega pra você; vem a psiquiatria trazer um conhecimento, a psicanálise traz outro, [...] a enfermagem acaba dando a sua contribuição quando discute realmente a relação, vem o serviço social discute essa articulação que a pessoa tem com o social, e essas pessoas (profissionais), com seus conhecimentos, vão socializando esse conhecimento pra dar a resposta às fragilidades ou às potencialidades de vida que essa pessoa traz (GIRASSOL, 20/3/2006).

Acho que a grande vantagem é que a gente quebra a lógica hospitalocêntrica que era muito centrada no médico, na figura do médico, naquilo que o próprio médico decidia do tratamento, hoje quem decide é a equipe multiprofissional [...] (VIK, 24/3/2006).

Ah! Muitas, eu acho, em primeiro lugar, essa possibilidade da troca interdisciplinar; porque eu acho que cada um tem um tipo de contribuição diferente, um saber que te ajuda a pensar com mais amplitude o próprio trabalho, o próprio paciente, e, eu acho que quebra um pouco certas relações de poder; também, assim, o fato de a gente lidar com situações que são muito pesadas para alguém estar lidando sozinho, então quando você sente essa coisa da equipe, quando tem um paciente que está muito comprometido ou que tem risco de vida, a gente se sente muitas vezes angustiada por aquele paciente e você tem a equipe pra te dar um respaldo, pra estar pensando junto. Acho que isso é, sem duvida, algo que gratifica também (P, 17/3/2006).

Primeiro, agregar conhecimentos, se a equipe for multidisciplinar, que não quer dizer interdisciplinar, mas a princípio se ela for multidisciplinar a possibilidade de trocas de conhecimento de várias áreas realmente acaba sendo muito rica; são vários olhares sobre uma mesma questão, vários pontos de vista. Quando o trabalho de equipe é interdisciplinar, as pessoas acabam trocando mesmo, saindo, as vezes, do seu campo de formação, podendo estar se estendendo em outros campos, acaba sendo mais rico ainda. Num trabalho como o CAPS é necessário (o trabalho em equipe). Eu não consigo ver o trabalho que não seja em equipe porque pra você atender um usuário você precisa de uma equipe, pra você abordar o usuário, uma família, receber uma família precisa de vários olhares, enfim, de várias formações, vários olhares técnicos, da parte de

enfermagem, psicologia, da arte, serviço social, então, isso é importante (LÉLI, 4/4/2006).

O reconhecimento de outras dimensões no processo saúde-enfermidade, que não estritamente a biológica, traz a tona a questão da interdisciplinaridade¹⁵, pois na busca da integralidade da assistência a atuação de um único saber profissional não é suficiente. No processo da Reforma Psiquiátrica o campo da saúde mental é chamado a refazer-se por inteiro, ampliando o seu foco de abordagem e procurando romper com as delimitações dos saberes tradicionais na área. Busca-se uma nova recomposição de conhecimentos, sustentados sobre um conjunto de rupturas e novas premissas, e não apenas um novo somatório ou rearranjo simples dos saberes especializados. Desta forma, diversos campos de saber, implicados na assistência em saúde mental, são envolvidos na teorização e nas novas práticas de cuidado (VASCONCELOS, 2000a).

A pesquisa realizada indicou que 66,3% (correspondente a oito dos doze profissionais que responderam o formulário) dos profissionais consideram que existe interdisciplinaridade no atendimento ao usuário no CAPS Ponta do Coral. As falas relacionadas na seqüência apresentam a concepção dos profissionais sobre interdisciplinaridade e indicam a respectiva compreensão sobre a importância desta no atendimento ao usuário.

A gente poder ter o que a gente chama de clínica ampliada, essa multidimensionalidade que nos permite atacar o problema de várias formas e, portanto, oferecer diversas formas de atendimento, desde o medicamentoso até o serviço social, as oficinas, as oficinas expressivas, a arte, etc. (F, 12/4/2006).

Eu acho que em primeiro lugar isso, assim, é um olhar mais amplo para a condição daquele paciente. Cada profissional tem um aspecto que acentua, pela sua vida, pela sua formação; o educador artístico tem uma outra estratégia, por exemplo, pra lidar com aquela queixa do paciente, o assistente social tem uma, o psicólogo tem outro olhar, assim, eu acho que pra mim soma, eu acho que é uma forma da gente também aprender, enriquecer a nossa análise, a nossa possibilidade de intervir; sem dúvida que é rico (P, 17/3/2006).

Alguns profissionais expressaram sua concepção de interdisciplinaridade observando que esta não é sinônimo de multidisciplinaridade e que nem sempre é possível fazer práticas interdisciplinares.

É justamente isso, poder compartilhar o conhecimento que cada disciplina traz, essa inter, mas realmente compartilhar isso e não a

¹⁵ Sobre os conceitos de multi, inter e transdisciplinaridade ver, entre outros, Vasconcelos, 2000a.

multidisciplinaridade; é pensar, coletivamente, saídas pra enriquecer a vida da pessoa e aí é sempre um pensar e repensar (GIRASSOL, 20/3/2006).

Então, essa idéia dessa troca de conhecimento pra poder ajudar o usuário, pra poder a equipe ter um suporte também, pra poder, num estudo de caso, por exemplo, trocar os vários conhecimentos, os vários pontos de vista e poder estar entrelaçando; então, é importante, mas nem sempre se consegue fazer (LÉLI, 4/4/2006).

Já nas falas que seguem é possível perceber a concepção de interdisciplinaridade mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade.

Cada profissional tem a sua especialização, e ele foi formado para atender determinadas características que aquele usuário precise, ou informações, e a própria atenção, e cada um tem uma formação específica e diferenciada; então, eu acho que quanto mais ampla, mais amplamente ele for avaliado, e receber essas informações, e esse tratamento, vai ser melhor pra ele; então, desde o serviço social, desde o atendimento psicológico, o atendimento médico, enfim, até ah! eu cortei meu dedinho, o que eu faço? Então, vai poder ser atendido ali, ser acolhido pelo técnico de enfermagem (J, 22/3/2006).

É muito importante porque cada profissão tem o seu conhecimento específico e contribui aí com o seu conhecimento. É necessário que cada um de nós tenha muito claro o seu papel aqui dentro pra que não vire uma salada mista e se dilua o que cada um faz, que é específico de cada um. Então, é importante que a gente tenha boa formação técnica, específica da saúde mental pra que a gente possa chegar numa equipe que trabalha sob o paradigma do campo psicossocial, e que de fato possa ser multi, no sentido do atendimento, e aí, assim, no campo psicossocial, aqui no CAPS, por exemplo, a gente vê a necessidade de os profissionais trocarem mesmo, porque surgem muitas demandas, são muitas necessidades do usuário, é um campo novo. Então, assim, tem n coisas que vai se descobrindo, que cada área contribui diferentemente, mas ao mesmo tempo de forma conjunta. Então, o psicólogo, obviamente, ele tem mais elementos pra entender a parte clínica, o assistente social tem mais elementos pra entender a parte previdenciária, da assistência social desse usuário, que também é importante, muito importante pra ele, o médico tem o conhecimento sobre os psicofarmacos, sobre essa parte mais específica da medicação, e assim a gente vai trocando (VIK, 24/3/2006).

Com relação a este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005) observam que, no Brasil, a interdisciplinaridade faz parte do discurso politicamente correto, garantindo seu estabelecimento como princípio, traduzido na expansão cada vez maior dos territórios profissionais e na fusão dos saberes. O discurso da multi e da transdisciplinaridade é relativamente bem conhecido e aceito em nível intelectual, mas as práticas institucionais apontam, paradoxalmente, para fortes resistências, isolamento e hiperespecialização.

De acordo com os autores, para que estas ações multidisciplinares se tornem efetivas há necessidade de estratégias e planos, que visem a harmonização da convivência para que esta não seja imposta, mas compreendida e desejada pelos profissionais. Na prática, o momento é de impasse, pois multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade existem em tese e como imposição de comando, mas não se concretizam, ainda, como prática planejada, efetiva e eficaz (OLIVEIRA; DORNELES, 2005).

Ainda segundo os referidos autores, uma verdadeira transdisciplinaridade não está nem mesmo no horizonte das instituições de saúde mental brasileiras. Este é um dilema fundamental no processo da reforma psiquiátrica, que depende de ações integradas (órgãos reguladores do ensino superior, programas universitários, instituições e serviços de atendimento) para cumprir sua missão de transcender as práticas manicomial e os territórios de dominação e poder estabelecidos entre as disciplinas que formam a saúde mental.

3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações

A importância do projeto terapêutico dos CAPS recai sobre a responsabilidade de que todo o trabalho desenvolvido em cada unidade deve ser realizado em um ambiente terapêutico. Isto significa que tanto os atendimentos individuais, grupais como a convivência no serviço tem finalidade terapêutica. Cada CAPS deve ter um projeto terapêutico, que leve em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais, as iniciativas de familiares e usuários e o território onde se situa, com sua identidade, sua cultura local e regional (BRASIL, 2004).

O CAPS Ponta do Coral conta com projeto terapêutico do serviço, o qual, segundo 75% dos profissionais que responderam ao formulário, foi planejado em equipe. Três profissionais referiram não saber sobre o planejamento em equipe por não fazerem parte desta a época.

O sistema atual de atendimento no CAPS Ponta do Coral difere da maioria do adotado pelos serviços desta natureza. Em geral, os CAPS realizam a assistência ao usuário

no modelo de TR¹⁶. O CAPS Ponta do Coral oferece atendimento sob a ótica da regionalização. Ou seja, como o serviço não é territorializado, é o único na modalidade, na cidade e no município, a equipe técnica foi subdividida em pequenos grupos ou mini-equipes de dois e/ou três profissionais, sendo cada uma destes responsáveis por uma das regionais, que é onde o usuário mora. Esta proposta foi pensada e implementada há quase dois anos, quando os profissionais identificaram dificuldades em atender no sistema de Terapeuta de Referência (TR) toda a demanda existente. Tal estratégia utiliza-se do sistema de divisão por regionais da Secretaria Municipal de Saúde. Ao total são cinco Regionais de Saúde, Leste, Norte, Sul, Centro, Continente, distribuídas espacialmente na área geográfica do município. Nestas regionais, foram implantadas, recentemente (a partir do final do ano de 2005 e início de 2006), equipes de atenção em saúde mental, compostas por um médico psiquiatra e duas ou três psicólogas em cada uma das Regionais de Saúde.

De acordo com o projeto terapêutico do serviço, as atividades desenvolvidas são: psicoterapia, atenção medicamentosa, atendimentos de emergência, grupo terapêutico, oficinas terapêuticas¹⁷, assembléia de técnicos, usuários e familiares, visitas domiciliares, articulação com entidade, programas e serviço, atividades de formação e pesquisa, reuniões de equipe, reuniões clínicas de casos¹⁸.

Conforme as determinações da Portaria GM/MS Nº 336/2002, a assistência prestada ao usuário no CAPS deve incluir atendimento individual, em grupo, atendimento à família, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades comunitárias, enfocando a integração do portador de transtorno mental na comunidade e sua (re)inserção familiar e

¹⁶ Este sistema de atendimento é desenvolvido na maioria dos CAPS e constitui-se do acolhimento da pessoa quando de sua chegada ao serviço por um dos profissionais da equipe. A partir daí é traçado um projeto terapêutico com o usuário e o profissional que o acolheu passará a ser uma referência para ele. O Terapeuta de Referência (TR) tem a responsabilidade de monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo as atividades e a frequência de participação. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, discutindo com o usuário e com a equipe técnica do CAPS (BRASIL, 2004, p. 16).

¹⁷ São oferecidas as seguintes oficinas: oficina de cerâmica, oficina de artes plásticas, oficina de mosaico, oficina de jogos, esportes e lazer, oficina de tapeçaria, oficina de trabalhos manuais, oficina da terra, oficina de jornal, oficina de velas, oficina de leitura, oficina de música, oficina brechó, oficina de teatro, oficina de formação política, oficina de fotografia. Destas, as oficinas de cerâmica, velas e mosaico são produtivas, ou seja, sua produção é comercializada. Cabe destacar que algumas oficinas podem estar em funcionamento ou não, em determinado período de tempo, de acordo com a disponibilidade de técnicos para acompanhar, de condições materiais para o funcionamento e da demanda de usuários.

¹⁸ A descrição e o objetivo de cada atividade pode ser consultado no Projeto Terapêutico do CAPS II Ponta do Coral (2004), ou a partir do projeto de Estágio curricular em Serviço Social de Stuari (2005).

social. A depender do projeto terapêutico de cada usuário, o CAPS poderá oferecer as seguintes modalidades de atendimento: atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo¹⁹.

Já com relação ao planejamento das ações, 50% dos profissionais consideram que este existe. Cabe lembrar que ao questionarmos os participantes da pesquisa sobre este fator, estamos nos referindo ao planejamento estratégico, aquele voltado para uma visão ampla, global e de longo alcance da organização/instituição, baseado na análise do contexto e com a finalidade de buscar alternativas de ação. No entanto, alguns dos entrevistados observaram estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação objetivo e sistemático dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declararam não existir processo de planejamento e avaliação das ações do serviço, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

As falas relacionadas a seguir demonstram o tipo de planejamento existente no CAPS e como este acontece.

Bom, o planejamento é feito mais ou menos assim: chega uma época do ano em que a Secretaria (SMS de Florianópolis) nos pede um planejamento e aí, geralmente isso é com uma semana no máximo de antecedência, é aquela correria, a gente monta um plano básico de trabalho etc., mas é muito mais pra cumprir a obrigação. A gente tem um projeto terapêutico que é amplo, que é do serviço todo, e a gente vai, com esse projeto terapêutico a gente vai ajustando as atividades e aquilo que a gente pretende alcançar, mas não há um planejamento muito formalizado, não há um processo de planejamento, até porque é tudo muito fragmentado, o que a gente planeja aqui, boa parte depende desse recurso financeiro, depende do apoio da Secretaria, que é sempre uma coisa incerta. Então, em termos de planejamento a coisa fica sempre muito precária. Em termos de avaliação é mais precário ainda, a gente não tem indicadores; novamente, no final do ano, aí a Secretaria pede um relatório do que foi feito, a gente faz um levantamento geral, mas ele é descritivo, ele não é avaliativo, a gente não sabe de fato quais são

¹⁹*Atendimento intensivo* – atendimento diário, oferecido à pessoa que se encontra em grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento semi-intensivo - nessa modalidade, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Este tipo de atendimento é oferecido quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento não intensivo – oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até 3 dias no mês. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário (BRASIL, 2004, p. 16).

os efeitos que a nossa intervenção produz; claro, a gente tem uma certa dimensão pelo contato direto com os usuários, fulano que não interna a tanto tempo, ou fulano que voltou a trabalhar, ou que resolveu pelo menos algumas coisas que eram mais complicadas na sua vida, isso a gente tem, mas não tem um processo de avaliação estruturado que nos permita dados com visibilidade maior (F, 12/4/2006).

Neste sentido, destacamos que, a nosso entender, a função planejamento deve orientar todas as ações no dia-a-dia das organizações. O planejamento é o processo de estabelecer antecipadamente a finalidade da organização/instituição, definir os objetivos e prever as atividades e os recursos necessários para atingi-los. Planejar é uma forma de pensar o futuro da organização/instituição, definindo o que fazer, como, quando e com recursos. Nesse processo, é importante considerar que as organizações/instituições estão inseridas num contexto constituído pela sociedade, pelo Estado e por outras instituições que influenciam suas decisões (TENÓRIO, 2000).

Alguns profissionais referiram-se, especificamente, ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, reuniões clínicas e na supervisão de equipe. Segundo estes, é na reunião de equipe mensal que se planejam mais as ações, estas entendidas como a definição dos grupos terapêuticos ou oficinas que vão ter, o objetivo e a finalidade destes, a demanda etc..

Mensalmente, a gente tem uma reunião de equipe, que tem um pouco esse objetivo, de planejar e avaliar o que é feito. Além dessa reunião mensal a gente tem dois outros momentos semanais, que é um na quarta-feira outro na quinta-feira, que a gente chama de reunião técnica, [...] mas isso se dá muito no cotidiano também, na assembléia geral do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Ele acontece em reunião de equipe, uma reunião mensal, a gente planeja grupos, planeja..., então.., acontece, primeiro tem uma reunião mensal da equipe e reunião duas vezes por semana, que são os estudos de caso; agora, a avaliação, acontece em reunião de equipe mais; o planejamento, por exemplo, como abordar um determinado caso, como ajudar, de como servir a família, o trabalho, é feito durante a semana nos estudos de caso, e nós temos a supervisão, que é um espaço que também acaba se fazendo uma avaliação, a supervisão de equipe (LÉLI, 4/4/2006).

Outras falas detalharam as conseqüências da falta de um processo sistemático de planejamento e avaliação das ações, inclusive fazendo análise dessa problemática em relação as instituições públicas em geral.

Eu acho que esse é um problema, acho que falta muito; por exemplo, se você esta aqui fazendo a avaliação da política a partir do olhar dos profissionais, eu, nesse momento, tenho tido muito incomodo diante da

necessidade que eu vejo de avaliar as ações, de avaliar os pacientes, e a gente não tem uma forma sistemática de fazer isso; por exemplo, a gente não tem um instrumento de captação do trajeto do paciente dentro do CAPS, a gente não anota algumas coisas, os prontuários também deixam muito..., as vezes a gente não faz registro nos prontuários e mesmo quando a gente faz ele não tem, assim, por exemplo, uma sistematicidade, o que é que eu vou enxergar, como é que eu vou ver se aquele paciente está melhor ou está pior depois que ele está aqui, então, a gente não tem esse instrumento; e, o planejamento, é feito um planejamento terapêutico com o paciente; o planejamento do nosso serviço é mais ou menos...., funciona, assim, com as oficinas, não é um planejamento rigoroso, a cada período a gente senta e reorganiza não, tem algumas diretrizes gerais, eu acho que em termos práticos falta muito dos dois lados, planejamento das nossas atividades, por exemplo, as vezes naquele roldão a gente vai fazendo, vai fazendo, e, também, a avaliação da eficácia, do que realmente aquilo está resultando pra vida do sujeito, se ele está realmente conseguindo chegar mais próximos desses lugares que a gente apregoa como princípios da saúde mental - autonomia, dessas coisas que a gente também fala: relação com o trabalho, relações, laços sociais; então, a gente não tem esse (instrumento de planejamento e avaliação), eu acho que falta (planejamento e avaliação) [...] Na verdade eu acho que esse é um problema das instituições públicas em geral, eu acho que tem uma grande resistência no Brasil a qualquer critério de avaliação, porque, esse discurso, a retórica da igualdade, ela exatamente vai na contramão de um processo meritocrático, ou seja, você avaliar também por mérito; você tem que criar esse tipo de instrumento; a prefeitura não tem, nunca teve uma avaliação nos anos que estou aqui que medisse o desempenho profissional, principalmente aqui, que a gente lida com pessoas que estão aqui pra se tratar, e a gente não sabe se a pessoa...., a gente vai olhando um caso ou outro; não existe um processo institucional de avaliação, nesse sentido (P, 17/3/2006).

Em geral, as organizações precisam de um processo de avaliação que realize uma revisão dos objetivos e metas alcançados e daqueles a serem atingidos. O planejamento e a avaliação são a oportunidade de fazer uma pausa e examinar a situação da instituição.

Não obstante, as políticas públicas no Brasil vêm se estruturando de forma descentralizada, com responsabilidades de organização e financiamento partilhadas entre a União, Estados e Municípios, cabendo a estes últimos a execução dos serviços de atenção direta à população. Deste modo, os processos de avaliação de serviços de saúde mental devem ocorrer no âmbito municipal. Segundo Dias (2002, p. 2)²⁰, este desafio coloca no debate o aspecto de como avaliar o funcionamento de um serviço de saúde mental, que está

²⁰ A autora realizou um trabalho de construção coletiva de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental junto aos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre; uma apresentação resumida dos resultados pode ser consultada em DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental.** In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

inserido num novo patamar conceitual e tem como tarefa não reproduzir uma prática de tutela, com ênfase na patologia, mas de incluir o sujeito portador de transtorno psíquico no planejamento e na execução das ações terapêuticas, numa nova relação que garanta a viabilidade do exercício da cidadania numa sociedade desigual. Ou seja, as dimensões de mudança conceitual, realidade social e política pública de saúde de âmbito municipal, tornam complexa a adoção de processos de avaliação.

A fala descrita na seqüência especifica o processo de planejamento e avaliação no que se refere a ação interventiva profissional no tratamento ao usuário, destacando que não existe um processo sistemático de planejamento e avaliação com relação as ações do CAPS.

O planejamento e a avaliação das ações do CAPS, eles acontecem só de uma forma muito primária ainda, nós temos [...] o planejamento e avaliação da ação do profissional a título de intervenção em relação ao usuário existe de três formas: primeiro, casos clínicos, que aqui nós fazemos reuniões de casos clínicos, quarta-feira das 8 às 9 horas e quinta-feira das 11h30min às 12h30min pra discutir a questão do caso clínico de pessoas; outra forma, construção de projetos terapêuticos ou revisão dos projetos terapêuticos na reunião da regional, cada regional, que são cinco, fazem suas reuniões pra discutir o planejamento e avaliar a vida dessa pessoa nas regionais, e a outra, especificamente do CAPS, a título de gestão, é a reunião de equipe, que você presenciou semana passada, aí é um outro momento de planejar e avaliar, porém, ressalvo, não se tem algo mais fidedigno, ou academicamente falando, que nos ampare pra fazer essa avaliação; então, é extremamente necessário nós termos supervisão, termos pesquisadores, que nos ampare no sentido de avaliar o serviço, avaliar nossa prática, avaliar a autonomia do usuário; a grosso modo nós temos, mas é muito de senso comum; então, precisa cientificar ou legitimar, regularizar, tornar mais fiel esse tipo de avaliação, a grosso modo temos, agora, com mais rigor, por escrito, não temos (GIRASSOL, 20/3/2006).

Sabe-se que a ausência de um processo de planejamento estratégico e avaliação sistemática comprometem a efetividade dos objetivos propostos. Conforme destaca Dias (2002), o cenário da Reforma Psiquiátrica requer tanto uma multiplicidade de respostas à sua plena implantação como para a avaliação de seus resultados. Contudo, é importante ressaltar que a especificidade das ações em saúde mental demanda a adoção de um método participativo, com o fim de superar o caráter unidimensional, comum em avaliações tradicionais.

A avaliação participativa já é uma exigência nas políticas sociais, decorrentes da pressão social pela garantia de acesso a bens e serviços públicos. Por analogia, a

construção de indicadores de avaliação também pode ser participativa, com a contribuição dos sujeitos inseridos na esfera municipal, responsável pela execução da atenção em saúde mental. Para a autora, apesar de certa reserva científica pela adoção desta sistemática metodológica, o seu valor está no alcance social de incluir os responsáveis pela execução de determinada ação, na sua construção e sistematização (DIAS, 2002).

3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento

Conforme já destacado neste trabalho os hospitais psiquiátricos são instituições representativas do modo asilar enquanto os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico de exercício das práticas de atenção psicossocial, do modo psicossocial.

O modelo de assistência do modo psicossocial destaca-se por seus meios básicos de tratamento (rede diversificada de serviços territorializados), e pela importância decisiva que se atribui ao sujeito na sua mobilização como participante principal do tratamento. Neste, considera-se o indivíduo como pertencente a um grupo familiar e social, o que supõe que se deve trabalhar, também, a família e o grupo social, como agentes das mudanças buscadas.

Já no modo asilar a organização institucional é marcada por estratificações de poder e saber, no âmbito das relações profissionais e da instituição, as quais transladam para a relação com os usuários e a população. Estes são excluídos de qualquer forma de participação, enquanto que no modo psicossocial, participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais.

Na pesquisa realizada, a maioria dos profissionais entrevistados referiu conhecer sobre a forma de atendimento no hospital psiquiátrico, seja por visitas, atuação profissional, contatos institucionais, relato dos usuários que estiveram internados.

No que se refere as diferenças no atendimento prestado pelo CAPS em relação ao hospital psiquiátricos, os entrevistados consideraram que existem diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência de um só discurso, o médico psiquiátrico do hospital e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial em contraposição ao tratamento igual para todos

das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Eu acho que é diferente em vários aspectos, primeiro, são essas diferenças que eu digo que são de base, sobre a Reforma Psiquiátrica e a função de um CAPS nesse processo de reforma. Existe por parte da maioria da equipe uma convicção de que a nossa função é evitar a internação e de uma certa maneira poder fazer substituição a essas instituições tradicionais; deslocar a centralidade do sistema pra um serviço aberto, que seja interdisciplinar, ou seja, onde você não tenha um discurso único dando a orientação, que no caso é o discurso psiquiátrico nas instituições (tradicionais); você tem essa multidimensionalidade então você pode compartilhar o discurso; em relação ao próprio atendimento, começa na forma do acolhimento, eu acho que o nosso acolhimento é bom, ele tem condições de receber a pessoa, de entender o que ela está procurando, o que ela está precisando, quais são as suas necessidades; a gente tenta de alguma maneira envolver família embora com dificuldades, mas a gente tenta e tenta principalmente manter a vinculação ou criar novos vínculos desse usuário; o projeto terapêutico que é individualizado também é outra coisa fundamental, que aí a gente quebra com a lógica tradicional de que todos recebem o mesmo tratamento, é a mesma medicação, são os mesmos horários, são as mesmas atividades pra todo mundo, não, a gente procura justamente ao levar em consideração essas características que são mais individuais, são mais singulares, a gente procura atender e levar em conta esses aspectos, então, isso pra mim já é muito diferente, além do que a gente procura o tempo todo ou minimizar ou quebrar mesmo a hierarquia, instituindo certas formas que evitam que a hierarquia se cristalize de maneira muito brutal, pra você não ter um deslocamento de poder dentro do serviço, que seja prejudicial pra todo mundo, igual no hospital (F, 12/4/2006).

A relação entre profissional e usuário foi destacada como diferencial por todos os entrevistados, conforme pode ser observado a seguir.

A relação entre o profissional e o usuário, pra mim, a maior diferença é essa relação interinstitucional ou interpessoal; é a forma como se dá, porque as ações também são diferentes, porque existem oficinas terapêuticas, existem os grupos terapêuticos, existem os atendimentos, mas esse modelo de atendimento pode também ocorrer numa outra instituição, ou mesmo num CAPS, mas se a relação de profissional e usuário não estiver pautada no respeito, uma relação sujeito-sujeito onde se possa esse serviço, obviamente, quando ele estiver num bom nível de participação, num bom nível de reabilitação, mas também..., o fundamental é isso, é estar pra além da instituição, estar pra relação do usuário com o profissional, e claro, o espaço também, o espaço físico tem que ter qualidade, a gente vê aqui um espaço super bom aqui no caso, as propostas de atendimento, como que são colocadas, como que é olhado esse usuário, esse usuário está junto no pensar da instituição, mas a cima de tudo assim, entender como cidadão de direitos, de respeitá-lo (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que tem um maior reconhecimento da condição subjetiva do paciente, acho que um certo respeito. Hoje, a Colônia Santana tem tido mudanças, tem uma política que também..., na verdade a política do Ministério também visa atingir as instituições mais asilares, os hospitais também estão mudando..., talvez seja mais lenta, aqui, a gente já chegou com uma outra perspectiva de trabalho; eu acho que a equipe toda, de forma geral, tem uma sensibilidade pra esse respeito pelo paciente, pelo outro, procura, na medida do possível, não estabelecer uma relação de poder; eu acho que aqui, por exemplo, a recepção é muito bem feita, os vigias também são pessoas que entraram no clima, assim, talvez já seja deles, mas entraram no clima do CAPS; acho que todos têm um compromisso com isso, um valor digamos; também, talvez seja deste CAPS, eu não conheço tantos outros CAPSs; eu acho que é uma relação diferenciada, na medida que você está aqui com esse objetivo de que a pessoa assuma a própria vida, contribuir para que isso aconteça; isso implica em ter pelo menos um respeito, um reconhecimento do outro (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p.10) destacam que o papel do técnico se transforma quando ele se coloca sob outros princípios; “se ele faz funcionar a tecnologia da doença mental, fortalece o dispositivo psiquiátrico. Mas, se transforma sua forma de intervenção, trabalha no sentido da desmontagem desse dispositivo”. Segundo os autores, isso significa pôr em funcionamento um dispositivo de desinstitucionalização e reinserir a complexidade dos problemas com os quais lida. Significa ainda abrir mão das interpretações da loucura segundo erro, incapacidade, inferioridade, doença mental, e potencializá-la como diferença, um modo diferente de relação com o mundo. Enfim, não usar o saber como técnica normativa, mas como possibilidade de criação de subjetividades. A técnica deixa de ser instrumento da violência quando a prática funciona como uma desconstrução da clínica.

As falas que seguem referem-se ao atendimento aberto e as possibilidades de escolha que o CAPS oferece em contraposição ao isolamento e segregação gerados pela internação hospitalar prolongada.

Em primeiro lugar o atendimento no CAPS é um atendimento, vou usar a palavra, aberto, ou seja, pra começar o usuário ele não fica internado aqui, mesmo se em algum momento tiver o CAPS III, é diferente. Ele vem, ele faz o trabalho dele, a sua terapia, durante o dia, e ele volta, quando, no caso tem família, pra casa; então, primeiro lugar a idéia do CAPS, o trabalho do CAPS não é segregar e isolar; quando o usuário vai para o hospital, eu acho que seja ele em qualquer campo da saúde, mas vai para o hospital e fica internado trinta dias, quinze dias, ele já esta sendo isolado do convívio com a família, do convívio social, ou seja, acaba perdendo progressivamente o contato com as pessoas e com o grupo social mesmo, e acaba sendo destituído das suas práticas pequenas, como desde pegar um ônibus, fazer sua comida, ir no

supermercado; no momento em que uma pessoa é colocada em um hospital e fica um mês, ele acaba perdendo o contato com essas mínimas..., não é nem com o mundo lá fora, mas com as mínimas coisas que ele teria em casa, na sua casa, enfim, ele perde tudo isso como se fosse realmente uma pessoa que não tem possibilidade nenhuma de fazer nem um café, enquanto o CAPS possibilita isso, acho que o CAPS ele, independente dos problemas que tem, acho que ele mostra que não, você ainda, apesar da sua crise, com a sua crise, com todas as limitações que as vezes um surto pode oferecer do ponto de vista cotidiano, você ainda pode fazer algumas coisas sim, como pegar um ônibus pra ir e voltar pra casa, fazer a escolha do seu planejamento terapêutico, vem aqui escolhe, em parte, o que gostaria de participar (LÉLI, 4/4/2006).

Assim, a possibilidade do usuário no CAPS de ter voz ela é muito maior do que nas outras instituições, as outras eu não vou generalizar, mas em algumas, as asilares, esses hospitais são.., enfim, crônicos até pela dificuldade mesmo de antes você pensar em ter outra alternativa que não a trancar e deixar lá e não tem medicação, não tem nada disso, estou falando de bem bastante tempo atrás, e isso ficou e se perpetuou, então, eu acho que a possibilidade do usuário aqui, no CAPS, nos CAPS, e até mesmo nos ambulatórios, acho que hoje em dia não é só CAPS que permite isso, é fazer parte como contribuinte do próprio tratamento, então isso é o que diferencia do paciente internado, vamos dizer assim, em São Paulo, no Vera Cruz, que é um hospital e tal, diferente de outros, tem algumas dessas internações que são diferentes, mas essa relação aí de profissional e usuário ela é mais aberta, é mais ampla, além do CAPS, especificamente, oferecer algumas possibilidades; então, a possibilidade de trabalhar em uma oficina, dessa oficina ter uma renda, que, assim, é um entrave no sentido que eles se sentem muito limitados e não só se sentem como eu acho que muitas doenças incapacitam mesmo, são incapacitantes, a esquizofrenia é uma delas, e é a nossa clientela aqui, a maior parte é de pacientes com esquizofrenia; a própria esquizofrenia já altera, vamos dizer assim, na cognição, na parte de planejamento, de você conseguir realmente se estruturar para trabalhar; tem umas pessoas que não conseguem nem ter o início, a iniciativa, ela é minada com a esquizofrenia, e aqui tem uma possibilidade, mesmo que essa possibilidade seja fazer oficina e ganhar uma renda, mesmo que, assim, seja só..., não é o valor que importa, é simbólico (J,22/3/2006).

O relato a seguir explicita epistemologicamente e em termos técnico-assistencial a diferença entre o modelo de atenção tradicional/hospitalar e o modelo de atenção psicossocial.

Primeiro, em relação a concepção da pessoa e em relação a concepção dos próprios meios de trabalho; na instituição psiquiátrica predomina o modelo manicomial/asilar como a gente chama, que daí vai olhar a pessoa enquanto doença, enquanto diagnóstico, aqui, no CAPS, a gente olha os seres humanos enquanto pessoas, enquanto a existência de um sofrimento, o que podemos fazer pra minimizar esse sofrimento da pessoa, então, essa é a primeira diferença que tem, quem é essa pessoa, que no modelo manicomial acaba sendo vista mais como diagnóstico, como um doente, isso que eu sempre falo, essa iatrogênia que o modelo

manicomial acaba inserindo na pessoa, você é um doente, vai ter que tomar remédio pra vida toda, e o máximo que você pode chegar é um portador de transtorno mental em recuperação, isso é uma das diferenças, outra é a própria concepção de saúde/doença que existe; as formas de organização dos dois modelos, são modelos diferentes, um é mais centralizado no psiquiatra, na instituição psiquiátrica, o no CAPS seria mais centralizado na equipe e, principalmente, nos usuários; a forma de relação com a clientela ou com o usuário, no modelo manicomial, é sempre uma relação hierárquica, de cima pra baixo, no CAPS, sempre uma relação, ou a gente tenta sempre ter uma relação horizontal; e a própria questão do que é bom ou não é bom pra pessoa, a pessoa tem que dizer o que é bom pra ela e, as vezes, no hospital, são os profissionais que já dizem o que deva ser bom pra ela, ou seja, a grande diferença que existe é: quem decide o que? No hospital as pessoas decidem sobre a vida da pessoa, eu acho que no modelo psicossocial é a pessoa que compartilha a decisão da sua vida (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme destaca Rotelli (1990), no manicômio (modelo/tradicional) a sociabilidade é reduzida a zero. A tutela, a internação tem a única finalidade de subtração das trocas, de estabelecer relações de mera dependência pessoal. Enquanto que a emancipação terapêutica (que se torna o objetivo substituto da "cura") só pode ser (cientemente) a mobilização de ações e de comportamentos que emancipem a estrutura inteira do campo terapêutico. Assim, o problema que se coloca aos novos serviços (CAPS) não é cura (a vida produtiva), mas sim a produção de vida, de sentido, de sociabilidade.

Neste aspecto, pode-se considerar a proposta basagliana de *colocar a doença entre parênteses* para assim direcionar o olhar ao sujeito em sofrimento e não à doença. Essa é uma questão fundamental, pois é o movimento de *tomada de responsabilidade* (DELL'ACQUA, 1992) individual e coletiva que se constitui como meio para a transformação institucional e para o processo de desconstrução. A cura cede espaço à emancipação, mudando a natureza do ato terapêutico, que agora se centra em outra finalidade: produzir autonomia, cidadania ativa, desconstruindo a relação de tutela e o lugar de objeto que captura a possibilidade de ser sujeito (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3 Participação do usuário e da família no tratamento

De acordo com as diretrizes da atenção em saúde mental do modelo psicossocial, o protagonismo dos usuários é fundamental para que seja alcançado o objetivo do CAPS de se constituir como dispositivo de promoção da saúde e da reabilitação psicossocial. Os

usuários e familiares devem ser chamados a participar das discussões sobre as atividades terapêuticas do serviço. A equipe técnica deve trabalhar de forma a estimulá-los a participar de forma ativa do tratamento e da construção de laços sociais. Entre os tipos de atendimento que o CAPS pode oferecer está o atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, de lazer com familiares (BRASIL, 2004).

Na seqüência deste item analisaremos as formas criadas pelo CAPS Ponta do Coral para envolver ativamente usuários e familiares no processo terapêutico, seja com relação ao projeto terapêutico individual, ao atendimento e a participação das famílias no tratamento.

3.3.1 Planejamento terapêutico individual

Conforme as determinações da política de atenção em saúde mental, cada usuário deve ter um projeto terapêutico individual, composto por um conjunto de atendimentos personalizado, que respeite as particularidades, necessidades de cada pessoa e proponha atividades durante a permanência diária na unidade e fora dela (BRASIL, 2004).

O atendimento no CAPS oferece projeto terapêutico de tratamento individualizado, o qual é pensado e avaliado com a participação do usuário. A fala relacionada a seguir detalha como acontece o planejamento do tratamento.

O primeiro passo desse projeto terapêutico ele é feito na entrevista inicial, que é basicamente a entrada desse usuário no serviço; então, a gente pensa uma programação mínima, levando em conta as necessidades, as condições, os limites e as capacidades do usuário e, quando a gente pode contar, com a família também. Além disso, uma vez por mês, [...] tem o encontro da Regional, e os usuários dessa Regional podem reelaborar o seu projeto terapêutico, a gente faz a revisão, a gente discute como é que está sendo esse projeto, se está sendo interessante, que ganhos, se está havendo ganhos ou não, se a pessoa está se sentindo contemplada de alguma maneira e tal, e aí a gente faz as alterações que a gente discute e acha necessário (F, 12/4/2006).

Com relação a forma como o usuário participa do processo de planejamento do seu tratamento, os entrevistados colocaram que é através da manifestação das preferências,

opções e desejos dele, dentro das possibilidades que o CAPS oferece. Nas falas relacionadas é explicitado qual a participação do usuário e do profissional no planejamento do projeto terapêutico de tratamento.

Quando o usuário chega no serviço, encaminhado de algum outro (serviço), ou de um hospital, ou de uma unidade local de saúde, ou por demanda espontânea é feito o acolhimento, onde a gente usa uma entrevista inicial pra fazer uma coleta de dados, ali resgata um pouco da história que o próprio usuário vai estar contando, e, então, nesse momento é feito o projeto terapêutico; inicia-se o projeto terapêutico, não que ele tenha que se esgotar nesse momento inicial; uma pergunta que a gente sempre faz pra ele é do que ele precisa, como a gente vai poder ajudar, então, a partir daí a gente oferece o nosso leque de atendimentos, o nosso projeto terapêutico do CAPS, e aí vai se construindo dessa forma (VIK, 24/3/2006).

Em geral a gente faz isso quando ele chega, na entrevista inicial, a gente pede pra que ele diga, a gente apresenta o que a gente tem; a gente pede que ele diga o que ele gostaria de estar fazendo, o que ele fazia, quais as preferências que ele têm, se ele não sabe, em algumas situações, a gente sugere que ele venha participar de algumas oficinas para ele, por exemplo, escolher; então, assim, é feito muito respeitando o desejo do paciente, o que ele gosta mais, as preferências dele; agora, se a gente vê que o paciente está muito ansioso, se ele precisa, a gente sugere um grupo terapêutico ou as vezes o atendimento individual; assim, não tem uma uniformidade, em geral a gente age assim (P, 17/3/2006).

Ele tem, esse projeto terapêutico, ele tem um primeiro momento, quando o usuário chega e faz a entrevista inicial é colocado com ele e oferecido, mostrado as possibilidades, o que o CAPS oferece em termos de terapia, desde grupos terapêuticos, atendimento individual e oficina, mas não é só oferecido, é também feito uma avaliação do técnico, o que ele pensa que, naquele momento, poderia estar ajudando aquele usuário, e é conversado com o usuário, muitas vezes acaba o usuário escolhendo tudo, escolhendo o que ele quer e o técnico tem pouca interferência, outras vezes o usuário quer algo que talvez naquele momento, por exemplo, atendimento individual, mas não tem vaga, não tem, os técnicos estão todos..., se tem alguém fazendo atendimento individual já não tem horário, então se entra em um acordo das possibilidades, dos desejos do usuário, e das possibilidades que o serviço oferece; isso é o primeiro momento, no segundo momento, ao longo do período do usuário aqui, vão tendo transformações, muitas vezes ele abandona aquele grupo ou oficina, que não era aquilo que ele achava que era bom, que ele gostava, abandona formalmente ou informalmente, simplesmente não vai, ou ele entrou em surto não veio mais, uma série de questões, então isso tudo é retomado, a gente tenta fazer a retomada na reunião das Regionais, reunião mensal, como é que está o tempo dele aqui, o que ainda se mantém fazendo, como ele está se sentindo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos entrevistados destacou que o projeto terapêutico de tratamento do usuário

é sempre pensado a partir da necessidade dele, o que ele traz de necessidade, o que ele traz de sonho, de vontade, de sofrimento, de

tristeza, então, o projeto terapêutico é sempre pensado, repensado, analisado, refletido, em cima da necessidade da pessoa (GIRASSOL, 20/3/2006).

É importante destacar que o planejamento do projeto terapêutico deve envolver o portador de transtorno mental como sujeito deste processo. A participação ativa do usuário na escolha do que fazer e na expressão de suas necessidades favorece a adesão e continuidade no tratamento, confere-lhe o exercício da liberdade de escolha e da cidadania. Neste processo, o ato terapêutico, quando não é mais fundado sobre a doença e não provém da autoridade médica, torna-se a própria organização coletiva, convertendo-se em *tomada de responsabilidade* e produção de subjetividade (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral

No plano teórico, a relação da família com o portador de transtorno mental é construída a partir do alienismo, como produto da sociedade moderna/burguesa. No interior desta perspectiva concentram-se dois entendimentos polarizadores: “o da família ameaçada pela eclosão da enfermidade, portanto, sofrendo suas conseqüências ou causadora da emergência do transtorno mental, assim culpabilizada por sua etiologia” (ROSA, 2002, p. 139). Historicamente, o segundo entendimento foi o que prevaleceu na maioria das abordagens teóricas na área da saúde mental, com uma relativa diminuição nos anos 1970, seguido de uma complexificação da compreensão do grupo familiar e de sua dinâmica, a partir dos avanços teóricos da leitura feminista e marxista. “Contemporaneamente, a inclusão do grupo familiar nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental; a assunção de sua condição de parceira e co-responsável dos serviços e a exigência de constituição de uma nova pedagogia institucional em sua abordagem atravessam a construção de uma nova relação entre o louco e a sociedade” (ROSA, 2002, p. 139).

Nesta direção, um dos objetivos do CAPS é incentivar as famílias a participar do cotidiano do serviço. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas importantes para o trabalho dos CAPS. Eles podem participar de diversas maneiras, incentivando o usuário a se envolver no projeto

terapêutico, participando diretamente das atividades do serviço, nas reuniões, assembléias, nas associações de usuários, técnicos e familiares, trazendo dúvidas, sugestões. A participação pode acontecer tanto nas atividades internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. (BRASIL, 2004).

A Portaria /GM nº 251/2002 constitui-se como mais um dispositivo na mudança das relações entre os serviços de saúde mental e a família à medida que prevê, no desenvolvimento dos projetos terapêuticos, o preparo para o retorno à residência/inserção domiciliar e uma abordagem dirigida à família no sentido de garantir orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento.

O atendimento aos familiares é uma das formas para que as famílias participem, conheçam o trabalho dos CAPS e passem a se envolver ativamente no processo terapêutico. Neste sentido, a família ganha visibilidade como protagonista, parceira dos serviços e co-responsável no provimento de cuidados do portador de transtorno mental.

Além disso, o avanço dos conhecimentos e entendimento de que os fenômenos humanos comportam uma multiplicidade de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos e éticos, inter-relacionados entre si, possibilitou mudanças na assistência às pessoas em estado de sofrimento psíquico. Essas puderam ser compreendidas na totalidade de sua condição existencial. E, o sofrimento, antes tomado apenas como algo individual, passou a ser visto como parte de um contexto onde outras pessoas estão envolvidas e também merecem cuidado e atenção.

No CAPS Ponta do Coral, na sua maioria, os profissionais afirmam que existe atendimento familiar, com ressalvas de um deles que referiu não existir atendimento familiar sistemático e outro que observou que existe atendimento familiar individual. As falas relacionadas expressam de que forma a família participa no tratamento do seu membro no CAPS.

A família participa não como uma preconização ou uma exigência do serviço; o que eu tenho visto é que a família participa aqui no CAPS na medida em que há uma necessidade, quando há necessidade do serviço conversar com a família ela é incluída, quando há uma necessidade da família pelo serviço ela procura, mas não é uma rotina todas as pessoas que vem aqui a família ser atendida, as vezes o usuário não quer saber da família, as vezes a família não quer saber do usuário e assim sucessivamente, ou seja, a família participa na medida que temos a clareza da necessidade, mas não é uma prática oficial do serviço (GIRASSOL, 20/3/2006).

Alguns casos sim, em alguns casos eles vem para a reunião mensal da Regional, ou vem para uma consulta com a psiquiatra, ou vem pra trazer o usuário que não consegue ainda vir sozinho, mas é muito restrita a

participação da família, normalmente ela vem mesmo quando a coisa está apertando, quando o usuário surtou, não está conseguindo segurar, quando ele está já nas últimas (LÉLI, 4/4/2006).

Os profissionais que afirmam a existência da participação da família no tratamento explicitam como esta acontece e como se dá o atendimento no serviço, observando o cuidado que existe em atender a família e o usuário juntos.

Sim, tem alguns usuários que vem acompanhado de familiares, as vezes nós chamamos a família, quando existe necessidade, e isso acontece assim no cotidiano, conforme realmente surge a necessidade; geralmente há uma relação muito conflituosa entre o usuário e família, geralmente o familiar mais próximo, referência mais próxima e aí a gente intervém, mais ou menos com dois objetivos, assim, um de pensar essa relação conflituosa, o que pode ser negociado aí pra viverem melhor, pra ter mais qualidade de vida nesse ambiente, que moram juntos, e o outro pra poder então capacitar, colocar elementos pro familiar sobre o tratamento, sobre os transtornos mentais, pra que ele possa ser um cuidador também, o que ele é, pra que ele possa se qualificar; então, uma outra coisa que eu penso é que esse atendimento familiar ele sempre tem que privilegiar a participação do usuário porque fica complicado falar do usuário sem ele estar presente (VIK, 24/3/2006).

Sim, a família participa, claro, na medida de cada caso; em geral, assim, a gente tem a disponibilidade de atender a família, então, muitas vezes, precisa de o paciente vir com a família em várias situações, e esse atendimento é dado; o grupo de família, também está tendo o grupo de família, as vezes é dado (o atendimento) a família daquele paciente; mas sempre a gente tem o cuidado de receber a família e atendê-la junto com o paciente, nunca assim..., não gerar essas fantasias perseguitórias por parte do paciente “tá falando o que de mim”; isso é mais ou menos quase uma regra aqui no CAPS, a gente atende junto com o paciente (P, 17/3/2006).

Os trechos das entrevistas relacionados a seguir descrevem as formas criadas pelo CAPS para oportunizar a participação da família no tratamento. Alguns profissionais referiram-se a um grupo de famílias que chegou a ser iniciado, mas que pela falta de adesão e outras dificuldades não funcionou mais.

Um pouco assim, o acolhimento na segunda-feira é um espaço que a família pode participar junto com o usuário pra relatar como é que foi o final de semana e pra relatar e como estão as atividades no CAPS; o outro espaço são as reuniões das Regionais de equipe, fora o trabalho individual, que, assim, eu acabo chamando muitas vezes, eu quero atender você na presença de um familiar, as vezes você precisa até forçar nesse sentido, de que a família compareça, faço cartinha, mando e aí atendo em consulta individual, mas não em grupo, não é uma abordagem psicoterápica, é mais no sentido de psicoeducação do que de terapia (J, 22/3/2006).

[...] existe um planejamento pra se atender família, um grupo de familiares a serem atendidos por psicóloga [...]; então, as formas criadas para oportunizar a participação da família é justamente quando ela vem, acompanha, que é aberto para os familiares participarem das oficinas junto com o usuário, então, sempre tem essa oportunidade e grupos específicos pra famílias que estão se tornando real (GIRASSOL, 20/3/2006).

É mais ou menos como eu te falei; então, assim, as vezes a gente chama pra um atendimento individual, e também ela participa dos eventos acontecidos aqui no CAPS, promovidos pelo CAPS, de festas, geralmente o dia nacional da Luta Antimanicomial, quando a gente comemora, que faz uma confraternização, as festas sempre tem a presença de familiares também, festa de natal, festa junina (VIK, 24/3/2006).

As reuniões das Regionais por exemplo, uma vez por mês, e tem alguns técnicos que fazem reuniões com as famílias, discutindo, por exemplo, aquele usuário em que a família está implicada diretamente, tem problema com a família, então chama a família pra trabalhar; já teve grupo de família, mas foi fechado porque as pessoas ficaram um tempo, mas as famílias, segundo as técnicas que fizeram, muito pouco se apropriavam, vinham, se utilizavam desse espaço (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre este aspecto, cabe destacar que o deslocamento do eixo da compreensão do problema individual para o familiar/social, que tem como consequência o acolhimento da família como uma unidade que necessita de cuidado tanto quanto o paciente individual, pressupõe um novo olhar sobre as possibilidades das famílias para enfrentarem suas crises e atuarem como suporte terapêutico. Nessa perspectiva, se impõe a necessidade de não só reconhecer o atendimento ao grupo familiar, mas de oferecer uma atenção singular que leve em conta, por um lado, as especificidades de cada família, considerando a história, a estrutura, a dinâmica, bem como a inserção desta no contexto social. Por outro lado, deve-se avaliar a realidade e as possibilidades das famílias para usufruírem das formas de atenção que lhes são propostas (MIOTO, 1998, pp. 25-26).

Nesta direção, dois dos participantes da pesquisa identificaram como uma das dificuldades em realizar o atendimento familiar, a falta de profissionais qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades, conforme pode ser observado nas falas a seguir.

A maior dificuldade que eu vejo é que não existe ninguém capacitado aqui dentro para lidar com a família, é claro que, assim, eu faço um atendimento com o usuário a família vai estar junto eu vou estar explicando, mas quando você vai pensar em trabalhar com a família, trabalhar no sentido psicoterápico, isso não existe, agora informar a família, tentar com que a família faça parte do planejamento, a gente

tenta e incentiva, estimula que eles venham nas reuniões das Regionais, mas o que eu percebo, assim, a equipe ela é muito pequena pra dar conta de tudo, então a maioria das vezes o paciente chega, a família está ali fora, mas todo mundo tem a sua atividade, estão todas na oficina e isso me sobrecarrega muito porque eu tenho que dar conta de tudo, inclusive da família que chegou, do atestado que está faltando, e a família que quer saber porque que o remédio..., mas não existe um espaço pra ela, não existe um espaço que acolhe a família (J, 22/3/2006).

Profissionais qualificados, eu acho que necessita de profissionais que tenha um pouco mais de experiência, de conhecimento pra estar lidando com família, que toda a família tem sempre os seus nós górdios, tem sempre questões de fundo, que as vezes precisa de um certo conhecimento, experiência pra estar lidando com isso; até que ponto é vítima ou réu, então, acredito que profissionais que tenham experiência, que tenham a qualificação teórica, [...] possa estar oportunizando uma melhor relação no atendimento CAPS com família, então, a qualidade do profissional para estar realizando essa participação (GIRASSOL, 20/3/2006).

Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que é um transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, foram relatados pelos profissionais.

Acho que tem uma junção, eu acho que tem uma coisa primeiro que é o entendimento, a família, muitos familiares, querem deixar o usuário aqui, e querem fazer sua vida, até por questão de sobrevivência; o que eles alegam muito é que eles precisam trabalhar, então não pode faltar ao trabalho uma vez semana pra poder estar aqui porque mesmo que tenha atestado pra poder estar aqui, acaba perdendo o trabalho, não tem como justificar; e a outra questão é o próprio entendimento de que é na família o espaço em que o usuário pode ser tratado, porque a idéia de tratamento é uma idéia também que se direciona, que acaba sendo entendida como médica, hospitalar ou clínica, ou então, agora tem o CAPS; e o lugar de tratamento, digamos tratamento como restituição, como reinserção, também é na família (LÉLI, 4/4/2006).

É, chega um momento que as vezes de fato a relação se esgota, assim, são tantos conflitos, são tantas brigas, tantas dificuldades de convivência, de relacionamento, que já vem desde a infância, que chega em momentos quando, geralmente, o usuário tem as primeiras crises, isso gera um isolamento, assim, o usuário fica isolado nesse ambiente, nesse contexto familiar, realmente é muito difícil; as vezes tem uma mãe muito controladora e que aí o usuário não quer muito aproximação do serviço com essa referência porque o serviço passa a ser então um lugar de acolhimento pra ele que ele não tinha até então, porém, a gente busca a família, pra que a família possa cumprir essa função da referência (VIK, 24/3/2006).

Neste sentido, deve-se considerar que no contexto brasileiro, pela própria ausência ou precariedade da intervenção estatal por meio das políticas públicas de corte social, a família torna-se a principal garantidora da reprodução da força de trabalho. As famílias, para suportar, todas as funções que lhes são atribuídas e enfrentar as situações de risco social, buscam dividir com o Estado o encargo dos cuidados com seu ente enfermo. Mesmo assim, configuram-se, para elas, condições deficitárias de atendimento, em particular no caso da atenção em saúde mental (ROSA, 2003, p. 192).

Na seqüência, o entrevistado realiza uma análise das várias situações singulares e sociais que envolvem as dificuldades do serviço, das famílias e dos usuários, em realizar um tratamento integrado na relação usuário/família/CAPS.

Então, também envolve vários aspectos, eu vou apontar alguns; assim, em primeiro lugar, a gente vê que boa parte das famílias vê o CAPS como um lugar pra poder deixar o seu familiar, é um lugar onde ela não vai precisar cuidar dele durante um certo tempo, então, eles até participam de algumas entrevistas iniciais, hoje, por exemplo, eu tenho uma (entrevista inicial) que a pessoa veio sozinha, não veio família; é bastante freqüente que venha o usuário sem acompanhante familiar algum, esse é um aspecto, a família de uma certa maneira toma o CAPS como um lugar pra deixar o seu familiar, nós por outro lado, não criamos estratégias pra fixar essa família, pra trazer essa família mais perto; tem um grupo de família que funciona de maneira meio irregular, mas que a gente vê cada vez mais a necessidade de tornar isso algo mais organizado, poder atender a família, a gente faz o acompanhamento com família, geralmente, quando há um pedido específico ou do usuário ou da própria família, aí a gente procura fazer, mas é mais individualizado, é uma questão mais individualizada, e há também, por parte dos usuários há o desejo de que a família não participe, isso ficou muito evidente na organização da associação, que é uma associação de usuários, familiares e técnicos, e quando a gente estava organizando a associação, toda vez que se falava na participação dos familiares havia uma certa resistência por parte dos próprios usuários que os familiares participassem; a gente entende isso como uma maneira de buscar uma certa autonomia, uma certa distância dessa família, que é, as vezes, bastante complicado de fato tê-los muito próximos, aí precisa de um outro tipo de abordagem, não dá pra incluir, como a gente fazia no início por exemplo, a gente fazia grupos de usuários e familiares, mas a família atrapalhava mais do que ajudava nesses grupos, aí a gente resolveu começar a separar, deixar o espaço específico para o usuário, porque a família vinha e tomava o espaço, e falava, e ficava reclamando da pessoa, do que ele não fazia, de todas as dificuldades etc..., então, a gente achou melhor botar um pouco uma barreira, botar um filtro ali pra que tivesse espaço do usuário e que ele pudesse aproveitar isso da melhor maneira possível (F, 12/4/2006).

No entanto, cabe destacar que, numa visão mais abrangente e totalizante, a família é entendida, no cerne das condições de reprodução social do portador de transtorno

mental, como um sujeito que procura reconstruir relações cotidianas, criar novos sentidos, manter e fortalecer laços de sociabilidade. É percebida, positivamente, em suas possibilidades, potencialidades e recursos, como elemento fundamental à manutenção do poder contratual, à autonomia e à emancipação do portador de transtorno mental (ROSA, 2002, pp. 152-153).

As falas relacionadas a seguir apresentam a compreensão dos entrevistados com relação às possibilidades da participação da família no tratamento, e as dificuldades do CAPS em realizar esse tipo de atendimento. Um deles argumenta que o acompanhamento à família é essencial para minimizar os efeitos da convivência com o portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Acho que o atendimento familiar assim como ele pode ter dificuldades ele também pode te ajudar um monte, então, assim, tem os dois lados, as dificuldades eu acho que é porque também ele vai estar trazendo, vai sobrecarregando com mais, digamos assim, mais queixas, vai estar trazendo.., as vezes nem está relacionado ao usuário os problemas e as situações, embora eu acredito que na maioria das vezes ela ajuda, ela ajuda porque é que está convivendo com o usuário lá fora o tempo inteiro, que tem mais os dados, quem pode inclusive, ah! ele está muito sedado, vamos tirar esse remédio, esse remédio só faz mal, então, a família se ela não é bem orientada ela acaba, assim, tentando fazer o bem ela acaba fazendo o mal pro paciente, ah! não aquela atividade lá, ficar só batendo palminha, musiquinha, aquilo lá não vai ajudar você, é melhor eu.., vou te colocar de novo na escola porque se não você não vai trabalhar nunca, então todas as ansiedades da família, que se elas forem bem trabalhadas o usuário só tem a ganhar, agora, as dificuldades é: um espaço em que essa família seja acolhida, que ela seja realmente trabalhada e uma equipe, a formação, alguém com formação pra fazer isso, isso não tem (J, 22/3/2006).

Eu acho que o acompanhamento com a família ele é extremamente necessário pra elaborar a imagem que essa pessoa acabou deixando pra essa família; a família ela ainda tem uma imagem, ela tem o imaginário social em relação o que ela de repente produziu; então, há uma necessidade de se ter um acompanhamento com os familiares pra estar elaborando as relações, o dia-a-dia que ela tem com o portador de transtorno mental; as vezes se investe muito em acompanhamento com usuário e não se investe muito no acompanhamento com a família, a família está sobrecarregada, tem que se discutir a questão dos encargos familiares, porque as vezes ter um portador de transtorno mental junto com a família é extremamente estressante, e as vezes a família acaba colocando o portador de transtorno mental no hospital pra descansar, porque as vezes é complicado, tem um portador de transtorno mental que canta o dia inteiro, ou que não dorme durante a noite, dorme de dia, ou que quer ver televisão a todo momento, ou que fica conversando com a vizinhança a todo o momento, tem o portador de transtorno mental que com o seu sofrimento incomoda muito a família, então, tem de haver um profissional articulado ou apaziguador ou que provoque alguma

resolução nessa prática; [...] se não dá pro portador de transtorno mental morar com a família então que se haja (encontre) um espaço harmônico, mas a família tem que ser acompanhada sim (GIRASSOL, 20/3/2006).

Entre as dificuldades que os profissionais identificam na (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e estigma da loucura, ainda presentes no imaginário social das pessoas. Relacionamos na seqüência as respostas dos entrevistados, nas quais é expressa a relação com alguns dos aspectos enfrentados no cotidiano da vida dessas pessoas, em suas relações com a família, as instituições e a sociedade.

Em primeiro lugar a dificuldade de a família compreender o que a pessoa tem, pelo que ela passa, muitas vezes, a idéia é de que é um vagabundo, que o cara não quer trabalhar porque é vagabundo, não quer fazer nada só quer ficar em casa fumando, na frente da televisão porque é vagabundo; então, tem essa dificuldade de poder dar ou ter um certo olhar pra essa pessoa, pra esse usuário que não seja esse da discriminação; tem também o medo, o medo de que essa pessoa venha cometer algum crime, que é um pouco o mito da loucura, é o que envolve o mito da loucura, de ser alguém que é imprevisível e violento, o mito da loucura está muito marcado por isso, muitas vezes a família vem contaminada por isso, eu atendo uma mãe, por exemplo, que apesar de ser uma pessoa que contribui muito, mas ela tem medo do filho, ela tem medo, e ela reconhece isso, diz isso claramente, ela tem medo, agora menos, depois de um tempo isso está começando a se flexibilizar, ela está começando a entender um pouco diferente, mas ela tinha muito medo do que esse filho poderia fazer com ela, então, isso é algo que é bastante comum, mas isso é uma dificuldade; o outro aspecto da resistência é a idéia de que ele se tornou uma pessoa inútil, o usuário se tornou uma pessoa inútil, porque ele não pode trabalhar, que nunca vai fazer nada a não ser ficar como um louco, ficar como uma pessoa que não pode assumir responsabilidades, que não contribui, o aspecto financeiro é um problema; o Programa de Volta pra Casa não resolve isso integralmente porque ele é destinado pra pessoas que estão no mínimo há dois anos internadas, então, aqueles que não tem internação prolongada não têm acesso a esse recurso, então, ele passa a se tornar um peso econômico pra família e aí todos os outros problemas que são decorrentes disso (F, 12/4/2006).

Muitas vezes ele acaba sendo o membro da família rejeitado, ele tem o quartinho dele no fundinho. Bom, eu acho que é o próprio estigma de ter um doente mental, tem ah ele é doente mental, deixa ele quietinho lá porque se não ele vai incomodar, vai surtar, vai xingar e, que vergonha, aí os vizinhos; então, é o estigma do usuário, do paciente com transtorno mental, como muitas famílias não entendem elas tem até crenças de que isso é o demônio, isso é um castigo, ou é porque ele era uma pessoa ruim na vida passada, então, vem com mil, vamos dizer assim, explicações, que só atrapalham e impedem que aquilo seja encarado como..., ok isso aí é uma doença, e como é que a gente vai

fazer pra ajudar e tratar isso; então, os conhecimentos, a ignorância nesse sentido, [...] uma parte eu acho que seja pelo próprio desconhecimento do que é um transtorno mental, e do estigma de que o louco é o que rasga dinheiro e, enfim, isso dificulta, e aí quando você não tem um suporte pra dar à essas famílias aqui dentro, você só reforça lá fora esse estigma; então, claro, a pessoa chama a atenção da população, os pacientes que conseguem lá fora trabalhar e não ficar só dentro do CAPS, então, as oficinas que possam vir a dar renda, que elas sejam trabalhadas lá fora, até pra lá fora você convive com eles, percebe que eles não são os loucos que rasgam dinheiro, saem quebrando tudo e matando todo mundo, esse é o medo da população e acaba sendo o medo da família (J, 22/3/2006).

A questão da diferença do “louco” para o “não louco”, que na sociedade capitalista, é determinada pela relação produtivo/não produtivo, ou seja, aquele que detêm poder de consumo e aquele que não tem poder de consumo, também foi expressa pelos profissionais entrevistados como uma das dificuldades para a (re)inserção social do portador de transtorno mental, na família e na sociedade.

Eu acho que os limites do usuário; tem a coisa do preconceito, da loucura, ele, o usuário, ele não é alguém produtivo na família, ele não leva dinheiro pra casa, ele, ao contrário, ele só gasta, ainda tem que buscar remédio, ele dá mais trabalho ainda, ele não é produtivo, de maneira geral, então, isso já agrega um preconceito maior ainda, além de ter o preconceito da loucura, de ser..., enfim, alguém que tem uma “deficiência”, alguém que é muito dependente, ainda tem isso, então, ele não soma nada à família a não ser o incomodo; daí, geralmente, é uma mãe que até acolhe, ou pai, por questões afetivas, mas sempre está lidando com esse limite do usuário; tem famílias que não querem, tem muitas famílias carentes que não querem mais um problema, e quando a pessoa, então, saiu da família, que foi internada, e ficou um longo tempo fora, a família já se estruturou de forma a não contar com aquele usuário, então, já não conta mais com ele, passou três, quatro, cinco meses, aí vem uma pessoa trazendo toda uma dependência e que não é somar, ou as vezes as próprias crises dentro de casa, então, é difícil um cara que faz xixi no chão, um cara que toma um café e deixa sua xícara, um cara que quebra, que uma vez por mês quebra tudo, que bate nas pessoas dentro de casa, ninguém tem essa tolerância, tem que ser mais de uma pessoa pra suportar e, as vezes, uma pessoa, que é a mãe, suporta, mas os outros irmãos não entendem, não conseguem lidar com a questão, que é difícil mesmo, o nível de dependência, os limites, o risco que, enfim, pode correr o usuário (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Rosa (2003, p. 192), a família, apesar de procurar dividir com o Estado as demandas de cuidado do portador de transtorno mental, ainda é o principal agente responsável pelo seu provimento. Para implementá-lo, na divisão sexual do trabalho do grupo doméstico, seu ônus recai sobre a mulher. Todavia, diferente das demais

enfermidades, o transtorno mental se particulariza pelo fato de seu portador não se reconhecer como enfermo e por seu prognóstico figurar como uma incógnita, sem ter uma temporalidade previsível. Desta forma, em geral, o provimento de cuidados e o tratamento tornam-se impositivos para o portador de transtorno mental, que pouco colabora conscientemente no seu processo de recuperação. Por sua vez, o provedor de cuidado, com frequência a mulher, mãe, tem que ter uma disponibilidade de tempo, periódica ou indefinidamente, para exercer o seu papel. E, para satisfazer as necessidades individuais do portador de transtorno mental e as exigências de sua enfermidade, a mulher, mãe tem seu espaço de vida invadido, seus projetos de vida obstruídos pelas necessidades de prestar cuidado.

3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares

No contexto da Reforma Psiquiátrica, as organizações de usuários, técnicos e/ou familiares tem cumprido um importante papel na mudança do modelo assistencial em saúde mental, participando ativamente das discussões sobre os serviços e promovendo atividades que visam maior inserção social, geração de renda e trabalho e a garantia de direitos sociais. Essas associações constituem-se em importante instrumento de promoção da saúde e da cidadania de todos os envolvidos (BRASIL, 2004)

O CAPS Ponta do Coral conta com uma associação de usuários, familiares e técnicos. Apesar de estatutariamente estar prevista a participação e filiação de familiares e técnicos, atualmente, na prática, esta se tornou, efetivamente, uma associação de usuários. Em gestões anteriores, já teve em sua diretoria a participação de técnicos do serviço. Atualmente, dois técnicos acompanham as atividades desta, mas a diretoria da gestão atual (2006) é composta somente por usuários.

Com relação a participação dos usuários no planejamento das atividades do CAPS, os profissionais referem que esta acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, realizada semanalmente, na qual são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Contudo, os entrevistados observam que

existem dificuldades em realizar um processo de planejamento das ações do serviço, seja por particularidades dos usuários, seja por limitações e/ou problemas institucionais.

Assim, existem alguns espaços em que essas ações são tomadas em conjunto, a assembléia dos usuários, aqui é feita de terça-feira, em que é discutido desde a limpeza, o lanche, qual é o próximo passeio, o que vai ser de reunião, o que está sendo feito, quais são os informes em relação a saúde mental, em relação a congressos, encontros, comissões. O que eu percebo é que embora isso seja estimulado há pouca, baixíssima, aderência e quando há, em geral, são daqueles mais saudáveis no sentido de que de repente nem seriam usuários CAPS, mas eu acredito que isso seja também o próprio sintoma, de a dificuldade de lá fora conseguir um emprego, a dificuldade de iniciar uma atividade, iniciar um curso, é também pra se engajar na própria luta deles; o que eu percebo é que a família, em geral, quando pega isso vai adiante, os usuários tem poucos estímulos próprios, vamos dizer, pra continuar, pra se manter; então, na reunião da Comissão Ampliada²¹, aí participa um, mas depois a semana que vem já não vem; então, são poucos os que realmente conseguem dar conta, eu coloco a palavra no sentido de ser capaz para, tem essa dificuldade, eu acho que é própria condição (J, 22/3/2006).

Então, a gente procura estabelecer parcerias com a associação porque tem muitas coisas que pelo fato de a gente estar submetido a um organograma e a hierarquia, e aí os limites do serviço público, a gente não pode fazer; por exemplo, a questão da venda do material das oficinas, isso é algo que o CAPS não pode assumir, por conta mesmo da legislação que impede a gente de fazer esse tipo de atividade; então apesar de ter uma participação grande, o material vendido é o material das oficinas do CAPS, mas quem faz essa tarefa é a associação, é a associação que se encarrega da venda, de levar o material, de receber dinheiro etc.; além disso a associação se tornou efetivamente uma associação de usuários, apesar de o estatuto dela prever a participação e filiação de familiares e técnicos ela é uma associação de usuários na prática, e como articuladora de um projeto político e de reivindicação dos direitos do usuário dos serviços de saúde mental, como um instrumento pra viabilizar inserção no mercado de trabalho por exemplo, parece que são essas as funções da associação; com os usuários o que a gente tem é uma assembléia semanal onde são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; esse aspecto do planejamento da atividade ele de fato não tem a participação dos usuários até porque nem nós, como te falei no início, o nosso planejamento também é meio caótico, assim, a gente não tem um processo organizado de planejamento pra um ano ou mesmo pra seis meses, então, aí os usuários não chegam a participar desse planejamento, eles participam sim da discussão do funcionamento que é na assembléia,

²¹ A Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental (CPASM) é uma instância do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, criada através da Resolução N°1/CMS/2006, cuja finalidade é assessorar o plenário do conselho no que compete a formulação, implantação, implementação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas, ações e projetos em Saúde Mental, assim como prestar assessoria técnica ao gestor municipal. A CPASM é constituída por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde, e usuários e familiares da saúde mental (nota da pesquisadora).

que é toda semana, e aí se trata das coisas do dia-a-dia, é mais cotidiano (F, 12/4/2006).

A presença e participação dos usuários nas discussões e no planejamento das ações pertinentes à saúde mental vêm se ampliando progressivamente nos últimos anos. O processo de inserção inicia-se com o protagonismo dado ao sujeito na definição de seu projeto terapêutico, estende-se na organização de associações e na representatividade destas nos fóruns deliberativos (Conselhos de Saúde, Conferências, Comissões de Saúde Mental), e na participação em eventos científicos e espaços de militância política pertinentes à área da saúde mental. Essa é uma das formas em que a condição de cidadão dos portadores de transtornos mentais é resgatada. Segundo Rodrigues (2005, p. 80), “a participação política e militância de usuários e familiares em instâncias deliberativas ganham efetividade quando politicamente organizados”.

Neste sentido, a construção coletiva do protagonismo requer a saída da condição de usuário-objeto e a criação de formas concretas que produzam um usuário-ator, sujeito político. Isso vem ocorrendo através de inúmeras iniciativas de reinvenção da cidadania e *empowerment*, como atenta Vasconcelos (2000b), por meio de intervenções via associações de usuários ou de cooperativas sociais, ou ainda da participação política de tais atores nos mais importantes fóruns sociais de formulação de políticas da área, tal como nos conselhos de saúde e comissões de saúde mental.

Nas falas que seguem, os participantes da pesquisa destacam as dificuldades encontradas na organização, na articulação e no funcionamento da Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral²², bem como seus objetivos e principais lutas políticas por direitos.

Assim, eu acho que os usuários têm esse espaço da assembleia junto com os técnicos. É um espaço interessante, onde eles podem estar opinando, mais do que o da associação; o da associação é muito mais difícil de levar adiante; eu também já fiquei um tempo ajudando a associação, já fui até, uma época, da própria gestão, da própria diretoria, e a gente tem

²² Importante estudo sobre a Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral foi realizado por Rodrigues em dois trabalhos: RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral: desvelando sua significação**. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004; e RODRIGUES, J. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

que estar puxando muito como técnico, parece que deixar por conta deles a coisa não anda e, as vezes, a gente vê que fica mais um desejo nosso de que as coisas aconteçam do que deles; então, a assembléia pelo menos é um espaço que eu ainda acho que se consegue ter uma presença, agora a presença dos familiares no planejamento é muito pequena, poucos que vem, vem um ou outro, pai de alguém; dos usuários, eu acho que é mais nesse espaço da assembléia que acontece (P, 17/3/2006).

Os usuários, nós temos a assembléia dos usuários; então, na assembléia se discute algumas questões, por exemplo, as vezes o planejamento, funcionamento da casa, por outro lado nem tudo é discutido na assembléia, [...] tem uma atuação limitada, ela não é totalmente participativa. A associação, ela tem histórias de altos e baixos; teve momentos que a associação tinha uma diretoria, mas ninguém participava, não se articulava; tem momentos que a associação se integra mais, quando ela se integra a coisa fica também mais rica; nós temos aproximação, por exemplo, na questão do vale transporte, as reivindicações, sobretudo do vale transporte, de veículos pra passeio, pra participar de um evento, muito mais do que planejamento das ações, digamos assim, mais no sentido de luta por direitos e reivindicações (LÉLI, 4/4/2006).

A associação de usuários possui cinco objetivos: controle social, ajuda mútua, suporte mútuo, defesa dos direitos, geração de renda; em cima desse objetivos a associação realiza seu movimento e sua luta. Em termos do papel dos usuários no planejamento das ações do CAPS seria discutir esses objetivos em relação ao CAPS. Hoje, o que acontece, a associação de usuários acaba discutindo um pouco mais controle social; ela expressa a representatividade dos usuários na luta social, na dignidade humana, e também na geração de renda; outra coisa muito importante que a gente fala é a luta contra o preconceito, então, a associação ela participa mais nesse sentido, controle social, geração de renda e luta contra o preconceito no CAPS; esse é o papel dos usuários, realizar o controle social, participar da geração de renda e a luta contra o preconceito; a luta contra o preconceito significa realizar teatro, levar pras Academias, levar pra comunidade, mostrar que a história do louco no imaginário social das pessoas ela é transformada, pode-se reverter isso, e isso se reverte com música, cultura e arte (GIRASSOL, 20/3/2006).

O papel da associação no planejamento, é porque assim, a associação ela não é o CAPS, ela é uma entidade separada, a assembléia é uma assembléia geral do CAPS, é um mecanismo facilitador da participação dos usuários e técnicos na gestão do serviço; a associação é uma entidade, sem fins lucrativos, que foi criada e pensada pra que os usuários e familiares se organizem pela luta da política, pela luta da implantação da política de saúde mental, pela luta dos direitos, pela luta da implantação da Reforma Psiquiátrica, pela melhoria do serviço, então, assim, a associação ela caminha, mas ela é muito nova e aí se é muito nova tem uma estrutura um pouco frágil, então assim, a tua pergunta é se ela participa das ações do CAPS, ela participa sim, tem um elo de participação aí, tem um canal de participação, mas é frágil, é muito frágil, eu penso que é muito frágil porque aparece pouco (VIK, 24/3/2006).

Rodrigues (2005, pp. 81-82) destaca que as associações de usuários, enquanto dispositivos, possibilitam uma atitude política que oferece visibilidade ao usuário como ser cidadão e não apenas como portador de um transtorno. Segundo o autor, quando o usuário passa a ver, sentir, e ver sentido em suas ações associativas, sua prática organizativa torna-se efetiva e com empenho. Por isso, as associações precisam desenvolver estratégias mais amplas de adesão, visando revigorar seus quadros associativos. Nesta direção, a profissionalização e formação política dos dirigentes é vista como uma possibilidade para estimular a participação.

A compreensão das associações civis como relacionadas e condicionadas pelas associações políticas leva ao entendimento de que há uma sinergia entre a sociedade civil e a democracia política. Segundo Fleury (2004), a dimensão cívica da cidadania diz respeito à condição de inclusão ativa dos cidadãos à comunidade política, compartilhando um sistema de crenças com relação aos poderes públicos, à sociedade e ao conjunto de direitos e deveres que são atribuídos ao status de cidadão. Como dimensão pública dos indivíduos a cidadania pressupõe um modelo de integração e de sociabilidade, que transcende os interesses egoístas do indivíduo no mercado, em direção à uma atitude generosa e solidária.

A fala a seguir relaciona algumas dificuldades cotidianas vivenciadas na e pela associação de usuários do CAPS Ponta do Coral. Apresenta algumas possibilidades de atuação deste tipo de organização da sociedade civil, tanto com relação a parcerias com outras entidades, para o desenvolvimento de ações que visem a profissionalização e inserção no mundo do trabalho, quanto no processo de politização e conscientização de seus usuários com relação aos direitos de cidadania.

Eu acho que ela tem um papel relevante, a dificuldade é de incrementar esse papel relevante; os familiares vêm muito poucos; bom, talvez a gente não esteja também instigando, muitas vezes a gente convida, mas eu acho que, também, as vezes, falta um pouco de investimento da equipe para que os familiares estejam mais no CAPS; agora, a associação poderia fazer muitas coisas, desde convênios para cursos com esses órgãos que a gente tem, SENAI, SESC; poderia tentar uma penetração, mas isso seria uma outra realidade a ser criada; cada vez que entra uma gestão nova, a gente diz quem sabe agora; desde as pequenas coisas, até divulgar a lojinha aqui, é difícil, a gente uma vez fez uns folders pra distribuir aqui na vizinhança, uma vez a gente tentava vender as verduras que produzia, não conseguia muito, conseguia ali, vendia uma ou outra; agora em termos de espaço de fazer política eu acho que ela tem um peso, deveria realmente crescer, por mais que as pessoas tenham dificuldades; eu acho que tem que continuar existindo, tem que continuar batalhando para que eles possam estar assumindo um pouco

mais esse papel político, essa conexão com outras instâncias da sociedade; por exemplo, na questão até de trabalho, de poder a associação também ajudar nessa abertura de espaços de trabalho; teve uma vez que tentaram no Angeloni (supermercado), depois quando souberam que era portadores de transtorno mental não quiseram; eu acho que a gente precisava mostrar um pouco pra sociedade o que é o paciente psiquiátrico; assim, através desses recursos, não dá pra esperar vamos pra mídia, porque, assim, tem umas coisas que são boas, ótimas, mas são meio ideais, a gente tem que tentar começar com essas pequenas coisas que pode fazer: divulgar a lojinha, sei lá, fazer um contrato lá com o CIC pra fazer cursos, por exemplo, de pintura, coisas que são mais próximas da realidade exequível (P, 17/3/2006).

Para Rodrigues (2005) dois aspectos são importantes para compreender as dificuldades de falta de adesão e continuidade na participação dos membros da associação. Um deles refere-se aos elementos motivadores para a participação. Neste caso, é preciso considerar que a prática política de militância possui seus campos de conflito e tensões, que dentro da especificidade da loucura pode não conferir uma participação freqüente. O outro relaciona-se ao significado da associação na vida dos integrantes. Muitos usuários vêem a associação como possibilidade de geração de recursos financeiros, haja vista que o fator trabalho/vínculo empregatício é algo marcante na vida dos portadores de transtornos mentais, em decorrência de a maioria não possuir fonte de renda própria.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacaram o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário.

A primeira delas é a questão do controle social, a associação tem potencialmente essa função, não só dentro do serviço, mas também nas outras instâncias, conselho municipal de saúde, conselho local, aqui em Florianópolis estamos organizando uma Comissão Permanente, que é consultiva do Conselho Municipal de Saúde, é uma comissão de saúde mental, no estado (SC), a gente tem o Colegiado de Políticas Públicas e Atenção Psicossocial, que tem representação dos usuários; então, novamente, na questão da defesa dos direitos, na questão do resgate da cidadania, as vezes nem é resgate porque o cara nunca teve cidadania alguma, mas da possibilidade de instituir um certo nível de cidadania; eu vejo que a possibilidade de o usuário poder participar politicamente é algo que tem um efeito sobre a sua dinâmica, como tem efeito sobre a dinâmica de qualquer um que descobre um dia que tem essa possibilidade de participar politicamente, da vida política, e pro usuário de saúde mental isso muitas vezes é uma descoberta que representa uma guinada muito grande na sua vida, então, vamos dizer assim, tem um efeito terapêutico, um efeito clínico nesse sentido, além, obviamente, dos

efeitos políticos que isso representa, mas, mais individualmente tem esse efeito, da articulação com as outras pessoas, enfim, tem uma terapêutica aí que é função, mesmo que não reconhecida, mas é função das associações (F, 12/4/2006).

O principal papel das associações é não tornar que os serviços se tornem manicômios; a associação é a vida, é organização, é luta, é enriquecimento, é sentido de vida; tenho escutado muito de pessoas que tiveram suas vidas arruinadas que quando passaram a militar em associações de usuários passaram a ter um sentido de vida, passaram a conceber a razão da sua existência em vida; então, a principal importância das associações é não deixar que o serviço se torne manicômio, é tornar o serviço um pouco mais rico, com mais vida, é organizar a questão política, é falar em nome dos próprios usuários; então, a importância das associações de usuários é levar a boa nova aos CAPS, levar a boa nova aos serviços de saúde mental, levar a boa nova do modelo psicossocial, ou seja, discutir o controle da loucura, ou seja, a maior importância das associações é levar a discussão da liberdade, liberdade e dignidade dos portadores de transtornos mentais (GIRASSOL, 20/3/2006).

Além do tratamento e dos serviços, eu acho importante que a associação possa se fortalecer enquanto movimento popular de luta pela Reforma Psiquiátrica, que os usuários possam se conscientizar dessa importância de estarem articulados, lutando pela implantação da política, da política de saúde mental sob esse novo paradigma da Reforma Psiquiátrica; eu acho que essa é a maior importância, acho que essa é a maior tarefa da associação; claro que isso se reflete na micro política institucional no próprio CAPS; a associação vai estar lutando, a nossa associação aqui, por exemplo, já lutou pelo próprio vale transporte dos usuários, de ir até a secretaria (Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis) conversar com o secretário e reivindicar enquanto essa democracia representativa dos próprios usuários, técnicos e familiares; pela própria manutenção desta casa na época que houve a questão da construção da via de acesso ao Hospital Infantil, existia um projeto da outra via passar também por aqui, os usuários batalharam que essa casa se mantivesse aqui, que o CAPS se mantivesse aqui e conseguiram; então, acho que essa luta maior de articulação que exige uma consciência política dos líderes que estão na associação, dos usuários como um todo, é que é a grande tarefa da associação, só que isso se faz num trabalho de formiguinha, num trabalho miúdo (VIK, 24/3/2006).

Cabe destacar que o controle social compreende a participação da população na perspectiva da interferência na gestão da política pública de saúde, colocando as ações e serviços na direção dos interesses da comunidade e estabelecendo uma nova relação entre Estado e sociedade. Conforme Correia (2002, p. 212), controle social “é a atuação da sociedade civil organizada na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam às demandas e aos interesses das classes subalternas”.

A III CNSM ressalta a importância do controle social, através dos mecanismos já existentes (Conselhos, Conferências e Comissões de Saúde Mental, organizações da

sociedade civil e movimentos sociais), como forma de garantir o avanço da Reforma Psiquiátrica. Os indicativos da Referida Conferência destacam que o controle social deve constituir-se com a representação dos três segmentos – usuários, familiares e profissionais de saúde, na perspectiva de induzir uma ação de acompanhamento da construção das políticas municipais, estaduais e nacional de saúde mental. As Comissões de Saúde Mental em ação conjunta com os Conselhos de Saúde devem exercer seu papel de controle e fiscalização das políticas públicas, o que inclui o orçamento e a destinação de verbas para a saúde mental, em todos os níveis (BRASIL, 2002a).

A ação da sociedade civil e dos movimentos sociais é ressaltada visando a garantir que os programas de saúde mental não sofram descontinuidade por ocasião de mudanças de gestão administrativa e/ou política. Para tanto, devem ser criadas estratégias para a viabilização de maior envolvimento dos diferentes atores sociais com as questões da saúde mental. Entre estas, destacamos o papel das associações de usuários, técnicos e familiares e dos núcleos estaduais e/ou municipais do movimento da luta antimanicomial, na gestão dos serviços e na fiscalização das práticas de saúde mental (BRASIL, 2002a, p. 142).

3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia

A desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial são dois dos pressupostos teórico-epistemológicos orientadores das práticas assistenciais indicadas na e pela Reforma Psiquiátrica. Tendo isso em conta, perguntamos aos participantes da pesquisa se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas para a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referiram que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras.

As falas relacionadas na seqüência explicitam a percepção dos entrevistados sobre a questão e indicam algumas possibilidades que, segundo eles, poderiam favorecer o desenvolvimento de ações de reabilitação psicossocial.

Em parte sim, em parte; eu acho que como a gente não tem um sistema de avaliação a gente não consegue medir isso muito bem; a nossa intenção é essa, o que não quer dizer que as nossas ações consigam de fato alcançar; acho que a gente poderia fazer mais, a gente poderia ter uma articulação mais intensa e mais constante com outras instituições, com outros sistemas de atenção, além claro da própria rede de saúde, que não existe; em Florianópolis a gente não tem rede, até está se formando, dá pra dizer que está se formando, mas não funciona como rede ainda, efetivamente não funciona; a gente tem pouco contato com a atenção básica, com o PSF, que seria um parceiro importante, a gente tem pouco contato com os outros CAPS também em termos de troca, enfim, com outras instituições de saúde, então, acho que a gente ainda continua isolado, e aí pensar em reabilitação psicossocial com essas condições é um pouco mais complicado; a gente vê alguns efeitos, que a gente mede pelo usuário em si, que é o fato de que ele consegue evitar internação, que ele consegue muitas vezes voltar a trabalhar, sua participação nas oficinas passa a ser bastante diferente, enfim, mas são coisas que a gente não tem um instrumento pra avaliar (F, 12/4/2006).

Eu penso que sim, apesar de que hoje o programa de saúde mental não conta com uma rede completa de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, então, assim, a gente tem essa dificuldade; se existisse isso de forma mais estruturada, de forma mais incrementada seria mais fácil a reinserção social; por exemplo, a gente não tem leitos psiquiátricos no HU, um hospital geral, que já tem um ambulatório de psiquiatria, poderia ter um serviço de emergência, facilitaria, evitaria internações, um mercado protegido, um projeto de geração de renda também não temos, não temos os CAPS territorializados ainda, então, tem uma série de dificuldades colocadas aí que impedem essa reinserção social num tempo menor do que acontece hoje; acho que hoje o tempo que o usuário fica dentro do CAPS ainda é muito grande por conta de a gente não ter essa rede completa, que possa dar esse suporte extra CAPS. [...] eu não sei se isso acabaria institucionalizando, de certa forma sim, mas assim, isso está na pauta, e se isso está na pauta não está institucionalizando, você entende o que eu quero dizer? isso está sendo falado pro próprio usuário, isso está sendo dito pra ele, olha tu já está aqui muito tempo, o nosso objetivo pra ti, nosso projeto terapêutico pra ti seria de tu poder estar fazendo isso, isso e isso lá fora, então assim, não diria institucionalizado porque talvez institucionalizado seria quando a gente não se desse conta disso, ah não isso está rolando, o usuário está aqui há anos, ninguém está fazendo nada, continua na mesma, aí sim estaria cronificando, mas acho que não nesse sentido, de que isso está na perspectiva, a gente está querendo a inserção, a gente está querendo a rede extra hospitalar, a territorialização dos CAPS, só que a gente não tem uma série de elementos necessários pra fazer a reinserção, a política, o programa de saúde mental, aliás ele está sendo implantado, incrementado muito mais agora recentemente (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que sim, mas muito pouco ainda; elas se encaminham, elas têm como ideal, elas desejam, mas na prática isso é muito pouco feito; eu vejo que nesse CAPS a equipe acaba estando muito fragmentada porque faz milhões de coisas também, desde a parte administrativa, parte clínica, oficina, se divide; eu acho que deveria ter a equipe como um todo trabalhar nisso, mas ter também grupos de atuação, como a gente

chama de atuação local, então, ainda para o que necessita está muito pouco assim, muito aquém [...] A primeira proposta começaria via Regionais, nas Regionais; por exemplo, as pessoas iriam para os seus bairros, ver qual é a possibilidade, as possibilidades que existem pro usuário se inserir, mas não só a Regional, poderia ter um grupo mesmo, sair com o usuário, fazer a coisa mais concreta, ela é feita, mas é feito muito pontualmente (LÉLI, 4/4/2006).

Em geral sim, mas tem alguns pacientes que, por exemplo, circulam no CAPS e que não tem nenhuma indicação de estar no CAPS, então ele acaba sendo um lugar de institucionalização ou de capsização. Tem isso; isso acaba acontecendo, mas em geral não é isso; em geral eu acho que todas as nossas ações, o que a gente discute em equipe é até a tentativa de diminuir essa dependência, esse vínculo de dependência, que em algum momento ela pode ser muito importante, mas em outros ela é excessiva e acaba aprisionando o paciente dentro do CAPS, e aí o CAPS passa a ter o mesmo papel e a mesma função do hospital; e como isso é o que eles conhecem, esse repertório é o que se conhece, é mais fácil de se acostumar com ele do que ter uma nova postura, uma postura de que, não, aqui eu vou tomar conta do meu tratamento, eu vou lá fora procurar o que é meu...; não, (o usuário) acaba esperando, ah o que você falar está bom, e aí essa atitude bem passiva, que ela é muitas vezes muito cômoda pra todos nós em muitos momentos, pra uns mais que outros, essa atitude de comodismo, de esperar, é ótimo, e aí isso acontece, acaba acontecendo, embora as práticas, elas tem a idéia de que não seja voltada pra isso; não é o objetivo, mas a gente observa que as vezes é falho (J, 22/3/2006).

Essa pergunta é muito difícil [...]; eu acho que não mudou muito meu olhar, a gente tende a sustentar a institucionalização, a gente não consegue dar alta, o paciente não consegue ter alta, não consegue sair; assim, digo um paciente que realmente talvez esteja até mais comprometido com esse tempo aqui, tem paciente que está aqui desde o início; eu acho que a gente acaba reforçando um pouco isso por mais que a gente tem o desejo de que fosse o contrário; existe uma certa comodidade pro paciente também, aqui ele tem atenção, ele é aceito, não tem assim uma grande briga por ele ficar aqui; então, isso me preocupa muito, eu fico pensando: é uma contradição porque ao mesmo tempo que o nosso trabalho é voltado pra isso parece que a nossa ação acaba revertendo o contrário; a questão da cidadania, a questão da construção de outros laços, criação de outros espaços, eu acho que é muito precária ainda [...]; por isso que eu acho que a gente precisa também de ter formas de avaliação dos pacientes, muitas vezes fica assim um exemplo ou outro que você tem, aquela pessoa foi, está lá trabalhando, talvez ela não tenha também construído um elo tão pesado, tão forte com a instituição, que ela já veio, ficou um tempo, saiu, voltou a fazer outras coisas da vida; eu acho que a gente ainda está institucionalizando mais do que desinstitucionalizando [...] (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p. 14) observam que um dos caminhos mais importantes para o qual aponta a desinstitucionalização é o da criação de novas relações com a loucura. Estas se processam a partir da mudança das relações institucionais internas e de

desmontagem dos dispositivos da clínica e da psiquiatria, mas certamente não se restringe a isto. Novas subjetividades e um novo lugar para o sujeito louco só são produzidos em relação com o social. O trabalho de desconstrução da institucionalização, necessariamente, extravasa o contexto institucional específico, atingindo seu objetivo mais amplo de questionamento das instituições e subjetividades capitalísticas, a desconstrução como transformação cultural. Para os autores, através do trabalho no campo social a desinstitucionalização atinge seu sentido mais abrangente, como processo social amplo e complexo de participação popular, territorialização dos serviços, envolvimento de diferentes atores sociais, e mudança da relação social com o fenômeno da loucura.

Sobre este aspecto cabe destacar que a desconstrução do paradigma da institucionalização e a construção do paradigma da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial envolve um conjunto de ações teórico-epistemológicas e de práticas assistenciais, amparadas por um sistema jurídico-político capaz de criar e garantir direitos aos portadores de transtorno mental. De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (1987), a reabilitação psicossocial é o conjunto de atividade capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários (OMS 1987 apud PITTA, 2001).

Nesta direção, a formulação da política de saúde mental, orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais nos campos da educação, cultura, habitação, assistência social, esporte, trabalho, lazer e a articulação de parcerias com universidades, Ministério Público, organizações não governamentais (ONGs), visando a melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania do portador de transtorno mental (BRASIL, 2002a).

Com o objetivo de saber se existem e identificar quais são as práticas de reabilitação psicossocial desenvolvidas no e pelo CAPS Ponta do Coral, perguntamos aos participantes da pesquisa se existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer. Do total de profissionais que responderam ao formulário, a maioria (66,7%), disse não existir, dois referiram não saber responder, e dois destacaram que existem. Dentre os que responderam que não existem tais práticas, um observou não ter conhecimento, oficialmente, das parcerias, um deles destacou que existem poucas e de acordo com o planejamento terapêutico do usuário, e um outro disse que tem em momentos específicos, mas não de forma contínua. Entre os que

responderam que sim, um referiu-se a experiências muito pontuais como por exemplo o uso da quadra de esportes próxima, e outro identificou parcerias com fundações municipais e estaduais de cultura.

Neste aspecto, os indicativos aprovados na e pela III CNSM ressaltam a necessidade de se priorizar, no âmbito da assistência em saúde mental, políticas que fomentem a autonomia dos portadores de transtornos mentais, incentivando o exercício da cidadania plena. Devem-se buscar parcerias entre o poder público e organizações civis para o desenvolvimento de projetos sociais e comunitários, de geração de renda e de acesso a todos os direitos, que possam funcionar como apoio na (re)inserção social destas pessoas.

No estudo realizado, perguntamos aos profissionais se as práticas assistenciais desenvolvidas no e pelo CAPS possibilitam ao usuário a construção de sua autonomia. Os entrevistados destacaram a necessidade de refletir conceitualmente sobre o que seja a autonomia do portador de transtorno mental, como avaliar a autonomia da pessoa. Referiram que, em geral, o serviço consegue cumprir com a função de estimular o usuário à conquista de sua autonomia.

A questão é discutir o que é autonomia, eu sempre parto do princípio de que autonomia não é independência, autonomia na verdade é a possibilidade de a gente poder ampliar as dependências, que é a vida de todo mundo, ou seja, eu pra viver eu dependo de um monte de gente, um que paga meu salário, outro que falo aqui, outro com quem eu me ligo afetivamente, enfim, eu dependo de uma porção de gente e isso me dá autonomia porque eu posso depender de muitas pessoas e de muitas instituições, muitos sistemas; o problema do usuário de serviço de saúde mental, paciente psiquiátrico é que ele, geralmente, depende ou das mesmas pessoas ou das mesmas instituições, ou seja, a capacidade de autonomia dele está muito reduzida porque ele não tem como circular socialmente, ele ou está sempre dentro de casa ou de casa pra uma instituição, seja ela o CAPS ou hospital psiquiátrico; então, pra mim autonomia é isso, é essa possibilidade de você ir ampliando os vínculos pra que você possa depender de muitas pessoas ou de muitas coisas ou de muitas instituições porque afinal de contas, em última instância, essa autonomia tomada como independência ela é imaginária, ela é irreal, não existe; então, eu acho que a gente consegue isso, a gente consegue ampliar a autonomia dessa maneira, primeiro porque o CAPS acaba se tornando um centro de convivência, então, o efeito imediato é que a pessoa deixa de ficar sozinha ou só com a família e passa a conviver com outras pessoas, esse é o efeito imediato, passa a ter outras relações que muitas vezes se desdobram, saem daqui, as pessoas fazem programas juntos fora, pinta relacionamentos amorosos ou só relação sexual, que seja, mas enfim, é uma oportunidade nova que o cara não tinha, encontrar alguém mesmo que seja só pra transar, então, isso já é um ganho também, já implica na ampliação de autonomia; eu vejo que muita gente aprende a lidar com o serviço público, aprende a correr atrás dos seus direitos, aprende a lidar com outros serviços de saúde, passa a

procurar o posto de saúde onde mora ou passa a ir pegar medicação em tal lugar sozinho, por conta própria etc.; eu acho que a gente consegue essa função, a gente consegue autonomia nesse sentido, mas pode ser melhor, na medida que a gente tiver uma rede, que a gente se inserir nessa articulação com outras instituições, com outras instâncias, a gente consegue fazer isso de maneira mais eficaz (F, 12/4/2006).

Em alguns casos sim, eu acredito que alguns casos quando não há uma limitação interna eu acho que sim, que é possível, através até da participação nas oficinas, nos grupos terapêuticos, da adesão ao tratamento médico; muitos conseguem realmente; passaram por um episódio, uma crise, conseguiram ficar bem e voltar para as suas atividades diárias, eu acho que quando eles aderem ao tratamento, quando há essa adesão, quando eu digo ao tratamento é ao projeto terapêutico deles, e não tem uma limitação, vou colocar entre aspas “uma seqüela” da própria doença muito forte, há essa possibilidade; em alguns outros casos eu acho que é difícil, assim, não é tão fácil medir isso, o que, quem melhora, quem não melhora, aquele que consegue voltar, aquele que não consegue, as vezes alguém que tem até uma doença mais incapacitante consegue, outros não, depende, depende do apoio que ele tem, do externo, da família, ou da própria sociedade, da comunidade em que ele é inserido, isso tudo faz diferença, que tem o background do que ele era antes, isso também faz a diferença, ele consegue resgatar; quando já não se tem muito o que resgatar aí fica mais difícil trabalhar; é individualizada essa resposta, mas eu acredito que em alguns casos sim, consegue essa (re)inserção de uma maneira muito boa e gratificante para os dois, pro usuário e para os profissionais (J, 22/3/2006).

[...] dependendo de como o serviço é gerido, dependo de dentro de que política de saúde mental esse CAPS está inserido, ele pode ao invés de estabelecer uma autonomia, mesmo que ele tenha uma boa vontade de estabelecer autonomia, ele acaba tornando a pessoa mais dependente ainda do serviço; então, é uma grande armadilha a construção da autonomia, não só especificamente pro CAPS Ponta do Coral, mas pra todos os CAPS que eu tenho visto; então, a gente volta novamente na questão da avaliação, novamente na discussão dos termos, eu acho que a questão dos conceitos ela tem que estar muito clara, o que significa cada conceito, eu sempre tenho batido muito nisso; o que é autonomia? É a pessoa ter minimamente condição de governar a sua própria vida, gerir sua própria vida, Ok! a gente estimula a pessoa a fazer isso, trabalha nesse sentido com a questão da autonomia, agora, quais são os parâmetros que nós vamos utilizar pra avaliar essa autonomia, isso a gente não tem muito claro ainda, acho que necessita; então, o CAPS possibilita autonomia, mas ao mesmo tempo não tem uma análise crítica [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Não obstante, cabe-nos destacar que a compreensão sobre autonomia que orienta este trabalho refere-se “a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente”. Neste caso, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas

relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001, p. 57).

As falas relacionadas a seguir destacam como o atendimento no CAPS Ponta do Coral possibilita a construção da autonomia do usuário.

Eu acho que em formas gerais sim, na relação que os técnicos tem com o paciente; agora, as vezes, a gente tem uma postura muito assistencialista em muitas situações, um assistencialismo que acaba prendendo o paciente, institucionalizando; são situações, eu acho que as vezes a gente repensa sobre elas, não foi bem por aí, mas, assim, eu vejo as pessoas contando a história do CAPS, teve muitas experiências que foram positivas também, que chegaram a um resultado, assim, sem muito recurso, sem muito com que contar fora da própria equipe, fizeram coisas que são surpreendentes em relação a tantos pacientes; eu acho que essa maneira de você poder dar voz, poder valorizar aquilo que a pessoa faz, consegue fazer em uma Oficina por exemplo, eu acho que essa é uma maneira de você conferir uma posição mais sujeita, mais ativa mesmo (P, 17/3/2006).

Sim, eu acho que sim, só que eu acho que a gente possibilita em alguns casos, não tem uma história linear de possibilitar a todos, eu acho que tem um projeto de possibilitar, mas isso não acontece o tempo todo, porque também isso não é uma via de mão única; hoje, eu já fui mais ingênua em relação a isso, muitas vezes uma pessoa que ficou trinta anos, vinte anos no hospital psiquiátrico, eu não sei mais se ele quer ter mais autonomia, muitas vezes ele quer, não quer; se a gente entender autonomia como trabalhar, seja em qualquer lugar, com uma bolsa trabalho, entender autonomia como decidir ir final de semana para uma praia, autonomia como ir ao supermercado, escolher o que vai comer, até certo ponto sim; por exemplo, se tenta até que muitos usuários saiam no final de semana, a gente na reunião das Regionais combina que eles possam ir, no final de semana, para um passeio, e eles não vão, eles ficam em casa, só vão se o técnico for, no dia de semana; então, acaba ficando um outro processo de não autonomia; então, a luta, a intenção é que isso se dê de outra forma, que também não fique dependendo do CAPS; existe uma construção pra isso e isso acontece, em certa medida acontece, mas ainda não como gostaríamos, porque nós também temos uma idealização de autonomia [...] alguns casos tem sim, vão até um certo ponto da autonomia que é possível pra pessoa, e outros vão mais além, outros regridem (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre as possibilidades de construção da autonomia do portador de transtorno mental, Kinoshita (2001, pp. 56-57) considera que a contratualidade do usuário, primeiramente vai estar determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Estes podem emprestar seu poder contratual para possibilitar relações e

experiências renovadas ao usuário, através de seu prestígio, de sua delegação social, do saber reconhecido pela sociedade. O referido autor destaca que aos profissionais é dada a capacidade de elaborar projetos, isto é, ações práticas que venham a modificar as condições concretas de vida do usuário.

A entrevista citada na seqüência relaciona a construção da autonomia do usuário a ações que envolvem outros serviços e outras políticas sociais como uma possibilidade para que o portador de transtorno mental adquira sua independência econômica. No caso, a profissional refere-se a Política de Assistência Social, através do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Outro recurso financeiro que pode ser acessado pelos egressos de internações psiquiátricas prolongadas é auxílio reabilitação psicossocial instituído com o Programa de Volta Pra Casa, através da Lei Federal N° 10.708/2003.

[...] um outro elemento pra isso (autonomia) são os usuários que estão totalmente desprovidos de qualquer recurso material que conseguem o BPC e isso garante autonomia porque ele tem o mínimo pra poder dar conta das suas necessidades materiais; então, muitas vezes, ele está numa condição muito vulnerável e aí passa a poder comprar aquilo que ele deseja, minimamente, porque é muito pouco o valor, mas consegue algumas coisas e isso garante essa autonomia, porque as vezes ele fica na família, fica sendo aquele peso que só incomoda, que não tem recurso financeiro nenhum porque ele está fora do mercado de trabalho mesmo, então, aí o benefício da previdência social também é um elemento de autonomia e de reconstrução da cidadania, mas entre todos esses outro que eu falei, do próprio material que ele tem contato na oficina terapêutica que ele consegue produzir algo; aquele usuário que é egresso do hospital psiquiátrico de polireincidência nas internações que consegue produzir uma peça bonita e que essa peça é vendida e que depois recebe o dinheiro dessa venda, também confere autonomia, confere cidadania, auto-estima (VIK, 24/3/2006).

Entendemos que a possibilidade de ter recurso financeiro próprio favorece sim a independência econômica do portador de transtorno mental, possibilitando-lhe uma vida com maior autonomia. Contudo, conforme destacou a entrevistada este é só um dos elementos que compõem o rol das necessidades humanas. A reabilitação psicossocial é um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia (KINOSHITA, 2001). Neste sentido, reabilitação e construção da autonomia caminham lado a lado.

3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental

A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos entrevistados como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista jurídico-política dos direitos do portador de transtorno mental.

Eu acho que hoje a gente já tem uma rede assistencial muito mais capacitada e quantitativamente significativa; no Brasil já são 800 CAPS; o fato de que tem recurso financeiro do Ministério da Saúde destinado, especificamente, à saúde mental, isso facilita a criação do serviço no município; em termos das modificações em relação ao que seja a loucura, o que seja o transtorno psíquico, acho que apesar das dificuldades a gente já conseguiu avançar com relação a isso, a gente já conseguiu trazer a discussão pra sociedade de uma outra maneira, levantando a necessidade de olhar isso também de uma outra forma; a medida que as pessoas começam a sair dos hospitais e voltam a morar seja em residências terapêuticas, seja com a sua família, e conseguem se manter bem dessa maneira isso também vai mudando o olhar das pessoas, pelo menos daquelas que o cercam; os projetos que a gente chama de modificação da cultura, a modificação da cultura manicomial, isso eu percebo que há um avanço, gradual, lento, tem um monte de resistência, mas a gente consegue, conseguiu, tem conseguido, e isso implica também no avanço político, no sentido da garantia do direito, no sentido de ter algumas prerrogativas preservadas com relação ao direito do usuário; então, eu vejo que de uma maneira geral a gente tem avanços e avanços muito significativos se a gente compara o que era transtorno mental há vinte, trinta anos, nesse país, tem coisas muito importantes que eu identifico (F, 12/4/2006).

Acho que a própria existência de CAPS, os hospitais dia, de ambulatórios de saúde mental, próximos as casas de onde o paciente mora, o Programa de Volta pra Casa, a possibilidade de uma residência terapêutica, são todas medidas atuais e dispositivos atuais que possibilitam essa nova forma de encarar o que alguém portador de transtorno mental pode ocupar, o que eles podem ocupar; então, eles podem ocupar os espaços, eles podem começar a fazer parte daquela comunidade (J, 22/3/2006).

A fala a seguir expressa como foi, historicamente, se alterando a forma de assistência ao portador de transtorno mental e de atenção em saúde mental na política de saúde do município.

Eu acho que a questão de criar um espaço que é aberto já é uma conquista; eu acho que hoje a gente tem essas possibilidades de CAPS, no posto de saúde mesmo; [...] quando eu comecei a trabalhar na prefeitura, há 20 anos atrás, assim, era uma equipe de um psiquiatra com mais um monte de estagiários de psicologia que saía em uma Kombi velha pra fazer alguma coisa, quando pintava um problema lá com um paciente do Campeche por exemplo [...]; não tinha nada na prefeitura há 20 anos atrás de saúde mental, então, hoje já tem, está se criando uma rede, tem profissionais nos postos, tem psicólogos, se pensa em fazer treinamento de agente de saúde, treinamento de clínico geral, já se fez algumas coisas; eu acho que isso, imagino que alguém que fica confinado dentro de um espaço, ele ter a possibilidade de circular, mesmo o pessoal do HCTP, eu acho que pra eles, assim, tem uns que não querem muito mais que isso na vida, pelo menos eles não estão tendo que trabalhar duramente como trabalhavam quando eram crianças, vem aqui, circulam, comem uma comida, anda aqui, vê televisão, bom! talvez essa seja a vida que eles querem, talvez seja...., já sai lá daquela estrutura fechada (P, 17/3/2006).

Na seqüência, a entrevistada relaciona algumas formas de exercício da cidadania que o usuário pode acessar com o tratamento no CAPS.

É, se for pensar que muitos usuários eles tiveram uma história, antes do surto, de uma vida organizada socialmente, trabalhando, talvez seria a reconstrução da cidadania, mas a medida que vem todo o isolamento propiciado pelo hospital psiquiátrico, todo o estigma do transtorno mental que a própria comunidade coloca, realmente de fato foi perdida; quando ele chega no CAPS e se propõe a se beneficiar desse espaço, assim, de fato se vincula ao projeto terapêutico dele, acho que ele consegue reconstruir elementos pra essa cidadania, num primeiro momento autonomia, acho que o cartão do vale transporte, o exemplo que eu posso dar, o cartão do vale transporte que é oferecido no período que ele tem tratamento aqui é o mesmo cartão do cidadão que vai comprar lá no SETUF, então, aquele usuário que é estigmatizado, eu já presenciei essa cena, um usuário de uma comunidade de periferia que era o louco do bairro, ele entrou dentro do ônibus com o mesmo cartão que qualquer outra pessoa, passou o seu cartão, veio pro CAPS, depois foi embora pra sua casa, então, isso já é um elemento, muito pequeno, mas é um primeiro elemento talvez, que começa aí, de ele se reconhecer enquanto sujeito, enquanto cidadão, e depois aqui também, a possibilidade de participação, no momento que ele consegue produzir algo numa Oficina, no momento quando ele consegue, na clínica, se dar conta dos seus conflitos e ter mais qualidade de vida nas relações [...] (VIK, 24/3/2006).

Uma das entrevistadas fez destaque às formas de atuação que, na sua opinião, representam conquistas significativas e correspondem a práticas que favorecem o exercício da cidadania do portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Avanços, pra começar, acho que o grande avanço foi a Reforma Psiquiátrica, a construção do CAPS, dos CAPS, as portarias que fazem com que os hospitais psiquiátricos sejam substituídos por vários CAPS, esse foi o grande avanço em primeiro lugar, porque é o momento de tirada das pessoas desses castelos, dessas muralhas, não só porque ficaram ali presas, mas de todo aquele sofrimento mesmo, de miséria, enfim, como os últimos dos últimos, então, eu acho que esse é o primeiro ponto, é que os sofredores de transtorno psíquicos e mentais não ficassem segregados, mas poder estarem sendo mostrados e expostos - uma parte da sociedade, são pessoas que podem transitar, que estão aí, não necessariamente precisam ser escondidos como uma vergonha; junto aos CAPS, isso não caminha sozinho, tem a construção as redes de atenção básica também; [...] mas quando fala em cidadania acho que tem três eixos: um é a construção do CAPS, de serviços como o CAPS, outro são as residências terapêuticas e o outro a economia solidária; hoje eu vejo como isso, assim, esses três projetos, que foram feitos com luta, porque a primeira luta foi dos hospitais, então, tem as portarias que substituiu os hospitais por CAPS, progressivamente, tem toda a luta do movimento antimanicomial, tem as leis que protegem, tem esses três eixos; residência terapêutica é um lugar de resgate à cidadania porque a pessoa vai poder estar numa casa, vai poder comprar um bombril pra limpar a panela, vai poder comprar tomate e batata, vai começar a transitar no meio de outras pessoas, com a vizinhança, a se autogerir, poder fazer escolhas para sua casa, onde ele quer botar um quadro, onde ele quer botar o guarda-roupa, sua roupa, com outros colegas, mas enfim...; tem também a economia solidária que é o momento de autogestão, de fazer escolhas também, de decidir sobre sua vida, em uma certa instância, porque em última instância, em última análise ninguém daqui decide sobre a sua vida, nem eu, nem tu, a gente já nasce num sistema que te absorve e a gente é o que em última análise o capitalismo quer que a gente seja mesmo, nossa roupinha, nossa comida, nosso padrão de beleza, tudo a gente faz como é vendido; eu acho que essas iniciativas, porque a economia solidária não é só cooperativa, não é só associação, não é somente, é uma outra forma de produzir trabalho e discutir sobre esse lucro, que antes estava na mão de algumas pessoas, então, é dividir, eu também decido sobre o que é o meu trabalho, eu não me alieno dele, mas eu sei onde é que vai o meu trabalho (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Fleury (2004, p. 4), os grupos excluídos estão, em geral, impossibilitados de participar das relações econômicas predominantes no mercado, como produtores e/ou consumidores, e das relações políticas vigentes, os direitos de cidadania. Segundo a autora, esta situação é agravada pela transformação das políticas públicas de proteção social, afastando-se de um modelo de seguridade social, que buscava assegurar coletivamente o mínimo vital para todos os cidadãos, em direção à individualização da pobreza e da exclusão.

Conforme aponta Pitta (2001), o homem moderno, acriticamente, persegue formas de inclusão social pelo trabalho, desconsiderando o fato do trabalho não ser nem

tão disponível nem tão flexível para suportar as diferentes demandas individuais e coletivas que a sociedade moderna impõe. Não obstante, a tradição asilar e assistencialista das instituições psiquiátricas, historicamente, caracterizou-se pela função de excluir os marginalizados, produtos das disfunções do modo de produção capitalista e da divisão social do trabalho. Em geral, a população internada, e muitos dos egressos de hospitais psiquiátricos atendidos nos CAPS, está cronificada, com poucas chances de retorno ao mundo do trabalho capitalista.

A fala relacionada a seguir traz a compressão e reflexão, do profissional entrevistado, com relação ao conceito de cidadania e as implicações práticas deste quando se tem como parâmetro uma concepção e um modelo de cidadania pautado na lógica da racionalidade.

Eu tenho visto que está se percebendo uma maior clareza da necessidade dessa cidadania do portador de transtorno mental, porém ainda falta um pouco mais de discussão em nome de que direitos o portador de transtorno mental tem pra fazer cidadania, porque é assim, a cidadania dentro desse modelo francês - igualdade, fraternidade, liberdade, ela exige muito a questão da razão, pra você exercer cidadania você tem que falar em nome da razão, e muitas vezes o usuário, quando está em crise acaba não falando numa razão, acaba falando uma desrazão, e aí como fazer? como dar conta disso? ainda não temos resposta, em nome de que cidadania é reinventada uma cidadania para os loucos, mas tudo bem, isso é pra gente pensar; então, o avanço que tem em relação a construção da cidadania é quanto mais ter associação de usuários em que se discuta cidadania, mais vai ter cidadania, que eu não acredito que os CAPS tenham trabalhado muito nessa lógica, porque acaba não discutindo a questão da cidadania, que cidadania é essa, o que se entende por cidadania, o que é o ser cidadão [...](GIRASSOL, 20/3/2006).

A cidadania integra as exigências de justiça e exercício democrático do poder; o sentimento de pertencer a uma comunidade e de estar integrado a uma dada coletividade social, em determinado espaço territorial (FLEURY, 2004). A idéia de direitos do cidadão – civis, políticos e sociais – remete a construção dos Estados nações, em que o princípio das nacionalidades precede o ideal filosófico cidadania universal. A cidadania, definida pelos princípios da democracia, constitui-se na criação de espaços sociais de luta (movimentos sociais) e na criação de instituições permanentes para a expressão política; significa, necessariamente, conquista e consolidação social e política (VIEIRA, 2002, p. 40). Ainda, a cidadania passiva, outorgada pelo Estado, se diferencia da cidadania ativa, na qual o cidadão, portador de direitos e deveres, é essencialmente criador de direitos para abrir novos espaços de participação política.

Diversos são os obstáculos para o exercício da cidadania do portador de transtorno mental entre estes a vinculação dos direitos a racionalidade instrumental-cognitiva da ciência; a vinculação da sua prática a inclusão controlada no mundo do trabalho, modelo este que, no caso brasileiro, é denominado por Santos (1979) de cidadania regulada. Vasconcelos (2000b, p. 191) indica que, para aqueles que assumiram a proposta da desinstitucionalização e reinvenção da cidadania no campo da saúde mental, há de considerar que estamos diante de um terreno de relações de forças complexo e paradoxal, em que a manutenção do caráter democrático nas relações exige abandonar esquemas conceituais lineares, onipotentes, que queiram garantir de antemão a sua eficácia.

Fleury (2004, p. 12), observa que “a mediação entre os indivíduos e o Estado, através da igualização realizada na cidadania só é efetiva, na medida em que a sociedade civil seja capaz de realizar as funções de agregação dos interesses, reconhecimento dos sujeitos e sua inserção na esfera pública. Só assim a cidadania deixa de ser um invólucro legal e passa a ser um exercício na vida social”. Portanto, uma visão mais ativa de cidadania requer um sentido de sociedade civil como uma esfera pública onde os cidadãos se encontram em reconhecimento mútuo, e isto faz possível a sociedade plural.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referiram que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental substitutivos ao modelo tradicional/asilar. As falas a seguir identificam estas dificuldades fazendo uma análise da questão na realidade da sociedade capitalista atual.

Tem o mito de louco, do louco perigoso, do louco imprevisível, é algo que pesa muito [...], que é a lógica do mercado; pra nós, basicamente, estar inserido na sociedade é estar trabalhando, a gente se pauta muito por isso, pra poder se considerar inserido, vinculado no mundo você tem que estar no mercado de trabalho e, muitas vezes, essa lógica enlouqueceu muita gente, e as pessoas não conseguem, principalmente os usuários dos serviços de saúde mental, os psicóticos em particular, tem muita dificuldade em entrar nessa lógica, e se submeter a ela, coisa que pra qualquer um tem um custo muito alto em termos de saúde, eu digo quem está inserido mesmo no mercado de trabalho, em termos de saúde, de relação com a sua família, com as pessoas que gosta, com os amigos etc., isso tem...; viver para o trabalho é algo que pra nós é insalubre de uma certa maneira, a gente não faz outra coisa a não ser trabalhar; então, pra essas pessoas que estão fora do mercado de trabalho

é muito complicado poder voltar, o que sobra é uma rede de assistência que na nossa realidade é sempre capenga, sempre parcial, tem dificuldade em aceitar o louco por conta desses mitos, e, também, da própria resistência do usuário, da pessoa com esse tipo de dificuldade de entrar nessa lógica, no que ele de uma certa maneira faz muito bem, algo que cria outros problemas pra ele (F, 12/4/2006).

São tantas, é assim, primeiro lugar, eu vejo assim, com todo o preconceito que tem da loucura, tem uma coisa no nosso sistema capitalista que é a questão da produção, produção de capital, produção de bens, e inserção no comércio, no mercado de trabalho, então, o portador de transtorno, sofrimento mental, ele a princípio, quando ele está nesse estado, ele não é produtivo, produtivo pra esse sistema capitalista, ele não trabalha, ele não consome muito, porque ele não vai ter dinheiro, portanto, isso de maneira geral, a gente sabe que as pessoas de posse, que a loucura, o sofrimento psíquico ele atravessa qualquer classe, mas 90% tem isso; então, a princípio existe a exclusão, já existe esse preconceito também, mas muito mais que isso, que a sociedade de fato ela é dividida entre os que produzem, os que fazem a engrenagem funcionar e os que estão a margem, então, o usuário é mais um que está a margem, assim como o menino de rua, os rapazes do morro, então, ele é mais um, também, que causa incomodo, e ele no Estado, das políticas públicas do Estado ele seria como só o gasto, não seria mais uma produção; além de ser uma sociedade racionalista que tem toda a sua formação no discurso, no discurso reto, no discurso racional, na fala, a fala racional, na linguagem articulada como o único meio privilegiado de comunicação, e o usuário, muitas vezes, não tem esse instrumento, por conta da sua fragmentação, da sua história, da sua medicação, da própria coisa do delírio, muitas vezes ele não tem o tempo todo essa fala coerente, esse discurso, dessa forma já faz com que ele não seja inserido, uma vez que ele é a minoria digamos assim (LÉLI, 4/4/2006).

Hoje, a gente fala muito em rede de atenção psicossocial; eu percebo que é uma rede que ela tem que estar instituída, que são locais de proteção para o portador de transtorno mental, são as certezas, são os caminhos certos que os usuários teriam, a rede; o problema a começar é que nós não temos essa rede instituída, entendo por rede: emergência psiquiátrica ou emergência em atenção psicossocial em hospital geral, CAPS III, CAPS II, CAPS criança e adolescente, CAPS álcool e droga, associação de usuários, escritório jurídico para amparar o direito do portador de transtorno mental, atenção primária em saúde mental, equipes volantes, centros de convivência, enfim, tudo o que preconiza a rede em atenção psicossocial, esse seria o primeiro passo; então, essa dificuldade, não temos a rede em atenção psicossocial, esse é um passo; segundo, o próprio imaginário social das pessoas em relação a loucura e ao louco, isso é uma outra dificuldade, que daí entra em cena o estigma e o preconceito, onde o portador de transtorno mental passa a não ter crédito na comunidade, e isso ainda é uma dificuldade; e, claro, depois tem toda a questão do trabalho, as cooperativas de trabalho, que ainda não se discute muito em Santa Catarina, não conheço nenhuma cooperativa social de trabalho para portadores de transtorno mental, que é uma forma de gerar trabalho diferente dessa preconizada pelo modo de produção capitalista, que você tem que produzir pra receber, isso é uma outra dificuldade, a dificuldade em cima da questão do trabalho, do emprego, que muitos acabam tendo seu reconhecimento, sua valorização em cima

do dinheiro que tem no bolso, o poder contratual que a pessoa possa ter, as vezes, na sociedade, é o quanto ela tem no bolso, e a maioria dos usuários não possui isso, e é aonde muitos acabam querendo se aposentar para poder ter o seu dinheiro, que não tem outra alternativa ou clareza do que fazer pra ter dinheiro, então, esse é um problema enorme na questão da reinserção social (GIRASSOL, 20/3/2006).

Os participantes da pesquisa apontaram que uma das possibilidades para a (re)inserção familiar e social pode ser a separação das oficinas produtivas da área física do CAPS. Esta proposta e os projetos de geração de renda via economia solidária foram apontadas por alguns dos entrevistados como uma das alternativas para a realização de uma maior integração do serviço com a comunidade, bem como a melhor adequação do próprio espaço físico do CAPS.

[...] a questão do projeto de geração de renda, que eu acho que de fato está faltando, inclusive a gente já está também se mobilizando pra tentar criar um projeto nesse sentido, porque os usuários aqui, nas oficinas terapêuticas produtivas, eles conseguem ter acesso ao material específico de cada oficina produtiva, também, a técnica de produzir o artesanato, mas não tem mercado; eles conseguem vender as peças, conseguem resgatar uma grana, mas não é suficiente pra poder manter ele, manter as condições de sobrevivência; então, precisa implantar essa geração de renda, de fato acho que vai dar um gás pra essa (re)inserção dos usuários que estão sendo tratados do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Já para uma das profissionais entrevistada as dificuldades na (re)inserção social estão mais relacionadas a questões de singularidades dos portadores de transtorno mental.

Eu acredito que volta de novo pro estigma, vai voltar pra própria incapacidade, pra própria dificuldade do usuário, do paciente; muitas vezes eles poderiam fazer algo muito mais do que fazem, e aí tem o medo, o medo deles, o medo de eles terem de enfrentar a própria doença, de eles terem que enfrentar os outros, e a hora que eles conseguem fazer esse movimento aí vem o medo do outro, aí é mais fácil ficar parado, aí volta pro comodismo, mas de alguma forma se a gente consegue..., aí não precisa de grandes movimentos, eu imagino que pequenos movimentos dentro da comunidade, que seja, alguém ir conversar com o diretor da escola, ir conversar, aí a diretora consegue conversar na sala, vamos supor que tem alguns pacientes, mais jovens, que pelo surto psicótico deixaram de ir e aí não retomam, não retomam porque tem medo, porque as vezes vão rir dele porque ele é louco; então, pequenas intervenções, elas tornam possível mudar um pouco essa inserção, essa reinserção, mas a gente esbarra de novo na falta de técnicos pra fazer isso e também acho que até por uma falta de equipe, aí volta pra equipe, entende, não tem uma equipe que pense isso em conjunto, que age em conjunto e aí como fica muito personalizado, individualizado os atendimentos, cada um vai pra..., eu vou pro meu consultório, outro vai pra oficina e aí não tem a equipe (J, 22/3/2006).

Outra entrevistada referiu-se ao estigma e preconceito existente por falta de conhecimento e divulgação, exposição, seja nas universidades ou por parte dos próprios serviços de atenção, sobre saúde mental.

Bom, eu acho que entre elas a questão do estigma, do preconceito, e não é um preconceito.... a gente sabe que tem riscos em algumas situações, a gente também as vezes tem medo de algum paciente, te dizem ah fulano matou três pessoas..., não é um preconceito que nasce do nada, muitas vezes é um preconceito que de alguma forma é compreensível, mas você não pode ah então ta...; eu acho que não existe muito, você não vê muito nos meios de comunicação uma campanha em torno da desestigmatização, você vê de outras coisas, com relação a aleitamento materno, outras questões da política de saúde; com relação a saúde mental eu acho que se fala pouco na sociedade, se discute pouco; por exemplo, na universidade, até não sei se lá na saúde pública o pessoal da saúde mental tem feito mais coisa, até os alunos que vem fazer residência aqui, a primeira reação deles é: a gente está aqui e tem medo, nem eles foram preparados pra isso, então, você começa a avaliar que tem uma falta..., não se fala muito no assunto, acho que assim, não se fala no assunto na sociedade; assim como se faz grupos de mulheres lá nos postos de saúde pra tratar de questões de sexualidade, muitas vezes faz sala de espera pra tarar de questões..., não se faz uma sala de espera pra falar de saúde mental; então, eu acho que talvez assim, a gente pensar, bom! nós estamos nisso (na saúde mental) e nós nunca fomos fazer uma sala de espera no posto de saúde da Agrônômica pra falar de saúde mental, pra falar do CAPS, quem sabe a gente também precisasse fazer algumas coisas assim, começar uma divulgação maior; acho que pouca gente de fora do serviço, fora das pessoas que trabalham na saúde mental sabem da política do Ministério pra saúde mental, que existe uma política de criação residências terapêuticas; eu li relatos de pessoas no Rio (RJ) que tiveram muita dificuldade de alugar pra se fazer uma residência terapêutica, num prédio então, quando ficaram sabendo que eram pessoas que vinham de hospital psiquiátrico ninguém quis; então é muito difícil, e ao mesmo tempo tem experiências positivas, tem pessoas que estão na residência e diz que a vizinhança viu que eles não são bichos, que eles podem interagir, podem estabelecer laços de vizinhança, então, tem algumas experiências boas e algumas experiências que são difíceis (P, 17/3/2006).

No contexto do estudo foi perguntado aos profissionais entrevistados se a atual organização dos serviços de saúde mental favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais. Conforme pode ser observado nas falas relacionadas, as opiniões foram divergentes. Dois deles observaram sobre a necessidade da existência de diversas instituições e serviços articulados e integrados à proposta da rede de saúde mental para que seja possível favorecer a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental

Embora a estrutura se localize no município, pelo menos eu estou pensando em termos de utilização da rede; então, a gente tem no Brasil inteiro muita diversidade, tem cidades onde a rede está montada, foi instituída e funciona legal, não é o caso de Florianópolis, a gente tem dá pra dizer poucos serviços, são só três CAPS que deveriam estar regionalizados ou territorializados, mas não estão, e tem algumas equipes de saúde mental nas Regionais, nas sedes das regionais, então, eu vejo assim, tem uma rede a ser constituída, ela precisa criar os mecanismos pra que a pessoa possa usar isso como rede, isso em termos de atenção à saúde, quando eu falo em rede eu também não estou pensando só em serviço de saúde, estou pensando que há uma possibilidade de a gente ter uma rede que inclua outros serviços, que não sejam só os de saúde, só os especializados, que eu acho que é a nossa necessidade, você incluir outras instituições, outros programas, enfim, que tenham vinculação com a cultura, com o trabalho, com a arte, produção do conhecimento, com as universidades por exemplo, as universidades são um campo excelente, seriam um campo excelente pra gente poder trocar um monte de coisas, pelos programas de extensão que eles tem, pelos projetos comunitários etc., a gente podia estar fazendo parceria com as universidades, mas não conseguimos, não sai, não rola; [...] a saúde mental eu acho que é o melhor exemplo desse distanciamento porque é difícil encontrar uma universidade onde a Reforma Psiquiátrica esteja incluída, ou mesmo os temas da reabilitação psicossocial estejam incluídos nos currículos dos cursos de saúde, é raríssimo (F, 12/4/2006).

Então, essa rede montada de forma territorializada, principalmente, eu acho que esse aspecto da territorialização é fundamental, é chave pra conseguir a reinserção social, não só por facilitar o acesso do usuário, mas pelo fato de o serviço estar ali no seu território, isso é fundamental, além disso, o projeto de geração de renda, as vagas, os leitos psiquiátricos no hospital geral, é todo esse contexto que precisa ser implantado para de fato poder facilitar o trabalho de cada instituição dessas, seja do CAPS, seja do projeto de geração de renda, ou do próprio hospital geral, como um todo, assim, essa engrenagem funcionando bem aí sim vai ser mais rápida a reinserção social do usuário portador de transtorno mental (VIK, 24/3/2006).

A partir das colocações dos participantes da pesquisa, destaca-se a importância da rede de serviços na construção da cidadania das pessoas atendidas pelas políticas de ativação, as quais, segundo Fleury (2004), tem como objetivo a inclusão social de conjuntos populacionais definidos a partir da territorialidade. Tal proposta pretende tratar o território como um componente, tanto material como simbólico, da esfera pública. Neste sentido, a construção da cidadania passa, necessariamente, pela reconstrução das cidades e potencialização da rede de serviços na valorização das características objetivas e subjetivas da demanda local.

Na seqüência, um dos entrevistados enfatiza que a forma como são pensados e estão organizados os serviços de atenção não favorece a construção da cidadania dos usuários.

Não, não favorece, porque, primeiro, os serviços de saúde mental estão sendo construídos pra quê? Não tem muito claro ainda pra quê que se tem atenção básica em saúde mental hoje, pra quê se constrói centro de convivência, pra quê tem o CAPS? acho que o objetivo do serviço parece não estar muito claro, talvez eu esteja enganado; veja bem, a atenção básica é mais no sentido pra estar discutindo os seus conflitos, minimizando os “sintomas psiquiátricos”, e aí acaba não tendo um trabalho de reflexão sobre o contexto que a pessoa está inserida; [...] a questão da cidadania tem a haver..., quanto mais articulada for a pessoa, quanto mais ela se envolver com as lutas sociais, mais cidadania ela vai exercer, quanto mais clareza, mas crítica, mais conhecimento ela vai ter, ela vai desenvolver cidadania; então, a forma hoje como os serviços estão organizados, ela acaba não favorecendo essa questão da construção da cidadania porque ainda vem de uma lógica de modelo centrado no transtorno mental (GIRASSOL, 20/3/2006).

Uma outra profissional considerou ser difícil avaliar a questão pelo fato de a rede de serviços não estar implantada por completo, e por não ter avaliações sistemáticas dos resultados.

Olha, eu não sei se a gente já tem condições de fazer uma avaliação, a rede está meio que andando [...] assim, qualquer coisa que eu vá dizer é, assim, referente uma experiência ou outra, não sei se a gente tem condições de fazer uma avaliação enquanto rede; por exemplo, eu vi muitas experiência positivas em cidades como Campinas (SP) que eles já tem há mais tempo, por exemplo, residências terapêuticas, tem desde o começo dos anos 1990, tem muitas experiências boas de pessoas que conseguem transitar na vida, tem gente que está trabalhando; [...] eu acho que a gente precisa além de ter a política, de ter a carta de intenções, a gente precisa ter avaliações também, eu acho que uma questão dessa eu sinto que precisa ter uma forma mais sistemática de avaliar, qualquer coisa é uma coisa mais ou menos um olhar particular pra aqui pra ali, acho que no todo a gente não tem (avaliação sistemática), pelo menos eu não conheço ainda, pode ser que estão fazendo e eu não saiba ainda (P, 17/3/2006).

Já para duas das entrevistadas, a atual organização da rede de serviços na política de saúde mental favorece sim a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental.

Sim, eu acredito que sim, na teoria ela é muito importante e acho que trabalhando em todas as instâncias, se a gente for pensar naqueles mapinhas, os ambulatórios, os CAPS, hospitais dia, a escola, e os centros comunitários, os postos de saúde, todos capacitados; eu acredito que sim, a rede ela é bem estruturada e ela possibilita aos portadores de doença

mental, enfim, terem uma reinserção melhor e maior na sociedade, e também de entendimento do que ele tem, do que ele pode fazer, quais são os recursos que ele tem também pra lidar, dentro dessa rede (J, 22/3/2006).

Acho que sim, favorece, se tu me perguntasse se ela resolve, eu diria que não claro, ou até que ponto ela resolve, mas favorece sim, eu acho que tem um favorecimento relacionado a forma que as pessoas eram tratadas, acho que favorece muito mais (LÉLI, 4/4/2006).

É possível perceber nas falas relacionadas acima a preocupação com a efetiva implantação da rede de serviços em saúde. As redes, conforme proposto na política de saúde mental, possuem muitos centros, muitos nós que as compõem e as tornam complexas e resistentes. Estão embasadas na noção de território, como um sistema de relações e estruturas, muito mais que um simples espaço geográfico. O fundamental neste processo é que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento.

Neste sentido, torna-se de fundamental importância refletir sobre o exercício da cidadania no contexto das políticas públicas, cada vez mais segmentadas e focalizadas. Para Fleury (2004, p. 2), “as políticas atuais de inserção buscam reafirmar a natureza contratual do elo social em novas bases, com a revalorização do local e comunitário e a transformação do Estado em um animador e mobilizador de recursos societários. Reduzido a mantenedor da estabilidade de uma ordem econômica que produz a fragmentação e a exclusão social, o Estado, busca atuar de maneira compensatória e focalizada, atendendo aos grupos mais vulneráveis e/ou potencialmente ameaçadores da ordem social, por meio da convocatória da solidariedade lançada aos diferentes setores inseridos na ordem econômica. No entanto, a incapacidade de alterar as condições estruturais de produção da exclusão mostra os limites das políticas de ativação, cuja promessa de inserção social carece de expectativas de emancipação dos sujeitos e coletividades beneficiários”.

3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica

Os CAPS compõem o rol de serviços do modelo psicossocial de atenção em saúde mental proposto na e pela Reforma Psiquiátrica. Perguntamos aos entrevistados qual seria o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica e obtivemos como

resposta que este teria a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos ideais da própria Reforma.

Eu acho que a função imediata ela é servir como um ponto de articulação, porque a gente consegue criar um ambiente que é relativamente protegido e que dá ao usuário as condições de ele poder participar de outros circuitos; fundamentalmente é essa a função, de articulação; eu lembro de uma discussão que a gente fazia, em Brasília, uma vez, sobre essa importância excessiva que os CAPS acabaram adquirindo, como quase que o central do sistema hoje é o CAPS, mas ao mesmo tempo a necessidade de se ter um espaço como esse, principalmente, pra quem está vindo de uma internação prolongada ou pra quem sempre passou a vida dentro de um hospital psiquiátrico, se tem que ter um pólo, uma instância articuladora pra poder fazer a passagem, porque o cara não vai sair do hospital e retomar sua vida imediatamente, não vai, ele tem uma série de dificuldades que ele não consegue vencer, e o CAPS, nesse sentido, a função seria essa, de poder..., tem uma expressão que eu acho interessante que é: emprestar poder de contratualidade, ou seja, poder dá um certo aval de que esse sujeito pode participar novamente ou pode participar pela primeira vez dos circuitos sociais, pode fazer laços com outras pessoas, com outras entidade, outras instituições, esse é o aval que eu acho que um CAPS pode fornecer e essa é sua principal função (F, 12/4/2006).

É pensar o CAPS como um espaço em que o paciente vai estar usando e tendo apoio para os momentos de crise, e fora os momentos de crise, também, que não seja hospital, e aí, dentro da Reforma eu acho que o CAPS ele é fundamental, assim como os hospitais dia, é que aqui em Florianópolis a gente não tem hospital dia, mas eu acho que os moldes do CAPS (eles estão) é muito próximos, as vezes até é difícil dizer o que é um o que é outro; esse momento de transição do hospital para a sociedade, nesse momento o CAPS é algo muito importante, ele dá, é capaz de conter, dar uma continência pra o usuário, isso a gente percebe mesmo quando não tem nada, o paciente já está muito bem, eles voltam quando estão em crise, sem ter nada marcado, e só de estar aqui pra muitos já é confortante, então, a gente percebe que essa continência, esse acolhimento, e saber que ninguém vai vir aqui e amarrar e conter, porque acho que esse é o medo, de todo mundo, acho que isso já possibilita a procura, eu estou mal vou lá, vou buscar a ajuda do CAPS (J, 22/3/2006).

Eu diria que o CAPS seria o pensador da estruturação da rede de saúde mental, que via de regra o CAPS acaba sendo pra municípios de médio porte o primeiro serviço a ser instituído no território, no município, aí o CAPS acaba assumindo essa responsabilidade, a portaria fala bem disso, a 336, do que compete ao CAPS, e tem vários itens lá, entre eles organizar a rede de saúde mental no município, porém, acaba sobrecarregando os profissionais de saúde mental que atuam nesse CAPS; então, a importância do CAPS na operacionalização da Reforma, ele é importante enquanto um dispositivo crítico, ou seja, se o CAPS não ter a clareza do que seja a Reforma Psiquiátrica ele não vai

operacionalizar, ele só vai operacionalizar a Reforma Psiquiátrica quando ele entender que Reforma Psiquiátrica é o processo social complexo que se configura pelas quatro dimensões, enquanto ele não repensar, refletir a sua prática, o que ele está fazendo, o que não está fazendo, ter mais autocrítica, ele não vai conseguir operacionalizar a Reforma Psiquiátrica; ele tem importância porque tem vários atores, vários profissionais, é um time de pessoas, muito rico, envolvidas que estão no CAPS; agora, enquanto não ter claro o que é Reforma Psiquiátrica, esse processo, não vai conseguir fazer nada; ele é importante, mas se não tiver clareza de Reforma... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Na medida que o CAPS é a primeira, digamos, unidade, primeiro serviço que se propõem a substituir o hospital psiquiátrico já existe nisso por si só a sua importância; é substituição e não que a pessoa não possa ser internada, mas a idéia é que seja nos hospitais gerais, em algum leito nos hospitais gerais, então, bom, o CAPS é o primeiro ponto, é o primeiro lugar onde a pessoa vai passar o dia, onde vai ser tratado de outra forma o seu sofrimento, então, a importância dele está nisso, na importância política e clínica também (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que o CAPS, fundamentalmente, ele faz a clínica; se tem essa rede montada o CAPS faz a clínica, ele faz o atendimento psicossocial do usuário portador de transtorno mental, ele atende as questões mais subjetivas, e de fato toda esse mix de previdência social, a medicação, o atendimento psicológico, atendimento de enfermagem, mas se existe essa rede montada e aí vamos ter um projeto de geração de renda, aí ele vai fazer geração de renda, todas as Oficinas vão acontecer ali e não dentro do CAPS, o CAPS deveria estar na comunidade ele deveria estar territorializado (VIK, 24/3/2006).

Acho que todo mundo gostaria que ele pudesse ser um eixo desencadeador de todos esses ideais da Reforma Psiquiátrica, que a partir disso se experimentasse uma nova relação, que o paciente pudesse estar se soltando mais pra vida, pra construir seus projetos, seus ideais; acho que é muito importante poder retirar pessoas que estão enclausuradas há anos, criar esses mecanismos como residências, etc. pra pessoas que não vão resgatar os vínculos familiares, tem que procurar outras alternativas; acho que o CAPS ainda é uma instituição que é fundamental nessa política, ainda acho que ela pode fazer um papel importante; no dia-a-dia é um pouco mais difícil porque as vezes a gente não tem tantos mecanismos de avaliações, muitas coisas que também a gente vai capengando; quando você vê algumas experiências de pessoas que estão conseguindo dar conta da sua vida, saem, aí você vê que, bom! tem algumas coisas boas que estão acontecendo, o CAPS também está contribuindo; então, no meio dos prós e dos contras eu acho que os prós ainda são maiores, eu acho que é muito mais humano, muito mais um fator de justiça social você ter um espaço assim do que você ter uma pessoa enclausurada no hospital (P, 17/3/2006).

Neste sentido, conforme inscrito na Política Nacional de Saúde Mental, os CAPS devem assumir seu papel estratégico na articulação e no “tecimento” das redes de atenção em saúde mental. Tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da

rede de serviços, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, ONGs, empresas etc. (BRASIL, 2004, p. 12)

3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde

A proposta do progressivo deslocamento dos centros de cuidados em saúde mental para fora do hospital psiquiátrico, em direção à comunidade, colocada na e pela Reforma psiquiátrica tem nos CAPS o dispositivo estratégico desse movimento. Neste sentido, a rede básica de saúde torna-se o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os portadores de transtorno mental.

Essa rede é formada pelos centros ou unidades locais e/ou regionais de saúde, Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, que atuam na comunidade de sua área de abrangência. Os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, pois tem um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Por sua proximidade com as famílias e comunidades, as equipes de atenção básica são um recurso fundamental para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso de substâncias psicoativas e diversas formas de sofrimento psíquico. Neste sentido, é importante e necessária a integração e articulação dos CAPS com a atenção básica. Assumir esse compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção da saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo (BRASIL, 2004).

As atuais diretrizes da política de saúde mental do Ministério da Saúde orientam que, onde houver cobertura do PSF, deverá haver uma equipe de apoio matricial em saúde mental para no mínimo seis e no máximo nove equipes de PSF. E, que as ações de saúde mental na atenção básica devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2004).

No que se refere à relação existente entre o CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município e qual o tipo de relação existente, os dados coletados na

pesquisa indicam que: a maioria (91,7%) respondeu que sim, com ressalva de que é muito pouco, funciona de maneira precária e confusa, e que está num processo preliminar ainda. O profissional que respondeu não, observou que a rede está em processo de formação. Os profissionais cujas respostas foram positivas identificaram que a relação é de encaminhamentos, atendimentos em conjunto com as equipes de saúde mental das Regionais de Saúde, ajuda em atendimentos nas unidades locais de saúde, com os agentes comunitários de saúde, de referência, de acompanhamento, visitas domiciliares, encontro mensal dos trabalhadores de saúde mental da rede e encontro mensal dos psiquiatras da rede.

Sobre a relação do CAPS com as equipes de PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência alguns entrevistados observaram que a relação é pouca ou mínima, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda²³. Foram apontadas como justificativas o fato de o CAPS Ponta do Coral não estar territorializado, deste ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta do município, e a ausência de um planejamento e de estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente.

O CAPS como ele é único, então, ele é de toda a região; então, eu poderia até estar te respondendo que a gente tem um Posto aqui de cima do CAPS, que é o Posto da Agrônômica, ali tem o Programa de Saúde da Família implantado, com a presença dos residentes do Programa Saúde da Família e o contato que eu tenho, ele é meu, não existe nenhum outro programa ou vamos dizer convênio do CAPS com a Agrônômica, é meu aqui, assim como talvez seja da psicóloga em outro momento quando há essa partilha de paciente quando faz parte dos dois, então, eu só sei do que eu tenho, mas é muito pouco, eu tenho contato com alguns residentes que atendem alguns pacientes daqui, e eles precisam de algumas dicas ou, enfim, de se interar do que acontece, e eu também preciso saber como é que anda o acompanhamento deles lá, e aí entra em contato, as vezes vem aqui ou eu vou lá, mas são essas formas isoladas e depende daquele momento e da necessidade daquele usuário, não é algo que seja programado, que seja antecipado, institucionalizado, no sentido de firmar essas relações de uma forma..., não há; e, assim, o contato é com os residentes, não tem o contato com quem realmente vai ficar, porque os residentes passam depois de dois anos, eu também não tenho contato de quem é o médico, quem é o enfermeiro do Programa Saúde da Família, quem é o agente comunitário que vai na casa desses usuários, isso não tem, acho isso muito ruim, é muito falho, embora, volta pra aquela questão da equipe, que as coisas não são compartilhadas, você nunca sabe direito, é muito fragmentado, o que já foi feito, o que não está sendo feito; também não é delegado a função à ninguém de fazer, não há um planejamento pra isso (J, 22/3/2006).

²³ Em estudo sobre o CAPS de Palhoça/SC, Franco (2005) encontrou situação semelhante na relação do CAPS com o PSF e demais serviços de atenção básica municipais.

É mínima, é mínimo o contato, assim, as vezes, quando a gente necessita a gente vai atrás, tenta achar alguém que se interessa, que tenha alguma afinidade com a saúde mental, as vezes um agente de saúde que consegue se aproximar mais daquele usuário que mora lá e que resolve dá uma força, mas é assim, depende de uma série de coisas, da disponibilidade pessoal, da sorte de encontrar alguém etc., quer dizer é falta mesmo da articulação em rede, porque se a gente tivesse essa articulação o PSF automaticamente já seria acionado, e a gente não tem isso; claro, quando a gente precisa a gente até encontra uma boa resposta das equipes do PSF, mas pode não encontrar, tem um risco[...] não, isso não existe (articulação institucional CAPS – PSF), isso tem que ser construído, tem que ser proposto (F, 12/4/2006).

A relação que o CAPS tem é principalmente pra acompanhamento, a relação é essa, relação de acompanhamento, as vezes precisa realizar alguma busca ativa e não temos a possibilidade no momento, então, tem essa relação, a relação que a gente tem é mais no sentido de acompanhamento do próprio usuário; o que seria ideal, seria um pouco mais de estreitamento, discutir junto com o Programa de Saúde da Família alguns casos, nós irmos aonde os agentes comunitários estão, discutir algumas situações e isso não tem acontecido ainda; com essa lógica aí das regionalizações tem essa possibilidade; então, hoje existe uma relação, só que uma relação muito esporádica de situações isoladas e que precisa ser superada; o maior problema que existe é devido ao CAPS não ser territorializado, o CAPS II Ponta do Coral ele tem que atender uma demanda muito grande, basta ver o IBGE hoje, tem 400 e poucas mil pessoas em Florianópolis, então, é um CAPS II pra atender toda a demanda adulta do município, talvez o ideal seria um CAPS I em cada região, nas cinco regionais, e transformar esse CAPS num CAPS III no caso, e aí repensar depois toda a rede; então, a relação, ela se compromete com o Programa Saúde da Família devido a não territorialização do CAPS Ponta do Coral, a relação que existe é a relação de acompanhamentos isolados (GIRASSOL, 20/3/2006).

É uma relação ainda muito inicial ainda, um pouco precária; com os agentes comunitários a gente tem mais proximidade, no momento da visita domiciliar e no momento de fazer o resgate dos usuários que abandonaram, por algum motivo, o atendimento, mas acho que a relação poderia ser melhorada se o CAPS fosse territorializado, como a gente está aqui, é no centro pra todo o município, fica muito difícil, então, a nossa relação é muito mais com as referências regionais de saúde mental da atenção básica do que com as próprias equipes de PSF das unidades locais de saúde (VIK, 24/3/2006).

É isso que eu falei, essa perspectiva da regionalização que começou aqui visava uma maior articulação com a rede; eu acho que isso é um projeto que está ainda meio que na sua infância, ele está começando e, assim, o que eu te falei, a gente precisa sair mais daqui, no Norte (Regional Norte) a gente vai tentar essa experiência agora (realizar as reuniões da regional nos postos de saúde) de contato e incluir, por exemplo, os agentes comunitários nos processos de reunião com os pacientes daqui, tentar ver se eles podem estar acompanhando o paciente lá; tem uma paciente que está aqui que a gente esteve lá no Posto do Saco Grande pedindo pra equipe assumir alguns cuidados com essa paciente, eles se

dispuseram, mas assim, por enquanto ta muito mais alguma iniciativa aqui, ali, do que um processo mais amplo, não sei assim como isso vai caminhar com a história de já ter, por exemplo, profissionais regionalizados, isso também vai poder ser incrementado, esse é um desejo que eu tenho (P, 17/3/2006).

É muito pequena, muito, muito, muito, muito; eu não sei nem te dizer, em uma escala de um a dez acho que fica em dois, está muito pequena, está muito além do que poderia ser, eu acho que talvez com a implantação agora dos serviços na rede, nós temos em cada Regional um psiquiatra, dois psicólogos, uma média assim, está existindo mais aproximação, mas do CAPS não, muito pouco, muito pouco. [...] quando tu pergunta, hoje, qual é a relação do CAPS? eu não posso te mentir, pra mim é quase zero (LÉLI, 4/4/2006).

Buscando explorar as informações sobre a relação do CAPS com a rede municipal de serviços de saúde, perguntamos aos profissionais se o serviço realiza algum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. A maioria deles (75%) respondeu que não, dois referiram não saber responder e um respondeu que sim. Dentre os que responderam que não, um justificou que o CAPS não tem estrutura para atender mais esta demanda. Dois dos profissionais entrevistados disseram estar pensando neste tipo de trabalho. Um deles falou sobre a existência de um projeto, conforme relatado na fala que segue.

[...] a gente tem um projeto aqui que é de formação de acompanhantes terapêuticos, e no ano passado a gente formalizou esse projeto e mandamos pro Ministério da Saúde, ele foi aprovado e até hoje estamos esperando a liberação de dinheiro, mas enfim, o projeto foi aprovado, e a idéia era justamente transformar o agente comunitário de saúde num acompanhante terapêutico, e aí a gente faria a formação, uma capacitação, um curso de capacitação aqui, e depois faria o segmento com supervisões regulares, é uma forma de dar formação em saúde mental pra atenção básica e manter essa que é uma função do CAPS de dar supervisão e a formação mesmo pra esse nível da atenção; [...] a gente está esperando o dinheiro do Ministério da Saúde, ta lá pendurado, a gente olha o nome do projeto na internet, está lá, mas não tem nem empenho ainda, significa que não tem dinheiro destinado (F, 12/4/2006).

Para que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas na atenção básica é fundamental a capacitação destas equipes. A orientação é que as equipes de saúde mental de apoio á atenção básica incorporem ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. Conforme aparece na fala do profissional, são previstos recursos para o financiamento deste tipo de ações, embora, muitas vezes, a dependência de orçamento, a morosidade burocrática e/ou

ausência de decisão política, que justificam a longa demora, acabam por desestimular, dificultar, inviabilizar as iniciativas dos profissionais.

Repetidamente, temos ressaltado neste trabalho que os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico para a organização da rede de atenção em saúde mental, conforme é indicado nas diretrizes políticas da Reforma Psiquiátrica. Nesta direção, questionamos os técnicos da equipe do CAPS Ponta do Coral sobre qual o lugar que o serviço ocupa na rede municipal de atenção em saúde, em Florianópolis. As falas transcritas na seqüência destacam o fato deste não estar territorializado e, portanto, não se constituir no serviço regulador da porta de entrada para o atendimento em saúde mental. As equipes de saúde mental nas referências das Regionais de Saúde é que, atualmente, constituem-se no serviço primeiro de atenção em saúde mental. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhados pessoas com transtorno mental grave.

Seria esse serviço que articula, que regulamenta; não necessariamente ele é uma porta aberta que entra qualquer um; eu acho que ele pode até ser a articulação e a regulação, pode ser feita até capacitações nas equipes locais de unidades básicas, que a partir daí você vai poder em um caso de uma ansiedade ou uma briga com o namorado, “eu tomei 4 aspirinas”, não vai chegar aqui no CAPS; vai chegar aqui no CAPS realmente aquilo que for um caso mais grave, e só há possibilidade de isso acontecer a partir do momento em que as unidades locais estejam todas capacitadas e entendendo, até porque assim diminui o trânsito desse paciente; vamos supor: ele sai de uma cidade, vem pra Florianópolis, daí diz: onde é que eu vou num psiquiatra? Ah! vai lá no CAPS, aí alguém fala: mas tem que passar no clínico antes, aí passa no clínico, aí o clínico encaminha pro psiquiatra, daí ele não sabe onde vai procurar o psiquiátrica - vem pro CAPS, não vem pro CAPS, aí vem pro CAPS, mas é que na verdade ele toma fluoxetina há 2 anos, está em tratamento de manutenção porque ele tem um quadro de depressão recorrente, não é caso CAPS, então, isso já poderia ter sido triado lá no começo, o paciente já poderia estar tendo as consultas desde o início, todas acertadas, sem precisar ficar correndo de um lado pro outro [...]; então, eu acho que ele tem esse papel, tem essa função de regular, de saber o que está acontecendo no hospital, na Colônia, e ter esse contato, uma ligação sempre com a Colônia, e com os Postos de saúde [...]. (hoje, o CAPS faz isso?) algumas coisas, bem isoladas, de novo, é meio como um apaga fogueira; por exemplo, hoje, a gente foi fazer uma visita domiciliar lá no Saco Grande (bairro de Florianópolis) porque o paciente estava em tratamento psiquiátrico particular e parou de tomar o remédio, e aí a gente foi lá, só que o paciente não queria falar com a gente, mas, assim, eu chego lá, converso com a equipe que está lá naquele local e muitas vezes é só a psicóloga; também tem um certo descaso, no sentido de que ah! agora eu não posso falar, porque não percebe que conversando sobre aquele caso vai possibilitar que isso seja ampliado pra outros casos, pensam-se saídas semelhantes pra outro momentos, mas, assim, acaba virando um apaga fogo, e toda hora você tem que ir

apagar um fogo; então, existe um pouco, mas não de uma forma bem usada (J, 22/3/2006).

É atenção secundária como se diz; ele regula e não regula; [...] tudo vai passar muito pela clareza que os profissionais que estão na saúde mental tem em relação a própria epistemologia, tem em relação a própria política, tem em relação a própria noção de SUS, a própria noção de controle social, a própria noção dos princípios do SUS; então, tudo vai passar por isso, porque que eu estou dizendo isso, o CAPS é uma atenção secundária como a gente chama, eu acho ainda que o atendimento mais complexo, o atendimento terciário, deveria ser no território, acho que centrar as forças no território [...]; então, [...] a atenção básica é onde deveria regular isso, a regulação dessa entrada nesse sistema de saúde mental, nessa rede de saúde mental ela teria que ser prioritariamente atenção primária em saúde; então, as vezes, por necessidades especiais, por situações específicas, a pessoa acaba vindo direto pra cá, direto pro CAPS e aqui a gente atende, e, as vezes, essa pessoa não é indicada pra estar no CAPS, aí volta pra atenção básica, então, tem essa dificuldade, ou seja, o lugar que o CAPS ocupa na rede municipal de atenção em saúde é uma atenção secundária à pessoa com transtorno mental grave, já avaliada pela atenção primária em saúde, aquela pessoa que corre risco de suicídio, que acaba prejudicando a vida de outras pessoas, que está muito mal, nesse sentido (GIRASSOL, 20/3/2006).

Regulador da porta de entrada: não; como não é territorializado, a gente tem esse problema de ser serviço de referência pra onde vem os pacientes já encaminhados, ele passou pela porta de entrada do sistema lá no Posto, ele vem encaminhado pra cá ou através dos hospitais psiquiátricos, que é também uma outra forma de encaminhamento, mas a gente não faz a regulação da entrada; hoje, também, como tem equipes mínimas de saúde mental nas regionais, elas também funcionam muito mais como a reguladora do que nós; a porta de entrada é pelas equipes de saúde mental das regionais (F, 12/4/2006).

Eu acho que são várias coisas, por ser o único CAPS, pela rede não estar estruturada ainda, e pelas pessoas não conhecerem o serviço da rede, existe uma mistura, assim, o que é pra ir lá pro psiquiatra do Sul (regional de saúde), o que é pra vir pro CAPS; qual é o papel do CAPS, é a não internação, mas não tem CAPS III, então, a noite o cara não tem pra onde ir, na verdade, o CAPS ele é um espaço que regula a entrada do usuário sim, num primeiro momento sim, porque todos os que foram para a atenção básica muitos foram daqui, muito mais que a procura de fora daqui, primeiro eles vem pra cá, depois eles vão pra lá, agora o processo até está sendo inverso, já estão procurando a atenção básica porque eles já estão conhecendo, mas antes era daqui pra atenção básica, e é o único espaço, programa que acolhe o usuário psicótico, com transtornos mentais graves, porque a rede básica, ela não atende, se o cara tem um surto psicótico, está com qualquer surto, que está mal, ou ele tem um embotamento, ele não fala, está na família há anos, está lá segregado, está lá no quatinho dos fundos, não é caso de atenção básica é caso CAPS, então, ele é o único serviço de Florianópolis que se propõem a atender o usuário, o portador de sofrimento psíquico fora de hospital (LÉLI, 4/4/2006).

Ele é o primeiro serviço de saúde mental do município, primeiro serviço estruturado, credenciado no Ministério da Saúde, eu penso que ele tem um papel importante, ele serve como uma referência de atendimento em saúde mental a usuários portadores de transtornos mentais; dentro da rede, hoje, a gente tem as referências regionais de atenção em saúde mental na atenção básica, nas ULS, que são as unidades locais de saúde, então o CAPS serve como referência de atendimento a usuários com transtornos mentais graves do município de Florianópolis, é pra isso, essa é a função (VIK, 24/3/2006).

Pelas falas dos profissionais evidencia-se que Florianópolis não tem uma política municipal de saúde mental estruturada. A rede de serviços está em processo de formação e implementação. As ações ainda são muito isoladas e fragmentadas, sem uma direção comum. É notório que um único CAPS para atender a totalidade da demanda adulta do município é insuficiente. As possibilidades de atuação do serviço na prevenção e promoção da saúde mental, na capacitação e supervisão das equipes de atenção básica ficam, assim, prejudicadas e/ou inviabilizadas.

No processo de operacionalização da Reforma Psiquiátrica, conforme as orientações da Política Nacional de Saúde Mental e as propostas aprovadas na III CNSM, é necessário que os gestores estaduais e municipais estabeleçam mecanismos efetivos para o controle das internações psiquiátricas. De acordo com a Portaria GM/MS n ° 336/02, os CAPS devem possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou modulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local (BRASIL, 2002a). Com base nisto, perguntamos aos entrevistados se o CAPS tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Eles referiram que não, contudo, divergiram sobre como o serviço fica sabendo quando ocorre internação de seus usuários.

Não tem. A gente fica sabendo quando a família comunica ou quando é usuário de atenção intensiva, ou ele fez uma crise ou ele desapareceu do serviço, aí pela falta mesmo, pela ausência que ele provoca a gente vai atrás e fica sabendo que ele foi internado, mas a gente não tem instrumentos de controle sobre isso; a gente faz, no momento da internação, a gente procura manter pelo menos uma visita da equipe da Regional pra não perder o vínculo etc., mas nada formalizado, assim, no momento que aparece, que a gente fica sabendo; geralmente, a gente sabe, hoje é relativamente fácil, não acontece daquilo... fulano desapareceu e de repente aparece ele dois meses depois aqui novamente..., sai da internação ontem e tal, isso não acontece mais, geralmente a gente consegue ficar sabendo (F, 12/4/2006).

Não. Na realidade a família leva pra internar e pronto, as vezes comunica, as vezes a gente fica sabendo quando a gente vai fazer uma visita lá, muitas vezes a gente nem sabe que o paciente ficou internado, a não ser quando a gente liga, e aí o que está acontecendo, não está vindo, mas ele foi internado; então, não há esse controle e também quando é internado lá, dificilmente, alguém entra em contato, nunca vi, entra em contato olha fulano de tal está internado aqui com a gente, não tem essa comunicação (J, 22/3/2006).

Em relação ao controle das internações psiquiátricas, oficial e formal, nós não temos; estou falando enquanto profissional que atende uma determinada regional de saúde, isso nós não temos; o que poderia ser feito: um maior estreitamento com o “manicômio”, com o IPQ ou o São José (hospitais psiquiátricos), que quando internasse pessoas lá teria esse contato aqui, pra gente já ir conversando, já acompanhando juntamente com a equipe do hospital psiquiátrico essa pessoa, porque final de semana ou depois das 18 horas o serviço não atende, as vezes as pessoas entram em crise e a gente não tem como acompanhar isso, não tem como saber; o acompanhamento que tem é, as vezes, os familiares nos avisam que a pessoa está internada, quando a gente acompanha essa pessoa e fica sabendo que ela acabou internando; então, não tem uma política mais estreita de acompanhamento de internação psiquiátrica, isso não tem. (GIRASSOL, 20/3/2006).

Da área de abrangência seria toda a cidade, isso não, mas dos usuários aqui sim, atendidos aqui sim; [...] geralmente, assim, quando o usuário está iniciando um surto a gente tenta fazer o atendimento pra prevenir a internação, pra evitar de fato a internação psiquiátrica, só que nós estamos aqui até as 6 horas da tarde e não estamos final de semana, então, a gente não está nem a noite nem final de semana, e aí acontece de a família internar, isso acontece pouco, muito pouco, e quando acontece a gente faz o atendimento no próprio hospital, a gente vai até lá faz o atendimento, mas é pouco assim, agora da cidade como o todo a gente não tem (VIK, 24/3/2006).

O controle ele tem pelo prontuário, não poderia te dizer que tem um controle do ponto vista de uma escala, ah anualmente quanto a gente tinha e quantos foram internados, [...] o usuário se ele foi internado a gente não soube, se está internado, aí ele aparece aqui depois da internação, um mês ou dois meses, a gente tem escrito no prontuário, esse é digamos o que a gente fica sabendo (LÉLI, 4/4/2006).

Não, eu digo por nós, eu acho que, as vezes, a gente... ah o paciente foi internado, como acontece de a gente saber, e as vezes a gente vai lá fazer uma visita, as vezes tem a questão do carro (o CAPS tem um carro a disposição somente um dia por semana), e a gente fica...; sempre que acontece e tal, as vezes, a gente nem fica sabendo, quando vê o paciente já está de volta, as vezes acontece essa situação; eu fui tentar fazer um pequeno levantamento pra fazer essa avaliação e percebi que a gente não tem registro de quantos dias o paciente ficou internado, se ele ficou internado quantas vezes durante o tempo que está em tratamento aqui, falta um registro melhor e um acompanhamento melhor dos técnicos; (como ficam sabendo da internação) as vezes o paciente volta já depois, as vezes a família liga avisando, [...] o hospital não me lembro se eles ligaram, só se precisar de alguma coisa, em geral, eles não ligam; então,

assim, o paciente saiu aí eles trazem de novo aquele encaminhamento, ou ele vem pra cá porque, normalmente, ele já estava aqui, mas assim, a gente tenta ao máximo que ele não precise ser internado, essa política existe, segurar a crise (P, 17/3/2006).

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que a internação e a reinternação psiquiátrica deverão ocorrer após avaliação da equipe técnica de saúde mental dos serviços substitutivos, devendo ser estabelecidas formas de controle único para a emissão de AIH, assegurando que todas as internações necessárias sejam autorizadas pelo serviço público, preferencialmente de base territorial (BRASIL, 2002a).

Conforme pode ser observado nas falas dos participantes da pesquisa, a insuficiência do CAPS em exercer o controle das internações referente a sua clientela e a demanda no município refere-se ao fato de o serviço não estar territorializado, sendo inviável cumprir com tal exigência no âmbito da totalidade de uma população de aproximadamente quatrocentos mil habitantes, distribuídos numa área geográfica de 436,5 Km². Com a implantação das equipes de saúde mental nas Regionais de Saúde, estas passam a ser as responsáveis pela regulação da porta de entrada no sistema de atendimento. O CAPS II Ponta do Coral passa a ser a referência para onde são encaminhadas pessoas com transtornos mentais graves, egressos de hospitais psiquiátricos, internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). A falta de controle das internações psiquiátricas é uma realidade também de outros centros de atenção psicossocial, conforme verificado por Franco (2005), em seu estudo sobre o CAPS do município vizinho de Palhoça/SC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha deste tema de pesquisa está relacionada à minha trajetória de estudos no Curso de Graduação em Serviço Social e à minha inserção como pesquisadora no Núcleo de Estudos e Pesquisas Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas (NESPP) do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. A esta trajetória soma-se a experiência de Estágio Curricular em Serviço Social, realizada no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis, em 2003, da qual resultou o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Programa Alta Progressiva: uma contribuição para o processo de reabilitação psicossocial no HCTP de Florianópolis”. Com o referido Estágio foi possível vivenciar o contato direto com a realidade de algumas instituições como hospitais psiquiátricos e centros de atenção psicossocial da rede municipal e estadual de serviços de atenção em saúde mental, fato este que estimulou a busca de novos conhecimentos e o desejo de atuação profissional na área. A continuidade dos estudos foi possibilitada por meio da entrada como mestranda no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da mesma universidade. Sendo assim, o trabalho que apresentado nesta dissertação tem estreita relação com meu percurso profissional e meu desejo pessoal.

Conforme destacamos no decorrer do estudo, a reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

A implantação de uma nova política de atenção, com as implicações socioculturais da proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira passa pela necessidade de articulação intersetorial e por ações que contribuam para alterar as representações sociais sobre a loucura e os direitos dos portadores de transtornos mentais. A transformação do modelo assistencial e de um conceito teórico em diretrizes operacionais é um processo complexo e depende de vários fatores para que se mantenha a direcionalidade pretendida pelos diferentes atores sociais, participantes do jogo social.

Especificamente, no caso do CAPS estudado, as dificuldades de concretização dessa nova lógica de atenção em saúde mental perpassam e se inter-relacionam nos diferentes eixos que compuseram a presente pesquisa.

No que se refere a estrutura física, os profissionais indicam que o CAPS conta com espaço e equipamentos adequados às necessidades do serviço. Entre os anos de 2003 a 2004, o CAPS passou por uma reforma em suas instalações, ficando estas, adequadas aos objetivos da unidade. As condições poderiam ser melhores se as oficinas produtivas fossem realizadas em outro local, pois além de favorecer a utilização do espaço hoje ocupado para outras atividades, possibilitaria a inserção dos usuários em outro ambiente, favorecendo-lhes sua sociabilidade.

Em relação aos materiais de consumo, os problemas vão desde a ausência total de objetos e utilidades básicas à manutenção do serviço até o recorrente atraso no repasse dos materiais necessários às oficinas terapêuticas e de produtividade. As oficinas ficam prejudicadas e até mesmo paralisadas por conta das faltas de recursos e dificuldades de gestão adequada do serviço. Esta situação coloca em prejuízo o projeto terapêutico de tratamento dos usuários e a eficácia e efetividade dos propósitos da nova política de atenção em saúde mental.

No campo da gestão do CAPS, apesar da histórica escassez de recursos destinados à saúde, foram evidenciadas situações problemáticas, principalmente no processo de descentralização político-administrativa, que poderiam ser melhoradas a partir dos recursos existentes. De acordo com os resultados da pesquisa, 50% do grupo de técnicos afirmam que existe planejamento e avaliação das ações. Alguns deles observam estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação, objetiva e sistemática, dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declaram não existir processo de planejamento e avaliação das ações, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

Sobre este aspecto, cabe destacar que as técnicas disponíveis na área de planejamento e avaliação de serviços de saúde têm mostrado bons resultados quando aliadas à vontade política de mudar a situação. Apesar dos dados demonstrarem uma divisão entre os técnicos no que se refere a afirmação sobre a existência de planejamento e avaliação, destacamos que as poucas ações que acontecem giram em torno das atividades que são e aquelas que poderão ser realizadas, e na discussão sobre as dificuldades cotidianas do trabalho na unidade. As avaliações são informais, realizadas na reunião

mensal da equipe técnica e nas reuniões clínicas semanais, sendo notório a ausência de um processo de planejamento estratégico, sistemático e contínuo do projeto terapêutico do CAPS, bem como, de avaliação de indicadores.

Com relação aos recursos financeiros, os resultados da pesquisa apontam para o que já vem sendo denunciado por autores como Amarante (2003; 2005): o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. O pagamento pelo sistema de procedimentos realizados, por meio das APACs, condiciona a existência de recursos à produtividade do serviço. Quando os CAPS não estão articulados com outras políticas sociais necessárias à sobrevivência do usuário e a adesão dele ao projeto de vida que o serviço deve-lhe oferecer, a tendência é fracassar.

Para que a pessoa possa freqüentar o CAPS ela precisa de condições materiais e psicossociais básicas, como moradia, transporte, alimentação, auto-estima, estímulo, desejo, etc.. Quando o usuário não desfruta de tais condições as chances dele se vincular ao projeto terapêutico são menores e, conseqüentemente, sem a participação ativa dos usuários o CAPS não terá produtividade. Ainda, nem todas as ações realizadas no CAPS constam na tabela de procedimentos pagos pelo atual sistema do SUS, dificultando as atividades de ressocialização que envolvem trabalhos na comunidade e na sociedade.

Os profissionais afirmam que os usuários participam do planejamento das atividades do CAPS. Referem que isso acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Neste caso, foi possível perceber que a participação dos usuários em geral diz respeito mais a questões cotidianas do funcionamento do serviço. A associação participa diretamente da comercialização dos produtos confeccionados nas oficinas e na realização de alguns convênios com entidades da área da cultura, lazer, ensino, etc. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada, que abarque as especificidades da área da saúde mental e envolva os usuários, os familiares e os técnicos como sujeitos partícipes do processo de gestão do serviço.

No eixo recursos humanos e projeto terapêutico existem contradições explícitas e implícitas que perpassam o discurso e as práticas dos técnicos que prestam assistência aos usuários do serviço. Eles reconhecem e destacam a relevância do trabalho em equipe, argumentam que este traz a possibilidade de trocas entre as várias áreas do conhecimento e a conseqüente oferta de um atendimento multidimensional. Contudo, relatam dificuldades

na realização deste trabalho, devido a uma suposta diferença de formação profissional e de concepção, com relação ao que sejam os objetivos do CAPS e da Reforma Psiquiátrica. Indicam existir interdisciplinaridade no atendimento ao usuário, no entanto, percebeu-se que a concepção de interdisciplinaridade aparece muito mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade, estando ainda distante dos ideais da intertransdisciplinaridade.

Sendo assim, cabe destacar que sem a devida clareza e consciência do que exatamente deve mudar corre-se o risco de que, fundamentalmente, se modifiquem os espaços de realização do tratamento, transferindo-se e conservando-se as práticas de exclusão e discriminação. É preciso se ter em conta que toda dimensão técnica tem também uma dimensão política. Dessa forma, faz-se necessário questionar-se sobre o que se pretende com o “fazer” nos novos serviços de atenção à saúde mental e que valores estão presentes nas ações executadas. O usuário precisa ser percebido como sujeito do processo saúde-enfermidade, e não como objeto e instrumento do exercício das relações de poder disciplinar.

Com relação ao eixo participação do usuário e da família no tratamento, os participantes da pesquisa identificam dificuldades em realizar o atendimento familiar no CAPS. Os profissionais relacionam como justificativas, a falta de técnicos qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades da equipe. Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que seja o transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, também foram relatados pelos entrevistados. Entre os obstáculos para a (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e o estigma da loucura ainda presentes no imaginário social das pessoas.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacam o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário. Neste aspecto queremos destacar a necessidade de se reconhecer, no processo de implantação da Reforma e da política de saúde mental, um projeto ético-político social, capaz de reavaliar, substancialmente, o conceito tradicional de

“doença/saúde mental” e, conseqüentemente, a forma de como lidar as diferenças em sociedade.

No eixo (re)inserção social procuramos identificar se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas à desinstitucionalização e à reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referem que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras. A maioria deles afirma que não existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer.

Tais dados nos remetem ao questionamento sobre como a Reforma Psiquiátrica, em sua aplicação prática, apresenta certa inércia política. Existe uma lacuna entre o referencial teórico do novo modelo de atenção e as práticas que se efetivam no cotidiano dos serviços. Com isso, queremos chamar a atenção para a necessidade urgente de se construírem ações de atenção que favoreçam o conhecimento de si, reforcem a autonomia, o cuidado de si e a emancipação do sofredor psíquico.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referem que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental. A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos profissionais como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista político-jurídica dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico. Na visão dos participantes da pesquisa, o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica relaciona-se a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos pressupostos da própria Reforma. Não obstante, destacamos aqui a necessidade de se refletir sobre o descompasso entre a vitória no campo jurídico, o novo discurso da Reforma Psiquiátrica e um fazer prático que parecem ainda negar a emancipação do portador de transtorno mental.

No eixo integração do CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município, os dados coletados na pesquisa indicam que a relação existente é pouca, funciona de maneira precária e confusa, e que ainda está num processo preliminar. A articulação com as equipes de PSF e PACS também é insuficiente, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda. A unidade não realiza nenhum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. Apenas dois profissionais referiram estar pensando neste tipo de trabalho.

Foram apontadas como justificativas para esta situação o fato do CAPS não estar territorializado, de ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta de todo o município, e a ausência de um planejamento e estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhadas pessoas com transtorno mental grave. E, segundo os entrevistados, não tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Neste aspecto, vê-se a urgência na redefinição da abordagem em saúde mental, fazendo-se necessário a construção de estratégias de atenção integral, dentro dos princípios do SUS, que envolvam o portador de transtorno mental como cidadão, a família, o Estado e a sociedade.

De acordo com os profissionais existem diferenças no atendimento prestado no e pelo CAPS em relação aos hospitais psiquiátricos. Eles se referem às diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência do discurso médico psiquiátrico do hospital, e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e as necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial, em contraposição ao tratamento igual para todos das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Por fim, os dados coletados na presente pesquisa indicam que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes, prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a relação eficácia/efetividade dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Concluimos, com este estudo, que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é ainda um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológica, técnico-assistencial, político-jurídico e sócio-cultural.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____, P. (coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995a.

_____, P.. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. vol.11, no.3, jul./set. 1995b, p.491-494. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 14/09/2005.

_____, P. A (clínica) e a Reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. pp. 45-65.

_____, P. **A epistemologia e a Clínica da Reforma**. Conferência proferida no IV Encontro Catarinense de Saúde Mental. Florianópolis, 30 de junho a 2 de julho de 2005. (anotações manuscritas).

BASAGLIA F. (coord.) **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 3ª ed. Tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002a, 213 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em Saúde Mental 1990-2002**. 3ª ed. revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAPS II PONTA DO CORAL. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. **Projeto Terapêutico**. Florianópolis, 2004.

CORREIA, M. V.C..Que controle social na política de Assistência Social? **Revista Serviço Social & Sociedade**. N. 72. São Paulo: Cortez, nov. 2002, pp. 119-144.

COSTA, R. C. R. da.. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia e Política** Nº 18: 49-71 JUN. 2002

COSTA –ROSA, A. da; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. p. 13-44.

COSTA-ROSA, A. da.. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asialr. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. p. 141-168.

CHIZZOTTI, A.. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R.. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

DESVIAT, M.. **A Reforma Psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental**. In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

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

FLEURY, S.. **Espaço, território e cidadania: a cidade dos cidadãos**. Trabalho apresentado no VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra (16,17,18 de setembro), 2004. Disponível em: <www.ces.uc.pt/LAB2004>. Acessado em 20 de fevereiro de 2006.

_____, S.. (org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989.

FREIRE, F. H. M. de A.; UGÁ, M.A.D.; AMARANTE, P. Os centros de atenção psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

FRANCO, S. de O.. **Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de caso**. 2005. 110f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Florianópolis, 2005. 110f.

FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial**. Percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004.

GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E.. **A pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, R.. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M.. **Microfísica do poder**. Trad. de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graaal, 1979.

MINAYO, M. C. de S.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC; ABRASCO, 1994.

MIOTO, R.C.T.. Família e saúde mental: contribuições para reflexão sobre os processos familiares. **Revista Katalysis**. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico. Departamento de Serviço Social. N.2 Florianópolis: Editora da UFSC, 1998.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental: em busca da articulação e qualificação das ações em saúde**. Monografia

(Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Latu Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

OLIVEIRA, W. F.; DORNELES, P.. Patrimônio e ambiente da loucura: a formação do profissional de saúde mental e o dialogo com a vida da cidade. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

PITTTA A.. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje. In: PITTA. A.(org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral**: desvelando sua significação. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

_____. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

ROSA, L.C.dos S.. Os saberes construídos sobre a família na área da saúde mental. **Revista Serviço Social & Sociedade**. N° 71. Ano XXIII. São Paulo: Cortez, set de 2002, pp. 138-164.

_____. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, F., et. al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SANTOS, W.G.. **Cidadania e Justiça**. Rio de Janeiro: Editora Campos, 1979.

SARACENO, B.. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SOUZA, W. da S.. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. jul./ago. 2001, vol.17, no.4

p.933-939. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 19/10/2005.

SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Teses em Enfermagem, 42).

STUANI, D.. **Projeto de Estágio**. (Projeto de Estágio Curricular apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina). Florianópolis, 2005. texto digit.

TENÓRIO, F. G. (org.). **Gestão de ONGs**: principais funções gerenciais. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

TORRE, E.H. G; AMARANTE, P.. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. [online]. 2001, vol.6, no.1 [citado 05 Dezembro 2005], p.73-85. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br> >. ISSN 1413-8123.

TRIVIÑOS, A.N. S.. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. (org.). **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000a.

_____, E. M. Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000b. p. 169-194.

VIEIRA, L. **Cidadania e globalização**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Formulário a ser aplicado a todos os profissionais da equipe do CAPS.

Identificação

Nome:

Apelido:

Formação:

Ano:

Capacitação específica na área: Sim Não

Nível: residência especialização mestrado doutorado

Tempo de serviço na instituição:

Tipo de vínculo empregatício: Servidor público concursado contrato temporário

Outro. Especifique _____

Regime de trabalho: _____ (horas semanais)

Tempo de atuação na área:

Experiência de atuação profissional em outra instituição: Sim Não

Qual:

Tempo:

Principais perguntas

- 1) A área física do Caps é suficiente para o atendimento da demanda? Sim Não
- 2) As instalações são adequadas para a realização das atividades propostas? Sim Não
- 3) Os equipamentos disponíveis são suficientes? Sim Não
- 4) Estão em bom estado de utilização? Sim Não
- 5) Os materiais disponíveis são suficientes? Sim Não
- 6) Existem dificuldades na realização das atividades do Caps Sim Não. Em caso de resposta afirmativa, especifique as cinco principais? _____

- 7) O trabalho é realizado em equipe? () Sim () Não.
- 8) Existe algum tipo de supervisão de equipe ou outro recurso para acompanhar e discutir as questões do trabalho em equipe? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual?
-

9) Participa ou já participou de capacitação específica para atuar no Caps? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual? _____

10) Durante o tempo em que está trabalhando na instituição houve algum treinamento ou capacitação? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quando? _____(ano). De quantas horas? _____. Organizado por quem? _____

11) Na sua opinião, existe interdisciplinaridade no trabalho no Caps? () Sim () Não

12) Você conhece a política de saúde mental? () Sim () Não.

13) No Caps, existe disponibilidade de material didático e documentos sobre a política de saúde mental? () Sim () Não.

14) Existe planejamento e avaliação das ações do Caps? () Sim () Não

15) Existe projeto terapêutico de trabalho da instituição? () Sim () Não. Em caso afirmativo, foi planejado em equipe? () Sim () Não.

16) O serviço adota projeto terapêutico individualizado? () Sim () Não.

17) O usuário participa do planejamento do seu tratamento? () Sim () Não.

18) Existe atendimento familiar? () Sim () Não.

19) Existem ações intersetoriais do Caps e outras instituições que envolvam: educação, trabalho, esporte, cultura e lazer? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quais?

20) Existe relação do Caps com a rede básica de saúde municipal? () Sim () Não.

Que tipo? _____

21) O Caps realiza algum trabalho de educação permanente (capacitação e supervisão) sobre saúde mental em cooperação com as equipes de atenção básica? () Sim () Não.

Que tipo? _____

Outras observações:

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Entrevista a ser realizada com os profissionais da equipe do CAPS, segundo o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de nível superior entre as existentes na unidade. Em caso de mais de um profissional na área será realizado sorteio.

Identificação

Nome:

Apelido:

Temas e principais perguntas

1 Estrutura e recursos financeiros

- 1) Qual conhecimento possui sobre o repasse dos recursos financeiros para o Caps?
- 2) Conhece a forma de financiamento do serviço? O que você acha?
- 3) Como são administrados os recursos repassados? Existe planejamento?
- 4) Na sua opinião, a descentralização administrativa dos recursos possibilita o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do Caps? Quais as vantagens e desvantagens identifica?
- 5) Na sua opinião, os recursos repassados (gerados pelo serviço) são suficientes para realizar as atividades do Caps? Em caso de resposta negativa, quais atividades ficam prejudicadas e/ou poderiam ser realizadas se houvessem recursos?
- 6) Existem dificuldades no funcionamento do Caps com relação a falta de recursos financeiros? Quais identifica?

2 Recursos humanos e projeto terapêutico

- 1) Quais dificuldades identifica no trabalho em equipe no Caps?
- 2) Na sua opinião, quais vantagens o trabalho em equipe possibilita?
- 3) Considera importante a capacitação específica em saúde mental para atuar no Caps? Fale sobre.

- 4) Na sua opinião, qual a importância da interdisciplinaridade no atendimento ao usuário de saúde mental?
- 5) Considera importante conhecer sobre a política de saúde mental, seus princípios, sua estrutura e organização para o trabalho do Caps?
- 6) Como acontece o planejamento e a avaliação das ações do Caps?
- 7) Na sua opinião, em relação ao atendimento nas instituições tradicionais/asilares (hospitais psiquiátricos), como é o atendimento ao usuário no Caps?

3 Participação do usuário e da família no tratamento

- 1) Como é pensado o projeto terapêutico de tratamento do usuário?
- 2) Como o usuário participa do planejamento do seu tratamento?
- 3) Quais as formas criadas para oportunizar a participação do usuário no planejamento do seu tratamento?
- 4) A família participa do tratamento? Em caso de resposta afirmativa, de que forma? Em caso de resposta negativa, por quê?
- 5) Quais as formas criadas para oportunizar a participação da família no tratamento?
- 6) Quais dificuldades identifica com relação a realização do atendimento familiar?
- 7) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção familiar do portador de transtornos mentais?
- 8) Qual o papel dos usuários (ou da associação de usuários e familiares) no planejamento das ações do Caps?
- 9) Na sua opinião, qual a importância das associações de usuários e familiares para o tratamento do portador de transtornos mentais e para os serviços de saúde mental?

4 Inserção social

- 1) Na sua opinião, as práticas assistenciais realizadas no Caps encaminham-se na direção da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial?
- 2) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção social do portador de transtornos mentais?
- 3) Quais avanços e conquistas identifica com relação a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais?
- 4) Na sua opinião, o atendimento no Caps possibilita ao usuário a construção da sua autonomia? Como?

- 5) Na sua opinião, a organização atual dos serviços de saúde mental (da política de saúde mental) favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais? Qual a importância do caps nesse contexto?

5 Integração com a rede municipal de assistência em saúde

- 1) Qual a relação do Caps com a(s) equipe(s) de Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência?
- 2) O Caps tem controle das internações psiquiátricas no seu território? Em caso afirmativo, como ocorre este controle?
- 3) Na sua opinião, qual o lugar que o Caps ocupa na rede de atenção em saúde? Constitui-se no serviço que regula a porta de entrada para o atendimento em saúde mental?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este instrumento tem a intenção de obter o seu consentimento por escrito para participar do estudo “A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis”, durante o período de 01 a 31 de março de 2006, com o intuito de contribuir para o levantamento de dados para a elaboração do referido trabalho.

O estudo tem como objetivo geral analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Ao propormos a presente pesquisa esperamos contribuir com a produção de conhecimentos e saberes sobre as novas práticas de atenção e cuidado ao portador de transtornos mentais.

Os relatos obtidos serão confidenciais e, portanto, não será utilizado o nome dos participantes em nenhum momento, garantindo sempre o sigilo da pesquisa e os preceitos éticos da profissão. Os depoimentos serão referenciados pelo apelido a ser escolhido pelo próprio entrevistado

Certa de sua colaboração, agradeço sua disponibilidade em participar do estudo.

Eu _____,
consinto em participar desta pesquisa, desde que respeitadas as respectivas proposições contidas neste termo.

Florianópolis, março de 2006.

Assinatura do entrevistado.

ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

FERNANDA SCALZAVARA

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Serviço Social** - Área de concentração: Serviço Social, Direitos Humanos e Questão Social.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ivete Simionatto.

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de **Mestre em Serviço Social**, e aprovada na sua forma final, em 31/7/2006, atendendo as normas vigentes no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e na Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof^a Dr^a Catarina Maria Schmickler
Coordenadora do PPGSS/UFSC

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Ivete Simionatto, Dr^a.
Departamento de Serviço Social/UFSC
Presidente

Prof^o Walter Ferreira de Oliveira, Ph.D.
Departamento de Saúde Pública/UFSC
Membro

Prof^o Jonas Salomão Spricigo, Dr.
Departamento de Enfermagem/UFSC
Membro

Prof^o Mário Teixeira, Dr.
Departamento de Clínica Médica/UFSC
Membro Suplente

*Aos profissionais e aos usuários do CAPS
Ponta do Coral de Florianópolis.*

AGRADECIMENTOS

Desejo expressar meus sinceros agradecimentos aos profissionais do CAPS Ponta do Coral, pela receptividade, atenção, acolhimento e colaboração na fase mais importante desta pesquisa, assim como pela consideração ao meu trabalho profissional. Também, aos usuários desta unidade de serviço, pela forma carinhosa e acolhedora com que sempre me receberam.

À professora Ivete Simionatto por ter aceitado a orientação do trabalho; agradeço a oportunidade de poder ter desenvolvido a pesquisa de meu interesse e desejo profissional.

Aos professores Jonas Spricigo e Mário Teixeira pela atenção, disponibilidade e colaboração, essenciais na definição e elaboração do projeto de dissertação. Igualmente, ao professor Walter Ferreira de Oliveira pelas considerações e contribuições no exame de qualificação.

À sempre Mestre, amiga e professora Iliane Kohler, pela relação de ensino-aprendizado humana, saudável, mantida no decorrer de toda a minha vida acadêmica; pelas ajudas concretas nos momentos de dificuldades, pelos conselhos, orientações e *encaminhamentos* necessários nos instantes, nas horas, nas fases de incerteza, insegurança, angústia, desespero.

Aos profissionais Mara Regina de Oliveira e Antônio Heinzen Filho, pelo suporte terapêutico necessário nos últimos anos da minha vida; especialmente por terem me ajudado a transformar as dificuldades, os obstáculos, as conquistas cotidianas no *Mestrado da Vida*.

Às profissionais e amigas Maria Sirene Cordioli e Maria Inês Bernardino, pela relação profissional responsável, ética, competente, que me impulsionou para os estudos na área da saúde mental; pela amizade acolhedora, carinhosa, fraterna, pelas comemorações e pelos momentos de descontração.

Aos meus pais e à minha família, base dos meus valores ético-morais.

Às minhas amigas e aos meus amigos, que de perto ou de longe, acompanham minha trajetória, acreditam e torcem por mim.

Formalmente, agradeço as instituições públicas CAPES e UFSC, através dos programas PROF e PGSS, pelo financiamento da bolsa que permitiu a dedicação profissional integral para a realização deste trabalho.

RESUMO

O presente trabalho tem como objeto de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. Constitui-se como objetivo geral da presente pesquisa analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Os procedimentos metodológicos da pesquisa constaram de: pesquisa empírica na coleta das informações, através de entrevistas semi-estruturadas, gravadas, realizadas com um profissional de cada área de formação de nível superior, dentre as existentes no CAPS, e aplicação de formulário, com questões fechadas, a todos os profissionais que compõem a equipe. As informações coletadas foram sistematizadas e organizadas em itens correspondentes aos eixos que nortearam a coleta dos dados, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde. A análise final foi realizada com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os resultados obtidos nos permitem concluir que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a efetividade e eficácia dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial. De maneira geral, podemos afirmar que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológico, técnico assistencial, político-jurídico, social cultural.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, política de saúde mental, serviços substitutivos.

ABSTRACT

The objective of present work is to study the operationalization of the Psychiatric Reformation in the city of Florianopolis, Brazil, based on one specific institutional model - the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral. The general objective of the present research is to analyze the institutional reality at the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral, Florianopolis, related to the operational process of mental health politics, based on the requirements of the Brazilian Psychiatric Reformation. The research methodological procedures have consisted of: empirical research and data collection, through semi-structured interviews, recorded, realized under the presence and supervision of a professional of each field, plus de existing data from the CAPS, and filled application, with closed questions, to all the professionals who compose the team. The data colleted was systematized and organized in items and events that are surrounded the data collection, which are: financial structure and resources, human resources and therapeutic project, participation of the user and the family in the treatment, social insertion, and integration of the service with the municipal network of assistance in health. The final analysis was based on theoretical production on mental health and the Psychiatric Reformation. The results allowed us to conclude that in scope of management of CAPS, the limited number of studies and the difficulties to transfer and administer them harmed the functioning of the service. The contributing factors were lack of strategic planning and systematic evaluation of actions. The difficulties associated with teamwork compromised the effectiveness and efficacy of the objectives. The absence of a municipal network dedicated to structure and articulate mental health appears as an obstacle to the practice of desinstitutionalization and psychosocial rehabilitation. In general, we can affirm that the changes in the assistance model, directed for Psychiatric Reformation is one of the challenges to the concretization to mental health politics in a new interaction between society and people with psychological illnesses. The operationalizational political difficulties of mental health go through different fronts of performance which constitute the complexity of social processes associated with Reformation in its different dimensions. These dimensions are: theoretic-epistemological, technical assistance, politic-legal and socio-cultural.

Keywords: Psychiatric Reformation, mental health politics, substitute services.

LISTA DE SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
APAC - Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CPASM - Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental
CMS – Conselho Municipal de Saúde
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FNS – Fundo Nacional de Saúde
INAMPS – Instituto Nacional de Aposentadorias e Pensões
IPQ – Instituto de Psiquiatria Catarinense
MS – Ministério da Saúde
MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS – Organização Mundial para a Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF - Programa de Saúde da Família
RP – Reforma Psiquiátrica
SIH - Sistema de Informação Hospitalar
SAI – Sistema de Informação Ambulatorial
SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
SUS – Sistema Único de Saúde
TR – Terapeuta de Referência
ULS – Unidade Local de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Procedimentos metodológicos	18
2 REFORMA PSIQUIÁTRICA	222
2.1 O Modo Psicossocial	26
2.1.2 Atenção Psicossocial.....	28
2.2 Desinstitucionalização	30
2.3 Reabilitação psicossocial	32
3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA	344
3.1 Estrutura e recursos financeiros	344
3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico	45
3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental	46
3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário	51
3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações.....	59
3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento.....	65
3.3 Participação do usuário e da família no tratamento	69
3.3.1 Planejamento terapêutico individual.....	70
3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral.....	72
3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares	81
3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia.....	88
3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental.....	96
3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica	106
3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde...	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
REFERÊNCIAS.....	125
APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS.....	130
ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica.....	136

1 INTRODUÇÃO

O processo de mobilização, organização e luta pela Reforma Psiquiátrica brasileira origina-se no contexto dos movimentos sociais, no período de redemocratização do país (décadas de 1970/1980), e tem como base os pressupostos da Reforma Sanitária brasileira e da Psiquiatria Democrática italiana. Tal movimento esteve direcionado no sentido da crítica e desconstrução gradativa da assistência existente, embasada no saber psiquiátrico, que justificava as práticas decorrentes do modelo asilar e, ao mesmo tempo, buscava a construção de propostas de superação deste modelo.

Os anos de luta pela transformação do modelo assistencial tradicional (asilar), centrado na internação hospitalar, culminaram com a criação e regulamentação de leis e portarias relativas à implantação de uma rede de serviços substitutivos a este. A partir da década de 1990 um conjunto de leis, portarias, decretos, resoluções define novas exigências em relação à assistência psiquiátrica prestada aos portadores de transtorno mental¹, incluindo a adequação das condições físicas das instituições de atendimento, a existência de projeto terapêutico, equipe multidisciplinar e outros dispositivos que garantam maior qualidade assistencial.

A Reforma Psiquiátrica é um processo em construção, que envolve tanto a sociedade civil, através dos diferentes os movimentos sociais, os profissionais, os usuários, bem como os órgãos gestores das políticas públicas. Estes são os responsáveis pela operacionalização das ações com relação a mudança de paradigma e prática em saúde mental. Nessa trajetória, aos profissionais cabe exercer o papel de sujeitos e críticos do processo de implantação da Reforma Psiquiátrica; aos gestores da política de saúde compete a decisão política com vistas a assegurar as condições técnicas para a implementação e operacionalização dos serviços de atenção; aos movimentos sociais fica a luta política pela construção social de um outro sentido para lidar com a "loucura" e com o "louco", a partir de uma transformação na relação sociedade/loucura.

¹ Cabe destacar que a expressão “portador de transtorno mental” é adotada neste estudo por acreditar-se que a palavra portador traz em si um caráter mutante. Ou seja, secundariza o transtorno mental e resgata o sujeito envolvido na condição de enfermo, como um ser dinâmico. Por sua vez, o termo transtorno mental traz um caráter psicossociológico, dinâmico, mutável, diferente do termo doença mental, muito embora não seja menos controvertido do que este último (ROSA, 2003, pp. 37-38). E, também, por ser “portador de transtorno mental” a expressão utilizada na linguagem técnica constante na política de saúde mental do Ministério da Saúde.

No curso das transformações operadas na e pela Reforma Psiquiátrica destacamos como marco significativo recente a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM)². Em seu documento conclusivo reafirma-se que as políticas de saúde mental devem respeitar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das leis Federal e estaduais, priorizando a construção da rede de atenção integral em saúde mental. Tais políticas devem ter como pressupostos básicos a inclusão social e a reabilitação psicossocial, estar integradas com outras políticas sociais, como educação, trabalho, lazer, cultura, esporte e habilitação profissional, visando garantir o exercício pleno da cidadania (BRASIL, 2002a).

O mesmo documento ressalta que a reorientação do modelo assistencial deve estar direcionada para concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e de promoção da saúde. Nesse sentido, é fundamental que as novas modalidades assistenciais desenvolvam práticas pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a auto-estima, a autonomia e a cidadania, buscando superar a relação de tutela e reprodução da institucionalização e/ou cronificação (BRASIL, 2002a).

A mudança do modelo assistencial é um dos desafios da Reforma Psiquiátrica. Busca-se, no âmbito da gestão pública, a construção de um novo pacto para transferir os recursos aplicados no modelo hospitalar para uma assistência comunitária. Entretanto, a mudança da lógica de atenção em saúde mental requer, também, uma mudança de paradigma. No bojo dos novos dispositivos de cuidado necessariamente deve estar uma nova ética do cuidar, baseada na premissa básica da autonomia possível e dos direitos humanos dos portadores de sofrimento psíquico. Isso significa considerar que as possibilidades de novas práticas terapêuticas devem caminhar ao lado da preocupação com a mudança das representações simbólicas do “louco” na sociedade, e com a produção de outros saberes.

Na atualidade, todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, bem como a literatura da área, referem-se a desconstrução como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade das ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Tal proposição tem como base a

² Realizada em Brasília, de 11 a 15 de dezembro de 2001. A I Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em 1987 e a II em 1992.

incapacidade da psiquiatria em explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (TORRE; AMARANTE, 2001).

O modelo manicomial tem seu fundamento na noção de que a experiência de sofrimento psíquico diversa (delírio, alucinação) é sinônima de erro. Um dos aspectos mais importantes no processo de transformação radical deste é a superação do conceito de doença. Conforme apontam Torre e Amarante (2001, p.73-85), “não se trata, obviamente, de negar a diversidade da experiência do delírio ou da alucinação, mas de não utilizar o conceito de doença (igual a erro) na relação com o sujeito”. Nesta direção, Rotelli (1990) propõe, no lugar do objeto “doença mental”, o objeto “existência-sofrimento” do sujeito em sua relação com o corpo social.

Segundo Costa-Rosa (et. al., 2003, p. 28), “ao se buscar a superação do saber psiquiátrico, sobretudo do paradigma doença-cura, procurou-se romper com práticas identificadas com o modelo clínico, por considerá-las ineficazes, segregadoras”. Busca-se no modo psicossocial estabelecer-se “a construção de uma relação de contrato com o sujeito que substitua a relação de tutela instaurada pela psiquiatria” (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 73-85). Como oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar surge, no contexto da Reforma Psiquiátrica, a atenção psicossocial como paradigma do modo psicossocial.

A origem das práticas de atenção psicossocial, como designação de experiências significativas no contexto da saúde mental, está relacionada às contribuições das diferentes experiências históricas de reforma, que incluem as Comunidades Terapêuticas e a Antipsiquiatria, na Inglaterra, a Psicoterapia Institucional, na França, a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, nos Estados Unidos e a Psiquiatria Democrática, na Itália³. No caso brasileiro somam-se as contribuições das políticas públicas e das experiências locais pioneiras dos centros e núcleos de atenção psicossocial, em Santos, São Paulo.

O modelo psicossocial vem ganhando elementos tanto em termos teórico e técnico quanto ideológicos e éticos, aptos a constituírem um novo paradigma para as práticas em saúde mental, capaz de substituir o paradigma psiquiátrico que ainda é dominante. Costa-Rosa (et al., 2003, p.31), observa que de modo geral os elementos teóricos subjacentes a essas experiências passam principalmente pelas idéias sociológicas e psicológicas, pelo materialismo histórico, pela psicanálise e pela filosofia da diferença. Nesse sentido, é importante indicar que o lugar social da saúde mental é um lugar de

³ Estudos sobre estas experiências encontram-se em DESVIAT (1999); ROTELLI (2001).

conflito, confronto e contradição. Entender a saúde mental dessa forma implica em reconhecê-la como expressão e resultante de relações e situações sociais concretas. “Por qualquer perspectiva que se olhe, tratar-se-á sempre de um eterno confronto: pulsações de vida/pulsações mortíferas; inclusão/exclusão; tolerância/intolerância” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p. 29).

A operacionalização da Reforma Psiquiátrica, através da implantação da rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, territorializados e integrados à rede de saúde, tem sido uma construção lenta e difícil, perpassada por interesses políticos e econômicos. Muitas vezes são privilegiados procedimentos técnico-burocráticos, assistenciais, em prejuízo de um serviço que tenha como foco o tratamento da pessoa humana na sua dimensão integral. Por outras, a Reforma Psiquiátrica é entendida como sinônimo de reestruturação de serviços; introdução ou modernização de novas tecnologias de tratamento e cuidado; promulgação de uma nova legislação. Em geral, os problemas passam pela tendência de tornar a Reforma a implantação de centros de atenção psicossocial, de forma a banalizar o serviço, fazendo com que estes sejam uma extensão do hospital psiquiátrico (AMARANTE, 2005).

Não obstante, a transformação do modelo de atenção tradicional requer a construção de uma rede de atendimento ampla, com serviços diversificados e complementares, substitutivos das práticas asilares. O modelo substitutivo não significa alternativo, paralelo, complementar ou intermediário do sistema tradicional. Trata-se de um serviço forte, que comporta uma estrutura complexa em que o sentido das práticas deve ser alterado do “eixo da clínica” para o “eixo da cidadania”. Isso significa olhar para a pessoa-sujeito e não unicamente para a doença (AMARANTE, 2005).

Pensar a mudança do paradigma teórico-conceitual clássico significa provocar uma transformação na cultura da forma tradicional de ver e lidar com a loucura, buscar a construção de um outro lugar social para a loucura e a doença mental, a partir de uma transformação das relações sociedade-loucura/doença mental.

Nesse processo, os centros de atenção psicossocial (CAPS) constituem-se no “braço” do modelo psicossocial. Tornam-se serviços privilegiados para o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial e dispositivos estratégicos para a mudança da atenção em saúde mental.

De acordo com as normatizações do Ministério da Saúde, são atribuições dos CAPS: organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; prestar atendimento em regime de atenção diária; oferecer cuidado clínico eficiente e personalizado; realizar a

dispensação de medicamentos; acompanhar usuários que moram em residências terapêuticas; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, assessorando o trabalho dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território ou área de abrangência (BRASIL, 2004).

No sentido de favorecer o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, bem como estimular a mudança da lógica de ver e lidar com a “doença” e o “doente mental”, o direcionamento da Política Nacional de Saúde Mental preconiza que os projetos terapêuticos dos CAPS podem ultrapassar a estrutura física da unidade, em busca da rede de suporte social comunitária. O atendimento prestado deve ser através de projeto terapêutico individualizado, construído conjuntamente com o usuário. A preocupação principal não deve ser o estabelecimento de um diagnóstico clínico, mas sim o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2004).

Com base no exposto, a presente dissertação de mestrado tem como recorte de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - O Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. A escolha deste CAPS deve-se ao fato de ser este um serviço público de atendimento diário a portadores de transtornos mentais adultos, único nesta modalidade no município. A população de Florianópolis conta com outros dois centros de atenção psicossocial, um para atendimento de crianças e adolescentes (CAPSi) e outro para atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (CAPSad).

O CAPS Ponta do Coral constitui-se no principal serviço de atendimento extra-hospitalar na realidade local, desempenhando um papel central na assistência a portadores de transtornos mentais graves. A rede municipal de atenção em saúde mental é incipiente, com poucos recursos e o CAPS enfrenta diversas dificuldades na realização de suas atividades, concentrando uma demanda de atendimento superior a sua capacidade.

Destacamos a relevância deste estudo na medida em que está em curso no país uma reforma nos serviços de assistência em saúde mental, em que a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos pelo cuidado comunitário/ambulatorial tem sido a

diretriz básica para a reorganização da política de saúde mental, desde o nível federal aos níveis estadual e municipal.

A reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

O processo de reestruturação dos serviços de saúde mental está baseado na organização de uma rede comunitária de cuidados. Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esportes etc), culturais, religiosos e de lazer são convocados para potencializar as equipes de saúde na tarefa de realizar ações de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004).

Fazem parte desta rede de serviços de saúde mental os centros de atenção psicossocial, os núcleos de atenção psicossocial (NAPS), os serviços residenciais terapêuticos (SRTs), os hospitais gerais, os centros locais de saúde, as equipes de saúde da família e agente comunitários de saúde, entre outros. Particularmente, neste trabalho, nos interessamos por estudar os CAPS por estes assumirem um papel central na organização da rede, constituindo-se em serviços de atenção que “almejam à outra lógica, outra fundamentação teórica-técnica e outra ética, que não mais a do paradigma psiquiátrico” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.19).

Os CAPS foram criados para serem substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos, oferecendo atendimento em saúde mental à população de sua área de abrangência. São atendidas pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, incluindo aquelas que apresentam transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e crianças e adolescentes. As práticas realizadas neste tipo de serviço devem caracterizar-se por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro, na comunidade.

Oficialmente os CAPS foram instituídos pela Portaria GM/MS N°224/1992 e definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam uma população adscrita definida pelo nível local e oferecem atendimento de cuidados intermediários entre

o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (BRASIL, 2002b).

Atualmente, os CAPS são regulamentados pela Portaria GM/MS N° 336/2002 e integram a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta portaria estabelece critérios de porte/complexidade e abrangência populacional aos CAPS, classificando-os nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad⁴. A classificação dos diversos tipos de CAPS difere, basicamente, quanto ao tamanho da população pela qual se responsabilizam e quanto ao regime de funcionamento.

Os profissionais que trabalham nos CAPS integram uma equipe multiprofissional. São técnicos de nível superior e nível médio, de diferentes áreas de formação. Os profissionais de nível superior são médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física entre outros necessários para as atividades oferecidas, de acordo com o projeto terapêutico do CAPS. Os profissionais de nível médio podem ser técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores, artesãos, profissionais de limpeza e cozinha (BRASIL, 2004).

As equipes técnicas possuem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. Cabe aos profissionais a tarefa de organizar-se para realizar o acolhimento dos usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, realizar as atividades de reabilitação psicossocial, equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas.

Ao considerarmos as práticas em saúde mental de um centro de atenção psicossocial nosso objeto de estudo estamos entendemos que é a partir delas que a mudança de paradigma se torna possível, haja vista que a estruturação de uma rede de

⁴ O CAPS I tem capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e deve funcionar das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira; o CAPS II atende municípios com população entre 70.000 e 200.000, deve funcionar das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas; o CAPS III atende municípios com população acima de 200.000 habitantes, funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana. Já os CAPSi e os CAPSad possuem características diferenciadas dos demais. O CAPSi é referência para municípios com população acima de 200.000 habitantes e constitui-se em um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período até 21 horas. Os CAPSad destinam-se a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. É indicado em municípios com população acima de 100.000 habitantes, funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas (BRASIL, 2002b).

novos serviços de saúde mental não constitui por si só uma ruptura com o paradigma das práticas asilares, da segregação e da tutela do portador de transtorno mental. Contudo, sabemos que analisar uma realidade institucional é uma tarefa difícil, principalmente quando nos propomos olhar esta realidade em movimento, permeada de contradições e como fruto de um processo sócio-histórico.

Nesse sentido, elegemos como sujeitos informantes os profissionais que atuam no Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, por entendermos que a eles cabe a tarefa de realizar as atividades institucionais cotidianas. Esses profissionais integram uma equipe multiprofissional e assumem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. A nosso ver, constituem-se atores sociais centrais no processo de implementação e operacionalização da Reforma Psiquiátrica na realidade local.

Com isso queremos destacar que os profissionais de saúde mental exercem um papel relevante para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, seja como partícipes dos movimentos sociais, como gestores da política de saúde mental e/ou como trabalhadores (técnicos) nos serviços de assistência. Particularmente, aos profissionais dos CAPS cabe o compromisso de operacionalizar a mudança da lógica da assistência, na medida que estão atuando em um serviço considerado um dispositivo estratégico da rede de assistência em saúde mental. Esses profissionais estão diretamente ligados aos usuários do serviço e a implementação da política de saúde mental, função que os coloca na linha de frente de um cenário novo que vem passando por formulações e reformulações nos campos “político-jurídico, técnico-assistencial, epistemológico e sociocultural” (AMARANTE, 2003).

Torna-se pertinente ressaltar que o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) teve forte influência nos avanços ocorridos na mudança da assistência psiquiátrica. Constituído inicialmente de técnicos de saúde mental buscava a melhoria da assistência psiquiátrica e denunciava a situação precária dos manicômios. O MTSM posicionou-se em relação à assistência prestada, politizou a questão da Reforma, construiu uma linha de pensamento crítica no campo da saúde mental. Organizados, os trabalhadores criaram fóruns de discussões locais de caráter técnico e político e defenderam as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Posteriormente, o movimento ampliou-se no sentido de ultrapassar sua natureza técnico-científica, organizou sua estrutura administrativa como fórum nacional e passou a ser designado Movimento da Luta Antimanicomial, tornando-se um movimento social que passou a englobar várias entidades como associações de usuários

e familiares⁵, ONGs, entre outras (AMARANTE, 1994, 1995a; SOUZA, 2001; VASCONCELOS, 2000b, 2004).

Assim, nos parece certo que os profissionais de saúde mental são atores sociais influentes na efetivação da Reforma Psiquiátrica. Razões significativas para pesquisar e valorizar suas experiências e opiniões, na medida em que seus relatos podem indicar como vem se realizando no dia-a-dia a Reforma, bem como contribuir para a construção de novas práticas e a produção de novos saberes. E, entendemos como Foucault, que os saberes não são apenas conhecimentos acadêmicos, produções que se autodenominam científicas. Os saberes também estão onde são produzidos, pois sempre criam visões de mundo, produzem histórias e História.

Dessa forma, a presente pesquisa tem a finalidade específica de contribuir para a análise das práticas locais de saúde mental, a partir do estudo da realidade vivenciada no CAPS de Florianópolis e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Lembramos, ainda, que neste ano de 2006 o CAPS Ponta do Coral completa dez anos de atividades, fato que nos leva a destacar a importância de um estudo que identifique as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação deste serviço. No geral, busca-se fornecer subsídios para os avanços nas políticas de saúde mental e contribuir para a produção de conhecimentos sobre a realidade da prática das políticas públicas de saúde mental. Para tanto, elegemos como eixos de estudo e análise cinco pontos, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social e integração com a rede municipal de assistência em saúde.

Constitui-se como objetivo geral do presente estudo a análise da realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Para alcançarmos este definimos como objetivos específicos: 1) caracterizar a estrutura e os recursos financeiros disponibilizados

⁵ Cabe registrar que no campo da saúde mental encontram-se associações de composição variada. Há associações de usuários; associações de familiares; associações de usuários e familiares; associações de usuários, familiares e técnicos; associações de usuários e técnicos; e associações de técnicos e familiares. Em sua maior parte, o processo organizativo das associações é conduzido por elementos de constituição de laços de solidariedade e ajuda mútua. Contudo, existem associações que são favoráveis à agenda de inovações da assistência colocada pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e, outras, que se caracterizam como uma comunidade de veto em relação à mesma agenda (SOUZA, 2001).

e sua adequação às atividades do Caps; 2) conhecer as práticas assistenciais desenvolvidas pelo CAPS com relação ao projeto terapêutico e como se organiza o trabalho da equipe técnica; 3) identificar como ocorrem as práticas institucionais de participação do usuário e da família no tratamento e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica; 4) identificar se existem e quais são as ações institucionais, intersetoriais e/ou outras criadas com relação a inserção social do portador de transtornos mentais; 5) descrever e analisar a relação existente entre o CAPS e a rede municipal de assistência em saúde com relação a operacionalização da política de saúde mental e do SUS; 6) identificar quais as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação do CAPS, pontos positivos e negativos.

1.1 Procedimentos metodológicos

Para operacionalizar os objetivos do nosso estudo foi realizada uma pesquisa de caráter qualitativo, do tipo estudo de caso. Segundo Minayo (1994), a pesquisa qualitativa, nas ciências sociais, responde a questões particulares, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Isso significa considerar que trabalhamos com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que correspondem a pontos mais profundos das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser quantificáveis. E, segundo Chizzotti (2003, p. 104), em geral, a pesquisa qualitativa objetiva provocar o esclarecimento de uma situação para uma tomada de consciência pelos próprios pesquisados dos seus problemas e das condições que os geram, a fim de elaborar meios e estratégias de resolvê-los.

Dentre os tipos de pesquisa qualitativa, o estudo de caso talvez seja um dos mais relevantes. É uma modalidade que propicia retratar uma realidade de forma ampla e profunda, de forma a revelar a multiplicidade de dimensões presentes numa determinada situação e contextualizar o objeto para melhor compreendê-lo (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Nesta forma de estudo, o caso é tomado como unidade significativa do todo porque tanto retrata uma determinada realidade quanto revela a multiplicidade de aspectos globais presentes em uma dada situação (CHIZZOTTI, 2003). A principal função do estudo de caso é a explicação sistemática de fatos que ocorrem no contexto social e geralmente se

relacionam com uma multiplicidade de variáveis. Essa técnica caracteriza-se por ser um estudo intensivo, o qual deve considerar a compreensão geral do assunto investigado (FACHINI, 2001).

O local escolhido para a realização do estudo, o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, é um serviço público, municipal, cadastrado na modalidade CAPS II, situado à rua Rui Barbosa, 713 (fundos), no bairro Agrônômica, Florianópolis/SC. CAPS Ponta do Coral funciona das 8h às 18hs e atende uma demanda média diária de 40 usuários. O serviço foi criado em março de 1996 e funciona neste endereço desde o mês de dezembro do mesmo ano⁶.

A principal fonte de informação da presente pesquisa constituiu-se das falas dos profissionais, de formação de nível superior, e, no resultado do formulário aplicado a todos os membros da equipe do CAPS Ponta do Coral. Utilizamos para a coleta de informações a entrevista semi-estruturada, gravada, com questões abertas, e a aplicação de formulário com questões fechadas (Apêndices A e B). As entrevistas foram orientadas por um roteiro com perguntas estruturadas e agrupadas em cinco blocos correspondentes aos eixos de estudo da pesquisa. De acordo com Trivinos (1987), a entrevista semi-estruturada geralmente parte de certos questionamentos básicos, de perguntas fundamentais derivadas da teoria que é adotada para a pesquisa e de informações que o pesquisador possui sobre o tema a ser pesquisado.

Na pesquisa qualitativa, a entrevista é uma das técnicas mais utilizadas na coleta do material empírico. No tipo de estudo escolhido, foi possível perceber que a entrevista constituiu-se na ferramenta capaz de possibilitar a obtenção de dados mais profundos da realidade, os quais só podem ser obtidos com a contribuição dos sujeitos envolvidos.

O trabalho empírico para coleta dos dados e das informações na Instituição foi realizado entre a segunda quinzena do mês de março e a primeira quinzena do mês de abril de 2006 (16/3/2006 a 13/4/2006). A coleta teve início após a apresentação e solicitação de autorização para a realização da pesquisa à coordenação da Instituição. O projeto foi encaminhado à Comissão de Ensino e Pesquisa do CAPS II Ponta do Coral e à Direção de

⁶ A implantação do serviço foi efetivada em 25/3/1996, ficando instalado, provisoriamente, junto ao Centro de Saúde II do Centro de Florianópolis (atual ULS Centro), na Avenida Rio Branco. Em dezembro do mesmo ano foi transferido para o atual endereço, passando a ser chamado NAPS Ponta do Coral. Seu credenciamento no Ministério da Saúde aconteceu ao longo do ano de 1997. Em 2002, a Portaria GM n° 336 regulamentou a denominação dos antigos NAPS para CAPS (STUANI, 2005).

Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis para parecer. Mediante o parecer favorável (Anexo A) das referidas instâncias, foi realizada, em reunião de equipe, a apresentação do projeto aos profissionais do CAPS Ponta do Coral. Concluída esta etapa, foi realizada a entrevista pré-teste. A escolha do profissional observou os critérios constantes da metodologia do projeto. A entrevistada foi uma profissional da área da psicologia (área que tem mais de um profissional no CAPS) que tinha disponibilidade para a realização da entrevista na data escolhida. A partir desta entrevista, foram realizadas pequenas alterações no roteiro, com vistas a agrupar algumas perguntas, no sentido de diminuir o tempo necessário à efetivação da mesma. A referida entrevista teve a duração aproximada de uma hora e vinte minutos, acrescida de mais quinze minutos para a aplicação do formulário, totalizando uma hora e trinta e cinco minutos.

No total, foram realizadas seis entrevistas e aplicados doze formulários, de acordo com a metodologia estabelecida, a qual privilegiou, para a entrevista, o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de ensino superior, dentre as existentes no CAPS Ponta do Coral, quais sejam: psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Os formulários foram aplicados a todos os profissionais de formação de nível superior e de formação de nível médio. Foi necessário realizar sorteio do profissional a ser entrevistado apenas com relação a área da psicologia, por esta ter quatro profissionais atuando na equipe do CAPS. Como utilizamos um deles para a realização do pré-teste, participaram do sorteio apenas os outros três. O sorteio foi realizado na presença de outras duas profissionais da equipe.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos profissionais. A aplicação dos formulários foi simultânea e obedeceu ao mesmo critério. No caso de três dos profissionais entrevistados não foi possível realizar a aplicação do formulário no momento da entrevista, a pedido dos mesmos, devido a limitações de tempo. As entrevistas foram gravadas em fitas cassete, com a autorização prévia dos entrevistados, e, posteriormente, as falas foram transcritas.

As informações e os dados coletados foram sistematizados e classificados, de acordo com os eixos de pesquisa, e posteriormente analisados com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os dados originados dos formulários foram analisados e tratados descritivamente, ou seja, reduzidos a termos descritivos. Para efeito de padronização e de comparação foi adotado o método da porcentagem.

A análise final, que, segundo Minayo (1994), corresponde a um movimento contínuo entre o empírico e o teórico e vice-versa para fazer do caos aparente das

informações revelações da sua especificidade, foi construída pela síntese das informações coletadas em cada eixo de estudo, previamente definidos.

As questões éticas foram consideradas em todas as etapas do estudo, especialmente, na relação com os entrevistados, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) e dentro do que determina a Resolução N° 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde e o Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina. Os profissionais foram informados e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa quando da apresentação do projeto em reunião de equipe e individualmente antes da realização da entrevista. Foi preservado o anonimato dos entrevistado ao se utilizar codinomes para referenciar as falas no trabalho, destacando-se que os mesmos escolheram livremente seu próprio apelido quando da realização da entrevista. Apenas uma das entrevistadas optou por deixar a cargo da pesquisadora a escolha do codinome.

O trabalho que ora apresentamos está organizado de forma a contemplar, neste primeiro capítulo, a introdução do tema e a metodologia utilizada na pesquisa; no segundo capítulo descrevemos, sistematizadamente, o norte teórico utilizado como referência para a análise dos dados e das informações coletadas; no terceiro capítulo trazemos os resultados e as análises da pesquisa. Ao final, resgatamos os principais tópicos relacionados aos eixos de estudo e expomos nossas considerações finais sobre o tema.

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA

Procuramos expor neste capítulo uma síntese das análises de alguns autores que têm contribuído para o avanço nas discussões sobre a Reforma Psiquiátrica, bem como a definição do que vem a ser este outro modelo de atenção em saúde mental – o Modo Psicossocial, tanto em seus aspectos prático-assistenciais quanto em suas exigências éticas e teóricas, no sentido de construirmos o norte teórico orientador das análises da presente pesquisa.

Todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, na atualidade, bem como a literatura da área estabelecem a categoria teórico-prática “desconstrução” como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade nas ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Reiteram, também, a incapacidade da psiquiatria de explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (BASAGLIA, 1985; ROTELLI, 1990). Neste sentido, a proposta da Reforma Psiquiátrica objetiva criar experiências alternativas ao hospital psiquiátrico e ao modelo de suas práticas, através da extinção desse tipo de instituição e sua substituição por recursos que sejam capazes de rever tanto as concepções do “objeto” quanto dos “meios” e modos da sua intervenção nessa área.

A partir das contribuições colocadas por Fleury (et. al., 1989), com relação ao conceito de Reforma Sanitária como um “processo de transformação estrutural”, e da noção de *processo social complexo* proposta por Rotelli (1990), Paulo Amarante (2003, p.49), define Reforma Psiquiátrica como:

um processo social complexo que se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade.

Nessa concepção, o autor observa que processo indica algo em permanente movimento, que não tem um fim predeterminado, nem um objetivo último ou ótimo. E, a idéia de complexidade é posta não como sinônimo de complicação, mas sim como uma atitude epistemológica no sentido de reabrir a possibilidade de recomplexificação do fenômeno, proposição oposta a naturalização/objetualização da noção de doença. Neste sentido, a doença deixaria de ser reduzida a uma alteração biológica, para tornar-se um

processo de saúde/enfermidade. Em outras palavras, “a doença não é um objeto, mas uma experiência nas vidas de sujeitos distintos” (AMARANTE, 2003, p.53).

Na continuidade de suas análises sobre a Reforma Psiquiátrica Amarante (2000, 2003) designa quatro dimensões para as transformações operadas na e pelas práticas da Reforma, quais sejam: teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural.

A dimensão teórico-conceitual ou epistemológica contempla o conjunto de questões que dizem respeito a produção de conhecimentos e saberes que irão subsidiar as práticas. É uma dimensão que vai desde a reflexão dos conceitos mais fundamentais do campo das ciências até os conceitos produzidos pela psiquiatria: alienação, doença mental, normalidade/anormalidade, terapêutica e cura. Um aspecto muito importante desta dimensão refere-se ao desafio de se repensar as relações entre conhecimento e objeto (AMARANTE, 2003).

Na interpretação de Costa-Rosa (et al., 2003, p. 32), o campo teórico-conceitual pauta-se na desconstrução de conceitos e práticas, sustentados pela psiquiatria e pela psicologia nas suas visões acerca da doença mental. Propõe-se como contrapartida a construção de noções e conceitos como “existência-sofrimento” do sujeito na sua relação com o corpo social, acolhimento, cuidado, emancipação e contratualidade social. Nesse âmbito, pode-se entender que o conceito de existência-sofrimento impulsiona a Reforma Psiquiátrica na direção de uma revolução paradigmática, uma vez que questiona a tão cara relação sujeito-objeto e o próprio paradigma doença-cura. Tal conceito aparece por contraposição ao paradigma doença-cura, expressando a exigência de se dar ao sujeito a centralidade da cena.

Como exemplo desse campo Amarante (2003, p. 50) destaca o processo de desconstrução do conceito de clínica, que deixaria de ser o isolamento terapêutico ou o tratamento moral para tornar-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades; a desconstrução do conceito de doença produzido pela psiquiatria, em que o sujeito, não mais visto como alteridade incompreensível, possibilitará outras formas de conhecimento, que produzirão novas práticas clínicas e sociais.

Cabe destacar que quando um conceito é submetido ao processo de desconstrução é possível supor que as relações entre as pessoas envolvidas também serão transformadas, assim como os serviços, os dispositivos e os espaços. Conseqüentemente, mudam, ainda, os conceitos e as práticas jurídicas que eram adotadas pelos conceitos desconstruídos.

Para Basaglia (1985) e Rotelli (1990), desconstrução está relacionada à noção de *invenção*, de construção do real, de produção da subjetividade, recolocando em discussão a ciência e a psiquiatria. Os autores referem-se a “desconstrução” do dispositivo psiquiátrico e clínico em seus paradigmas fundantes e suas técnicas de poder-saber, entendendo-a como uma ação prática de dismantelamento das incrustações institucionais que cobriam a doença. A desconstrução questiona as bases do dispositivo psiquiátrico, em sua competência para atuar frente à loucura.

Entende-se desconstrução como um processo social complexo, de desmontagem do dispositivo psiquiátrico, que não tem fim, ou não pretende constituir, um modelo ideal, mas sim dar novo significado às relações e colocar questões imanentes às situações-problema. Nesse sentido, é um processo que precisa, por definição, ser reinventado incessantemente, e questionar também o conjunto dos segmentos sociais que deveria ser [...] objeto de uma verdadeira "revolução molecular", quer dizer, de uma re-invenção permanente (GUATTARI, 1992 apud TORRE; AMARANTE, 2001, p. 14).

A dimensão político-jurídica passa pela criação e alterações na legislação com relação aos direitos e a assistência ao portador de transtornos mentais. O âmbito jurídico é decorrente do fato de a psiquiatria ter instituído a noção de relação entre loucura, periculosidade, irracionalidade, incapacidade, irresponsabilidade civil. No plano político luta-se pela extinção dos manicômios e sua substituição por instituições abertas, pela revisão das legislações sanitárias, civil e penal referente a doença mental, para possibilitar o exercício dos direitos à cidadania, ao trabalho e à inclusão social. Importa nessa dimensão rediscutir e redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais (AMARANTE, 2003, p. 53; COSTA-ROSA, et al., 2003, p. 33).

No âmbito da dimensão técnico-assistencial está o modelo assistencial. É nesse campo que, na realidade brasileira, aparecem mais visivelmente as inovações com relação as práticas assistenciais em saúde mental, concomitante a reconstrução dos conceitos. As transformações vêm acontecendo tanto na concepção de novos serviços (CAPS, oficinas terapêuticas e de reintegração sociocultural, cooperativas de trabalho) quanto na sua forma de organização e gestão (instituições abertas com participação e co-gestão com os usuários e a população).

Nos últimos anos têm-se objetivado construir uma rede de novos serviços, concebidos como espaços de sociabilidade, de trocas, em que se enfatiza a produção de saúde como produção de subjetividades. Essas mudanças indicam para uma mudança nas práticas de atenção e tem significado *colocar a doença entre parênteses*, propiciando

contato com o sujeito, rompendo com as práticas disciplinares; aumentando a possibilidade de recuperação do seu estatuto de sujeito de direitos (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 32-33; AMARANTE, 2003, p.51).

A expressão *colocar a doença entre parênteses* é atribuída a Basaglia, significa a suspensão do conceito e implica na possibilidade de novos contatos empíricos com o fenômeno em questão. Para o autor, a psiquiatria colocou o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença como fenômeno da natureza. Assim, Basaglia propõe uma inversão, isto é, colocar a doença entre parênteses para tornar-se possível lidar com o sujeito e não com a doença.

Amarante (2003) chama a atenção para o fato de a atitude epistemológica de colocar a doença entre parênteses não significa a negação da doença no sentido do não se reconhecer que experiências de sofrimento ou diversidade fazem parte da realidade concreta da saúde mental. Nas palavras do autor:

não significa a recusa em aceitar que exista uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar. Significa, isto sim, a recusa a explicação da psiquiatria, para dar conta daquela experiência, como se esta pudesse ser explicada pelo simples fato de ser nomeada como doença. A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia social e política da exclusão, e a ruptura epistemológica com o saber da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para objetivar conhecer a subjetividade (AMARANTE, 2003, p. 56).

A dimensão sociocultural expressa o objetivo maior da Reforma Psiquiátrica, haja vista que pretende transformar o *lugar social* da loucura no imaginário social, transformando as relações entre a sociedade e a loucura. Muito do imaginário social é decorrente da ideologia psiquiátrica que tornou senso comum a relação da loucura à incapacidade do sujeito de estabelecer trocas sociais e simbólicas (AMARANTE, 2003, p. 53).

Para tanto se têm estimulado uma série de práticas sociais visando transformar o imaginário social relacionado a loucura, a doença mental e a anormalidade. Está em processo de mudança a imagem da loucura e do louco, a imagem da instituição e a da relação dos usuários e a população com ela. A intencionalidade passa pela construção de uma imagem das instituições de atendimento como espaços abertos de circulação e pólos de exercício estético, e uma imagem do “louco” como cidadão que deve almejar poder de contratualidade social (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 33).

Pensar a Reforma Psiquiátrica como um processo complexo implica desconstruir, superar conceitos; pensar, refletir sobre as ações no campo da saúde mental e os efeitos de

suas práticas; criar, construir novas práticas e produzir outros saberes. Trata-se, portanto, de um processo contínuo em que os verbos transformar, produzir, desconstruir, desmontar, emancipar, reconstruir devem estar no cotidiano do fazer em saúde mental.

2.1 O Modo Psicossocial

A elaboração das práticas do modo psicossocial é tributária de diferentes movimentos sociais científicos e vários campos teóricos. Sob esse aspecto, Abílio da Costa-Rosa (2000; 2003), busca especificar elementos básicos do novo paradigma traçando um paralelo de análise entre as práticas constitutivas do modo asilar e aquelas exigidas ao modo psicossocial⁷.

As principais características do modo asilar são: ênfase na consideração de determinantes orgânicos nos problemas que se pretende tratar, o que implica que o seu meio básico seja medicamentoso; pouca ou nenhuma consideração da existência do sujeito, o que implica que não se insista na sua mobilização como participante do tratamento. O indivíduo continua sendo visto como doente, tanto em relação à família quanto em um contexto social mais amplo. Daí decorre que a intervenção seja quase exclusivamente centrada nele. As aproximações da família, quando ocorrem, costumam ter caráter apenas pedagógico e assistencial. Dessa consideração do indivíduo como centro do problema, entre outros fatores, decorre também seu isolamento em relação ao meio familiar e social.

Ainda, com relação as práticas assistenciais, no modo asilar, o trabalho é realizado sem que os profissionais se encontrem para conversar sobre a atividade comum. O prontuário é considerado o elo de interconexão entre os profissionais da equipe. Mesmo no caso em que o meio é multiprofissional, a determinação fundamental dos problemas continua, na prática, sendo biológica. Portanto, a eficácia do tratamento espera-se que venha da química. Sua instituição típica continua sendo o hospital psiquiátrico fechado,

⁷ O autor observa que esta análise tem uma dimensão histórica, na medida que inclui uma consideração dos avanços que tem ocorrido nas práticas concretas até o presente; e outra dimensão lógica, visto que decorre da dedução realizada, através do método de análise, das características imprescindíveis a um determinado dispositivo para que ele configure uma lógica contraditória com a dos dispositivos que pretende superar e substituir (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.36).

ainda que nas últimas décadas esse venha sendo alvo de reformas democratizantes, intermitentes e esteja acompanhado de dispositivos chamados extra-asilares.

No modo psicossocial a concepção do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos sustentados para lidar com esse processo requer a desinstitucionalização do paradigma “doença-cura” e sua substituição pelo “existência-sofrimento”, conjuntamente com a configuração de práticas de trabalho transdisciplinares.

Destacam-se como principais exigências ao modo psicossocial: a determinação e consistência psíquica e sociocultural dos problemas, e não orgânica; a desospitalização e a desmedicalização, o que significa desconsiderar a medicação como resposta única ou preponderante e a priori; o exercício da “clínica da escuta e da criação de si”, e não a clínica da observação e da retomada do estado anterior às crises; a horizontalização das relações intrainstitucionais; a participação dos usuários e da população em forma de autogestão e co-gestão; o livre trânsito dos usuários e da população; a ética do reposicionamento do sujeito, que significa reconhecer a implicação subjetiva como forma de singularização e não supressão sintomática.

Os dispositivos institucionais típicos do modo psicossocial são os centros e núcleos de atenção psicossocial, o Hospital-Dia, ambulatórios de saúde mental; equipes multiprofissionais de saúde mental, inseridas em Centros de Saúde; setores para tratamento em saúde mental, inseridos em hospitais gerais. Seus meios básicos de tratamento são a psicoterapia, a laboterapia, as socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural, além da medicação.

É decisiva a importância que se atribui ao sujeito, daí que se insista de maneira fundamental na sua mobilização como participante principal do tratamento. Não se deixa de considerar, por isso, a sua dimensão de indivíduo (orgânico e sócio-cultural). Dá-se ênfase à consideração da pertinência do indivíduo a um grupo familiar e social. Supõe-se que se deve trabalhar também a família e o grupo social como agentes das mudanças buscadas.

Da consideração de que não é o indivíduo o único problemático, sugere-se que se inclua no tratamento também a família e eventualmente um grupo mais ampliado. As formas de participação da família e do grupo ampliado no tratamento são várias e superam, em muito, as posturas assistencial e orientadora, características do modo asilar. As associações de usuários e familiares criadas no modo psicossocial são reflexos dessa nova postura em relação aos usuários.

No modo psicossocial, espera-se que as diferentes possibilidades de ação se estendam desde a continência do indivíduo, durante a crise, até o reconhecimento da implicação familiar e social nos mesmos problemas. Espera-se, portanto, que tanto uns quanto outros possam assumir a parte de seu compromisso na atenção e no apoio. Além disso, dá-se acentuada ênfase à reinserção social do indivíduo, sem perder de vista que, muitas vezes, não é a problemática com a qual ele chegou a responsável pela sua saída da circulação sociocultural.

Quanto às formas de organização institucional, no modo asilar estas são marcadas por estratificações de poder e saber no âmbito do pessoal da instituição, que se transladam para a relação com os usuários e a população, os quais estão excluídos de qualquer participação que não seja a do objeto inerte e o mundo. Já os dispositivos do modo psicossocial tem suas práticas fundamentadas na lógica da Psicoterapia Institucional e da Comunidade Terapêutica e, geralmente, estas são instrumentadas por meio de assembleias de usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental. Participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais no modo psicossocial, por oposição à estratificação e interdição institucionais à heterogestão e à disciplina das especialidades que dominam no modo asilar.

Neste sentido, o autor propõe designar a Atenção Psicossocial como paradigma do modo psicossocial, em oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar.

2.1.2 Atenção Psicossocial

O termo Atenção, no contexto da Reforma Psiquiátrica, assume o conceito de “dar e prestar atenção, acolher, receber com atenção, tomar em consideração, levar em conta e escutar atentamente”. Designa uma parte fundamental do contorno que se pretende imprimir às ações de Atenção Psicossocial nas práticas em saúde mental. Expressa certos princípios relativos, sobretudo, à forma das relações dos agentes institucionais e das próprias instituições como dispositivos, com os sujeitos usuários e suas demandas (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 22).

Já o conceito Psicossocial designa as práticas em Saúde Mental Coletiva que se inscrevem como transição paradigmática da psiquiatria; enquanto que o termo psicossocial

agrega ao 'objeto' das práticas em saúde mental aspectos psíquicos e sociais, e tem a função de designar experiências reformadoras em sentido amplo (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 19).

Segundo o autor, ao somatizar aspectos sociais e psíquicos aos aspectos biológicos do paradigma e do objeto da psiquiatria a Atenção Psicossocial vai promover transformações nas concepções do objeto, nos modos de conceber e estruturar a instituição como dispositivo e, sobretudo, na forma de conceber e estruturar as relações terapêuticas, que tem, por sua vez, implicações éticas radicalmente distintas das práticas asilares.

A Atenção Psicossocial subentende ações diferenciadas das contidas no paradigma asilar e psiquiátrico. Na definição de Costa-Rosa Luzio e Yasui (2003, pp. 34-36):

a Atenção Psicossocial parece configurar um campo capaz de congrega e nomear todo o conjunto das práticas substitutivas ao Modo Asilar, conservando ao mesmo tempo a abertura necessária para a inclusão das inovações que ainda estão se processando e para outras que certamente virão. [...] As práticas de Atenção Psicossocial representam a sedimentação de um vasto conjunto de variações teórico-técnicas e éticas, mais ou menos radicais, conforme o caso, em relação às práticas vigentes e dominantes, que estão no lugar estrutural de sua alteridade necessária.

Os autores argumentam que a Atenção Psicossocial tem sustentado um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas norteadas pela aspiração de substituírem o modo asilar, e algumas vezes o próprio paradigma da psiquiatria. As ações na esfera político-ideológica trabalham em sintonia com os movimentos sociais que lutam pelo resgate da dignidade humana e dos direitos individuais e coletivos de cidadania. As ações teórico-técnicas referem-se à produção de novas formas de intervenção que possibilitem a construção de novos dispositivos que trabalhem pela transformação radical dos modelos institucionalizados e da ética em que se pautam.

Atenção Psicossocial, entendida como paradigma do modo psicossocial, designa concepções contrárias ao modo asilar. Quando referida as políticas públicas de saúde mental aspira a inclusão de aspectos políticos, econômicos, sociais, culturais e outros relacionados com ações que visam a construção de práticas de emancipação para a cidadania. Neste trabalho, se refere ao modelo de atenção em saúde mental que deve nortear as práticas dos serviços substitutivos, especificamente, a dos centros de atenção psicossocial.

Dessa forma, a complexidade e amplitude das práticas de Atenção Psicossocial inclui como seus componentes necessários, os conceitos e as práticas englobadas na desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, a partir de uma perspectiva baseada no aumento da contratualidade social dos usuários das instituições.

2.2 Desinstitucionalização

A desinstitucionalização tem sua origem nas experiências desenvolvidas por Franco Rotelli (1990), na Psiquiatria Democrática italiana. Segundo o autor, o primeiro passo da desinstitucionalização consiste em desmontar a relação problema-solução, renunciando a busca da solução racional (tendencialmente ótima) que no caso da psiquiatria é a normalidade plenamente restabelecida.

“O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de “cura” mas no projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente” (ROTELLI, 1990, p.30). Neste sentido, trata-se de um processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito doente. A desinstitucionalização traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação na qual exista reciprocidade entre sujeitos - uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade.

Nas palavras do autor,

A desinstitucionalização é, sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. [...] Depois de ter descartado a ‘solução-cura’ se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento (ROTELLI, 1990, p.33).

Em sua origem, os pressupostos da desinstitucionalização encaminham-se no sentido da restituição da subjetividade do indivíduo, possibilitando-lhes a recuperação de sua contratualidade, isto é, da posse de recursos para trocas sociais e, por conseguinte, para a cidadania social. Contudo, alguns estudos sobre as mudanças operadas na assistência no

âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira apontam para a compreensão da desinstitucionalização como desospitalização⁸.

Segundo Spricigo (2001), a desinstitucionalização, não correlata da desospitalização, torna-se a um só tempo, processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito adoecido. Traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação em que exista reciprocidade entre sujeitos, uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade. Isso gera a necessidade de invenção de novas modalidades de mediação, não somente médicas, mas principalmente políticas, sociais e culturais.

Sobre esta questão, Amarante (1995b) enfatiza que a mudança desejada na assistência em saúde mental não corresponde simplesmente ao fechamento de hospitais psiquiátricos e o conseqüente abandono das pessoas em suas famílias ou nas ruas, nem no fechamento de leitos para reduzir custos, no sentido do neoliberalismo ou no sentido do enxugamento do Estado. Segundo o autor,

desinstitucionalização não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativo. Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social (AMARANTE, 1995b, p. 491-494).

⁸ Ver SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Série Teses em Enfermagem, n° 42)

Neste sentido, a proposta da desinstitucionalização está centrada em uma mudança completa do paradigma de saber em saúde mental e, do ponto de vista assistencial, na constatação de que o hospital psiquiátrico tradicional é antiterapêutico. Assim, a estratégia de conversão do sistema de cuidado deve partir da substituição do hospital psiquiátrico por um amplo rol de serviços abertos e comunitários, capazes de assistir o usuário desde a crise aguda até às necessidades mais amplas de caráter social. Nestes novos serviços, a reabilitação psicossocial vem se configurando como um lineamento para o desenvolvimento de programas, eticamente responsáveis, no sentido de dar conta da totalidade das demandas que os problemas mentais severos e persistentes requerem.

2.3 Reabilitação psicossocial

Na definição da Organização Mundial de Saúde (1987 apud PITTA, 2001) reabilitação psicossocial é o conjunto de atividade capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários.

Segundo Pitta (2001), a reabilitação psicossocial, no seu sentido instrumental, é representada por um conjunto de meios (programas e serviços) que são desenvolvidos para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes, ou seja, um processo para facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. Tal processo enfatiza as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo e a cada situação de modo personalizado.

Para Saraceno (2001), a reabilitação psicossocial prevê um processo de restituição e reconstrução de direitos políticos legais e sociais para o cidadão. Para tal, projetos de ressocialização devem promover o reconhecimento do portador de transtorno mental.

Para Kinoshita (2001), reabilitar é reconstruir valores, aumentar o poder contratual, criar condições de possibilidade para que um paciente possa, de alguma

maneira, participar do processo de trocas sociais, produzir dispositivos que, desde uma situação de desvalor quase absoluto (pressuposto), possa passar por experimentações, mediações que busquem adjudicar valores aptos para o intercâmbio, ou seja, modificar o pressuposto de desvalor natural para um pressuposto de valor possível proposto, explícito.

O autor considera que reabilitar pode ser entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia. Sendo que, a contratualidade do usuário vai estar, primeiramente, determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Se estes podem usar de seu poder para aumentar o poder do usuário ou não. Depois pela capacidade de se elaborar projetos, isto é, ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida.

Ainda, diretamente ligada a questão da reabilitação de pacientes está a necessidade de se estabelecerem diversificadas redes de relações, as quais melhor capacitariam os indivíduos a compreenderem quais determinações influenciam sua vida cotidiana, ampliando sua autonomia.

O conceito de autonomia aqui referenciado é entendido como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001).

3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Apresentamos, a seguir, os resultados e as análises da pesquisa realizada, a partir dos eixos que nortearam a coleta dos dados e das informações: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde.

3.1 Estrutura e recursos financeiros

O conjunto de serviços substitutivos ao modelo de atenção em saúde mental tradicional (manicomial/asilar), do qual os centros de atenção psicossocial fazem parte, é, atualmente, regulamentado pela Portaria GM/MS N° 336/2002. Esta portaria estabelece portes diferenciados, a partir de critérios populacionais, para abrangência, financiamento e tipo de serviço prestado, de acordo com cada modalidade de CAPS.

Com relação a estrutura física, os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender a sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado. Para tanto, devem estar equipados com consultórios individuais para consultas, entrevistas, terapias, salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitório, sanitários, área externa para oficinas, recreação e esportes (BRASIL, 2004).

Neste aspecto, O CAPS Ponta do Coral tem uma estrutura que compreende um terreno com área física total aproximada de 1.936,00m², destes, aproximadamente 421m² são de área construída. Fazem parte das instalações, uma casa com dois pavimentos, um anexo, utilizado como sala do brechó, área de lazer e estar externa, e estacionamento. O pavimento superior da casa comporta 2 varandas, sala de recepção, sala de espera, 2 áreas de circulação (corredores), sala de administração, 2 consultórios, sendo que no momento um é utilizado como sala administrativa para realização de procedimentos relacionados ao preenchimento das APACs⁹, 2 salas para atividades grupais com WC, sala de depósito de

⁹ Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo.

material, cozinha com despensa, refeitório com churrasqueira, sala ampla (auditório) equipada com multimídia, sala de enfermagem, sala de repouso, e 7 banheiros distribuídos no espaço físico do pavimento superior. No pavimento inferior encontra-se a sala utilizada pela associação de usuários, 2 salas para a realização de oficinas (com passagem de uma para outra), sala com forno, sala de depósito de material e lavanderia¹⁰.

De acordo a pesquisa realizada, 83,3% dos profissionais considera a área física do CAPS suficiente para o atendimento da demanda e 66,7% consideram as instalações adequadas para a realização das atividades propostas; apenas um profissional observou que considera a estrutura do CAPS suficiente desde que as oficinas produtivas sejam realizadas fora da unidade. A mesma porcentagem (66,7%) considera os equipamentos disponíveis suficientes. Neste âmbito, o serviço conta com computador com impressora, aparelho de telefone e fone/faz, televisão, mesas de escritório, cadeiras, quadro branco, maca para atendimento em enfermagem, camas de repouso, fogão industrial, pia, mesas e bancos no refeitório, bancos para estar e descanso, entre outros. Metade dos profissionais respondeu que os equipamentos estão em bom estado de utilização, com ressalvas para salas com pouca ventilação no pavimento inferior.

Já com relação aos materiais de consumo, 91,7%, correspondente a onze dos doze profissionais que responderam ao formulário, consideram que os materiais de consumo não são suficientes. Eles se referem à falta e irregularidade no recebimento de materiais básicos à manutenção do serviço, tais como copo descartável para água, papel higiênico, e, principalmente, material específico para uso nas oficinas terapêuticas e de produtividade. Esta situação pode ser observada nas falas dos profissionais, que identificam as dificuldades no funcionamento do CAPS com relação a falta de recursos materiais e financeiros:

[...] essa falta de recursos é isso que eu te digo, desde a parte administrativa, nós precisamos de papel, carbono, copo pra tomar água, por exemplo, agora nós somos uma Unidade Local de Saúde que não tem copo descartável, já faz quase quinze dias, vinte dias, não tem copo descartável; falta água, aí nós temos que esperar, sendo que é um lugar que transita muitos usuários, eles tomam medicação e precisam tomar água, eles tomam muita água, e acaba não tendo água potável; por exemplo, teve época que faltou papel higiênico, em um serviço onde os usuários chegam fazem lanche, almoçam, fazem lanche da tarde, eles passam o dia aqui, então precisa ter uma estrutura mínima de atendimento (LÉLI, 4/4/2006).

¹⁰ Conforme Planta Baixa da unidade constante no projeto de reforma e ampliação executado em 2003/2004.

[...] a gente tem também o problema de fornecimento de material de consumo já há algum tempo, também desde que essa administração começou (Gestão Municipal e da Secretaria de Saúde), o fornecimento de material de consumo é interrompido, a gente fica sem tinta pra impressora, sem papel, sem papel higiênico...; tem diversos itens desses que são necessários, fazem parte do funcionamento do dia-a-dia do serviço (F, 12/4/2006).

[...] as oficinas terapêuticas e produtivas, requerem um material específico que precisa de dinheiro, e aqui, na política específica do município não tem uma regularização quanto ao repasse desse dinheiro [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

[...] a falta de agilidade no fornecimento das reservas para as oficinas, tudo isso resulta em um prejuízo para o trabalho; ficou quase uns dois meses a oficina fechada por falta de material, por exemplo [...] (P, 17/3/2006).

Outra dificuldade mencionada pelos profissionais no funcionamento do serviço é o vale transporte dos usuários:

[...] o funcionamento em geral fica prejudicado porque na medida em que falta vale transporte o usuário não vem, não consegue se deslocar para vir até aqui, aí interrompe aquele projeto terapêutico que havia sido feito com o usuário [...] (VIK, 24/3/2006).

[...] a questão, por exemplo, da dificuldade que a gente tem aqui: o transporte dos pacientes, a questão do passe, é muito irregular; então, isso reduz a nossa produtividade também, porque os pacientes acabam não vindo. Muitas vezes a gente não pode, por exemplo, contar com aquele paciente que veio para uma entrevista inicial porque ele não tem como estar vindo no curto prazo, então, acho que isso, a questão do custo que é o transporte em Florianópolis, também acaba afetando o nosso trabalho, então, nesse sentido, a falta de regularidade no passe [...] (P, 17/3/2006).

A partir dessa relação entre as diversas necessidades para o funcionamento do serviço é possível perceber que os profissionais assumem como princípio uma concepção de saúde ampliada, na qual não basta somente o atendimento terapêutico. Outros fatores estão interligados e contribuem para que a assistência efetivamente ocorra. Contudo, a concepção e prática setorializada das políticas sociais brasileiras provoca situações dessa natureza, na medida em que não se trabalha a inter-relação entre elas. Esta forma de setorialização das políticas sociais, no entanto, não é característica apenas da realidade brasileira, mas uma “modalidade do Estado burguês” que traduz as expressões da questão social mediante a tipificação das políticas sociais (NETTO, 1992).

Várias iniciativas têm buscado romper com esta perspectiva como a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), que reafirmou a necessidade de se garantir e melhorar o acesso aos bens e serviços da sociedade: prover trabalho, creches, profissionalização, educação, lazer, escolas, habitação, transporte, segurança pública, saneamento básico. Também, destacou ser fundamental enfatizar a questão do transporte urbano acessível aos usuários, a fim de que seja garantido o deslocamento entre os serviços de saúde e sua moradia (BRASIL, 2002a).

Na seqüência da pesquisa realizada, dois entrevistados referiram que a falta e as dificuldades no fornecimento dos recursos materiais necessários estão mais acentuadas na atual gestão administrativa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)¹¹. Foram relacionadas, ainda, como dificuldades, a falta de um carro disponível para o CAPS, a falta de terapeuta ocupacional, de outro médico psiquiatra e outros profissionais de nível médio (auxiliar administrativo, pessoa para limpeza). Outras questões listadas estão relacionadas aos recursos humanos e as necessidades de integração do serviço na política municipal de saúde. Os profissionais relatam a existência de dificuldades de interação da equipe, falta de capacitação, supervisão institucional, falta de apoio institucional, falta de efetivação de uma rede de saúde mental e/ou a existência de uma rede de atenção ainda incipiente, em processo de formação, falta de estrutura para atenção às urgências, dificuldades do gestor em compreender a lógica da saúde mental, salários incompatíveis com as funções.

Os problemas relatados pelos profissionais aparecem diretamente relacionados à insuficiência dos recursos financeiros de custeio do serviço. Todos os entrevistados referiram que os recursos gerados pelo serviço, através das APACs, não são suficientes para a realização das atividades do CAPS. Dentre as atividades prejudicadas, o trabalho nas oficinas foi apontado como o principal, conforme aparece na fala a seguir:

o que requer mais recursos, atualmente, são as oficinas produtivas, por exemplo, houve uma paralisação de muitas das oficinas quando faltou recurso. O recurso não é exatamente suficiente. Eu acho que os R\$ 500,00 por mês é um recurso pequeno [...] acho que o recurso poderia ser maior, pelas necessidades ele acaba sendo reduzido, não é uma coisa que você possa comprar a vontade, assim, é limitado, muitas vezes, a oficina tira de uma pra passar pra outra (P, 17/3/2006).

¹¹ Gestão Municipal 2004/2008; a Gestão da Secretaria de Saúde referida é a de 2004 a abril de 2006 que teve como gestor o vereador Walter da Luz; à época da coleta dos dados empíricos houve mudança do gestor municipal de saúde, assumindo o cargo o ex-secretário estadual de saúde João José Cândido da Silva.

Um dos profissionais apontou como principal atividade prejudicada pela falta de recursos financeiros a questão do território. Segundo este, a falta de recursos interfere no atendimento prestado, no sentido de que não é possível realizar o acompanhamento, a inclusão e avaliação do usuário em seu território. De acordo com este profissional,

o dinheiro do CAPS pode ser melhor gerido se investir no território. Investir no território seria elaborar projetos, ter mais articulação com a associação de moradores, ou seja, com os recursos que o território oferece, e aí precisa aumentar a própria equipe porque vai ter equipes que vão ter que se deslocar do CAPS; vai ter que ter investimento em carro, daí vai ter que ter um motorista, os próprios agentes comunitários tem que ter essa parceria, isso tudo implica em financiamento. [...] como eu sempre digo, território é onde a vida acontece, onde a cultura é produzida, onde as manifestações de vida, elas estão mais visíveis [...], mas investir lá no território, a equipe tem que estar inserida lá, estar toda hora pensando e discutindo [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

De acordo com as recomendações da política do Ministério da Saúde, as ações de saúde mental devem obedecer a um modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas. São ações que envolvem práticas de reabilitação psicossocial, promoção da cidadania, construção da autonomia possível dos usuários no ambiente em que eles vivem, e que necessitam de uma equipe multidisciplinar capaz de trabalhar sobre a ótica da interdisciplinaridade (BRASIL, 2004).

Necessariamente, a mudança de um modelo assistencial requer a análise de sua estrutura de financiamento. Isso significa que as características singulares e diferentes dos CAPS, em relação aos modelos tradicionais de assistenciais, e a complexidade das ações desenvolvidas por estes serviços necessita vir acompanhada de uma mudança na lógica de alocação de recursos financeiros.

Atualmente, o principal órgão financiador dos CAPS é o Ministério da Saúde (MS). Com a publicação da Portaria GM/MS nº 336/2002 os CAPS passam a fazer parte das ações estratégicas do MS. Esses serviços são incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e a remuneração é através do sistema APAC/SIA¹². Baseado na fatura que o prestador de serviços de saúde apresenta ao SUS, correspondente aos seus gastos

¹² A Portaria GM/MS nº 336/2002 descreve os procedimentos objeto de remuneração, classificando-os em intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Para essas três modalidades de atendimento, a Portaria GM/MS nº 189/2002 fixou o número máximo de atendimentos mensais para cada modalidade, de acordo com cada tipo de CAPS, sendo que para cada tipo de procedimento é destinado um valor diferenciado. Nos CAPS II, um procedimento intensivo custa R\$ 25,40; um semi-intensivo, R\$ 16,30; e um não-intensivo, R\$ 14,85 (BRASIL, 2002).

mensais com a produção de atendimentos aos usuários dos CAPS, o Ministério da Saúde repassa, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, o montante equivalente à sua produção. A inovação introduzida por este modelo de pagamento refere-se à fonte de financiamento, ou seja, ao acréscimo de recursos financeiros repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estadual e Municipal de Saúde (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, pp.129-132).

Sobre este aspecto, perguntamos aos entrevistados qual conhecimento possuem sobre o repasse dos recursos financeiros para o CAPS. Na sua maioria, eles referiram saber sobre os recursos originados a partir das APACs, contudo, relataram não saber sobre o controle do uso desse recurso, conforme expresso nas falas relacionadas:

[...] tem o valor, o montante desse valor que é produzido dos atendimentos pagos pelo Ministério (MS), então, tem isso mensal, a gente tem o valor que chegou, somou, vamos dizer assim, esse montante que a gente somou dos atendimentos feitos no mês, isso a gente sabe, porque as APACs são geradas aqui no CAPS, mas o repasse disso via Fundo Municipal, esse controle eu não sei, eu sei do valor que tem que receber mensalmente (VIK, 24/3/2006).

Bom, formalmente, eu desconheço qualquer..., todas as formas de recursos. O dinheiro da produtividade referente as APACs vai para o Fundo Municipal de Saúde e nunca teve prestação de contas disso. Na verdade a gente não sabe qual é o destino que é dado nem quanto vem; tem o nosso levantamento interno da produtividade, mas não sabemos o que é feito desse recurso (F, 12/4/2006).

Alguns profissionais referiram-se ao fato de o município não ter gestão plena do SUS,

Bom, eu tenho algum, pouco do que é repassado, a gente sabe o que foi recolhido, por exemplo, através das APACs, que são os atendimentos feitos aqui, então eu sei quantos atendimentos foram, qual seria o valor que essas APACs dariam, mas eu não sei qual o valor que a gente acaba recebendo, que fica num fundo perdido, no sentido de que é um fundo único por não ser gestão plena (J, 22/3/2006).

O conhecimento que eu possuo é muito irregular e insatisfatório, assim, a relação APAC, por exemplo, o repasse do dinheiro que viria do Ministério da Saúde a gente acaba..., nós não somos gestão plena então vai pra secretaria (municipal) de saúde e ali é passado pra compra de alimento..., enfim, mas nós não temos autonomia sobre esse dinheiro, então, uma vez que você não tem autonomia o teu conhecimento fica restrito. Está na mão da secretaria mesmo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais discorreu detalhadamente sobre a forma como os recursos são gerados e repassados à unidade gestora (SMS), referindo-se que todas as diretrizes sobre financiamento do serviço são preconizadas pelo Ministério da Saúde através de portarias.

Os recursos financeiros do CAPS são obtidos através de APACs, Autorização de Procedimento de Alto Custo; pra se preencher uma APAC é necessário que haja uma organização do serviço em cima de modalidades de atendimento; as modalidades de atendimento podem ser: semi-intensivo, intensivo e não-intensivo, cada um tem um determinado valor em relação a esse procedimento, ou seja, todas as diretrizes em relação a financiamento, o Ministério preconiza isso em portaria, então, os conhecimentos que eu possuo em relação aos recursos financeiros do Caps são os conhecimentos que já estão preconizados em relação ao Ministério da Saúde; essa APAC uma vez preenchida ela é computada, ela é repassada pro governo federal e este repassa o dinheiro fundo a fundo; esse dinheiro vem pro Fundo Municipal de Saúde, e é esse dinheiro que é aplicado na saúde mental pra ter a gestão do serviço [...] aqui acontece da seguinte forma: cada gestor municipal, como a política é municipalizada, eles criam um protocolo, nesse protocolo eles colocam de que forma esse dinheiro pode ser gastado na saúde mental; então, existe um documento no município dizendo, olha na saúde mental você pode gastar tanto com a associação de usuários, tanto pra comprar materiais, tanto pra gastar em vale transporte; então, existe um protocolo dizendo no que você pode gastar esse dinheiro que vem na saúde mental; é um dinheiro que vem do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde; esse dinheiro cai nessa conta e ali existe um acordo de como se gastar; esse dinheiro é manejado pelo gestor municipal de saúde (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme apontam Freire, Ugá e Amarante (2005, pp. 131-133), o modelo de alocação de recursos dos CAPS (sistema de remuneração por APAC) trás contribuições à política nacional de saúde mental ao inserir os CAPS no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) do MS, pois proporciona maiores incentivos financeiros, haja vista a alocação de recursos municipais extra-teto para a manutenção de serviços já existentes e a implantação de novos serviços.

Contudo, os mesmos autores ressaltam que há de se perceber que a lógica da remuneração que o SUS imprime aos CAPS vincula-se, preponderantemente, à doença. Ou seja, as unidades assistenciais do SUS seguem um sistema de remuneração vinculado a um diagnóstico, mais especificamente, a um episódio de doença, internação, contidos na tabela de procedimentos hospitalares (SIH/SUS) ou a ações ambulatoriais, inscritas na tabela de procedimentos ambulatoriais (SIA/SUS). Desta forma, “o sistema de saúde encontra-se, em sua quase totalidade, voltado para a produção de atos vinculados a doença, isto é, atos

curativos, valorizando, em consequência, intervenções predominantemente individuais, que são remuneradas pela venda de procedimentos, diárias e atos médicos-assistenciais de natureza privatizante” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p 133).

Amarante (2003, pp. 62-63) considera que os CAPS, como os serviços integrantes do SUS, também foram capturados pela lógica da *inampização*, ou seja, pela lógica do pagamento por procedimento. Para o autor, “o modelo prevalente dos CAPS é o herdeiro mais autêntico e legítimo da lógica do antigo INAMPS, onde a saúde era reduzida a doença, ao mesmo tempo em que o sistema de saúde era reduzido a assistência médico-curativa”.

Portanto, o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. Pelo contrário, tente a prejudicar a complexidade de ações dos CAPS, na medida em que não é previsto financiamento das diversas relações que podem ser estabelecidas com a comunidade, com as lideranças e associações comunitárias. Tais ações, dentre muitas outras possibilidades de intervenção territorial, “são inerentes a esse tipo de serviço e objetivariam imprimir um processo de transformação cultural nos diversos segmentos da sociedade, no lidar e no acolhimento das pessoas em sofrimento mental” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 135).

Sobre a forma de repasse dos recursos financeiros ao CAPS, os profissionais entrevistados relataram não existir descentralização administrativa. Os recursos chegam ao serviço na forma de materiais. Alguns profissionais observaram que até a gestão administrativa da secretaria municipal de saúde anterior eles tinham acesso a uma verba de R\$ 500,00 que utilizavam na compra de material para as oficinas. A partir da atual gestão esse dinheiro não foi mais repassado. A compra do material passou a ser feita através de orçamento encaminhado à secretaria, que faz o pagamento, e os profissionais retiram os materiais.

Não, a gente não tem acesso a esse recurso diretamente, a gente não é uma unidade que gere o seu recurso; ele vai pra secretaria e a secretaria... por exemplo: toda a compra de... o pagamento dos almoços, lanches, etc.. é a secretaria que faz; a gente não tem autonomia; o único recurso que a gente manuseia são os R\$ 500,00, que vem para as oficinas; isso é dividido, as Oficinas fazem um rateio, cada oficina compra o seu material, mas até parece..., da última compra fui eu que comprei, ela (SMS de Florianópolis) determinou, já colocou a empresa que vai fornecer; não sei se foi mediante licitação, já fez o pagamento direto, a gente só foi lá escolher e pegar os produtos que tinham sido

solicitados; então..., de outras vezes, por exemplo, a gente pegava o cheque ia lá comprava, pagava naquele valor, agora isso não foi feito dessa forma (P, 17/3/2006).

Desde que começou essa administração (Gestão Municipal 2004-2008) acabou esse repasse; então atualmente a única vez que a gente conseguiu material pras oficinas foi através de empenho que a própria secretaria fez..., então, permanece centralizado, a única coisa que a gente teve que fazer foi ir nas lojas fazer orçamento, passar pra secretaria, a secretaria emitiu as notas, e aí a gente foi buscar o material com essas notas, mas não com o dinheiro (F, 12/4/2006).

Não, não existe, porque, na gestão passada (Gestão Municipal 2000-2004) ainda vinha uma verba de dois em dois meses, tipo quinhentos reais pra compra de material pra oficinas; nós comprávamos, apresentávamos as notas e depois eles colocavam o dinheiro; nessa gestão (Gestão Municipal 2004-2008; Gestão da Secretaria de Saúde de 2004 até abril de 2006) não existe nada, então, a pergunta se existe descentralização administrativa dos recursos financeiros, não, não existe (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais referiu-se a descentralização não apenas como repasse de recursos financeiros e funções administrativas, mas como compartilhamento de poder na gestão do serviço.

Essa descentralização, eu estou entendendo como um compartilhamento de poder; não existe esse compartilhamento de poder na hora de gerir os recursos, assim, o CAPS possui CNPJ, mas ele não possui uma conta específica pra vir dinheiro pro CAPS, não existe isso, existe esse acordo que eu te falei, que vem do fundo a fundo e esse dinheiro vai pra saúde mental e o CAPS tem uma vertente pro CAPS, o dinheiro não é só pro CAPS, ela vai pra saúde mental, e aí o CAPS acaba utilizando esse dinheiro, então, quando pergunta sobre a descentralização eu faço a avaliação de que é o compartilhamento de poder, então, não tem isso, é o gestor que acaba se apoderando desse sistema de financeiro, a gente não interfere (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ao considerarmos a questão da descentralização político-administrativa dos recursos financeiros, temos a intenção de destacar que a transferência desta prática às unidades prestadoras de serviços em saúde nos municípios poderia estar favorecendo uma melhor utilização e adequação dos recursos às necessidades reais do serviço, bem como possibilitar maior agilidade na compra dos materiais e viabilizar um processo de gestão democrática e participativa, entre técnicos trabalhadores, usuários e gestores. Essa prática traduz-se, por sua vez, em um exercício político-pedagógico de construção da democracia, objetivando uma atuação com transparência na administração da coisa pública.

Quando questionados sobre se a descentralização financeira dos recursos possibilitaria o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, os

profissionais, na sua maioria, disseram que sim, com algumas ressalvas feitas para a necessidade de mudanças na forma de gestão administrativa do serviço, conforme expresso nas falas que seguem:

Sem dúvida, sim sem dúvida, isso é um equívoco assim porque..., justamente porque a gente não sabe qual é o destino dado a esse dinheiro. A gente acredita que se a gente tivesse mais transparência nesse processo a gente poderia pelo menos priorizar certas coisas que são de fato importante e garantir que elas fossem..., que a gente conseguisse obter essas coisas, enfim, o investimento necessário (F, 12/4/2006).

A melhor utilização sim acho que o planejamento teria que ser anterior, mas sim, acredito que utilizar no sentido até..., porque muitas vezes, como vai para esse Fundo que é pra todos, pra toda a saúde, você acaba sem saber, igual agora, que a gente já tem o dinheiro da supervisão disponível na secretaria, mas não tem como a gente começar amanhã, embora o dinheiro já esteja lá., porquê? porque a gente não sabe como esse dinheiro vai sair e entrar na mão do terapeuta que vai fazer a supervisão da equipe e isso pode demorar um mês, dois meses, vai saber, seria melhor, claro (J, 22/3/2006).

Sim, com certeza, porque nos iríamos sentar e ver as necessidades, por exemplo, esse ano nós ficamos desde o ano passado até um mês atrás sem material nenhum pras oficinas e as oficinas que mais tinham, capitalizavam usuários e não tínhamos material, nós tivemos que suspender as oficinas; então nós sabemos das necessidades, as necessidades dos usuários, quais as oficinas tem mais usuários, pra gente pode administrar e vê onde pode estar investindo (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que sim porque ficaria mais próximo da própria administração do CAPS, porém, ia surgir a necessidade de ter todo um aparato administrativo pra poder gerenciar isso, mas assim, na medida que aqui no CAPS a gente tem uma gestão participativa, em que os usuários estão reunidos semanalmente pra pensar as regras do CAPS, as necessidades do CAPS, enfim, seria mais interessante talvez, esse repasse direto tu quer dizer, é... não sei assim, a princípio..., hoje a gente tem uma estrutura de conselho que prevê o controle social através do Fundo Municipal de Saúde, o Conselho Municipal tem essa ligação também, e aí a gente está lá também, de certa forma representado (VIK, 24/3/2006).

Olha, eu acho que teria que mudar um pouco a nossa dinâmica de funcionamento; não deixa de ter um lado...bom, é uma faca de dois gumes, poderia facilitar a gente fazer um processo mais rápido talvez, não faltaria coisa, porque as vezes faltam coisas básicas, agora, por exemplo, faltam copos, se você tivesse o recurso você ia ali e comprava uns pacotes de copos, não teria essa... essa falha; agora é saber que é mais uma tarefa também que acumularia em termos administrativos, financeiros, quer dizer, não sei se você não está ali também inchando o processo burocrático aqui dentro do CAPS; eu acho que pode ter vantagens, mas pode ter desvantagens; eu teria que pensar melhor, nunca pensei nessa possibilidade; assim, acho que o dinheiro da Oficina, puxa, se a gente tivesse aqui uma verba seria mais fácil, as vezes faltam coisas

pequenas que você não tem como estar repondo aqui, tem que esperar uma nova verba, de repente pra.... (P, 17/3/2006).

Um dos profissionais observou sobre as questões práticas e políticas que envolvem a descentralização no contexto do SUS:

Esse compartilhamento de poder ele só pode ser discutido dentro da lógica do SUS, universalização, integralização, etc., dentro dos preceitos do SUS tem o controle social, essa descentralização só pode ser discutida quando acontece o controle social. Hoje essa descentralização ela tem que ser discutida no Conselho Municipal de Saúde e mais precisamente no conselho gestor dentro do CAPS; agora, porque não ocorre isso? Porque não tem a clareza da necessidade; eu acredito que as pessoas que acabam estando na prática, principalmente no CAPS, se sobrecarregando com as coisas, e acabam não tendo a clareza, ou não querendo assumir mais um encargo trabalhista; então, esse é um dos grandes problemas que existe, a sobrecarga de trabalho, as condições de trabalho, aí você acaba tendo que lutar por tudo isso; isso aí eu vejo que tem muito a ver com a questão da militância, pessoas que já estão, lá na época ou do ensino médio, que já começam ir pros grêmios, depois a pessoa acaba indo pra militância no movimento estudantil, e quando vão pros serviços de saúde são profissionais mais críticos, que acabam tendo essa visão mais ampla da saúde e da política; então, as pessoas que acabam chegando no serviço com um pouco desse ideal de controle social eu diria, acabam questionando mais essa questão da descentralização; voltando a tua pergunta sobre a descentralização financeira, ela poderia sim possibilitar um melhor planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, se houver o controle social dentro dessa descentralização financeira (GIRASSOL, 20/3/2006).

Cabe destacar que a proposta da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, na regionalização e na hierarquização da rede de serviços, constante entre os princípios e diretrizes do SUS, coloca o município como lugar privilegiado para o desenvolvimento de uma política de financiamento das ações em saúde, com critérios transparentes, e que respeite as particularidades da realidade local. O Ministério da Saúde continua a ser a instância que, na administração do Fundo Nacional de Saúde (FNS), acompanha a aplicação dos recursos que são repassados aos estados e municípios. Estes, por sua vez, são obrigados a constituir os seus respectivos fundos de saúde e conselhos estaduais e municipais, elaborar planos de ação e apresentar relatórios de gestão, garantindo também a existência de contrapartida de recursos para a saúde nos seus orçamentos (COSTA, 2002).

Embora a descentralização seja uma prática com vistas a aumentar o poder decisório de aplicação dos recursos na esfera local, esta ainda apresenta muitos problemas, na medida que não consegue alcançar efetividade, dados os impasses de ordem burocrática e administrativa. Por si só a descentralização não garante maior controle social ou uma prática democrática. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada que abarque as especificidades da área da saúde mental.

Nesse sentido, a lógica fundamental da estrutura de financiamento exigida é a de que os recursos financeiros devem ser centrados nas pessoas e não nos serviços. O financiamento deve contemplar todas as ações necessárias e decorrentes da implantação, implementação e sustentação de uma nova política de saúde mental (BRASIL, 2002a). O que deve ser colocado em pauta é a viabilidade de se financiar o CAPS como um todo, envolvendo todas as suas ações e especificidades, permitindo-se que cada serviço tenha flexibilidade para realizar seu trabalho de acordo com as necessidades locais, desvinculando o financiamento da relação de compra e venda de serviços e da noção de doença (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 136).

3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico

Os profissionais que trabalham nos CAPS compõem um grupo de diferentes técnicos de formação de nível superior e nível médio, e integram uma equipe multidisciplinar. Todas as unidades de serviço devem obedecer a exigência da diversidade profissional e cada CAPS tem suas próprias características quanto ao tipo e a quantidade de profissionais. A equipe mínima indicada para os CAPS II é composta por médico psiquiatra, enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior de outras categorias profissionais entre psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro necessário ao projeto terapêutico e seis profissionais de nível médio entre técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).

O papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. As equipes devem organizar-se para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação

psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e poder equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas (BRASIL, 2004).

Neste item nos propomos a descrever e analisar a composição e perfil da equipe técnica do CAPS Ponta do Coral, bem como as dificuldades e facilidades do trabalho em equipe consideradas pelos profissionais, a existência de práticas interdisciplinares no atendimento ao usuário, de projeto terapêutico e planejamento das ações da unidade de serviço¹³. Ao final do item consideramos os apontamentos dos profissionais sobre as diferenças do atendimento prestado no CAPS em relação ao realizado nas instituições tradicionais/hospitais psiquiátricos.

3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental

O CAPS Ponta do Coral conta com uma equipe de profissionais multidisciplinar que atua diretamente no atendimento aos usuários. São profissionais com formação de nível superior nas áreas de psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Entre os de formação de nível médio estão dois técnicos em enfermagem e um auxiliar administrativo. Compõem a equipe, ainda, os profissionais de apoio, vigilantes e auxiliar de limpeza, e estagiários de psicologia, serviço social e enfermagem.

¹³ É importante destacar que o perfil bem como a opinião dos profissionais sobre o serviço varia, no decorrer do tempo histórico, de acordo com a composição da equipe naquele determinado momento. Outros trabalhos já realizados identificam o perfil da equipe, a percepção dos profissionais sobre o trabalho no CAPS, o significado e o processo de inserção no serviço, a concepção sobre o modelo assistencial e práticas de desinstitucionalização, em épocas anteriores. Entre estes ver: GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003; FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial** - percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004; NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental:** em busca da articulação e qualificação das ações em saúde. Monografia (Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Lato Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

A maioria dos técnicos de nível superior concluiu a graduação na década de 1980. Metade deles possui capacitação específica na área de saúde mental, em geral, cursos de formação e aperfeiçoamento, especialização em terapia cognitiva comportamental, saúde pública, clínica, psicoterapia, psicanálise, atenção psicossocial. Três profissionais possuem mestrado nas áreas de enfermagem, sociologia política, artes cênicas; um fez residência médica em psiquiatria e cursa mestrado na mesma área; uma profissional tem doutorado em sociologia política.

Mais da metade dos profissionais (58,3%) possuem experiências de atuação profissional em outras instituições da área de saúde mental como clínica de internação, hospital psiquiátrico, centro comunitário de saúde mental, serviços de atenção à dependentes químicos e centro de atenção psicossocial. A maioria (66,7%) atua na área de saúde mental a partir da segunda metade da década de 1990. Cinco profissionais identificaram ter experiência de atuação em outras instituições que não da área de saúde mental.

Com relação ao tempo de serviço no CAPS, quatro profissionais atuam desde a implantação do serviço, em 1996, três ingressaram na equipe entre os anos de 2001 e 2002, e quatro profissionais passaram a fazer parte da equipe recentemente, a partir de meados de 2004. Quanto ao tipo de vínculo empregatício, a maioria, 75% (9 profissionais), é servidor público concursado, dois são contrato temporário e um ingressou no serviço público municipal através de indicação técnica. Nove profissionais possuem regime de trabalho de 30 horas semanais e 3 deles trabalham 40 horas semanais.

Com relação a capacitação específica em saúde mental para atuar no CAPS, todos os entrevistados consideram esse quesito de grande importância. Entre as razões apresentadas estão: a necessidade de compreensão e entendimento comum do que é um CAPS e o entendimento do tipo de assistência que este serviço deve oferecer; a preocupação com a diferença no atendimento que o CAPS deve oferecer em relação aquele prestado em outros serviços de saúde mental; a necessidade da capacitação para suprir as defasagens da formação acadêmica, que, em geral, não abarca as especificidades do campo da saúde mental.

Na opinião dos entrevistados,

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS, não tem a qualificação pra atuar, então ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então é necessária a questão da capacitação... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ah sem dúvida, sem dúvida, principalmente porque o que a gente está propondo é uma reformulação no modo da assistência em saúde mental, então é preciso que quem venha trabalhar num CAPS entenda essa lógica, que não venha pra cá com a mesma mentalidade do que se faz no hospital psiquiátrico, do que se faz em ambulatório, é outra coisa também diferente da atenção básica, então o CAPS precisa disso, precisa que o profissional tenha essa.., esse tipo de orientação, esse tipo de compreensão da sua finalidade (F, 12/4/2006).

Muito, muito importante, justamente por isso que eu estou te falando, porque assim, o profissional que trabalha no campo psicossocial, de qualquer área, ele necessariamente precisa quebrar a prática estereotipada pra poder entrar num serviço como esse porque o assistente social de um CAPS ele não é aquele assistente social de um hospital psiquiátrico, ele muda, ele faz outras coisas, ele se coloca de outro jeito, assim também é o médico, assim também é o psicólogo, o enfermeiro, então, uma formação específica pra essa área é bastante adequado porque vai tratar especificamente das necessidades que se colocam no cotidiano (VIK, 24/3/2006).

Considero, considero sim. É interessante que cada um tenha um saber, que traga o seu saber pela sua formação, da sua prática, do seu bairro, da sua comunidade, mas trabalhar no CAPS não é trabalhar em ambulatório, trabalhar no CAPS é ter um conhecimento sim do que é uma Reforma Psiquiátrica, do que significa um CAPS num panorama hospitalocêntrico. É toda essa questão política que tem por trás, questão financeira também, que é um serviço que se propõem substituir sim progressivamente os hospitais. Em muitos lugares isso já é feito, já conseguem fazer internação zero, outros lugares não; então, uma abordagem no CAPS precisa sim ter capacitação (LÉLI, 4/4/2006).

Sim, até por que o que é o CAPS? O quê um CAPS deveria ser? Cada um tem a sua idéia do que é um CAPS, mas ela não é uma idéia homogênea, então a minha experiência do que é um CAPS em outros lugares, que eu já tive em outros lugares especificamente, é muito diferente do que eu chego aqui e encontro as pessoas falando o que é um CAPS. é claro que a capacitação para um CAPS, para o que é o trabalho em CAPS podia homogeneizar, pelo menos todo mundo iria estar falando a mesma língua (J, 22/3/2006).

Sobre este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005, p. 30), observam que “os profissionais de saúde mental são, ainda em grande parte, formados a partir da prática cotidiana que caracteriza a lógica manicomial”. Hospitais e clínicas psiquiátricas constituem-se ainda os espaços onde “são oferecidos treinamentos em serviço (sob a forma de estágios e residências) aos profissionais que irão, no futuro, tentar materializar a nova lógica dos serviços substitutivos”.

Os autores destacam que “do sucesso da forma de organização da produção e transmissão do conhecimento pode depender o sucesso da própria reforma psiquiátrica” (OLIVEIRA; DORNELES, 2005, p. 32). Neste sentido, é importante que seja colocado na

cena do debate o funcionamento das instituições de aprendizado profissional sob a ótica da reflexão sobre as práticas e não apenas sobre o discurso das propostas dos cursos de formação. Os centros de formação devem se programar, planejar e garantir aprendizado e treinamento supervisionado, em que se pratique e construa espaços de práticas genuinamente terapêutica.

Na mesma direção, um dos entrevistados expressou sua preocupação com relação a seleção dos profissionais que vão atuar no CAPS, argumentando que os resultados do trabalho também dependem desse aspecto.

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS não tem a qualificação pra atuar, então, ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então, é necessária a questão da capacitação [...]. o processo de inclusão do profissional na área da saúde mental hoje, como se dá? Ele se dá por indicação política, seleção por contrato temporário e por concurso público. A indicação política pode ofertar profissionais desqualificados, pode! O contrato temporário, se não tiver um rigor no perfil que se quer pra trabalhar em CAPS vai acontecer a mesma coisa, um profissional desqualificado, o concurso público a mesma coisa, se não tiver um perfil, se não tiver o que se gostaria realmente, qual profissional que você gostaria de estar atuando hoje no CAPS, então, enquanto não se superar a forma de inserção no trabalho do CAPS, enquanto não se superar a discussão da saúde mental nos currículos acadêmicos vai continuar sendo sempre necessária a questão da capacitação [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Com relação a formação das equipes técnicas para atuar nos CAPS, as indicações aprovadas na e pela III CNSM apontam para a necessidade de que a contratação de profissionais deva ser realizada exclusivamente por meio de concursos públicos, e em caso de urgência, através da CLT, mas com seleção pública. E, ainda, os concursos devem exigir os pré-requisitos necessários e adequados à proposta de trabalho em saúde mental, alinhada teórica e conceitualmente aos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2002a).

Assim, é necessário considerar, quando da seleção dos profissionais, o perfil para trabalhar junto ao portador de sofrimento psíquico, bem como a existência de uma dimensão subjetiva, humanizante, solidária e fraterna como componente fundamental do perfil dos trabalhadores em saúde mental. Nesta direção, uma das participantes da pesquisa destacou a questão da opção política por este tipo de trabalho, associada a necessidade de competência técnica para atuar na área.

Eu acho que a gente trabalha com situações que requerem um estudo permanente, formação permanente, [...] eu acho que este é um dos vícios da saúde pública. Muitas vezes se confunde um pouco o tratamento ético ou moralmente responsável com uma qualidade também técnica. Eu acho que as duas coisas têm que estar associadas, tem que ter uma empatia pela causa da saúde pública, que aí entra na questão ética, moral de cada um, valores que você tem quando você vem pra esse tipo de trabalho; muitas pessoas que vem pra saúde pública quase que tem uma vocação religiosa. Mas ao mesmo tempo você também tem que ter uma competência técnica; não basta você tratar bem o paciente, você acolher, você precisa saber como intervir dentro da linha de trabalho que cada um escolhe, isso é fundamental (P, 17/3/2006).

Os profissionais, na sua maioria, indicaram ter recebido capacitação para atuar no CAPS. Referiram-se, especificamente, a um treinamento/capacitação realizado em novembro de 2005, com duração aproximada de 20 horas, organizado pela Assessoria Técnica de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde¹⁴. Contudo, alguns observaram que foi um treinamento tipo encontro, de curta duração, com trocas de experiências, e que não chegou a ser muito significativo.

Com relação a política de saúde mental, a maioria dos profissionais (83,3%) afirmou ter no mínimo algum conhecimento de sua organização e diretrizes. Entre os entrevistados, todos consideraram importante saber sobre os princípios, a estrutura e forma de organização da política de saúde mental para o trabalho do CAPS. Todos indicaram haver disponibilidade de material didático relativo a política na unidade de serviço.

Sim, precisa conhecer a política porque o atendimento está dentro dessa política, dessa lógica. (LÉLI, 4/4/2006).

Claro! é vital, pra poder planejar o seu trabalho, pra poder saber como é que a gente se liga com outros serviços, como é que a gente pode montar a rede, isso é fundamental porque o trabalho não se encerra aqui dentro, não pode ficar aqui dentro só, ele tem que poder justamente se expandir (F, 12/4/2006).

Sim é muito importante, até pra saber o que está acontecendo, o que pode ser feito, quais são os recursos disponíveis, o que precisa melhorar. Acredito que, fora a sua capacitação individual, eu acho que isso é uma outra premissa pra você iniciar no serviço [...] (J, 22/3/2006).

É importantíssimo conhecer, primeiro saber se ela existe, primeiro a pessoa tem que ter a curiosidade, tem que ter o desejo e a clareza de que é essencial ter os parâmetros ou diretrizes políticas de saúde mental pra

¹⁴ O município não tem o cargo de Coordenador de Saúde Mental. Em novembro de 2005 foi nomeada Assessora Técnica em Saúde Mental a enfermeira Lílian Pagliuca, que permanece na função até a data da presente pesquisa.

poder acompanhar, se orientar, e, segundo, conhecer sobre essa política (GIRASSOL, 20/3/2006).

Muito importante porque hoje a gente tem acesso a isso, aqui no CAPS a gente tem a legislação de saúde mental e pra gente poder entender porque, assim, a gente está na gestão da política também, por ser participativa, por estar junto nas decisões, então é preciso que a gente entenda, e tem muito detalhamento, são muitas portarias, o sistema de financiamento também é bastante complexo [...] (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que claro, porque a gente está dentro de um braço da política nacional de saúde; tanto pra você ter noção de qual é a perspectiva, em nome de que esse serviço está sendo mantido, também pra você poder avaliar a possibilidade desse ideais, dessas prerrogativas, que são pensadas a nível geral e nacional, serem realmente eficaz em termos práticos, porque muitas vezes você tem uma boa idéia, mas nem sempre uma boa idéia traz um bom resultado [...] (P, 17/3/2006).

Nesse sentido, a construção e consolidação de uma política de saúde mental, coerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o estabelecimento de uma política adequada de recursos humanos, que valorize e considere a importância do trabalhador de saúde mental na produção dos atos de cuidar. Para isso, deve-se garantir a capacitação e qualificação continuadas; a remuneração justa dos profissionais; a garantia de condições de trabalho e de planos de cargos, carreira e salários; a democratização das relações e das discussões em todos os níveis de gestão; a incorporação das questões de segurança, saúde e saúde mental do trabalhador; a garantia de supervisão clínica e institucional; a avaliação de desempenho e garantia da jornada de trabalho adequada para todos os profissionais de nível superior, bem como a isonomia salarial entre eles (BRASIL, 2002a).

3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário

De acordo com as indicações aprovadas na III CNSM, a política de recursos humanos para a saúde mental deve visar implantar, em todos os níveis de atenção, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, na perspectiva do rompimento dos especialismos e da construção de um novo trabalhador em saúde mental, atento e sensível

aos diversos aspectos do cuidado, ou seja, com uma visão integral e não fragmentada da saúde (BRASIL, 2002 a).

Segundo 83,3% dos profissionais o trabalho no CAPS Ponta do Coral é realizado em equipe. A maioria considera que existem dificuldades na realização das atividades. Uma delas está relacionada, conforme identificado por eles, ao fato de que nem todos compartilham das mesmas referências com relação à Reforma Psiquiátrica, à saúde pública e ao projeto do CAPS.

Bom, são várias, mas o que eu vejo de mais complicado é o fato de que nem toda a equipe compartilha das mesmas referências em relação ao que seja a Reforma Psiquiátrica, a função de um CAPS, as necessidades que o CAPS tem pra alcançar esses objetivos. Isso se deve em parte a diversidade da formação, e também às convicções pessoais. O problema não é a diversidade em termos da formação profissional em si, mas o modo, o fato de que você tem uma equipe multiprofissional por exemplo, isso gera alguma dificuldade na troca, na possibilidade de produzir um conhecimento novo a partir dessas experiências que são de diferentes disciplinas, diferentes áreas. Mas eu diria que é mais no sentido da Reforma Psiquiátrica mesmo, naquilo que ela aponta, então parece que esse é um problema a mais; outro que tem se tornado mais evidente pra mim ultimamente é a falta de formação de grande parte dos profissionais sobre o que seja saúde pública, boa parte deles não conhece o sistema de saúde pública, apesar de trabalhar num serviço de saúde pública, mas não conhece o sistema, não sabe a lógica, não sabe como é que ele funciona, então acaba tomando decisões muitas vezes administrativas que são equivocadas, que não levam em conta o modo de funcionamento da saúde pública (F, 12/4/2006).

Tem sim várias dificuldades, entre elas, existem diferenças de formação e, portanto, ideológicas. Alguns momentos a gente vê, assim, o CAPS tem um projeto de não internação, de autonomia do usuário, de gestão plena do usuário, e, as vezes, a equipe, algumas pessoas acabam esbarrando com isso. O entendimento disso é muito difícil também, as vezes é uma linha muito tênue entre o que é o assistencialismo, a autonomia, o que é dar o limite do ponto de vista terapêutico e o que é dar o limite porque você não quer se incomodar. Então, algumas pessoas não vêm de uma postura da Reforma Psiquiátrica, não sabe o que é uma Reforma Psiquiátrica, não tem uma noção, [...] é uma luta política também e algumas pessoas não sabem o que é [...] (LÉLI, 4/4/2006).

Em outras falas, foi apontada como uma das dificuldades do trabalho em equipe questões relacionadas a uma suposta divisão entre o grupo de técnicos.

A relação com a equipe tem uma certa peculiaridade, eu acho que as pessoas, a equipe que começou anteriormente, já desde a formação ou no começo do CAPS, eles se intitulam como a equipe do CAPS. Os que chegaram depois, em geral, não são bem acolhidos, ou são muito pouco,

tanto que as próprias atividades em equipe, em grupo, dificilmente, essas pessoas novas são incorporadas ao que já existe; então, acaba criando aí até a equipe da manhã, a equipe da tarde, mais ou menos, embora eu estou aqui todo o período, mas tem essa divisão... e eu acho que assim o ponto de partida é esse, a sensação é que quem não estava aqui desde o começo não fez parte da história (J, 22/3/2006).

A equipe que iniciou lá em 96 (1996) veio com algumas questões conceituais amarradas. Por quê? Porque a pessoa que estava pensando, planejando o CAPS ela vinha do Movimento da Luta Antimanicomial, era uma das representantes em nível nacional aqui em Floripa, Santa Catarina; então tinha algumas coisas amarradas na estrutura de atendimento do CAPS, que era muito pra poder implantar o sonho da Reforma Psiquiátrica aqui em Floripa, criar um serviço, do município, que de fato evitasse internação, que de fato fosse continente pros usuários com transtorno mental grave, e isso se mantém, porém, com a chegada dos técnicos que foram sendo substituídos, alguns saíram, técnicos novos entraram, a equipe de profissionais foi se modificando, a gente tem uma distância conceitual por mais que a gente pretende uma proposta multiprofissional, e a gente consegue, ao longo do tempo a gente conseguiu, é muito interessante o jeito como nós trabalhamos, porque de fato conseguimos trabalhar cada profissional lado a lado, dividindo o mesmo grupo, a mesma oficina terapêutica, então, assim, isso é possível, mas hoje, a gente, assim, tenta manter esse paradigma da Reforma Psiquiátrica, da desospitalização, do fortalecimento dos serviços territorializados, de um modelo que é um modelo multiprofissional, com a gestão participativa dos usuários, contra o modelo hospitalocêntrico, médico centrado, mas existem diferenças na questão conceitual da equipe, isso é falho, inclusive pra própria equipe (VIK, 24/3/2006).

A importância da unidade da equipe no atendimento ao usuário e na organização do trabalho recai sobre a qualidade do tratamento terapêutico ofertado. A mudança de paradigma epistemológico com relação a saúde mental não garante por si só a alteração das práticas assistenciais. Os conflitos e problemas de equipe existentes precisam ser trabalhados nas supervisões institucionais de forma que os técnicos consigam superar as dificuldades que obstaculizam a união do grupo em torno de um objetivo comum, sejam elas ideológicas, de formação, de concepção e/ou de afinidade com os colegas.

Um dos entrevistados apontou a questão das relações de poder e diferenças nos valores pessoais e nas relações interpessoais como dificuldades do trabalho em equipe.

Primeiro, a relação de poder, eu acho que é um grande problema, uma dificuldade que existe. Essa relação de poder, ela emana, que eu tenho percebido, da psicanálise, da teoria psicanalítica e da teoria psiquiátrica; então, os profissionais detentores desse conhecimento acabam, sutilmente, estabelecendo poder frente aos profissionais não-psi diria; essa relação de poder pelo saber é um dos problemas ou uma das dificuldades que eu encontro pra trabalhar em equipe no CAPS; outra

dificuldade, acho que é a própria experiência de vida das pessoas, aquelas pessoas em que parece que não estão claros os valores humanos como solidariedade, amor, justiça, sabedoria, a práxis, o repensar a prática, profissionais que não fazem a autocrítica da sua prática, pra mim, eu acho que é uma dificuldade trabalhar em equipe devido a isso; então, seria esse poder pela teoria e essa questão um pouco mais pessoal que é a relação de lidar com o outro, as relações interpessoais, são dificuldades que eu vejo em equipe (GIRASSOL, 20/3/2006).

A partir da fala profissional é possível pensar sobre as relações de poder que se estabelecem pelo saber. Conforme nos ensina Foucault (1979), os poderes se exercem em níveis variados e em pontos diferentes da vida social. Neste complexo, existem os micropoderes que estão intimamente relacionados com a produção de determinados saberes (sobre o criminoso, a sexualidade, a doença, a loucura). Assim, o poder não é algo que se detém como uma coisa, como uma propriedade, que se possui ou não. O poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona, como uma máquina social que não está situada em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda estrutura social (MACHADO, 1979 p. XIV).

De acordo com Foucault (1979), todo conhecimento, seja ele científico ou ideológico, só pode existir a partir de condições políticas, que são as condições para que se formem tanto o sujeito quanto os domínios de saber. Para o autor não há saber neutro, todo saber é político. Dessa forma, saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber. E, em contrapartida, todo saber assegura o exercício de um poder (MACHADO, 1979 p. XXI - XXII).

Na seqüência, a entrevistada aponta de forma geral algumas das questões cotidianas como dificuldade no trabalho em equipe.

Bom, eu acho que as vezes a gente é muito trefista, a gente não tem o tempo suficiente que a gente gostaria para estar parando para discutir os casos, se ater a cada paciente; tem diferenças na equipe também, tem conflitos [...] mas assim, a gente ainda tem, as vezes, coisas assim muito imediatistas, que não nos propiciam fazer realmente um estudo de caso mais integrado, ter uma intervenção, as vezes, mais articulada; a gente tem tentado em alguns momentos, mas assim, não é uma coisa que tem um peso forte como eu acho que deveria ter (P, 17/3/2006).

Dessa forma, a intensidade das demandas colocadas aos profissionais, especialmente na atualidade, provocam o desenvolvimento de ações pragmatistas, muitas

vezes sem uma reflexão maior. Isso vem acontecendo em vários contextos institucionais e com diferentes profissões. Ou seja, na medida que aumentam as necessidades humanas e as demandas para satisfazê-las, não ocorre no mesmo ritmo, o aumento da oferta de equipamentos e serviços assistenciais capazes de dar conta da complexidade dos problemas decorrentes da emergência das novas relações sociais, econômicas, culturais, advindas com a modernidade.

A precarização das condições de trabalho também foi apontada pelos entrevistados como mais um dos fatores que, por vezes, dificultam a convivência e o trabalho em equipe. Eles se referem a questão da diferença na remuneração salarial entre os profissionais que trabalham no CAPS, principalmente do médico para as outras profissões. A desproporção salarial chega a diferença de até quatro vezes mais entre o que recebe o profissional médico e o salário dos demais técnicos. Associadas a esta situação estão a diferença na carga horária de trabalho, a condição de contratação temporária, a falta de reconhecimento por parte da SMS, no apoio e incentivo à participação em eventos científicos e de militância política na área, entre outras.

Os profissionais indicaram que contam com supervisão institucional para lidar com as questões do trabalho no cotidiano. A supervisão institucional existente era, até o início deste ano (2006), paga pelos próprios profissionais, mas nem todos participavam. A partir do mês de abril do corrente esta passou a ser financiada com recursos provenientes do Ministério da Saúde. Além deste tipo de supervisão, foi relacionado como outro recurso existente para abordar essas questões as reuniões de equipe, realizadas mensalmente, as reuniões clínicas, realizadas semanalmente, e foi citada pelos técnicos em enfermagem, a supervisão realizada com profissional da área.

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que as políticas de formação e capacitação em saúde mental devem criar espaços de trocas baseados na realidade local, com valorização dos diversos saberes e metodologia participativa. A supervisão clínica e institucional permanentes deve ser estendida a todas as pessoas que trabalham com portadores de transtorno mental: equipes de PSF e PACS, trabalhadores da urgência e emergência, do hospital geral, dos serviços substitutivos e dispositivos residenciais, cuidadores de saúde mental, profissionais de nível médio e superior da rede de saúde mental. A referida Conferência destaca, ainda, a necessidade de implantação da NOB – Recursos Humanos do SUS, salientando a importância da garantia da capacitação para todos os níveis, supervisão permanente, interdisciplinaridade e isonomia salarial (BRASIL, 2002a).

Com relação as potencialidades que o trabalho em equipe possibilita os profissionais destacam a relevância deste no atendimento ao usuário, a possibilidade de trocas entre as varias áreas e a oferta de um atendimento multidimensional.

Entendo que essa é uma clínica multidisciplinar e isso (trabalho em equipe) é importante pela complexidade mesmo do tipo de fenômeno com o qual a gente trabalha, então, a gente precisa, é necessário ter uma oferta de serviços e de formas de atenção, que seja a mais diversificada possível, pra que a gente possa atender a uma série de necessidades que as profissões nas suas especialidades não dão conta; então essa é a grande vantagem, você pode fazer essa atenção multidimensional, isso é interessante (F, 12/4/2006).

A vantagem é justamente a estrutura coletiva de resposta à uma situação que chega pra você; vem a psiquiatria trazer um conhecimento, a psicanálise traz outro, [...] a enfermagem acaba dando a sua contribuição quando discute realmente a relação, vem o serviço social discute essa articulação que a pessoa tem com o social, e essas pessoas (profissionais), com seus conhecimentos, vão socializando esse conhecimento pra dar a resposta às fragilidades ou às potencialidades de vida que essa pessoa traz (GIRASSOL, 20/3/2006).

Acho que a grande vantagem é que a gente quebra a lógica hospitalocêntrica que era muito centrada no médico, na figura do médico, naquilo que o próprio médico decidia do tratamento, hoje quem decide é a equipe multiprofissional [...] (VIK, 24/3/2006).

Ah! Muitas, eu acho, em primeiro lugar, essa possibilidade da troca interdisciplinar; porque eu acho que cada um tem um tipo de contribuição diferente, um saber que te ajuda a pensar com mais amplitude o próprio trabalho, o próprio paciente, e, eu acho que quebra um pouco certas relações de poder; também, assim, o fato de a gente lidar com situações que são muito pesadas para alguém estar lidando sozinho, então quando você sente essa coisa da equipe, quando tem um paciente que está muito comprometido ou que tem risco de vida, a gente se sente muitas vezes angustiada por aquele paciente e você tem a equipe pra te dar um respaldo, pra estar pensando junto. Acho que isso é, sem duvida, algo que gratifica também (P, 17/3/2006).

Primeiro, agregar conhecimentos, se a equipe for multidisciplinar, que não quer dizer interdisciplinar, mas a princípio se ela for multidisciplinar a possibilidade de trocas de conhecimento de várias áreas realmente acaba sendo muito rica; são vários olhares sobre uma mesma questão, vários pontos de vista. Quando o trabalho de equipe é interdisciplinar, as pessoas acabam trocando mesmo, saindo, as vezes, do seu campo de formação, podendo estar se estendendo em outros campos, acaba sendo mais rico ainda. Num trabalho como o CAPS é necessário (o trabalho em equipe). Eu não consigo ver o trabalho que não seja em equipe porque pra você atender um usuário você precisa de uma equipe, pra você abordar o usuário, uma família, receber uma família precisa de vários olhares, enfim, de várias formações, vários olhares técnicos, da parte de

enfermagem, psicologia, da arte, serviço social, então, isso é importante (LÉLI, 4/4/2006).

O reconhecimento de outras dimensões no processo saúde-enfermidade, que não estritamente a biológica, traz a tona a questão da interdisciplinaridade¹⁵, pois na busca da integralidade da assistência a atuação de um único saber profissional não é suficiente. No processo da Reforma Psiquiátrica o campo da saúde mental é chamado a refazer-se por inteiro, ampliando o seu foco de abordagem e procurando romper com as delimitações dos saberes tradicionais na área. Busca-se uma nova recomposição de conhecimentos, sustentados sobre um conjunto de rupturas e novas premissas, e não apenas um novo somatório ou rearranjo simples dos saberes especializados. Desta forma, diversos campos de saber, implicados na assistência em saúde mental, são envolvidos na teorização e nas novas práticas de cuidado (VASCONCELOS, 2000a).

A pesquisa realizada indicou que 66,3% (correspondente a oito dos doze profissionais que responderam o formulário) dos profissionais consideram que existe interdisciplinaridade no atendimento ao usuário no CAPS Ponta do Coral. As falas relacionadas na seqüência apresentam a concepção dos profissionais sobre interdisciplinaridade e indicam a respectiva compreensão sobre a importância desta no atendimento ao usuário.

A gente poder ter o que a gente chama de clínica ampliada, essa multidimensionalidade que nos permite atacar o problema de várias formas e, portanto, oferecer diversas formas de atendimento, desde o medicamentoso até o serviço social, as oficinas, as oficinas expressivas, a arte, etc. (F, 12/4/2006).

Eu acho que em primeiro lugar isso, assim, é um olhar mais amplo para a condição daquele paciente. Cada profissional tem um aspecto que acentua, pela sua vida, pela sua formação; o educador artístico tem uma outra estratégia, por exemplo, pra lidar com aquela queixa do paciente, o assistente social tem uma, o psicólogo tem outro olhar, assim, eu acho que pra mim soma, eu acho que é uma forma da gente também aprender, enriquecer a nossa análise, a nossa possibilidade de intervir; sem dúvida que é rico (P, 17/3/2006).

Alguns profissionais expressaram sua concepção de interdisciplinaridade observando que esta não é sinônimo de multidisciplinaridade e que nem sempre é possível fazer práticas interdisciplinares.

É justamente isso, poder compartilhar o conhecimento que cada disciplina traz, essa inter, mas realmente compartilhar isso e não a

¹⁵ Sobre os conceitos de multi, inter e transdisciplinaridade ver, entre outros, Vasconcelos, 2000a.

multidisciplinaridade; é pensar, coletivamente, saídas pra enriquecer a vida da pessoa e aí é sempre um pensar e repensar (GIRASSOL, 20/3/2006).

Então, essa idéia dessa troca de conhecimento pra poder ajudar o usuário, pra poder a equipe ter um suporte também, pra poder, num estudo de caso, por exemplo, trocar os vários conhecimentos, os vários pontos de vista e poder estar entrelaçando; então, é importante, mas nem sempre se consegue fazer (LÉLI, 4/4/2006).

Já nas falas que seguem é possível perceber a concepção de interdisciplinaridade mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade.

Cada profissional tem a sua especialização, e ele foi formado para atender determinadas características que aquele usuário precise, ou informações, e a própria atenção, e cada um tem uma formação específica e diferenciada; então, eu acho que quanto mais ampla, mais amplamente ele for avaliado, e receber essas informações, e esse tratamento, vai ser melhor pra ele; então, desde o serviço social, desde o atendimento psicológico, o atendimento médico, enfim, até ah! eu cortei meu dedinho, o que eu faço? Então, vai poder ser atendido ali, ser acolhido pelo técnico de enfermagem (J, 22/3/2006).

É muito importante porque cada profissão tem o seu conhecimento específico e contribui aí com o seu conhecimento. É necessário que cada um de nós tenha muito claro o seu papel aqui dentro pra que não vire uma salada mista e se dilua o que cada um faz, que é específico de cada um. Então, é importante que a gente tenha boa formação técnica, específica da saúde mental pra que a gente possa chegar numa equipe que trabalha sob o paradigma do campo psicossocial, e que de fato possa ser multi, no sentido do atendimento, e aí, assim, no campo psicossocial, aqui no CAPS, por exemplo, a gente vê a necessidade de os profissionais trocarem mesmo, porque surgem muitas demandas, são muitas necessidades do usuário, é um campo novo. Então, assim, tem n coisas que vai se descobrindo, que cada área contribui diferentemente, mas ao mesmo tempo de forma conjunta. Então, o psicólogo, obviamente, ele tem mais elementos pra entender a parte clínica, o assistente social tem mais elementos pra entender a parte previdenciária, da assistência social desse usuário, que também é importante, muito importante pra ele, o médico tem o conhecimento sobre os psicofarmacos, sobre essa parte mais específica da medicação, e assim a gente vai trocando (VIK, 24/3/2006).

Com relação a este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005) observam que, no Brasil, a interdisciplinaridade faz parte do discurso politicamente correto, garantindo seu estabelecimento como princípio, traduzido na expansão cada vez maior dos territórios profissionais e na fusão dos saberes. O discurso da multi e da transdisciplinaridade é relativamente bem conhecido e aceito em nível intelectual, mas as práticas institucionais apontam, paradoxalmente, para fortes resistências, isolamento e hiperespecialização.

De acordo com os autores, para que estas ações multidisciplinares se tornem efetivas há necessidade de estratégias e planos, que visem a harmonização da convivência para que esta não seja imposta, mas compreendida e desejada pelos profissionais. Na prática, o momento é de impasse, pois multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade existem em tese e como imposição de comando, mas não se concretizam, ainda, como prática planejada, efetiva e eficaz (OLIVEIRA; DORNELES, 2005).

Ainda segundo os referidos autores, uma verdadeira transdisciplinaridade não está nem mesmo no horizonte das instituições de saúde mental brasileiras. Este é um dilema fundamental no processo da reforma psiquiátrica, que depende de ações integradas (órgãos reguladores do ensino superior, programas universitários, instituições e serviços de atendimento) para cumprir sua missão de transcender as práticas manicomial e os territórios de dominação e poder estabelecidos entre as disciplinas que formam a saúde mental.

3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações

A importância do projeto terapêutico dos CAPS recai sobre a responsabilidade de que todo o trabalho desenvolvido em cada unidade deve ser realizado em um ambiente terapêutico. Isto significa que tanto os atendimentos individuais, grupais como a convivência no serviço tem finalidade terapêutica. Cada CAPS deve ter um projeto terapêutico, que leve em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais, as iniciativas de familiares e usuários e o território onde se situa, com sua identidade, sua cultura local e regional (BRASIL, 2004).

O CAPS Ponta do Coral conta com projeto terapêutico do serviço, o qual, segundo 75% dos profissionais que responderam ao formulário, foi planejado em equipe. Três profissionais referiram não saber sobre o planejamento em equipe por não fazerem parte desta época.

O sistema atual de atendimento no CAPS Ponta do Coral difere da maioria do adotado pelos serviços desta natureza. Em geral, os CAPS realizam a assistência ao usuário

no modelo de TR¹⁶. O CAPS Ponta do Coral oferece atendimento sob a ótica da regionalização. Ou seja, como o serviço não é territorializado, é o único na modalidade, na cidade e no município, a equipe técnica foi subdividida em pequenos grupos ou mini-equipes de dois e/ou três profissionais, sendo cada uma destes responsáveis por uma das regionais, que é onde o usuário mora. Esta proposta foi pensada e implementada há quase dois anos, quando os profissionais identificaram dificuldades em atender no sistema de Terapeuta de Referência (TR) toda a demanda existente. Tal estratégia utiliza-se do sistema de divisão por regionais da Secretaria Municipal de Saúde. Ao total são cinco Regionais de Saúde, Leste, Norte, Sul, Centro, Continente, distribuídas espacialmente na área geográfica do município. Nestas regionais, foram implantadas, recentemente (a partir do final do ano de 2005 e início de 2006), equipes de atenção em saúde mental, compostas por um médico psiquiatra e duas ou três psicólogas em cada uma das Regionais de Saúde.

De acordo com o projeto terapêutico do serviço, as atividades desenvolvidas são: psicoterapia, atenção medicamentosa, atendimentos de emergência, grupo terapêutico, oficinas terapêuticas¹⁷, assembléia de técnicos, usuários e familiares, visitas domiciliares, articulação com entidade, programas e serviço, atividades de formação e pesquisa, reuniões de equipe, reuniões clínicas de casos¹⁸.

Conforme as determinações da Portaria GM/MS Nº 336/2002, a assistência prestada ao usuário no CAPS deve incluir atendimento individual, em grupo, atendimento à família, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades comunitárias, enfocando a integração do portador de transtorno mental na comunidade e sua (re)inserção familiar e

¹⁶ Este sistema de atendimento é desenvolvido na maioria dos CAPS e constitui-se do acolhimento da pessoa quando de sua chegada ao serviço por um dos profissionais da equipe. A partir daí é traçado um projeto terapêutico com o usuário e o profissional que o acolheu passará a ser uma referência para ele. O Terapeuta de Referência (TR) tem a responsabilidade de monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo as atividades e a frequência de participação. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, discutindo com o usuário e com a equipe técnica do CAPS (BRASIL, 2004, p. 16).

¹⁷ São oferecidas as seguintes oficinas: oficina de cerâmica, oficina de artes plásticas, oficina de mosaico, oficina de jogos, esportes e lazer, oficina de tapeçaria, oficina de trabalhos manuais, oficina da terra, oficina de jornal, oficina de velas, oficina de leitura, oficina de música, oficina brechó, oficina de teatro, oficina de formação política, oficina de fotografia. Destas, as oficinas de cerâmica, velas e mosaico são produtivas, ou seja, sua produção é comercializada. Cabe destacar que algumas oficinas podem estar em funcionamento ou não, em determinado período de tempo, de acordo com a disponibilidade de técnicos para acompanhar, de condições materiais para o funcionamento e da demanda de usuários.

¹⁸ A descrição e o objetivo de cada atividade pode ser consultado no Projeto Terapêutico do CAPS II Ponta do Coral (2004), ou a partir do projeto de Estágio curricular em Serviço Social de Stuari (2005).

social. A depender do projeto terapêutico de cada usuário, o CAPS poderá oferecer as seguintes modalidades de atendimento: atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo¹⁹.

Já com relação ao planejamento das ações, 50% dos profissionais consideram que este existe. Cabe lembrar que ao questionarmos os participantes da pesquisa sobre este fator, estamos nos referindo ao planejamento estratégico, aquele voltado para uma visão ampla, global e de longo alcance da organização/instituição, baseado na análise do contexto e com a finalidade de buscar alternativas de ação. No entanto, alguns dos entrevistados observaram estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação objetivo e sistemático dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declararam não existir processo de planejamento e avaliação das ações do serviço, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

As falas relacionadas a seguir demonstram o tipo de planejamento existente no CAPS e como este acontece.

Bom, o planejamento é feito mais ou menos assim: chega uma época do ano em que a Secretaria (SMS de Florianópolis) nos pede um planejamento e aí, geralmente isso é com uma semana no máximo de antecedência, é aquela correria, a gente monta um plano básico de trabalho etc., mas é muito mais pra cumprir a obrigação. A gente tem um projeto terapêutico que é amplo, que é do serviço todo, e a gente vai, com esse projeto terapêutico a gente vai ajustando as atividades e aquilo que a gente pretende alcançar, mas não há um planejamento muito formalizado, não há um processo de planejamento, até porque é tudo muito fragmentado, o que a gente planeja aqui, boa parte depende desse recurso financeiro, depende do apoio da Secretaria, que é sempre uma coisa incerta. Então, em termos de planejamento a coisa fica sempre muito precária. Em termos de avaliação é mais precário ainda, a gente não tem indicadores; novamente, no final do ano, aí a Secretaria pede um relatório do que foi feito, a gente faz um levantamento geral, mas ele é descritivo, ele não é avaliativo, a gente não sabe de fato quais são

¹⁹*Atendimento intensivo* – atendimento diário, oferecido à pessoa que se encontra em grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento semi-intensivo - nessa modalidade, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Este tipo de atendimento é oferecido quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento não intensivo – oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até 3 dias no mês. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário (BRASIL, 2004, p. 16).

os efeitos que a nossa intervenção produz; claro, a gente tem uma certa dimensão pelo contato direto com os usuários, fulano que não interna a tanto tempo, ou fulano que voltou a trabalhar, ou que resolveu pelo menos algumas coisas que eram mais complicadas na sua vida, isso a gente tem, mas não tem um processo de avaliação estruturado que nos permita dados com visibilidade maior (F, 12/4/2006).

Neste sentido, destacamos que, a nosso entender, a função planejamento deve orientar todas as ações no dia-a-dia das organizações. O planejamento é o processo de estabelecer antecipadamente a finalidade da organização/instituição, definir os objetivos e prever as atividades e os recursos necessários para atingi-los. Planejar é uma forma de pensar o futuro da organização/instituição, definindo o que fazer, como, quando e com recursos. Nesse processo, é importante considerar que as organizações/instituições estão inseridas num contexto constituído pela sociedade, pelo Estado e por outras instituições que influenciam suas decisões (TENÓRIO, 2000).

Alguns profissionais referiram-se, especificamente, ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, reuniões clínicas e na supervisão de equipe. Segundo estes, é na reunião de equipe mensal que se planejam mais as ações, estas entendidas como a definição dos grupos terapêuticos ou oficinas que vão ter, o objetivo e a finalidade destes, a demanda etc..

Mensalmente, a gente tem uma reunião de equipe, que tem um pouco esse objetivo, de planejar e avaliar o que é feito. Além dessa reunião mensal a gente tem dois outros momentos semanais, que é um na quarta-feira outro na quinta-feira, que a gente chama de reunião técnica, [...] mas isso se dá muito no cotidiano também, na assembléia geral do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Ele acontece em reunião de equipe, uma reunião mensal, a gente planeja grupos, planeja..., então.., acontece, primeiro tem uma reunião mensal da equipe e reunião duas vezes por semana, que são os estudos de caso; agora, a avaliação, acontece em reunião de equipe mais; o planejamento, por exemplo, como abordar um determinado caso, como ajudar, de como servir a família, o trabalho, é feito durante a semana nos estudos de caso, e nós temos a supervisão, que é um espaço que também acaba se fazendo uma avaliação, a supervisão de equipe (LÉLI, 4/4/2006).

Outras falas detalharam as conseqüências da falta de um processo sistemático de planejamento e avaliação das ações, inclusive fazendo análise dessa problemática em relação as instituições públicas em geral.

Eu acho que esse é um problema, acho que falta muito; por exemplo, se você esta aqui fazendo a avaliação da política a partir do olhar dos profissionais, eu, nesse momento, tenho tido muito incomodo diante da

necessidade que eu vejo de avaliar as ações, de avaliar os pacientes, e a gente não tem uma forma sistemática de fazer isso; por exemplo, a gente não tem um instrumento de captação do trajeto do paciente dentro do CAPS, a gente não anota algumas coisas, os prontuários também deixam muito..., as vezes a gente não faz registro nos prontuários e mesmo quando a gente faz ele não tem, assim, por exemplo, uma sistematicidade, o que é que eu vou enxergar, como é que eu vou ver se aquele paciente está melhor ou está pior depois que ele está aqui, então, a gente não tem esse instrumento; e, o planejamento, é feito um planejamento terapêutico com o paciente; o planejamento do nosso serviço é mais ou menos...., funciona, assim, com as oficinas, não é um planejamento rigoroso, a cada período a gente senta e reorganiza não, tem algumas diretrizes gerais, eu acho que em termos práticos falta muito dos dois lados, planejamento das nossas atividades, por exemplo, as vezes naquele roldão a gente vai fazendo, vai fazendo, e, também, a avaliação da eficácia, do que realmente aquilo está resultando pra vida do sujeito, se ele está realmente conseguindo chegar mais próximos desses lugares que a gente apregoa como princípios da saúde mental - autonomia, dessas coisas que a gente também fala: relação com o trabalho, relações, laços sociais; então, a gente não tem esse (instrumento de planejamento e avaliação), eu acho que falta (planejamento e avaliação) [...] Na verdade eu acho que esse é um problema das instituições públicas em geral, eu acho que tem uma grande resistência no Brasil a qualquer critério de avaliação, porque, esse discurso, a retórica da igualdade, ela exatamente vai na contramão de um processo meritocrático, ou seja, você avaliar também por mérito; você tem que criar esse tipo de instrumento; a prefeitura não tem, nunca teve uma avaliação nos anos que estou aqui que medisse o desempenho profissional, principalmente aqui, que a gente lida com pessoas que estão aqui pra se tratar, e a gente não sabe se a pessoa...., a gente vai olhando um caso ou outro; não existe um processo institucional de avaliação, nesse sentido (P, 17/3/2006).

Em geral, as organizações precisam de um processo de avaliação que realize uma revisão dos objetivos e metas alcançados e daqueles a serem atingidos. O planejamento e a avaliação são a oportunidade de fazer uma pausa e examinar a situação da instituição.

Não obstante, as políticas públicas no Brasil vêm se estruturando de forma descentralizada, com responsabilidades de organização e financiamento partilhadas entre a União, Estados e Municípios, cabendo a estes últimos a execução dos serviços de atenção direta à população. Deste modo, os processos de avaliação de serviços de saúde mental devem ocorrer no âmbito municipal. Segundo Dias (2002, p. 2)²⁰, este desafio coloca no debate o aspecto de como avaliar o funcionamento de um serviço de saúde mental, que está

²⁰ A autora realizou um trabalho de construção coletiva de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental junto aos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre; uma apresentação resumida dos resultados pode ser consultada em DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental.** In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

inserido num novo patamar conceitual e tem como tarefa não reproduzir uma prática de tutela, com ênfase na patologia, mas de incluir o sujeito portador de transtorno psíquico no planejamento e na execução das ações terapêuticas, numa nova relação que garanta a viabilidade do exercício da cidadania numa sociedade desigual. Ou seja, as dimensões de mudança conceitual, realidade social e política pública de saúde de âmbito municipal, tornam complexa a adoção de processos de avaliação.

A fala descrita na seqüência especifica o processo de planejamento e avaliação no que se refere a ação interventiva profissional no tratamento ao usuário, destacando que não existe um processo sistemático de planejamento e avaliação com relação as ações do CAPS.

O planejamento e a avaliação das ações do CAPS, eles acontecem só de uma forma muito primária ainda, nós temos [...] o planejamento e avaliação da ação do profissional a título de intervenção em relação ao usuário existe de três formas: primeiro, casos clínicos, que aqui nós fazemos reuniões de casos clínicos, quarta-feira das 8 às 9 horas e quinta-feira das 11h30min às 12h30min pra discutir a questão do caso clínico de pessoas; outra forma, construção de projetos terapêuticos ou revisão dos projetos terapêuticos na reunião da regional, cada regional, que são cinco, fazem suas reuniões pra discutir o planejamento e avaliar a vida dessa pessoa nas regionais, e a outra, especificamente do CAPS, a título de gestão, é a reunião de equipe, que você presenciou semana passada, aí é um outro momento de planejar e avaliar, porém, ressalvo, não se tem algo mais fidedigno, ou academicamente falando, que nos ampare pra fazer essa avaliação; então, é extremamente necessário nós termos supervisão, termos pesquisadores, que nos ampare no sentido de avaliar o serviço, avaliar nossa prática, avaliar a autonomia do usuário; a grosso modo nós temos, mas é muito de senso comum; então, precisa cientificar ou legitimar, regularizar, tornar mais fiel esse tipo de avaliação, a grosso modo temos, agora, com mais rigor, por escrito, não temos (GIRASSOL, 20/3/2006).

Sabe-se que a ausência de um processo de planejamento estratégico e avaliação sistemática comprometem a efetividade dos objetivos propostos. Conforme destaca Dias (2002), o cenário da Reforma Psiquiátrica requer tanto uma multiplicidade de respostas à sua plena implantação como para a avaliação de seus resultados. Contudo, é importante ressaltar que a especificidade das ações em saúde mental demanda a adoção de um método participativo, com o fim de superar o caráter unidimensional, comum em avaliações tradicionais.

A avaliação participativa já é uma exigência nas políticas sociais, decorrentes da pressão social pela garantia de acesso a bens e serviços públicos. Por analogia, a

construção de indicadores de avaliação também pode ser participativa, com a contribuição dos sujeitos inseridos na esfera municipal, responsável pela execução da atenção em saúde mental. Para a autora, apesar de certa reserva científica pela adoção desta sistemática metodológica, o seu valor está no alcance social de incluir os responsáveis pela execução de determinada ação, na sua construção e sistematização (DIAS, 2002).

3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento

Conforme já destacado neste trabalho os hospitais psiquiátricos são instituições representativas do modo asilar enquanto os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico de exercício das práticas de atenção psicossocial, do modo psicossocial.

O modelo de assistência do modo psicossocial destaca-se por seus meios básicos de tratamento (rede diversificada de serviços territorializados), e pela importância decisiva que se atribui ao sujeito na sua mobilização como participante principal do tratamento. Neste, considera-se o indivíduo como pertencente a um grupo familiar e social, o que supõe que se deve trabalhar, também, a família e o grupo social, como agentes das mudanças buscadas.

Já no modo asilar a organização institucional é marcada por estratificações de poder e saber, no âmbito das relações profissionais e da instituição, as quais transladam para a relação com os usuários e a população. Estes são excluídos de qualquer forma de participação, enquanto que no modo psicossocial, participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais.

Na pesquisa realizada, a maioria dos profissionais entrevistados referiu conhecer sobre a forma de atendimento no hospital psiquiátrico, seja por visitas, atuação profissional, contatos institucionais, relato dos usuários que estiveram internados.

No que se refere as diferenças no atendimento prestado pelo CAPS em relação ao hospital psiquiátricos, os entrevistados consideraram que existem diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência de um só discurso, o médico psiquiátrico do hospital e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial em contraposição ao tratamento igual para todos

das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Eu acho que é diferente em vários aspectos, primeiro, são essas diferenças que eu digo que são de base, sobre a Reforma Psiquiátrica e a função de um CAPS nesse processo de reforma. Existe por parte da maioria da equipe uma convicção de que a nossa função é evitar a internação e de uma certa maneira poder fazer substituição a essas instituições tradicionais; deslocar a centralidade do sistema pra um serviço aberto, que seja interdisciplinar, ou seja, onde você não tenha um discurso único dando a orientação, que no caso é o discurso psiquiátrico nas instituições (tradicionais); você tem essa multidimensionalidade então você pode compartilhar o discurso; em relação ao próprio atendimento, começa na forma do acolhimento, eu acho que o nosso acolhimento é bom, ele tem condições de receber a pessoa, de entender o que ela está procurando, o que ela está precisando, quais são as suas necessidades; a gente tenta de alguma maneira envolver família embora com dificuldades, mas a gente tenta e tenta principalmente manter a vinculação ou criar novos vínculos desse usuário; o projeto terapêutico que é individualizado também é outra coisa fundamental, que aí a gente quebra com a lógica tradicional de que todos recebem o mesmo tratamento, é a mesma medicação, são os mesmos horários, são as mesmas atividades pra todo mundo, não, a gente procura justamente ao levar em consideração essas características que são mais individuais, são mais singulares, a gente procura atender e levar em conta esses aspectos, então, isso pra mim já é muito diferente, além do que a gente procura o tempo todo ou minimizar ou quebrar mesmo a hierarquia, instituindo certas formas que evitam que a hierarquia se cristalize de maneira muito brutal, pra você não ter um deslocamento de poder dentro do serviço, que seja prejudicial pra todo mundo, igual no hospital (F, 12/4/2006).

A relação entre profissional e usuário foi destacada como diferencial por todos os entrevistados, conforme pode ser observado a seguir.

A relação entre o profissional e o usuário, pra mim, a maior diferença é essa relação interinstitucional ou interpessoal; é a forma como se dá, porque as ações também são diferentes, porque existem oficinas terapêuticas, existem os grupos terapêuticos, existem os atendimentos, mas esse modelo de atendimento pode também ocorrer numa outra instituição, ou mesmo num CAPS, mas se a relação de profissional e usuário não estiver pautada no respeito, uma relação sujeito-sujeito onde se possa esse serviço, obviamente, quando ele estiver num bom nível de participação, num bom nível de reabilitação, mas também..., o fundamental é isso, é estar pra além da instituição, estar pra relação do usuário com o profissional, e claro, o espaço também, o espaço físico tem que ter qualidade, a gente vê aqui um espaço super bom aqui no caso, as propostas de atendimento, como que são colocadas, como que é olhado esse usuário, esse usuário está junto no pensar da instituição, mas a cima de tudo assim, entender como cidadão de direitos, de respeitá-lo (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que tem um maior reconhecimento da condição subjetiva do paciente, acho que um certo respeito. Hoje, a Colônia Santana tem tido mudanças, tem uma política que também..., na verdade a política do Ministério também visa atingir as instituições mais asilares, os hospitais também estão mudando..., talvez seja mais lenta, aqui, a gente já chegou com uma outra perspectiva de trabalho; eu acho que a equipe toda, de forma geral, tem uma sensibilidade pra esse respeito pelo paciente, pelo outro, procura, na medida do possível, não estabelecer uma relação de poder; eu acho que aqui, por exemplo, a recepção é muito bem feita, os vigias também são pessoas que entraram no clima, assim, talvez já seja deles, mas entraram no clima do CAPS; acho que todos têm um compromisso com isso, um valor digamos; também, talvez seja deste CAPS, eu não conheço tantos outros CAPSs; eu acho que é uma relação diferenciada, na medida que você está aqui com esse objetivo de que a pessoa assuma a própria vida, contribuir para que isso aconteça; isso implica em ter pelo menos um respeito, um reconhecimento do outro (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p.10) destacam que o papel do técnico se transforma quando ele se coloca sob outros princípios; “se ele faz funcionar a tecnologia da doença mental, fortalece o dispositivo psiquiátrico. Mas, se transforma sua forma de intervenção, trabalha no sentido da desmontagem desse dispositivo”. Segundo os autores, isso significa pôr em funcionamento um dispositivo de desinstitucionalização e reinserir a complexidade dos problemas com os quais lida. Significa ainda abrir mão das interpretações da loucura segundo erro, incapacidade, inferioridade, doença mental, e potencializá-la como diferença, um modo diferente de relação com o mundo. Enfim, não usar o saber como técnica normativa, mas como possibilidade de criação de subjetividades. A técnica deixa de ser instrumento da violência quando a prática funciona como uma desconstrução da clínica.

As falas que seguem referem-se ao atendimento aberto e as possibilidades de escolha que o CAPS oferece em contraposição ao isolamento e segregação gerados pela internação hospitalar prolongada.

Em primeiro lugar o atendimento no CAPS é um atendimento, vou usar a palavra, aberto, ou seja, pra começar o usuário ele não fica internado aqui, mesmo se em algum momento tiver o CAPS III, é diferente. Ele vem, ele faz o trabalho dele, a sua terapia, durante o dia, e ele volta, quando, no caso tem família, pra casa; então, primeiro lugar a idéia do CAPS, o trabalho do CAPS não é segregar e isolar; quando o usuário vai para o hospital, eu acho que seja ele em qualquer campo da saúde, mas vai para o hospital e fica internado trinta dias, quinze dias, ele já esta sendo isolado do convívio com a família, do convívio social, ou seja, acaba perdendo progressivamente o contato com as pessoas e com o grupo social mesmo, e acaba sendo destituído das suas práticas pequenas, como desde pegar um ônibus, fazer sua comida, ir no

supermercado; no momento em que uma pessoa é colocada em um hospital e fica um mês, ele acaba perdendo o contato com essas mínimas..., não é nem com o mundo lá fora, mas com as mínimas coisas que ele teria em casa, na sua casa, enfim, ele perde tudo isso como se fosse realmente uma pessoa que não tem possibilidade nenhuma de fazer nem um café, enquanto o CAPS possibilita isso, acho que o CAPS ele, independente dos problemas que tem, acho que ele mostra que não, você ainda, apesar da sua crise, com a sua crise, com todas as limitações que as vezes um surto pode oferecer do ponto de vista cotidiano, você ainda pode fazer algumas coisas sim, como pegar um ônibus pra ir e voltar pra casa, fazer a escolha do seu planejamento terapêutico, vem aqui escolhe, em parte, o que gostaria de participar (LÉLI, 4/4/2006).

Assim, a possibilidade do usuário no CAPS de ter voz ela é muito maior do que nas outras instituições, as outras eu não vou generalizar, mas em algumas, as asilares, esses hospitais são.., enfim, crônicos até pela dificuldade mesmo de antes você pensar em ter outra alternativa que não a trancar e deixar lá e não tem medicação, não tem nada disso, estou falando de bem bastante tempo atrás, e isso ficou e se perpetuou, então, eu acho que a possibilidade do usuário aqui, no CAPS, nos CAPS, e até mesmo nos ambulatórios, acho que hoje em dia não é só CAPS que permite isso, é fazer parte como contribuinte do próprio tratamento, então isso é o que diferencia do paciente internado, vamos dizer assim, em São Paulo, no Vera Cruz, que é um hospital e tal, diferente de outros, tem algumas dessas internações que são diferentes, mas essa relação aí de profissional e usuário ela é mais aberta, é mais ampla, além do CAPS, especificamente, oferecer algumas possibilidades; então, a possibilidade de trabalhar em uma oficina, dessa oficina ter uma renda, que, assim, é um entrave no sentido que eles se sentem muito limitados e não só se sentem como eu acho que muitas doenças incapacitam mesmo, são incapacitantes, a esquizofrenia é uma delas, e é a nossa clientela aqui, a maior parte é de pacientes com esquizofrenia; a própria esquizofrenia já altera, vamos dizer assim, na cognição, na parte de planejamento, de você conseguir realmente se estruturar para trabalhar; tem umas pessoas que não conseguem nem ter o início, a iniciativa, ela é minada com a esquizofrenia, e aqui tem uma possibilidade, mesmo que essa possibilidade seja fazer oficina e ganhar uma renda, mesmo que, assim, seja só..., não é o valor que importa, é simbólico (J,22/3/2006).

O relato a seguir explicita epistemologicamente e em termos técnico-assistencial a diferença entre o modelo de atenção tradicional/hospitalar e o modelo de atenção psicossocial.

Primeiro, em relação a concepção da pessoa e em relação a concepção dos próprios meios de trabalho; na instituição psiquiátrica predomina o modelo manicomial/asilar como a gente chama, que daí vai olhar a pessoa enquanto doença, enquanto diagnóstico, aqui, no CAPS, a gente olha os seres humanos enquanto pessoas, enquanto a existência de um sofrimento, o que podemos fazer pra minimizar esse sofrimento da pessoa, então, essa é a primeira diferença que tem, quem é essa pessoa, que no modelo manicomial acaba sendo vista mais como diagnóstico, como um doente, isso que eu sempre falo, essa iatrogênia que o modelo

manicomial acaba inserindo na pessoa, você é um doente, vai ter que tomar remédio pra vida toda, e o máximo que você pode chegar é um portador de transtorno mental em recuperação, isso é uma das diferenças, outra é a própria concepção de saúde/doença que existe; as formas de organização dos dois modelos, são modelos diferentes, um é mais centralizado no psiquiatra, na instituição psiquiátrica, o no CAPS seria mais centralizado na equipe e, principalmente, nos usuários; a forma de relação com a clientela ou com o usuário, no modelo manicomial, é sempre uma relação hierárquica, de cima pra baixo, no CAPS, sempre uma relação, ou a gente tenta sempre ter uma relação horizontal; e a própria questão do que é bom ou não é bom pra pessoa, a pessoa tem que dizer o que é bom pra ela e, as vezes, no hospital, são os profissionais que já dizem o que deva ser bom pra ela, ou seja, a grande diferença que existe é: quem decide o que? No hospital as pessoas decidem sobre a vida da pessoa, eu acho que no modelo psicossocial é a pessoa que compartilha a decisão da sua vida (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme destaca Rotelli (1990), no manicômio (modelo/tradicional) a sociabilidade é reduzida a zero. A tutela, a internação tem a única finalidade de subtração das trocas, de estabelecer relações de mera dependência pessoal. Enquanto que a emancipação terapêutica (que se torna o objetivo substituto da "cura") só pode ser (cientemente) a mobilização de ações e de comportamentos que emancipem a estrutura inteira do campo terapêutico. Assim, o problema que se coloca aos novos serviços (CAPS) não é cura (a vida produtiva), mas sim a produção de vida, de sentido, de sociabilidade.

Neste aspecto, pode-se considerar a proposta basagliana de *colocar a doença entre parênteses* para assim direcionar o olhar ao sujeito em sofrimento e não à doença. Essa é uma questão fundamental, pois é o movimento de *tomada de responsabilidade* (DELL'ACQUA, 1992) individual e coletiva que se constitui como meio para a transformação institucional e para o processo de desconstrução. A cura cede espaço à emancipação, mudando a natureza do ato terapêutico, que agora se centra em outra finalidade: produzir autonomia, cidadania ativa, desconstruindo a relação de tutela e o lugar de objeto que captura a possibilidade de ser sujeito (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3 Participação do usuário e da família no tratamento

De acordo com as diretrizes da atenção em saúde mental do modelo psicossocial, o protagonismo dos usuários é fundamental para que seja alcançado o objetivo do CAPS de se constituir como dispositivo de promoção da saúde e da reabilitação psicossocial. Os

usuários e familiares devem ser chamados a participar das discussões sobre as atividades terapêuticas do serviço. A equipe técnica deve trabalhar de forma a estimulá-los a participar de forma ativa do tratamento e da construção de laços sociais. Entre os tipos de atendimento que o CAPS pode oferecer está o atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, de lazer com familiares (BRASIL, 2004).

Na seqüência deste item analisaremos as formas criadas pelo CAPS Ponta do Coral para envolver ativamente usuários e familiares no processo terapêutico, seja com relação ao projeto terapêutico individual, ao atendimento e a participação das famílias no tratamento.

3.3.1 Planejamento terapêutico individual

Conforme as determinações da política de atenção em saúde mental, cada usuário deve ter um projeto terapêutico individual, composto por um conjunto de atendimentos personalizado, que respeite as particularidades, necessidades de cada pessoa e proponha atividades durante a permanência diária na unidade e fora dela (BRASIL, 2004).

O atendimento no CAPS oferece projeto terapêutico de tratamento individualizado, o qual é pensado e avaliado com a participação do usuário. A fala relacionada a seguir detalha como acontece o planejamento do tratamento.

O primeiro passo desse projeto terapêutico ele é feito na entrevista inicial, que é basicamente a entrada desse usuário no serviço; então, a gente pensa uma programação mínima, levando em conta as necessidades, as condições, os limites e as capacidades do usuário e, quando a gente pode contar, com a família também. Além disso, uma vez por mês, [...] tem o encontro da Regional, e os usuários dessa Regional podem reelaborar o seu projeto terapêutico, a gente faz a revisão, a gente discute como é que está sendo esse projeto, se está sendo interessante, que ganhos, se está havendo ganhos ou não, se a pessoa está se sentindo contemplada de alguma maneira e tal, e aí a gente faz as alterações que a gente discute e acha necessário (F, 12/4/2006).

Com relação a forma como o usuário participa do processo de planejamento do seu tratamento, os entrevistados colocaram que é através da manifestação das preferências,

opções e desejos dele, dentro das possibilidades que o CAPS oferece. Nas falas relacionadas é explicitado qual a participação do usuário e do profissional no planejamento do projeto terapêutico de tratamento.

Quando o usuário chega no serviço, encaminhado de algum outro (serviço), ou de um hospital, ou de uma unidade local de saúde, ou por demanda espontânea é feito o acolhimento, onde a gente usa uma entrevista inicial pra fazer uma coleta de dados, ali resgata um pouco da história que o próprio usuário vai estar contando, e, então, nesse momento é feito o projeto terapêutico; inicia-se o projeto terapêutico, não que ele tenha que se esgotar nesse momento inicial; uma pergunta que a gente sempre faz pra ele é do que ele precisa, como a gente vai poder ajudar, então, a partir daí a gente oferece o nosso leque de atendimentos, o nosso projeto terapêutico do CAPS, e aí vai se construindo dessa forma (VIK, 24/3/2006).

Em geral a gente faz isso quando ele chega, na entrevista inicial, a gente pede pra que ele diga, a gente apresenta o que a gente tem; a gente pede que ele diga o que ele gostaria de estar fazendo, o que ele fazia, quais as preferências que ele têm, se ele não sabe, em algumas situações, a gente sugere que ele venha participar de algumas oficinas para ele, por exemplo, escolher; então, assim, é feito muito respeitando o desejo do paciente, o que ele gosta mais, as preferências dele; agora, se a gente vê que o paciente está muito ansioso, se ele precisa, a gente sugere um grupo terapêutico ou as vezes o atendimento individual; assim, não tem uma uniformidade, em geral a gente age assim (P, 17/3/2006).

Ele tem, esse projeto terapêutico, ele tem um primeiro momento, quando o usuário chega e faz a entrevista inicial é colocado com ele e oferecido, mostrado as possibilidades, o que o CAPS oferece em termos de terapia, desde grupos terapêuticos, atendimento individual e oficina, mas não é só oferecido, é também feito uma avaliação do técnico, o que ele pensa que, naquele momento, poderia estar ajudando aquele usuário, e é conversado com o usuário, muitas vezes acaba o usuário escolhendo tudo, escolhendo o que ele quer e o técnico tem pouca interferência, outras vezes o usuário quer algo que talvez naquele momento, por exemplo, atendimento individual, mas não tem vaga, não tem, os técnicos estão todos..., se tem alguém fazendo atendimento individual já não tem horário, então se entra em um acordo das possibilidades, dos desejos do usuário, e das possibilidades que o serviço oferece; isso é o primeiro momento, no segundo momento, ao longo do período do usuário aqui, vão tendo transformações, muitas vezes ele abandona aquele grupo ou oficina, que não era aquilo que ele achava que era bom, que ele gostava, abandona formalmente ou informalmente, simplesmente não vai, ou ele entrou em surto não veio mais, uma série de questões, então isso tudo é retomado, a gente tenta fazer a retomada na reunião das Regionais, reunião mensal, como é que está o tempo dele aqui, o que ainda se mantém fazendo, como ele está se sentindo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos entrevistados destacou que o projeto terapêutico de tratamento do usuário

é sempre pensado a partir da necessidade dele, o que ele traz de necessidade, o que ele traz de sonho, de vontade, de sofrimento, de

tristeza, então, o projeto terapêutico é sempre pensado, repensado, analisado, refletido, em cima da necessidade da pessoa (GIRASSOL, 20/3/2006).

É importante destacar que o planejamento do projeto terapêutico deve envolver o portador de transtorno mental como sujeito deste processo. A participação ativa do usuário na escolha do que fazer e na expressão de suas necessidades favorece a adesão e continuidade no tratamento, confere-lhe o exercício da liberdade de escolha e da cidadania. Neste processo, o ato terapêutico, quando não é mais fundado sobre a doença e não provém da autoridade médica, torna-se a própria organização coletiva, convertendo-se em *tomada de responsabilidade* e produção de subjetividade (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral

No plano teórico, a relação da família com o portador de transtorno mental é construída a partir do alienismo, como produto da sociedade moderna/burguesa. No interior desta perspectiva concentram-se dois entendimentos polarizadores: “o da família ameaçada pela eclosão da enfermidade, portanto, sofrendo suas conseqüências ou causadora da emergência do transtorno mental, assim culpabilizada por sua etiologia” (ROSA, 2002, p. 139). Historicamente, o segundo entendimento foi o que prevaleceu na maioria das abordagens teóricas na área da saúde mental, com uma relativa diminuição nos anos 1970, seguido de uma complexificação da compreensão do grupo familiar e de sua dinâmica, a partir dos avanços teóricos da leitura feminista e marxista. “Contemporaneamente, a inclusão do grupo familiar nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental; a assunção de sua condição de parceira e co-responsável dos serviços e a exigência de constituição de uma nova pedagogia institucional em sua abordagem atravessam a construção de uma nova relação entre o louco e a sociedade” (ROSA, 2002, p. 139).

Nesta direção, um dos objetivos do CAPS é incentivar as famílias a participar do cotidiano do serviço. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas importantes para o trabalho dos CAPS. Eles podem participar de diversas maneiras, incentivando o usuário a se envolver no projeto

terapêutico, participando diretamente das atividades do serviço, nas reuniões, assembléias, nas associações de usuários, técnicos e familiares, trazendo dúvidas, sugestões. A participação pode acontecer tanto nas atividades internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. (BRASIL, 2004).

A Portaria /GM nº 251/2002 constitui-se como mais um dispositivo na mudança das relações entre os serviços de saúde mental e a família à medida que prevê, no desenvolvimento dos projetos terapêuticos, o preparo para o retorno à residência/inserção domiciliar e uma abordagem dirigida à família no sentido de garantir orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento.

O atendimento aos familiares é uma das formas para que as famílias participem, conheçam o trabalho dos CAPS e passem a se envolver ativamente no processo terapêutico. Neste sentido, a família ganha visibilidade como protagonista, parceira dos serviços e co-responsável no provimento de cuidados do portador de transtorno mental.

Além disso, o avanço dos conhecimentos e entendimento de que os fenômenos humanos comportam uma multiplicidade de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos e éticos, inter-relacionados entre si, possibilitou mudanças na assistência às pessoas em estado de sofrimento psíquico. Essas puderam ser compreendidas na totalidade de sua condição existencial. E, o sofrimento, antes tomado apenas como algo individual, passou a ser visto como parte de um contexto onde outras pessoas estão envolvidas e também merecem cuidado e atenção.

No CAPS Ponta do Coral, na sua maioria, os profissionais afirmam que existe atendimento familiar, com ressalvas de um deles que referiu não existir atendimento familiar sistemático e outro que observou que existe atendimento familiar individual. As falas relacionadas expressam de que forma a família participa no tratamento do seu membro no CAPS.

A família participa não como uma preconização ou uma exigência do serviço; o que eu tenho visto é que a família participa aqui no CAPS na medida em que há uma necessidade, quando há necessidade do serviço conversar com a família ela é incluída, quando há uma necessidade da família pelo serviço ela procura, mas não é uma rotina todas as pessoas que vem aqui a família ser atendida, as vezes o usuário não quer saber da família, as vezes a família não quer saber do usuário e assim sucessivamente, ou seja, a família participa na medida que temos a clareza da necessidade, mas não é uma prática oficial do serviço (GIRASSOL, 20/3/2006).

Alguns casos sim, em alguns casos eles vem para a reunião mensal da Regional, ou vem para uma consulta com a psiquiatra, ou vem pra trazer o usuário que não consegue ainda vir sozinho, mas é muito restrita a

participação da família, normalmente ela vem mesmo quando a coisa está apertando, quando o usuário surtou, não está conseguindo segurar, quando ele está já nas últimas (LÉLI, 4/4/2006).

Os profissionais que afirmam a existência da participação da família no tratamento explicitam como esta acontece e como se dá o atendimento no serviço, observando o cuidado que existe em atender a família e o usuário juntos.

Sim, tem alguns usuários que vem acompanhado de familiares, as vezes nós chamamos a família, quando existe necessidade, e isso acontece assim no cotidiano, conforme realmente surge a necessidade; geralmente há uma relação muito conflituosa entre o usuário e família, geralmente o familiar mais próximo, referência mais próxima e aí a gente intervém, mais ou menos com dois objetivos, assim, um de pensar essa relação conflituosa, o que pode ser negociado aí pra viverem melhor, pra ter mais qualidade de vida nesse ambiente, que moram juntos, e o outro pra poder então capacitar, colocar elementos pro familiar sobre o tratamento, sobre os transtornos mentais, pra que ele possa ser um cuidador também, o que ele é, pra que ele possa se qualificar; então, uma outra coisa que eu penso é que esse atendimento familiar ele sempre tem que privilegiar a participação do usuário porque fica complicado falar do usuário sem ele estar presente (VIK, 24/3/2006).

Sim, a família participa, claro, na medida de cada caso; em geral, assim, a gente tem a disponibilidade de atender a família, então, muitas vezes, precisa de o paciente vir com a família em várias situações, e esse atendimento é dado; o grupo de família, também está tendo o grupo de família, as vezes é dado (o atendimento) a família daquele paciente; mas sempre a gente tem o cuidado de receber a família e atendê-la junto com o paciente, nunca assim..., não gerar essas fantasias perseguitórias por parte do paciente “tá falando o que de mim”; isso é mais ou menos quase uma regra aqui no CAPS, a gente atende junto com o paciente (P, 17/3/2006).

Os trechos das entrevistas relacionados a seguir descrevem as formas criadas pelo CAPS para oportunizar a participação da família no tratamento. Alguns profissionais referiram-se a um grupo de famílias que chegou a ser iniciado, mas que pela falta de adesão e outras dificuldades não funcionou mais.

Um pouco assim, o acolhimento na segunda-feira é um espaço que a família pode participar junto com o usuário pra relatar como é que foi o final de semana e pra relatar e como estão as atividades no CAPS; o outro espaço são as reuniões das Regionais de equipe, fora o trabalho individual, que, assim, eu acabo chamando muitas vezes, eu quero atender você na presença de um familiar, as vezes você precisa até forçar nesse sentido, de que a família compareça, faço cartinha, mando e aí atendo em consulta individual, mas não em grupo, não é uma abordagem psicoterápica, é mais no sentido de psicoeducação do que de terapia (J, 22/3/2006).

[...] existe um planejamento pra se atender família, um grupo de familiares a serem atendidos por psicóloga [...]; então, as formas criadas para oportunizar a participação da família é justamente quando ela vem, acompanha, que é aberto para os familiares participarem das oficinas junto com o usuário, então, sempre tem essa oportunidade e grupos específicos pra famílias que estão se tornando real (GIRASSOL, 20/3/2006).

É mais ou menos como eu te falei; então, assim, as vezes a gente chama pra um atendimento individual, e também ela participa dos eventos acontecidos aqui no CAPS, promovidos pelo CAPS, de festas, geralmente o dia nacional da Luta Antimanicomial, quando a gente comemora, que faz uma confraternização, as festas sempre tem a presença de familiares também, festa de natal, festa junina (VIK, 24/3/2006).

As reuniões das Regionais por exemplo, uma vez por mês, e tem alguns técnicos que fazem reuniões com as famílias, discutindo, por exemplo, aquele usuário em que a família está implicada diretamente, tem problema com a família, então chama a família pra trabalhar; já teve grupo de família, mas foi fechado porque as pessoas ficaram um tempo, mas as famílias, segundo as técnicas que fizeram, muito pouco se apropriavam, vinham, se utilizavam desse espaço (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre este aspecto, cabe destacar que o deslocamento do eixo da compreensão do problema individual para o familiar/social, que tem como consequência o acolhimento da família como uma unidade que necessita de cuidado tanto quanto o paciente individual, pressupõe um novo olhar sobre as possibilidades das famílias para enfrentarem suas crises e atuarem como suporte terapêutico. Nessa perspectiva, se impõe a necessidade de não só reconhecer o atendimento ao grupo familiar, mas de oferecer uma atenção singular que leve em conta, por um lado, as especificidades de cada família, considerando a história, a estrutura, a dinâmica, bem como a inserção desta no contexto social. Por outro lado, deve-se avaliar a realidade e as possibilidades das famílias para usufruírem das formas de atenção que lhes são propostas (MIOTO, 1998, pp. 25-26).

Nesta direção, dois dos participantes da pesquisa identificaram como uma das dificuldades em realizar o atendimento familiar, a falta de profissionais qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades, conforme pode ser observado nas falas a seguir.

A maior dificuldade que eu vejo é que não existe ninguém capacitado aqui dentro para lidar com a família, é claro que, assim, eu faço um atendimento com o usuário a família vai estar junto eu vou estar explicando, mas quando você vai pensar em trabalhar com a família, trabalhar no sentido psicoterápico, isso não existe, agora informar a família, tentar com que a família faça parte do planejamento, a gente

tenta e incentiva, estimula que eles venham nas reuniões das Regionais, mas o que eu percebo, assim, a equipe ela é muito pequena pra dar conta de tudo, então a maioria das vezes o paciente chega, a família está ali fora, mas todo mundo tem a sua atividade, estão todas na oficina e isso me sobrecarrega muito porque eu tenho que dar conta de tudo, inclusive da família que chegou, do atestado que está faltando, e a família que quer saber porque que o remédio..., mas não existe um espaço pra ela, não existe um espaço que acolhe a família (J, 22/3/2006).

Profissionais qualificados, eu acho que necessita de profissionais que tenha um pouco mais de experiência, de conhecimento pra estar lidando com família, que toda a família tem sempre os seus nós górdios, tem sempre questões de fundo, que as vezes precisa de um certo conhecimento, experiência pra estar lidando com isso; até que ponto é vítima ou réu, então, acredito que profissionais que tenham experiência, que tenham a qualificação teórica, [...] possa estar oportunizando uma melhor relação no atendimento CAPS com família, então, a qualidade do profissional para estar realizando essa participação (GIRASSOL, 20/3/2006).

Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que é um transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, foram relatados pelos profissionais.

Acho que tem uma junção, eu acho que tem uma coisa primeiro que é o entendimento, a família, muitos familiares, querem deixar o usuário aqui, e querem fazer sua vida, até por questão de sobrevivência; o que eles alegam muito é que eles precisam trabalhar, então não pode faltar ao trabalho uma vez semana pra poder estar aqui porque mesmo que tenha atestado pra poder estar aqui, acaba perdendo o trabalho, não tem como justificar; e a outra questão é o próprio entendimento de que é na família o espaço em que o usuário pode ser tratado, porque a idéia de tratamento é uma idéia também que se direciona, que acaba sendo entendida como médica, hospitalar ou clínica, ou então, agora tem o CAPS; e o lugar de tratamento, digamos tratamento como restituição, como reinserção, também é na família (LÉLI, 4/4/2006).

É, chega um momento que as vezes de fato a relação se esgota, assim, são tantos conflitos, são tantas brigas, tantas dificuldades de convivência, de relacionamento, que já vem desde a infância, que chega em momentos quando, geralmente, o usuário tem as primeiras crises, isso gera um isolamento, assim, o usuário fica isolado nesse ambiente, nesse contexto familiar, realmente é muito difícil; as vezes tem uma mãe muito controladora e que aí o usuário não quer muito aproximação do serviço com essa referência porque o serviço passa a ser então um lugar de acolhimento pra ele que ele não tinha até então, porém, a gente busca a família, pra que a família possa cumprir essa função da referência (VIK, 24/3/2006).

Neste sentido, deve-se considerar que no contexto brasileiro, pela própria ausência ou precariedade da intervenção estatal por meio das políticas públicas de corte social, a família torna-se a principal garantidora da reprodução da força de trabalho. As famílias, para suportar, todas as funções que lhes são atribuídas e enfrentar as situações de risco social, buscam dividir com o Estado o encargo dos cuidados com seu ente enfermo. Mesmo assim, configuram-se, para elas, condições deficitárias de atendimento, em particular no caso da atenção em saúde mental (ROSA, 2003, p. 192).

Na seqüência, o entrevistado realiza uma análise das várias situações singulares e sociais que envolvem as dificuldades do serviço, das famílias e dos usuários, em realizar um tratamento integrado na relação usuário/família/CAPS.

Então, também envolve vários aspectos, eu vou apontar alguns; assim, em primeiro lugar, a gente vê que boa parte das famílias vê o CAPS como um lugar pra poder deixar o seu familiar, é um lugar onde ela não vai precisar cuidar dele durante um certo tempo, então, eles até participam de algumas entrevistas iniciais, hoje, por exemplo, eu tenho uma (entrevista inicial) que a pessoa veio sozinha, não veio família; é bastante freqüente que venha o usuário sem acompanhante familiar algum, esse é um aspecto, a família de uma certa maneira toma o CAPS como um lugar pra deixar o seu familiar, nós por outro lado, não criamos estratégias pra fixar essa família, pra trazer essa família mais perto; tem um grupo de família que funciona de maneira meio irregular, mas que a gente vê cada vez mais a necessidade de tornar isso algo mais organizado, poder atender a família, a gente faz o acompanhamento com família, geralmente, quando há um pedido específico ou do usuário ou da própria família, aí a gente procura fazer, mas é mais individualizado, é uma questão mais individualizada, e há também, por parte dos usuários há o desejo de que a família não participe, isso ficou muito evidente na organização da associação, que é uma associação de usuários, familiares e técnicos, e quando a gente estava organizando a associação, toda vez que se falava na participação dos familiares havia uma certa resistência por parte dos próprios usuários que os familiares participassem; a gente entende isso como uma maneira de buscar uma certa autonomia, uma certa distância dessa família, que é, as vezes, bastante complicado de fato tê-los muito próximos, aí precisa de um outro tipo de abordagem, não dá pra incluir, como a gente fazia no início por exemplo, a gente fazia grupos de usuários e familiares, mas a família atrapalhava mais do que ajudava nesses grupos, aí a gente resolveu começar a separar, deixar o espaço específico para o usuário, porque a família vinha e tomava o espaço, e falava, e ficava reclamando da pessoa, do que ele não fazia, de todas as dificuldades etc..., então, a gente achou melhor botar um pouco uma barreira, botar um filtro ali pra que tivesse espaço do usuário e que ele pudesse aproveitar isso da melhor maneira possível (F, 12/4/2006).

No entanto, cabe destacar que, numa visão mais abrangente e totalizante, a família é entendida, no cerne das condições de reprodução social do portador de transtorno

mental, como um sujeito que procura reconstruir relações cotidianas, criar novos sentidos, manter e fortalecer laços de sociabilidade. É percebida, positivamente, em suas possibilidades, potencialidades e recursos, como elemento fundamental à manutenção do poder contratual, à autonomia e à emancipação do portador de transtorno mental (ROSA, 2002, pp. 152-153).

As falas relacionadas a seguir apresentam a compreensão dos entrevistados com relação às possibilidades da participação da família no tratamento, e as dificuldades do CAPS em realizar esse tipo de atendimento. Um deles argumenta que o acompanhamento à família é essencial para minimizar os efeitos da convivência com o portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Acho que o atendimento familiar assim como ele pode ter dificuldades ele também pode te ajudar um monte, então, assim, tem os dois lados, as dificuldades eu acho que é porque também ele vai estar trazendo, vai sobrecarregando com mais, digamos assim, mais queixas, vai estar trazendo.., as vezes nem está relacionado ao usuário os problemas e as situações, embora eu acredito que na maioria das vezes ela ajuda, ela ajuda porque é que está convivendo com o usuário lá fora o tempo inteiro, que tem mais os dados, quem pode inclusive, ah! ele está muito sedado, vamos tirar esse remédio, esse remédio só faz mal, então, a família se ela não é bem orientada ela acaba, assim, tentando fazer o bem ela acaba fazendo o mal pro paciente, ah! não aquela atividade lá, ficar só batendo palminha, musiquinha, aquilo lá não vai ajudar você, é melhor eu.., vou te colocar de novo na escola porque se não você não vai trabalhar nunca, então todas as ansiedades da família, que se elas forem bem trabalhadas o usuário só tem a ganhar, agora, as dificuldades é: um espaço em que essa família seja acolhida, que ela seja realmente trabalhada e uma equipe, a formação, alguém com formação pra fazer isso, isso não tem (J, 22/3/2006).

Eu acho que o acompanhamento com a família ele é extremamente necessário pra elaborar a imagem que essa pessoa acabou deixando pra essa família; a família ela ainda tem uma imagem, ela tem o imaginário social em relação o que ela de repente produziu; então, há uma necessidade de se ter um acompanhamento com os familiares pra estar elaborando as relações, o dia-a-dia que ela tem com o portador de transtorno mental; as vezes se investe muito em acompanhamento com usuário e não se investe muito no acompanhamento com a família, a família está sobrecarregada, tem que se discutir a questão dos encargos familiares, porque as vezes ter um portador de transtorno mental junto com a família é extremamente estressante, e as vezes a família acaba colocando o portador de transtorno mental no hospital pra descansar, porque as vezes é complicado, tem um portador de transtorno mental que canta o dia inteiro, ou que não dorme durante a noite, dorme de dia, ou que quer ver televisão a todo momento, ou que fica conversando com a vizinhança a todo o momento, tem o portador de transtorno mental que com o seu sofrimento incomoda muito a família, então, tem de haver um profissional articulado ou apaziguador ou que provoque alguma

resolução nessa prática; [...] se não dá pro portador de transtorno mental morar com a família então que se haja (encontre) um espaço harmônico, mas a família tem que ser acompanhada sim (GIRASSOL, 20/3/2006).

Entre as dificuldades que os profissionais identificam na (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e estigma da loucura, ainda presentes no imaginário social das pessoas. Relacionamos na seqüência as respostas dos entrevistados, nas quais é expressa a relação com alguns dos aspectos enfrentados no cotidiano da vida dessas pessoas, em suas relações com a família, as instituições e a sociedade.

Em primeiro lugar a dificuldade de a família compreender o que a pessoa tem, pelo que ela passa, muitas vezes, a idéia é de que é um vagabundo, que o cara não quer trabalhar porque é vagabundo, não quer fazer nada só quer ficar em casa fumando, na frente da televisão porque é vagabundo; então, tem essa dificuldade de poder dar ou ter um certo olhar pra essa pessoa, pra esse usuário que não seja esse da discriminação; tem também o medo, o medo de que essa pessoa venha cometer algum crime, que é um pouco o mito da loucura, é o que envolve o mito da loucura, de ser alguém que é imprevisível e violento, o mito da loucura está muito marcado por isso, muitas vezes a família vem contaminada por isso, eu atendo uma mãe, por exemplo, que apesar de ser uma pessoa que contribui muito, mas ela tem medo do filho, ela tem medo, e ela reconhece isso, diz isso claramente, ela tem medo, agora menos, depois de um tempo isso está começando a se flexibilizar, ela está começando a entender um pouco diferente, mas ela tinha muito medo do que esse filho poderia fazer com ela, então, isso é algo que é bastante comum, mas isso é uma dificuldade; o outro aspecto da resistência é a idéia de que ele se tornou uma pessoa inútil, o usuário se tornou uma pessoa inútil, porque ele não pode trabalhar, que nunca vai fazer nada a não ser ficar como um louco, ficar como uma pessoa que não pode assumir responsabilidades, que não contribui, o aspecto financeiro é um problema; o Programa de Volta pra Casa não resolve isso integralmente porque ele é destinado pra pessoas que estão no mínimo há dois anos internadas, então, aqueles que não tem internação prolongada não têm acesso a esse recurso, então, ele passa a se tornar um peso econômico pra família e aí todos os outros problemas que são decorrentes disso (F, 12/4/2006).

Muitas vezes ele acaba sendo o membro da família rejeitado, ele tem o quartinho dele no fundinho. Bom, eu acho que é o próprio estigma de ter um doente mental, tem ah ele é doente mental, deixa ele quietinho lá porque se não ele vai incomodar, vai surtar, vai xingar e, que vergonha, aí os vizinhos; então, é o estigma do usuário, do paciente com transtorno mental, como muitas famílias não entendem elas tem até crenças de que isso é o demônio, isso é um castigo, ou é porque ele era uma pessoa ruim na vida passada, então, vem com mil, vamos dizer assim, explicações, que só atrapalham e impedem que aquilo seja encarado como..., ok isso aí é uma doença, e como é que a gente vai

fazer pra ajudar e tratar isso; então, os conhecimentos, a ignorância nesse sentido, [...] uma parte eu acho que seja pelo próprio desconhecimento do que é um transtorno mental, e do estigma de que o louco é o que rasga dinheiro e, enfim, isso dificulta, e aí quando você não tem um suporte pra dar à essas famílias aqui dentro, você só reforça lá fora esse estigma; então, claro, a pessoa chama a atenção da população, os pacientes que conseguem lá fora trabalhar e não ficar só dentro do CAPS, então, as oficinas que possam vir a dar renda, que elas sejam trabalhadas lá fora, até pra lá fora você convive com eles, percebe que eles não são os loucos que rasgam dinheiro, saem quebrando tudo e matando todo mundo, esse é o medo da população e acaba sendo o medo da família (J, 22/3/2006).

A questão da diferença do “louco” para o “não louco”, que na sociedade capitalista, é determinada pela relação produtivo/não produtivo, ou seja, aquele que detêm poder de consumo e aquele que não tem poder de consumo, também foi expressa pelos profissionais entrevistados como uma das dificuldades para a (re)inserção social do portador de transtorno mental, na família e na sociedade.

Eu acho que os limites do usuário; tem a coisa do preconceito, da loucura, ele, o usuário, ele não é alguém produtivo na família, ele não leva dinheiro pra casa, ele, ao contrário, ele só gasta, ainda tem que buscar remédio, ele dá mais trabalho ainda, ele não é produtivo, de maneira geral, então, isso já agrega um preconceito maior ainda, além de ter o preconceito da loucura, de ser..., enfim, alguém que tem uma “deficiência”, alguém que é muito dependente, ainda tem isso, então, ele não soma nada à família a não ser o incomodo; daí, geralmente, é uma mãe que até acolhe, ou pai, por questões afetivas, mas sempre está lidando com esse limite do usuário; tem famílias que não querem, tem muitas famílias carentes que não querem mais um problema, e quando a pessoa, então, saiu da família, que foi internada, e ficou um longo tempo fora, a família já se estruturou de forma a não contar com aquele usuário, então, já não conta mais com ele, passou três, quatro, cinco meses, aí vem uma pessoa trazendo toda uma dependência e que não é somar, ou as vezes as próprias crises dentro de casa, então, é difícil um cara que faz xixi no chão, um cara que toma um café e deixa sua xícara, um cara que quebra, que uma vez por mês quebra tudo, que bate nas pessoas dentro de casa, ninguém tem essa tolerância, tem que ser mais de uma pessoa pra suportar e, as vezes, uma pessoa, que é a mãe, suporta, mas os outros irmãos não entendem, não conseguem lidar com a questão, que é difícil mesmo, o nível de dependência, os limites, o risco que, enfim, pode correr o usuário (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Rosa (2003, p. 192), a família, apesar de procurar dividir com o Estado as demandas de cuidado do portador de transtorno mental, ainda é o principal agente responsável pelo seu provimento. Para implementá-lo, na divisão sexual do trabalho do grupo doméstico, seu ônus recai sobre a mulher. Todavia, diferente das demais

enfermidades, o transtorno mental se particulariza pelo fato de seu portador não se reconhecer como enfermo e por seu prognóstico figurar como uma incógnita, sem ter uma temporalidade previsível. Desta forma, em geral, o provimento de cuidados e o tratamento tornam-se impositivos para o portador de transtorno mental, que pouco colabora conscientemente no seu processo de recuperação. Por sua vez, o provedor de cuidado, com frequência a mulher, mãe, tem que ter uma disponibilidade de tempo, periódica ou indefinidamente, para exercer o seu papel. E, para satisfazer as necessidades individuais do portador de transtorno mental e as exigências de sua enfermidade, a mulher, mãe tem seu espaço de vida invadido, seus projetos de vida obstruídos pelas necessidades de prestar cuidado.

3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares

No contexto da Reforma Psiquiátrica, as organizações de usuários, técnicos e/ou familiares tem cumprido um importante papel na mudança do modelo assistencial em saúde mental, participando ativamente das discussões sobre os serviços e promovendo atividades que visam maior inserção social, geração de renda e trabalho e a garantia de direitos sociais. Essas associações constituem-se em importante instrumento de promoção da saúde e da cidadania de todos os envolvidos (BRASIL, 2004)

O CAPS Ponta do Coral conta com uma associação de usuários, familiares e técnicos. Apesar de estatutariamente estar prevista a participação e filiação de familiares e técnicos, atualmente, na prática, esta se tornou, efetivamente, uma associação de usuários. Em gestões anteriores, já teve em sua diretoria a participação de técnicos do serviço. Atualmente, dois técnicos acompanham as atividades desta, mas a diretoria da gestão atual (2006) é composta somente por usuários.

Com relação a participação dos usuários no planejamento das atividades do CAPS, os profissionais referem que esta acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, realizada semanalmente, na qual são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Contudo, os entrevistados observam que

existem dificuldades em realizar um processo de planejamento das ações do serviço, seja por particularidades dos usuários, seja por limitações e/ou problemas institucionais.

Assim, existem alguns espaços em que essas ações são tomadas em conjunto, a assembleia dos usuários, aqui é feita de terça-feira, em que é discutido desde a limpeza, o lanche, qual é o próximo passeio, o que vai ser de reunião, o que está sendo feito, quais são os informes em relação a saúde mental, em relação a congressos, encontros, comissões. O que eu percebo é que embora isso seja estimulado há pouca, baixíssima, aderência e quando há, em geral, são daqueles mais saudáveis no sentido de que de repente nem seriam usuários CAPS, mas eu acredito que isso seja também o próprio sintoma, de a dificuldade de lá fora conseguir um emprego, a dificuldade de iniciar uma atividade, iniciar um curso, é também pra se engajar na própria luta deles; o que eu percebo é que a família, em geral, quando pega isso vai adiante, os usuários tem poucos estímulos próprios, vamos dizer, pra continuar, pra se manter; então, na reunião da Comissão Ampliada²¹, aí participa um, mas depois a semana que vem já não vem; então, são poucos os que realmente conseguem dar conta, eu coloco a palavra no sentido de ser capaz para, tem essa dificuldade, eu acho que é própria condição (J, 22/3/2006).

Então, a gente procura estabelecer parcerias com a associação porque tem muitas coisas que pelo fato de a gente estar submetido a um organograma e a hierarquia, e aí os limites do serviço público, a gente não pode fazer; por exemplo, a questão da venda do material das oficinas, isso é algo que o CAPS não pode assumir, por conta mesmo da legislação que impede a gente de fazer esse tipo de atividade; então apesar de ter uma participação grande, o material vendido é o material das oficinas do CAPS, mas quem faz essa tarefa é a associação, é a associação que se encarrega da venda, de levar o material, de receber dinheiro etc.; além disso a associação se tornou efetivamente uma associação de usuários, apesar de o estatuto dela prever a participação e filiação de familiares e técnicos ela é uma associação de usuários na prática, e como articuladora de um projeto político e de reivindicação dos direitos do usuário dos serviços de saúde mental, como um instrumento pra viabilizar inserção no mercado de trabalho por exemplo, parece que são essas as funções da associação; com os usuários o que a gente tem é uma assembleia semanal onde são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; esse aspecto do planejamento da atividade ele de fato não tem a participação dos usuários até porque nem nós, como te falei no início, o nosso planejamento também é meio caótico, assim, a gente não tem um processo organizado de planejamento pra um ano ou mesmo pra seis meses, então, aí os usuários não chegam a participar desse planejamento, eles participam sim da discussão do funcionamento que é na assembleia,

²¹ A Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental (CPASM) é uma instância do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, criada através da Resolução N°1/CMS/2006, cuja finalidade é assessorar o plenário do conselho no que compete a formulação, implantação, implementação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas, ações e projetos em Saúde Mental, assim como prestar assessoria técnica ao gestor municipal. A CPASM é constituída por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde, e usuários e familiares da saúde mental (nota da pesquisadora).

que é toda semana, e aí se trata das coisas do dia-a-dia, é mais cotidiano (F, 12/4/2006).

A presença e participação dos usuários nas discussões e no planejamento das ações pertinentes à saúde mental vêm se ampliando progressivamente nos últimos anos. O processo de inserção inicia-se com o protagonismo dado ao sujeito na definição de seu projeto terapêutico, estende-se na organização de associações e na representatividade destas nos fóruns deliberativos (Conselhos de Saúde, Conferências, Comissões de Saúde Mental), e na participação em eventos científicos e espaços de militância política pertinentes à área da saúde mental. Essa é uma das formas em que a condição de cidadão dos portadores de transtornos mentais é resgatada. Segundo Rodrigues (2005, p. 80), “a participação política e militância de usuários e familiares em instâncias deliberativas ganham efetividade quando politicamente organizados”.

Neste sentido, a construção coletiva do protagonismo requer a saída da condição de usuário-objeto e a criação de formas concretas que produzam um usuário-ator, sujeito político. Isso vem ocorrendo através de inúmeras iniciativas de reinvenção da cidadania e *empowerment*, como atenta Vasconcelos (2000b), por meio de intervenções via associações de usuários ou de cooperativas sociais, ou ainda da participação política de tais atores nos mais importantes fóruns sociais de formulação de políticas da área, tal como nos conselhos de saúde e comissões de saúde mental.

Nas falas que seguem, os participantes da pesquisa destacam as dificuldades encontradas na organização, na articulação e no funcionamento da Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral²², bem como seus objetivos e principais lutas políticas por direitos.

Assim, eu acho que os usuários têm esse espaço da assembléia junto com os técnicos. É um espaço interessante, onde eles podem estar opinando, mais do que o da associação; o da associação é muito mais difícil de levar adiante; eu também já fiquei um tempo ajudando a associação, já fui até, uma época, da própria gestão, da própria diretoria, e a gente tem

²² Importante estudo sobre a Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral foi realizado por Rodrigues em dois trabalhos: RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral: desvelando sua significação**. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004; e RODRIGUES, J. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

que estar puxando muito como técnico, parece que deixar por conta deles a coisa não anda e, as vezes, a gente vê que fica mais um desejo nosso de que as coisas aconteçam do que deles; então, a assembléia pelo menos é um espaço que eu ainda acho que se consegue ter uma presença, agora a presença dos familiares no planejamento é muito pequena, poucos que vem, vem um ou outro, pai de alguém; dos usuários, eu acho que é mais nesse espaço da assembléia que acontece (P, 17/3/2006).

Os usuários, nós temos a assembléia dos usuários; então, na assembléia se discute algumas questões, por exemplo, as vezes o planejamento, funcionamento da casa, por outro lado nem tudo é discutido na assembléia, [...] tem uma atuação limitada, ela não é totalmente participativa. A associação, ela tem histórias de altos e baixos; teve momentos que a associação tinha uma diretoria, mas ninguém participava, não se articulava; tem momentos que a associação se integra mais, quando ela se integra a coisa fica também mais rica; nós temos aproximação, por exemplo, na questão do vale transporte, as reivindicações, sobretudo do vale transporte, de veículos pra passeio, pra participar de um evento, muito mais do que planejamento das ações, digamos assim, mais no sentido de luta por direitos e reivindicações (LÉLI, 4/4/2006).

A associação de usuários possui cinco objetivos: controle social, ajuda mútua, suporte mútuo, defesa dos direitos, geração de renda; em cima desse objetivos a associação realiza seu movimento e sua luta. Em termos do papel dos usuários no planejamento das ações do CAPS seria discutir esses objetivos em relação ao CAPS. Hoje, o que acontece, a associação de usuários acaba discutindo um pouco mais controle social; ela expressa a representatividade dos usuários na luta social, na dignidade humana, e também na geração de renda; outra coisa muito importante que a gente fala é a luta contra o preconceito, então, a associação ela participa mais nesse sentido, controle social, geração de renda e luta contra o preconceito no CAPS; esse é o papel dos usuários, realizar o controle social, participar da geração de renda e a luta contra o preconceito; a luta contra o preconceito significa realizar teatro, levar pras Academias, levar pra comunidade, mostrar que a história do louco no imaginário social das pessoas ela é transformada, pode-se reverter isso, e isso se reverte com música, cultura e arte (GIRASSOL, 20/3/2006).

O papel da associação no planejamento, é porque assim, a associação ela não é o CAPS, ela é uma entidade separada, a assembléia é uma assembléia geral do CAPS, é um mecanismo facilitador da participação dos usuários e técnicos na gestão do serviço; a associação é uma entidade, sem fins lucrativos, que foi criada e pensada pra que os usuários e familiares se organizem pela luta da política, pela luta da implantação da política de saúde mental, pela luta dos direitos, pela luta da implantação da Reforma Psiquiátrica, pela melhoria do serviço, então, assim, a associação ela caminha, mas ela é muito nova e aí se é muito nova tem uma estrutura um pouco frágil, então assim, a tua pergunta é se ela participa das ações do CAPS, ela participa sim, tem um elo de participação aí, tem um canal de participação, mas é frágil, é muito frágil, eu penso que é muito frágil porque aparece pouco (VIK, 24/3/2006).

Rodrigues (2005, pp. 81-82) destaca que as associações de usuários, enquanto dispositivos, possibilitam uma atitude política que oferece visibilidade ao usuário como ser cidadão e não apenas como portador de um transtorno. Segundo o autor, quando o usuário passa a ver, sentir, e ver sentido em suas ações associativas, sua prática organizativa torna-se efetiva e com empenho. Por isso, as associações precisam desenvolver estratégias mais amplas de adesão, visando revigorar seus quadros associativos. Nesta direção, a profissionalização e formação política dos dirigentes é vista como uma possibilidade para estimular a participação.

A compreensão das associações civis como relacionadas e condicionadas pelas associações políticas leva ao entendimento de que há uma sinergia entre a sociedade civil e a democracia política. Segundo Fleury (2004), a dimensão cívica da cidadania diz respeito à condição de inclusão ativa dos cidadãos à comunidade política, compartilhando um sistema de crenças com relação aos poderes públicos, à sociedade e ao conjunto de direitos e deveres que são atribuídos ao status de cidadão. Como dimensão pública dos indivíduos a cidadania pressupõe um modelo de integração e de sociabilidade, que transcende os interesses egoístas do indivíduo no mercado, em direção à uma atitude generosa e solidária.

A fala a seguir relaciona algumas dificuldades cotidianas vivenciadas na e pela associação de usuários do CAPS Ponta do Coral. Apresenta algumas possibilidades de atuação deste tipo de organização da sociedade civil, tanto com relação a parcerias com outras entidades, para o desenvolvimento de ações que visem a profissionalização e inserção no mundo do trabalho, quanto no processo de politização e conscientização de seus usuários com relação aos direitos de cidadania.

Eu acho que ela tem um papel relevante, a dificuldade é de incrementar esse papel relevante; os familiares vêm muito poucos; bom, talvez a gente não esteja também instigando, muitas vezes a gente convida, mas eu acho que, também, as vezes, falta um pouco de investimento da equipe para que os familiares estejam mais no CAPS; agora, a associação poderia fazer muitas coisas, desde convênios para cursos com esses órgãos que a gente tem, SENAI, SESC; poderia tentar uma penetração, mas isso seria uma outra realidade a ser criada; cada vez que entra uma gestão nova, a gente diz quem sabe agora; desde as pequenas coisas, até divulgar a lojinha aqui, é difícil, a gente uma vez fez uns folders pra distribuir aqui na vizinhança, uma vez a gente tentava vender as verduras que produzia, não conseguia muito, conseguia ali, vendia uma ou outra; agora em termos de espaço de fazer política eu acho que ela tem um peso, deveria realmente crescer, por mais que as pessoas tenham dificuldades; eu acho que tem que continuar existindo, tem que continuar batalhando para que eles possam estar assumindo um pouco

mais esse papel político, essa conexão com outras instâncias da sociedade; por exemplo, na questão até de trabalho, de poder a associação também ajudar nessa abertura de espaços de trabalho; teve uma vez que tentaram no Angeloni (supermercado), depois quando souberam que era portadores de transtorno mental não quiseram; eu acho que a gente precisava mostrar um pouco pra sociedade o que é o paciente psiquiátrico; assim, através desses recursos, não dá pra esperar vamos pra mídia, porque, assim, tem umas coisas que são boas, ótimas, mas são meio ideais, a gente tem que tentar começar com essas pequenas coisas que pode fazer: divulgar a lojinha, sei lá, fazer um contrato lá com o CIC pra fazer cursos, por exemplo, de pintura, coisas que são mais próximas da realidade exequível (P, 17/3/2006).

Para Rodrigues (2005) dois aspectos são importantes para compreender as dificuldades de falta de adesão e continuidade na participação dos membros da associação. Um deles refere-se aos elementos motivadores para a participação. Neste caso, é preciso considerar que a prática política de militância possui seus campos de conflito e tensões, que dentro da especificidade da loucura pode não conferir uma participação freqüente. O outro relaciona-se ao significado da associação na vida dos integrantes. Muitos usuários vêem a associação como possibilidade de geração de recursos financeiros, haja vista que o fator trabalho/vínculo empregatício é algo marcante na vida dos portadores de transtornos mentais, em decorrência de a maioria não possuir fonte de renda própria.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacaram o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário.

A primeira delas é a questão do controle social, a associação tem potencialmente essa função, não só dentro do serviço, mas também nas outras instâncias, conselho municipal de saúde, conselho local, aqui em Florianópolis estamos organizando uma Comissão Permanente, que é consultiva do Conselho Municipal de Saúde, é uma comissão de saúde mental, no estado (SC), a gente tem o Colegiado de Políticas Públicas e Atenção Psicossocial, que tem representação dos usuários; então, novamente, na questão da defesa dos direitos, na questão do resgate da cidadania, as vezes nem é resgate porque o cara nunca teve cidadania alguma, mas da possibilidade de instituir um certo nível de cidadania; eu vejo que a possibilidade de o usuário poder participar politicamente é algo que tem um efeito sobre a sua dinâmica, como tem efeito sobre a dinâmica de qualquer um que descobre um dia que tem essa possibilidade de participar politicamente, da vida política, e pro usuário de saúde mental isso muitas vezes é uma descoberta que representa uma guinada muito grande na sua vida, então, vamos dizer assim, tem um efeito terapêutico, um efeito clínico nesse sentido, além, obviamente, dos

efeitos políticos que isso representa, mas, mais individualmente tem esse efeito, da articulação com as outras pessoas, enfim, tem uma terapêutica aí que é função, mesmo que não reconhecida, mas é função das associações (F, 12/4/2006).

O principal papel das associações é não tornar que os serviços se tornem manicômios; a associação é a vida, é organização, é luta, é enriquecimento, é sentido de vida; tenho escutado muito de pessoas que tiveram suas vidas arruinadas que quando passaram a militar em associações de usuários passaram a ter um sentido de vida, passaram a conceber a razão da sua existência em vida; então, a principal importância das associações é não deixar que o serviço se torne manicômio, é tornar o serviço um pouco mais rico, com mais vida, é organizar a questão política, é falar em nome dos próprios usuários; então, a importância das associações de usuários é levar a boa nova aos CAPS, levar a boa nova aos serviços de saúde mental, levar a boa nova do modelo psicossocial, ou seja, discutir o controle da loucura, ou seja, a maior importância das associações é levar a discussão da liberdade, liberdade e dignidade dos portadores de transtornos mentais (GIRASSOL, 20/3/2006).

Além do tratamento e dos serviços, eu acho importante que a associação possa se fortalecer enquanto movimento popular de luta pela Reforma Psiquiátrica, que os usuários possam se conscientizar dessa importância de estarem articulados, lutando pela implantação da política, da política de saúde mental sob esse novo paradigma da Reforma Psiquiátrica; eu acho que essa é a maior importância, acho que essa é a maior tarefa da associação; claro que isso se reflete na micro política institucional no próprio CAPS; a associação vai estar lutando, a nossa associação aqui, por exemplo, já lutou pelo próprio vale transporte dos usuários, de ir até a secretaria (Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis) conversar com o secretário e reivindicar enquanto essa democracia representativa dos próprios usuários, técnicos e familiares; pela própria manutenção desta casa na época que houve a questão da construção da via de acesso ao Hospital Infantil, existia um projeto da outra via passar também por aqui, os usuários batalharam que essa casa se mantivesse aqui, que o CAPS se mantivesse aqui e conseguiram; então, acho que essa luta maior de articulação que exige uma consciência política dos líderes que estão na associação, dos usuários como um todo, é que é a grande tarefa da associação, só que isso se faz num trabalho de formiguinha, num trabalho miúdo (VIK, 24/3/2006).

Cabe destacar que o controle social compreende a participação da população na perspectiva da interferência na gestão da política pública de saúde, colocando as ações e serviços na direção dos interesses da comunidade e estabelecendo uma nova relação entre Estado e sociedade. Conforme Correia (2002, p. 212), controle social “é a atuação da sociedade civil organizada na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam às demandas e aos interesses das classes subalternas”.

A III CNSM ressalta a importância do controle social, através dos mecanismos já existentes (Conselhos, Conferências e Comissões de Saúde Mental, organizações da

sociedade civil e movimentos sociais), como forma de garantir o avanço da Reforma Psiquiátrica. Os indicativos da Referida Conferência destacam que o controle social deve constituir-se com a representação dos três segmentos – usuários, familiares e profissionais de saúde, na perspectiva de induzir uma ação de acompanhamento da construção das políticas municipais, estaduais e nacional de saúde mental. As Comissões de Saúde Mental em ação conjunta com os Conselhos de Saúde devem exercer seu papel de controle e fiscalização das políticas públicas, o que inclui o orçamento e a destinação de verbas para a saúde mental, em todos os níveis (BRASIL, 2002a).

A ação da sociedade civil e dos movimentos sociais é ressaltada visando a garantir que os programas de saúde mental não sofram descontinuidade por ocasião de mudanças de gestão administrativa e/ou política. Para tanto, devem ser criadas estratégias para a viabilização de maior envolvimento dos diferentes atores sociais com as questões da saúde mental. Entre estas, destacamos o papel das associações de usuários, técnicos e familiares e dos núcleos estaduais e/ou municipais do movimento da luta antimanicomial, na gestão dos serviços e na fiscalização das práticas de saúde mental (BRASIL, 2002a, p. 142).

3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia

A desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial são dois dos pressupostos teórico-epistemológicos orientadores das práticas assistenciais indicadas na e pela Reforma Psiquiátrica. Tendo isso em conta, perguntamos aos participantes da pesquisa se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas para a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referiram que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras.

As falas relacionadas na seqüência explicitam a percepção dos entrevistados sobre a questão e indicam algumas possibilidades que, segundo eles, poderiam favorecer o desenvolvimento de ações de reabilitação psicossocial.

Em parte sim, em parte; eu acho que como a gente não tem um sistema de avaliação a gente não consegue medir isso muito bem; a nossa intenção é essa, o que não quer dizer que as nossas ações consigam de fato alcançar; acho que a gente poderia fazer mais, a gente poderia ter uma articulação mais intensa e mais constante com outras instituições, com outros sistemas de atenção, além claro da própria rede de saúde, que não existe; em Florianópolis a gente não tem rede, até está se formando, dá pra dizer que está se formando, mas não funciona como rede ainda, efetivamente não funciona; a gente tem pouco contato com a atenção básica, com o PSF, que seria um parceiro importante, a gente tem pouco contato com os outros CAPS também em termos de troca, enfim, com outras instituições de saúde, então, acho que a gente ainda continua isolado, e aí pensar em reabilitação psicossocial com essas condições é um pouco mais complicado; a gente vê alguns efeitos, que a gente mede pelo usuário em si, que é o fato de que ele consegue evitar internação, que ele consegue muitas vezes voltar a trabalhar, sua participação nas oficinas passa a ser bastante diferente, enfim, mas são coisas que a gente não tem um instrumento pra avaliar (F, 12/4/2006).

Eu penso que sim, apesar de que hoje o programa de saúde mental não conta com uma rede completa de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, então, assim, a gente tem essa dificuldade; se existisse isso de forma mais estruturada, de forma mais incrementada seria mais fácil a reinserção social; por exemplo, a gente não tem leitos psiquiátricos no HU, um hospital geral, que já tem um ambulatório de psiquiatria, poderia ter um serviço de emergência, facilitaria, evitaria internações, um mercado protegido, um projeto de geração de renda também não temos, não temos os CAPS territorializados ainda, então, tem uma série de dificuldades colocadas aí que impedem essa reinserção social num tempo menor do que acontece hoje; acho que hoje o tempo que o usuário fica dentro do CAPS ainda é muito grande por conta de a gente não ter essa rede completa, que possa dar esse suporte extra CAPS. [...] eu não sei se isso acabaria institucionalizando, de certa forma sim, mas assim, isso está na pauta, e se isso está na pauta não está institucionalizando, você entende o que eu quero dizer? isso está sendo falado pro próprio usuário, isso está sendo dito pra ele, olha tu já está aqui muito tempo, o nosso objetivo pra ti, nosso projeto terapêutico pra ti seria de tu poder estar fazendo isso, isso e isso lá fora, então assim, não diria institucionalizado porque talvez institucionalizado seria quando a gente não se desse conta disso, ah não isso está rolando, o usuário está aqui há anos, ninguém está fazendo nada, continua na mesma, aí sim estaria cronificando, mas acho que não nesse sentido, de que isso está na perspectiva, a gente está querendo a inserção, a gente está querendo a rede extra hospitalar, a territorialização dos CAPS, só que a gente não tem uma série de elementos necessários pra fazer a reinserção, a política, o programa de saúde mental, aliás ele está sendo implantado, incrementado muito mais agora recentemente (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que sim, mas muito pouco ainda; elas se encaminham, elas têm como ideal, elas desejam, mas na prática isso é muito pouco feito; eu vejo que nesse CAPS a equipe acaba estando muito fragmentada porque faz milhões de coisas também, desde a parte administrativa, parte clínica, oficina, se divide; eu acho que deveria ter a equipe como um todo trabalhar nisso, mas ter também grupos de atuação, como a gente

chama de atuação local, então, ainda para o que necessita está muito pouco assim, muito aquém [...] A primeira proposta começaria via Regionais, nas Regionais; por exemplo, as pessoas iriam para os seus bairros, ver qual é a possibilidade, as possibilidades que existem pro usuário se inserir, mas não só a Regional, poderia ter um grupo mesmo, sair com o usuário, fazer a coisa mais concreta, ela é feita, mas é feito muito pontualmente (LÉLI, 4/4/2006).

Em geral sim, mas tem alguns pacientes que, por exemplo, circulam no CAPS e que não tem nenhuma indicação de estar no CAPS, então ele acaba sendo um lugar de institucionalização ou de capsização. Tem isso; isso acaba acontecendo, mas em geral não é isso; em geral eu acho que todas as nossas ações, o que a gente discute em equipe é até a tentativa de diminuir essa dependência, esse vínculo de dependência, que em algum momento ela pode ser muito importante, mas em outros ela é excessiva e acaba aprisionando o paciente dentro do CAPS, e aí o CAPS passa a ter o mesmo papel e a mesma função do hospital; e como isso é o que eles conhecem, esse repertório é o que se conhece, é mais fácil de se acostumar com ele do que ter uma nova postura, uma postura de que, não, aqui eu vou tomar conta do meu tratamento, eu vou lá fora procurar o que é meu...; não, (o usuário) acaba esperando, ah o que você falar está bom, e aí essa atitude bem passiva, que ela é muitas vezes muito cômoda pra todos nós em muitos momentos, pra uns mais que outros, essa atitude de comodismo, de esperar, é ótimo, e aí isso acontece, acaba acontecendo, embora as práticas, elas tem a idéia de que não seja voltada pra isso; não é o objetivo, mas a gente observa que as vezes é falho (J, 22/3/2006).

Essa pergunta é muito difícil [...]; eu acho que não mudou muito meu olhar, a gente tende a sustentar a institucionalização, a gente não consegue dar alta, o paciente não consegue ter alta, não consegue sair; assim, digo um paciente que realmente talvez esteja até mais comprometido com esse tempo aqui, tem paciente que está aqui desde o início; eu acho que a gente acaba reforçando um pouco isso por mais que a gente tem o desejo de que fosse o contrário; existe uma certa comodidade pro paciente também, aqui ele tem atenção, ele é aceito, não tem assim uma grande briga por ele ficar aqui; então, isso me preocupa muito, eu fico pensando: é uma contradição porque ao mesmo tempo que o nosso trabalho é voltado pra isso parece que a nossa ação acaba revertendo o contrário; a questão da cidadania, a questão da construção de outros laços, criação de outros espaços, eu acho que é muito precária ainda [...]; por isso que eu acho que a gente precisa também de ter formas de avaliação dos pacientes, muitas vezes fica assim um exemplo ou outro que você tem, aquela pessoa foi, está lá trabalhando, talvez ela não tenha também construído um elo tão pesado, tão forte com a instituição, que ela já veio, ficou um tempo, saiu, voltou a fazer outras coisas da vida; eu acho que a gente ainda está institucionalizando mais do que desinstitucionalizando [...] (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p. 14) observam que um dos caminhos mais importantes para o qual aponta a desinstitucionalização é o da criação de novas relações com a loucura. Estas se processam a partir da mudança das relações institucionais internas e de

desmontagem dos dispositivos da clínica e da psiquiatria, mas certamente não se restringe a isto. Novas subjetividades e um novo lugar para o sujeito louco só são produzidos em relação com o social. O trabalho de desconstrução da institucionalização, necessariamente, extravasa o contexto institucional específico, atingindo seu objetivo mais amplo de questionamento das instituições e subjetividades capitalísticas, a desconstrução como transformação cultural. Para os autores, através do trabalho no campo social a desinstitucionalização atinge seu sentido mais abrangente, como processo social amplo e complexo de participação popular, territorialização dos serviços, envolvimento de diferentes atores sociais, e mudança da relação social com o fenômeno da loucura.

Sobre este aspecto cabe destacar que a desconstrução do paradigma da institucionalização e a construção do paradigma da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial envolve um conjunto de ações teórico-epistemológicas e de práticas assistenciais, amparadas por um sistema jurídico-político capaz de criar e garantir direitos aos portadores de transtorno mental. De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (1987), a reabilitação psicossocial é o conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários (OMS 1987 apud PITTA, 2001).

Nesta direção, a formulação da política de saúde mental, orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais nos campos da educação, cultura, habitação, assistência social, esporte, trabalho, lazer e a articulação de parcerias com universidades, Ministério Público, organizações não governamentais (ONGs), visando a melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania do portador de transtorno mental (BRASIL, 2002a).

Com o objetivo de saber se existem e identificar quais são as práticas de reabilitação psicossocial desenvolvidas no e pelo CAPS Ponta do Coral, perguntamos aos participantes da pesquisa se existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer. Do total de profissionais que responderam ao formulário, a maioria (66,7%), disse não existir, dois referiram não saber responder, e dois destacaram que existem. Dentre os que responderam que não existem tais práticas, um observou não ter conhecimento, oficialmente, das parcerias, um deles destacou que existem poucas e de acordo com o planejamento terapêutico do usuário, e um outro disse que tem em momentos específicos, mas não de forma contínua. Entre os que

responderam que sim, um referiu-se a experiências muito pontuais como por exemplo o uso da quadra de esportes próxima, e outro identificou parcerias com fundações municipais e estaduais de cultura.

Neste aspecto, os indicativos aprovados na e pela III CNSM ressaltam a necessidade de se priorizar, no âmbito da assistência em saúde mental, políticas que fomentem a autonomia dos portadores de transtornos mentais, incentivando o exercício da cidadania plena. Devem-se buscar parcerias entre o poder público e organizações civis para o desenvolvimento de projetos sociais e comunitários, de geração de renda e de acesso a todos os direitos, que possam funcionar como apoio na (re)inserção social destas pessoas.

No estudo realizado, perguntamos aos profissionais se as práticas assistenciais desenvolvidas no e pelo CAPS possibilitam ao usuário a construção de sua autonomia. Os entrevistados destacaram a necessidade de refletir conceitualmente sobre o que seja a autonomia do portador de transtorno mental, como avaliar a autonomia da pessoa. Referiram que, em geral, o serviço consegue cumprir com a função de estimular o usuário à conquista de sua autonomia.

A questão é discutir o que é autonomia, eu sempre parto do princípio de que autonomia não é independência, autonomia na verdade é a possibilidade de a gente poder ampliar as dependências, que é a vida de todo mundo, ou seja, eu pra viver eu dependo de um monte de gente, um que paga meu salário, outro que falo aqui, outro com quem eu me ligo afetivamente, enfim, eu dependo de uma porção de gente e isso me dá autonomia porque eu posso depender de muitas pessoas e de muitas instituições, muitos sistemas; o problema do usuário de serviço de saúde mental, paciente psiquiátrico é que ele, geralmente, depende ou das mesmas pessoas ou das mesmas instituições, ou seja, a capacidade de autonomia dele está muito reduzida porque ele não tem como circular socialmente, ele ou está sempre dentro de casa ou de casa pra uma instituição, seja ela o CAPS ou hospital psiquiátrico; então, pra mim autonomia é isso, é essa possibilidade de você ir ampliando os vínculos pra que você possa depender de muitas pessoas ou de muitas coisas ou de muitas instituições porque afinal de contas, em última instância, essa autonomia tomada como independência ela é imaginária, ela é irreal, não existe; então, eu acho que a gente consegue isso, a gente consegue ampliar a autonomia dessa maneira, primeiro porque o CAPS acaba se tornando um centro de convivência, então, o efeito imediato é que a pessoa deixa de ficar sozinha ou só com a família e passa a conviver com outras pessoas, esse é o efeito imediato, passa a ter outras relações que muitas vezes se desdobram, saem daqui, as pessoas fazem programas juntos fora, pinta relacionamentos amorosos ou só relação sexual, que seja, mas enfim, é uma oportunidade nova que o cara não tinha, encontrar alguém mesmo que seja só pra transar, então, isso já é um ganho também, já implica na ampliação de autonomia; eu vejo que muita gente aprende a lidar com o serviço público, aprende a correr atrás dos seus direitos, aprende a lidar com outros serviços de saúde, passa a

procurar o posto de saúde onde mora ou passa a ir pegar medicação em tal lugar sozinho, por conta própria etc.; eu acho que a gente consegue essa função, a gente consegue autonomia nesse sentido, mas pode ser melhor, na medida que a gente tiver uma rede, que a gente se inserir nessa articulação com outras instituições, com outras instâncias, a gente consegue fazer isso de maneira mais eficaz (F, 12/4/2006).

Em alguns casos sim, eu acredito que alguns casos quando não há uma limitação interna eu acho que sim, que é possível, através até da participação nas oficinas, nos grupos terapêuticos, da adesão ao tratamento médico; muitos conseguem realmente; passaram por um episódio, uma crise, conseguiram ficar bem e voltar para as suas atividades diárias, eu acho que quando eles aderem ao tratamento, quando há essa adesão, quando eu digo ao tratamento é ao projeto terapêutico deles, e não tem uma limitação, vou colocar entre aspas “uma seqüela” da própria doença muito forte, há essa possibilidade; em alguns outros casos eu acho que é difícil, assim, não é tão fácil medir isso, o que, quem melhora, quem não melhora, aquele que consegue voltar, aquele que não consegue, as vezes alguém que tem até uma doença mais incapacitante consegue, outros não, depende, depende do apoio que ele tem, do externo, da família, ou da própria sociedade, da comunidade em que ele é inserido, isso tudo faz diferença, que tem o background do que ele era antes, isso também faz a diferença, ele consegue resgatar; quando já não se tem muito o que resgatar aí fica mais difícil trabalhar; é individualizada essa resposta, mas eu acredito que em alguns casos sim, consegue essa (re)inserção de uma maneira muito boa e gratificante para os dois, pro usuário e para os profissionais (J, 22/3/2006).

[...] dependendo de como o serviço é gerido, dependo de dentro de que política de saúde mental esse CAPS está inserido, ele pode ao invés de estabelecer uma autonomia, mesmo que ele tenha uma boa vontade de estabelecer autonomia, ele acaba tornando a pessoa mais dependente ainda do serviço; então, é uma grande armadilha a construção da autonomia, não só especificamente pro CAPS Ponta do Coral, mas pra todos os CAPS que eu tenho visto; então, a gente volta novamente na questão da avaliação, novamente na discussão dos termos, eu acho que a questão dos conceitos ela tem que estar muito clara, o que significa cada conceito, eu sempre tenho batido muito nisso; o que é autonomia? É a pessoa ter minimamente condição de governar a sua própria vida, gerir sua própria vida, Ok! a gente estimula a pessoa a fazer isso, trabalha nesse sentido com a questão da autonomia, agora, quais são os parâmetros que nós vamos utilizar pra avaliar essa autonomia, isso a gente não tem muito claro ainda, acho que necessita; então, o CAPS possibilita autonomia, mas ao mesmo tempo não tem uma análise crítica [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Não obstante, cabe-nos destacar que a compreensão sobre autonomia que orienta este trabalho refere-se “a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente”. Neste caso, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas

relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001, p. 57).

As falas relacionadas a seguir destacam como o atendimento no CAPS Ponta do Coral possibilita a construção da autonomia do usuário.

Eu acho que em formas gerais sim, na relação que os técnicos tem com o paciente; agora, as vezes, a gente tem uma postura muito assistencialista em muitas situações, um assistencialismo que acaba prendendo o paciente, institucionalizando; são situações, eu acho que as vezes a gente repensa sobre elas, não foi bem por aí, mas, assim, eu vejo as pessoas contando a história do CAPS, teve muitas experiências que foram positivas também, que chegaram a um resultado, assim, sem muito recurso, sem muito com que contar fora da própria equipe, fizeram coisas que são surpreendentes em relação a tantos pacientes; eu acho que essa maneira de você poder dar voz, poder valorizar aquilo que a pessoa faz, consegue fazer em uma Oficina por exemplo, eu acho que essa é uma maneira de você conferir uma posição mais sujeita, mais ativa mesmo (P, 17/3/2006).

Sim, eu acho que sim, só que eu acho que a gente possibilita em alguns casos, não tem uma história linear de possibilitar a todos, eu acho que tem um projeto de possibilitar, mas isso não acontece o tempo todo, porque também isso não é uma via de mão única; hoje, eu já fui mais ingênua em relação a isso, muitas vezes uma pessoa que ficou trinta anos, vinte anos no hospital psiquiátrico, eu não sei mais se ele quer ter mais autonomia, muitas vezes ele quer, não quer; se a gente entender autonomia como trabalhar, seja em qualquer lugar, com uma bolsa trabalho, entender autonomia como decidir ir final de semana para uma praia, autonomia como ir ao supermercado, escolher o que vai comer, até certo ponto sim; por exemplo, se tenta até que muitos usuários saiam no final de semana, a gente na reunião das Regionais combina que eles possam ir, no final de semana, para um passeio, e eles não vão, eles ficam em casa, só vão se o técnico for, no dia de semana; então, acaba ficando um outro processo de não autonomia; então, a luta, a intenção é que isso se dê de outra forma, que também não fique dependendo do CAPS; existe uma construção pra isso e isso acontece, em certa medida acontece, mas ainda não como gostaríamos, porque nós também temos uma idealização de autonomia [...] alguns casos tem sim, vão até um certo ponto da autonomia que é possível pra pessoa, e outros vão mais além, outros regridem (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre as possibilidades de construção da autonomia do portador de transtorno mental, Kinoshita (2001, pp. 56-57) considera que a contratualidade do usuário, primeiramente vai estar determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Estes podem emprestar seu poder contratual para possibilitar relações e

experiências renovadas ao usuário, através de seu prestígio, de sua delegação social, do saber reconhecido pela sociedade. O referido autor destaca que aos profissionais é dada a capacidade de elaborar projetos, isto é, ações práticas que venham a modificar as condições concretas de vida do usuário.

A entrevista citada na seqüência relaciona a construção da autonomia do usuário a ações que envolvem outros serviços e outras políticas sociais como uma possibilidade para que o portador de transtorno mental adquira sua independência econômica. No caso, a profissional refere-se a Política de Assistência Social, através do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Outro recurso financeiro que pode ser acessado pelos egressos de internações psiquiátricas prolongadas é auxílio reabilitação psicossocial instituído com o Programa de Volta Pra Casa, através da Lei Federal N° 10.708/2003.

[...] um outro elemento pra isso (autonomia) são os usuários que estão totalmente desprovidos de qualquer recurso material que conseguem o BPC e isso garante autonomia porque ele tem o mínimo pra poder dar conta das suas necessidades materiais; então, muitas vezes, ele está numa condição muito vulnerável e aí passa a poder comprar aquilo que ele deseja, minimamente, porque é muito pouco o valor, mas consegue algumas coisas e isso garante essa autonomia, porque as vezes ele fica na família, fica sendo aquele peso que só incomoda, que não tem recurso financeiro nenhum porque ele está fora do mercado de trabalho mesmo, então, aí o benefício da previdência social também é um elemento de autonomia e de reconstrução da cidadania, mas entre todos esses outro que eu falei, do próprio material que ele tem contato na oficina terapêutica que ele consegue produzir algo; aquele usuário que é egresso do hospital psiquiátrico de polireincidência nas internações que consegue produzir uma peça bonita e que essa peça é vendida e que depois recebe o dinheiro dessa venda, também confere autonomia, confere cidadania, auto-estima (VIK, 24/3/2006).

Entendemos que a possibilidade de ter recurso financeiro próprio favorece sim a independência econômica do portador de transtorno mental, possibilitando-lhe uma vida com maior autonomia. Contudo, conforme destacou a entrevistada este é só um dos elementos que compõem o rol das necessidades humanas. A reabilitação psicossocial é um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia (KINOSHITA, 2001). Neste sentido, reabilitação e construção da autonomia caminham lado a lado.

3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental

A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos entrevistados como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista jurídico-política dos direitos do portador de transtorno mental.

Eu acho que hoje a gente já tem uma rede assistencial muito mais capacitada e quantitativamente significativa; no Brasil já são 800 CAPS; o fato de que tem recurso financeiro do Ministério da Saúde destinado, especificamente, à saúde mental, isso facilita a criação do serviço no município; em termos das modificações em relação ao que seja a loucura, o que seja o transtorno psíquico, acho que apesar das dificuldades a gente já conseguiu avançar com relação a isso, a gente já conseguiu trazer a discussão pra sociedade de uma outra maneira, levantando a necessidade de olhar isso também de uma outra forma; a medida que as pessoas começam a sair dos hospitais e voltam a morar seja em residências terapêuticas, seja com a sua família, e conseguem se manter bem dessa maneira isso também vai mudando o olhar das pessoas, pelo menos daquelas que o cercam; os projetos que a gente chama de modificação da cultura, a modificação da cultura manicomial, isso eu percebo que há um avanço, gradual, lento, tem um monte de resistência, mas a gente consegue, conseguiu, tem conseguido, e isso implica também no avanço político, no sentido da garantia do direito, no sentido de ter algumas prerrogativas preservadas com relação ao direito do usuário; então, eu vejo que de uma maneira geral a gente tem avanços e avanços muito significativos se a gente compara o que era transtorno mental há vinte, trinta anos, nesse país, tem coisas muito importantes que eu identifico (F, 12/4/2006).

Acho que a própria existência de CAPS, os hospitais dia, de ambulatórios de saúde mental, próximos as casas de onde o paciente mora, o Programa de Volta pra Casa, a possibilidade de uma residência terapêutica, são todas medidas atuais e dispositivos atuais que possibilitam essa nova forma de encarar o que alguém portador de transtorno mental pode ocupar, o que eles podem ocupar; então, eles podem ocupar os espaços, eles podem começar a fazer parte daquela comunidade (J, 22/3/2006).

A fala a seguir expressa como foi, historicamente, se alterando a forma de assistência ao portador de transtorno mental e de atenção em saúde mental na política de saúde do município.

Eu acho que a questão de criar um espaço que é aberto já é uma conquista; eu acho que hoje a gente tem essas possibilidades de CAPS, no posto de saúde mesmo; [...] quando eu comecei a trabalhar na prefeitura, há 20 anos atrás, assim, era uma equipe de um psiquiatra com mais um monte de estagiários de psicologia que saía em uma Kombi velha pra fazer alguma coisa, quando pintava um problema lá com um paciente do Campeche por exemplo [...]; não tinha nada na prefeitura há 20 anos atrás de saúde mental, então, hoje já tem, está se criando uma rede, tem profissionais nos postos, tem psicólogos, se pensa em fazer treinamento de agente de saúde, treinamento de clínico geral, já se fez algumas coisas; eu acho que isso, imagino que alguém que fica confinado dentro de um espaço, ele ter a possibilidade de circular, mesmo o pessoal do HCTP, eu acho que pra eles, assim, tem uns que não querem muito mais que isso na vida, pelo menos eles não estão tendo que trabalhar duramente como trabalhavam quando eram crianças, vem aqui, circulam, comem uma comida, anda aqui, vê televisão, bom! talvez essa seja a vida que eles querem, talvez seja...., já sai lá daquela estrutura fechada (P, 17/3/2006).

Na seqüência, a entrevistada relaciona algumas formas de exercício da cidadania que o usuário pode acessar com o tratamento no CAPS.

É, se for pensar que muitos usuários eles tiveram uma história, antes do surto, de uma vida organizada socialmente, trabalhando, talvez seria a reconstrução da cidadania, mas a medida que vem todo o isolamento propiciado pelo hospital psiquiátrico, todo o estigma do transtorno mental que a própria comunidade coloca, realmente de fato foi perdida; quando ele chega no CAPS e se propõe a se beneficiar desse espaço, assim, de fato se vincula ao projeto terapêutico dele, acho que ele consegue reconstruir elementos pra essa cidadania, num primeiro momento autonomia, acho que o cartão do vale transporte, o exemplo que eu posso dar, o cartão do vale transporte que é oferecido no período que ele tem tratamento aqui é o mesmo cartão do cidadão que vai comprar lá no SETUF, então, aquele usuário que é estigmatizado, eu já presenciei essa cena, um usuário de uma comunidade de periferia que era o louco do bairro, ele entrou dentro do ônibus com o mesmo cartão que qualquer outra pessoa, passou o seu cartão, veio pro CAPS, depois foi embora pra sua casa, então, isso já é um elemento, muito pequeno, mas é um primeiro elemento talvez, que começa aí, de ele se reconhecer enquanto sujeito, enquanto cidadão, e depois aqui também, a possibilidade de participação, no momento que ele consegue produzir algo numa Oficina, no momento quando ele consegue, na clínica, se dar conta dos seus conflitos e ter mais qualidade de vida nas relações [...] (VIK, 24/3/2006).

Uma das entrevistadas fez destaque às formas de atuação que, na sua opinião, representam conquistas significativas e correspondem a práticas que favorecem o exercício da cidadania do portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Avanços, pra começar, acho que o grande avanço foi a Reforma Psiquiátrica, a construção do CAPS, dos CAPS, as portarias que fazem com que os hospitais psiquiátricos sejam substituídos por vários CAPS, esse foi o grande avanço em primeiro lugar, porque é o momento de tirada das pessoas desses castelos, dessas muralhas, não só porque ficaram ali presas, mas de todo aquele sofrimento mesmo, de miséria, enfim, como os últimos dos últimos, então, eu acho que esse é o primeiro ponto, é que os sofredores de transtorno psíquicos e mentais não ficassem segregados, mas poder estarem sendo mostrados e expostos - uma parte da sociedade, são pessoas que podem transitar, que estão aí, não necessariamente precisam ser escondidos como uma vergonha; junto aos CAPS, isso não caminha sozinho, tem a construção as redes de atenção básica também; [...] mas quando fala em cidadania acho que tem três eixos: um é a construção do CAPS, de serviços como o CAPS, outro são as residências terapêuticas e o outro a economia solidária; hoje eu vejo como isso, assim, esses três projetos, que foram feitos com luta, porque a primeira luta foi dos hospitais, então, tem as portarias que substituiu os hospitais por CAPS, progressivamente, tem toda a luta do movimento antimanicomial, tem as leis que protegem, tem esses três eixos; residência terapêutica é um lugar de resgate à cidadania porque a pessoa vai poder estar numa casa, vai poder comprar um bombril pra limpar a panela, vai poder comprar tomate e batata, vai começar a transitar no meio de outras pessoas, com a vizinhança, a se autogerir, poder fazer escolhas para sua casa, onde ele quer botar um quadro, onde ele quer botar o guarda-roupa, sua roupa, com outros colegas, mas enfim...; tem também a economia solidária que é o momento de autogestão, de fazer escolhas também, de decidir sobre sua vida, em uma certa instância, porque em última instância, em última análise ninguém daqui decide sobre a sua vida, nem eu, nem tu, a gente já nasce num sistema que te absorve e a gente é o que em última análise o capitalismo quer que a gente seja mesmo, nossa roupinha, nossa comida, nosso padrão de beleza, tudo a gente faz como é vendido; eu acho que essas iniciativas, porque a economia solidária não é só cooperativa, não é só associação, não é somente, é uma outra forma de produzir trabalho e discutir sobre esse lucro, que antes estava na mão de algumas pessoas, então, é dividir, eu também decido sobre o que é o meu trabalho, eu não me alieno dele, mas eu sei onde é que vai o meu trabalho (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Fleury (2004, p. 4), os grupos excluídos estão, em geral, impossibilitados de participar das relações econômicas predominantes no mercado, como produtores e/ou consumidores, e das relações políticas vigentes, os direitos de cidadania. Segundo a autora, esta situação é agravada pela transformação das políticas públicas de proteção social, afastando-se de um modelo de seguridade social, que buscava assegurar coletivamente o mínimo vital para todos os cidadãos, em direção à individualização da pobreza e da exclusão.

Conforme aponta Pitta (2001), o homem moderno, acriticamente, persegue formas de inclusão social pelo trabalho, desconsiderando o fato do trabalho não ser nem

tão disponível nem tão flexível para suportar as diferentes demandas individuais e coletivas que a sociedade moderna impõe. Não obstante, a tradição asilar e assistencialista das instituições psiquiátricas, historicamente, caracterizou-se pela função de excluir os marginalizados, produtos das disfunções do modo de produção capitalista e da divisão social do trabalho. Em geral, a população internada, e muitos dos egressos de hospitais psiquiátricos atendidos nos CAPS, está cronificada, com poucas chances de retorno ao mundo do trabalho capitalista.

A fala relacionada a seguir traz a compressão e reflexão, do profissional entrevistado, com relação ao conceito de cidadania e as implicações práticas deste quando se tem como parâmetro uma concepção e um modelo de cidadania pautado na lógica da racionalidade.

Eu tenho visto que está se percebendo uma maior clareza da necessidade dessa cidadania do portador de transtorno mental, porém ainda falta um pouco mais de discussão em nome de que direitos o portador de transtorno mental tem pra fazer cidadania, porque é assim, a cidadania dentro desse modelo francês - igualdade, fraternidade, liberdade, ela exige muito a questão da razão, pra você exercer cidadania você tem que falar em nome da razão, e muitas vezes o usuário, quando está em crise acaba não falando numa razão, acaba falando uma desrazão, e aí como fazer? como dar conta disso? ainda não temos resposta, em nome de que cidadania é reinventada uma cidadania para os loucos, mas tudo bem, isso é pra gente pensar; então, o avanço que tem em relação a construção da cidadania é quanto mais ter associação de usuários em que se discuta cidadania, mais vai ter cidadania, que eu não acredito que os CAPS tenham trabalhado muito nessa lógica, porque acaba não discutindo a questão da cidadania, que cidadania é essa, o que se entende por cidadania, o que é o ser cidadão [...](GIRASSOL, 20/3/2006).

A cidadania integra as exigências de justiça e exercício democrático do poder; o sentimento de pertencer a uma comunidade e de estar integrado a uma dada coletividade social, em determinado espaço territorial (FLEURY, 2004). A idéia de direitos do cidadão – civis, políticos e sociais – remete a construção dos Estados nações, em que o princípio das nacionalidades precede o ideal filosófico cidadania universal. A cidadania, definida pelos princípios da democracia, constitui-se na criação de espaços sociais de luta (movimentos sociais) e na criação de instituições permanentes para a expressão política; significa, necessariamente, conquista e consolidação social e política (VIEIRA, 2002, p. 40). Ainda, a cidadania passiva, outorgada pelo Estado, se diferencia da cidadania ativa, na qual o cidadão, portador de direitos e deveres, é essencialmente criador de direitos para abrir novos espaços de participação política.

Diversos são os obstáculos para o exercício da cidadania do portador de transtorno mental entre estes a vinculação dos direitos a racionalidade instrumental-cognitiva da ciência; a vinculação da sua prática a inclusão controlada no mundo do trabalho, modelo este que, no caso brasileiro, é denominado por Santos (1979) de cidadania regulada. Vasconcelos (2000b, p. 191) indica que, para aqueles que assumiram a proposta da desinstitucionalização e reinvenção da cidadania no campo da saúde mental, há de considerar que estamos diante de um terreno de relações de forças complexo e paradoxal, em que a manutenção do caráter democrático nas relações exige abandonar esquemas conceituais lineares, onipotentes, que queiram garantir de antemão a sua eficácia.

Fleury (2004, p. 12), observa que “a mediação entre os indivíduos e o Estado, através da igualização realizada na cidadania só é efetiva, na medida em que a sociedade civil seja capaz de realizar as funções de agregação dos interesses, reconhecimento dos sujeitos e sua inserção na esfera pública. Só assim a cidadania deixa de ser um invólucro legal e passa a ser um exercício na vida social”. Portanto, uma visão mais ativa de cidadania requer um sentido de sociedade civil como uma esfera pública onde os cidadãos se encontram em reconhecimento mútuo, e isto faz possível a sociedade plural.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referiram que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental substitutivos ao modelo tradicional/asilar. As falas a seguir identificam estas dificuldades fazendo uma análise da questão na realidade da sociedade capitalista atual.

Tem o mito de louco, do louco perigoso, do louco imprevisível, é algo que pesa muito [...], que é a lógica do mercado; pra nós, basicamente, estar inserido na sociedade é estar trabalhando, a gente se pauta muito por isso, pra poder se considerar inserido, vinculado no mundo você tem que estar no mercado de trabalho e, muitas vezes, essa lógica enlouqueceu muita gente, e as pessoas não conseguem, principalmente os usuários dos serviços de saúde mental, os psicóticos em particular, tem muita dificuldade em entrar nessa lógica, e se submeter a ela, coisa que pra qualquer um tem um custo muito alto em termos de saúde, eu digo quem está inserido mesmo no mercado de trabalho, em termos de saúde, de relação com a sua família, com as pessoas que gosta, com os amigos etc., isso tem...; viver para o trabalho é algo que pra nós é insalubre de uma certa maneira, a gente não faz outra coisa a não ser trabalhar; então, pra essas pessoas que estão fora do mercado de trabalho

é muito complicado poder voltar, o que sobra é uma rede de assistência que na nossa realidade é sempre capenga, sempre parcial, tem dificuldade em aceitar o louco por conta desses mitos, e, também, da própria resistência do usuário, da pessoa com esse tipo de dificuldade de entrar nessa lógica, no que ele de uma certa maneira faz muito bem, algo que cria outros problemas pra ele (F, 12/4/2006).

São tantas, é assim, primeiro lugar, eu vejo assim, com todo o preconceito que tem da loucura, tem uma coisa no nosso sistema capitalista que é a questão da produção, produção de capital, produção de bens, e inserção no comércio, no mercado de trabalho, então, o portador de transtorno, sofrimento mental, ele a princípio, quando ele está nesse estado, ele não é produtivo, produtivo pra esse sistema capitalista, ele não trabalha, ele não consome muito, porque ele não vai ter dinheiro, portanto, isso de maneira geral, a gente sabe que as pessoas de posse, que a loucura, o sofrimento psíquico ele atravessa qualquer classe, mas 90% tem isso; então, a princípio existe a exclusão, já existe esse preconceito também, mas muito mais que isso, que a sociedade de fato ela é dividida entre os que produzem, os que fazem a engrenagem funcionar e os que estão a margem, então, o usuário é mais um que está a margem, assim como o menino de rua, os rapazes do morro, então, ele é mais um, também, que causa incomodo, e ele no Estado, das políticas públicas do Estado ele seria como só o gasto, não seria mais uma produção; além de ser uma sociedade racionalista que tem toda a sua formação no discurso, no discurso reto, no discurso racional, na fala, a fala racional, na linguagem articulada como o único meio privilegiado de comunicação, e o usuário, muitas vezes, não tem esse instrumento, por conta da sua fragmentação, da sua história, da sua medicação, da própria coisa do delírio, muitas vezes ele não tem o tempo todo essa fala coerente, esse discurso, dessa forma já faz com que ele não seja inserido, uma vez que ele é a minoria digamos assim (LÉLI, 4/4/2006).

Hoje, a gente fala muito em rede de atenção psicossocial; eu percebo que é uma rede que ela tem que estar instituída, que são locais de proteção para o portador de transtorno mental, são as certezas, são os caminhos certos que os usuários teriam, a rede; o problema a começar é que nós não temos essa rede instituída, entendo por rede: emergência psiquiátrica ou emergência em atenção psicossocial em hospital geral, CAPS III, CAPS II, CAPS criança e adolescente, CAPS álcool e droga, associação de usuários, escritório jurídico para amparar o direito do portador de transtorno mental, atenção primária em saúde mental, equipes volantes, centros de convivência, enfim, tudo o que preconiza a rede em atenção psicossocial, esse seria o primeiro passo; então, essa dificuldade, não temos a rede em atenção psicossocial, esse é um passo; segundo, o próprio imaginário social das pessoas em relação a loucura e ao louco, isso é uma outra dificuldade, que daí entra em cena o estigma e o preconceito, onde o portador de transtorno mental passa a não ter crédito na comunidade, e isso ainda é uma dificuldade; e, claro, depois tem toda a questão do trabalho, as cooperativas de trabalho, que ainda não se discute muito em Santa Catarina, não conheço nenhuma cooperativa social de trabalho para portadores de transtorno mental, que é uma forma de gerar trabalho diferente dessa preconizada pelo modo de produção capitalista, que você tem que produzir pra receber, isso é uma outra dificuldade, a dificuldade em cima da questão do trabalho, do emprego, que muitos acabam tendo seu reconhecimento, sua valorização em cima

do dinheiro que tem no bolso, o poder contratual que a pessoa possa ter, as vezes, na sociedade, é o quanto ela tem no bolso, e a maioria dos usuários não possui isso, e é aonde muitos acabam querendo se aposentar para poder ter o seu dinheiro, que não tem outra alternativa ou clareza do que fazer pra ter dinheiro, então, esse é um problema enorme na questão da reinserção social (GIRASSOL, 20/3/2006).

Os participantes da pesquisa apontaram que uma das possibilidades para a (re)inserção familiar e social pode ser a separação das oficinas produtivas da área física do CAPS. Esta proposta e os projetos de geração de renda via economia solidária foram apontadas por alguns dos entrevistados como uma das alternativas para a realização de uma maior integração do serviço com a comunidade, bem como a melhor adequação do próprio espaço físico do CAPS.

[...] a questão do projeto de geração de renda, que eu acho que de fato está faltando, inclusive a gente já está também se mobilizando pra tentar criar um projeto nesse sentido, porque os usuários aqui, nas oficinas terapêuticas produtivas, eles conseguem ter acesso ao material específico de cada oficina produtiva, também, a técnica de produzir o artesanato, mas não tem mercado; eles conseguem vender as peças, conseguem resgatar uma grana, mas não é suficiente pra poder manter ele, manter as condições de sobrevivência; então, precisa implantar essa geração de renda, de fato acho que vai dar um gás pra essa (re)inserção dos usuários que estão sendo tratados do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Já para uma das profissionais entrevistada as dificuldades na (re)inserção social estão mais relacionadas a questões de singularidades dos portadores de transtorno mental.

Eu acredito que volta de novo pro estigma, vai voltar pra própria incapacidade, pra própria dificuldade do usuário, do paciente; muitas vezes eles poderiam fazer algo muito mais do que fazem, e aí tem o medo, o medo deles, o medo de eles terem de enfrentar a própria doença, de eles terem que enfrentar os outros, e a hora que eles conseguem fazer esse movimento aí vem o medo do outro, aí é mais fácil ficar parado, aí volta pro comodismo, mas de alguma forma se a gente consegue..., aí não precisa de grandes movimentos, eu imagino que pequenos movimentos dentro da comunidade, que seja, alguém ir conversar com o diretor da escola, ir conversar, aí a diretora consegue conversar na sala, vamos supor que tem alguns pacientes, mais jovens, que pelo surto psicótico deixaram de ir e aí não retomam, não retomam porque tem medo, porque as vezes vão rir dele porque ele é louco; então, pequenas intervenções, elas tornam possível mudar um pouco essa inserção, essa reinserção, mas a gente esbarra de novo na falta de técnicos pra fazer isso e também acho que até por uma falta de equipe, aí volta pra equipe, entende, não tem uma equipe que pense isso em conjunto, que age em conjunto e aí como fica muito personalizado, individualizado os atendimentos, cada um vai pra..., eu vou pro meu consultório, outro vai pra oficina e aí não tem a equipe (J, 22/3/2006).

Outra entrevistada referiu-se ao estigma e preconceito existente por falta de conhecimento e divulgação, exposição, seja nas universidades ou por parte dos próprios serviços de atenção, sobre saúde mental.

Bom, eu acho que entre elas a questão do estigma, do preconceito, e não é um preconceito.... a gente sabe que tem riscos em algumas situações, a gente também as vezes tem medo de algum paciente, te dizem ah fulano matou três pessoas..., não é um preconceito que nasce do nada, muitas vezes é um preconceito que de alguma forma é compreensível, mas você não pode ah então ta...; eu acho que não existe muito, você não vê muito nos meios de comunicação uma campanha em torno da desestigmatização, você vê de outras coisas, com relação a aleitamento materno, outras questões da política de saúde; com relação a saúde mental eu acho que se fala pouco na sociedade, se discute pouco; por exemplo, na universidade, até não sei se lá na saúde pública o pessoal da saúde mental tem feito mais coisa, até os alunos que vem fazer residência aqui, a primeira reação deles é: a gente está aqui e tem medo, nem eles foram preparados pra isso, então, você começa a avaliar que tem uma falta..., não se fala muito no assunto, acho que assim, não se fala no assunto na sociedade; assim como se faz grupos de mulheres lá nos postos de saúde pra tratar de questões de sexualidade, muitas vezes faz sala de espera pra tarar de questões..., não se faz uma sala de espera pra falar de saúde mental; então, eu acho que talvez assim, a gente pensar, bom! nós estamos nisso (na saúde mental) e nós nunca fomos fazer uma sala de espera no posto de saúde da Agrônômica pra falar de saúde mental, pra falar do CAPS, quem sabe a gente também precisasse fazer algumas coisas assim, começar uma divulgação maior; acho que pouca gente de fora do serviço, fora das pessoas que trabalham na saúde mental sabem da política do Ministério pra saúde mental, que existe uma política de criação residências terapêuticas; eu li relatos de pessoas no Rio (RJ) que tiveram muita dificuldade de alugar pra se fazer uma residência terapêutica, num prédio então, quando ficaram sabendo que eram pessoas que vinham de hospital psiquiátrico ninguém quis; então é muito difícil, e ao mesmo tempo tem experiências positivas, tem pessoas que estão na residência e diz que a vizinhança viu que eles não são bichos, que eles podem interagir, podem estabelecer laços de vizinhança, então, tem algumas experiências boas e algumas experiências que são difíceis (P, 17/3/2006).

No contexto do estudo foi perguntado aos profissionais entrevistados se a atual organização dos serviços de saúde mental favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais. Conforme pode ser observado nas falas relacionadas, as opiniões foram divergentes. Dois deles observaram sobre a necessidade da existência de diversas instituições e serviços articulados e integrados à proposta da rede de saúde mental para que seja possível favorecer a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental

Embora a estrutura se localize no município, pelo menos eu estou pensando em termos de utilização da rede; então, a gente tem no Brasil inteiro muita diversidade, tem cidades onde a rede está montada, foi instituída e funciona legal, não é o caso de Florianópolis, a gente tem dá pra dizer poucos serviços, são só três CAPS que deveriam estar regionalizados ou territorializados, mas não estão, e tem algumas equipes de saúde mental nas Regionais, nas sedes das regionais, então, eu vejo assim, tem uma rede a ser constituída, ela precisa criar os mecanismos pra que a pessoa possa usar isso como rede, isso em termos de atenção à saúde, quando eu falo em rede eu também não estou pensando só em serviço de saúde, estou pensando que há uma possibilidade de a gente ter uma rede que inclua outros serviços, que não sejam só os de saúde, só os especializados, que eu acho que é a nossa necessidade, você incluir outras instituições, outros programas, enfim, que tenham vinculação com a cultura, com o trabalho, com a arte, produção do conhecimento, com as universidades por exemplo, as universidades são um campo excelente, seriam um campo excelente pra gente poder trocar um monte de coisas, pelos programas de extensão que eles tem, pelos projetos comunitários etc., a gente podia estar fazendo parceria com as universidades, mas não conseguimos, não sai, não rola; [...] a saúde mental eu acho que é o melhor exemplo desse distanciamento porque é difícil encontrar uma universidade onde a Reforma Psiquiátrica esteja incluída, ou mesmo os temas da reabilitação psicossocial estejam incluídos nos currículos dos cursos de saúde, é raríssimo (F, 12/4/2006).

Então, essa rede montada de forma territorializada, principalmente, eu acho que esse aspecto da territorialização é fundamental, é chave pra conseguir a reinserção social, não só por facilitar o acesso do usuário, mas pelo fato de o serviço estar ali no seu território, isso é fundamental, além disso, o projeto de geração de renda, as vagas, os leitos psiquiátricos no hospital geral, é todo esse contexto que precisa ser implantado para de fato poder facilitar o trabalho de cada instituição dessas, seja do CAPS, seja do projeto de geração de renda, ou do próprio hospital geral, como um todo, assim, essa engrenagem funcionando bem aí sim vai ser mais rápida a reinserção social do usuário portador de transtorno mental (VIK, 24/3/2006).

A partir das colocações dos participantes da pesquisa, destaca-se a importância da rede de serviços na construção da cidadania das pessoas atendidas pelas políticas de ativação, as quais, segundo Fleury (2004), tem como objetivo a inclusão social de conjuntos populacionais definidos a partir da territorialidade. Tal proposta pretende tratar o território como um componente, tanto material como simbólico, da esfera pública. Neste sentido, a construção da cidadania passa, necessariamente, pela reconstrução das cidades e potencialização da rede de serviços na valorização das características objetivas e subjetivas da demanda local.

Na seqüência, um dos entrevistados enfatiza que a forma como são pensados e estão organizados os serviços de atenção não favorece a construção da cidadania dos usuários.

Não, não favorece, porque, primeiro, os serviços de saúde mental estão sendo construídos pra quê? Não tem muito claro ainda pra quê que se tem atenção básica em saúde mental hoje, pra quê se constrói centro de convivência, pra quê tem o CAPS? acho que o objetivo do serviço parece não estar muito claro, talvez eu esteja enganado; veja bem, a atenção básica é mais no sentido pra estar discutindo os seus conflitos, minimizando os “sintomas psiquiátricos”, e aí acaba não tendo um trabalho de reflexão sobre o contexto que a pessoa está inserida; [...] a questão da cidadania tem a haver..., quanto mais articulada for a pessoa, quanto mais ela se envolver com as lutas sociais, mais cidadania ela vai exercer, quanto mais clareza, mas crítica, mais conhecimento ela vai ter, ela vai desenvolver cidadania; então, a forma hoje como os serviços estão organizados, ela acaba não favorecendo essa questão da construção da cidadania porque ainda vem de uma lógica de modelo centrado no transtorno mental (GIRASSOL, 20/3/2006).

Uma outra profissional considerou ser difícil avaliar a questão pelo fato de a rede de serviços não estar implantada por completo, e por não ter avaliações sistemáticas dos resultados.

Olha, eu não sei se a gente já tem condições de fazer uma avaliação, a rede está meio que andando [...] assim, qualquer coisa que eu vá dizer é, assim, referente uma experiência ou outra, não sei se a gente tem condições de fazer uma avaliação enquanto rede; por exemplo, eu vi muitas experiência positivas em cidades como Campinas (SP) que eles já tem há mais tempo, por exemplo, residências terapêuticas, tem desde o começo dos anos 1990, tem muitas experiências boas de pessoas que conseguem transitar na vida, tem gente que está trabalhando; [...] eu acho que a gente precisa além de ter a política, de ter a carta de intenções, a gente precisa ter avaliações também, eu acho que uma questão dessa eu sinto que precisa ter uma forma mais sistemática de avaliar, qualquer coisa é uma coisa mais ou menos um olhar particular pra aqui pra ali, acho que no todo a gente não tem (avaliação sistemática), pelo menos eu não conheço ainda, pode ser que estão fazendo e eu não saiba ainda (P, 17/3/2006).

Já para duas das entrevistadas, a atual organização da rede de serviços na política de saúde mental favorece sim a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental.

Sim, eu acredito que sim, na teoria ela é muito importante e acho que trabalhando em todas as instâncias, se a gente for pensar naqueles mapinhas, os ambulatórios, os CAPS, hospitais dia, a escola, e os centros comunitários, os postos de saúde, todos capacitados; eu acredito que sim, a rede ela é bem estruturada e ela possibilita aos portadores de doença

mental, enfim, terem uma reinserção melhor e maior na sociedade, e também de entendimento do que ele tem, do que ele pode fazer, quais são os recursos que ele tem também pra lidar, dentro dessa rede (J, 22/3/2006).

Acho que sim, favorece, se tu me perguntasse se ela resolve, eu diria que não claro, ou até que ponto ela resolve, mas favorece sim, eu acho que tem um favorecimento relacionado a forma que as pessoas eram tratadas, acho que favorece muito mais (LÉLI, 4/4/2006).

É possível perceber nas falas relacionadas acima a preocupação com a efetiva implantação da rede de serviços em saúde. As redes, conforme proposto na política de saúde mental, possuem muitos centros, muitos nós que as compõem e as tornam complexas e resistentes. Estão embasadas na noção de território, como um sistema de relações e estruturas, muito mais que um simples espaço geográfico. O fundamental neste processo é que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento.

Neste sentido, torna-se de fundamental importância refletir sobre o exercício da cidadania no contexto das políticas públicas, cada vez mais segmentadas e focalizadas. Para Fleury (2004, p. 2), “as políticas atuais de inserção buscam reafirmar a natureza contratual do elo social em novas bases, com a revalorização do local e comunitário e a transformação do Estado em um animador e mobilizador de recursos societários. Reduzido a mantenedor da estabilidade de uma ordem econômica que produz a fragmentação e a exclusão social, o Estado, busca atuar de maneira compensatória e focalizada, atendendo aos grupos mais vulneráveis e/ou potencialmente ameaçadores da ordem social, por meio da convocatória da solidariedade lançada aos diferentes setores inseridos na ordem econômica. No entanto, a incapacidade de alterar as condições estruturais de produção da exclusão mostra os limites das políticas de ativação, cuja promessa de inserção social carece de expectativas de emancipação dos sujeitos e coletividades beneficiários”.

3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica

Os CAPS compõem o rol de serviços do modelo psicossocial de atenção em saúde mental proposto na e pela Reforma Psiquiátrica. Perguntamos aos entrevistados qual seria o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica e obtivemos como

resposta que este teria a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos ideais da própria Reforma.

Eu acho que a função imediata ela é servir como um ponto de articulação, porque a gente consegue criar um ambiente que é relativamente protegido e que dá ao usuário as condições de ele poder participar de outros circuitos; fundamentalmente é essa a função, de articulação; eu lembro de uma discussão que a gente fazia, em Brasília, uma vez, sobre essa importância excessiva que os CAPS acabaram adquirindo, como quase que o central do sistema hoje é o CAPS, mas ao mesmo tempo a necessidade de se ter um espaço como esse, principalmente, pra quem está vindo de uma internação prolongada ou pra quem sempre passou a vida dentro de um hospital psiquiátrico, se tem que ter um pólo, uma instância articuladora pra poder fazer a passagem, porque o cara não vai sair do hospital e retomar sua vida imediatamente, não vai, ele tem uma série de dificuldades que ele não consegue vencer, e o CAPS, nesse sentido, a função seria essa, de poder..., tem uma expressão que eu acho interessante que é: emprestar poder de contratualidade, ou seja, poder dá um certo aval de que esse sujeito pode participar novamente ou pode participar pela primeira vez dos circuitos sociais, pode fazer laços com outras pessoas, com outras entidade, outras instituições, esse é o aval que eu acho que um CAPS pode fornecer e essa é sua principal função (F, 12/4/2006).

É pensar o CAPS como um espaço em que o paciente vai estar usando e tendo apoio para os momentos de crise, e fora os momentos de crise, também, que não seja hospital, e aí, dentro da Reforma eu acho que o CAPS ele é fundamental, assim como os hospitais dia, é que aqui em Florianópolis a gente não tem hospital dia, mas eu acho que os moldes do CAPS (eles estão) é muito próximos, as vezes até é difícil dizer o que é um o que é outro; esse momento de transição do hospital para a sociedade, nesse momento o CAPS é algo muito importante, ele dá, é capaz de conter, dar uma continência pra o usuário, isso a gente percebe mesmo quando não tem nada, o paciente já está muito bem, eles voltam quando estão em crise, sem ter nada marcado, e só de estar aqui pra muitos já é confortante, então, a gente percebe que essa continência, esse acolhimento, e saber que ninguém vai vir aqui e amarrar e conter, porque acho que esse é o medo, de todo mundo, acho que isso já possibilita a procura, eu estou mal vou lá, vou buscar a ajuda do CAPS (J, 22/3/2006).

Eu diria que o CAPS seria o pensador da estruturação da rede de saúde mental, que via de regra o CAPS acaba sendo pra municípios de médio porte o primeiro serviço a ser instituído no território, no município, aí o CAPS acaba assumindo essa responsabilidade, a portaria fala bem disso, a 336, do que compete ao CAPS, e tem vários itens lá, entre eles organizar a rede de saúde mental no município, porém, acaba sobrecarregando os profissionais de saúde mental que atuam nesse CAPS; então, a importância do CAPS na operacionalização da Reforma, ele é importante enquanto um dispositivo crítico, ou seja, se o CAPS não ter a clareza do que seja a Reforma Psiquiátrica ele não vai

operacionalizar, ele só vai operacionalizar a Reforma Psiquiátrica quando ele entender que Reforma Psiquiátrica é o processo social complexo que se configura pelas quatro dimensões, enquanto ele não repensar, refletir a sua prática, o que ele está fazendo, o que não está fazendo, ter mais autocrítica, ele não vai conseguir operacionalizar a Reforma Psiquiátrica; ele tem importância porque tem vários atores, vários profissionais, é um time de pessoas, muito rico, envolvidas que estão no CAPS; agora, enquanto não ter claro o que é Reforma Psiquiátrica, esse processo, não vai conseguir fazer nada; ele é importante, mas se não tiver clareza de Reforma... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Na medida que o CAPS é a primeira, digamos, unidade, primeiro serviço que se propõem a substituir o hospital psiquiátrico já existe nisso por si só a sua importância; é substituição e não que a pessoa não possa ser internada, mas a idéia é que seja nos hospitais gerais, em algum leito nos hospitais gerais, então, bom, o CAPS é o primeiro ponto, é o primeiro lugar onde a pessoa vai passar o dia, onde vai ser tratado de outra forma o seu sofrimento, então, a importância dele está nisso, na importância política e clínica também (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que o CAPS, fundamentalmente, ele faz a clínica; se tem essa rede montada o CAPS faz a clínica, ele faz o atendimento psicossocial do usuário portador de transtorno mental, ele atende as questões mais subjetivas, e de fato toda esse mix de previdência social, a medicação, o atendimento psicológico, atendimento de enfermagem, mas se existe essa rede montada e aí vamos ter um projeto de geração de renda, aí ele vai fazer geração de renda, todas as Oficinas vão acontecer ali e não dentro do CAPS, o CAPS deveria estar na comunidade ele deveria estar territorializado (VIK, 24/3/2006).

Acho que todo mundo gostaria que ele pudesse ser um eixo desencadeador de todos esses ideais da Reforma Psiquiátrica, que a partir disso se experimentasse uma nova relação, que o paciente pudesse estar se soltando mais pra vida, pra construir seus projetos, seus ideais; acho que é muito importante poder retirar pessoas que estão enclausuradas há anos, criar esses mecanismos como residências, etc. pra pessoas que não vão resgatar os vínculos familiares, tem que procurar outras alternativas; acho que o CAPS ainda é uma instituição que é fundamental nessa política, ainda acho que ela pode fazer um papel importante; no dia-a-dia é um pouco mais difícil porque as vezes a gente não tem tantos mecanismos de avaliações, muitas coisas que também a gente vai capengando; quando você vê algumas experiências de pessoas que estão conseguindo dar conta da sua vida, saem, aí você vê que, bom! tem algumas coisas boas que estão acontecendo, o CAPS também está contribuindo; então, no meio dos prós e dos contras eu acho que os prós ainda são maiores, eu acho que é muito mais humano, muito mais um fator de justiça social você ter um espaço assim do que você ter uma pessoa enclausurada no hospital (P, 17/3/2006).

Neste sentido, conforme inscrito na Política Nacional de Saúde Mental, os CAPS devem assumir seu papel estratégico na articulação e no “tecimento” das redes de atenção em saúde mental. Tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da

rede de serviços, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, ONGs, empresas etc. (BRASIL, 2004, p. 12)

3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde

A proposta do progressivo deslocamento dos centros de cuidados em saúde mental para fora do hospital psiquiátrico, em direção à comunidade, colocada na e pela Reforma psiquiátrica tem nos CAPS o dispositivo estratégico desse movimento. Neste sentido, a rede básica de saúde torna-se o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os portadores de transtorno mental.

Essa rede é formada pelos centros ou unidades locais e/ou regionais de saúde, Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, que atuam na comunidade de sua área de abrangência. Os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, pois tem um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Por sua proximidade com as famílias e comunidades, as equipes de atenção básica são um recurso fundamental para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso de substâncias psicoativas e diversas formas de sofrimento psíquico. Neste sentido, é importante e necessária a integração e articulação dos CAPS com a atenção básica. Assumir esse compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção da saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo (BRASIL, 2004).

As atuais diretrizes da política de saúde mental do Ministério da Saúde orientam que, onde houver cobertura do PSF, deverá haver uma equipe de apoio matricial em saúde mental para no mínimo seis e no máximo nove equipes de PSF. E, que as ações de saúde mental na atenção básica devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2004).

No que se refere à relação existente entre o CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município e qual o tipo de relação existente, os dados coletados na

pesquisa indicam que: a maioria (91,7%) respondeu que sim, com ressalva de que é muito pouco, funciona de maneira precária e confusa, e que está num processo preliminar ainda. O profissional que respondeu não, observou que a rede está em processo de formação. Os profissionais cujas respostas foram positivas identificaram que a relação é de encaminhamentos, atendimentos em conjunto com as equipes de saúde mental das Regionais de Saúde, ajuda em atendimentos nas unidades locais de saúde, com os agentes comunitários de saúde, de referência, de acompanhamento, visitas domiciliares, encontro mensal dos trabalhadores de saúde mental da rede e encontro mensal dos psiquiatras da rede.

Sobre a relação do CAPS com as equipes de PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência alguns entrevistados observaram que a relação é pouca ou mínima, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda²³. Foram apontadas como justificativas o fato de o CAPS Ponta do Coral não estar territorializado, deste ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta do município, e a ausência de um planejamento e de estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente.

O CAPS como ele é único, então, ele é de toda a região; então, eu poderia até estar te respondendo que a gente tem um Posto aqui de cima do CAPS, que é o Posto da Agrônômica, ali tem o Programa de Saúde da Família implantado, com a presença dos residentes do Programa Saúde da Família e o contato que eu tenho, ele é meu, não existe nenhum outro programa ou vamos dizer convênio do CAPS com a Agrônômica, é meu aqui, assim como talvez seja da psicóloga em outro momento quando há essa partilha de paciente quando faz parte dos dois, então, eu só sei do que eu tenho, mas é muito pouco, eu tenho contato com alguns residentes que atendem alguns pacientes daqui, e eles precisam de algumas dicas ou, enfim, de se interar do que acontece, e eu também preciso saber como é que anda o acompanhamento deles lá, e aí entra em contato, as vezes vem aqui ou eu vou lá, mas são essas formas isoladas e depende daquele momento e da necessidade daquele usuário, não é algo que seja programado, que seja antecipado, institucionalizado, no sentido de firmar essas relações de uma forma..., não há; e, assim, o contato é com os residentes, não tem o contato com quem realmente vai ficar, porque os residentes passam depois de dois anos, eu também não tenho contato de quem é o médico, quem é o enfermeiro do Programa Saúde da Família, quem é o agente comunitário que vai na casa desses usuários, isso não tem, acho isso muito ruim, é muito falho, embora, volta pra aquela questão da equipe, que as coisas não são compartilhadas, você nunca sabe direito, é muito fragmentado, o que já foi feito, o que não está sendo feito; também não é delegado a função à ninguém de fazer, não há um planejamento pra isso (J, 22/3/2006).

²³ Em estudo sobre o CAPS de Palhoça/SC, Franco (2005) encontrou situação semelhante na relação do CAPS com o PSF e demais serviços de atenção básica municipais.

É mínima, é mínimo o contato, assim, as vezes, quando a gente necessita a gente vai atrás, tenta achar alguém que se interessa, que tenha alguma afinidade com a saúde mental, as vezes um agente de saúde que consegue se aproximar mais daquele usuário que mora lá e que resolve dá uma força, mas é assim, depende de uma série de coisas, da disponibilidade pessoal, da sorte de encontrar alguém etc., quer dizer é falta mesmo da articulação em rede, porque se a gente tivesse essa articulação o PSF automaticamente já seria acionado, e a gente não tem isso; claro, quando a gente precisa a gente até encontra uma boa resposta das equipes do PSF, mas pode não encontrar, tem um risco[...] não, isso não existe (articulação institucional CAPS – PSF), isso tem que ser construído, tem que ser proposto (F, 12/4/2006).

A relação que o CAPS tem é principalmente pra acompanhamento, a relação é essa, relação de acompanhamento, as vezes precisa realizar alguma busca ativa e não temos a possibilidade no momento, então, tem essa relação, a relação que a gente tem é mais no sentido de acompanhamento do próprio usuário; o que seria ideal, seria um pouco mais de estreitamento, discutir junto com o Programa de Saúde da Família alguns casos, nós irmos aonde os agentes comunitários estão, discutir algumas situações e isso não tem acontecido ainda; com essa lógica aí das regionalizações tem essa possibilidade; então, hoje existe uma relação, só que uma relação muito esporádica de situações isoladas e que precisa ser superada; o maior problema que existe é devido ao CAPS não ser territorializado, o CAPS II Ponta do Coral ele tem que atender uma demanda muito grande, basta ver o IBGE hoje, tem 400 e poucas mil pessoas em Florianópolis, então, é um CAPS II pra atender toda a demanda adulta do município, talvez o ideal seria um CAPS I em cada região, nas cinco regionais, e transformar esse CAPS num CAPS III no caso, e aí repensar depois toda a rede; então, a relação, ela se compromete com o Programa Saúde da Família devido a não territorialização do CAPS Ponta do Coral, a relação que existe é a relação de acompanhamentos isolados (GIRASSOL, 20/3/2006).

É uma relação ainda muito inicial ainda, um pouco precária; com os agentes comunitários a gente tem mais proximidade, no momento da visita domiciliar e no momento de fazer o resgate dos usuários que abandonaram, por algum motivo, o atendimento, mas acho que a relação poderia ser melhorada se o CAPS fosse territorializado, como a gente está aqui, é no centro pra todo o município, fica muito difícil, então, a nossa relação é muito mais com as referências regionais de saúde mental da atenção básica do que com as próprias equipes de PSF das unidades locais de saúde (VIK, 24/3/2006).

É isso que eu falei, essa perspectiva da regionalização que começou aqui visava uma maior articulação com a rede; eu acho que isso é um projeto que está ainda meio que na sua infância, ele está começando e, assim, o que eu te falei, a gente precisa sair mais daqui, no Norte (Regional Norte) a gente vai tentar essa experiência agora (realizar as reuniões da regional nos postos de saúde) de contato e incluir, por exemplo, os agentes comunitários nos processos de reunião com os pacientes daqui, tentar ver se eles podem estar acompanhando o paciente lá; tem uma paciente que está aqui que a gente esteve lá no Posto do Saco Grande pedindo pra equipe assumir alguns cuidados com essa paciente, eles se

dispuseram, mas assim, por enquanto ta muito mais alguma iniciativa aqui, ali, do que um processo mais amplo, não sei assim como isso vai caminhar com a história de já ter, por exemplo, profissionais regionalizados, isso também vai poder ser incrementado, esse é um desejo que eu tenho (P, 17/3/2006).

É muito pequena, muito, muito, muito, muito; eu não sei nem te dizer, em uma escala de um a dez acho que fica em dois, está muito pequena, está muito além do que poderia ser, eu acho que talvez com a implantação agora dos serviços na rede, nós temos em cada Regional um psiquiatra, dois psicólogos, uma média assim, está existindo mais aproximação, mas do CAPS não, muito pouco, muito pouco. [...] quando tu pergunta, hoje, qual é a relação do CAPS? eu não posso te mentir, pra mim é quase zero (LÉLI, 4/4/2006).

Buscando explorar as informações sobre a relação do CAPS com a rede municipal de serviços de saúde, perguntamos aos profissionais se o serviço realiza algum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. A maioria deles (75%) respondeu que não, dois referiram não saber responder e um respondeu que sim. Dentre os que responderam que não, um justificou que o CAPS não tem estrutura para atender mais esta demanda. Dois dos profissionais entrevistados disseram estar pensando neste tipo de trabalho. Um deles falou sobre a existência de um projeto, conforme relatado na fala que segue.

[...] a gente tem um projeto aqui que é de formação de acompanhantes terapêuticos, e no ano passado a gente formalizou esse projeto e mandamos pro Ministério da Saúde, ele foi aprovado e até hoje estamos esperando a liberação de dinheiro, mas enfim, o projeto foi aprovado, e a idéia era justamente transformar o agente comunitário de saúde num acompanhante terapêutico, e aí a gente faria a formação, uma capacitação, um curso de capacitação aqui, e depois faria o segmento com supervisões regulares, é uma forma de dar formação em saúde mental pra atenção básica e manter essa que é uma função do CAPS de dar supervisão e a formação mesmo pra esse nível da atenção; [...] a gente está esperando o dinheiro do Ministério da Saúde, ta lá pendurado, a gente olha o nome do projeto na internet, está lá, mas não tem nem empenho ainda, significa que não tem dinheiro destinado (F, 12/4/2006).

Para que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas na atenção básica é fundamental a capacitação destas equipes. A orientação é que as equipes de saúde mental de apoio á atenção básica incorporem ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. Conforme aparece na fala do profissional, são previstos recursos para o financiamento deste tipo de ações, embora, muitas vezes, a dependência de orçamento, a morosidade burocrática e/ou

ausência de decisão política, que justificam a longa demora, acabam por desestimular, dificultar, inviabilizar as iniciativas dos profissionais.

Repetidamente, temos ressaltado neste trabalho que os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico para a organização da rede de atenção em saúde mental, conforme é indicado nas diretrizes políticas da Reforma Psiquiátrica. Nesta direção, questionamos os técnicos da equipe do CAPS Ponta do Coral sobre qual o lugar que o serviço ocupa na rede municipal de atenção em saúde, em Florianópolis. As falas transcritas na seqüência destacam o fato deste não estar territorializado e, portanto, não se constituir no serviço regulador da porta de entrada para o atendimento em saúde mental. As equipes de saúde mental nas referências das Regionais de Saúde é que, atualmente, constituem-se no serviço primeiro de atenção em saúde mental. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhados pessoas com transtorno mental grave.

Seria esse serviço que articula, que regulamenta; não necessariamente ele é uma porta aberta que entra qualquer um; eu acho que ele pode até ser a articulação e a regulação, pode ser feita até capacitações nas equipes locais de unidades básicas, que a partir daí você vai poder em um caso de uma ansiedade ou uma briga com o namorado, “eu tomei 4 aspirinas”, não vai chegar aqui no CAPS; vai chegar aqui no CAPS realmente aquilo que for um caso mais grave, e só há possibilidade de isso acontecer a partir do momento em que as unidades locais estejam todas capacitadas e entendendo, até porque assim diminui o trânsito desse paciente; vamos supor: ele sai de uma cidade, vem pra Florianópolis, daí diz: onde é que eu vou num psiquiatra? Ah! vai lá no CAPS, aí alguém fala: mas tem que passar no clínico antes, aí passa no clínico, aí o clínico encaminha pro psiquiatra, daí ele não sabe onde vai procurar o psiquiátrica - vem pro CAPS, não vem pro CAPS, aí vem pro CAPS, mas é que na verdade ele toma fluoxetina há 2 anos, está em tratamento de manutenção porque ele tem um quadro de depressão recorrente, não é caso CAPS, então, isso já poderia ter sido triado lá no começo, o paciente já poderia estar tendo as consultas desde o início, todas acertadas, sem precisar ficar correndo de um lado pro outro [...]; então, eu acho que ele tem esse papel, tem essa função de regular, de saber o que está acontecendo no hospital, na Colônia, e ter esse contato, uma ligação sempre com a Colônia, e com os Postos de saúde [...]. (hoje, o CAPS faz isso?) algumas coisas, bem isoladas, de novo, é meio como um apaga fogueira; por exemplo, hoje, a gente foi fazer uma visita domiciliar lá no Saco Grande (bairro de Florianópolis) porque o paciente estava em tratamento psiquiátrico particular e parou de tomar o remédio, e aí a gente foi lá, só que o paciente não queria falar com a gente, mas, assim, eu chego lá, converso com a equipe que está lá naquele local e muitas vezes é só a psicóloga; também tem um certo descaso, no sentido de que ah! agora eu não posso falar, porque não percebe que conversando sobre aquele caso vai possibilitar que isso seja ampliado pra outros casos, pensam-se saídas semelhantes pra outro momentos, mas, assim, acaba virando um apaga fogo, e toda hora você tem que ir

apagar um fogo; então, existe um pouco, mas não de uma forma bem usada (J, 22/3/2006).

É atenção secundária como se diz; ele regula e não regula; [...] tudo vai passar muito pela clareza que os profissionais que estão na saúde mental tem em relação a própria epistemologia, tem em relação a própria política, tem em relação a própria noção de SUS, a própria noção de controle social, a própria noção dos princípios do SUS; então, tudo vai passar por isso, porque que eu estou dizendo isso, o CAPS é uma atenção secundária como a gente chama, eu acho ainda que o atendimento mais complexo, o atendimento terciário, deveria ser no território, acho que centrar as forças no território [...]; então, [...] a atenção básica é onde deveria regular isso, a regulação dessa entrada nesse sistema de saúde mental, nessa rede de saúde mental ela teria que ser prioritariamente atenção primária em saúde; então, as vezes, por necessidades especiais, por situações específicas, a pessoa acaba vindo direto pra cá, direto pro CAPS e aqui a gente atende, e, as vezes, essa pessoa não é indicada pra estar no CAPS, aí volta pra atenção básica, então, tem essa dificuldade, ou seja, o lugar que o CAPS ocupa na rede municipal de atenção em saúde é uma atenção secundária à pessoa com transtorno mental grave, já avaliada pela atenção primária em saúde, aquela pessoa que corre risco de suicídio, que acaba prejudicando a vida de outras pessoas, que está muito mal, nesse sentido (GIRASSOL, 20/3/2006).

Regulador da porta de entrada: não; como não é territorializado, a gente tem esse problema de ser serviço de referência pra onde vem os pacientes já encaminhados, ele passou pela porta de entrada do sistema lá no Posto, ele vem encaminhado pra cá ou através dos hospitais psiquiátricos, que é também uma outra forma de encaminhamento, mas a gente não faz a regulação da entrada; hoje, também, como tem equipes mínimas de saúde mental nas regionais, elas também funcionam muito mais como a reguladora do que nós; a porta de entrada é pelas equipes de saúde mental das regionais (F, 12/4/2006).

Eu acho que são várias coisas, por ser o único CAPS, pela rede não estar estruturada ainda, e pelas pessoas não conhecerem o serviço da rede, existe uma mistura, assim, o que é pra ir lá pro psiquiatra do Sul (regional de saúde), o que é pra vir pro CAPS; qual é o papel do CAPS, é a não internação, mas não tem CAPS III, então, a noite o cara não tem pra onde ir, na verdade, o CAPS ele é um espaço que regula a entrada do usuário sim, num primeiro momento sim, porque todos os que foram para a atenção básica muitos foram daqui, muito mais que a procura de fora daqui, primeiro eles vem pra cá, depois eles vão pra lá, agora o processo até está sendo inverso, já estão procurando a atenção básica porque eles já estão conhecendo, mas antes era daqui pra atenção básica, e é o único espaço, programa que acolhe o usuário psicótico, com transtornos mentais graves, porque a rede básica, ela não atende, se o cara tem um surto psicótico, está com qualquer surto, que está mal, ou ele tem um embotamento, ele não fala, está na família há anos, está lá segregado, está lá no quatinho dos fundos, não é caso de atenção básica é caso CAPS, então, ele é o único serviço de Florianópolis que se propõem a atender o usuário, o portador de sofrimento psíquico fora de hospital (LÉLI, 4/4/2006).

Ele é o primeiro serviço de saúde mental do município, primeiro serviço estruturado, credenciado no Ministério da Saúde, eu penso que ele tem um papel importante, ele serve como uma referência de atendimento em saúde mental a usuários portadores de transtornos mentais; dentro da rede, hoje, a gente tem as referências regionais de atenção em saúde mental na atenção básica, nas ULS, que são as unidades locais de saúde, então o CAPS serve como referência de atendimento a usuários com transtornos mentais graves do município de Florianópolis, é pra isso, essa é a função (VIK, 24/3/2006).

Pelas falas dos profissionais evidencia-se que Florianópolis não tem uma política municipal de saúde mental estruturada. A rede de serviços está em processo de formação e implementação. As ações ainda são muito isoladas e fragmentadas, sem uma direção comum. É notório que um único CAPS para atender a totalidade da demanda adulta do município é insuficiente. As possibilidades de atuação do serviço na prevenção e promoção da saúde mental, na capacitação e supervisão das equipes de atenção básica ficam, assim, prejudicadas e/ou inviabilizadas.

No processo de operacionalização da Reforma Psiquiátrica, conforme as orientações da Política Nacional de Saúde Mental e as propostas aprovadas na III CNSM, é necessário que os gestores estaduais e municipais estabeleçam mecanismos efetivos para o controle das internações psiquiátricas. De acordo com a Portaria GM/MS n ° 336/02, os CAPS devem possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou modulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local (BRASIL, 2002a). Com base nisto, perguntamos aos entrevistados se o CAPS tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Eles referiram que não, contudo, divergiram sobre como o serviço fica sabendo quando ocorre internação de seus usuários.

Não tem. A gente fica sabendo quando a família comunica ou quando é usuário de atenção intensiva, ou ele fez uma crise ou ele desapareceu do serviço, aí pela falta mesmo, pela ausência que ele provoca a gente vai atrás e fica sabendo que ele foi internado, mas a gente não tem instrumentos de controle sobre isso; a gente faz, no momento da internação, a gente procura manter pelo menos uma visita da equipe da Regional pra não perder o vínculo etc., mas nada formalizado, assim, no momento que aparece, que a gente fica sabendo; geralmente, a gente sabe, hoje é relativamente fácil, não acontece daquilo... fulano desapareceu e de repente aparece ele dois meses depois aqui novamente..., sai da internação ontem e tal, isso não acontece mais, geralmente a gente consegue ficar sabendo (F, 12/4/2006).

Não. Na realidade a família leva pra internar e pronto, as vezes comunica, as vezes a gente fica sabendo quando a gente vai fazer uma visita lá, muitas vezes a gente nem sabe que o paciente ficou internado, a não ser quando a gente liga, e aí o que está acontecendo, não está vindo, mas ele foi internado; então, não há esse controle e também quando é internado lá, dificilmente, alguém entra em contato, nunca vi, entra em contato olha fulano de tal está internado aqui com a gente, não tem essa comunicação (J, 22/3/2006).

Em relação ao controle das internações psiquiátricas, oficial e formal, nós não temos; estou falando enquanto profissional que atende uma determinada regional de saúde, isso nós não temos; o que poderia ser feito: um maior estreitamento com o “manicômio”, com o IPQ ou o São José (hospitais psiquiátricos), que quando internasse pessoas lá teria esse contato aqui, pra gente já ir conversando, já acompanhando juntamente com a equipe do hospital psiquiátrico essa pessoa, porque final de semana ou depois das 18 horas o serviço não atende, as vezes as pessoas entram em crise e a gente não tem como acompanhar isso, não tem como saber; o acompanhamento que tem é, as vezes, os familiares nos avisam que a pessoa está internada, quando a gente acompanha essa pessoa e fica sabendo que ela acabou internando; então, não tem uma política mais estreita de acompanhamento de internação psiquiátrica, isso não tem. (GIRASSOL, 20/3/2006).

Da área de abrangência seria toda a cidade, isso não, mas dos usuários aqui sim, atendidos aqui sim; [...] geralmente, assim, quando o usuário está iniciando um surto a gente tenta fazer o atendimento pra prevenir a internação, pra evitar de fato a internação psiquiátrica, só que nós estamos aqui até as 6 horas da tarde e não estamos final de semana, então, a gente não está nem a noite nem final de semana, e aí acontece de a família internar, isso acontece pouco, muito pouco, e quando acontece a gente faz o atendimento no próprio hospital, a gente vai até lá faz o atendimento, mas é pouco assim, agora da cidade como o todo a gente não tem (VIK, 24/3/2006).

O controle ele tem pelo prontuário, não poderia te dizer que tem um controle do ponto vista de uma escala, ah anualmente quanto a gente tinha e quantos foram internados, [...] o usuário se ele foi internado a gente não soube, se está internado, aí ele aparece aqui depois da internação, um mês ou dois meses, a gente tem escrito no prontuário, esse é digamos o que a gente fica sabendo (LÉLI, 4/4/2006).

Não, eu digo por nós, eu acho que, as vezes, a gente... ah o paciente foi internado, como acontece de a gente saber, e as vezes a gente vai lá fazer uma visita, as vezes tem a questão do carro (o CAPS tem um carro a disposição somente um dia por semana), e a gente fica...; sempre que acontece e tal, as vezes, a gente nem fica sabendo, quando vê o paciente já está de volta, as vezes acontece essa situação; eu fui tentar fazer um pequeno levantamento pra fazer essa avaliação e percebi que a gente não tem registro de quantos dias o paciente ficou internado, se ele ficou internado quantas vezes durante o tempo que está em tratamento aqui, falta um registro melhor e um acompanhamento melhor dos técnicos; (como ficam sabendo da internação) as vezes o paciente volta já depois, as vezes a família liga avisando, [...] o hospital não me lembro se eles ligaram, só se precisar de alguma coisa, em geral, eles não ligam; então,

assim, o paciente saiu aí eles trazem de novo aquele encaminhamento, ou ele vem pra cá porque, normalmente, ele já estava aqui, mas assim, a gente tenta ao máximo que ele não precise ser internado, essa política existe, segurar a crise (P, 17/3/2006).

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que a internação e a reinternação psiquiátrica deverão ocorrer após avaliação da equipe técnica de saúde mental dos serviços substitutivos, devendo ser estabelecidas formas de controle único para a emissão de AIH, assegurando que todas as internações necessárias sejam autorizadas pelo serviço público, preferencialmente de base territorial (BRASIL, 2002a).

Conforme pode ser observado nas falas dos participantes da pesquisa, a insuficiência do CAPS em exercer o controle das internações referente a sua clientela e a demanda no município refere-se ao fato de o serviço não estar territorializado, sendo inviável cumprir com tal exigência no âmbito da totalidade de uma população de aproximadamente quatrocentos mil habitantes, distribuídos numa área geográfica de 436,5 Km². Com a implantação das equipes de saúde mental nas Regionais de Saúde, estas passam a ser as responsáveis pela regulação da porta de entrada no sistema de atendimento. O CAPS II Ponta do Coral passa a ser a referência para onde são encaminhadas pessoas com transtornos mentais graves, egressos de hospitais psiquiátricos, internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). A falta de controle das internações psiquiátricas é uma realidade também de outros centros de atenção psicossocial, conforme verificado por Franco (2005), em seu estudo sobre o CAPS do município vizinho de Palhoça/SC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha deste tema de pesquisa está relacionada à minha trajetória de estudos no Curso de Graduação em Serviço Social e à minha inserção como pesquisadora no Núcleo de Estudos e Pesquisas Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas (NESPP) do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. A esta trajetória soma-se a experiência de Estágio Curricular em Serviço Social, realizada no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis, em 2003, da qual resultou o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Programa Alta Progressiva: uma contribuição para o processo de reabilitação psicossocial no HCTP de Florianópolis”. Com o referido Estágio foi possível vivenciar o contato direto com a realidade de algumas instituições como hospitais psiquiátricos e centros de atenção psicossocial da rede municipal e estadual de serviços de atenção em saúde mental, fato este que estimulou a busca de novos conhecimentos e o desejo de atuação profissional na área. A continuidade dos estudos foi possibilitada por meio da entrada como mestranda no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da mesma universidade. Sendo assim, o trabalho que apresentado nesta dissertação tem estreita relação com meu percurso profissional e meu desejo pessoal.

Conforme destacamos no decorrer do estudo, a reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

A implantação de uma nova política de atenção, com as implicações socioculturais da proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira passa pela necessidade de articulação intersetorial e por ações que contribuam para alterar as representações sociais sobre a loucura e os direitos dos portadores de transtornos mentais. A transformação do modelo assistencial e de um conceito teórico em diretrizes operacionais é um processo complexo e depende de vários fatores para que se mantenha a direcionalidade pretendida pelos diferentes atores sociais, participantes do jogo social.

Especificamente, no caso do CAPS estudado, as dificuldades de concretização dessa nova lógica de atenção em saúde mental perpassam e se inter-relacionam nos diferentes eixos que compuseram a presente pesquisa.

No que se refere a estrutura física, os profissionais indicam que o CAPS conta com espaço e equipamentos adequados às necessidades do serviço. Entre os anos de 2003 a 2004, o CAPS passou por uma reforma em suas instalações, ficando estas, adequadas aos objetivos da unidade. As condições poderiam ser melhores se as oficinas produtivas fossem realizadas em outro local, pois além de favorecer a utilização do espaço hoje ocupado para outras atividades, possibilitaria a inserção dos usuários em outro ambiente, favorecendo-lhes sua sociabilidade.

Em relação aos materiais de consumo, os problemas vão desde a ausência total de objetos e utilidades básicas à manutenção do serviço até o recorrente atraso no repasse dos materiais necessários às oficinas terapêuticas e de produtividade. As oficinas ficam prejudicadas e até mesmo paralisadas por conta das faltas de recursos e dificuldades de gestão adequada do serviço. Esta situação coloca em prejuízo o projeto terapêutico de tratamento dos usuários e a eficácia e efetividade dos propósitos da nova política de atenção em saúde mental.

No campo da gestão do CAPS, apesar da histórica escassez de recursos destinados à saúde, foram evidenciadas situações problemáticas, principalmente no processo de descentralização político-administrativa, que poderiam ser melhoradas a partir dos recursos existentes. De acordo com os resultados da pesquisa, 50% do grupo de técnicos afirmam que existe planejamento e avaliação das ações. Alguns deles observam estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação, objetiva e sistemática, dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declaram não existir processo de planejamento e avaliação das ações, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

Sobre este aspecto, cabe destacar que as técnicas disponíveis na área de planejamento e avaliação de serviços de saúde têm mostrado bons resultados quando aliadas à vontade política de mudar a situação. Apesar dos dados demonstrarem uma divisão entre os técnicos no que se refere a afirmação sobre a existência de planejamento e avaliação, destacamos que as poucas ações que acontecem giram em torno das atividades que são e aquelas que poderão ser realizadas, e na discussão sobre as dificuldades cotidianas do trabalho na unidade. As avaliações são informais, realizadas na reunião

mensal da equipe técnica e nas reuniões clínicas semanais, sendo notório a ausência de um processo de planejamento estratégico, sistemático e contínuo do projeto terapêutico do CAPS, bem como, de avaliação de indicadores.

Com relação aos recursos financeiros, os resultados da pesquisa apontam para o que já vem sendo denunciado por autores como Amarante (2003; 2005): o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. O pagamento pelo sistema de procedimentos realizados, por meio das APACs, condiciona a existência de recursos à produtividade do serviço. Quando os CAPS não estão articulados com outras políticas sociais necessárias à sobrevivência do usuário e a adesão dele ao projeto de vida que o serviço deve-lhe oferecer, a tendência é fracassar.

Para que a pessoa possa freqüentar o CAPS ela precisa de condições materiais e psicossociais básicas, como moradia, transporte, alimentação, auto-estima, estímulo, desejo, etc.. Quando o usuário não desfruta de tais condições as chances dele se vincular ao projeto terapêutico são menores e, conseqüentemente, sem a participação ativa dos usuários o CAPS não terá produtividade. Ainda, nem todas as ações realizadas no CAPS constam na tabela de procedimentos pagos pelo atual sistema do SUS, dificultando as atividades de ressocialização que envolvem trabalhos na comunidade e na sociedade.

Os profissionais afirmam que os usuários participam do planejamento das atividades do CAPS. Referem que isso acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Neste caso, foi possível perceber que a participação dos usuários em geral diz respeito mais a questões cotidianas do funcionamento do serviço. A associação participa diretamente da comercialização dos produtos confeccionados nas oficinas e na realização de alguns convênios com entidades da área da cultura, lazer, ensino, etc. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada, que abarque as especificidades da área da saúde mental e envolva os usuários, os familiares e os técnicos como sujeitos partícipes do processo de gestão do serviço.

No eixo recursos humanos e projeto terapêutico existem contradições explícitas e implícitas que perpassam o discurso e as práticas dos técnicos que prestam assistência aos usuários do serviço. Eles reconhecem e destacam a relevância do trabalho em equipe, argumentam que este traz a possibilidade de trocas entre as várias áreas do conhecimento e a conseqüente oferta de um atendimento multidimensional. Contudo, relatam dificuldades

na realização deste trabalho, devido a uma suposta diferença de formação profissional e de concepção, com relação ao que sejam os objetivos do CAPS e da Reforma Psiquiátrica. Indicam existir interdisciplinaridade no atendimento ao usuário, no entanto, percebeu-se que a concepção de interdisciplinaridade aparece muito mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade, estando ainda distante dos ideais da intertransdisciplinaridade.

Sendo assim, cabe destacar que sem a devida clareza e consciência do que exatamente deve mudar corre-se o risco de que, fundamentalmente, se modifiquem os espaços de realização do tratamento, transferindo-se e conservando-se as práticas de exclusão e discriminação. É preciso se ter em conta que toda dimensão técnica tem também uma dimensão política. Dessa forma, faz-se necessário questionar-se sobre o que se pretende com o “fazer” nos novos serviços de atenção à saúde mental e que valores estão presentes nas ações executadas. O usuário precisa ser percebido como sujeito do processo saúde-enfermidade, e não como objeto e instrumento do exercício das relações de poder disciplinar.

Com relação ao eixo participação do usuário e da família no tratamento, os participantes da pesquisa identificam dificuldades em realizar o atendimento familiar no CAPS. Os profissionais relacionam como justificativas, a falta de técnicos qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades da equipe. Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que seja o transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, também foram relatados pelos entrevistados. Entre os obstáculos para a (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e o estigma da loucura ainda presentes no imaginário social das pessoas.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacam o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário. Neste aspecto queremos destacar a necessidade de se reconhecer, no processo de implantação da Reforma e da política de saúde mental, um projeto ético-político social, capaz de reavaliar, substancialmente, o conceito tradicional de

“doença/saúde mental” e, conseqüentemente, a forma de como lidar as diferenças em sociedade.

No eixo (re)inserção social procuramos identificar se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas à desinstitucionalização e à reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referem que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras. A maioria deles afirma que não existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer.

Tais dados nos remetem ao questionamento sobre como a Reforma Psiquiátrica, em sua aplicação prática, apresenta certa inércia política. Existe uma lacuna entre o referencial teórico do novo modelo de atenção e as práticas que se efetivam no cotidiano dos serviços. Com isso, queremos chamar a atenção para a necessidade urgente de se construírem ações de atenção que favoreçam o conhecimento de si, reforcem a autonomia, o cuidado de si e a emancipação do sofredor psíquico.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referem que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental. A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos profissionais como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista político-jurídica dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico. Na visão dos participantes da pesquisa, o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica relaciona-se a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos pressupostos da própria Reforma. Não obstante, destacamos aqui a necessidade de se refletir sobre o descompasso entre a vitória no campo jurídico, o novo discurso da Reforma Psiquiátrica e um fazer prático que parecem ainda negar a emancipação do portador de transtorno mental.

No eixo integração do CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município, os dados coletados na pesquisa indicam que a relação existente é pouca, funciona de maneira precária e confusa, e que ainda está num processo preliminar. A articulação com as equipes de PSF e PACS também é insuficiente, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda. A unidade não realiza nenhum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. Apenas dois profissionais referiram estar pensando neste tipo de trabalho.

Foram apontadas como justificativas para esta situação o fato do CAPS não estar territorializado, de ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta de todo o município, e a ausência de um planejamento e estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhadas pessoas com transtorno mental grave. E, segundo os entrevistados, não tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Neste aspecto, vê-se a urgência na redefinição da abordagem em saúde mental, fazendo-se necessário a construção de estratégias de atenção integral, dentro dos princípios do SUS, que envolvam o portador de transtorno mental como cidadão, a família, o Estado e a sociedade.

De acordo com os profissionais existem diferenças no atendimento prestado no e pelo CAPS em relação aos hospitais psiquiátricos. Eles se referem às diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência do discurso médico psiquiátrico do hospital, e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e as necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial, em contraposição ao tratamento igual para todos das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Por fim, os dados coletados na presente pesquisa indicam que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes, prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a relação eficácia/efetividade dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Concluimos, com este estudo, que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é ainda um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológica, técnico-assistencial, político-jurídico e sócio-cultural.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____, P. (coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995a.

_____, P.. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. vol.11, no.3, jul./set. 1995b, p.491-494. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 14/09/2005.

_____, P. A (clínica) e a Reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. pp. 45-65.

_____, P. **A epistemologia e a Clínica da Reforma**. Conferência proferida no IV Encontro Catarinense de Saúde Mental. Florianópolis, 30 de junho a 2 de julho de 2005. (anotações manuscritas).

BASAGLIA F. (coord.) **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 3ª ed. Tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002a, 213 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em Saúde Mental 1990-2002**. 3ª ed. revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAPS II PONTA DO CORAL. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. **Projeto Terapêutico**. Florianópolis, 2004.

CORREIA, M. V.C..Que controle social na política de Assistência Social? **Revista Serviço Social & Sociedade**. N. 72. São Paulo: Cortez, nov. 2002, pp. 119-144.

COSTA, R. C. R. da.. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia e Política** Nº 18: 49-71 JUN. 2002

COSTA –ROSA, A. da; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. p. 13-44.

COSTA-ROSA, A. da.. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asialr. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. p. 141-168.

CHIZZOTTI, A.. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R.. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

DESVIAT, M.. **A Reforma Psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental**. In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

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

FLEURY, S.. **Espaço, território e cidadania**: a cidade dos cidadãos. Trabalho apresentado no VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra (16,17,18 de setembro), 2004. Disponível em: <www.ces.uc.pt/LAB2004>. Acessado em 20 de fevereiro de 2006.

_____, S.. (org.). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989.

FREIRE, F. H. M. de A.; UGÁ, M.A.D.; AMARANTE, P. Os centros de atenção psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

FRANCO, S. de O.. **Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de caso**. 2005. 110f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Florianópolis, 2005. 110f.

FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial**. Percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004.

GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E.. **A pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, R.. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M.. **Microfísica do poder**. Trad. de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graaal, 1979.

MINAYO, M. C. de S.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC; ABRASCO, 1994.

MIOTO, R.C.T.. Família e saúde mental: contribuições para reflexão sobre os processos familiares. **Revista Katalysis**. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico. Departamento de Serviço Social. N.2 Florianópolis: Editora da UFSC, 1998.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental: em busca da articulação e qualificação das ações em saúde**. Monografia

(Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Latu Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

OLIVEIRA, W. F.; DORNELES, P.. Patrimônio e ambiente da loucura: a formação do profissional de saúde mental e o dialogo com a vida da cidade. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

PITTTA A.. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje. In: PITTA. A.(org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral**: desvelando sua significação. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

_____. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

ROSA, L.C.dos S.. Os saberes construídos sobre a família na área da saúde mental. **Revista Serviço Social & Sociedade**. N° 71. Ano XXIII. São Paulo: Cortez, set de 2002, pp. 138-164.

_____. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, F., et. al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SANTOS, W.G.. **Cidadania e Justiça**. Rio de Janeiro: Editora Campos, 1979.

SARACENO, B.. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SOUZA, W. da S.. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. jul./ago. 2001, vol.17, no.4

p.933-939. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 19/10/2005.

SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Teses em Enfermagem, 42).

STUANI, D.. **Projeto de Estágio**. (Projeto de Estágio Curricular apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina). Florianópolis, 2005. texto digit.

TENÓRIO, F. G. (org.). **Gestão de ONGs**: principais funções gerenciais. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

TORRE, E.H. G; AMARANTE, P.. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. [online]. 2001, vol.6, no.1 [citado 05 Dezembro 2005], p.73-85. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br> >. ISSN 1413-8123.

TRIVIÑOS, A.N. S.. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. (org.). **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000a.

_____, E. M. Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000b. p. 169-194.

VIEIRA, L. **Cidadania e globalização**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Formulário a ser aplicado a todos os profissionais da equipe do CAPS.

Identificação

Nome:

Apelido:

Formação:

Ano:

Capacitação específica na área: Sim Não

Nível: residência especialização mestrado doutorado

Tempo de serviço na instituição:

Tipo de vínculo empregatício: Servidor público concursado contrato temporário

Outro. Especifique _____

Regime de trabalho: _____ (horas semanais)

Tempo de atuação na área:

Experiência de atuação profissional em outra instituição: Sim Não

Qual:

Tempo:

Principais perguntas

- 1) A área física do Caps é suficiente para o atendimento da demanda? Sim Não
- 2) As instalações são adequadas para a realização das atividades propostas? Sim Não
- 3) Os equipamentos disponíveis são suficientes? Sim Não
- 4) Estão em bom estado de utilização? Sim Não
- 5) Os materiais disponíveis são suficientes? Sim Não
- 6) Existem dificuldades na realização das atividades do Caps Sim Não. Em caso de resposta afirmativa, especifique as cinco principais? _____

- 7) O trabalho é realizado em equipe? () Sim () Não.
- 8) Existe algum tipo de supervisão de equipe ou outro recurso para acompanhar e discutir as questões do trabalho em equipe? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual?

- 9) Participa ou já participou de capacitação específica para atuar no Caps? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual? _____
- 10) Durante o tempo em que está trabalhando na instituição houve algum treinamento ou capacitação? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quando? _____(ano). De quantas horas? _____. Organizado por quem? _____
- 11) Na sua opinião, existe interdisciplinaridade no trabalho no Caps? () Sim () Não
- 12) Você conhece a política de saúde mental? () Sim () Não.
- 13) No Caps, existe disponibilidade de material didático e documentos sobre a política de saúde mental? () Sim () Não.
- 14) Existe planejamento e avaliação das ações do Caps? () Sim () Não
- 15) Existe projeto terapêutico de trabalho da instituição? () Sim () Não. Em caso afirmativo, foi planejado em equipe? () Sim () Não.
- 16) O serviço adota projeto terapêutico individualizado? () Sim () Não.
- 17) O usuário participa do planejamento do seu tratamento? () Sim () Não.
- 18) Existe atendimento familiar? () Sim () Não.
- 19) Existem ações intersetoriais do Caps e outras instituições que envolvam: educação, trabalho, esporte, cultura e lazer? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quais?

- 20) Existe relação do Caps com a rede básica de saúde municipal? () Sim () Não.
Que tipo? _____
- 21) O Caps realiza algum trabalho de educação permanente (capacitação e supervisão) sobre saúde mental em cooperação com as equipes de atenção básica? () Sim () Não.
Que tipo? _____

Outras observações:

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Entrevista a ser realizada com os profissionais da equipe do CAPS, segundo o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de nível superior entre as existentes na unidade. Em caso de mais de um profissional na área será realizado sorteio.

Identificação

Nome:

Apelido:

Temas e principais perguntas

1 Estrutura e recursos financeiros

- 1) Qual conhecimento possui sobre o repasse dos recursos financeiros para o Caps?
- 2) Conhece a forma de financiamento do serviço? O que você acha?
- 3) Como são administrados os recursos repassados? Existe planejamento?
- 4) Na sua opinião, a descentralização administrativa dos recursos possibilita o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do Caps? Quais as vantagens e desvantagens identifica?
- 5) Na sua opinião, os recursos repassados (gerados pelo serviço) são suficientes para realizar as atividades do Caps? Em caso de resposta negativa, quais atividades ficam prejudicadas e/ou poderiam ser realizadas se houvessem recursos?
- 6) Existem dificuldades no funcionamento do Caps com relação a falta de recursos financeiros? Quais identifica?

2 Recursos humanos e projeto terapêutico

- 1) Quais dificuldades identifica no trabalho em equipe no Caps?
- 2) Na sua opinião, quais vantagens o trabalho em equipe possibilita?
- 3) Considera importante a capacitação específica em saúde mental para atuar no Caps? Fale sobre.

- 4) Na sua opinião, qual a importância da interdisciplinaridade no atendimento ao usuário de saúde mental?
- 5) Considera importante conhecer sobre a política de saúde mental, seus princípios, sua estrutura e organização para o trabalho do Caps?
- 6) Como acontece o planejamento e a avaliação das ações do Caps?
- 7) Na sua opinião, em relação ao atendimento nas instituições tradicionais/asilares (hospitais psiquiátricos), como é o atendimento ao usuário no Caps?

3 Participação do usuário e da família no tratamento

- 1) Como é pensado o projeto terapêutico de tratamento do usuário?
- 2) Como o usuário participa do planejamento do seu tratamento?
- 3) Quais as formas criadas para oportunizar a participação do usuário no planejamento do seu tratamento?
- 4) A família participa do tratamento? Em caso de resposta afirmativa, de que forma? Em caso de resposta negativa, por quê?
- 5) Quais as formas criadas para oportunizar a participação da família no tratamento?
- 6) Quais dificuldades identifica com relação a realização do atendimento familiar?
- 7) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção familiar do portador de transtornos mentais?
- 8) Qual o papel dos usuários (ou da associação de usuários e familiares) no planejamento das ações do Caps?
- 9) Na sua opinião, qual a importância das associações de usuários e familiares para o tratamento do portador de transtornos mentais e para os serviços de saúde mental?

4 Inserção social

- 1) Na sua opinião, as práticas assistenciais realizadas no Caps encaminham-se na direção da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial?
- 2) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção social do portador de transtornos mentais?
- 3) Quais avanços e conquistas identifica com relação a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais?
- 4) Na sua opinião, o atendimento no Caps possibilita ao usuário a construção da sua autonomia? Como?

- 5) Na sua opinião, a organização atual dos serviços de saúde mental (da política de saúde mental) favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais? Qual a importância do caps nesse contexto?

5 Integração com a rede municipal de assistência em saúde

- 1) Qual a relação do Caps com a(s) equipe(s) de Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência?
- 2) O Caps tem controle das internações psiquiátricas no seu território? Em caso afirmativo, como ocorre este controle?
- 3) Na sua opinião, qual o lugar que o Caps ocupa na rede de atenção em saúde? Constitui-se no serviço que regula a porta de entrada para o atendimento em saúde mental?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este instrumento tem a intenção de obter o seu consentimento por escrito para participar do estudo “A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis”, durante o período de 01 a 31 de março de 2006, com o intuito de contribuir para o levantamento de dados para a elaboração do referido trabalho.

O estudo tem como objetivo geral analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Ao propormos a presente pesquisa esperamos contribuir com a produção de conhecimentos e saberes sobre as novas práticas de atenção e cuidado ao portador de transtornos mentais.

Os relatos obtidos serão confidenciais e, portanto, não será utilizado o nome dos participantes em nenhum momento, garantindo sempre o sigilo da pesquisa e os preceitos éticos da profissão. Os depoimentos serão referenciados pelo apelido a ser escolhido pelo próprio entrevistado

Certa de sua colaboração, agradeço sua disponibilidade em participar do estudo.

Eu _____,
consinto em participar desta pesquisa, desde que respeitadas as respectivas proposições contidas neste termo.

Florianópolis, março de 2006.

Assinatura do entrevistado.

ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

FERNANDA SCALZAVARA

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Serviço Social** - Área de concentração: Serviço Social, Direitos Humanos e Questão Social.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ivete Simionatto.

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de **Mestre em Serviço Social**, e aprovada na sua forma final, em 31/7/2006, atendendo as normas vigentes no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e na Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof^a Dr^a Catarina Maria Schmickler
Coordenadora do PPGSS/UFSC

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Ivete Simionatto, Dr^a.
Departamento de Serviço Social/UFSC
Presidente

Prof^o Walter Ferreira de Oliveira, Ph.D.
Departamento de Saúde Pública/UFSC
Membro

Prof^o Jonas Salomão Spricigo, Dr.
Departamento de Enfermagem/UFSC
Membro

Prof^o Mário Teixeira, Dr.
Departamento de Clínica Médica/UFSC
Membro Suplente

*Aos profissionais e aos usuários do CAPS
Ponta do Coral de Florianópolis.*

AGRADECIMENTOS

Desejo expressar meus sinceros agradecimentos aos profissionais do CAPS Ponta do Coral, pela receptividade, atenção, acolhimento e colaboração na fase mais importante desta pesquisa, assim como pela consideração ao meu trabalho profissional. Também, aos usuários desta unidade de serviço, pela forma carinhosa e acolhedora com que sempre me receberam.

À professora Ivete Simionatto por ter aceitado a orientação do trabalho; agradeço a oportunidade de poder ter desenvolvido a pesquisa de meu interesse e desejo profissional.

Aos professores Jonas Spricigo e Mário Teixeira pela atenção, disponibilidade e colaboração, essenciais na definição e elaboração do projeto de dissertação. Igualmente, ao professor Walter Ferreira de Oliveira pelas considerações e contribuições no exame de qualificação.

À sempre Mestre, amiga e professora Iliane Kohler, pela relação de ensino-aprendizado humana, saudável, mantida no decorrer de toda a minha vida acadêmica; pelas ajudas concretas nos momentos de dificuldades, pelos conselhos, orientações e *encaminhamentos* necessários nos instantes, nas horas, nas fases de incerteza, insegurança, angústia, desespero.

Aos profissionais Mara Regina de Oliveira e Antônio Heinzen Filho, pelo suporte terapêutico necessário nos últimos anos da minha vida; especialmente por terem me ajudado a transformar as dificuldades, os obstáculos, as conquistas cotidianas no *Mestrado da Vida*.

Às profissionais e amigas Maria Sirene Cordioli e Maria Inês Bernardino, pela relação profissional responsável, ética, competente, que me impulsionou para os estudos na área da saúde mental; pela amizade acolhedora, carinhosa, fraterna, pelas comemorações e pelos momentos de descontração.

Aos meus pais e à minha família, base dos meus valores ético-morais.

Às minhas amigas e aos meus amigos, que de perto ou de longe, acompanham minha trajetória, acreditam e torcem por mim.

Formalmente, agradeço as instituições públicas CAPES e UFSC, através dos programas PROF e PGSS, pelo financiamento da bolsa que permitiu a dedicação profissional integral para a realização deste trabalho.

RESUMO

O presente trabalho tem como objeto de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. Constitui-se como objetivo geral da presente pesquisa analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Os procedimentos metodológicos da pesquisa constaram de: pesquisa empírica na coleta das informações, através de entrevistas semi-estruturadas, gravadas, realizadas com um profissional de cada área de formação de nível superior, dentre as existentes no CAPS, e aplicação de formulário, com questões fechadas, a todos os profissionais que compõem a equipe. As informações coletadas foram sistematizadas e organizadas em itens correspondentes aos eixos que nortearam a coleta dos dados, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde. A análise final foi realizada com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os resultados obtidos nos permitem concluir que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a efetividade e eficácia dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial. De maneira geral, podemos afirmar que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológico, técnico assistencial, político-jurídico, social cultural.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, política de saúde mental, serviços substitutivos.

ABSTRACT

The objective of present work is to study the operationalization of the Psychiatric Reformation in the city of Florianopolis, Brazil, based on one specific institutional model - the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral. The general objective of the present research is to analyze the institutional reality at the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral, Florianopolis, related to the operational process of mental health politics, based on the requirements of the Brazilian Psychiatric Reformation. The research methodological procedures have consisted of: empirical research and data collection, through semi-structured interviews, recorded, realized under the presence and supervision of a professional of each field, plus de existing data from the CAPS, and filled application, with closed questions, to all the professionals who compose the team. The data colleted was systematized and organized in items and events that are surrounded the data collection, which are: financial structure and resources, human resources and therapeutic project, participation of the user and the family in the treatment, social insertion, and integration of the service with the municipal network of assistance in health. The final analysis was based on theoretical production on mental health and the Psychiatric Reformation. The results allowed us to conclude that in scope of management of CAPS, the limited number of studies and the difficulties to transfer and administer them harmed the functioning of the service. The contributing factors were lack of strategic planning and systematic evaluation of actions. The difficulties associated with teamwork compromised the effectiveness and efficacy of the objectives. The absence of a municipal network dedicated to structure and articulate mental health appears as an obstacle to the practice of desinstitutionalization and psychosocial rehabilitation. In general, we can affirm that the changes in the assistance model, directed for Psychiatric Reformation is one of the challenges to the concretization to mental health politics in a new interaction between society and people with psychological illnesses. The operationalizational political difficulties of mental health go through different fronts of performance which constitute the complexity of social processes associated with Reformation in its different dimensions. These dimensions are: theoretic-epistemological, technical assistance, politic-legal and socio-cultural.

Keywords: Psychiatric Reformation, mental health politics, substitute services.

LISTA DE SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
APAC - Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CPASM - Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental
CMS – Conselho Municipal de Saúde
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FNS – Fundo Nacional de Saúde
INAMPS – Instituto Nacional de Aposentadorias e Pensões
IPQ – Instituto de Psiquiatria Catarinense
MS – Ministério da Saúde
MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS – Organização Mundial para a Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF - Programa de Saúde da Família
RP – Reforma Psiquiátrica
SIH - Sistema de Informação Hospitalar
SAI – Sistema de Informação Ambulatorial
SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
SUS – Sistema Único de Saúde
TR – Terapeuta de Referência
ULS – Unidade Local de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Procedimentos metodológicos	18
2 REFORMA PSIQUIÁTRICA	222
2.1 O Modo Psicossocial	26
2.1.2 Atenção Psicossocial.....	28
2.2 Desinstitucionalização	30
2.3 Reabilitação psicossocial	32
3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA	344
3.1 Estrutura e recursos financeiros	344
3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico	45
3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental	46
3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário	51
3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações.....	59
3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento.....	65
3.3 Participação do usuário e da família no tratamento	69
3.3.1 Planejamento terapêutico individual.....	70
3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral.....	72
3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares	81
3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia.....	88
3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental.....	96
3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica	106
3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde...	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
REFERÊNCIAS.....	125
APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS.....	130
ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica.....	136

1 INTRODUÇÃO

O processo de mobilização, organização e luta pela Reforma Psiquiátrica brasileira origina-se no contexto dos movimentos sociais, no período de redemocratização do país (décadas de 1970/1980), e tem como base os pressupostos da Reforma Sanitária brasileira e da Psiquiatria Democrática italiana. Tal movimento esteve direcionado no sentido da crítica e desconstrução gradativa da assistência existente, embasada no saber psiquiátrico, que justificava as práticas decorrentes do modelo asilar e, ao mesmo tempo, buscava a construção de propostas de superação deste modelo.

Os anos de luta pela transformação do modelo assistencial tradicional (asilar), centrado na internação hospitalar, culminaram com a criação e regulamentação de leis e portarias relativas à implantação de uma rede de serviços substitutivos a este. A partir da década de 1990 um conjunto de leis, portarias, decretos, resoluções define novas exigências em relação à assistência psiquiátrica prestada aos portadores de transtorno mental¹, incluindo a adequação das condições físicas das instituições de atendimento, a existência de projeto terapêutico, equipe multidisciplinar e outros dispositivos que garantam maior qualidade assistencial.

A Reforma Psiquiátrica é um processo em construção, que envolve tanto a sociedade civil, através dos diferentes os movimentos sociais, os profissionais, os usuários, bem como os órgãos gestores das políticas públicas. Estes são os responsáveis pela operacionalização das ações com relação a mudança de paradigma e prática em saúde mental. Nessa trajetória, aos profissionais cabe exercer o papel de sujeitos e críticos do processo de implantação da Reforma Psiquiátrica; aos gestores da política de saúde compete a decisão política com vistas a assegurar as condições técnicas para a implementação e operacionalização dos serviços de atenção; aos movimentos sociais fica a luta política pela construção social de um outro sentido para lidar com a "loucura" e com o "louco", a partir de uma transformação na relação sociedade/loucura.

¹ Cabe destacar que a expressão “portador de transtorno mental” é adotada neste estudo por acreditar-se que a palavra portador traz em si um caráter mutante. Ou seja, secundariza o transtorno mental e resgata o sujeito envolvido na condição de enfermo, como um ser dinâmico. Por sua vez, o termo transtorno mental traz um caráter psicossociológico, dinâmico, mutável, diferente do termo doença mental, muito embora não seja menos controvertido do que este último (ROSA, 2003, pp. 37-38). E, também, por ser “portador de transtorno mental” a expressão utilizada na linguagem técnica constante na política de saúde mental do Ministério da Saúde.

No curso das transformações operadas na e pela Reforma Psiquiátrica destacamos como marco significativo recente a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM)². Em seu documento conclusivo reafirma-se que as políticas de saúde mental devem respeitar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das leis Federal e estaduais, priorizando a construção da rede de atenção integral em saúde mental. Tais políticas devem ter como pressupostos básicos a inclusão social e a reabilitação psicossocial, estar integradas com outras políticas sociais, como educação, trabalho, lazer, cultura, esporte e habilitação profissional, visando garantir o exercício pleno da cidadania (BRASIL, 2002a).

O mesmo documento ressalta que a reorientação do modelo assistencial deve estar direcionada para concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e de promoção da saúde. Nesse sentido, é fundamental que as novas modalidades assistenciais desenvolvam práticas pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a auto-estima, a autonomia e a cidadania, buscando superar a relação de tutela e reprodução da institucionalização e/ou cronificação (BRASIL, 2002a).

A mudança do modelo assistencial é um dos desafios da Reforma Psiquiátrica. Busca-se, no âmbito da gestão pública, a construção de um novo pacto para transferir os recursos aplicados no modelo hospitalar para uma assistência comunitária. Entretanto, a mudança da lógica de atenção em saúde mental requer, também, uma mudança de paradigma. No bojo dos novos dispositivos de cuidado necessariamente deve estar uma nova ética do cuidar, baseada na premissa básica da autonomia possível e dos direitos humanos dos portadores de sofrimento psíquico. Isso significa considerar que as possibilidades de novas práticas terapêuticas devem caminhar ao lado da preocupação com a mudança das representações simbólicas do “louco” na sociedade, e com a produção de outros saberes.

Na atualidade, todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, bem como a literatura da área, referem-se a desconstrução como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade das ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Tal proposição tem como base a

² Realizada em Brasília, de 11 a 15 de dezembro de 2001. A I Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em 1987 e a II em 1992.

incapacidade da psiquiatria em explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (TORRE; AMARANTE, 2001).

O modelo manicomial tem seu fundamento na noção de que a experiência de sofrimento psíquico diversa (delírio, alucinação) é sinônima de erro. Um dos aspectos mais importantes no processo de transformação radical deste é a superação do conceito de doença. Conforme apontam Torre e Amarante (2001, p.73-85), “não se trata, obviamente, de negar a diversidade da experiência do delírio ou da alucinação, mas de não utilizar o conceito de doença (igual a erro) na relação com o sujeito”. Nesta direção, Rotelli (1990) propõe, no lugar do objeto “doença mental”, o objeto “existência-sofrimento” do sujeito em sua relação com o corpo social.

Segundo Costa-Rosa (et. al., 2003, p. 28), “ao se buscar a superação do saber psiquiátrico, sobretudo do paradigma doença-cura, procurou-se romper com práticas identificadas com o modelo clínico, por considerá-las ineficazes, segregadoras”. Busca-se no modo psicossocial estabelecer-se “a construção de uma relação de contrato com o sujeito que substitua a relação de tutela instaurada pela psiquiatria” (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 73-85). Como oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar surge, no contexto da Reforma Psiquiátrica, a atenção psicossocial como paradigma do modo psicossocial.

A origem das práticas de atenção psicossocial, como designação de experiências significativas no contexto da saúde mental, está relacionada às contribuições das diferentes experiências históricas de reforma, que incluem as Comunidades Terapêuticas e a Antipsiquiatria, na Inglaterra, a Psicoterapia Institucional, na França, a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, nos Estados Unidos e a Psiquiatria Democrática, na Itália³. No caso brasileiro somam-se as contribuições das políticas públicas e das experiências locais pioneiras dos centros e núcleos de atenção psicossocial, em Santos, São Paulo.

O modelo psicossocial vem ganhando elementos tanto em termos teórico e técnico quanto ideológicos e éticos, aptos a constituírem um novo paradigma para as práticas em saúde mental, capaz de substituir o paradigma psiquiátrico que ainda é dominante. Costa-Rosa (et al., 2003, p.31), observa que de modo geral os elementos teóricos subjacentes a essas experiências passam principalmente pelas idéias sociológicas e psicológicas, pelo materialismo histórico, pela psicanálise e pela filosofia da diferença. Nesse sentido, é importante indicar que o lugar social da saúde mental é um lugar de

³ Estudos sobre estas experiências encontram-se em DESVIAT (1999); ROTELLI (2001).

conflito, confronto e contradição. Entender a saúde mental dessa forma implica em reconhecê-la como expressão e resultante de relações e situações sociais concretas. “Por qualquer perspectiva que se olhe, tratar-se-á sempre de um eterno confronto: pulsações de vida/pulsações mortíferas; inclusão/exclusão; tolerância/intolerância” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p. 29).

A operacionalização da Reforma Psiquiátrica, através da implantação da rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, territorializados e integrados à rede de saúde, tem sido uma construção lenta e difícil, perpassada por interesses políticos e econômicos. Muitas vezes são privilegiados procedimentos técnico-burocráticos, assistenciais, em prejuízo de um serviço que tenha como foco o tratamento da pessoa humana na sua dimensão integral. Por outras, a Reforma Psiquiátrica é entendida como sinônimo de reestruturação de serviços; introdução ou modernização de novas tecnologias de tratamento e cuidado; promulgação de uma nova legislação. Em geral, os problemas passam pela tendência de tornar a Reforma a implantação de centros de atenção psicossocial, de forma a banalizar o serviço, fazendo com que estes sejam uma extensão do hospital psiquiátrico (AMARANTE, 2005).

Não obstante, a transformação do modelo de atenção tradicional requer a construção de uma rede de atendimento ampla, com serviços diversificados e complementares, substitutivos das práticas asilares. O modelo substitutivo não significa alternativo, paralelo, complementar ou intermediário do sistema tradicional. Trata-se de um serviço forte, que comporta uma estrutura complexa em que o sentido das práticas deve ser alterado do “eixo da clínica” para o “eixo da cidadania”. Isso significa olhar para a pessoa-sujeito e não unicamente para a doença (AMARANTE, 2005).

Pensar a mudança do paradigma teórico-conceitual clássico significa provocar uma transformação na cultura da forma tradicional de ver e lidar com a loucura, buscar a construção de um outro lugar social para a loucura e a doença mental, a partir de uma transformação das relações sociedade-loucura/doença mental.

Nesse processo, os centros de atenção psicossocial (CAPS) constituem-se no “braço” do modelo psicossocial. Tornam-se serviços privilegiados para o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial e dispositivos estratégicos para a mudança da atenção em saúde mental.

De acordo com as normatizações do Ministério da Saúde, são atribuições dos CAPS: organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; prestar atendimento em regime de atenção diária; oferecer cuidado clínico eficiente e personalizado; realizar a

dispensação de medicamentos; acompanhar usuários que moram em residências terapêuticas; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, assessorando o trabalho dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território ou área de abrangência (BRASIL, 2004).

No sentido de favorecer o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, bem como estimular a mudança da lógica de ver e lidar com a “doença” e o “doente mental”, o direcionamento da Política Nacional de Saúde Mental preconiza que os projetos terapêuticos dos CAPS podem ultrapassar a estrutura física da unidade, em busca da rede de suporte social comunitária. O atendimento prestado deve ser através de projeto terapêutico individualizado, construído conjuntamente com o usuário. A preocupação principal não deve ser o estabelecimento de um diagnóstico clínico, mas sim o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2004).

Com base no exposto, a presente dissertação de mestrado tem como recorte de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - O Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. A escolha deste CAPS deve-se ao fato de ser este um serviço público de atendimento diário a portadores de transtornos mentais adultos, único nesta modalidade no município. A população de Florianópolis conta com outros dois centros de atenção psicossocial, um para atendimento de crianças e adolescentes (CAPSi) e outro para atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (CAPSad).

O CAPS Ponta do Coral constitui-se no principal serviço de atendimento extra-hospitalar na realidade local, desempenhando um papel central na assistência a portadores de transtornos mentais graves. A rede municipal de atenção em saúde mental é incipiente, com poucos recursos e o CAPS enfrenta diversas dificuldades na realização de suas atividades, concentrando uma demanda de atendimento superior a sua capacidade.

Destacamos a relevância deste estudo na medida em que está em curso no país uma reforma nos serviços de assistência em saúde mental, em que a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos pelo cuidado comunitário/ambulatorial tem sido a

diretriz básica para a reorganização da política de saúde mental, desde o nível federal aos níveis estadual e municipal.

A reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

O processo de reestruturação dos serviços de saúde mental está baseado na organização de uma rede comunitária de cuidados. Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esportes etc), culturais, religiosos e de lazer são convocados para potencializar as equipes de saúde na tarefa de realizar ações de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004).

Fazem parte desta rede de serviços de saúde mental os centros de atenção psicossocial, os núcleos de atenção psicossocial (NAPS), os serviços residenciais terapêuticos (SRTs), os hospitais gerais, os centros locais de saúde, as equipes de saúde da família e agente comunitários de saúde, entre outros. Particularmente, neste trabalho, nos interessamos por estudar os CAPS por estes assumirem um papel central na organização da rede, constituindo-se em serviços de atenção que “almejam à outra lógica, outra fundamentação teórica-técnica e outra ética, que não mais a do paradigma psiquiátrico” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.19).

Os CAPS foram criados para serem substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos, oferecendo atendimento em saúde mental à população de sua área de abrangência. São atendidas pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, incluindo aquelas que apresentam transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e crianças e adolescentes. As práticas realizadas neste tipo de serviço devem caracterizar-se por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro, na comunidade.

Oficialmente os CAPS foram instituídos pela Portaria GM/MS N°224/1992 e definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam uma população adscrita definida pelo nível local e oferecem atendimento de cuidados intermediários entre

o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (BRASIL, 2002b).

Atualmente, os CAPS são regulamentados pela Portaria GM/MS N° 336/2002 e integram a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta portaria estabelece critérios de porte/complexidade e abrangência populacional aos CAPS, classificando-os nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad⁴. A classificação dos diversos tipos de CAPS difere, basicamente, quanto ao tamanho da população pela qual se responsabilizam e quanto ao regime de funcionamento.

Os profissionais que trabalham nos CAPS integram uma equipe multiprofissional. São técnicos de nível superior e nível médio, de diferentes áreas de formação. Os profissionais de nível superior são médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física entre outros necessários para as atividades oferecidas, de acordo com o projeto terapêutico do CAPS. Os profissionais de nível médio podem ser técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores, artesãos, profissionais de limpeza e cozinha (BRASIL, 2004).

As equipes técnicas possuem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. Cabe aos profissionais a tarefa de organizar-se para realizar o acolhimento dos usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, realizar as atividades de reabilitação psicossocial, equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas.

Ao considerarmos as práticas em saúde mental de um centro de atenção psicossocial nosso objeto de estudo estamos entendemos que é a partir delas que a mudança de paradigma se torna possível, haja vista que a estruturação de uma rede de

⁴ O CAPS I tem capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e deve funcionar das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira; o CAPS II atende municípios com população entre 70.000 e 200.000, deve funcionar das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas; o CAPS III atende municípios com população acima de 200.000 habitantes, funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana. Já os CAPSi e os CAPSad possuem características diferenciadas dos demais. O CAPSi é referência para municípios com população acima de 200.000 habitantes e constitui-se em um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período até 21 horas. Os CAPSad destinam-se a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. É indicado em municípios com população acima de 100.000 habitantes, funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas (BRASIL, 2002b).

novos serviços de saúde mental não constitui por si só uma ruptura com o paradigma das práticas asilares, da segregação e da tutela do portador de transtorno mental. Contudo, sabemos que analisar uma realidade institucional é uma tarefa difícil, principalmente quando nos propomos olhar esta realidade em movimento, permeada de contradições e como fruto de um processo sócio-histórico.

Nesse sentido, elegemos como sujeitos informantes os profissionais que atuam no Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, por entendermos que a eles cabe a tarefa de realizar as atividades institucionais cotidianas. Esses profissionais integram uma equipe multiprofissional e assumem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. A nosso ver, constituem-se atores sociais centrais no processo de implementação e operacionalização da Reforma Psiquiátrica na realidade local.

Com isso queremos destacar que os profissionais de saúde mental exercem um papel relevante para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, seja como partícipes dos movimentos sociais, como gestores da política de saúde mental e/ou como trabalhadores (técnicos) nos serviços de assistência. Particularmente, aos profissionais dos CAPS cabe o compromisso de operacionalizar a mudança da lógica da assistência, na medida que estão atuando em um serviço considerado um dispositivo estratégico da rede de assistência em saúde mental. Esses profissionais estão diretamente ligados aos usuários do serviço e a implementação da política de saúde mental, função que os coloca na linha de frente de um cenário novo que vem passando por formulações e reformulações nos campos “político-jurídico, técnico-assistencial, epistemológico e sociocultural” (AMARANTE, 2003).

Torna-se pertinente ressaltar que o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) teve forte influência nos avanços ocorridos na mudança da assistência psiquiátrica. Constituído inicialmente de técnicos de saúde mental buscava a melhoria da assistência psiquiátrica e denunciava a situação precária dos manicômios. O MTSM posicionou-se em relação à assistência prestada, politizou a questão da Reforma, construiu uma linha de pensamento crítica no campo da saúde mental. Organizados, os trabalhadores criaram fóruns de discussões locais de caráter técnico e político e defenderam as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Posteriormente, o movimento ampliou-se no sentido de ultrapassar sua natureza técnico-científica, organizou sua estrutura administrativa como fórum nacional e passou a ser designado Movimento da Luta Antimanicomial, tornando-se um movimento social que passou a englobar várias entidades como associações de usuários

e familiares⁵, ONGs, entre outras (AMARANTE, 1994, 1995a; SOUZA, 2001; VASCONCELOS, 2000b, 2004).

Assim, nos parece certo que os profissionais de saúde mental são atores sociais influentes na efetivação da Reforma Psiquiátrica. Razões significativas para pesquisar e valorizar suas experiências e opiniões, na medida em que seus relatos podem indicar como vem se realizando no dia-a-dia a Reforma, bem como contribuir para a construção de novas práticas e a produção de novos saberes. E, entendemos como Foucault, que os saberes não são apenas conhecimentos acadêmicos, produções que se autodenominam científicas. Os saberes também estão onde são produzidos, pois sempre criam visões de mundo, produzem histórias e História.

Dessa forma, a presente pesquisa tem a finalidade específica de contribuir para a análise das práticas locais de saúde mental, a partir do estudo da realidade vivenciada no CAPS de Florianópolis e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Lembramos, ainda, que neste ano de 2006 o CAPS Ponta do Coral completa dez anos de atividades, fato que nos leva a destacar a importância de um estudo que identifique as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação deste serviço. No geral, busca-se fornecer subsídios para os avanços nas políticas de saúde mental e contribuir para a produção de conhecimentos sobre a realidade da prática das políticas públicas de saúde mental. Para tanto, elegemos como eixos de estudo e análise cinco pontos, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social e integração com a rede municipal de assistência em saúde.

Constitui-se como objetivo geral do presente estudo a análise da realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Para alcançarmos este definimos como objetivos específicos: 1) caracterizar a estrutura e os recursos financeiros disponibilizados

⁵ Cabe registrar que no campo da saúde mental encontram-se associações de composição variada. Há associações de usuários; associações de familiares; associações de usuários e familiares; associações de usuários, familiares e técnicos; associações de usuários e técnicos; e associações de técnicos e familiares. Em sua maior parte, o processo organizativo das associações é conduzido por elementos de constituição de laços de solidariedade e ajuda mútua. Contudo, existem associações que são favoráveis à agenda de inovações da assistência colocada pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e, outras, que se caracterizam como uma comunidade de veto em relação à mesma agenda (SOUZA, 2001).

e sua adequação às atividades do Caps; 2) conhecer as práticas assistenciais desenvolvidas pelo CAPS com relação ao projeto terapêutico e como se organiza o trabalho da equipe técnica; 3) identificar como ocorrem as práticas institucionais de participação do usuário e da família no tratamento e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica; 4) identificar se existem e quais são as ações institucionais, intersetoriais e/ou outras criadas com relação a inserção social do portador de transtornos mentais; 5) descrever e analisar a relação existente entre o CAPS e a rede municipal de assistência em saúde com relação a operacionalização da política de saúde mental e do SUS; 6) identificar quais as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação do CAPS, pontos positivos e negativos.

1.1 Procedimentos metodológicos

Para operacionalizar os objetivos do nosso estudo foi realizada uma pesquisa de caráter qualitativo, do tipo estudo de caso. Segundo Minayo (1994), a pesquisa qualitativa, nas ciências sociais, responde a questões particulares, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Isso significa considerar que trabalhamos com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que correspondem a pontos mais profundos das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser quantificáveis. E, segundo Chizzotti (2003, p. 104), em geral, a pesquisa qualitativa objetiva provocar o esclarecimento de uma situação para uma tomada de consciência pelos próprios pesquisados dos seus problemas e das condições que os geram, a fim de elaborar meios e estratégias de resolvê-los.

Dentre os tipos de pesquisa qualitativa, o estudo de caso talvez seja um dos mais relevantes. É uma modalidade que propicia retratar uma realidade de forma ampla e profunda, de forma a revelar a multiplicidade de dimensões presentes numa determinada situação e contextualizar o objeto para melhor compreendê-lo (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Nesta forma de estudo, o caso é tomado como unidade significativa do todo porque tanto retrata uma determinada realidade quanto revela a multiplicidade de aspectos globais presentes em uma dada situação (CHIZZOTTI, 2003). A principal função do estudo de caso é a explicação sistemática de fatos que ocorrem no contexto social e geralmente se

relacionam com uma multiplicidade de variáveis. Essa técnica caracteriza-se por ser um estudo intensivo, o qual deve considerar a compreensão geral do assunto investigado (FACHINI, 2001).

O local escolhido para a realização do estudo, o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, é um serviço público, municipal, cadastrado na modalidade CAPS II, situado à rua Rui Barbosa, 713 (fundos), no bairro Agrônômica, Florianópolis/SC. CAPS Ponta do Coral funciona das 8h às 18hs e atende uma demanda média diária de 40 usuários. O serviço foi criado em março de 1996 e funciona neste endereço desde o mês de dezembro do mesmo ano⁶.

A principal fonte de informação da presente pesquisa constituiu-se das falas dos profissionais, de formação de nível superior, e, no resultado do formulário aplicado a todos os membros da equipe do CAPS Ponta do Coral. Utilizamos para a coleta de informações a entrevista semi-estruturada, gravada, com questões abertas, e a aplicação de formulário com questões fechadas (Apêndices A e B). As entrevistas foram orientadas por um roteiro com perguntas estruturadas e agrupadas em cinco blocos correspondentes aos eixos de estudo da pesquisa. De acordo com Trivinos (1987), a entrevista semi-estruturada geralmente parte de certos questionamentos básicos, de perguntas fundamentais derivadas da teoria que é adotada para a pesquisa e de informações que o pesquisador possui sobre o tema a ser pesquisado.

Na pesquisa qualitativa, a entrevista é uma das técnicas mais utilizadas na coleta do material empírico. No tipo de estudo escolhido, foi possível perceber que a entrevista constituiu-se na ferramenta capaz de possibilitar a obtenção de dados mais profundos da realidade, os quais só podem ser obtidos com a contribuição dos sujeitos envolvidos.

O trabalho empírico para coleta dos dados e das informações na Instituição foi realizado entre a segunda quinzena do mês de março e a primeira quinzena do mês de abril de 2006 (16/3/2006 a 13/4/2006). A coleta teve início após a apresentação e solicitação de autorização para a realização da pesquisa à coordenação da Instituição. O projeto foi encaminhado à Comissão de Ensino e Pesquisa do CAPS II Ponta do Coral e à Direção de

⁶ A implantação do serviço foi efetivada em 25/3/1996, ficando instalado, provisoriamente, junto ao Centro de Saúde II do Centro de Florianópolis (atual ULS Centro), na Avenida Rio Branco. Em dezembro do mesmo ano foi transferido para o atual endereço, passando a ser chamado NAPS Ponta do Coral. Seu credenciamento no Ministério da Saúde aconteceu ao longo do ano de 1997. Em 2002, a Portaria GM n° 336 regulamentou a denominação dos antigos NAPS para CAPS (STUANI, 2005).

Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis para parecer. Mediante o parecer favorável (Anexo A) das referidas instâncias, foi realizada, em reunião de equipe, a apresentação do projeto aos profissionais do CAPS Ponta do Coral. Concluída esta etapa, foi realizada a entrevista pré-teste. A escolha do profissional observou os critérios constantes da metodologia do projeto. A entrevistada foi uma profissional da área da psicologia (área que tem mais de um profissional no CAPS) que tinha disponibilidade para a realização da entrevista na data escolhida. A partir desta entrevista, foram realizadas pequenas alterações no roteiro, com vistas a agrupar algumas perguntas, no sentido de diminuir o tempo necessário à efetivação da mesma. A referida entrevista teve a duração aproximada de uma hora e vinte minutos, acrescida de mais quinze minutos para a aplicação do formulário, totalizando uma hora e trinta e cinco minutos.

No total, foram realizadas seis entrevistas e aplicados doze formulários, de acordo com a metodologia estabelecida, a qual privilegiou, para a entrevista, o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de ensino superior, dentre as existentes no CAPS Ponta do Coral, quais sejam: psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Os formulários foram aplicados a todos os profissionais de formação de nível superior e de formação de nível médio. Foi necessário realizar sorteio do profissional a ser entrevistado apenas com relação a área da psicologia, por esta ter quatro profissionais atuando na equipe do CAPS. Como utilizamos um deles para a realização do pré-teste, participaram do sorteio apenas os outros três. O sorteio foi realizado na presença de outras duas profissionais da equipe.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos profissionais. A aplicação dos formulários foi simultânea e obedeceu ao mesmo critério. No caso de três dos profissionais entrevistados não foi possível realizar a aplicação do formulário no momento da entrevista, a pedido dos mesmos, devido a limitações de tempo. As entrevistas foram gravadas em fitas cassete, com a autorização prévia dos entrevistados, e, posteriormente, as falas foram transcritas.

As informações e os dados coletados foram sistematizados e classificados, de acordo com os eixos de pesquisa, e posteriormente analisados com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os dados originados dos formulários foram analisados e tratados descritivamente, ou seja, reduzidos a termos descritivos. Para efeito de padronização e de comparação foi adotado o método da porcentagem.

A análise final, que, segundo Minayo (1994), corresponde a um movimento contínuo entre o empírico e o teórico e vice-versa para fazer do caos aparente das

informações revelações da sua especificidade, foi construída pela síntese das informações coletadas em cada eixo de estudo, previamente definidos.

As questões éticas foram consideradas em todas as etapas do estudo, especialmente, na relação com os entrevistados, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) e dentro do que determina a Resolução N° 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde e o Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina. Os profissionais foram informados e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa quando da apresentação do projeto em reunião de equipe e individualmente antes da realização da entrevista. Foi preservado o anonimato dos entrevistado ao se utilizar codinomes para referenciar as falas no trabalho, destacando-se que os mesmos escolheram livremente seu próprio apelido quando da realização da entrevista. Apenas uma das entrevistadas optou por deixar a cargo da pesquisadora a escolha do codinome.

O trabalho que ora apresentamos está organizado de forma a contemplar, neste primeiro capítulo, a introdução do tema e a metodologia utilizada na pesquisa; no segundo capítulo descrevemos, sistematizadamente, o norte teórico utilizado como referência para a análise dos dados e das informações coletadas; no terceiro capítulo trazemos os resultados e as análises da pesquisa. Ao final, resgatamos os principais tópicos relacionados aos eixos de estudo e expomos nossas considerações finais sobre o tema.

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA

Procuramos expor neste capítulo uma síntese das análises de alguns autores que têm contribuído para o avanço nas discussões sobre a Reforma Psiquiátrica, bem como a definição do que vem a ser este outro modelo de atenção em saúde mental – o Modo Psicossocial, tanto em seus aspectos prático-assistenciais quanto em suas exigências éticas e teóricas, no sentido de construirmos o norte teórico orientador das análises da presente pesquisa.

Todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, na atualidade, bem como a literatura da área estabelecem a categoria teórico-prática “desconstrução” como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade nas ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Reiteram, também, a incapacidade da psiquiatria de explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (BASAGLIA, 1985; ROTELLI, 1990). Neste sentido, a proposta da Reforma Psiquiátrica objetiva criar experiências alternativas ao hospital psiquiátrico e ao modelo de suas práticas, através da extinção desse tipo de instituição e sua substituição por recursos que sejam capazes de rever tanto as concepções do “objeto” quanto dos “meios” e modos da sua intervenção nessa área.

A partir das contribuições colocadas por Fleury (et. al., 1989), com relação ao conceito de Reforma Sanitária como um “processo de transformação estrutural”, e da noção de *processo social complexo* proposta por Rotelli (1990), Paulo Amarante (2003, p.49), define Reforma Psiquiátrica como:

um processo social complexo que se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade.

Nessa concepção, o autor observa que processo indica algo em permanente movimento, que não tem um fim predeterminado, nem um objetivo último ou ótimo. E, a idéia de complexidade é posta não como sinônimo de complicação, mas sim como uma atitude epistemológica no sentido de reabrir a possibilidade de recomplexificação do fenômeno, proposição oposta a naturalização/objetualização da noção de doença. Neste sentido, a doença deixaria de ser reduzida a uma alteração biológica, para tornar-se um

processo de saúde/enfermidade. Em outras palavras, “a doença não é um objeto, mas uma experiência nas vidas de sujeitos distintos” (AMARANTE, 2003, p.53).

Na continuidade de suas análises sobre a Reforma Psiquiátrica Amarante (2000, 2003) designa quatro dimensões para as transformações operadas na e pelas práticas da Reforma, quais sejam: teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural.

A dimensão teórico-conceitual ou epistemológica contempla o conjunto de questões que dizem respeito a produção de conhecimentos e saberes que irão subsidiar as práticas. É uma dimensão que vai desde a reflexão dos conceitos mais fundamentais do campo das ciências até os conceitos produzidos pela psiquiatria: alienação, doença mental, normalidade/anormalidade, terapêutica e cura. Um aspecto muito importante desta dimensão refere-se ao desafio de se repensar as relações entre conhecimento e objeto (AMARANTE, 2003).

Na interpretação de Costa-Rosa (et al., 2003, p. 32), o campo teórico-conceitual pauta-se na desconstrução de conceitos e práticas, sustentados pela psiquiatria e pela psicologia nas suas visões acerca da doença mental. Propõe-se como contrapartida a construção de noções e conceitos como “existência-sofrimento” do sujeito na sua relação com o corpo social, acolhimento, cuidado, emancipação e contratualidade social. Nesse âmbito, pode-se entender que o conceito de existência-sofrimento impulsiona a Reforma Psiquiátrica na direção de uma revolução paradigmática, uma vez que questiona a tão cara relação sujeito-objeto e o próprio paradigma doença-cura. Tal conceito aparece por contraposição ao paradigma doença-cura, expressando a exigência de se dar ao sujeito a centralidade da cena.

Como exemplo desse campo Amarante (2003, p. 50) destaca o processo de desconstrução do conceito de clínica, que deixaria de ser o isolamento terapêutico ou o tratamento moral para tornar-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades; a desconstrução do conceito de doença produzido pela psiquiatria, em que o sujeito, não mais visto como alteridade incompreensível, possibilitará outras formas de conhecimento, que produzirão novas práticas clínicas e sociais.

Cabe destacar que quando um conceito é submetido ao processo de desconstrução é possível supor que as relações entre as pessoas envolvidas também serão transformadas, assim como os serviços, os dispositivos e os espaços. Conseqüentemente, mudam, ainda, os conceitos e as práticas jurídicas que eram adotadas pelos conceitos desconstruídos.

Para Basaglia (1985) e Rotelli (1990), desconstrução está relacionada à noção de *invenção*, de construção do real, de produção da subjetividade, recolocando em discussão a ciência e a psiquiatria. Os autores referem-se a “desconstrução” do dispositivo psiquiátrico e clínico em seus paradigmas fundantes e suas técnicas de poder-saber, entendendo-a como uma ação prática de desmantelamento das incrustações institucionais que cobriam a doença. A desconstrução questiona as bases do dispositivo psiquiátrico, em sua competência para atuar frente à loucura.

Entende-se desconstrução como um processo social complexo, de desmontagem do dispositivo psiquiátrico, que não tem fim, ou não pretende constituir, um modelo ideal, mas sim dar novo significado às relações e colocar questões imanentes às situações-problema. Nesse sentido, é um processo que precisa, por definição, ser reinventado incessantemente, e questionar também o conjunto dos segmentos sociais que deveria ser [...] objeto de uma verdadeira "revolução molecular", quer dizer, de uma re-invenção permanente (GUATTARI, 1992 apud TORRE; AMARANTE, 2001, p. 14).

A dimensão político-jurídica passa pela criação e alterações na legislação com relação aos direitos e a assistência ao portador de transtornos mentais. O âmbito jurídico é decorrente do fato de a psiquiatria ter instituído a noção de relação entre loucura, periculosidade, irracionalidade, incapacidade, irresponsabilidade civil. No plano político luta-se pela extinção dos manicômios e sua substituição por instituições abertas, pela revisão das legislações sanitárias, civil e penal referente a doença mental, para possibilitar o exercício dos direitos à cidadania, ao trabalho e à inclusão social. Importa nessa dimensão rediscutir e redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais (AMARANTE, 2003, p. 53; COSTA-ROSA, et al., 2003, p. 33).

No âmbito da dimensão técnico-assistencial está o modelo assistencial. É nesse campo que, na realidade brasileira, aparecem mais visivelmente as inovações com relação as práticas assistenciais em saúde mental, concomitante a reconstrução dos conceitos. As transformações vêm acontecendo tanto na concepção de novos serviços (CAPS, oficinas terapêuticas e de reintegração sociocultural, cooperativas de trabalho) quanto na sua forma de organização e gestão (instituições abertas com participação e co-gestão com os usuários e a população).

Nos últimos anos têm-se objetivado construir uma rede de novos serviços, concebidos como espaços de sociabilidade, de trocas, em que se enfatiza a produção de saúde como produção de subjetividades. Essas mudanças indicam para uma mudança nas práticas de atenção e tem significado *colocar a doença entre parênteses*, propiciando

contato com o sujeito, rompendo com as práticas disciplinares; aumentando a possibilidade de recuperação do seu estatuto de sujeito de direitos (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 32-33; AMARANTE, 2003, p.51).

A expressão *colocar a doença entre parênteses* é atribuída a Basaglia, significa a suspensão do conceito e implica na possibilidade de novos contatos empíricos com o fenômeno em questão. Para o autor, a psiquiatria colocou o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença como fenômeno da natureza. Assim, Basaglia propõe uma inversão, isto é, colocar a doença entre parênteses para tornar-se possível lidar com o sujeito e não com a doença.

Amarante (2003) chama a atenção para o fato de a atitude epistemológica de colocar a doença entre parênteses não significa a negação da doença no sentido do não se reconhecer que experiências de sofrimento ou diversidade fazem parte da realidade concreta da saúde mental. Nas palavras do autor:

não significa a recusa em aceitar que exista uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar. Significa, isto sim, a recusa a explicação da psiquiatria, para dar conta daquela experiência, como se esta pudesse ser explicada pelo simples fato de ser nomeada como doença. A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia social e política da exclusão, e a ruptura epistemológica com o saber da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para objetivar conhecer a subjetividade (AMARANTE, 2003, p. 56).

A dimensão sociocultural expressa o objetivo maior da Reforma Psiquiátrica, haja vista que pretende transformar o *lugar social* da loucura no imaginário social, transformando as relações entre a sociedade e a loucura. Muito do imaginário social é decorrente da ideologia psiquiátrica que tornou senso comum a relação da loucura à incapacidade do sujeito de estabelecer trocas sociais e simbólicas (AMARANTE, 2003, p. 53).

Para tanto se têm estimulado uma série de práticas sociais visando transformar o imaginário social relacionado a loucura, a doença mental e a anormalidade. Está em processo de mudança a imagem da loucura e do louco, a imagem da instituição e a da relação dos usuários e a população com ela. A intencionalidade passa pela construção de uma imagem das instituições de atendimento como espaços abertos de circulação e pólos de exercício estético, e uma imagem do “louco” como cidadão que deve almejar poder de contratualidade social (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 33).

Pensar a Reforma Psiquiátrica como um processo complexo implica desconstruir, superar conceitos; pensar, refletir sobre as ações no campo da saúde mental e os efeitos de

suas práticas; criar, construir novas práticas e produzir outros saberes. Trata-se, portanto, de um processo contínuo em que os verbos transformar, produzir, desconstruir, desmontar, emancipar, reconstruir devem estar no cotidiano do fazer em saúde mental.

2.1 O Modo Psicossocial

A elaboração das práticas do modo psicossocial é tributária de diferentes movimentos sociais científicos e vários campos teóricos. Sob esse aspecto, Abílio da Costa-Rosa (2000; 2003), busca especificar elementos básicos do novo paradigma traçando um paralelo de análise entre as práticas constitutivas do modo asilar e aquelas exigidas ao modo psicossocial⁷.

As principais características do modo asilar são: ênfase na consideração de determinantes orgânicos nos problemas que se pretende tratar, o que implica que o seu meio básico seja medicamentoso; pouca ou nenhuma consideração da existência do sujeito, o que implica que não se insista na sua mobilização como participante do tratamento. O indivíduo continua sendo visto como doente, tanto em relação à família quanto em um contexto social mais amplo. Daí decorre que a intervenção seja quase exclusivamente centrada nele. As aproximações da família, quando ocorrem, costumam ter caráter apenas pedagógico e assistencial. Dessa consideração do indivíduo como centro do problema, entre outros fatores, decorre também seu isolamento em relação ao meio familiar e social.

Ainda, com relação as práticas assistenciais, no modo asilar, o trabalho é realizado sem que os profissionais se encontrem para conversar sobre a atividade comum. O prontuário é considerado o elo de interconexão entre os profissionais da equipe. Mesmo no caso em que o meio é multiprofissional, a determinação fundamental dos problemas continua, na prática, sendo biológica. Portanto, a eficácia do tratamento espera-se que venha da química. Sua instituição típica continua sendo o hospital psiquiátrico fechado,

⁷ O autor observa que esta análise tem uma dimensão histórica, na medida que inclui uma consideração dos avanços que tem ocorrido nas práticas concretas até o presente; e outra dimensão lógica, visto que decorre da dedução realizada, através do método de análise, das características imprescindíveis a um determinado dispositivo para que ele configure uma lógica contraditória com a dos dispositivos que pretende superar e substituir (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.36).

ainda que nas últimas décadas esse venha sendo alvo de reformas democratizantes, intermitentes e esteja acompanhado de dispositivos chamados extra-asilares.

No modo psicossocial a concepção do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos sustentados para lidar com esse processo requer a desinstitucionalização do paradigma “doença-cura” e sua substituição pelo “existência-sofrimento”, conjuntamente com a configuração de práticas de trabalho transdisciplinares.

Destacam-se como principais exigências ao modo psicossocial: a determinação e consistência psíquica e sociocultural dos problemas, e não orgânica; a desospitalização e a desmedicalização, o que significa desconsiderar a medicação como resposta única ou preponderante e a priori; o exercício da “clínica da escuta e da criação de si”, e não a clínica da observação e da retomada do estado anterior às crises; a horizontalização das relações intrainstitucionais; a participação dos usuários e da população em forma de autogestão e co-gestão; o livre trânsito dos usuários e da população; a ética do reposicionamento do sujeito, que significa reconhecer a implicação subjetiva como forma de singularização e não supressão sintomática.

Os dispositivos institucionais típicos do modo psicossocial são os centros e núcleos de atenção psicossocial, o Hospital-Dia, ambulatórios de saúde mental; equipes multiprofissionais de saúde mental, inseridas em Centros de Saúde; setores para tratamento em saúde mental, inseridos em hospitais gerais. Seus meios básicos de tratamento são a psicoterapia, a laboterapia, as socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural, além da medicação.

É decisiva a importância que se atribui ao sujeito, daí que se insista de maneira fundamental na sua mobilização como participante principal do tratamento. Não se deixa de considerar, por isso, a sua dimensão de indivíduo (orgânico e sócio-cultural). Dá-se ênfase à consideração da pertinência do indivíduo a um grupo familiar e social. Supõe-se que se deve trabalhar também a família e o grupo social como agentes das mudanças buscadas.

Da consideração de que não é o indivíduo o único problemático, sugere-se que se inclua no tratamento também a família e eventualmente um grupo mais ampliado. As formas de participação da família e do grupo ampliado no tratamento são várias e superam, em muito, as posturas assistencial e orientadora, características do modo asilar. As associações de usuários e familiares criadas no modo psicossocial são reflexos dessa nova postura em relação aos usuários.

No modo psicossocial, espera-se que as diferentes possibilidades de ação se estendam desde a continência do indivíduo, durante a crise, até o reconhecimento da implicação familiar e social nos mesmos problemas. Espera-se, portanto, que tanto uns quanto outros possam assumir a parte de seu compromisso na atenção e no apoio. Além disso, dá-se acentuada ênfase à reinserção social do indivíduo, sem perder de vista que, muitas vezes, não é a problemática com a qual ele chegou a responsável pela sua saída da circulação sociocultural.

Quanto às formas de organização institucional, no modo asilar estas são marcadas por estratificações de poder e saber no âmbito do pessoal da instituição, que se transladam para a relação com os usuários e a população, os quais estão excluídos de qualquer participação que não seja a do objeto inerte e o mundo. Já os dispositivos do modo psicossocial tem suas práticas fundamentadas na lógica da Psicoterapia Institucional e da Comunidade Terapêutica e, geralmente, estas são instrumentadas por meio de assembleias de usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental. Participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais no modo psicossocial, por oposição à estratificação e interdição institucionais à heterogestão e à disciplina das especialidades que dominam no modo asilar.

Neste sentido, o autor propõe designar a Atenção Psicossocial como paradigma do modo psicossocial, em oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar.

2.1.2 Atenção Psicossocial

O termo Atenção, no contexto da Reforma Psiquiátrica, assume o conceito de “dar e prestar atenção, acolher, receber com atenção, tomar em consideração, levar em conta e escutar atentamente”. Designa uma parte fundamental do contorno que se pretende imprimir às ações de Atenção Psicossocial nas práticas em saúde mental. Expressa certos princípios relativos, sobretudo, à forma das relações dos agentes institucionais e das próprias instituições como dispositivos, com os sujeitos usuários e suas demandas (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 22).

Já o conceito Psicossocial designa as práticas em Saúde Mental Coletiva que se inscrevem como transição paradigmática da psiquiatria; enquanto que o termo psicossocial

agrega ao 'objeto' das práticas em saúde mental aspectos psíquicos e sociais, e tem a função de designar experiências reformadoras em sentido amplo (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 19).

Segundo o autor, ao somatizar aspectos sociais e psíquicos aos aspectos biológicos do paradigma e do objeto da psiquiatria a Atenção Psicossocial vai promover transformações nas concepções do objeto, nos modos de conceber e estruturar a instituição como dispositivo e, sobretudo, na forma de conceber e estruturar as relações terapêuticas, que tem, por sua vez, implicações éticas radicalmente distintas das práticas asilares.

A Atenção Psicossocial subentende ações diferenciadas das contidas no paradigma asilar e psiquiátrico. Na definição de Costa-Rosa Luzio e Yasui (2003, pp. 34-36):

a Atenção Psicossocial parece configurar um campo capaz de congrega e nomear todo o conjunto das práticas substitutivas ao Modo Asilar, conservando ao mesmo tempo a abertura necessária para a inclusão das inovações que ainda estão se processando e para outras que certamente virão. [...] As práticas de Atenção Psicossocial representam a sedimentação de um vasto conjunto de variações teórico-técnicas e éticas, mais ou menos radicais, conforme o caso, em relação às práticas vigentes e dominantes, que estão no lugar estrutural de sua alteridade necessária.

Os autores argumentam que a Atenção Psicossocial tem sustentado um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas norteadas pela aspiração de substituírem o modo asilar, e algumas vezes o próprio paradigma da psiquiatria. As ações na esfera político-ideológica trabalham em sintonia com os movimentos sociais que lutam pelo resgate da dignidade humana e dos direitos individuais e coletivos de cidadania. As ações teórico-técnicas referem-se à produção de novas formas de intervenção que possibilitem a construção de novos dispositivos que trabalhem pela transformação radical dos modelos institucionalizados e da ética em que se pautam.

Atenção Psicossocial, entendida como paradigma do modo psicossocial, designa concepções contrárias ao modo asilar. Quando referida as políticas públicas de saúde mental aspira a inclusão de aspectos políticos, econômicos, sociais, culturais e outros relacionados com ações que visam a construção de práticas de emancipação para a cidadania. Neste trabalho, se refere ao modelo de atenção em saúde mental que deve nortear as práticas dos serviços substitutivos, especificamente, a dos centros de atenção psicossocial.

Dessa forma, a complexidade e amplitude das práticas de Atenção Psicossocial inclui como seus componentes necessários, os conceitos e as práticas englobadas na desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, a partir de uma perspectiva baseada no aumento da contratualidade social dos usuários das instituições.

2.2 Desinstitucionalização

A desinstitucionalização tem sua origem nas experiências desenvolvidas por Franco Rotelli (1990), na Psiquiatria Democrática italiana. Segundo o autor, o primeiro passo da desinstitucionalização consiste em desmontar a relação problema-solução, renunciando a busca da solução racional (tendencialmente ótima) que no caso da psiquiatria é a normalidade plenamente restabelecida.

“O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de “cura” mas no projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente” (ROTELLI, 1990, p.30). Neste sentido, trata-se de um processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito doente. A desinstitucionalização traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação na qual exista reciprocidade entre sujeitos - uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade.

Nas palavras do autor,

A desinstitucionalização é, sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. [...] Depois de ter descartado a ‘solução-cura’ se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento (ROTELLI, 1990, p.33).

Em sua origem, os pressupostos da desinstitucionalização encaminham-se no sentido da restituição da subjetividade do indivíduo, possibilitando-lhes a recuperação de sua contratualidade, isto é, da posse de recursos para trocas sociais e, por conseguinte, para a cidadania social. Contudo, alguns estudos sobre as mudanças operadas na assistência no

âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira apontam para a compreensão da desinstitucionalização como desospitalização⁸.

Segundo Spricigo (2001), a desinstitucionalização, não correlata da desospitalização, torna-se a um só tempo, processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito adoecido. Traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação em que exista reciprocidade entre sujeitos, uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade. Isso gera a necessidade de invenção de novas modalidades de mediação, não somente médicas, mas principalmente políticas, sociais e culturais.

Sobre esta questão, Amarante (1995b) enfatiza que a mudança desejada na assistência em saúde mental não corresponde simplesmente ao fechamento de hospitais psiquiátricos e o conseqüente abandono das pessoas em suas famílias ou nas ruas, nem no fechamento de leitos para reduzir custos, no sentido do neoliberalismo ou no sentido do enxugamento do Estado. Segundo o autor,

desinstitucionalização não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativo. Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social (AMARANTE, 1995b, p. 491-494).

⁸ Ver SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Série Teses em Enfermagem, n° 42)

Neste sentido, a proposta da desinstitucionalização está centrada em uma mudança completa do paradigma de saber em saúde mental e, do ponto de vista assistencial, na constatação de que o hospital psiquiátrico tradicional é antiterapêutico. Assim, a estratégia de conversão do sistema de cuidado deve partir da substituição do hospital psiquiátrico por um amplo rol de serviços abertos e comunitários, capazes de assistir o usuário desde a crise aguda até às necessidades mais amplas de caráter social. Nestes novos serviços, a reabilitação psicossocial vem se configurando como um lineamento para o desenvolvimento de programas, eticamente responsáveis, no sentido de dar conta da totalidade das demandas que os problemas mentais severos e persistentes requerem.

2.3 Reabilitação psicossocial

Na definição da Organização Mundial de Saúde (1987 apud PITTA, 2001) reabilitação psicossocial é o conjunto de atividade capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários.

Segundo Pitta (2001), a reabilitação psicossocial, no seu sentido instrumental, é representada por um conjunto de meios (programas e serviços) que são desenvolvidos para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes, ou seja, um processo para facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. Tal processo enfatiza as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo e a cada situação de modo personalizado.

Para Saraceno (2001), a reabilitação psicossocial prevê um processo de restituição e reconstrução de direitos políticos legais e sociais para o cidadão. Para tal, projetos de ressocialização devem promover o reconhecimento do portador de transtorno mental.

Para Kinoshita (2001), reabilitar é reconstruir valores, aumentar o poder contratual, criar condições de possibilidade para que um paciente possa, de alguma

maneira, participar do processo de trocas sociais, produzir dispositivos que, desde uma situação de desvalor quase absoluto (pressuposto), possa passar por experimentações, mediações que busquem adjudicar valores aptos para o intercâmbio, ou seja, modificar o pressuposto de desvalor natural para um pressuposto de valor possível proposto, explícito.

O autor considera que reabilitar pode ser entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia. Sendo que, a contratualidade do usuário vai estar, primeiramente, determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Se estes podem usar de seu poder para aumentar o poder do usuário ou não. Depois pela capacidade de se elaborar projetos, isto é, ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida.

Ainda, diretamente ligada a questão da reabilitação de pacientes está a necessidade de se estabelecerem diversificadas redes de relações, as quais melhor capacitariam os indivíduos a compreenderem quais determinações influenciam sua vida cotidiana, ampliando sua autonomia.

O conceito de autonomia aqui referenciado é entendido como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001).

3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Apresentamos, a seguir, os resultados e as análises da pesquisa realizada, a partir dos eixos que nortearam a coleta dos dados e das informações: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde.

3.1 Estrutura e recursos financeiros

O conjunto de serviços substitutivos ao modelo de atenção em saúde mental tradicional (manicomial/asilar), do qual os centros de atenção psicossocial fazem parte, é, atualmente, regulamentado pela Portaria GM/MS N° 336/2002. Esta portaria estabelece portes diferenciados, a partir de critérios populacionais, para abrangência, financiamento e tipo de serviço prestado, de acordo com cada modalidade de CAPS.

Com relação a estrutura física, os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender a sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado. Para tanto, devem estar equipados com consultórios individuais para consultas, entrevistas, terapias, salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitório, sanitários, área externa para oficinas, recreação e esportes (BRASIL, 2004).

Neste aspecto, O CAPS Ponta do Coral tem uma estrutura que compreende um terreno com área física total aproximada de 1.936,00m², destes, aproximadamente 421m² são de área construída. Fazem parte das instalações, uma casa com dois pavimentos, um anexo, utilizado como sala do brechó, área de lazer e estar externa, e estacionamento. O pavimento superior da casa comporta 2 varandas, sala de recepção, sala de espera, 2 áreas de circulação (corredores), sala de administração, 2 consultórios, sendo que no momento um é utilizado como sala administrativa para realização de procedimentos relacionados ao preenchimento das APACs⁹, 2 salas para atividades grupais com WC, sala de depósito de

⁹ Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo.

material, cozinha com despensa, refeitório com churrasqueira, sala ampla (auditório) equipada com multimídia, sala de enfermagem, sala de repouso, e 7 banheiros distribuídos no espaço físico do pavimento superior. No pavimento inferior encontra-se a sala utilizada pela associação de usuários, 2 salas para a realização de oficinas (com passagem de uma para outra), sala com forno, sala de depósito de material e lavanderia¹⁰.

De acordo a pesquisa realizada, 83,3% dos profissionais considera a área física do CAPS suficiente para o atendimento da demanda e 66,7% consideram as instalações adequadas para a realização das atividades propostas; apenas um profissional observou que considera a estrutura do CAPS suficiente desde que as oficinas produtivas sejam realizadas fora da unidade. A mesma porcentagem (66,7%) considera os equipamentos disponíveis suficientes. Neste âmbito, o serviço conta com computador com impressora, aparelho de telefone e fone/faz, televisão, mesas de escritório, cadeiras, quadro branco, maca para atendimento em enfermagem, camas de repouso, fogão industrial, pia, mesas e bancos no refeitório, bancos para estar e descanso, entre outros. Metade dos profissionais respondeu que os equipamentos estão em bom estado de utilização, com ressalvas para salas com pouca ventilação no pavimento inferior.

Já com relação aos materiais de consumo, 91,7%, correspondente a onze dos doze profissionais que responderam ao formulário, consideram que os materiais de consumo não são suficientes. Eles se referem à falta e irregularidade no recebimento de materiais básicos à manutenção do serviço, tais como copo descartável para água, papel higiênico, e, principalmente, material específico para uso nas oficinas terapêuticas e de produtividade. Esta situação pode ser observada nas falas dos profissionais, que identificam as dificuldades no funcionamento do CAPS com relação a falta de recursos materiais e financeiros:

[...] essa falta de recursos é isso que eu te digo, desde a parte administrativa, nós precisamos de papel, carbono, copo pra tomar água, por exemplo, agora nós somos uma Unidade Local de Saúde que não tem copo descartável, já faz quase quinze dias, vinte dias, não tem copo descartável; falta água, aí nós temos que esperar, sendo que é um lugar que transita muitos usuários, eles tomam medicação e precisam tomar água, eles tomam muita água, e acaba não tendo água potável; por exemplo, teve época que faltou papel higiênico, em um serviço onde os usuários chegam fazem lanche, almoçam, fazem lanche da tarde, eles passam o dia aqui, então precisa ter uma estrutura mínima de atendimento (LÉLI, 4/4/2006).

¹⁰ Conforme Planta Baixa da unidade constante no projeto de reforma e ampliação executado em 2003/2004.

[...] a gente tem também o problema de fornecimento de material de consumo já há algum tempo, também desde que essa administração começou (Gestão Municipal e da Secretaria de Saúde), o fornecimento de material de consumo é interrompido, a gente fica sem tinta pra impressora, sem papel, sem papel higiênico...; tem diversos itens desses que são necessários, fazem parte do funcionamento do dia-a-dia do serviço (F, 12/4/2006).

[...] as oficinas terapêuticas e produtivas, requerem um material específico que precisa de dinheiro, e aqui, na política específica do município não tem uma regularização quanto ao repasse desse dinheiro [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

[...] a falta de agilidade no fornecimento das reservas para as oficinas, tudo isso resulta em um prejuízo para o trabalho; ficou quase uns dois meses a oficina fechada por falta de material, por exemplo [...] (P, 17/3/2006).

Outra dificuldade mencionada pelos profissionais no funcionamento do serviço é o vale transporte dos usuários:

[...] o funcionamento em geral fica prejudicado porque na medida em que falta vale transporte o usuário não vem, não consegue se deslocar para vir até aqui, aí interrompe aquele projeto terapêutico que havia sido feito com o usuário [...] (VIK, 24/3/2006).

[...] a questão, por exemplo, da dificuldade que a gente tem aqui: o transporte dos pacientes, a questão do passe, é muito irregular; então, isso reduz a nossa produtividade também, porque os pacientes acabam não vindo. Muitas vezes a gente não pode, por exemplo, contar com aquele paciente que veio para uma entrevista inicial porque ele não tem como estar vindo no curto prazo, então, acho que isso, a questão do custo que é o transporte em Florianópolis, também acaba afetando o nosso trabalho, então, nesse sentido, a falta de regularidade no passe [...] (P, 17/3/2006).

A partir dessa relação entre as diversas necessidades para o funcionamento do serviço é possível perceber que os profissionais assumem como princípio uma concepção de saúde ampliada, na qual não basta somente o atendimento terapêutico. Outros fatores estão interligados e contribuem para que a assistência efetivamente ocorra. Contudo, a concepção e prática setorializada das políticas sociais brasileiras provoca situações dessa natureza, na medida em que não se trabalha a inter-relação entre elas. Esta forma de setorialização das políticas sociais, no entanto, não é característica apenas da realidade brasileira, mas uma “modalidade do Estado burguês” que traduz as expressões da questão social mediante a tipificação das políticas sociais (NETTO, 1992).

Várias iniciativas têm buscado romper com esta perspectiva como a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), que reafirmou a necessidade de se garantir e melhorar o acesso aos bens e serviços da sociedade: prover trabalho, creches, profissionalização, educação, lazer, escolas, habitação, transporte, segurança pública, saneamento básico. Também, destacou ser fundamental enfatizar a questão do transporte urbano acessível aos usuários, a fim de que seja garantido o deslocamento entre os serviços de saúde e sua moradia (BRASIL, 2002a).

Na seqüência da pesquisa realizada, dois entrevistados referiram que a falta e as dificuldades no fornecimento dos recursos materiais necessários estão mais acentuadas na atual gestão administrativa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)¹¹. Foram relacionadas, ainda, como dificuldades, a falta de um carro disponível para o CAPS, a falta de terapeuta ocupacional, de outro médico psiquiatra e outros profissionais de nível médio (auxiliar administrativo, pessoa para limpeza). Outras questões listadas estão relacionadas aos recursos humanos e as necessidades de integração do serviço na política municipal de saúde. Os profissionais relatam a existência de dificuldades de interação da equipe, falta de capacitação, supervisão institucional, falta de apoio institucional, falta de efetivação de uma rede de saúde mental e/ou a existência de uma rede de atenção ainda incipiente, em processo de formação, falta de estrutura para atenção às urgências, dificuldades do gestor em compreender a lógica da saúde mental, salários incompatíveis com as funções.

Os problemas relatados pelos profissionais aparecem diretamente relacionados à insuficiência dos recursos financeiros de custeio do serviço. Todos os entrevistados referiram que os recursos gerados pelo serviço, através das APACs, não são suficientes para a realização das atividades do CAPS. Dentre as atividades prejudicadas, o trabalho nas oficinas foi apontado como o principal, conforme aparece na fala a seguir:

o que requer mais recursos, atualmente, são as oficinas produtivas, por exemplo, houve uma paralisação de muitas das oficinas quando faltou recurso. O recurso não é exatamente suficiente. Eu acho que os R\$ 500,00 por mês é um recurso pequeno [...] acho que o recurso poderia ser maior, pelas necessidades ele acaba sendo reduzido, não é uma coisa que você possa comprar a vontade, assim, é limitado, muitas vezes, a oficina tira de uma pra passar pra outra (P, 17/3/2006).

¹¹ Gestão Municipal 2004/2008; a Gestão da Secretaria de Saúde referida é a de 2004 a abril de 2006 que teve como gestor o vereador Walter da Luz; à época da coleta dos dados empíricos houve mudança do gestor municipal de saúde, assumindo o cargo o ex-secretário estadual de saúde João José Cândido da Silva.

Um dos profissionais apontou como principal atividade prejudicada pela falta de recursos financeiros a questão do território. Segundo este, a falta de recursos interfere no atendimento prestado, no sentido de que não é possível realizar o acompanhamento, a inclusão e avaliação do usuário em seu território. De acordo com este profissional,

o dinheiro do CAPS pode ser melhor gerido se investir no território. Investir no território seria elaborar projetos, ter mais articulação com a associação de moradores, ou seja, com os recursos que o território oferece, e aí precisa aumentar a própria equipe porque vai ter equipes que vão ter que se deslocar do CAPS; vai ter que ter investimento em carro, daí vai ter que ter um motorista, os próprios agentes comunitários tem que ter essa parceria, isso tudo implica em financiamento. [...] como eu sempre digo, território é onde a vida acontece, onde a cultura é produzida, onde as manifestações de vida, elas estão mais visíveis [...], mas investir lá no território, a equipe tem que estar inserida lá, estar toda hora pensando e discutindo [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

De acordo com as recomendações da política do Ministério da Saúde, as ações de saúde mental devem obedecer a um modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas. São ações que envolvem práticas de reabilitação psicossocial, promoção da cidadania, construção da autonomia possível dos usuários no ambiente em que eles vivem, e que necessitam de uma equipe multidisciplinar capaz de trabalhar sobre a ótica da interdisciplinaridade (BRASIL, 2004).

Necessariamente, a mudança de um modelo assistencial requer a análise de sua estrutura de financiamento. Isso significa que as características singulares e diferentes dos CAPS, em relação aos modelos tradicionais de assistenciais, e a complexidade das ações desenvolvidas por estes serviços necessita vir acompanhada de uma mudança na lógica de alocação de recursos financeiros.

Atualmente, o principal órgão financiador dos CAPS é o Ministério da Saúde (MS). Com a publicação da Portaria GM/MS nº 336/2002 os CAPS passam a fazer parte das ações estratégicas do MS. Esses serviços são incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e a remuneração é através do sistema APAC/SIA¹². Baseado na fatura que o prestador de serviços de saúde apresenta ao SUS, correspondente aos seus gastos

¹² A Portaria GM/MS nº 336/2002 descreve os procedimentos objeto de remuneração, classificando-os em intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Para essas três modalidades de atendimento, a Portaria GM/MS nº 189/2002 fixou o número máximo de atendimentos mensais para cada modalidade, de acordo com cada tipo de CAPS, sendo que para cada tipo de procedimento é destinado um valor diferenciado. Nos CAPS II, um procedimento intensivo custa R\$ 25,40; um semi-intensivo, R\$ 16,30; e um não-intensivo, R\$ 14,85 (BRASIL, 2002).

mensais com a produção de atendimentos aos usuários dos CAPS, o Ministério da Saúde repassa, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, o montante equivalente à sua produção. A inovação introduzida por este modelo de pagamento refere-se à fonte de financiamento, ou seja, ao acréscimo de recursos financeiros repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estadual e Municipal de Saúde (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, pp.129-132).

Sobre este aspecto, perguntamos aos entrevistados qual conhecimento possuem sobre o repasse dos recursos financeiros para o CAPS. Na sua maioria, eles referiram saber sobre os recursos originados a partir das APACs, contudo, relataram não saber sobre o controle do uso desse recurso, conforme expresso nas falas relacionadas:

[...] tem o valor, o montante desse valor que é produzido dos atendimentos pagos pelo Ministério (MS), então, tem isso mensal, a gente tem o valor que chegou, somou, vamos dizer assim, esse montante que a gente somou dos atendimentos feitos no mês, isso a gente sabe, porque as APACs são geradas aqui no CAPS, mas o repasse disso via Fundo Municipal, esse controle eu não sei, eu sei do valor que tem que receber mensalmente (VIK, 24/3/2006).

Bom, formalmente, eu desconheço qualquer..., todas as formas de recursos. O dinheiro da produtividade referente as APACs vai para o Fundo Municipal de Saúde e nunca teve prestação de contas disso. Na verdade a gente não sabe qual é o destino que é dado nem quanto vem; tem o nosso levantamento interno da produtividade, mas não sabemos o que é feito desse recurso (F, 12/4/2006).

Alguns profissionais referiram-se ao fato de o município não ter gestão plena do SUS,

Bom, eu tenho algum, pouco do que é repassado, a gente sabe o que foi recolhido, por exemplo, através das APACs, que são os atendimentos feitos aqui, então eu sei quantos atendimentos foram, qual seria o valor que essas APACs dariam, mas eu não sei qual o valor que a gente acaba recebendo, que fica num fundo perdido, no sentido de que é um fundo único por não ser gestão plena (J, 22/3/2006).

O conhecimento que eu possuo é muito irregular e insatisfatório, assim, a relação APAC, por exemplo, o repasse do dinheiro que viria do Ministério da Saúde a gente acaba..., nós não somos gestão plena então vai pra secretaria (municipal) de saúde e ali é passado pra compra de alimento..., enfim, mas nós não temos autonomia sobre esse dinheiro, então, uma vez que você não tem autonomia o teu conhecimento fica restrito. Está na mão da secretaria mesmo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais discorreu detalhadamente sobre a forma como os recursos são gerados e repassados à unidade gestora (SMS), referindo-se que todas as diretrizes sobre financiamento do serviço são preconizadas pelo Ministério da Saúde através de portarias.

Os recursos financeiros do CAPS são obtidos através de APACs, Autorização de Procedimento de Alto Custo; pra se preencher uma APAC é necessário que haja uma organização do serviço em cima de modalidades de atendimento; as modalidades de atendimento podem ser: semi-intensivo, intensivo e não-intensivo, cada um tem um determinado valor em relação a esse procedimento, ou seja, todas as diretrizes em relação a financiamento, o Ministério preconiza isso em portaria, então, os conhecimentos que eu possuo em relação aos recursos financeiros do Caps são os conhecimentos que já estão preconizados em relação ao Ministério da Saúde; essa APAC uma vez preenchida ela é computada, ela é repassada pro governo federal e este repassa o dinheiro fundo a fundo; esse dinheiro vem pro Fundo Municipal de Saúde, e é esse dinheiro que é aplicado na saúde mental pra ter a gestão do serviço [...] aqui acontece da seguinte forma: cada gestor municipal, como a política é municipalizada, eles criam um protocolo, nesse protocolo eles colocam de que forma esse dinheiro pode ser gastado na saúde mental; então, existe um documento no município dizendo, olha na saúde mental você pode gastar tanto com a associação de usuários, tanto pra comprar materiais, tanto pra gastar em vale transporte; então, existe um protocolo dizendo no que você pode gastar esse dinheiro que vem na saúde mental; é um dinheiro que vem do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde; esse dinheiro cai nessa conta e ali existe um acordo de como se gastar; esse dinheiro é manejado pelo gestor municipal de saúde (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme apontam Freire, Ugá e Amarante (2005, pp. 131-133), o modelo de alocação de recursos dos CAPS (sistema de remuneração por APAC) trás contribuições à política nacional de saúde mental ao inserir os CAPS no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) do MS, pois proporciona maiores incentivos financeiros, haja vista a alocação de recursos municipais extra-teto para a manutenção de serviços já existentes e a implantação de novos serviços.

Contudo, os mesmos autores ressaltam que há de se perceber que a lógica da remuneração que o SUS imprime aos CAPS vincula-se, preponderantemente, à doença. Ou seja, as unidades assistenciais do SUS seguem um sistema de remuneração vinculado a um diagnóstico, mais especificamente, a um episódio de doença, internação, contidos na tabela de procedimentos hospitalares (SIH/SUS) ou a ações ambulatoriais, inscritas na tabela de procedimentos ambulatoriais (SIA/SUS). Desta forma, “o sistema de saúde encontra-se, em sua quase totalidade, voltado para a produção de atos vinculados a doença, isto é, atos

curativos, valorizando, em conseqüência, intervenções predominantemente individuais, que são remuneradas pela venda de procedimentos, diárias e atos médicos-assistenciais de natureza privatizante” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p 133).

Amarante (2003, pp. 62-63) considera que os CAPS, como os serviços integrantes do SUS, também foram capturados pela lógica da *inampização*, ou seja, pela lógica do pagamento por procedimento. Para o autor, “o modelo prevalente dos CAPS é o herdeiro mais autêntico e legítimo da lógica do antigo INAMPS, onde a saúde era reduzida a doença, ao mesmo tempo em que o sistema de saúde era reduzido a assistência médico-curativa”.

Portanto, o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. Pelo contrário, tente a prejudicar a complexidade de ações dos CAPS, na medida em que não é previsto financiamento das diversas relações que podem ser estabelecidas com a comunidade, com as lideranças e associações comunitárias. Tais ações, dentre muitas outras possibilidades de intervenção territorial, “são inerentes a esse tipo de serviço e objetivariam imprimir um processo de transformação cultural nos diversos segmentos da sociedade, no lidar e no acolhimento das pessoas em sofrimento mental” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 135).

Sobre a forma de repasse dos recursos financeiros ao CAPS, os profissionais entrevistados relataram não existir descentralização administrativa. Os recursos chegam ao serviço na forma de materiais. Alguns profissionais observaram que até a gestão administrativa da secretaria municipal de saúde anterior eles tinham acesso a uma verba de R\$ 500,00 que utilizavam na compra de material para as oficinas. A partir da atual gestão esse dinheiro não foi mais repassado. A compra do material passou a ser feita através de orçamento encaminhado à secretaria, que faz o pagamento, e os profissionais retiram os materiais.

Não, a gente não tem acesso a esse recurso diretamente, a gente não é uma unidade que gere o seu recurso; ele vai pra secretaria e a secretaria... por exemplo: toda a compra de... o pagamento dos almoços, lanches, etc.. é a secretaria que faz; a gente não tem autonomia; o único recurso que a gente manuseia são os R\$ 500,00, que vem para as oficinas; isso é dividido, as Oficinas fazem um rateio, cada oficina compra o seu material, mas até parece..., da última compra fui eu que comprei, ela (SMS de Florianópolis) determinou, já colocou a empresa que vai fornecer; não sei se foi mediante licitação, já fez o pagamento direto, a gente só foi lá escolher e pegar os produtos que tinham sido

solicitados; então..., de outras vezes, por exemplo, a gente pegava o cheque ia lá comprava, pagava naquele valor, agora isso não foi feito dessa forma (P, 17/3/2006).

Desde que começou essa administração (Gestão Municipal 2004-2008) acabou esse repasse; então atualmente a única vez que a gente conseguiu material pras oficinas foi através de empenho que a própria secretaria fez..., então, permanece centralizado, a única coisa que a gente teve que fazer foi ir nas lojas fazer orçamento, passar pra secretaria, a secretaria emitiu as notas, e aí a gente foi buscar o material com essas notas, mas não com o dinheiro (F, 12/4/2006).

Não, não existe, porque, na gestão passada (Gestão Municipal 2000-2004) ainda vinha uma verba de dois em dois meses, tipo quinhentos reais pra compra de material pra oficinas; nós comprávamos, apresentávamos as notas e depois eles colocavam o dinheiro; nessa gestão (Gestão Municipal 2004-2008; Gestão da Secretaria de Saúde de 2004 até abril de 2006) não existe nada, então, a pergunta se existe descentralização administrativa dos recursos financeiros, não, não existe (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais referiu-se a descentralização não apenas como repasse de recursos financeiros e funções administrativas, mas como compartilhamento de poder na gestão do serviço.

Essa descentralização, eu estou entendendo como um compartilhamento de poder; não existe esse compartilhamento de poder na hora de gerir os recursos, assim, o CAPS possui CNPJ, mas ele não possui uma conta específica pra vir dinheiro pro CAPS, não existe isso, existe esse acordo que eu te falei, que vem do fundo a fundo e esse dinheiro vai pra saúde mental e o CAPS tem uma vertente pro CAPS, o dinheiro não é só pro CAPS, ela vai pra saúde mental, e aí o CAPS acaba utilizando esse dinheiro, então, quando pergunta sobre a descentralização eu faço a avaliação de que é o compartilhamento de poder, então, não tem isso, é o gestor que acaba se apoderando desse sistema de financeiro, a gente não interfere (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ao considerarmos a questão da descentralização político-administrativa dos recursos financeiros, temos a intenção de destacar que a transferência desta prática às unidades prestadoras de serviços em saúde nos municípios poderia estar favorecendo uma melhor utilização e adequação dos recursos às necessidades reais do serviço, bem como possibilitar maior agilidade na compra dos materiais e viabilizar um processo de gestão democrática e participativa, entre técnicos trabalhadores, usuários e gestores. Essa prática traduz-se, por sua vez, em um exercício político-pedagógico de construção da democracia, objetivando uma atuação com transparência na administração da coisa pública.

Quando questionados sobre se a descentralização financeira dos recursos possibilitaria o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, os

profissionais, na sua maioria, disseram que sim, com algumas ressalvas feitas para a necessidade de mudanças na forma de gestão administrativa do serviço, conforme expresso nas falas que seguem:

Sem dúvida, sim sem dúvida, isso é um equívoco assim porque..., justamente porque a gente não sabe qual é o destino dado a esse dinheiro. A gente acredita que se a gente tivesse mais transparência nesse processo a gente poderia pelo menos priorizar certas coisas que são de fato importante e garantir que elas fossem..., que a gente conseguisse obter essas coisas, enfim, o investimento necessário (F, 12/4/2006).

A melhor utilização sim acho que o planejamento teria que ser anterior, mas sim, acredito que utilizar no sentido até..., porque muitas vezes, como vai para esse Fundo que é pra todos, pra toda a saúde, você acaba sem saber, igual agora, que a gente já tem o dinheiro da supervisão disponível na secretaria, mas não tem como a gente começar amanhã, embora o dinheiro já esteja lá., porquê? porque a gente não sabe como esse dinheiro vai sair e entrar na mão do terapeuta que vai fazer a supervisão da equipe e isso pode demorar um mês, dois meses, vai saber, seria melhor, claro (J, 22/3/2006).

Sim, com certeza, porque nos iríamos sentar e ver as necessidades, por exemplo, esse ano nós ficamos desde o ano passado até um mês atrás sem material nenhum pras oficinas e as oficinas que mais tinham, capitalizavam usuários e não tínhamos material, nós tivemos que suspender as oficinas; então nós sabemos das necessidades, as necessidades dos usuários, quais as oficinas tem mais usuários, pra gente pode administrar e vê onde pode estar investindo (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que sim porque ficaria mais próximo da própria administração do CAPS, porém, ia surgir a necessidade de ter todo um aparato administrativo pra poder gerenciar isso, mas assim, na medida que aqui no CAPS a gente tem uma gestão participativa, em que os usuários estão reunidos semanalmente pra pensar as regras do CAPS, as necessidades do CAPS, enfim, seria mais interessante talvez, esse repasse direto tu quer dizer, é... não sei assim, a princípio..., hoje a gente tem uma estrutura de conselho que prevê o controle social através do Fundo Municipal de Saúde, o Conselho Municipal tem essa ligação também, e aí a gente está lá também, de certa forma representado (VIK, 24/3/2006).

Olha, eu acho que teria que mudar um pouco a nossa dinâmica de funcionamento; não deixa de ter um lado...bom, é uma faca de dois gumes, poderia facilitar a gente fazer um processo mais rápido talvez, não faltaria coisa, porque as vezes faltam coisas básicas, agora, por exemplo, faltam copos, se você tivesse o recurso você ia ali e comprava uns pacotes de copos, não teria essa... essa falha; agora é saber que é mais uma tarefa também que acumularia em termos administrativos, financeiros, quer dizer, não sei se você não está ali também inchando o processo burocrático aqui dentro do CAPS; eu acho que pode ter vantagens, mas pode ter desvantagens; eu teria que pensar melhor, nunca pensei nessa possibilidade; assim, acho que o dinheiro da Oficina, puxa, se a gente tivesse aqui uma verba seria mais fácil, as vezes faltam coisas

pequenas que você não tem como estar repondo aqui, tem que esperar uma nova verba, de repente pra.... (P, 17/3/2006).

Um dos profissionais observou sobre as questões práticas e políticas que envolvem a descentralização no contexto do SUS:

Esse compartilhamento de poder ele só pode ser discutido dentro da lógica do SUS, universalização, integralização, etc., dentro dos preceitos do SUS tem o controle social, essa descentralização só pode ser discutida quando acontece o controle social. Hoje essa descentralização ela tem que ser discutida no Conselho Municipal de Saúde e mais precisamente no conselho gestor dentro do CAPS; agora, porque não ocorre isso? Porque não tem a clareza da necessidade; eu acredito que as pessoas que acabam estando na prática, principalmente no CAPS, se sobrecarregando com as coisas, e acabam não tendo a clareza, ou não querendo assumir mais um encargo trabalhista; então, esse é um dos grandes problemas que existe, a sobrecarga de trabalho, as condições de trabalho, aí você acaba tendo que lutar por tudo isso; isso aí eu vejo que tem muito a ver com a questão da militância, pessoas que já estão, lá na época ou do ensino médio, que já começam ir pros grêmios, depois a pessoa acaba indo pra militância no movimento estudantil, e quando vão pros serviços de saúde são profissionais mais críticos, que acabam tendo essa visão mais ampla da saúde e da política; então, as pessoas que acabam chegando no serviço com um pouco desse ideal de controle social eu diria, acabam questionando mais essa questão da descentralização; voltando a tua pergunta sobre a descentralização financeira, ela poderia sim possibilitar um melhor planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, se houver o controle social dentro dessa descentralização financeira (GIRASSOL, 20/3/2006).

Cabe destacar que a proposta da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, na regionalização e na hierarquização da rede de serviços, constante entre os princípios e diretrizes do SUS, coloca o município como lugar privilegiado para o desenvolvimento de uma política de financiamento das ações em saúde, com critérios transparentes, e que respeite as particularidades da realidade local. O Ministério da Saúde continua a ser a instância que, na administração do Fundo Nacional de Saúde (FNS), acompanha a aplicação dos recursos que são repassados aos estados e municípios. Estes, por sua vez, são obrigados a constituir os seus respectivos fundos de saúde e conselhos estaduais e municipais, elaborar planos de ação e apresentar relatórios de gestão, garantindo também a existência de contrapartida de recursos para a saúde nos seus orçamentos (COSTA, 2002).

Embora a descentralização seja uma prática com vistas a aumentar o poder decisório de aplicação dos recursos na esfera local, esta ainda apresenta muitos problemas, na medida que não consegue alcançar efetividade, dados os impasses de ordem burocrática e administrativa. Por si só a descentralização não garante maior controle social ou uma prática democrática. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada que abarque as especificidades da área da saúde mental.

Nesse sentido, a lógica fundamental da estrutura de financiamento exigida é a de que os recursos financeiros devem ser centrados nas pessoas e não nos serviços. O financiamento deve contemplar todas as ações necessárias e decorrentes da implantação, implementação e sustentação de uma nova política de saúde mental (BRASIL, 2002a). O que deve ser colocado em pauta é a viabilidade de se financiar o CAPS como um todo, envolvendo todas as suas ações e especificidades, permitindo-se que cada serviço tenha flexibilidade para realizar seu trabalho de acordo com as necessidades locais, desvinculando o financiamento da relação de compra e venda de serviços e da noção de doença (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 136).

3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico

Os profissionais que trabalham nos CAPS compõem um grupo de diferentes técnicos de formação de nível superior e nível médio, e integram uma equipe multidisciplinar. Todas as unidades de serviço devem obedecer a exigência da diversidade profissional e cada CAPS tem suas próprias características quanto ao tipo e a quantidade de profissionais. A equipe mínima indicada para os CAPS II é composta por médico psiquiatra, enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior de outras categorias profissionais entre psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro necessário ao projeto terapêutico e seis profissionais de nível médio entre técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).

O papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. As equipes devem organizar-se para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação

psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e poder equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas (BRASIL, 2004).

Neste item nos propomos a descrever e analisar a composição e perfil da equipe técnica do CAPS Ponta do Coral, bem como as dificuldades e facilidades do trabalho em equipe consideradas pelos profissionais, a existência de práticas interdisciplinares no atendimento ao usuário, de projeto terapêutico e planejamento das ações da unidade de serviço¹³. Ao final do item consideramos os apontamentos dos profissionais sobre as diferenças do atendimento prestado no CAPS em relação ao realizado nas instituições tradicionais/hospitais psiquiátricos.

3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental

O CAPS Ponta do Coral conta com uma equipe de profissionais multidisciplinar que atua diretamente no atendimento aos usuários. São profissionais com formação de nível superior nas áreas de psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Entre os de formação de nível médio estão dois técnicos em enfermagem e um auxiliar administrativo. Compõem a equipe, ainda, os profissionais de apoio, vigilantes e auxiliar de limpeza, e estagiários de psicologia, serviço social e enfermagem.

¹³ É importante destacar que o perfil bem como a opinião dos profissionais sobre o serviço varia, no decorrer do tempo histórico, de acordo com a composição da equipe naquele determinado momento. Outros trabalhos já realizados identificam o perfil da equipe, a percepção dos profissionais sobre o trabalho no CAPS, o significado e o processo de inserção no serviço, a concepção sobre o modelo assistencial e práticas de desinstitucionalização, em épocas anteriores. Entre estes ver: GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003; FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial** - percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004; NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental:** em busca da articulação e qualificação das ações em saúde. Monografia (Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Lato Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

A maioria dos técnicos de nível superior concluiu a graduação na década de 1980. Metade deles possui capacitação específica na área de saúde mental, em geral, cursos de formação e aperfeiçoamento, especialização em terapia cognitiva comportamental, saúde pública, clínica, psicoterapia, psicanálise, atenção psicossocial. Três profissionais possuem mestrado nas áreas de enfermagem, sociologia política, artes cênicas; um fez residência médica em psiquiatria e cursa mestrado na mesma área; uma profissional tem doutorado em sociologia política.

Mais da metade dos profissionais (58,3%) possuem experiências de atuação profissional em outras instituições da área de saúde mental como clínica de internação, hospital psiquiátrico, centro comunitário de saúde mental, serviços de atenção à dependentes químicos e centro de atenção psicossocial. A maioria (66,7%) atua na área de saúde mental a partir da segunda metade da década de 1990. Cinco profissionais identificaram ter experiência de atuação em outras instituições que não da área de saúde mental.

Com relação ao tempo de serviço no CAPS, quatro profissionais atuam desde a implantação do serviço, em 1996, três ingressaram na equipe entre os anos de 2001 e 2002, e quatro profissionais passaram a fazer parte da equipe recentemente, a partir de meados de 2004. Quanto ao tipo de vínculo empregatício, a maioria, 75% (9 profissionais), é servidor público concursado, dois são contrato temporário e um ingressou no serviço público municipal através de indicação técnica. Nove profissionais possuem regime de trabalho de 30 horas semanais e 3 deles trabalham 40 horas semanais.

Com relação a capacitação específica em saúde mental para atuar no CAPS, todos os entrevistados consideram esse quesito de grande importância. Entre as razões apresentadas estão: a necessidade de compreensão e entendimento comum do que é um CAPS e o entendimento do tipo de assistência que este serviço deve oferecer; a preocupação com a diferença no atendimento que o CAPS deve oferecer em relação aquele prestado em outros serviços de saúde mental; a necessidade da capacitação para suprir as defasagens da formação acadêmica, que, em geral, não abarca as especificidades do campo da saúde mental.

Na opinião dos entrevistados,

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS, não tem a qualificação pra atuar, então ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então é necessária a questão da capacitação... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ah sem dúvida, sem dúvida, principalmente porque o que a gente está propondo é uma reformulação no modo da assistência em saúde mental, então é preciso que quem venha trabalhar num CAPS entenda essa lógica, que não venha pra cá com a mesma mentalidade do que se faz no hospital psiquiátrico, do que se faz em ambulatório, é outra coisa também diferente da atenção básica, então o CAPS precisa disso, precisa que o profissional tenha essa.., esse tipo de orientação, esse tipo de compreensão da sua finalidade (F, 12/4/2006).

Muito, muito importante, justamente por isso que eu estou te falando, porque assim, o profissional que trabalha no campo psicossocial, de qualquer área, ele necessariamente precisa quebrar a prática estereotipada pra poder entrar num serviço como esse porque o assistente social de um CAPS ele não é aquele assistente social de um hospital psiquiátrico, ele muda, ele faz outras coisas, ele se coloca de outro jeito, assim também é o médico, assim também é o psicólogo, o enfermeiro, então, uma formação específica pra essa área é bastante adequado porque vai tratar especificamente das necessidades que se colocam no cotidiano (VIK, 24/3/2006).

Considero, considero sim. É interessante que cada um tenha um saber, que traga o seu saber pela sua formação, da sua prática, do seu bairro, da sua comunidade, mas trabalhar no CAPS não é trabalhar em ambulatório, trabalhar no CAPS é ter um conhecimento sim do que é uma Reforma Psiquiátrica, do que significa um CAPS num panorama hospitalocêntrico. É toda essa questão política que tem por trás, questão financeira também, que é um serviço que se propõem substituir sim progressivamente os hospitais. Em muitos lugares isso já é feito, já conseguem fazer internação zero, outros lugares não; então, uma abordagem no CAPS precisa sim ter capacitação (LÉLI, 4/4/2006).

Sim, até por que o que é o CAPS? O quê um CAPS deveria ser? Cada um tem a sua idéia do que é um CAPS, mas ela não é uma idéia homogênea, então a minha experiência do que é um CAPS em outros lugares, que eu já tive em outros lugares especificamente, é muito diferente do que eu chego aqui e encontro as pessoas falando o que é um CAPS. é claro que a capacitação para um CAPS, para o que é o trabalho em CAPS podia homogeneizar, pelo menos todo mundo iria estar falando a mesma língua (J, 22/3/2006).

Sobre este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005, p. 30), observam que “os profissionais de saúde mental são, ainda em grande parte, formados a partir da prática cotidiana que caracteriza a lógica manicomial”. Hospitais e clínicas psiquiátricas constituem-se ainda os espaços onde “são oferecidos treinamentos em serviço (sob a forma de estágios e residências) aos profissionais que irão, no futuro, tentar materializar a nova lógica dos serviços substitutivos”.

Os autores destacam que “do sucesso da forma de organização da produção e transmissão do conhecimento pode depender o sucesso da própria reforma psiquiátrica” (OLIVEIRA; DORNELES, 2005, p. 32). Neste sentido, é importante que seja colocado na

cena do debate o funcionamento das instituições de aprendizado profissional sob a ótica da reflexão sobre as práticas e não apenas sobre o discurso das propostas dos cursos de formação. Os centros de formação devem se programar, planejar e garantir aprendizado e treinamento supervisionado, em que se pratique e construa espaços de práticas genuinamente terapêutica.

Na mesma direção, um dos entrevistados expressou sua preocupação com relação a seleção dos profissionais que vão atuar no CAPS, argumentando que os resultados do trabalho também dependem desse aspecto.

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS não tem a qualificação pra atuar, então, ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então, é necessária a questão da capacitação [...]. o processo de inclusão do profissional na área da saúde mental hoje, como se dá? Ele se dá por indicação política, seleção por contrato temporário e por concurso público. A indicação política pode ofertar profissionais desqualificados, pode! O contrato temporário, se não tiver um rigor no perfil que se quer pra trabalhar em CAPS vai acontecer a mesma coisa, um profissional desqualificado, o concurso público a mesma coisa, se não tiver um perfil, se não tiver o que se gostaria realmente, qual profissional que você gostaria de estar atuando hoje no CAPS, então, enquanto não se superar a forma de inserção no trabalho do CAPS, enquanto não se superar a discussão da saúde mental nos currículos acadêmicos vai continuar sendo sempre necessária a questão da capacitação [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Com relação a formação das equipes técnicas para atuar nos CAPS, as indicações aprovadas na e pela III CNSM apontam para a necessidade de que a contratação de profissionais deva ser realizada exclusivamente por meio de concursos públicos, e em caso de urgência, através da CLT, mas com seleção pública. E, ainda, os concursos devem exigir os pré-requisitos necessários e adequados à proposta de trabalho em saúde mental, alinhada teórica e conceitualmente aos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2002a).

Assim, é necessário considerar, quando da seleção dos profissionais, o perfil para trabalhar junto ao portador de sofrimento psíquico, bem como a existência de uma dimensão subjetiva, humanizante, solidária e fraterna como componente fundamental do perfil dos trabalhadores em saúde mental. Nesta direção, uma das participantes da pesquisa destacou a questão da opção política por este tipo de trabalho, associada a necessidade de competência técnica para atuar na área.

Eu acho que a gente trabalha com situações que requerem um estudo permanente, formação permanente, [...] eu acho que este é um dos vícios da saúde pública. Muitas vezes se confunde um pouco o tratamento ético ou moralmente responsável com uma qualidade também técnica. Eu acho que as duas coisas têm que estar associadas, tem que ter uma empatia pela causa da saúde pública, que aí entra na questão ética, moral de cada um, valores que você tem quando você vem pra esse tipo de trabalho; muitas pessoas que vem pra saúde pública quase que tem uma vocação religiosa. Mas ao mesmo tempo você também tem que ter uma competência técnica; não basta você tratar bem o paciente, você acolher, você precisa saber como intervir dentro da linha de trabalho que cada um escolhe, isso é fundamental (P, 17/3/2006).

Os profissionais, na sua maioria, indicaram ter recebido capacitação para atuar no CAPS. Referiram-se, especificamente, a um treinamento/capacitação realizado em novembro de 2005, com duração aproximada de 20 horas, organizado pela Assessoria Técnica de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde¹⁴. Contudo, alguns observaram que foi um treinamento tipo encontro, de curta duração, com trocas de experiências, e que não chegou a ser muito significativo.

Com relação a política de saúde mental, a maioria dos profissionais (83,3%) afirmou ter no mínimo algum conhecimento de sua organização e diretrizes. Entre os entrevistados, todos consideraram importante saber sobre os princípios, a estrutura e forma de organização da política de saúde mental para o trabalho do CAPS. Todos indicaram haver disponibilidade de material didático relativo a política na unidade de serviço.

Sim, precisa conhecer a política porque o atendimento está dentro dessa política, dessa lógica. (LÉLI, 4/4/2006).

Claro! é vital, pra poder planejar o seu trabalho, pra poder saber como é que a gente se liga com outros serviços, como é que a gente pode montar a rede, isso é fundamental porque o trabalho não se encerra aqui dentro, não pode ficar aqui dentro só, ele tem que poder justamente se expandir (F, 12/4/2006).

Sim é muito importante, até pra saber o que está acontecendo, o que pode ser feito, quais são os recursos disponíveis, o que precisa melhorar. Acredito que, fora a sua capacitação individual, eu acho que isso é uma outra premissa pra você iniciar no serviço [...] (J, 22/3/2006).

É importantíssimo conhecer, primeiro saber se ela existe, primeiro a pessoa tem que ter a curiosidade, tem que ter o desejo e a clareza de que é essencial ter os parâmetros ou diretrizes políticas de saúde mental pra

¹⁴ O município não tem o cargo de Coordenador de Saúde Mental. Em novembro de 2005 foi nomeada Assessora Técnica em Saúde Mental a enfermeira Lílian Pagliuca, que permanece na função até a data da presente pesquisa.

poder acompanhar, se orientar, e, segundo, conhecer sobre essa política (GIRASSOL, 20/3/2006).

Muito importante porque hoje a gente tem acesso a isso, aqui no CAPS a gente tem a legislação de saúde mental e pra gente poder entender porque, assim, a gente está na gestão da política também, por ser participativa, por estar junto nas decisões, então é preciso que a gente entenda, e tem muito detalhamento, são muitas portarias, o sistema de financiamento também é bastante complexo [...] (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que claro, porque a gente está dentro de um braço da política nacional de saúde; tanto pra você ter noção de qual é a perspectiva, em nome de que esse serviço está sendo mantido, também pra você poder avaliar a possibilidade desses ideais, dessas prerrogativas, que são pensadas a nível geral e nacional, serem realmente eficaz em termos práticos, porque muitas vezes você tem uma boa idéia, mas nem sempre uma boa idéia traz um bom resultado [...] (P, 17/3/2006).

Nesse sentido, a construção e consolidação de uma política de saúde mental, coerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o estabelecimento de uma política adequada de recursos humanos, que valorize e considere a importância do trabalhador de saúde mental na produção dos atos de cuidar. Para isso, deve-se garantir a capacitação e qualificação continuadas; a remuneração justa dos profissionais; a garantia de condições de trabalho e de planos de cargos, carreira e salários; a democratização das relações e das discussões em todos os níveis de gestão; a incorporação das questões de segurança, saúde e saúde mental do trabalhador; a garantia de supervisão clínica e institucional; a avaliação de desempenho e garantia da jornada de trabalho adequada para todos os profissionais de nível superior, bem como a isonomia salarial entre eles (BRASIL, 2002a).

3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário

De acordo com as indicações aprovadas na III CNSM, a política de recursos humanos para a saúde mental deve visar implantar, em todos os níveis de atenção, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, na perspectiva do rompimento dos especialismos e da construção de um novo trabalhador em saúde mental, atento e sensível

aos diversos aspectos do cuidado, ou seja, com uma visão integral e não fragmentada da saúde (BRASIL, 2002 a).

Segundo 83,3% dos profissionais o trabalho no CAPS Ponta do Coral é realizado em equipe. A maioria considera que existem dificuldades na realização das atividades. Uma delas está relacionada, conforme identificado por eles, ao fato de que nem todos compartilham das mesmas referências com relação à Reforma Psiquiátrica, à saúde pública e ao projeto do CAPS.

Bom, são várias, mas o que eu vejo de mais complicado é o fato de que nem toda a equipe compartilha das mesmas referências em relação ao que seja a Reforma Psiquiátrica, a função de um CAPS, as necessidades que o CAPS tem pra alcançar esses objetivos. Isso se deve em parte a diversidade da formação, e também às convicções pessoais. O problema não é a diversidade em termos da formação profissional em si, mas o modo, o fato de que você tem uma equipe multiprofissional por exemplo, isso gera alguma dificuldade na troca, na possibilidade de produzir um conhecimento novo a partir dessas experiências que são de diferentes disciplinas, diferentes áreas. Mas eu diria que é mais no sentido da Reforma Psiquiátrica mesmo, naquilo que ela aponta, então parece que esse é um problema a mais; outro que tem se tornado mais evidente pra mim ultimamente é a falta de formação de grande parte dos profissionais sobre o que seja saúde pública, boa parte deles não conhece o sistema de saúde pública, apesar de trabalhar num serviço de saúde pública, mas não conhece o sistema, não sabe a lógica, não sabe como é que ele funciona, então acaba tomando decisões muitas vezes administrativas que são equivocadas, que não levam em conta o modo de funcionamento da saúde pública (F, 12/4/2006).

Tem sim várias dificuldades, entre elas, existem diferenças de formação e, portanto, ideológicas. Alguns momentos a gente vê, assim, o CAPS tem um projeto de não internação, de autonomia do usuário, de gestão plena do usuário, e, as vezes, a equipe, algumas pessoas acabam esbarrando com isso. O entendimento disso é muito difícil também, as vezes é uma linha muito tênue entre o que é o assistencialismo, a autonomia, o que é dar o limite do ponto de vista terapêutico e o que é dar o limite porque você não quer se incomodar. Então, algumas pessoas não vêm de uma postura da Reforma Psiquiátrica, não sabe o que é uma Reforma Psiquiátrica, não tem uma noção, [...] é uma luta política também e algumas pessoas não sabem o que é [...] (LÉLI, 4/4/2006).

Em outras falas, foi apontada como uma das dificuldades do trabalho em equipe questões relacionadas a uma suposta divisão entre o grupo de técnicos.

A relação com a equipe tem uma certa peculiaridade, eu acho que as pessoas, a equipe que começou anteriormente, já desde a formação ou no começo do CAPS, eles se intitulam como a equipe do CAPS. Os que chegaram depois, em geral, não são bem acolhidos, ou são muito pouco,

tanto que as próprias atividades em equipe, em grupo, dificilmente, essas pessoas novas são incorporadas ao que já existe; então, acaba criando aí até a equipe da manhã, a equipe da tarde, mais ou menos, embora eu estou aqui todo o período, mas tem essa divisão... e eu acho que assim o ponto de partida é esse, a sensação é que quem não estava aqui desde o começo não fez parte da história (J, 22/3/2006).

A equipe que iniciou lá em 96 (1996) veio com algumas questões conceituais amarradas. Por quê? Porque a pessoa que estava pensando, planejando o CAPS ela vinha do Movimento da Luta Antimanicomial, era uma das representantes em nível nacional aqui em Floripa, Santa Catarina; então tinha algumas coisas amarradas na estrutura de atendimento do CAPS, que era muito pra poder implantar o sonho da Reforma Psiquiátrica aqui em Floripa, criar um serviço, do município, que de fato evitasse internação, que de fato fosse continente pros usuários com transtorno mental grave, e isso se mantém, porém, com a chegada dos técnicos que foram sendo substituídos, alguns saíram, técnicos novos entraram, a equipe de profissionais foi se modificando, a gente tem uma distância conceitual por mais que a gente pretende uma proposta multiprofissional, e a gente consegue, ao longo do tempo a gente conseguiu, é muito interessante o jeito como nós trabalhamos, porque de fato conseguimos trabalhar cada profissional lado a lado, dividindo o mesmo grupo, a mesma oficina terapêutica, então, assim, isso é possível, mas hoje, a gente, assim, tenta manter esse paradigma da Reforma Psiquiátrica, da desospitalização, do fortalecimento dos serviços territorializados, de um modelo que é um modelo multiprofissional, com a gestão participativa dos usuários, contra o modelo hospitalocêntrico, médico centrado, mas existem diferenças na questão conceitual da equipe, isso é falho, inclusive pra própria equipe (VIK, 24/3/2006).

A importância da unidade da equipe no atendimento ao usuário e na organização do trabalho recai sobre a qualidade do tratamento terapêutico ofertado. A mudança de paradigma epistemológico com relação a saúde mental não garante por si só a alteração das práticas assistenciais. Os conflitos e problemas de equipe existentes precisam ser trabalhados nas supervisões institucionais de forma que os técnicos consigam superar as dificuldades que obstaculizam a união do grupo em torno de um objetivo comum, sejam elas ideológicas, de formação, de concepção e/ou de afinidade com os colegas.

Um dos entrevistados apontou a questão das relações de poder e diferenças nos valores pessoais e nas relações interpessoais como dificuldades do trabalho em equipe.

Primeiro, a relação de poder, eu acho que é um grande problema, uma dificuldade que existe. Essa relação de poder, ela emana, que eu tenho percebido, da psicanálise, da teoria psicanalítica e da teoria psiquiátrica; então, os profissionais detentores desse conhecimento acabam, sutilmente, estabelecendo poder frente aos profissionais não-psi diria; essa relação de poder pelo saber é um dos problemas ou uma das dificuldades que eu encontro pra trabalhar em equipe no CAPS; outra

dificuldade, acho que é a própria experiência de vida das pessoas, aquelas pessoas em que parece que não estão claros os valores humanos como solidariedade, amor, justiça, sabedoria, a práxis, o repensar a prática, profissionais que não fazem a autocrítica da sua prática, pra mim, eu acho que é uma dificuldade trabalhar em equipe devido a isso; então, seria esse poder pela teoria e essa questão um pouco mais pessoal que é a relação de lidar com o outro, as relações interpessoais, são dificuldades que eu vejo em equipe (GIRASSOL, 20/3/2006).

A partir da fala profissional é possível pensar sobre as relações de poder que se estabelecem pelo saber. Conforme nos ensina Foucault (1979), os poderes se exercem em níveis variados e em pontos diferentes da vida social. Neste complexo, existem os micropoderes que estão intimamente relacionados com a produção de determinados saberes (sobre o criminoso, a sexualidade, a doença, a loucura). Assim, o poder não é algo que se detém como uma coisa, como uma propriedade, que se possui ou não. O poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona, como uma máquina social que não está situada em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda estrutura social (MACHADO, 1979 p. XIV).

De acordo com Foucault (1979), todo conhecimento, seja ele científico ou ideológico, só pode existir a partir de condições políticas, que são as condições para que se formem tanto o sujeito quanto os domínios de saber. Para o autor não há saber neutro, todo saber é político. Dessa forma, saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber. E, em contrapartida, todo saber assegura o exercício de um poder (MACHADO, 1979 p. XXI - XXII).

Na seqüência, a entrevistada aponta de forma geral algumas das questões cotidianas como dificuldade no trabalho em equipe.

Bom, eu acho que as vezes a gente é muito trefista, a gente não tem o tempo suficiente que a gente gostaria para estar parando para discutir os casos, se ater a cada paciente; tem diferenças na equipe também, tem conflitos [...] mas assim, a gente ainda tem, as vezes, coisas assim muito imediatistas, que não nos propiciam fazer realmente um estudo de caso mais integrado, ter uma intervenção, as vezes, mais articulada; a gente tem tentado em alguns momentos, mas assim, não é uma coisa que tem um peso forte como eu acho que deveria ter (P, 17/3/2006).

Dessa forma, a intensidade das demandas colocadas aos profissionais, especialmente na atualidade, provocam o desenvolvimento de ações pragmatistas, muitas

vezes sem uma reflexão maior. Isso vem acontecendo em vários contextos institucionais e com diferentes profissões. Ou seja, na medida que aumentam as necessidades humanas e as demandas para satisfazê-las, não ocorre no mesmo ritmo, o aumento da oferta de equipamentos e serviços assistenciais capazes de dar conta da complexidade dos problemas decorrentes da emergência das novas relações sociais, econômicas, culturais, advindas com a modernidade.

A precarização das condições de trabalho também foi apontada pelos entrevistados como mais um dos fatores que, por vezes, dificultam a convivência e o trabalho em equipe. Eles se referem a questão da diferença na remuneração salarial entre os profissionais que trabalham no CAPS, principalmente do médico para as outras profissões. A desproporção salarial chega a diferença de até quatro vezes mais entre o que recebe o profissional médico e o salário dos demais técnicos. Associadas a esta situação estão a diferença na carga horária de trabalho, a condição de contratação temporária, a falta de reconhecimento por parte da SMS, no apoio e incentivo à participação em eventos científicos e de militância política na área, entre outras.

Os profissionais indicaram que contam com supervisão institucional para lidar com as questões do trabalho no cotidiano. A supervisão institucional existente era, até o início deste ano (2006), paga pelos próprios profissionais, mas nem todos participavam. A partir do mês de abril do corrente esta passou a ser financiada com recursos provenientes do Ministério da Saúde. Além deste tipo de supervisão, foi relacionado como outro recurso existente para abordar essas questões as reuniões de equipe, realizadas mensalmente, as reuniões clínicas, realizadas semanalmente, e foi citada pelos técnicos em enfermagem, a supervisão realizada com profissional da área.

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que as políticas de formação e capacitação em saúde mental devem criar espaços de trocas baseados na realidade local, com valorização dos diversos saberes e metodologia participativa. A supervisão clínica e institucional permanentes deve ser estendida a todas as pessoas que trabalham com portadores de transtorno mental: equipes de PSF e PACS, trabalhadores da urgência e emergência, do hospital geral, dos serviços substitutivos e dispositivos residenciais, cuidadores de saúde mental, profissionais de nível médio e superior da rede de saúde mental. A referida Conferência destaca, ainda, a necessidade de implantação da NOB – Recursos Humanos do SUS, salientando a importância da garantia da capacitação para todos os níveis, supervisão permanente, interdisciplinaridade e isonomia salarial (BRASIL, 2002a).

Com relação as potencialidades que o trabalho em equipe possibilita os profissionais destacam a relevância deste no atendimento ao usuário, a possibilidade de trocas entre as varias áreas e a oferta de um atendimento multidimensional.

Entendo que essa é uma clínica multidisciplinar e isso (trabalho em equipe) é importante pela complexidade mesmo do tipo de fenômeno com o qual a gente trabalha, então, a gente precisa, é necessário ter uma oferta de serviços e de formas de atenção, que seja a mais diversificada possível, pra que a gente possa atender a uma série de necessidades que as profissões nas suas especialidades não dão conta; então essa é a grande vantagem, você pode fazer essa atenção multidimensional, isso é interessante (F, 12/4/2006).

A vantagem é justamente a estrutura coletiva de resposta à uma situação que chega pra você; vem a psiquiatria trazer um conhecimento, a psicanálise traz outro, [...] a enfermagem acaba dando a sua contribuição quando discute realmente a relação, vem o serviço social discute essa articulação que a pessoa tem com o social, e essas pessoas (profissionais), com seus conhecimentos, vão socializando esse conhecimento pra dar a resposta às fragilidades ou às potencialidades de vida que essa pessoa traz (GIRASSOL, 20/3/2006).

Acho que a grande vantagem é que a gente quebra a lógica hospitalocêntrica que era muito centrada no médico, na figura do médico, naquilo que o próprio médico decidia do tratamento, hoje quem decide é a equipe multiprofissional [...] (VIK, 24/3/2006).

Ah! Muitas, eu acho, em primeiro lugar, essa possibilidade da troca interdisciplinar; porque eu acho que cada um tem um tipo de contribuição diferente, um saber que te ajuda a pensar com mais amplitude o próprio trabalho, o próprio paciente, e, eu acho que quebra um pouco certas relações de poder; também, assim, o fato de a gente lidar com situações que são muito pesadas para alguém estar lidando sozinho, então quando você sente essa coisa da equipe, quando tem um paciente que está muito comprometido ou que tem risco de vida, a gente se sente muitas vezes angustiada por aquele paciente e você tem a equipe pra te dar um respaldo, pra estar pensando junto. Acho que isso é, sem duvida, algo que gratifica também (P, 17/3/2006).

Primeiro, agregar conhecimentos, se a equipe for multidisciplinar, que não quer dizer interdisciplinar, mas a princípio se ela for multidisciplinar a possibilidade de trocas de conhecimento de várias áreas realmente acaba sendo muito rica; são vários olhares sobre uma mesma questão, vários pontos de vista. Quando o trabalho de equipe é interdisciplinar, as pessoas acabam trocando mesmo, saindo, as vezes, do seu campo de formação, podendo estar se estendendo em outros campos, acaba sendo mais rico ainda. Num trabalho como o CAPS é necessário (o trabalho em equipe). Eu não consigo ver o trabalho que não seja em equipe porque pra você atender um usuário você precisa de uma equipe, pra você abordar o usuário, uma família, receber uma família precisa de vários olhares, enfim, de várias formações, vários olhares técnicos, da parte de

enfermagem, psicologia, da arte, serviço social, então, isso é importante (LÉLI, 4/4/2006).

O reconhecimento de outras dimensões no processo saúde-enfermidade, que não estritamente a biológica, traz a tona a questão da interdisciplinaridade¹⁵, pois na busca da integralidade da assistência a atuação de um único saber profissional não é suficiente. No processo da Reforma Psiquiátrica o campo da saúde mental é chamado a refazer-se por inteiro, ampliando o seu foco de abordagem e procurando romper com as delimitações dos saberes tradicionais na área. Busca-se uma nova recomposição de conhecimentos, sustentados sobre um conjunto de rupturas e novas premissas, e não apenas um novo somatório ou rearranjo simples dos saberes especializados. Desta forma, diversos campos de saber, implicados na assistência em saúde mental, são envolvidos na teorização e nas novas práticas de cuidado (VASCONCELOS, 2000a).

A pesquisa realizada indicou que 66,3% (correspondente a oito dos doze profissionais que responderam o formulário) dos profissionais consideram que existe interdisciplinaridade no atendimento ao usuário no CAPS Ponta do Coral. As falas relacionadas na seqüência apresentam a concepção dos profissionais sobre interdisciplinaridade e indicam a respectiva compreensão sobre a importância desta no atendimento ao usuário.

A gente poder ter o que a gente chama de clínica ampliada, essa multidimensionalidade que nos permite atacar o problema de várias formas e, portanto, oferecer diversas formas de atendimento, desde o medicamentoso até o serviço social, as oficinas, as oficinas expressivas, a arte, etc. (F, 12/4/2006).

Eu acho que em primeiro lugar isso, assim, é um olhar mais amplo para a condição daquele paciente. Cada profissional tem um aspecto que acentua, pela sua vida, pela sua formação; o educador artístico tem uma outra estratégia, por exemplo, pra lidar com aquela queixa do paciente, o assistente social tem uma, o psicólogo tem outro olhar, assim, eu acho que pra mim soma, eu acho que é uma forma da gente também aprender, enriquecer a nossa análise, a nossa possibilidade de intervir; sem dúvida que é rico (P, 17/3/2006).

Alguns profissionais expressaram sua concepção de interdisciplinaridade observando que esta não é sinônimo de multidisciplinaridade e que nem sempre é possível fazer práticas interdisciplinares.

É justamente isso, poder compartilhar o conhecimento que cada disciplina traz, essa inter, mas realmente compartilhar isso e não a

¹⁵ Sobre os conceitos de multi, inter e transdisciplinaridade ver, entre outros, Vasconcelos, 2000a.

multidisciplinaridade; é pensar, coletivamente, saídas pra enriquecer a vida da pessoa e aí é sempre um pensar e repensar (GIRASSOL, 20/3/2006).

Então, essa idéia dessa troca de conhecimento pra poder ajudar o usuário, pra poder a equipe ter um suporte também, pra poder, num estudo de caso, por exemplo, trocar os vários conhecimentos, os vários pontos de vista e poder estar entrelaçando; então, é importante, mas nem sempre se consegue fazer (LÉLI, 4/4/2006).

Já nas falas que seguem é possível perceber a concepção de interdisciplinaridade mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade.

Cada profissional tem a sua especialização, e ele foi formado para atender determinadas características que aquele usuário precise, ou informações, e a própria atenção, e cada um tem uma formação específica e diferenciada; então, eu acho que quanto mais ampla, mais amplamente ele for avaliado, e receber essas informações, e esse tratamento, vai ser melhor pra ele; então, desde o serviço social, desde o atendimento psicológico, o atendimento médico, enfim, até ah! eu cortei meu dedinho, o que eu faço? Então, vai poder ser atendido ali, ser acolhido pelo técnico de enfermagem (J, 22/3/2006).

É muito importante porque cada profissão tem o seu conhecimento específico e contribui aí com o seu conhecimento. É necessário que cada um de nós tenha muito claro o seu papel aqui dentro pra que não vire uma salada mista e se dilua o que cada um faz, que é específico de cada um. Então, é importante que a gente tenha boa formação técnica, específica da saúde mental pra que a gente possa chegar numa equipe que trabalha sob o paradigma do campo psicossocial, e que de fato possa ser multi, no sentido do atendimento, e aí, assim, no campo psicossocial, aqui no CAPS, por exemplo, a gente vê a necessidade de os profissionais trocarem mesmo, porque surgem muitas demandas, são muitas necessidades do usuário, é um campo novo. Então, assim, tem n coisas que vai se descobrindo, que cada área contribui diferentemente, mas ao mesmo tempo de forma conjunta. Então, o psicólogo, obviamente, ele tem mais elementos pra entender a parte clínica, o assistente social tem mais elementos pra entender a parte previdenciária, da assistência social desse usuário, que também é importante, muito importante pra ele, o médico tem o conhecimento sobre os psicofarmacos, sobre essa parte mais específica da medicação, e assim a gente vai trocando (VIK, 24/3/2006).

Com relação a este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005) observam que, no Brasil, a interdisciplinaridade faz parte do discurso politicamente correto, garantindo seu estabelecimento como princípio, traduzido na expansão cada vez maior dos territórios profissionais e na fusão dos saberes. O discurso da multi e da transdisciplinaridade é relativamente bem conhecido e aceito em nível intelectual, mas as práticas institucionais apontam, paradoxalmente, para fortes resistências, isolamento e hiperespecialização.

De acordo com os autores, para que estas ações multidisciplinares se tornem efetivas há necessidade de estratégias e planos, que visem a harmonização da convivência para que esta não seja imposta, mas compreendida e desejada pelos profissionais. Na prática, o momento é de impasse, pois multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade existem em tese e como imposição de comando, mas não se concretizam, ainda, como prática planejada, efetiva e eficaz (OLIVEIRA; DORNELES, 2005).

Ainda segundo os referidos autores, uma verdadeira transdisciplinaridade não está nem mesmo no horizonte das instituições de saúde mental brasileiras. Este é um dilema fundamental no processo da reforma psiquiátrica, que depende de ações integradas (órgãos reguladores do ensino superior, programas universitários, instituições e serviços de atendimento) para cumprir sua missão de transcender as práticas manicomial e os territórios de dominação e poder estabelecidos entre as disciplinas que formam a saúde mental.

3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações

A importância do projeto terapêutico dos CAPS recai sobre a responsabilidade de que todo o trabalho desenvolvido em cada unidade deve ser realizado em um ambiente terapêutico. Isto significa que tanto os atendimentos individuais, grupais como a convivência no serviço tem finalidade terapêutica. Cada CAPS deve ter um projeto terapêutico, que leve em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais, as iniciativas de familiares e usuários e o território onde se situa, com sua identidade, sua cultura local e regional (BRASIL, 2004).

O CAPS Ponta do Coral conta com projeto terapêutico do serviço, o qual, segundo 75% dos profissionais que responderam ao formulário, foi planejado em equipe. Três profissionais referiram não saber sobre o planejamento em equipe por não fazerem parte desta época.

O sistema atual de atendimento no CAPS Ponta do Coral difere da maioria do adotado pelos serviços desta natureza. Em geral, os CAPS realizam a assistência ao usuário

no modelo de TR¹⁶. O CAPS Ponta do Coral oferece atendimento sob a ótica da regionalização. Ou seja, como o serviço não é territorializado, é o único na modalidade, na cidade e no município, a equipe técnica foi subdividida em pequenos grupos ou mini-equipes de dois e/ou três profissionais, sendo cada uma destes responsáveis por uma das regionais, que é onde o usuário mora. Esta proposta foi pensada e implementada há quase dois anos, quando os profissionais identificaram dificuldades em atender no sistema de Terapeuta de Referência (TR) toda a demanda existente. Tal estratégia utiliza-se do sistema de divisão por regionais da Secretaria Municipal de Saúde. Ao total são cinco Regionais de Saúde, Leste, Norte, Sul, Centro, Continente, distribuídas espacialmente na área geográfica do município. Nestas regionais, foram implantadas, recentemente (a partir do final do ano de 2005 e início de 2006), equipes de atenção em saúde mental, compostas por um médico psiquiatra e duas ou três psicólogas em cada uma das Regionais de Saúde.

De acordo com o projeto terapêutico do serviço, as atividades desenvolvidas são: psicoterapia, atenção medicamentosa, atendimentos de emergência, grupo terapêutico, oficinas terapêuticas¹⁷, assembléia de técnicos, usuários e familiares, visitas domiciliares, articulação com entidade, programas e serviço, atividades de formação e pesquisa, reuniões de equipe, reuniões clínicas de casos¹⁸.

Conforme as determinações da Portaria GM/MS Nº 336/2002, a assistência prestada ao usuário no CAPS deve incluir atendimento individual, em grupo, atendimento à família, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades comunitárias, enfocando a integração do portador de transtorno mental na comunidade e sua (re)inserção familiar e

¹⁶ Este sistema de atendimento é desenvolvido na maioria dos CAPS e constitui-se do acolhimento da pessoa quando de sua chegada ao serviço por um dos profissionais da equipe. A partir daí é traçado um projeto terapêutico com o usuário e o profissional que o acolheu passará a ser uma referência para ele. O Terapeuta de Referência (TR) tem a responsabilidade de monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo as atividades e a frequência de participação. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, discutindo com o usuário e com a equipe técnica do CAPS (BRASIL, 2004, p. 16).

¹⁷ São oferecidas as seguintes oficinas: oficina de cerâmica, oficina de artes plásticas, oficina de mosaico, oficina de jogos, esportes e lazer, oficina de tapeçaria, oficina de trabalhos manuais, oficina da terra, oficina de jornal, oficina de velas, oficina de leitura, oficina de música, oficina brechó, oficina de teatro, oficina de formação política, oficina de fotografia. Destas, as oficinas de cerâmica, velas e mosaico são produtivas, ou seja, sua produção é comercializada. Cabe destacar que algumas oficinas podem estar em funcionamento ou não, em determinado período de tempo, de acordo com a disponibilidade de técnicos para acompanhar, de condições materiais para o funcionamento e da demanda de usuários.

¹⁸ A descrição e o objetivo de cada atividade pode ser consultado no Projeto Terapêutico do CAPS II Ponta do Coral (2004), ou a partir do projeto de Estágio curricular em Serviço Social de Stuari (2005).

social. A depender do projeto terapêutico de cada usuário, o CAPS poderá oferecer as seguintes modalidades de atendimento: atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo¹⁹.

Já com relação ao planejamento das ações, 50% dos profissionais consideram que este existe. Cabe lembrar que ao questionarmos os participantes da pesquisa sobre este fator, estamos nos referindo ao planejamento estratégico, aquele voltado para uma visão ampla, global e de longo alcance da organização/instituição, baseado na análise do contexto e com a finalidade de buscar alternativas de ação. No entanto, alguns dos entrevistados observaram estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação objetivo e sistemático dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declararam não existir processo de planejamento e avaliação das ações do serviço, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

As falas relacionadas a seguir demonstram o tipo de planejamento existente no CAPS e como este acontece.

Bom, o planejamento é feito mais ou menos assim: chega uma época do ano em que a Secretaria (SMS de Florianópolis) nos pede um planejamento e aí, geralmente isso é com uma semana no máximo de antecedência, é aquela correria, a gente monta um plano básico de trabalho etc., mas é muito mais pra cumprir a obrigação. A gente tem um projeto terapêutico que é amplo, que é do serviço todo, e a gente vai, com esse projeto terapêutico a gente vai ajustando as atividades e aquilo que a gente pretende alcançar, mas não há um planejamento muito formalizado, não há um processo de planejamento, até porque é tudo muito fragmentado, o que a gente planeja aqui, boa parte depende desse recurso financeiro, depende do apoio da Secretaria, que é sempre uma coisa incerta. Então, em termos de planejamento a coisa fica sempre muito precária. Em termos de avaliação é mais precário ainda, a gente não tem indicadores; novamente, no final do ano, aí a Secretaria pede um relatório do que foi feito, a gente faz um levantamento geral, mas ele é descritivo, ele não é avaliativo, a gente não sabe de fato quais são

¹⁹*Atendimento intensivo* – atendimento diário, oferecido à pessoa que se encontra em grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento semi-intensivo - nessa modalidade, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Este tipo de atendimento é oferecido quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento não intensivo – oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até 3 dias no mês. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário (BRASIL, 2004, p. 16).

os efeitos que a nossa intervenção produz; claro, a gente tem uma certa dimensão pelo contato direto com os usuários, fulano que não interna a tanto tempo, ou fulano que voltou a trabalhar, ou que resolveu pelo menos algumas coisas que eram mais complicadas na sua vida, isso a gente tem, mas não tem um processo de avaliação estruturado que nos permita dados com visibilidade maior (F, 12/4/2006).

Neste sentido, destacamos que, a nosso entender, a função planejamento deve orientar todas as ações no dia-a-dia das organizações. O planejamento é o processo de estabelecer antecipadamente a finalidade da organização/instituição, definir os objetivos e prever as atividades e os recursos necessários para atingi-los. Planejar é uma forma de pensar o futuro da organização/instituição, definindo o que fazer, como, quando e com recursos. Nesse processo, é importante considerar que as organizações/instituições estão inseridas num contexto constituído pela sociedade, pelo Estado e por outras instituições que influenciam suas decisões (TENÓRIO, 2000).

Alguns profissionais referiram-se, especificamente, ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, reuniões clínicas e na supervisão de equipe. Segundo estes, é na reunião de equipe mensal que se planejam mais as ações, estas entendidas como a definição dos grupos terapêuticos ou oficinas que vão ter, o objetivo e a finalidade destes, a demanda etc..

Mensalmente, a gente tem uma reunião de equipe, que tem um pouco esse objetivo, de planejar e avaliar o que é feito. Além dessa reunião mensal a gente tem dois outros momentos semanais, que é um na quarta-feira outro na quinta-feira, que a gente chama de reunião técnica, [...] mas isso se dá muito no cotidiano também, na assembléia geral do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Ele acontece em reunião de equipe, uma reunião mensal, a gente planeja grupos, planeja..., então.., acontece, primeiro tem uma reunião mensal da equipe e reunião duas vezes por semana, que são os estudos de caso; agora, a avaliação, acontece em reunião de equipe mais; o planejamento, por exemplo, como abordar um determinado caso, como ajudar, de como servir a família, o trabalho, é feito durante a semana nos estudos de caso, e nós temos a supervisão, que é um espaço que também acaba se fazendo uma avaliação, a supervisão de equipe (LÉLI, 4/4/2006).

Outras falas detalharam as conseqüências da falta de um processo sistemático de planejamento e avaliação das ações, inclusive fazendo análise dessa problemática em relação as instituições públicas em geral.

Eu acho que esse é um problema, acho que falta muito; por exemplo, se você esta aqui fazendo a avaliação da política a partir do olhar dos profissionais, eu, nesse momento, tenho tido muito incomodo diante da

necessidade que eu vejo de avaliar as ações, de avaliar os pacientes, e a gente não tem uma forma sistemática de fazer isso; por exemplo, a gente não tem um instrumento de captação do trajeto do paciente dentro do CAPS, a gente não anota algumas coisas, os prontuários também deixam muito..., as vezes a gente não faz registro nos prontuários e mesmo quando a gente faz ele não tem, assim, por exemplo, uma sistematicidade, o que é que eu vou enxergar, como é que eu vou ver se aquele paciente está melhor ou está pior depois que ele está aqui, então, a gente não tem esse instrumento; e, o planejamento, é feito um planejamento terapêutico com o paciente; o planejamento do nosso serviço é mais ou menos...., funciona, assim, com as oficinas, não é um planejamento rigoroso, a cada período a gente senta e reorganiza não, tem algumas diretrizes gerais, eu acho que em termos práticos falta muito dos dois lados, planejamento das nossas atividades, por exemplo, as vezes naquele roldão a gente vai fazendo, vai fazendo, e, também, a avaliação da eficácia, do que realmente aquilo está resultando pra vida do sujeito, se ele está realmente conseguindo chegar mais próximos desses lugares que a gente apregoa como princípios da saúde mental - autonomia, dessas coisas que a gente também fala: relação com o trabalho, relações, laços sociais; então, a gente não tem esse (instrumento de planejamento e avaliação), eu acho que falta (planejamento e avaliação) [...] Na verdade eu acho que esse é um problema das instituições públicas em geral, eu acho que tem uma grande resistência no Brasil a qualquer critério de avaliação, porque, esse discurso, a retórica da igualdade, ela exatamente vai na contramão de um processo meritocrático, ou seja, você avaliar também por mérito; você tem que criar esse tipo de instrumento; a prefeitura não tem, nunca teve uma avaliação nos anos que estou aqui que medisse o desempenho profissional, principalmente aqui, que a gente lida com pessoas que estão aqui pra se tratar, e a gente não sabe se a pessoa...., a gente vai olhando um caso ou outro; não existe um processo institucional de avaliação, nesse sentido (P, 17/3/2006).

Em geral, as organizações precisam de um processo de avaliação que realize uma revisão dos objetivos e metas alcançados e daqueles a serem atingidos. O planejamento e a avaliação são a oportunidade de fazer uma pausa e examinar a situação da instituição.

Não obstante, as políticas públicas no Brasil vêm se estruturando de forma descentralizada, com responsabilidades de organização e financiamento partilhadas entre a União, Estados e Municípios, cabendo a estes últimos a execução dos serviços de atenção direta à população. Deste modo, os processos de avaliação de serviços de saúde mental devem ocorrer no âmbito municipal. Segundo Dias (2002, p. 2)²⁰, este desafio coloca no debate o aspecto de como avaliar o funcionamento de um serviço de saúde mental, que está

²⁰ A autora realizou um trabalho de construção coletiva de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental junto aos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre; uma apresentação resumida dos resultados pode ser consultada em DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental.** In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

inserido num novo patamar conceitual e tem como tarefa não reproduzir uma prática de tutela, com ênfase na patologia, mas de incluir o sujeito portador de transtorno psíquico no planejamento e na execução das ações terapêuticas, numa nova relação que garanta a viabilidade do exercício da cidadania numa sociedade desigual. Ou seja, as dimensões de mudança conceitual, realidade social e política pública de saúde de âmbito municipal, tornam complexa a adoção de processos de avaliação.

A fala descrita na seqüência especifica o processo de planejamento e avaliação no que se refere a ação interventiva profissional no tratamento ao usuário, destacando que não existe um processo sistemático de planejamento e avaliação com relação as ações do CAPS.

O planejamento e a avaliação das ações do CAPS, eles acontecem só de uma forma muito primária ainda, nós temos [...] o planejamento e avaliação da ação do profissional a título de intervenção em relação ao usuário existe de três formas: primeiro, casos clínicos, que aqui nós fazemos reuniões de casos clínicos, quarta-feira das 8 às 9 horas e quinta-feira das 11h30min às 12h30min pra discutir a questão do caso clínico de pessoas; outra forma, construção de projetos terapêuticos ou revisão dos projetos terapêuticos na reunião da regional, cada regional, que são cinco, fazem suas reuniões pra discutir o planejamento e avaliar a vida dessa pessoa nas regionais, e a outra, especificamente do CAPS, a título de gestão, é a reunião de equipe, que você presenciou semana passada, aí é um outro momento de planejar e avaliar, porém, ressalvo, não se tem algo mais fidedigno, ou academicamente falando, que nos ampare pra fazer essa avaliação; então, é extremamente necessário nós termos supervisão, termos pesquisadores, que nos ampare no sentido de avaliar o serviço, avaliar nossa prática, avaliar a autonomia do usuário; a grosso modo nós temos, mas é muito de senso comum; então, precisa cientificar ou legitimar, regularizar, tornar mais fiel esse tipo de avaliação, a grosso modo temos, agora, com mais rigor, por escrito, não temos (GIRASSOL, 20/3/2006).

Sabe-se que a ausência de um processo de planejamento estratégico e avaliação sistemática comprometem a efetividade dos objetivos propostos. Conforme destaca Dias (2002), o cenário da Reforma Psiquiátrica requer tanto uma multiplicidade de respostas à sua plena implantação como para a avaliação de seus resultados. Contudo, é importante ressaltar que a especificidade das ações em saúde mental demanda a adoção de um método participativo, com o fim de superar o caráter unidimensional, comum em avaliações tradicionais.

A avaliação participativa já é uma exigência nas políticas sociais, decorrentes da pressão social pela garantia de acesso a bens e serviços públicos. Por analogia, a

construção de indicadores de avaliação também pode ser participativa, com a contribuição dos sujeitos inseridos na esfera municipal, responsável pela execução da atenção em saúde mental. Para a autora, apesar de certa reserva científica pela adoção desta sistemática metodológica, o seu valor está no alcance social de incluir os responsáveis pela execução de determinada ação, na sua construção e sistematização (DIAS, 2002).

3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento

Conforme já destacado neste trabalho os hospitais psiquiátricos são instituições representativas do modo asilar enquanto os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico de exercício das práticas de atenção psicossocial, do modo psicossocial.

O modelo de assistência do modo psicossocial destaca-se por seus meios básicos de tratamento (rede diversificada de serviços territorializados), e pela importância decisiva que se atribui ao sujeito na sua mobilização como participante principal do tratamento. Neste, considera-se o indivíduo como pertencente a um grupo familiar e social, o que supõe que se deve trabalhar, também, a família e o grupo social, como agentes das mudanças buscadas.

Já no modo asilar a organização institucional é marcada por estratificações de poder e saber, no âmbito das relações profissionais e da instituição, as quais transladam para a relação com os usuários e a população. Estes são excluídos de qualquer forma de participação, enquanto que no modo psicossocial, participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais.

Na pesquisa realizada, a maioria dos profissionais entrevistados referiu conhecer sobre a forma de atendimento no hospital psiquiátrico, seja por visitas, atuação profissional, contatos institucionais, relato dos usuários que estiveram internados.

No que se refere as diferenças no atendimento prestado pelo CAPS em relação ao hospital psiquiátricos, os entrevistados consideraram que existem diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência de um só discurso, o médico psiquiátrico do hospital e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial em contraposição ao tratamento igual para todos

das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Eu acho que é diferente em vários aspectos, primeiro, são essas diferenças que eu digo que são de base, sobre a Reforma Psiquiátrica e a função de um CAPS nesse processo de reforma. Existe por parte da maioria da equipe uma convicção de que a nossa função é evitar a internação e de uma certa maneira poder fazer substituição a essas instituições tradicionais; deslocar a centralidade do sistema pra um serviço aberto, que seja interdisciplinar, ou seja, onde você não tenha um discurso único dando a orientação, que no caso é o discurso psiquiátrico nas instituições (tradicionais); você tem essa multidimensionalidade então você pode compartilhar o discurso; em relação ao próprio atendimento, começa na forma do acolhimento, eu acho que o nosso acolhimento é bom, ele tem condições de receber a pessoa, de entender o que ela está procurando, o que ela está precisando, quais são as suas necessidades; a gente tenta de alguma maneira envolver família embora com dificuldades, mas a gente tenta e tenta principalmente manter a vinculação ou criar novos vínculos desse usuário; o projeto terapêutico que é individualizado também é outra coisa fundamental, que aí a gente quebra com a lógica tradicional de que todos recebem o mesmo tratamento, é a mesma medicação, são os mesmos horários, são as mesmas atividades pra todo mundo, não, a gente procura justamente ao levar em consideração essas características que são mais individuais, são mais singulares, a gente procura atender e levar em conta esses aspectos, então, isso pra mim já é muito diferente, além do que a gente procura o tempo todo ou minimizar ou quebrar mesmo a hierarquia, instituindo certas formas que evitam que a hierarquia se cristalize de maneira muito brutal, pra você não ter um deslocamento de poder dentro do serviço, que seja prejudicial pra todo mundo, igual no hospital (F, 12/4/2006).

A relação entre profissional e usuário foi destacada como diferencial por todos os entrevistados, conforme pode ser observado a seguir.

A relação entre o profissional e o usuário, pra mim, a maior diferença é essa relação interinstitucional ou interpessoal; é a forma como se dá, porque as ações também são diferentes, porque existem oficinas terapêuticas, existem os grupos terapêuticos, existem os atendimentos, mas esse modelo de atendimento pode também ocorrer numa outra instituição, ou mesmo num CAPS, mas se a relação de profissional e usuário não estiver pautada no respeito, uma relação sujeito-sujeito onde se possa esse serviço, obviamente, quando ele estiver num bom nível de participação, num bom nível de reabilitação, mas também..., o fundamental é isso, é estar pra além da instituição, estar pra relação do usuário com o profissional, e claro, o espaço também, o espaço físico tem que ter qualidade, a gente vê aqui um espaço super bom aqui no caso, as propostas de atendimento, como que são colocadas, como que é olhado esse usuário, esse usuário está junto no pensar da instituição, mas a cima de tudo assim, entender como cidadão de direitos, de respeitá-lo (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que tem um maior reconhecimento da condição subjetiva do paciente, acho que um certo respeito. Hoje, a Colônia Santana tem tido mudanças, tem uma política que também..., na verdade a política do Ministério também visa atingir as instituições mais asilares, os hospitais também estão mudando..., talvez seja mais lenta, aqui, a gente já chegou com uma outra perspectiva de trabalho; eu acho que a equipe toda, de forma geral, tem uma sensibilidade pra esse respeito pelo paciente, pelo outro, procura, na medida do possível, não estabelecer uma relação de poder; eu acho que aqui, por exemplo, a recepção é muito bem feita, os vigias também são pessoas que entraram no clima, assim, talvez já seja deles, mas entraram no clima do CAPS; acho que todos têm um compromisso com isso, um valor digamos; também, talvez seja deste CAPS, eu não conheço tantos outros CAPSs; eu acho que é uma relação diferenciada, na medida que você está aqui com esse objetivo de que a pessoa assuma a própria vida, contribuir para que isso aconteça; isso implica em ter pelo menos um respeito, um reconhecimento do outro (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p.10) destacam que o papel do técnico se transforma quando ele se coloca sob outros princípios; “se ele faz funcionar a tecnologia da doença mental, fortalece o dispositivo psiquiátrico. Mas, se transforma sua forma de intervenção, trabalha no sentido da desmontagem desse dispositivo”. Segundo os autores, isso significa pôr em funcionamento um dispositivo de desinstitucionalização e reinserir a complexidade dos problemas com os quais lida. Significa ainda abrir mão das interpretações da loucura segundo erro, incapacidade, inferioridade, doença mental, e potencializá-la como diferença, um modo diferente de relação com o mundo. Enfim, não usar o saber como técnica normativa, mas como possibilidade de criação de subjetividades. A técnica deixa de ser instrumento da violência quando a prática funciona como uma desconstrução da clínica.

As falas que seguem referem-se ao atendimento aberto e as possibilidades de escolha que o CAPS oferece em contraposição ao isolamento e segregação gerados pela internação hospitalar prolongada.

Em primeiro lugar o atendimento no CAPS é um atendimento, vou usar a palavra, aberto, ou seja, pra começar o usuário ele não fica internado aqui, mesmo se em algum momento tiver o CAPS III, é diferente. Ele vem, ele faz o trabalho dele, a sua terapia, durante o dia, e ele volta, quando, no caso tem família, pra casa; então, primeiro lugar a idéia do CAPS, o trabalho do CAPS não é segregar e isolar; quando o usuário vai para o hospital, eu acho que seja ele em qualquer campo da saúde, mas vai para o hospital e fica internado trinta dias, quinze dias, ele já esta sendo isolado do convívio com a família, do convívio social, ou seja, acaba perdendo progressivamente o contato com as pessoas e com o grupo social mesmo, e acaba sendo destituído das suas práticas pequenas, como desde pegar um ônibus, fazer sua comida, ir no

supermercado; no momento em que uma pessoa é colocada em um hospital e fica um mês, ele acaba perdendo o contato com essas mínimas..., não é nem com o mundo lá fora, mas com as mínimas coisas que ele teria em casa, na sua casa, enfim, ele perde tudo isso como se fosse realmente uma pessoa que não tem possibilidade nenhuma de fazer nem um café, enquanto o CAPS possibilita isso, acho que o CAPS ele, independente dos problemas que tem, acho que ele mostra que não, você ainda, apesar da sua crise, com a sua crise, com todas as limitações que as vezes um surto pode oferecer do ponto de vista cotidiano, você ainda pode fazer algumas coisas sim, como pegar um ônibus pra ir e voltar pra casa, fazer a escolha do seu planejamento terapêutico, vem aqui escolhe, em parte, o que gostaria de participar (LÉLI, 4/4/2006).

Assim, a possibilidade do usuário no CAPS de ter voz ela é muito maior do que nas outras instituições, as outras eu não vou generalizar, mas em algumas, as asilares, esses hospitais são.., enfim, crônicos até pela dificuldade mesmo de antes você pensar em ter outra alternativa que não a trancar e deixar lá e não tem medicação, não tem nada disso, estou falando de bem bastante tempo atrás, e isso ficou e se perpetuou, então, eu acho que a possibilidade do usuário aqui, no CAPS, nos CAPS, e até mesmo nos ambulatórios, acho que hoje em dia não é só CAPS que permite isso, é fazer parte como contribuinte do próprio tratamento, então isso é o que diferencia do paciente internado, vamos dizer assim, em São Paulo, no Vera Cruz, que é um hospital e tal, diferente de outros, tem algumas dessas internações que são diferentes, mas essa relação aí de profissional e usuário ela é mais aberta, é mais ampla, além do CAPS, especificamente, oferecer algumas possibilidades; então, a possibilidade de trabalhar em uma oficina, dessa oficina ter uma renda, que, assim, é um entrave no sentido que eles se sentem muito limitados e não só se sentem como eu acho que muitas doenças incapacitam mesmo, são incapacitantes, a esquizofrenia é uma delas, e é a nossa clientela aqui, a maior parte é de pacientes com esquizofrenia; a própria esquizofrenia já altera, vamos dizer assim, na cognição, na parte de planejamento, de você conseguir realmente se estruturar para trabalhar; tem umas pessoas que não conseguem nem ter o início, a iniciativa, ela é minada com a esquizofrenia, e aqui tem uma possibilidade, mesmo que essa possibilidade seja fazer oficina e ganhar uma renda, mesmo que, assim, seja só..., não é o valor que importa, é simbólico (J,22/3/2006).

O relato a seguir explicita epistemologicamente e em termos técnico-assistencial a diferença entre o modelo de atenção tradicional/hospitalar e o modelo de atenção psicossocial.

Primeiro, em relação a concepção da pessoa e em relação a concepção dos próprios meios de trabalho; na instituição psiquiátrica predomina o modelo manicomial/asilar como a gente chama, que daí vai olhar a pessoa enquanto doença, enquanto diagnóstico, aqui, no CAPS, a gente olha os seres humanos enquanto pessoas, enquanto a existência de um sofrimento, o que podemos fazer pra minimizar esse sofrimento da pessoa, então, essa é a primeira diferença que tem, quem é essa pessoa, que no modelo manicomial acaba sendo vista mais como diagnóstico, como um doente, isso que eu sempre falo, essa iatrogênia que o modelo

manicomial acaba inserindo na pessoa, você é um doente, vai ter que tomar remédio pra vida toda, e o máximo que você pode chegar é um portador de transtorno mental em recuperação, isso é uma das diferenças, outra é a própria concepção de saúde/doença que existe; as formas de organização dos dois modelos, são modelos diferentes, um é mais centralizado no psiquiatra, na instituição psiquiátrica, o no CAPS seria mais centralizado na equipe e, principalmente, nos usuários; a forma de relação com a clientela ou com o usuário, no modelo manicomial, é sempre uma relação hierárquica, de cima pra baixo, no CAPS, sempre uma relação, ou a gente tenta sempre ter uma relação horizontal; e a própria questão do que é bom ou não é bom pra pessoa, a pessoa tem que dizer o que é bom pra ela e, as vezes, no hospital, são os profissionais que já dizem o que deva ser bom pra ela, ou seja, a grande diferença que existe é: quem decide o que? No hospital as pessoas decidem sobre a vida da pessoa, eu acho que no modelo psicossocial é a pessoa que compartilha a decisão da sua vida (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme destaca Rotelli (1990), no manicômio (modelo/tradicional) a sociabilidade é reduzida a zero. A tutela, a internação tem a única finalidade de subtração das trocas, de estabelecer relações de mera dependência pessoal. Enquanto que a emancipação terapêutica (que se torna o objetivo substituto da "cura") só pode ser (cientemente) a mobilização de ações e de comportamentos que emancipem a estrutura inteira do campo terapêutico. Assim, o problema que se coloca aos novos serviços (CAPS) não é cura (a vida produtiva), mas sim a produção de vida, de sentido, de sociabilidade.

Neste aspecto, pode-se considerar a proposta basagliana de *colocar a doença entre parênteses* para assim direcionar o olhar ao sujeito em sofrimento e não à doença. Essa é uma questão fundamental, pois é o movimento de *tomada de responsabilidade* (DELL'ACQUA, 1992) individual e coletiva que se constitui como meio para a transformação institucional e para o processo de desconstrução. A cura cede espaço à emancipação, mudando a natureza do ato terapêutico, que agora se centra em outra finalidade: produzir autonomia, cidadania ativa, desconstruindo a relação de tutela e o lugar de objeto que captura a possibilidade de ser sujeito (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3 Participação do usuário e da família no tratamento

De acordo com as diretrizes da atenção em saúde mental do modelo psicossocial, o protagonismo dos usuários é fundamental para que seja alcançado o objetivo do CAPS de se constituir como dispositivo de promoção da saúde e da reabilitação psicossocial. Os

usuários e familiares devem ser chamados a participar das discussões sobre as atividades terapêuticas do serviço. A equipe técnica deve trabalhar de forma a estimulá-los a participar de forma ativa do tratamento e da construção de laços sociais. Entre os tipos de atendimento que o CAPS pode oferecer está o atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, de lazer com familiares (BRASIL, 2004).

Na seqüência deste item analisaremos as formas criadas pelo CAPS Ponta do Coral para envolver ativamente usuários e familiares no processo terapêutico, seja com relação ao projeto terapêutico individual, ao atendimento e a participação das famílias no tratamento.

3.3.1 Planejamento terapêutico individual

Conforme as determinações da política de atenção em saúde mental, cada usuário deve ter um projeto terapêutico individual, composto por um conjunto de atendimentos personalizado, que respeite as particularidades, necessidades de cada pessoa e proponha atividades durante a permanência diária na unidade e fora dela (BRASIL, 2004).

O atendimento no CAPS oferece projeto terapêutico de tratamento individualizado, o qual é pensado e avaliado com a participação do usuário. A fala relacionada a seguir detalha como acontece o planejamento do tratamento.

O primeiro passo desse projeto terapêutico ele é feito na entrevista inicial, que é basicamente a entrada desse usuário no serviço; então, a gente pensa uma programação mínima, levando em conta as necessidades, as condições, os limites e as capacidades do usuário e, quando a gente pode contar, com a família também. Além disso, uma vez por mês, [...] tem o encontro da Regional, e os usuários dessa Regional podem reelaborar o seu projeto terapêutico, a gente faz a revisão, a gente discute como é que está sendo esse projeto, se está sendo interessante, que ganhos, se está havendo ganhos ou não, se a pessoa está se sentindo contemplada de alguma maneira e tal, e aí a gente faz as alterações que a gente discute e acha necessário (F, 12/4/2006).

Com relação a forma como o usuário participa do processo de planejamento do seu tratamento, os entrevistados colocaram que é através da manifestação das preferências,

opções e desejos dele, dentro das possibilidades que o CAPS oferece. Nas falas relacionadas é explicitado qual a participação do usuário e do profissional no planejamento do projeto terapêutico de tratamento.

Quando o usuário chega no serviço, encaminhado de algum outro (serviço), ou de um hospital, ou de uma unidade local de saúde, ou por demanda espontânea é feito o acolhimento, onde a gente usa uma entrevista inicial pra fazer uma coleta de dados, ali resgata um pouco da história que o próprio usuário vai estar contando, e, então, nesse momento é feito o projeto terapêutico; inicia-se o projeto terapêutico, não que ele tenha que se esgotar nesse momento inicial; uma pergunta que a gente sempre faz pra ele é do que ele precisa, como a gente vai poder ajudar, então, a partir daí a gente oferece o nosso leque de atendimentos, o nosso projeto terapêutico do CAPS, e aí vai se construindo dessa forma (VIK, 24/3/2006).

Em geral a gente faz isso quando ele chega, na entrevista inicial, a gente pede pra que ele diga, a gente apresenta o que a gente tem; a gente pede que ele diga o que ele gostaria de estar fazendo, o que ele fazia, quais as preferências que ele têm, se ele não sabe, em algumas situações, a gente sugere que ele venha participar de algumas oficinas para ele, por exemplo, escolher; então, assim, é feito muito respeitando o desejo do paciente, o que ele gosta mais, as preferências dele; agora, se a gente vê que o paciente está muito ansioso, se ele precisa, a gente sugere um grupo terapêutico ou as vezes o atendimento individual; assim, não tem uma uniformidade, em geral a gente age assim (P, 17/3/2006).

Ele tem, esse projeto terapêutico, ele tem um primeiro momento, quando o usuário chega e faz a entrevista inicial é colocado com ele e oferecido, mostrado as possibilidades, o que o CAPS oferece em termos de terapia, desde grupos terapêuticos, atendimento individual e oficina, mas não é só oferecido, é também feito uma avaliação do técnico, o que ele pensa que, naquele momento, poderia estar ajudando aquele usuário, e é conversado com o usuário, muitas vezes acaba o usuário escolhendo tudo, escolhendo o que ele quer e o técnico tem pouca interferência, outras vezes o usuário quer algo que talvez naquele momento, por exemplo, atendimento individual, mas não tem vaga, não tem, os técnicos estão todos..., se tem alguém fazendo atendimento individual já não tem horário, então se entra em um acordo das possibilidades, dos desejos do usuário, e das possibilidades que o serviço oferece; isso é o primeiro momento, no segundo momento, ao longo do período do usuário aqui, vão tendo transformações, muitas vezes ele abandona aquele grupo ou oficina, que não era aquilo que ele achava que era bom, que ele gostava, abandona formalmente ou informalmente, simplesmente não vai, ou ele entrou em surto não veio mais, uma série de questões, então isso tudo é retomado, a gente tenta fazer a retomada na reunião das Regionais, reunião mensal, como é que está o tempo dele aqui, o que ainda se mantém fazendo, como ele está se sentindo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos entrevistados destacou que o projeto terapêutico de tratamento do usuário

é sempre pensado a partir da necessidade dele, o que ele traz de necessidade, o que ele traz de sonho, de vontade, de sofrimento, de

tristeza, então, o projeto terapêutico é sempre pensado, repensado, analisado, refletido, em cima da necessidade da pessoa (GIRASSOL, 20/3/2006).

É importante destacar que o planejamento do projeto terapêutico deve envolver o portador de transtorno mental como sujeito deste processo. A participação ativa do usuário na escolha do que fazer e na expressão de suas necessidades favorece a adesão e continuidade no tratamento, confere-lhe o exercício da liberdade de escolha e da cidadania. Neste processo, o ato terapêutico, quando não é mais fundado sobre a doença e não provém da autoridade médica, torna-se a própria organização coletiva, convertendo-se em *tomada de responsabilidade* e produção de subjetividade (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral

No plano teórico, a relação da família com o portador de transtorno mental é construída a partir do alienismo, como produto da sociedade moderna/burguesa. No interior desta perspectiva concentram-se dois entendimentos polarizadores: “o da família ameaçada pela eclosão da enfermidade, portanto, sofrendo suas conseqüências ou causadora da emergência do transtorno mental, assim culpabilizada por sua etiologia” (ROSA, 2002, p. 139). Historicamente, o segundo entendimento foi o que prevaleceu na maioria das abordagens teóricas na área da saúde mental, com uma relativa diminuição nos anos 1970, seguido de uma complexificação da compreensão do grupo familiar e de sua dinâmica, a partir dos avanços teóricos da leitura feminista e marxista. “Contemporaneamente, a inclusão do grupo familiar nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental; a assunção de sua condição de parceira e co-responsável dos serviços e a exigência de constituição de uma nova pedagogia institucional em sua abordagem atravessam a construção de uma nova relação entre o louco e a sociedade” (ROSA, 2002, p. 139).

Nesta direção, um dos objetivos do CAPS é incentivar as famílias a participar do cotidiano do serviço. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas importantes para o trabalho dos CAPS. Eles podem participar de diversas maneiras, incentivando o usuário a se envolver no projeto

terapêutico, participando diretamente das atividades do serviço, nas reuniões, assembléias, nas associações de usuários, técnicos e familiares, trazendo dúvidas, sugestões. A participação pode acontecer tanto nas atividades internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. (BRASIL, 2004).

A Portaria /GM nº 251/2002 constitui-se como mais um dispositivo na mudança das relações entre os serviços de saúde mental e a família à medida que prevê, no desenvolvimento dos projetos terapêuticos, o preparo para o retorno à residência/inserção domiciliar e uma abordagem dirigida à família no sentido de garantir orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento.

O atendimento aos familiares é uma das formas para que as famílias participem, conheçam o trabalho dos CAPS e passem a se envolver ativamente no processo terapêutico. Neste sentido, a família ganha visibilidade como protagonista, parceira dos serviços e co-responsável no provimento de cuidados do portador de transtorno mental.

Além disso, o avanço dos conhecimentos e entendimento de que os fenômenos humanos comportam uma multiplicidade de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos e éticos, inter-relacionados entre si, possibilitou mudanças na assistência às pessoas em estado de sofrimento psíquico. Essas puderam ser compreendidas na totalidade de sua condição existencial. E, o sofrimento, antes tomado apenas como algo individual, passou a ser visto como parte de um contexto onde outras pessoas estão envolvidas e também merecem cuidado e atenção.

No CAPS Ponta do Coral, na sua maioria, os profissionais afirmam que existe atendimento familiar, com ressalvas de um deles que referiu não existir atendimento familiar sistemático e outro que observou que existe atendimento familiar individual. As falas relacionadas expressam de que forma a família participa no tratamento do seu membro no CAPS.

A família participa não como uma preconização ou uma exigência do serviço; o que eu tenho visto é que a família participa aqui no CAPS na medida em que há uma necessidade, quando há necessidade do serviço conversar com a família ela é incluída, quando há uma necessidade da família pelo serviço ela procura, mas não é uma rotina todas as pessoas que vem aqui a família ser atendida, as vezes o usuário não quer saber da família, as vezes a família não quer saber do usuário e assim sucessivamente, ou seja, a família participa na medida que temos a clareza da necessidade, mas não é uma prática oficial do serviço (GIRASSOL, 20/3/2006).

Alguns casos sim, em alguns casos eles vem para a reunião mensal da Regional, ou vem para uma consulta com a psiquiatra, ou vem pra trazer o usuário que não consegue ainda vir sozinho, mas é muito restrita a

participação da família, normalmente ela vem mesmo quando a coisa está apertando, quando o usuário surtou, não está conseguindo segurar, quando ele está já nas últimas (LÉLI, 4/4/2006).

Os profissionais que afirmam a existência da participação da família no tratamento explicitam como esta acontece e como se dá o atendimento no serviço, observando o cuidado que existe em atender a família e o usuário juntos.

Sim, tem alguns usuários que vem acompanhado de familiares, as vezes nós chamamos a família, quando existe necessidade, e isso acontece assim no cotidiano, conforme realmente surge a necessidade; geralmente há uma relação muito conflituosa entre o usuário e família, geralmente o familiar mais próximo, referência mais próxima e aí a gente intervém, mais ou menos com dois objetivos, assim, um de pensar essa relação conflituosa, o que pode ser negociado aí pra viverem melhor, pra ter mais qualidade de vida nesse ambiente, que moram juntos, e o outro pra poder então capacitar, colocar elementos pro familiar sobre o tratamento, sobre os transtornos mentais, pra que ele possa ser um cuidador também, o que ele é, pra que ele possa se qualificar; então, uma outra coisa que eu penso é que esse atendimento familiar ele sempre tem que privilegiar a participação do usuário porque fica complicado falar do usuário sem ele estar presente (VIK, 24/3/2006).

Sim, a família participa, claro, na medida de cada caso; em geral, assim, a gente tem a disponibilidade de atender a família, então, muitas vezes, precisa de o paciente vir com a família em várias situações, e esse atendimento é dado; o grupo de família, também está tendo o grupo de família, as vezes é dado (o atendimento) a família daquele paciente; mas sempre a gente tem o cuidado de receber a família e atendê-la junto com o paciente, nunca assim..., não gerar essas fantasias perseguitórias por parte do paciente “tá falando o que de mim”; isso é mais ou menos quase uma regra aqui no CAPS, a gente atende junto com o paciente (P, 17/3/2006).

Os trechos das entrevistas relacionados a seguir descrevem as formas criadas pelo CAPS para oportunizar a participação da família no tratamento. Alguns profissionais referiram-se a um grupo de famílias que chegou a ser iniciado, mas que pela falta de adesão e outras dificuldades não funcionou mais.

Um pouco assim, o acolhimento na segunda-feira é um espaço que a família pode participar junto com o usuário pra relatar como é que foi o final de semana e pra relatar e como estão as atividades no CAPS; o outro espaço são as reuniões das Regionais de equipe, fora o trabalho individual, que, assim, eu acabo chamando muitas vezes, eu quero atender você na presença de um familiar, as vezes você precisa até forçar nesse sentido, de que a família compareça, faço cartinha, mando e aí atendo em consulta individual, mas não em grupo, não é uma abordagem psicoterápica, é mais no sentido de psicoeducação do que de terapia (J, 22/3/2006).

[...] existe um planejamento pra se atender família, um grupo de familiares a serem atendidos por psicóloga [...]; então, as formas criadas para oportunizar a participação da família é justamente quando ela vem, acompanha, que é aberto para os familiares participarem das oficinas junto com o usuário, então, sempre tem essa oportunidade e grupos específicos pra famílias que estão se tornando real (GIRASSOL, 20/3/2006).

É mais ou menos como eu te falei; então, assim, as vezes a gente chama pra um atendimento individual, e também ela participa dos eventos acontecidos aqui no CAPS, promovidos pelo CAPS, de festas, geralmente o dia nacional da Luta Antimanicomial, quando a gente comemora, que faz uma confraternização, as festas sempre tem a presença de familiares também, festa de natal, festa junina (VIK, 24/3/2006).

As reuniões das Regionais por exemplo, uma vez por mês, e tem alguns técnicos que fazem reuniões com as famílias, discutindo, por exemplo, aquele usuário em que a família está implicada diretamente, tem problema com a família, então chama a família pra trabalhar; já teve grupo de família, mas foi fechado porque as pessoas ficaram um tempo, mas as famílias, segundo as técnicas que fizeram, muito pouco se apropriavam, vinham, se utilizavam desse espaço (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre este aspecto, cabe destacar que o deslocamento do eixo da compreensão do problema individual para o familiar/social, que tem como consequência o acolhimento da família como uma unidade que necessita de cuidado tanto quanto o paciente individual, pressupõe um novo olhar sobre as possibilidades das famílias para enfrentarem suas crises e atuarem como suporte terapêutico. Nessa perspectiva, se impõe a necessidade de não só reconhecer o atendimento ao grupo familiar, mas de oferecer uma atenção singular que leve em conta, por um lado, as especificidades de cada família, considerando a história, a estrutura, a dinâmica, bem como a inserção desta no contexto social. Por outro lado, deve-se avaliar a realidade e as possibilidades das famílias para usufruírem das formas de atenção que lhes são propostas (MIOTO, 1998, pp. 25-26).

Nesta direção, dois dos participantes da pesquisa identificaram como uma das dificuldades em realizar o atendimento familiar, a falta de profissionais qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades, conforme pode ser observado nas falas a seguir.

A maior dificuldade que eu vejo é que não existe ninguém capacitado aqui dentro para lidar com a família, é claro que, assim, eu faço um atendimento com o usuário a família vai estar junto eu vou estar explicando, mas quando você vai pensar em trabalhar com a família, trabalhar no sentido psicoterápico, isso não existe, agora informar a família, tentar com que a família faça parte do planejamento, a gente

tenta e incentiva, estimula que eles venham nas reuniões das Regionais, mas o que eu percebo, assim, a equipe ela é muito pequena pra dar conta de tudo, então a maioria das vezes o paciente chega, a família está ali fora, mas todo mundo tem a sua atividade, estão todas na oficina e isso me sobrecarrega muito porque eu tenho que dar conta de tudo, inclusive da família que chegou, do atestado que está faltando, e a família que quer saber porque que o remédio..., mas não existe um espaço pra ela, não existe um espaço que acolhe a família (J, 22/3/2006).

Profissionais qualificados, eu acho que necessita de profissionais que tenha um pouco mais de experiência, de conhecimento pra estar lidando com família, que toda a família tem sempre os seus nós górdios, tem sempre questões de fundo, que as vezes precisa de um certo conhecimento, experiência pra estar lidando com isso; até que ponto é vítima ou réu, então, acredito que profissionais que tenham experiência, que tenham a qualificação teórica, [...] possa estar oportunizando uma melhor relação no atendimento CAPS com família, então, a qualidade do profissional para estar realizando essa participação (GIRASSOL, 20/3/2006).

Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que é um transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, foram relatados pelos profissionais.

Acho que tem uma junção, eu acho que tem uma coisa primeiro que é o entendimento, a família, muitos familiares, querem deixar o usuário aqui, e querem fazer sua vida, até por questão de sobrevivência; o que eles alegam muito é que eles precisam trabalhar, então não pode faltar ao trabalho uma vez semana pra poder estar aqui porque mesmo que tenha atestado pra poder estar aqui, acaba perdendo o trabalho, não tem como justificar; e a outra questão é o próprio entendimento de que é na família o espaço em que o usuário pode ser tratado, porque a idéia de tratamento é uma idéia também que se direciona, que acaba sendo entendida como médica, hospitalar ou clínica, ou então, agora tem o CAPS; e o lugar de tratamento, digamos tratamento como restituição, como reinserção, também é na família (LÉLI, 4/4/2006).

É, chega um momento que as vezes de fato a relação se esgota, assim, são tantos conflitos, são tantas brigas, tantas dificuldades de convivência, de relacionamento, que já vem desde a infância, que chega em momentos quando, geralmente, o usuário tem as primeiras crises, isso gera um isolamento, assim, o usuário fica isolado nesse ambiente, nesse contexto familiar, realmente é muito difícil; as vezes tem uma mãe muito controladora e que aí o usuário não quer muito aproximação do serviço com essa referência porque o serviço passa a ser então um lugar de acolhimento pra ele que ele não tinha até então, porém, a gente busca a família, pra que a família possa cumprir essa função da referência (VIK, 24/3/2006).

Neste sentido, deve-se considerar que no contexto brasileiro, pela própria ausência ou precariedade da intervenção estatal por meio das políticas públicas de corte social, a família torna-se a principal garantidora da reprodução da força de trabalho. As famílias, para suportar, todas as funções que lhes são atribuídas e enfrentar as situações de risco social, buscam dividir com o Estado o encargo dos cuidados com seu ente enfermo. Mesmo assim, configuram-se, para elas, condições deficitárias de atendimento, em particular no caso da atenção em saúde mental (ROSA, 2003, p. 192).

Na seqüência, o entrevistado realiza uma análise das várias situações singulares e sociais que envolvem as dificuldades do serviço, das famílias e dos usuários, em realizar um tratamento integrado na relação usuário/família/CAPS.

Então, também envolve vários aspectos, eu vou apontar alguns; assim, em primeiro lugar, a gente vê que boa parte das famílias vê o CAPS como um lugar pra poder deixar o seu familiar, é um lugar onde ela não vai precisar cuidar dele durante um certo tempo, então, eles até participam de algumas entrevistas iniciais, hoje, por exemplo, eu tenho uma (entrevista inicial) que a pessoa veio sozinha, não veio família; é bastante freqüente que venha o usuário sem acompanhante familiar algum, esse é um aspecto, a família de uma certa maneira toma o CAPS como um lugar pra deixar o seu familiar, nós por outro lado, não criamos estratégias pra fixar essa família, pra trazer essa família mais perto; tem um grupo de família que funciona de maneira meio irregular, mas que a gente vê cada vez mais a necessidade de tornar isso algo mais organizado, poder atender a família, a gente faz o acompanhamento com família, geralmente, quando há um pedido específico ou do usuário ou da própria família, aí a gente procura fazer, mas é mais individualizado, é uma questão mais individualizada, e há também, por parte dos usuários há o desejo de que a família não participe, isso ficou muito evidente na organização da associação, que é uma associação de usuários, familiares e técnicos, e quando a gente estava organizando a associação, toda vez que se falava na participação dos familiares havia uma certa resistência por parte dos próprios usuários que os familiares participassem; a gente entende isso como uma maneira de buscar uma certa autonomia, uma certa distância dessa família, que é, as vezes, bastante complicado de fato tê-los muito próximos, aí precisa de um outro tipo de abordagem, não dá pra incluir, como a gente fazia no início por exemplo, a gente fazia grupos de usuários e familiares, mas a família atrapalhava mais do que ajudava nesses grupos, aí a gente resolveu começar a separar, deixar o espaço específico para o usuário, porque a família vinha e tomava o espaço, e falava, e ficava reclamando da pessoa, do que ele não fazia, de todas as dificuldades etc..., então, a gente achou melhor botar um pouco uma barreira, botar um filtro ali pra que tivesse espaço do usuário e que ele pudesse aproveitar isso da melhor maneira possível (F, 12/4/2006).

No entanto, cabe destacar que, numa visão mais abrangente e totalizante, a família é entendida, no cerne das condições de reprodução social do portador de transtorno

mental, como um sujeito que procura reconstruir relações cotidianas, criar novos sentidos, manter e fortalecer laços de sociabilidade. É percebida, positivamente, em suas possibilidades, potencialidades e recursos, como elemento fundamental à manutenção do poder contratual, à autonomia e à emancipação do portador de transtorno mental (ROSA, 2002, pp. 152-153).

As falas relacionadas a seguir apresentam a compreensão dos entrevistados com relação às possibilidades da participação da família no tratamento, e as dificuldades do CAPS em realizar esse tipo de atendimento. Um deles argumenta que o acompanhamento à família é essencial para minimizar os efeitos da convivência com o portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Acho que o atendimento familiar assim como ele pode ter dificuldades ele também pode te ajudar um monte, então, assim, tem os dois lados, as dificuldades eu acho que é porque também ele vai estar trazendo, vai sobrecarregando com mais, digamos assim, mais queixas, vai estar trazendo.., as vezes nem está relacionado ao usuário os problemas e as situações, embora eu acredito que na maioria das vezes ela ajuda, ela ajuda porque é que está convivendo com o usuário lá fora o tempo inteiro, que tem mais os dados, quem pode inclusive, ah! ele está muito sedado, vamos tirar esse remédio, esse remédio só faz mal, então, a família se ela não é bem orientada ela acaba, assim, tentando fazer o bem ela acaba fazendo o mal pro paciente, ah! não aquela atividade lá, ficar só batendo palminha, musiquinha, aquilo lá não vai ajudar você, é melhor eu.., vou te colocar de novo na escola porque se não você não vai trabalhar nunca, então todas as ansiedades da família, que se elas forem bem trabalhadas o usuário só tem a ganhar, agora, as dificuldades é: um espaço em que essa família seja acolhida, que ela seja realmente trabalhada e uma equipe, a formação, alguém com formação pra fazer isso, isso não tem (J, 22/3/2006).

Eu acho que o acompanhamento com a família ele é extremamente necessário pra elaborar a imagem que essa pessoa acabou deixando pra essa família; a família ela ainda tem uma imagem, ela tem o imaginário social em relação o que ela de repente produziu; então, há uma necessidade de se ter um acompanhamento com os familiares pra estar elaborando as relações, o dia-a-dia que ela tem com o portador de transtorno mental; as vezes se investe muito em acompanhamento com usuário e não se investe muito no acompanhamento com a família, a família está sobrecarregada, tem que se discutir a questão dos encargos familiares, porque as vezes ter um portador de transtorno mental junto com a família é extremamente estressante, e as vezes a família acaba colocando o portador de transtorno mental no hospital pra descansar, porque as vezes é complicado, tem um portador de transtorno mental que canta o dia inteiro, ou que não dorme durante a noite, dorme de dia, ou que quer ver televisão a todo momento, ou que fica conversando com a vizinhança a todo o momento, tem o portador de transtorno mental que com o seu sofrimento incomoda muito a família, então, tem de haver um profissional articulado ou apaziguador ou que provoque alguma

resolução nessa prática; [...] se não dá pro portador de transtorno mental morar com a família então que se haja (encontre) um espaço harmônico, mas a família tem que ser acompanhada sim (GIRASSOL, 20/3/2006).

Entre as dificuldades que os profissionais identificam na (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e estigma da loucura, ainda presentes no imaginário social das pessoas. Relacionamos na seqüência as respostas dos entrevistados, nas quais é expressa a relação com alguns dos aspectos enfrentados no cotidiano da vida dessas pessoas, em suas relações com a família, as instituições e a sociedade.

Em primeiro lugar a dificuldade de a família compreender o que a pessoa tem, pelo que ela passa, muitas vezes, a idéia é de que é um vagabundo, que o cara não quer trabalhar porque é vagabundo, não quer fazer nada só quer ficar em casa fumando, na frente da televisão porque é vagabundo; então, tem essa dificuldade de poder dar ou ter um certo olhar pra essa pessoa, pra esse usuário que não seja esse da discriminação; tem também o medo, o medo de que essa pessoa venha cometer algum crime, que é um pouco o mito da loucura, é o que envolve o mito da loucura, de ser alguém que é imprevisível e violento, o mito da loucura está muito marcado por isso, muitas vezes a família vem contaminada por isso, eu atendo uma mãe, por exemplo, que apesar de ser uma pessoa que contribui muito, mas ela tem medo do filho, ela tem medo, e ela reconhece isso, diz isso claramente, ela tem medo, agora menos, depois de um tempo isso está começando a se flexibilizar, ela está começando a entender um pouco diferente, mas ela tinha muito medo do que esse filho poderia fazer com ela, então, isso é algo que é bastante comum, mas isso é uma dificuldade; o outro aspecto da resistência é a idéia de que ele se tornou uma pessoa inútil, o usuário se tornou uma pessoa inútil, porque ele não pode trabalhar, que nunca vai fazer nada a não ser ficar como um louco, ficar como uma pessoa que não pode assumir responsabilidades, que não contribui, o aspecto financeiro é um problema; o Programa de Volta pra Casa não resolve isso integralmente porque ele é destinado pra pessoas que estão no mínimo há dois anos internadas, então, aqueles que não tem internação prolongada não têm acesso a esse recurso, então, ele passa a se tornar um peso econômico pra família e aí todos os outros problemas que são decorrentes disso (F, 12/4/2006).

Muitas vezes ele acaba sendo o membro da família rejeitado, ele tem o quartinho dele no fundinho. Bom, eu acho que é o próprio estigma de ter um doente mental, tem ah ele é doente mental, deixa ele quietinho lá porque se não ele vai incomodar, vai surtar, vai xingar e, que vergonha, aí os vizinhos; então, é o estigma do usuário, do paciente com transtorno mental, como muitas famílias não entendem elas tem até crenças de que isso é o demônio, isso é um castigo, ou é porque ele era uma pessoa ruim na vida passada, então, vem com mil, vamos dizer assim, explicações, que só atrapalham e impedem que aquilo seja encarado como..., ok isso aí é uma doença, e como é que a gente vai

fazer pra ajudar e tratar isso; então, os conhecimentos, a ignorância nesse sentido, [...] uma parte eu acho que seja pelo próprio desconhecimento do que é um transtorno mental, e do estigma de que o louco é o que rasga dinheiro e, enfim, isso dificulta, e aí quando você não tem um suporte pra dar à essas famílias aqui dentro, você só reforça lá fora esse estigma; então, claro, a pessoa chama a atenção da população, os pacientes que conseguem lá fora trabalhar e não ficar só dentro do CAPS, então, as oficinas que possam vir a dar renda, que elas sejam trabalhadas lá fora, até pra lá fora você convive com eles, percebe que eles não são os loucos que rasgam dinheiro, saem quebrando tudo e matando todo mundo, esse é o medo da população e acaba sendo o medo da família (J, 22/3/2006).

A questão da diferença do “louco” para o “não louco”, que na sociedade capitalista, é determinada pela relação produtivo/não produtivo, ou seja, aquele que detêm poder de consumo e aquele que não tem poder de consumo, também foi expressa pelos profissionais entrevistados como uma das dificuldades para a (re)inserção social do portador de transtorno mental, na família e na sociedade.

Eu acho que os limites do usuário; tem a coisa do preconceito, da loucura, ele, o usuário, ele não é alguém produtivo na família, ele não leva dinheiro pra casa, ele, ao contrário, ele só gasta, ainda tem que buscar remédio, ele dá mais trabalho ainda, ele não é produtivo, de maneira geral, então, isso já agrega um preconceito maior ainda, além de ter o preconceito da loucura, de ser..., enfim, alguém que tem uma “deficiência”, alguém que é muito dependente, ainda tem isso, então, ele não soma nada à família a não ser o incomodo; daí, geralmente, é uma mãe que até acolhe, ou pai, por questões afetivas, mas sempre está lidando com esse limite do usuário; tem famílias que não querem, tem muitas famílias carentes que não querem mais um problema, e quando a pessoa, então, saiu da família, que foi internada, e ficou um longo tempo fora, a família já se estruturou de forma a não contar com aquele usuário, então, já não conta mais com ele, passou três, quatro, cinco meses, aí vem uma pessoa trazendo toda uma dependência e que não é somar, ou as vezes as próprias crises dentro de casa, então, é difícil um cara que faz xixi no chão, um cara que toma um café e deixa sua xícara, um cara que quebra, que uma vez por mês quebra tudo, que bate nas pessoas dentro de casa, ninguém tem essa tolerância, tem que ser mais de uma pessoa pra suportar e, as vezes, uma pessoa, que é a mãe, suporta, mas os outros irmãos não entendem, não conseguem lidar com a questão, que é difícil mesmo, o nível de dependência, os limites, o risco que, enfim, pode correr o usuário (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Rosa (2003, p. 192), a família, apesar de procurar dividir com o Estado as demandas de cuidado do portador de transtorno mental, ainda é o principal agente responsável pelo seu provimento. Para implementá-lo, na divisão sexual do trabalho do grupo doméstico, seu ônus recai sobre a mulher. Todavia, diferente das demais

enfermidades, o transtorno mental se particulariza pelo fato de seu portador não se reconhecer como enfermo e por seu prognóstico figurar como uma incógnita, sem ter uma temporalidade previsível. Desta forma, em geral, o provimento de cuidados e o tratamento tornam-se impositivos para o portador de transtorno mental, que pouco colabora conscientemente no seu processo de recuperação. Por sua vez, o provedor de cuidado, com frequência a mulher, mãe, tem que ter uma disponibilidade de tempo, periódica ou indefinidamente, para exercer o seu papel. E, para satisfazer as necessidades individuais do portador de transtorno mental e as exigências de sua enfermidade, a mulher, mãe tem seu espaço de vida invadido, seus projetos de vida obstruídos pelas necessidades de prestar cuidado.

3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares

No contexto da Reforma Psiquiátrica, as organizações de usuários, técnicos e/ou familiares tem cumprido um importante papel na mudança do modelo assistencial em saúde mental, participando ativamente das discussões sobre os serviços e promovendo atividades que visam maior inserção social, geração de renda e trabalho e a garantia de direitos sociais. Essas associações constituem-se em importante instrumento de promoção da saúde e da cidadania de todos os envolvidos (BRASIL, 2004)

O CAPS Ponta do Coral conta com uma associação de usuários, familiares e técnicos. Apesar de estatutariamente estar prevista a participação e filiação de familiares e técnicos, atualmente, na prática, esta se tornou, efetivamente, uma associação de usuários. Em gestões anteriores, já teve em sua diretoria a participação de técnicos do serviço. Atualmente, dois técnicos acompanham as atividades desta, mas a diretoria da gestão atual (2006) é composta somente por usuários.

Com relação a participação dos usuários no planejamento das atividades do CAPS, os profissionais referem que esta acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, realizada semanalmente, na qual são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Contudo, os entrevistados observam que

existem dificuldades em realizar um processo de planejamento das ações do serviço, seja por particularidades dos usuários, seja por limitações e/ou problemas institucionais.

Assim, existem alguns espaços em que essas ações são tomadas em conjunto, a assembléia dos usuários, aqui é feita de terça-feira, em que é discutido desde a limpeza, o lanche, qual é o próximo passeio, o que vai ser de reunião, o que está sendo feito, quais são os informes em relação a saúde mental, em relação a congressos, encontros, comissões. O que eu percebo é que embora isso seja estimulado há pouca, baixíssima, aderência e quando há, em geral, são daqueles mais saudáveis no sentido de que de repente nem seriam usuários CAPS, mas eu acredito que isso seja também o próprio sintoma, de a dificuldade de lá fora conseguir um emprego, a dificuldade de iniciar uma atividade, iniciar um curso, é também pra se engajar na própria luta deles; o que eu percebo é que a família, em geral, quando pega isso vai adiante, os usuários tem poucos estímulos próprios, vamos dizer, pra continuar, pra se manter; então, na reunião da Comissão Ampliada²¹, aí participa um, mas depois a semana que vem já não vem; então, são poucos os que realmente conseguem dar conta, eu coloco a palavra no sentido de ser capaz para, tem essa dificuldade, eu acho que é própria condição (J, 22/3/2006).

Então, a gente procura estabelecer parcerias com a associação porque tem muitas coisas que pelo fato de a gente estar submetido a um organograma e a hierarquia, e aí os limites do serviço público, a gente não pode fazer; por exemplo, a questão da venda do material das oficinas, isso é algo que o CAPS não pode assumir, por conta mesmo da legislação que impede a gente de fazer esse tipo de atividade; então apesar de ter uma participação grande, o material vendido é o material das oficinas do CAPS, mas quem faz essa tarefa é a associação, é a associação que se encarrega da venda, de levar o material, de receber dinheiro etc.; além disso a associação se tornou efetivamente uma associação de usuários, apesar de o estatuto dela prever a participação e filiação de familiares e técnicos ela é uma associação de usuários na prática, e como articuladora de um projeto político e de reivindicação dos direitos do usuário dos serviços de saúde mental, como um instrumento pra viabilizar inserção no mercado de trabalho por exemplo, parece que são essas as funções da associação; com os usuários o que a gente tem é uma assembléia semanal onde são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; esse aspecto do planejamento da atividade ele de fato não tem a participação dos usuários até porque nem nós, como te falei no início, o nosso planejamento também é meio caótico, assim, a gente não tem um processo organizado de planejamento pra um ano ou mesmo pra seis meses, então, aí os usuários não chegam a participar desse planejamento, eles participam sim da discussão do funcionamento que é na assembléia,

²¹ A Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental (CPASM) é uma instância do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, criada através da Resolução N°1/CMS/2006, cuja finalidade é assessorar o plenário do conselho no que compete a formulação, implantação, implementação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas, ações e projetos em Saúde Mental, assim como prestar assessoria técnica ao gestor municipal. A CPASM é constituída por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde, e usuários e familiares da saúde mental (nota da pesquisadora).

que é toda semana, e aí se trata das coisas do dia-a-dia, é mais cotidiano (F, 12/4/2006).

A presença e participação dos usuários nas discussões e no planejamento das ações pertinentes à saúde mental vêm se ampliando progressivamente nos últimos anos. O processo de inserção inicia-se com o protagonismo dado ao sujeito na definição de seu projeto terapêutico, estende-se na organização de associações e na representatividade destas nos fóruns deliberativos (Conselhos de Saúde, Conferências, Comissões de Saúde Mental), e na participação em eventos científicos e espaços de militância política pertinentes à área da saúde mental. Essa é uma das formas em que a condição de cidadão dos portadores de transtornos mentais é resgatada. Segundo Rodrigues (2005, p. 80), “a participação política e militância de usuários e familiares em instâncias deliberativas ganham efetividade quando politicamente organizados”.

Neste sentido, a construção coletiva do protagonismo requer a saída da condição de usuário-objeto e a criação de formas concretas que produzam um usuário-ator, sujeito político. Isso vem ocorrendo através de inúmeras iniciativas de reinvenção da cidadania e *empowerment*, como atenta Vasconcelos (2000b), por meio de intervenções via associações de usuários ou de cooperativas sociais, ou ainda da participação política de tais atores nos mais importantes fóruns sociais de formulação de políticas da área, tal como nos conselhos de saúde e comissões de saúde mental.

Nas falas que seguem, os participantes da pesquisa destacam as dificuldades encontradas na organização, na articulação e no funcionamento da Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral²², bem como seus objetivos e principais lutas políticas por direitos.

Assim, eu acho que os usuários têm esse espaço da assembléia junto com os técnicos. É um espaço interessante, onde eles podem estar opinando, mais do que o da associação; o da associação é muito mais difícil de levar adiante; eu também já fiquei um tempo ajudando a associação, já fui até, uma época, da própria gestão, da própria diretoria, e a gente tem

²² Importante estudo sobre a Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral foi realizado por Rodrigues em dois trabalhos: RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral: desvelando sua significação**. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004; e RODRIGUES, J. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

que estar puxando muito como técnico, parece que deixar por conta deles a coisa não anda e, as vezes, a gente vê que fica mais um desejo nosso de que as coisas aconteçam do que deles; então, a assembléia pelo menos é um espaço que eu ainda acho que se consegue ter uma presença, agora a presença dos familiares no planejamento é muito pequena, poucos que vem, vem um ou outro, pai de alguém; dos usuários, eu acho que é mais nesse espaço da assembléia que acontece (P, 17/3/2006).

Os usuários, nós temos a assembléia dos usuários; então, na assembléia se discute algumas questões, por exemplo, as vezes o planejamento, funcionamento da casa, por outro lado nem tudo é discutido na assembléia, [...] tem uma atuação limitada, ela não é totalmente participativa. A associação, ela tem histórias de altos e baixos; teve momentos que a associação tinha uma diretoria, mas ninguém participava, não se articulava; tem momentos que a associação se integra mais, quando ela se integra a coisa fica também mais rica; nós temos aproximação, por exemplo, na questão do vale transporte, as reivindicações, sobretudo do vale transporte, de veículos pra passeio, pra participar de um evento, muito mais do que planejamento das ações, digamos assim, mais no sentido de luta por direitos e reivindicações (LÉLI, 4/4/2006).

A associação de usuários possui cinco objetivos: controle social, ajuda mútua, suporte mútuo, defesa dos direitos, geração de renda; em cima desse objetivos a associação realiza seu movimento e sua luta. Em termos do papel dos usuários no planejamento das ações do CAPS seria discutir esses objetivos em relação ao CAPS. Hoje, o que acontece, a associação de usuários acaba discutindo um pouco mais controle social; ela expressa a representatividade dos usuários na luta social, na dignidade humana, e também na geração de renda; outra coisa muito importante que a gente fala é a luta contra o preconceito, então, a associação ela participa mais nesse sentido, controle social, geração de renda e luta contra o preconceito no CAPS; esse é o papel dos usuários, realizar o controle social, participar da geração de renda e a luta contra o preconceito; a luta contra o preconceito significa realizar teatro, levar pras Academias, levar pra comunidade, mostrar que a história do louco no imaginário social das pessoas ela é transformada, pode-se reverter isso, e isso se reverte com música, cultura e arte (GIRASSOL, 20/3/2006).

O papel da associação no planejamento, é porque assim, a associação ela não é o CAPS, ela é uma entidade separada, a assembléia é uma assembléia geral do CAPS, é um mecanismo facilitador da participação dos usuários e técnicos na gestão do serviço; a associação é uma entidade, sem fins lucrativos, que foi criada e pensada pra que os usuários e familiares se organizem pela luta da política, pela luta da implantação da política de saúde mental, pela luta dos direitos, pela luta da implantação da Reforma Psiquiátrica, pela melhoria do serviço, então, assim, a associação ela caminha, mas ela é muito nova e aí se é muito nova tem uma estrutura um pouco frágil, então assim, a tua pergunta é se ela participa das ações do CAPS, ela participa sim, tem um elo de participação aí, tem um canal de participação, mas é frágil, é muito frágil, eu penso que é muito frágil porque aparece pouco (VIK, 24/3/2006).

Rodrigues (2005, pp. 81-82) destaca que as associações de usuários, enquanto dispositivos, possibilitam uma atitude política que oferece visibilidade ao usuário como ser cidadão e não apenas como portador de um transtorno. Segundo o autor, quando o usuário passa a ver, sentir, e ver sentido em suas ações associativas, sua prática organizativa torna-se efetiva e com empenho. Por isso, as associações precisam desenvolver estratégias mais amplas de adesão, visando revigorar seus quadros associativos. Nesta direção, a profissionalização e formação política dos dirigentes é vista como uma possibilidade para estimular a participação.

A compreensão das associações civis como relacionadas e condicionadas pelas associações políticas leva ao entendimento de que há uma sinergia entre a sociedade civil e a democracia política. Segundo Fleury (2004), a dimensão cívica da cidadania diz respeito à condição de inclusão ativa dos cidadãos à comunidade política, compartilhando um sistema de crenças com relação aos poderes públicos, à sociedade e ao conjunto de direitos e deveres que são atribuídos ao status de cidadão. Como dimensão pública dos indivíduos a cidadania pressupõe um modelo de integração e de sociabilidade, que transcende os interesses egoístas do indivíduo no mercado, em direção à uma atitude generosa e solidária.

A fala a seguir relaciona algumas dificuldades cotidianas vivenciadas na e pela associação de usuários do CAPS Ponta do Coral. Apresenta algumas possibilidades de atuação deste tipo de organização da sociedade civil, tanto com relação a parcerias com outras entidades, para o desenvolvimento de ações que visem a profissionalização e inserção no mundo do trabalho, quanto no processo de politização e conscientização de seus usuários com relação aos direitos de cidadania.

Eu acho que ela tem um papel relevante, a dificuldade é de incrementar esse papel relevante; os familiares vêm muito poucos; bom, talvez a gente não esteja também instigando, muitas vezes a gente convida, mas eu acho que, também, as vezes, falta um pouco de investimento da equipe para que os familiares estejam mais no CAPS; agora, a associação poderia fazer muitas coisas, desde convênios para cursos com esses órgãos que a gente tem, SENAI, SESC; poderia tentar uma penetração, mas isso seria uma outra realidade a ser criada; cada vez que entra uma gestão nova, a gente diz quem sabe agora; desde as pequenas coisas, até divulgar a lojinha aqui, é difícil, a gente uma vez fez uns folders pra distribuir aqui na vizinhança, uma vez a gente tentava vender as verduras que produzia, não conseguia muito, conseguia ali, vendia uma ou outra; agora em termos de espaço de fazer política eu acho que ela tem um peso, deveria realmente crescer, por mais que as pessoas tenham dificuldades; eu acho que tem que continuar existindo, tem que continuar batalhando para que eles possam estar assumindo um pouco

mais esse papel político, essa conexão com outras instâncias da sociedade; por exemplo, na questão até de trabalho, de poder a associação também ajudar nessa abertura de espaços de trabalho; teve uma vez que tentaram no Angeloni (supermercado), depois quando souberam que era portadores de transtorno mental não quiseram; eu acho que a gente precisava mostrar um pouco pra sociedade o que é o paciente psiquiátrico; assim, através desses recursos, não dá pra esperar vamos pra mídia, porque, assim, tem umas coisas que são boas, ótimas, mas são meio ideais, a gente tem que tentar começar com essas pequenas coisas que pode fazer: divulgar a lojinha, sei lá, fazer um contrato lá com o CIC pra fazer cursos, por exemplo, de pintura, coisas que são mais próximas da realidade exequível (P, 17/3/2006).

Para Rodrigues (2005) dois aspectos são importantes para compreender as dificuldades de falta de adesão e continuidade na participação dos membros da associação. Um deles refere-se aos elementos motivadores para a participação. Neste caso, é preciso considerar que a prática política de militância possui seus campos de conflito e tensões, que dentro da especificidade da loucura pode não conferir uma participação freqüente. O outro relaciona-se ao significado da associação na vida dos integrantes. Muitos usuários vêem a associação como possibilidade de geração de recursos financeiros, haja vista que o fator trabalho/vínculo empregatício é algo marcante na vida dos portadores de transtornos mentais, em decorrência de a maioria não possuir fonte de renda própria.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacaram o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário.

A primeira delas é a questão do controle social, a associação tem potencialmente essa função, não só dentro do serviço, mas também nas outras instâncias, conselho municipal de saúde, conselho local, aqui em Florianópolis estamos organizando uma Comissão Permanente, que é consultiva do Conselho Municipal de Saúde, é uma comissão de saúde mental, no estado (SC), a gente tem o Colegiado de Políticas Públicas e Atenção Psicossocial, que tem representação dos usuários; então, novamente, na questão da defesa dos direitos, na questão do resgate da cidadania, as vezes nem é resgate porque o cara nunca teve cidadania alguma, mas da possibilidade de instituir um certo nível de cidadania; eu vejo que a possibilidade de o usuário poder participar politicamente é algo que tem um efeito sobre a sua dinâmica, como tem efeito sobre a dinâmica de qualquer um que descobre um dia que tem essa possibilidade de participar politicamente, da vida política, e pro usuário de saúde mental isso muitas vezes é uma descoberta que representa uma guinada muito grande na sua vida, então, vamos dizer assim, tem um efeito terapêutico, um efeito clínico nesse sentido, além, obviamente, dos

efeitos políticos que isso representa, mas, mais individualmente tem esse efeito, da articulação com as outras pessoas, enfim, tem uma terapêutica aí que é função, mesmo que não reconhecida, mas é função das associações (F, 12/4/2006).

O principal papel das associações é não tornar que os serviços se tornem manicômios; a associação é a vida, é organização, é luta, é enriquecimento, é sentido de vida; tenho escutado muito de pessoas que tiveram suas vidas arruinadas que quando passaram a militar em associações de usuários passaram a ter um sentido de vida, passaram a conceber a razão da sua existência em vida; então, a principal importância das associações é não deixar que o serviço se torne manicômio, é tornar o serviço um pouco mais rico, com mais vida, é organizar a questão política, é falar em nome dos próprios usuários; então, a importância das associações de usuários é levar a boa nova aos CAPS, levar a boa nova aos serviços de saúde mental, levar a boa nova do modelo psicossocial, ou seja, discutir o controle da loucura, ou seja, a maior importância das associações é levar a discussão da liberdade, liberdade e dignidade dos portadores de transtornos mentais (GIRASSOL, 20/3/2006).

Além do tratamento e dos serviços, eu acho importante que a associação possa se fortalecer enquanto movimento popular de luta pela Reforma Psiquiátrica, que os usuários possam se conscientizar dessa importância de estarem articulados, lutando pela implantação da política, da política de saúde mental sob esse novo paradigma da Reforma Psiquiátrica; eu acho que essa é a maior importância, acho que essa é a maior tarefa da associação; claro que isso se reflete na micro política institucional no próprio CAPS; a associação vai estar lutando, a nossa associação aqui, por exemplo, já lutou pelo próprio vale transporte dos usuários, de ir até a secretaria (Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis) conversar com o secretário e reivindicar enquanto essa democracia representativa dos próprios usuários, técnicos e familiares; pela própria manutenção desta casa na época que houve a questão da construção da via de acesso ao Hospital Infantil, existia um projeto da outra via passar também por aqui, os usuários batalharam que essa casa se mantivesse aqui, que o CAPS se mantivesse aqui e conseguiram; então, acho que essa luta maior de articulação que exige uma consciência política dos líderes que estão na associação, dos usuários como um todo, é que é a grande tarefa da associação, só que isso se faz num trabalho de formiguinha, num trabalho miúdo (VIK, 24/3/2006).

Cabe destacar que o controle social compreende a participação da população na perspectiva da interferência na gestão da política pública de saúde, colocando as ações e serviços na direção dos interesses da comunidade e estabelecendo uma nova relação entre Estado e sociedade. Conforme Correia (2002, p. 212), controle social “é a atuação da sociedade civil organizada na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam às demandas e aos interesses das classes subalternas”.

A III CNSM ressalta a importância do controle social, através dos mecanismos já existentes (Conselhos, Conferências e Comissões de Saúde Mental, organizações da

sociedade civil e movimentos sociais), como forma de garantir o avanço da Reforma Psiquiátrica. Os indicativos da Referida Conferência destacam que o controle social deve constituir-se com a representação dos três segmentos – usuários, familiares e profissionais de saúde, na perspectiva de induzir uma ação de acompanhamento da construção das políticas municipais, estaduais e nacional de saúde mental. As Comissões de Saúde Mental em ação conjunta com os Conselhos de Saúde devem exercer seu papel de controle e fiscalização das políticas públicas, o que inclui o orçamento e a destinação de verbas para a saúde mental, em todos os níveis (BRASIL, 2002a).

A ação da sociedade civil e dos movimentos sociais é ressaltada visando a garantir que os programas de saúde mental não sofram descontinuidade por ocasião de mudanças de gestão administrativa e/ou política. Para tanto, devem ser criadas estratégias para a viabilização de maior envolvimento dos diferentes atores sociais com as questões da saúde mental. Entre estas, destacamos o papel das associações de usuários, técnicos e familiares e dos núcleos estaduais e/ou municipais do movimento da luta antimanicomial, na gestão dos serviços e na fiscalização das práticas de saúde mental (BRASIL, 2002a, p. 142).

3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia

A desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial são dois dos pressupostos teórico-epistemológicos orientadores das práticas assistenciais indicadas na e pela Reforma Psiquiátrica. Tendo isso em conta, perguntamos aos participantes da pesquisa se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas para a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referiram que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras.

As falas relacionadas na seqüência explicitam a percepção dos entrevistados sobre a questão e indicam algumas possibilidades que, segundo eles, poderiam favorecer o desenvolvimento de ações de reabilitação psicossocial.

Em parte sim, em parte; eu acho que como a gente não tem um sistema de avaliação a gente não consegue medir isso muito bem; a nossa intenção é essa, o que não quer dizer que as nossas ações consigam de fato alcançar; acho que a gente poderia fazer mais, a gente poderia ter uma articulação mais intensa e mais constante com outras instituições, com outros sistemas de atenção, além claro da própria rede de saúde, que não existe; em Florianópolis a gente não tem rede, até está se formando, dá pra dizer que está se formando, mas não funciona como rede ainda, efetivamente não funciona; a gente tem pouco contato com a atenção básica, com o PSF, que seria um parceiro importante, a gente tem pouco contato com os outros CAPS também em termos de troca, enfim, com outras instituições de saúde, então, acho que a gente ainda continua isolado, e aí pensar em reabilitação psicossocial com essas condições é um pouco mais complicado; a gente vê alguns efeitos, que a gente mede pelo usuário em si, que é o fato de que ele consegue evitar internação, que ele consegue muitas vezes voltar a trabalhar, sua participação nas oficinas passa a ser bastante diferente, enfim, mas são coisas que a gente não tem um instrumento pra avaliar (F, 12/4/2006).

Eu penso que sim, apesar de que hoje o programa de saúde mental não conta com uma rede completa de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, então, assim, a gente tem essa dificuldade; se existisse isso de forma mais estruturada, de forma mais incrementada seria mais fácil a reinserção social; por exemplo, a gente não tem leitos psiquiátricos no HU, um hospital geral, que já tem um ambulatório de psiquiatria, poderia ter um serviço de emergência, facilitaria, evitaria internações, um mercado protegido, um projeto de geração de renda também não temos, não temos os CAPS territorializados ainda, então, tem uma série de dificuldades colocadas aí que impedem essa reinserção social num tempo menor do que acontece hoje; acho que hoje o tempo que o usuário fica dentro do CAPS ainda é muito grande por conta de a gente não ter essa rede completa, que possa dar esse suporte extra CAPS. [...] eu não sei se isso acabaria institucionalizando, de certa forma sim, mas assim, isso está na pauta, e se isso está na pauta não está institucionalizando, você entende o que eu quero dizer? isso está sendo falado pro próprio usuário, isso está sendo dito pra ele, olha tu já está aqui muito tempo, o nosso objetivo pra ti, nosso projeto terapêutico pra ti seria de tu poder estar fazendo isso, isso e isso lá fora, então assim, não diria institucionalizado porque talvez institucionalizado seria quando a gente não se desse conta disso, ah não isso está rolando, o usuário está aqui há anos, ninguém está fazendo nada, continua na mesma, aí sim estaria cronificando, mas acho que não nesse sentido, de que isso está na perspectiva, a gente está querendo a inserção, a gente está querendo a rede extra hospitalar, a territorialização dos CAPS, só que a gente não tem uma série de elementos necessários pra fazer a reinserção, a política, o programa de saúde mental, aliás ele está sendo implantado, incrementado muito mais agora recentemente (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que sim, mas muito pouco ainda; elas se encaminham, elas têm como ideal, elas desejam, mas na prática isso é muito pouco feito; eu vejo que nesse CAPS a equipe acaba estando muito fragmentada porque faz milhões de coisas também, desde a parte administrativa, parte clínica, oficina, se divide; eu acho que deveria ter a equipe como um todo trabalhar nisso, mas ter também grupos de atuação, como a gente

chama de atuação local, então, ainda para o que necessita está muito pouco assim, muito aquém [...] A primeira proposta começaria via Regionais, nas Regionais; por exemplo, as pessoas iriam para os seus bairros, ver qual é a possibilidade, as possibilidades que existem pro usuário se inserir, mas não só a Regional, poderia ter um grupo mesmo, sair com o usuário, fazer a coisa mais concreta, ela é feita, mas é feito muito pontualmente (LÉLI, 4/4/2006).

Em geral sim, mas tem alguns pacientes que, por exemplo, circulam no CAPS e que não tem nenhuma indicação de estar no CAPS, então ele acaba sendo um lugar de institucionalização ou de capsização. Tem isso; isso acaba acontecendo, mas em geral não é isso; em geral eu acho que todas as nossas ações, o que a gente discute em equipe é até a tentativa de diminuir essa dependência, esse vínculo de dependência, que em algum momento ela pode ser muito importante, mas em outros ela é excessiva e acaba aprisionando o paciente dentro do CAPS, e aí o CAPS passa a ter o mesmo papel e a mesma função do hospital; e como isso é o que eles conhecem, esse repertório é o que se conhece, é mais fácil de se acostumar com ele do que ter uma nova postura, uma postura de que, não, aqui eu vou tomar conta do meu tratamento, eu vou lá fora procurar o que é meu...; não, (o usuário) acaba esperando, ah o que você falar está bom, e aí essa atitude bem passiva, que ela é muitas vezes muito cômoda pra todos nós em muitos momentos, pra uns mais que outros, essa atitude de comodismo, de esperar, é ótimo, e aí isso acontece, acaba acontecendo, embora as práticas, elas tem a idéia de que não seja voltada pra isso; não é o objetivo, mas a gente observa que as vezes é falho (J, 22/3/2006).

Essa pergunta é muito difícil [...]; eu acho que não mudou muito meu olhar, a gente tende a sustentar a institucionalização, a gente não consegue dar alta, o paciente não consegue ter alta, não consegue sair; assim, digo um paciente que realmente talvez esteja até mais comprometido com esse tempo aqui, tem paciente que está aqui desde o início; eu acho que a gente acaba reforçando um pouco isso por mais que a gente tem o desejo de que fosse o contrário; existe uma certa comodidade pro paciente também, aqui ele tem atenção, ele é aceito, não tem assim uma grande briga por ele ficar aqui; então, isso me preocupa muito, eu fico pensando: é uma contradição porque ao mesmo tempo que o nosso trabalho é voltado pra isso parece que a nossa ação acaba revertendo o contrário; a questão da cidadania, a questão da construção de outros laços, criação de outros espaços, eu acho que é muito precária ainda [...]; por isso que eu acho que a gente precisa também de ter formas de avaliação dos pacientes, muitas vezes fica assim um exemplo ou outro que você tem, aquela pessoa foi, está lá trabalhando, talvez ela não tenha também construído um elo tão pesado, tão forte com a instituição, que ela já veio, ficou um tempo, saiu, voltou a fazer outras coisas da vida; eu acho que a gente ainda está institucionalizando mais do que desinstitucionalizando [...] (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p. 14) observam que um dos caminhos mais importantes para o qual aponta a desinstitucionalização é o da criação de novas relações com a loucura. Estas se processam a partir da mudança das relações institucionais internas e de

desmontagem dos dispositivos da clínica e da psiquiatria, mas certamente não se restringe a isto. Novas subjetividades e um novo lugar para o sujeito louco só são produzidos em relação com o social. O trabalho de desconstrução da institucionalização, necessariamente, extravasa o contexto institucional específico, atingindo seu objetivo mais amplo de questionamento das instituições e subjetividades capitalísticas, a desconstrução como transformação cultural. Para os autores, através do trabalho no campo social a desinstitucionalização atinge seu sentido mais abrangente, como processo social amplo e complexo de participação popular, territorialização dos serviços, envolvimento de diferentes atores sociais, e mudança da relação social com o fenômeno da loucura.

Sobre este aspecto cabe destacar que a desconstrução do paradigma da institucionalização e a construção do paradigma da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial envolve um conjunto de ações teórico-epistemológicas e de práticas assistenciais, amparadas por um sistema jurídico-político capaz de criar e garantir direitos aos portadores de transtorno mental. De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (1987), a reabilitação psicossocial é o conjunto de atividade capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários (OMS 1987 apud PITTA, 2001).

Nesta direção, a formulação da política de saúde mental, orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais nos campos da educação, cultura, habitação, assistência social, esporte, trabalho, lazer e a articulação de parcerias com universidades, Ministério Público, organizações não governamentais (ONGs), visando a melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania do portador de transtorno mental (BRASIL, 2002a).

Com o objetivo de saber se existem e identificar quais são as práticas de reabilitação psicossocial desenvolvidas no e pelo CAPS Ponta do Coral, perguntamos aos participantes da pesquisa se existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer. Do total de profissionais que responderam ao formulário, a maioria (66,7%), disse não existir, dois referiram não saber responder, e dois destacaram que existem. Dentre os que responderam que não existem tais práticas, um observou não ter conhecimento, oficialmente, das parcerias, um deles destacou que existem poucas e de acordo com o planejamento terapêutico do usuário, e um outro disse que tem em momentos específicos, mas não de forma contínua. Entre os que

responderam que sim, um referiu-se a experiências muito pontuais como por exemplo o uso da quadra de esportes próxima, e outro identificou parcerias com fundações municipais e estaduais de cultura.

Neste aspecto, os indicativos aprovados na e pela III CNSM ressaltam a necessidade de se priorizar, no âmbito da assistência em saúde mental, políticas que fomentem a autonomia dos portadores de transtornos mentais, incentivando o exercício da cidadania plena. Devem-se buscar parcerias entre o poder público e organizações civis para o desenvolvimento de projetos sociais e comunitários, de geração de renda e de acesso a todos os direitos, que possam funcionar como apoio na (re)inserção social destas pessoas.

No estudo realizado, perguntamos aos profissionais se as práticas assistenciais desenvolvidas no e pelo CAPS possibilitam ao usuário a construção de sua autonomia. Os entrevistados destacaram a necessidade de refletir conceitualmente sobre o que seja a autonomia do portador de transtorno mental, como avaliar a autonomia da pessoa. Referiram que, em geral, o serviço consegue cumprir com a função de estimular o usuário à conquista de sua autonomia.

A questão é discutir o que é autonomia, eu sempre parto do princípio de que autonomia não é independência, autonomia na verdade é a possibilidade de a gente poder ampliar as dependências, que é a vida de todo mundo, ou seja, eu pra viver eu dependo de um monte de gente, um que paga meu salário, outro que falo aqui, outro com quem eu me ligo afetivamente, enfim, eu dependo de uma porção de gente e isso me dá autonomia porque eu posso depender de muitas pessoas e de muitas instituições, muitos sistemas; o problema do usuário de serviço de saúde mental, paciente psiquiátrico é que ele, geralmente, depende ou das mesmas pessoas ou das mesmas instituições, ou seja, a capacidade de autonomia dele está muito reduzida porque ele não tem como circular socialmente, ele ou está sempre dentro de casa ou de casa pra uma instituição, seja ela o CAPS ou hospital psiquiátrico; então, pra mim autonomia é isso, é essa possibilidade de você ir ampliando os vínculos pra que você possa depender de muitas pessoas ou de muitas coisas ou de muitas instituições porque afinal de contas, em última instância, essa autonomia tomada como independência ela é imaginária, ela é irreal, não existe; então, eu acho que a gente consegue isso, a gente consegue ampliar a autonomia dessa maneira, primeiro porque o CAPS acaba se tornando um centro de convivência, então, o efeito imediato é que a pessoa deixa de ficar sozinha ou só com a família e passa a conviver com outras pessoas, esse é o efeito imediato, passa a ter outras relações que muitas vezes se desdobram, saem daqui, as pessoas fazem programas juntos fora, pinta relacionamentos amorosos ou só relação sexual, que seja, mas enfim, é uma oportunidade nova que o cara não tinha, encontrar alguém mesmo que seja só pra transar, então, isso já é um ganho também, já implica na ampliação de autonomia; eu vejo que muita gente aprende a lidar com o serviço público, aprende a correr atrás dos seus direitos, aprende a lidar com outros serviços de saúde, passa a

procurar o posto de saúde onde mora ou passa a ir pegar medicação em tal lugar sozinho, por conta própria etc.; eu acho que a gente consegue essa função, a gente consegue autonomia nesse sentido, mas pode ser melhor, na medida que a gente tiver uma rede, que a gente se inserir nessa articulação com outras instituições, com outras instâncias, a gente consegue fazer isso de maneira mais eficaz (F, 12/4/2006).

Em alguns casos sim, eu acredito que alguns casos quando não há uma limitação interna eu acho que sim, que é possível, através até da participação nas oficinas, nos grupos terapêuticos, da adesão ao tratamento médico; muitos conseguem realmente; passaram por um episódio, uma crise, conseguiram ficar bem e voltar para as suas atividades diárias, eu acho que quando eles aderem ao tratamento, quando há essa adesão, quando eu digo ao tratamento é ao projeto terapêutico deles, e não tem uma limitação, vou colocar entre aspas “uma seqüela” da própria doença muito forte, há essa possibilidade; em alguns outros casos eu acho que é difícil, assim, não é tão fácil medir isso, o que, quem melhora, quem não melhora, aquele que consegue voltar, aquele que não consegue, as vezes alguém que tem até uma doença mais incapacitante consegue, outros não, depende, depende do apoio que ele tem, do externo, da família, ou da própria sociedade, da comunidade em que ele é inserido, isso tudo faz diferença, que tem o background do que ele era antes, isso também faz a diferença, ele consegue resgatar; quando já não se tem muito o que resgatar aí fica mais difícil trabalhar; é individualizada essa resposta, mas eu acredito que em alguns casos sim, consegue essa (re)inserção de uma maneira muito boa e gratificante para os dois, pro usuário e para os profissionais (J, 22/3/2006).

[...] dependendo de como o serviço é gerido, dependo de dentro de que política de saúde mental esse CAPS está inserido, ele pode ao invés de estabelecer uma autonomia, mesmo que ele tenha uma boa vontade de estabelecer autonomia, ele acaba tornando a pessoa mais dependente ainda do serviço; então, é uma grande armadilha a construção da autonomia, não só especificamente pro CAPS Ponta do Coral, mas pra todos os CAPS que eu tenho visto; então, a gente volta novamente na questão da avaliação, novamente na discussão dos termos, eu acho que a questão dos conceitos ela tem que estar muito clara, o que significa cada conceito, eu sempre tenho batido muito nisso; o que é autonomia? É a pessoa ter minimamente condição de governar a sua própria vida, gerir sua própria vida, Ok! a gente estimula a pessoa a fazer isso, trabalha nesse sentido com a questão da autonomia, agora, quais são os parâmetros que nós vamos utilizar pra avaliar essa autonomia, isso a gente não tem muito claro ainda, acho que necessita; então, o CAPS possibilita autonomia, mas ao mesmo tempo não tem uma análise crítica [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Não obstante, cabe-nos destacar que a compreensão sobre autonomia que orienta este trabalho refere-se “a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente”. Neste caso, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas

relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001, p. 57).

As falas relacionadas a seguir destacam como o atendimento no CAPS Ponta do Coral possibilita a construção da autonomia do usuário.

Eu acho que em formas gerais sim, na relação que os técnicos tem com o paciente; agora, as vezes, a gente tem uma postura muito assistencialista em muitas situações, um assistencialismo que acaba prendendo o paciente, institucionalizando; são situações, eu acho que as vezes a gente repensa sobre elas, não foi bem por aí, mas, assim, eu vejo as pessoas contando a história do CAPS, teve muitas experiências que foram positivas também, que chegaram a um resultado, assim, sem muito recurso, sem muito com que contar fora da própria equipe, fizeram coisas que são surpreendentes em relação a tantos pacientes; eu acho que essa maneira de você poder dar voz, poder valorizar aquilo que a pessoa faz, consegue fazer em uma Oficina por exemplo, eu acho que essa é uma maneira de você conferir uma posição mais sujeita, mais ativa mesmo (P, 17/3/2006).

Sim, eu acho que sim, só que eu acho que a gente possibilita em alguns casos, não tem uma história linear de possibilitar a todos, eu acho que tem um projeto de possibilitar, mas isso não acontece o tempo todo, porque também isso não é uma via de mão única; hoje, eu já fui mais ingênua em relação a isso, muitas vezes uma pessoa que ficou trinta anos, vinte anos no hospital psiquiátrico, eu não sei mais se ele quer ter mais autonomia, muitas vezes ele quer, não quer; se a gente entender autonomia como trabalhar, seja em qualquer lugar, com uma bolsa trabalho, entender autonomia como decidir ir final de semana para uma praia, autonomia como ir ao supermercado, escolher o que vai comer, até certo ponto sim; por exemplo, se tenta até que muitos usuários saiam no final de semana, a gente na reunião das Regionais combina que eles possam ir, no final de semana, para um passeio, e eles não vão, eles ficam em casa, só vão se o técnico for, no dia de semana; então, acaba ficando um outro processo de não autonomia; então, a luta, a intenção é que isso se dê de outra forma, que também não fique dependendo do CAPS; existe uma construção pra isso e isso acontece, em certa medida acontece, mas ainda não como gostaríamos, porque nós também temos uma idealização de autonomia [...] alguns casos tem sim, vão até um certo ponto da autonomia que é possível pra pessoa, e outros vão mais além, outros regridem (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre as possibilidades de construção da autonomia do portador de transtorno mental, Kinoshita (2001, pp. 56-57) considera que a contratualidade do usuário, primeiramente vai estar determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Estes podem emprestar seu poder contratual para possibilitar relações e

experiências renovadas ao usuário, através de seu prestígio, de sua delegação social, do saber reconhecido pela sociedade. O referido autor destaca que aos profissionais é dada a capacidade de elaborar projetos, isto é, ações práticas que venham a modificar as condições concretas de vida do usuário.

A entrevista citada na seqüência relaciona a construção da autonomia do usuário a ações que envolvem outros serviços e outras políticas sociais como uma possibilidade para que o portador de transtorno mental adquira sua independência econômica. No caso, a profissional refere-se a Política de Assistência Social, através do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Outro recurso financeiro que pode ser acessado pelos egressos de internações psiquiátricas prolongadas é auxílio reabilitação psicossocial instituído com o Programa de Volta Pra Casa, através da Lei Federal N° 10.708/2003.

[...] um outro elemento pra isso (autonomia) são os usuários que estão totalmente desprovidos de qualquer recurso material que conseguem o BPC e isso garante autonomia porque ele tem o mínimo pra poder dar conta das suas necessidades materiais; então, muitas vezes, ele está numa condição muito vulnerável e aí passa a poder comprar aquilo que ele deseja, minimamente, porque é muito pouco o valor, mas consegue algumas coisas e isso garante essa autonomia, porque as vezes ele fica na família, fica sendo aquele peso que só incomoda, que não tem recurso financeiro nenhum porque ele está fora do mercado de trabalho mesmo, então, aí o benefício da previdência social também é um elemento de autonomia e de reconstrução da cidadania, mas entre todos esses outro que eu falei, do próprio material que ele tem contato na oficina terapêutica que ele consegue produzir algo; aquele usuário que é egresso do hospital psiquiátrico de polireincidência nas internações que consegue produzir uma peça bonita e que essa peça é vendida e que depois recebe o dinheiro dessa venda, também confere autonomia, confere cidadania, auto-estima (VIK, 24/3/2006).

Entendemos que a possibilidade de ter recurso financeiro próprio favorece sim a independência econômica do portador de transtorno mental, possibilitando-lhe uma vida com maior autonomia. Contudo, conforme destacou a entrevistada este é só um dos elementos que compõem o rol das necessidades humanas. A reabilitação psicossocial é um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia (KINOSHITA, 2001). Neste sentido, reabilitação e construção da autonomia caminham lado a lado.

3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental

A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos entrevistados como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista jurídico-política dos direitos do portador de transtorno mental.

Eu acho que hoje a gente já tem uma rede assistencial muito mais capacitada e quantitativamente significativa; no Brasil já são 800 CAPS; o fato de que tem recurso financeiro do Ministério da Saúde destinado, especificamente, à saúde mental, isso facilita a criação do serviço no município; em termos das modificações em relação ao que seja a loucura, o que seja o transtorno psíquico, acho que apesar das dificuldades a gente já conseguiu avançar com relação a isso, a gente já conseguiu trazer a discussão pra sociedade de uma outra maneira, levantando a necessidade de olhar isso também de uma outra forma; a medida que as pessoas começam a sair dos hospitais e voltam a morar seja em residências terapêuticas, seja com a sua família, e conseguem se manter bem dessa maneira isso também vai mudando o olhar das pessoas, pelo menos daquelas que o cercam; os projetos que a gente chama de modificação da cultura, a modificação da cultura manicomial, isso eu percebo que há um avanço, gradual, lento, tem um monte de resistência, mas a gente consegue, conseguiu, tem conseguido, e isso implica também no avanço político, no sentido da garantia do direito, no sentido de ter algumas prerrogativas preservadas com relação ao direito do usuário; então, eu vejo que de uma maneira geral a gente tem avanços e avanços muito significativos se a gente compara o que era transtorno mental há vinte, trinta anos, nesse país, tem coisas muito importantes que eu identifico (F, 12/4/2006).

Acho que a própria existência de CAPS, os hospitais dia, de ambulatórios de saúde mental, próximos as casas de onde o paciente mora, o Programa de Volta pra Casa, a possibilidade de uma residência terapêutica, são todas medidas atuais e dispositivos atuais que possibilitam essa nova forma de encarar o que alguém portador de transtorno mental pode ocupar, o que eles podem ocupar; então, eles podem ocupar os espaços, eles podem começar a fazer parte daquela comunidade (J, 22/3/2006).

A fala a seguir expressa como foi, historicamente, se alterando a forma de assistência ao portador de transtorno mental e de atenção em saúde mental na política de saúde do município.

Eu acho que a questão de criar um espaço que é aberto já é uma conquista; eu acho que hoje a gente tem essas possibilidades de CAPS, no posto de saúde mesmo; [...] quando eu comecei a trabalhar na prefeitura, há 20 anos atrás, assim, era uma equipe de um psiquiatra com mais um monte de estagiários de psicologia que saía em uma Kombi velha pra fazer alguma coisa, quando pintava um problema lá com um paciente do Campeche por exemplo [...]; não tinha nada na prefeitura há 20 anos atrás de saúde mental, então, hoje já tem, está se criando uma rede, tem profissionais nos postos, tem psicólogos, se pensa em fazer treinamento de agente de saúde, treinamento de clínico geral, já se fez algumas coisas; eu acho que isso, imagino que alguém que fica confinado dentro de um espaço, ele ter a possibilidade de circular, mesmo o pessoal do HCTP, eu acho que pra eles, assim, tem uns que não querem muito mais que isso na vida, pelo menos eles não estão tendo que trabalhar duramente como trabalhavam quando eram crianças, vem aqui, circulam, comem uma comida, anda aqui, vê televisão, bom! talvez essa seja a vida que eles querem, talvez seja...., já sai lá daquela estrutura fechada (P, 17/3/2006).

Na seqüência, a entrevistada relaciona algumas formas de exercício da cidadania que o usuário pode acessar com o tratamento no CAPS.

É, se for pensar que muitos usuários eles tiveram uma história, antes do surto, de uma vida organizada socialmente, trabalhando, talvez seria a reconstrução da cidadania, mas a medida que vem todo o isolamento propiciado pelo hospital psiquiátrico, todo o estigma do transtorno mental que a própria comunidade coloca, realmente de fato foi perdida; quando ele chega no CAPS e se propõe a se beneficiar desse espaço, assim, de fato se vincula ao projeto terapêutico dele, acho que ele consegue reconstruir elementos pra essa cidadania, num primeiro momento autonomia, acho que o cartão do vale transporte, o exemplo que eu posso dar, o cartão do vale transporte que é oferecido no período que ele tem tratamento aqui é o mesmo cartão do cidadão que vai comprar lá no SETUF, então, aquele usuário que é estigmatizado, eu já presenciei essa cena, um usuário de uma comunidade de periferia que era o louco do bairro, ele entrou dentro do ônibus com o mesmo cartão que qualquer outra pessoa, passou o seu cartão, veio pro CAPS, depois foi embora pra sua casa, então, isso já é um elemento, muito pequeno, mas é um primeiro elemento talvez, que começa aí, de ele se reconhecer enquanto sujeito, enquanto cidadão, e depois aqui também, a possibilidade de participação, no momento que ele consegue produzir algo numa Oficina, no momento quando ele consegue, na clínica, se dar conta dos seus conflitos e ter mais qualidade de vida nas relações [...] (VIK, 24/3/2006).

Uma das entrevistadas fez destaque às formas de atuação que, na sua opinião, representam conquistas significativas e correspondem a práticas que favorecem o exercício da cidadania do portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Avanços, pra começar, acho que o grande avanço foi a Reforma Psiquiátrica, a construção do CAPS, dos CAPS, as portarias que fazem com que os hospitais psiquiátricos sejam substituídos por vários CAPS, esse foi o grande avanço em primeiro lugar, porque é o momento de tirada das pessoas desses castelos, dessas muralhas, não só porque ficaram ali presas, mas de todo aquele sofrimento mesmo, de miséria, enfim, como os últimos dos últimos, então, eu acho que esse é o primeiro ponto, é que os sofredores de transtorno psíquicos e mentais não ficassem segregados, mas poder estarem sendo mostrados e expostos - uma parte da sociedade, são pessoas que podem transitar, que estão aí, não necessariamente precisam ser escondidos como uma vergonha; junto aos CAPS, isso não caminha sozinho, tem a construção as redes de atenção básica também; [...] mas quando fala em cidadania acho que tem três eixos: um é a construção do CAPS, de serviços como o CAPS, outro são as residências terapêuticas e o outro a economia solidária; hoje eu vejo como isso, assim, esses três projetos, que foram feitos com luta, porque a primeira luta foi dos hospitais, então, tem as portarias que substituiu os hospitais por CAPS, progressivamente, tem toda a luta do movimento antimanicomial, tem as leis que protegem, tem esses três eixos; residência terapêutica é um lugar de resgate à cidadania porque a pessoa vai poder estar numa casa, vai poder comprar um bombril pra limpar a panela, vai poder comprar tomate e batata, vai começar a transitar no meio de outras pessoas, com a vizinhança, a se autogerir, poder fazer escolhas para sua casa, onde ele quer botar um quadro, onde ele quer botar o guarda-roupa, sua roupa, com outros colegas, mas enfim...; tem também a economia solidária que é o momento de autogestão, de fazer escolhas também, de decidir sobre sua vida, em uma certa instância, porque em última instância, em última análise ninguém daqui decide sobre a sua vida, nem eu, nem tu, a gente já nasce num sistema que te absorve e a gente é o que em última análise o capitalismo quer que a gente seja mesmo, nossa roupinha, nossa comida, nosso padrão de beleza, tudo a gente faz como é vendido; eu acho que essas iniciativas, porque a economia solidária não é só cooperativa, não é só associação, não é somente, é uma outra forma de produzir trabalho e discutir sobre esse lucro, que antes estava na mão de algumas pessoas, então, é dividir, eu também decido sobre o que é o meu trabalho, eu não me alieno dele, mas eu sei onde é que vai o meu trabalho (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Fleury (2004, p. 4), os grupos excluídos estão, em geral, impossibilitados de participar das relações econômicas predominantes no mercado, como produtores e/ou consumidores, e das relações políticas vigentes, os direitos de cidadania. Segundo a autora, esta situação é agravada pela transformação das políticas públicas de proteção social, afastando-se de um modelo de seguridade social, que buscava assegurar coletivamente o mínimo vital para todos os cidadãos, em direção à individualização da pobreza e da exclusão.

Conforme aponta Pitta (2001), o homem moderno, acriticamente, persegue formas de inclusão social pelo trabalho, desconsiderando o fato do trabalho não ser nem

tão disponível nem tão flexível para suportar as diferentes demandas individuais e coletivas que a sociedade moderna impõe. Não obstante, a tradição asilar e assistencialista das instituições psiquiátricas, historicamente, caracterizou-se pela função de excluir os marginalizados, produtos das disfunções do modo de produção capitalista e da divisão social do trabalho. Em geral, a população internada, e muitos dos egressos de hospitais psiquiátricos atendidos nos CAPS, está cronificada, com poucas chances de retorno ao mundo do trabalho capitalista.

A fala relacionada a seguir traz a compressão e reflexão, do profissional entrevistado, com relação ao conceito de cidadania e as implicações práticas deste quando se tem como parâmetro uma concepção e um modelo de cidadania pautado na lógica da racionalidade.

Eu tenho visto que está se percebendo uma maior clareza da necessidade dessa cidadania do portador de transtorno mental, porém ainda falta um pouco mais de discussão em nome de que direitos o portador de transtorno mental tem pra fazer cidadania, porque é assim, a cidadania dentro desse modelo francês - igualdade, fraternidade, liberdade, ela exige muito a questão da razão, pra você exercer cidadania você tem que falar em nome da razão, e muitas vezes o usuário, quando está em crise acaba não falando numa razão, acaba falando uma desrazão, e aí como fazer? como dar conta disso? ainda não temos resposta, em nome de que cidadania é reinventada uma cidadania para os loucos, mas tudo bem, isso é pra gente pensar; então, o avanço que tem em relação a construção da cidadania é quanto mais ter associação de usuários em que se discuta cidadania, mais vai ter cidadania, que eu não acredito que os CAPS tenham trabalhado muito nessa lógica, porque acaba não discutindo a questão da cidadania, que cidadania é essa, o que se entende por cidadania, o que é o ser cidadão [...](GIRASSOL, 20/3/2006).

A cidadania integra as exigências de justiça e exercício democrático do poder; o sentimento de pertencer a uma comunidade e de estar integrado a uma dada coletividade social, em determinado espaço territorial (FLEURY, 2004). A idéia de direitos do cidadão – civis, políticos e sociais – remete a construção dos Estados nações, em que o princípio das nacionalidades precede o ideal filosófico cidadania universal. A cidadania, definida pelos princípios da democracia, constitui-se na criação de espaços sociais de luta (movimentos sociais) e na criação de instituições permanentes para a expressão política; significa, necessariamente, conquista e consolidação social e política (VIEIRA, 2002, p. 40). Ainda, a cidadania passiva, outorgada pelo Estado, se diferencia da cidadania ativa, na qual o cidadão, portador de direitos e deveres, é essencialmente criador de direitos para abrir novos espaços de participação política.

Diversos são os obstáculos para o exercício da cidadania do portador de transtorno mental entre estes a vinculação dos direitos a racionalidade instrumental-cognitiva da ciência; a vinculação da sua prática a inclusão controlada no mundo do trabalho, modelo este que, no caso brasileiro, é denominado por Santos (1979) de cidadania regulada. Vasconcelos (2000b, p. 191) indica que, para aqueles que assumiram a proposta da desinstitucionalização e reinvenção da cidadania no campo da saúde mental, há de considerar que estamos diante de um terreno de relações de forças complexo e paradoxal, em que a manutenção do caráter democrático nas relações exige abandonar esquemas conceituais lineares, onipotentes, que queiram garantir de antemão a sua eficácia.

Fleury (2004, p. 12), observa que “a mediação entre os indivíduos e o Estado, através da igualização realizada na cidadania só é efetiva, na medida em que a sociedade civil seja capaz de realizar as funções de agregação dos interesses, reconhecimento dos sujeitos e sua inserção na esfera pública. Só assim a cidadania deixa de ser um invólucro legal e passa a ser um exercício na vida social”. Portanto, uma visão mais ativa de cidadania requer um sentido de sociedade civil como uma esfera pública onde os cidadãos se encontram em reconhecimento mútuo, e isto faz possível a sociedade plural.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referiram que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental substitutivos ao modelo tradicional/asilar. As falas a seguir identificam estas dificuldades fazendo uma análise da questão na realidade da sociedade capitalista atual.

Tem o mito de louco, do louco perigoso, do louco imprevisível, é algo que pesa muito [...], que é a lógica do mercado; pra nós, basicamente, estar inserido na sociedade é estar trabalhando, a gente se pauta muito por isso, pra poder se considerar inserido, vinculado no mundo você tem que estar no mercado de trabalho e, muitas vezes, essa lógica enlouqueceu muita gente, e as pessoas não conseguem, principalmente os usuários dos serviços de saúde mental, os psicóticos em particular, tem muita dificuldade em entrar nessa lógica, e se submeter a ela, coisa que pra qualquer um tem um custo muito alto em termos de saúde, eu digo quem está inserido mesmo no mercado de trabalho, em termos de saúde, de relação com a sua família, com as pessoas que gosta, com os amigos etc., isso tem...; viver para o trabalho é algo que pra nós é insalubre de uma certa maneira, a gente não faz outra coisa a não ser trabalhar; então, pra essas pessoas que estão fora do mercado de trabalho

é muito complicado poder voltar, o que sobra é uma rede de assistência que na nossa realidade é sempre capenga, sempre parcial, tem dificuldade em aceitar o louco por conta desses mitos, e, também, da própria resistência do usuário, da pessoa com esse tipo de dificuldade de entrar nessa lógica, no que ele de uma certa maneira faz muito bem, algo que cria outros problemas pra ele (F, 12/4/2006).

São tantas, é assim, primeiro lugar, eu vejo assim, com todo o preconceito que tem da loucura, tem uma coisa no nosso sistema capitalista que é a questão da produção, produção de capital, produção de bens, e inserção no comércio, no mercado de trabalho, então, o portador de transtorno, sofrimento mental, ele a princípio, quando ele está nesse estado, ele não é produtivo, produtivo pra esse sistema capitalista, ele não trabalha, ele não consome muito, porque ele não vai ter dinheiro, portanto, isso de maneira geral, a gente sabe que as pessoas de posse, que a loucura, o sofrimento psíquico ele atravessa qualquer classe, mas 90% tem isso; então, a princípio existe a exclusão, já existe esse preconceito também, mas muito mais que isso, que a sociedade de fato ela é dividida entre os que produzem, os que fazem a engrenagem funcionar e os que estão a margem, então, o usuário é mais um que está a margem, assim como o menino de rua, os rapazes do morro, então, ele é mais um, também, que causa incomodo, e ele no Estado, das políticas públicas do Estado ele seria como só o gasto, não seria mais uma produção; além de ser uma sociedade racionalista que tem toda a sua formação no discurso, no discurso reto, no discurso racional, na fala, a fala racional, na linguagem articulada como o único meio privilegiado de comunicação, e o usuário, muitas vezes, não tem esse instrumento, por conta da sua fragmentação, da sua história, da sua medicação, da própria coisa do delírio, muitas vezes ele não tem o tempo todo essa fala coerente, esse discurso, dessa forma já faz com que ele não seja inserido, uma vez que ele é a minoria digamos assim (LÉLI, 4/4/2006).

Hoje, a gente fala muito em rede de atenção psicossocial; eu percebo que é uma rede que ela tem que estar instituída, que são locais de proteção para o portador de transtorno mental, são as certezas, são os caminhos certos que os usuários teriam, a rede; o problema a começar é que nós não temos essa rede instituída, entendo por rede: emergência psiquiátrica ou emergência em atenção psicossocial em hospital geral, CAPS III, CAPS II, CAPS criança e adolescente, CAPS álcool e droga, associação de usuários, escritório jurídico para amparar o direito do portador de transtorno mental, atenção primária em saúde mental, equipes volantes, centros de convivência, enfim, tudo o que preconiza a rede em atenção psicossocial, esse seria o primeiro passo; então, essa dificuldade, não temos a rede em atenção psicossocial, esse é um passo; segundo, o próprio imaginário social das pessoas em relação a loucura e ao louco, isso é uma outra dificuldade, que daí entra em cena o estigma e o preconceito, onde o portador de transtorno mental passa a não ter crédito na comunidade, e isso ainda é uma dificuldade; e, claro, depois tem toda a questão do trabalho, as cooperativas de trabalho, que ainda não se discute muito em Santa Catarina, não conheço nenhuma cooperativa social de trabalho para portadores de transtorno mental, que é uma forma de gerar trabalho diferente dessa preconizada pelo modo de produção capitalista, que você tem que produzir pra receber, isso é uma outra dificuldade, a dificuldade em cima da questão do trabalho, do emprego, que muitos acabam tendo seu reconhecimento, sua valorização em cima

do dinheiro que tem no bolso, o poder contratual que a pessoa possa ter, as vezes, na sociedade, é o quanto ela tem no bolso, e a maioria dos usuários não possui isso, e é aonde muitos acabam querendo se aposentar para poder ter o seu dinheiro, que não tem outra alternativa ou clareza do que fazer pra ter dinheiro, então, esse é um problema enorme na questão da reinserção social (GIRASSOL, 20/3/2006).

Os participantes da pesquisa apontaram que uma das possibilidades para a (re)inserção familiar e social pode ser a separação das oficinas produtivas da área física do CAPS. Esta proposta e os projetos de geração de renda via economia solidária foram apontadas por alguns dos entrevistados como uma das alternativas para a realização de uma maior integração do serviço com a comunidade, bem como a melhor adequação do próprio espaço físico do CAPS.

[...] a questão do projeto de geração de renda, que eu acho que de fato está faltando, inclusive a gente já está também se mobilizando pra tentar criar um projeto nesse sentido, porque os usuários aqui, nas oficinas terapêuticas produtivas, eles conseguem ter acesso ao material específico de cada oficina produtiva, também, a técnica de produzir o artesanato, mas não tem mercado; eles conseguem vender as peças, conseguem resgatar uma grana, mas não é suficiente pra poder manter ele, manter as condições de sobrevivência; então, precisa implantar essa geração de renda, de fato acho que vai dar um gás pra essa (re)inserção dos usuários que estão sendo tratados do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Já para uma das profissionais entrevistada as dificuldades na (re)inserção social estão mais relacionadas a questões de singularidades dos portadores de transtorno mental.

Eu acredito que volta de novo pro estigma, vai voltar pra própria incapacidade, pra própria dificuldade do usuário, do paciente; muitas vezes eles poderiam fazer algo muito mais do que fazem, e aí tem o medo, o medo deles, o medo de eles terem de enfrentar a própria doença, de eles terem que enfrentar os outros, e a hora que eles conseguem fazer esse movimento aí vem o medo do outro, aí é mais fácil ficar parado, aí volta pro comodismo, mas de alguma forma se a gente consegue..., aí não precisa de grandes movimentos, eu imagino que pequenos movimentos dentro da comunidade, que seja, alguém ir conversar com o diretor da escola, ir conversar, aí a diretora consegue conversar na sala, vamos supor que tem alguns pacientes, mais jovens, que pelo surto psicótico deixaram de ir e aí não retomam, não retomam porque tem medo, porque as vezes vão rir dele porque ele é louco; então, pequenas intervenções, elas tornam possível mudar um pouco essa inserção, essa reinserção, mas a gente esbarra de novo na falta de técnicos pra fazer isso e também acho que até por uma falta de equipe, aí volta pra equipe, entende, não tem uma equipe que pense isso em conjunto, que age em conjunto e aí como fica muito personalizado, individualizado os atendimentos, cada um vai pra..., eu vou pro meu consultório, outro vai pra oficina e aí não tem a equipe (J, 22/3/2006).

Outra entrevistada referiu-se ao estigma e preconceito existente por falta de conhecimento e divulgação, exposição, seja nas universidades ou por parte dos próprios serviços de atenção, sobre saúde mental.

Bom, eu acho que entre elas a questão do estigma, do preconceito, e não é um preconceito.... a gente sabe que tem riscos em algumas situações, a gente também as vezes tem medo de algum paciente, te dizem ah fulano matou três pessoas..., não é um preconceito que nasce do nada, muitas vezes é um preconceito que de alguma forma é compreensível, mas você não pode ah então ta...; eu acho que não existe muito, você não vê muito nos meios de comunicação uma campanha em torno da desestigmatização, você vê de outras coisas, com relação a aleitamento materno, outras questões da política de saúde; com relação a saúde mental eu acho que se fala pouco na sociedade, se discute pouco; por exemplo, na universidade, até não sei se lá na saúde pública o pessoal da saúde mental tem feito mais coisa, até os alunos que vem fazer residência aqui, a primeira reação deles é: a gente está aqui e tem medo, nem eles foram preparados pra isso, então, você começa a avaliar que tem uma falta..., não se fala muito no assunto, acho que assim, não se fala no assunto na sociedade; assim como se faz grupos de mulheres lá nos postos de saúde pra tratar de questões de sexualidade, muitas vezes faz sala de espera pra tarar de questões..., não se faz uma sala de espera pra falar de saúde mental; então, eu acho que talvez assim, a gente pensar, bom! nós estamos nisso (na saúde mental) e nós nunca fomos fazer uma sala de espera no posto de saúde da Agrônômica pra falar de saúde mental, pra falar do CAPS, quem sabe a gente também precisasse fazer algumas coisas assim, começar uma divulgação maior; acho que pouca gente de fora do serviço, fora das pessoas que trabalham na saúde mental sabem da política do Ministério pra saúde mental, que existe uma política de criação residências terapêuticas; eu li relatos de pessoas no Rio (RJ) que tiveram muita dificuldade de alugar pra se fazer uma residência terapêutica, num prédio então, quando ficaram sabendo que eram pessoas que vinham de hospital psiquiátrico ninguém quis; então é muito difícil, e ao mesmo tempo tem experiências positivas, tem pessoas que estão na residência e diz que a vizinhança viu que eles não são bichos, que eles podem interagir, podem estabelecer laços de vizinhança, então, tem algumas experiências boas e algumas experiências que são difíceis (P, 17/3/2006).

No contexto do estudo foi perguntado aos profissionais entrevistados se a atual organização dos serviços de saúde mental favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais. Conforme pode ser observado nas falas relacionadas, as opiniões foram divergentes. Dois deles observaram sobre a necessidade da existência de diversas instituições e serviços articulados e integrados à proposta da rede de saúde mental para que seja possível favorecer a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental

Embora a estrutura se localize no município, pelo menos eu estou pensando em termos de utilização da rede; então, a gente tem no Brasil inteiro muita diversidade, tem cidades onde a rede está montada, foi instituída e funciona legal, não é o caso de Florianópolis, a gente tem dá pra dizer poucos serviços, são só três CAPS que deveriam estar regionalizados ou territorializados, mas não estão, e tem algumas equipes de saúde mental nas Regionais, nas sedes das regionais, então, eu vejo assim, tem uma rede a ser constituída, ela precisa criar os mecanismos pra que a pessoa possa usar isso como rede, isso em termos de atenção à saúde, quando eu falo em rede eu também não estou pensando só em serviço de saúde, estou pensando que há uma possibilidade de a gente ter uma rede que inclua outros serviços, que não sejam só os de saúde, só os especializados, que eu acho que é a nossa necessidade, você incluir outras instituições, outros programas, enfim, que tenham vinculação com a cultura, com o trabalho, com a arte, produção do conhecimento, com as universidades por exemplo, as universidades são um campo excelente, seriam um campo excelente pra gente poder trocar um monte de coisas, pelos programas de extensão que eles tem, pelos projetos comunitários etc., a gente podia estar fazendo parceria com as universidades, mas não conseguimos, não sai, não rola; [...] a saúde mental eu acho que é o melhor exemplo desse distanciamento porque é difícil encontrar uma universidade onde a Reforma Psiquiátrica esteja incluída, ou mesmo os temas da reabilitação psicossocial estejam incluídos nos currículos dos cursos de saúde, é raríssimo (F, 12/4/2006).

Então, essa rede montada de forma territorializada, principalmente, eu acho que esse aspecto da territorialização é fundamental, é chave pra conseguir a reinserção social, não só por facilitar o acesso do usuário, mas pelo fato de o serviço estar ali no seu território, isso é fundamental, além disso, o projeto de geração de renda, as vagas, os leitos psiquiátricos no hospital geral, é todo esse contexto que precisa ser implantado para de fato poder facilitar o trabalho de cada instituição dessas, seja do CAPS, seja do projeto de geração de renda, ou do próprio hospital geral, como um todo, assim, essa engrenagem funcionando bem aí sim vai ser mais rápida a reinserção social do usuário portador de transtorno mental (VIK, 24/3/2006).

A partir das colocações dos participantes da pesquisa, destaca-se a importância da rede de serviços na construção da cidadania das pessoas atendidas pelas políticas de ativação, as quais, segundo Fleury (2004), tem como objetivo a inclusão social de conjuntos populacionais definidos a partir da territorialidade. Tal proposta pretende tratar o território como um componente, tanto material como simbólico, da esfera pública. Neste sentido, a construção da cidadania passa, necessariamente, pela reconstrução das cidades e potencialização da rede de serviços na valorização das características objetivas e subjetivas da demanda local.

Na seqüência, um dos entrevistados enfatiza que a forma como são pensados e estão organizados os serviços de atenção não favorece a construção da cidadania dos usuários.

Não, não favorece, porque, primeiro, os serviços de saúde mental estão sendo construídos pra quê? Não tem muito claro ainda pra quê que se tem atenção básica em saúde mental hoje, pra quê se constrói centro de convivência, pra quê tem o CAPS? acho que o objetivo do serviço parece não estar muito claro, talvez eu esteja enganado; veja bem, a atenção básica é mais no sentido pra estar discutindo os seus conflitos, minimizando os “sintomas psiquiátricos”, e aí acaba não tendo um trabalho de reflexão sobre o contexto que a pessoa está inserida; [...] a questão da cidadania tem a haver..., quanto mais articulada for a pessoa, quanto mais ela se envolver com as lutas sociais, mais cidadania ela vai exercer, quanto mais clareza, mas crítica, mais conhecimento ela vai ter, ela vai desenvolver cidadania; então, a forma hoje como os serviços estão organizados, ela acaba não favorecendo essa questão da construção da cidadania porque ainda vem de uma lógica de modelo centrado no transtorno mental (GIRASSOL, 20/3/2006).

Uma outra profissional considerou ser difícil avaliar a questão pelo fato de a rede de serviços não estar implantada por completo, e por não ter avaliações sistemáticas dos resultados.

Olha, eu não sei se a gente já tem condições de fazer uma avaliação, a rede está meio que andando [...] assim, qualquer coisa que eu vá dizer é, assim, referente uma experiência ou outra, não sei se a gente tem condições de fazer uma avaliação enquanto rede; por exemplo, eu vi muitas experiência positivas em cidades como Campinas (SP) que eles já tem há mais tempo, por exemplo, residências terapêuticas, tem desde o começo dos anos 1990, tem muitas experiências boas de pessoas que conseguem transitar na vida, tem gente que está trabalhando; [...] eu acho que a gente precisa além de ter a política, de ter a carta de intenções, a gente precisa ter avaliações também, eu acho que uma questão dessa eu sinto que precisa ter uma forma mais sistemática de avaliar, qualquer coisa é uma coisa mais ou menos um olhar particular pra aqui pra ali, acho que no todo a gente não tem (avaliação sistemática), pelo menos eu não conheço ainda, pode ser que estão fazendo e eu não saiba ainda (P, 17/3/2006).

Já para duas das entrevistadas, a atual organização da rede de serviços na política de saúde mental favorece sim a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental.

Sim, eu acredito que sim, na teoria ela é muito importante e acho que trabalhando em todas as instâncias, se a gente for pensar naqueles mapinhas, os ambulatórios, os CAPS, hospitais dia, a escola, e os centros comunitários, os postos de saúde, todos capacitados; eu acredito que sim, a rede ela é bem estruturada e ela possibilita aos portadores de doença

mental, enfim, terem uma reinserção melhor e maior na sociedade, e também de entendimento do que ele tem, do que ele pode fazer, quais são os recursos que ele tem também pra lidar, dentro dessa rede (J, 22/3/2006).

Acho que sim, favorece, se tu me perguntasse se ela resolve, eu diria que não claro, ou até que ponto ela resolve, mas favorece sim, eu acho que tem um favorecimento relacionado a forma que as pessoas eram tratadas, acho que favorece muito mais (LÉLI, 4/4/2006).

É possível perceber nas falas relacionadas acima a preocupação com a efetiva implantação da rede de serviços em saúde. As redes, conforme proposto na política de saúde mental, possuem muitos centros, muitos nós que as compõem e as tornam complexas e resistentes. Estão embasadas na noção de território, como um sistema de relações e estruturas, muito mais que um simples espaço geográfico. O fundamental neste processo é que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento.

Neste sentido, torna-se de fundamental importância refletir sobre o exercício da cidadania no contexto das políticas públicas, cada vez mais segmentadas e focalizadas. Para Fleury (2004, p. 2), “as políticas atuais de inserção buscam reafirmar a natureza contratual do elo social em novas bases, com a revalorização do local e comunitário e a transformação do Estado em um animador e mobilizador de recursos societários. Reduzido a mantenedor da estabilidade de uma ordem econômica que produz a fragmentação e a exclusão social, o Estado, busca atuar de maneira compensatória e focalizada, atendendo aos grupos mais vulneráveis e/ou potencialmente ameaçadores da ordem social, por meio da convocatória da solidariedade lançada aos diferentes setores inseridos na ordem econômica. No entanto, a incapacidade de alterar as condições estruturais de produção da exclusão mostra os limites das políticas de ativação, cuja promessa de inserção social carece de expectativas de emancipação dos sujeitos e coletividades beneficiários”.

3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica

Os CAPS compõem o rol de serviços do modelo psicossocial de atenção em saúde mental proposto na e pela Reforma Psiquiátrica. Perguntamos aos entrevistados qual seria o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica e obtivemos como

resposta que este teria a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos ideais da própria Reforma.

Eu acho que a função imediata ela é servir como um ponto de articulação, porque a gente consegue criar um ambiente que é relativamente protegido e que dá ao usuário as condições de ele poder participar de outros circuitos; fundamentalmente é essa a função, de articulação; eu lembro de uma discussão que a gente fazia, em Brasília, uma vez, sobre essa importância excessiva que os CAPS acabaram adquirindo, como quase que o central do sistema hoje é o CAPS, mas ao mesmo tempo a necessidade de se ter um espaço como esse, principalmente, pra quem está vindo de uma internação prolongada ou pra quem sempre passou a vida dentro de um hospital psiquiátrico, se tem que ter um pólo, uma instância articuladora pra poder fazer a passagem, porque o cara não vai sair do hospital e retomar sua vida imediatamente, não vai, ele tem uma série de dificuldades que ele não consegue vencer, e o CAPS, nesse sentido, a função seria essa, de poder..., tem uma expressão que eu acho interessante que é: emprestar poder de contratualidade, ou seja, poder dá um certo aval de que esse sujeito pode participar novamente ou pode participar pela primeira vez dos circuitos sociais, pode fazer laços com outras pessoas, com outras entidade, outras instituições, esse é o aval que eu acho que um CAPS pode fornecer e essa é sua principal função (F, 12/4/2006).

É pensar o CAPS como um espaço em que o paciente vai estar usando e tendo apoio para os momentos de crise, e fora os momentos de crise, também, que não seja hospital, e aí, dentro da Reforma eu acho que o CAPS ele é fundamental, assim como os hospitais dia, é que aqui em Florianópolis a gente não tem hospital dia, mas eu acho que os moldes do CAPS (eles estão) é muito próximos, as vezes até é difícil dizer o que é um o que é outro; esse momento de transição do hospital para a sociedade, nesse momento o CAPS é algo muito importante, ele dá, é capaz de conter, dar uma continência pra o usuário, isso a gente percebe mesmo quando não tem nada, o paciente já está muito bem, eles voltam quando estão em crise, sem ter nada marcado, e só de estar aqui pra muitos já é confortante, então, a gente percebe que essa continência, esse acolhimento, e saber que ninguém vai vir aqui e amarrar e conter, porque acho que esse é o medo, de todo mundo, acho que isso já possibilita a procura, eu estou mal vou lá, vou buscar a ajuda do CAPS (J, 22/3/2006).

Eu diria que o CAPS seria o pensador da estruturação da rede de saúde mental, que via de regra o CAPS acaba sendo pra municípios de médio porte o primeiro serviço a ser instituído no território, no município, aí o CAPS acaba assumindo essa responsabilidade, a portaria fala bem disso, a 336, do que compete ao CAPS, e tem vários itens lá, entre eles organizar a rede de saúde mental no município, porém, acaba sobrecarregando os profissionais de saúde mental que atuam nesse CAPS; então, a importância do CAPS na operacionalização da Reforma, ele é importante enquanto um dispositivo crítico, ou seja, se o CAPS não ter a clareza do que seja a Reforma Psiquiátrica ele não vai

operacionalizar, ele só vai operacionalizar a Reforma Psiquiátrica quando ele entender que Reforma Psiquiátrica é o processo social complexo que se configura pelas quatro dimensões, enquanto ele não repensar, refletir a sua prática, o que ele está fazendo, o que não está fazendo, ter mais autocrítica, ele não vai conseguir operacionalizar a Reforma Psiquiátrica; ele tem importância porque tem vários atores, vários profissionais, é um time de pessoas, muito rico, envolvidas que estão no CAPS; agora, enquanto não ter claro o que é Reforma Psiquiátrica, esse processo, não vai conseguir fazer nada; ele é importante, mas se não tiver clareza de Reforma... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Na medida que o CAPS é a primeira, digamos, unidade, primeiro serviço que se propõem a substituir o hospital psiquiátrico já existe nisso por si só a sua importância; é substituição e não que a pessoa não possa ser internada, mas a idéia é que seja nos hospitais gerais, em algum leito nos hospitais gerais, então, bom, o CAPS é o primeiro ponto, é o primeiro lugar onde a pessoa vai passar o dia, onde vai ser tratado de outra forma o seu sofrimento, então, a importância dele está nisso, na importância política e clínica também (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que o CAPS, fundamentalmente, ele faz a clínica; se tem essa rede montada o CAPS faz a clínica, ele faz o atendimento psicossocial do usuário portador de transtorno mental, ele atende as questões mais subjetivas, e de fato toda esse mix de previdência social, a medicação, o atendimento psicológico, atendimento de enfermagem, mas se existe essa rede montada e aí vamos ter um projeto de geração de renda, aí ele vai fazer geração de renda, todas as Oficinas vão acontecer ali e não dentro do CAPS, o CAPS deveria estar na comunidade ele deveria estar territorializado (VIK, 24/3/2006).

Acho que todo mundo gostaria que ele pudesse ser um eixo desencadeador de todos esses ideais da Reforma Psiquiátrica, que a partir disso se experimentasse uma nova relação, que o paciente pudesse estar se soltando mais pra vida, pra construir seus projetos, seus ideais; acho que é muito importante poder retirar pessoas que estão enclausuradas há anos, criar esses mecanismos como residências, etc. pra pessoas que não vão resgatar os vínculos familiares, tem que procurar outras alternativas; acho que o CAPS ainda é uma instituição que é fundamental nessa política, ainda acho que ela pode fazer um papel importante; no dia-a-dia é um pouco mais difícil porque as vezes a gente não tem tantos mecanismos de avaliações, muitas coisas que também a gente vai capengando; quando você vê algumas experiências de pessoas que estão conseguindo dar conta da sua vida, saem, aí você vê que, bom! tem algumas coisas boas que estão acontecendo, o CAPS também está contribuindo; então, no meio dos prós e dos contras eu acho que os prós ainda são maiores, eu acho que é muito mais humano, muito mais um fator de justiça social você ter um espaço assim do que você ter uma pessoa enclausurada no hospital (P, 17/3/2006).

Neste sentido, conforme inscrito na Política Nacional de Saúde Mental, os CAPS devem assumir seu papel estratégico na articulação e no “tecimento” das redes de atenção em saúde mental. Tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da

rede de serviços, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, ONGs, empresas etc. (BRASIL, 2004, p. 12)

3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde

A proposta do progressivo deslocamento dos centros de cuidados em saúde mental para fora do hospital psiquiátrico, em direção à comunidade, colocada na e pela Reforma psiquiátrica tem nos CAPS o dispositivo estratégico desse movimento. Neste sentido, a rede básica de saúde torna-se o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os portadores de transtorno mental.

Essa rede é formada pelos centros ou unidades locais e/ou regionais de saúde, Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, que atuam na comunidade de sua área de abrangência. Os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, pois tem um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Por sua proximidade com as famílias e comunidades, as equipes de atenção básica são um recurso fundamental para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso de substâncias psicoativas e diversas formas de sofrimento psíquico. Neste sentido, é importante e necessária a integração e articulação dos CAPS com a atenção básica. Assumir esse compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção da saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo (BRASIL, 2004).

As atuais diretrizes da política de saúde mental do Ministério da Saúde orientam que, onde houver cobertura do PSF, deverá haver uma equipe de apoio matricial em saúde mental para no mínimo seis e no máximo nove equipes de PSF. E, que as ações de saúde mental na atenção básica devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2004).

No que se refere à relação existente entre o CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município e qual o tipo de relação existente, os dados coletados na

pesquisa indicam que: a maioria (91,7%) respondeu que sim, com ressalva de que é muito pouco, funciona de maneira precária e confusa, e que está num processo preliminar ainda. O profissional que respondeu não, observou que a rede está em processo de formação. Os profissionais cujas respostas foram positivas identificaram que a relação é de encaminhamentos, atendimentos em conjunto com as equipes de saúde mental das Regionais de Saúde, ajuda em atendimentos nas unidades locais de saúde, com os agentes comunitários de saúde, de referência, de acompanhamento, visitas domiciliares, encontro mensal dos trabalhadores de saúde mental da rede e encontro mensal dos psiquiatras da rede.

Sobre a relação do CAPS com as equipes de PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência alguns entrevistados observaram que a relação é pouca ou mínima, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda²³. Foram apontadas como justificativas o fato de o CAPS Ponta do Coral não estar territorializado, deste ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta do município, e a ausência de um planejamento e de estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente.

O CAPS como ele é único, então, ele é de toda a região; então, eu poderia até estar te respondendo que a gente tem um Posto aqui de cima do CAPS, que é o Posto da Agrônômica, ali tem o Programa de Saúde da Família implantado, com a presença dos residentes do Programa Saúde da Família e o contato que eu tenho, ele é meu, não existe nenhum outro programa ou vamos dizer convênio do CAPS com a Agrônômica, é meu aqui, assim como talvez seja da psicóloga em outro momento quando há essa partilha de paciente quando faz parte dos dois, então, eu só sei do que eu tenho, mas é muito pouco, eu tenho contato com alguns residentes que atendem alguns pacientes daqui, e eles precisam de algumas dicas ou, enfim, de se interar do que acontece, e eu também preciso saber como é que anda o acompanhamento deles lá, e aí entra em contato, as vezes vem aqui ou eu vou lá, mas são essas formas isoladas e depende daquele momento e da necessidade daquele usuário, não é algo que seja programado, que seja antecipado, institucionalizado, no sentido de firmar essas relações de uma forma.., não há; e, assim, o contato é com os residentes, não tem o contato com quem realmente vai ficar, porque os residentes passam depois de dois anos, eu também não tenho contato de quem é o médico, quem é o enfermeiro do Programa Saúde da Família, quem é o agente comunitário que vai na casa desses usuários, isso não tem, acho isso muito ruim, é muito falho, embora, volta pra aquela questão da equipe, que as coisas não são compartilhadas, você nunca sabe direito, é muito fragmentado, o que já foi feito, o que não está sendo feito; também não é delegado a função à ninguém de fazer, não há um planejamento pra isso (J, 22/3/2006).

²³ Em estudo sobre o CAPS de Palhoça/SC, Franco (2005) encontrou situação semelhante na relação do CAPS com o PSF e demais serviços de atenção básica municipais.

É mínima, é mínimo o contato, assim, as vezes, quando a gente necessita a gente vai atrás, tenta achar alguém que se interessa, que tenha alguma afinidade com a saúde mental, as vezes um agente de saúde que consegue se aproximar mais daquele usuário que mora lá e que resolve dá uma força, mas é assim, depende de uma série de coisas, da disponibilidade pessoal, da sorte de encontrar alguém etc., quer dizer é falta mesmo da articulação em rede, porque se a gente tivesse essa articulação o PSF automaticamente já seria acionado, e a gente não tem isso; claro, quando a gente precisa a gente até encontra uma boa resposta das equipes do PSF, mas pode não encontrar, tem um risco[...] não, isso não existe (articulação institucional CAPS – PSF), isso tem que ser construído, tem que ser proposto (F, 12/4/2006).

A relação que o CAPS tem é principalmente pra acompanhamento, a relação é essa, relação de acompanhamento, as vezes precisa realizar alguma busca ativa e não temos a possibilidade no momento, então, tem essa relação, a relação que a gente tem é mais no sentido de acompanhamento do próprio usuário; o que seria ideal, seria um pouco mais de estreitamento, discutir junto com o Programa de Saúde da Família alguns casos, nós irmos aonde os agentes comunitários estão, discutir algumas situações e isso não tem acontecido ainda; com essa lógica aí das regionalizações tem essa possibilidade; então, hoje existe uma relação, só que uma relação muito esporádica de situações isoladas e que precisa ser superada; o maior problema que existe é devido ao CAPS não ser territorializado, o CAPS II Ponta do Coral ele tem que atender uma demanda muito grande, basta ver o IBGE hoje, tem 400 e poucas mil pessoas em Florianópolis, então, é um CAPS II pra atender toda a demanda adulta do município, talvez o ideal seria um CAPS I em cada região, nas cinco regionais, e transformar esse CAPS num CAPS III no caso, e aí repensar depois toda a rede; então, a relação, ela se compromete com o Programa Saúde da Família devido a não territorialização do CAPS Ponta do Coral, a relação que existe é a relação de acompanhamentos isolados (GIRASSOL, 20/3/2006).

É uma relação ainda muito inicial ainda, um pouco precária; com os agentes comunitários a gente tem mais proximidade, no momento da visita domiciliar e no momento de fazer o resgate dos usuários que abandonaram, por algum motivo, o atendimento, mas acho que a relação poderia ser melhorada se o CAPS fosse territorializado, como a gente está aqui, é no centro pra todo o município, fica muito difícil, então, a nossa relação é muito mais com as referências regionais de saúde mental da atenção básica do que com as próprias equipes de PSF das unidades locais de saúde (VIK, 24/3/2006).

É isso que eu falei, essa perspectiva da regionalização que começou aqui visava uma maior articulação com a rede; eu acho que isso é um projeto que está ainda meio que na sua infância, ele está começando e, assim, o que eu te falei, a gente precisa sair mais daqui, no Norte (Regional Norte) a gente vai tentar essa experiência agora (realizar as reuniões da regional nos postos de saúde) de contato e incluir, por exemplo, os agentes comunitários nos processos de reunião com os pacientes daqui, tentar ver se eles podem estar acompanhando o paciente lá; tem uma paciente que está aqui que a gente esteve lá no Posto do Saco Grande pedindo pra equipe assumir alguns cuidados com essa paciente, eles se

dispuseram, mas assim, por enquanto ta muito mais alguma iniciativa aqui, ali, do que um processo mais amplo, não sei assim como isso vai caminhar com a história de já ter, por exemplo, profissionais regionalizados, isso também vai poder ser incrementado, esse é um desejo que eu tenho (P, 17/3/2006).

É muito pequena, muito, muito, muito, muito; eu não sei nem te dizer, em uma escala de um a dez acho que fica em dois, está muito pequena, está muito além do que poderia ser, eu acho que talvez com a implantação agora dos serviços na rede, nós temos em cada Regional um psiquiatra, dois psicólogos, uma média assim, está existindo mais aproximação, mas do CAPS não, muito pouco, muito pouco. [...] quando tu pergunta, hoje, qual é a relação do CAPS? eu não posso te mentir, pra mim é quase zero (LÉLI, 4/4/2006).

Buscando explorar as informações sobre a relação do CAPS com a rede municipal de serviços de saúde, perguntamos aos profissionais se o serviço realiza algum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. A maioria deles (75%) respondeu que não, dois referiram não saber responder e um respondeu que sim. Dentre os que responderam que não, um justificou que o CAPS não tem estrutura para atender mais esta demanda. Dois dos profissionais entrevistados disseram estar pensando neste tipo de trabalho. Um deles falou sobre a existência de um projeto, conforme relatado na fala que segue.

[...] a gente tem um projeto aqui que é de formação de acompanhantes terapêuticos, e no ano passado a gente formalizou esse projeto e mandamos pro Ministério da Saúde, ele foi aprovado e até hoje estamos esperando a liberação de dinheiro, mas enfim, o projeto foi aprovado, e a idéia era justamente transformar o agente comunitário de saúde num acompanhante terapêutico, e aí a gente faria a formação, uma capacitação, um curso de capacitação aqui, e depois faria o segmento com supervisões regulares, é uma forma de dar formação em saúde mental pra atenção básica e manter essa que é uma função do CAPS de dar supervisão e a formação mesmo pra esse nível da atenção; [...] a gente está esperando o dinheiro do Ministério da Saúde, ta lá pendurado, a gente olha o nome do projeto na internet, está lá, mas não tem nem empenho ainda, significa que não tem dinheiro destinado (F, 12/4/2006).

Para que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas na atenção básica é fundamental a capacitação destas equipes. A orientação é que as equipes de saúde mental de apoio á atenção básica incorporem ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. Conforme aparece na fala do profissional, são previstos recursos para o financiamento deste tipo de ações, embora, muitas vezes, a dependência de orçamento, a morosidade burocrática e/ou

ausência de decisão política, que justificam a longa demora, acabam por desestimular, dificultar, inviabilizar as iniciativas dos profissionais.

Repetidamente, temos ressaltado neste trabalho que os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico para a organização da rede de atenção em saúde mental, conforme é indicado nas diretrizes políticas da Reforma Psiquiátrica. Nesta direção, questionamos os técnicos da equipe do CAPS Ponta do Coral sobre qual o lugar que o serviço ocupa na rede municipal de atenção em saúde, em Florianópolis. As falas transcritas na seqüência destacam o fato deste não estar territorializado e, portanto, não se constituir no serviço regulador da porta de entrada para o atendimento em saúde mental. As equipes de saúde mental nas referências das Regionais de Saúde é que, atualmente, constituem-se no serviço primeiro de atenção em saúde mental. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhados pessoas com transtorno mental grave.

Seria esse serviço que articula, que regulamenta; não necessariamente ele é uma porta aberta que entra qualquer um; eu acho que ele pode até ser a articulação e a regulação, pode ser feita até capacitações nas equipes locais de unidades básicas, que a partir daí você vai poder em um caso de uma ansiedade ou uma briga com o namorado, “eu tomei 4 aspirinas”, não vai chegar aqui no CAPS; vai chegar aqui no CAPS realmente aquilo que for um caso mais grave, e só há possibilidade de isso acontecer a partir do momento em que as unidades locais estejam todas capacitadas e entendendo, até porque assim diminui o trânsito desse paciente; vamos supor: ele sai de uma cidade, vem pra Florianópolis, daí diz: onde é que eu vou num psiquiatra? Ah! vai lá no CAPS, aí alguém fala: mas tem que passar no clínico antes, aí passa no clínico, aí o clínico encaminha pro psiquiatra, daí ele não sabe onde vai procurar o psiquiátrica - vem pro CAPS, não vem pro CAPS, aí vem pro CAPS, mas é que na verdade ele toma fluoxetina há 2 anos, está em tratamento de manutenção porque ele tem um quadro de depressão recorrente, não é caso CAPS, então, isso já poderia ter sido triado lá no começo, o paciente já poderia estar tendo as consultas desde o início, todas acertadas, sem precisar ficar correndo de um lado pro outro [...]; então, eu acho que ele tem esse papel, tem essa função de regular, de saber o que está acontecendo no hospital, na Colônia, e ter esse contato, uma ligação sempre com a Colônia, e com os Postos de saúde [...]. (hoje, o CAPS faz isso?) algumas coisas, bem isoladas, de novo, é meio como um apaga fogueira; por exemplo, hoje, a gente foi fazer uma visita domiciliar lá no Saco Grande (bairro de Florianópolis) porque o paciente estava em tratamento psiquiátrico particular e parou de tomar o remédio, e aí a gente foi lá, só que o paciente não queria falar com a gente, mas, assim, eu chego lá, converso com a equipe que está lá naquele local e muitas vezes é só a psicóloga; também tem um certo descaso, no sentido de que ah! agora eu não posso falar, porque não percebe que conversando sobre aquele caso vai possibilitar que isso seja ampliado pra outros casos, pensam-se saídas semelhantes pra outro momentos, mas, assim, acaba virando um apaga fogo, e toda hora você tem que ir

apagar um fogo; então, existe um pouco, mas não de uma forma bem usada (J, 22/3/2006).

É atenção secundária como se diz; ele regula e não regula; [...] tudo vai passar muito pela clareza que os profissionais que estão na saúde mental tem em relação a própria epistemologia, tem em relação a própria política, tem em relação a própria noção de SUS, a própria noção de controle social, a própria noção dos princípios do SUS; então, tudo vai passar por isso, porque que eu estou dizendo isso, o CAPS é uma atenção secundária como a gente chama, eu acho ainda que o atendimento mais complexo, o atendimento terciário, deveria ser no território, acho que centrar as forças no território [...]; então, [...] a atenção básica é onde deveria regular isso, a regulação dessa entrada nesse sistema de saúde mental, nessa rede de saúde mental ela teria que ser prioritariamente atenção primária em saúde; então, as vezes, por necessidades especiais, por situações específicas, a pessoa acaba vindo direto pra cá, direto pro CAPS e aqui a gente atende, e, as vezes, essa pessoa não é indicada pra estar no CAPS, aí volta pra atenção básica, então, tem essa dificuldade, ou seja, o lugar que o CAPS ocupa na rede municipal de atenção em saúde é uma atenção secundária à pessoa com transtorno mental grave, já avaliada pela atenção primária em saúde, aquela pessoa que corre risco de suicídio, que acaba prejudicando a vida de outras pessoas, que está muito mal, nesse sentido (GIRASSOL, 20/3/2006).

Regulador da porta de entrada: não; como não é territorializado, a gente tem esse problema de ser serviço de referência pra onde vem os pacientes já encaminhados, ele passou pela porta de entrada do sistema lá no Posto, ele vem encaminhado pra cá ou através dos hospitais psiquiátricos, que é também uma outra forma de encaminhamento, mas a gente não faz a regulação da entrada; hoje, também, como tem equipes mínimas de saúde mental nas regionais, elas também funcionam muito mais como a reguladora do que nós; a porta de entrada é pelas equipes de saúde mental das regionais (F, 12/4/2006).

Eu acho que são várias coisas, por ser o único CAPS, pela rede não estar estruturada ainda, e pelas pessoas não conhecerem o serviço da rede, existe uma mistura, assim, o que é pra ir lá pro psiquiatra do Sul (regional de saúde), o que é pra vir pro CAPS; qual é o papel do CAPS, é a não internação, mas não tem CAPS III, então, a noite o cara não tem pra onde ir, na verdade, o CAPS ele é um espaço que regula a entrada do usuário sim, num primeiro momento sim, porque todos os que foram para a atenção básica muitos foram daqui, muito mais que a procura de fora daqui, primeiro eles vem pra cá, depois eles vão pra lá, agora o processo até está sendo inverso, já estão procurando a atenção básica porque eles já estão conhecendo, mas antes era daqui pra atenção básica, e é o único espaço, programa que acolhe o usuário psicótico, com transtornos mentais graves, porque a rede básica, ela não atende, se o cara tem um surto psicótico, está com qualquer surto, que está mal, ou ele tem um embotamento, ele não fala, está na família há anos, está lá segregado, está lá no quatinho dos fundos, não é caso de atenção básica é caso CAPS, então, ele é o único serviço de Florianópolis que se propõem a atender o usuário, o portador de sofrimento psíquico fora de hospital (LÉLI, 4/4/2006).

Ele é o primeiro serviço de saúde mental do município, primeiro serviço estruturado, credenciado no Ministério da Saúde, eu penso que ele tem um papel importante, ele serve como uma referência de atendimento em saúde mental a usuários portadores de transtornos mentais; dentro da rede, hoje, a gente tem as referências regionais de atenção em saúde mental na atenção básica, nas ULS, que são as unidades locais de saúde, então o CAPS serve como referência de atendimento a usuários com transtornos mentais graves do município de Florianópolis, é pra isso, essa é a função (VIK, 24/3/2006).

Pelas falas dos profissionais evidencia-se que Florianópolis não tem uma política municipal de saúde mental estruturada. A rede de serviços está em processo de formação e implementação. As ações ainda são muito isoladas e fragmentadas, sem uma direção comum. É notório que um único CAPS para atender a totalidade da demanda adulta do município é insuficiente. As possibilidades de atuação do serviço na prevenção e promoção da saúde mental, na capacitação e supervisão das equipes de atenção básica ficam, assim, prejudicadas e/ou inviabilizadas.

No processo de operacionalização da Reforma Psiquiátrica, conforme as orientações da Política Nacional de Saúde Mental e as propostas aprovadas na III CNSM, é necessário que os gestores estaduais e municipais estabeleçam mecanismos efetivos para o controle das internações psiquiátricas. De acordo com a Portaria GM/MS n ° 336/02, os CAPS devem possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou modulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local (BRASIL, 2002a). Com base nisto, perguntamos aos entrevistados se o CAPS tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Eles referiram que não, contudo, divergiram sobre como o serviço fica sabendo quando ocorre internação de seus usuários.

Não tem. A gente fica sabendo quando a família comunica ou quando é usuário de atenção intensiva, ou ele fez uma crise ou ele desapareceu do serviço, aí pela falta mesmo, pela ausência que ele provoca a gente vai atrás e fica sabendo que ele foi internado, mas a gente não tem instrumentos de controle sobre isso; a gente faz, no momento da internação, a gente procura manter pelo menos uma visita da equipe da Regional pra não perder o vínculo etc., mas nada formalizado, assim, no momento que aparece, que a gente fica sabendo; geralmente, a gente sabe, hoje é relativamente fácil, não acontece daquilo... fulano desapareceu e de repente aparece ele dois meses depois aqui novamente..., sai da internação ontem e tal, isso não acontece mais, geralmente a gente consegue ficar sabendo (F, 12/4/2006).

Não. Na realidade a família leva pra internar e pronto, as vezes comunica, as vezes a gente fica sabendo quando a gente vai fazer uma visita lá, muitas vezes a gente nem sabe que o paciente ficou internado, a não ser quando a gente liga, e aí o que está acontecendo, não está vindo, mas ele foi internado; então, não há esse controle e também quando é internado lá, dificilmente, alguém entra em contato, nunca vi, entra em contato olha fulano de tal está internado aqui com a gente, não tem essa comunicação (J, 22/3/2006).

Em relação ao controle das internações psiquiátricas, oficial e formal, nós não temos; estou falando enquanto profissional que atende uma determinada regional de saúde, isso nós não temos; o que poderia ser feito: um maior estreitamento com o “manicômio”, com o IPQ ou o São José (hospitais psiquiátricos), que quando internasse pessoas lá teria esse contato aqui, pra gente já ir conversando, já acompanhando juntamente com a equipe do hospital psiquiátrico essa pessoa, porque final de semana ou depois das 18 horas o serviço não atende, as vezes as pessoas entram em crise e a gente não tem como acompanhar isso, não tem como saber; o acompanhamento que tem é, as vezes, os familiares nos avisam que a pessoa está internada, quando a gente acompanha essa pessoa e fica sabendo que ela acabou internando; então, não tem uma política mais estreita de acompanhamento de internação psiquiátrica, isso não tem. (GIRASSOL, 20/3/2006).

Da área de abrangência seria toda a cidade, isso não, mas dos usuários aqui sim, atendidos aqui sim; [...] geralmente, assim, quando o usuário está iniciando um surto a gente tenta fazer o atendimento pra prevenir a internação, pra evitar de fato a internação psiquiátrica, só que nós estamos aqui até as 6 horas da tarde e não estamos final de semana, então, a gente não está nem a noite nem final de semana, e aí acontece de a família internar, isso acontece pouco, muito pouco, e quando acontece a gente faz o atendimento no próprio hospital, a gente vai até lá faz o atendimento, mas é pouco assim, agora da cidade como o todo a gente não tem (VIK, 24/3/2006).

O controle ele tem pelo prontuário, não poderia te dizer que tem um controle do ponto vista de uma escala, ah anualmente quanto a gente tinha e quantos foram internados, [...] o usuário se ele foi internado a gente não soube, se está internado, aí ele aparece aqui depois da internação, um mês ou dois meses, a gente tem escrito no prontuário, esse é digamos o que a gente fica sabendo (LÉLI, 4/4/2006).

Não, eu digo por nós, eu acho que, as vezes, a gente... ah o paciente foi internado, como acontece de a gente saber, e as vezes a gente vai lá fazer uma visita, as vezes tem a questão do carro (o CAPS tem um carro a disposição somente um dia por semana), e a gente fica...; sempre que acontece e tal, as vezes, a gente nem fica sabendo, quando vê o paciente já está de volta, as vezes acontece essa situação; eu fui tentar fazer um pequeno levantamento pra fazer essa avaliação e percebi que a gente não tem registro de quantos dias o paciente ficou internado, se ele ficou internado quantas vezes durante o tempo que está em tratamento aqui, falta um registro melhor e um acompanhamento melhor dos técnicos; (como ficam sabendo da internação) as vezes o paciente volta já depois, as vezes a família liga avisando, [...] o hospital não me lembro se eles ligaram, só se precisar de alguma coisa, em geral, eles não ligam; então,

assim, o paciente saiu aí eles trazem de novo aquele encaminhamento, ou ele vem pra cá porque, normalmente, ele já estava aqui, mas assim, a gente tenta ao máximo que ele não precise ser internado, essa política existe, segurar a crise (P, 17/3/2006).

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que a internação e a reinternação psiquiátrica deverão ocorrer após avaliação da equipe técnica de saúde mental dos serviços substitutivos, devendo ser estabelecidas formas de controle único para a emissão de AIH, assegurando que todas as internações necessárias sejam autorizadas pelo serviço público, preferencialmente de base territorial (BRASIL, 2002a).

Conforme pode ser observado nas falas dos participantes da pesquisa, a insuficiência do CAPS em exercer o controle das internações referente a sua clientela e a demanda no município refere-se ao fato de o serviço não estar territorializado, sendo inviável cumprir com tal exigência no âmbito da totalidade de uma população de aproximadamente quatrocentos mil habitantes, distribuídos numa área geográfica de 436,5 Km². Com a implantação das equipes de saúde mental nas Regionais de Saúde, estas passam a ser as responsáveis pela regulação da porta de entrada no sistema de atendimento. O CAPS II Ponta do Coral passa a ser a referência para onde são encaminhadas pessoas com transtornos mentais graves, egressos de hospitais psiquiátricos, internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). A falta de controle das internações psiquiátricas é uma realidade também de outros centros de atenção psicossocial, conforme verificado por Franco (2005), em seu estudo sobre o CAPS do município vizinho de Palhoça/SC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha deste tema de pesquisa está relacionada à minha trajetória de estudos no Curso de Graduação em Serviço Social e à minha inserção como pesquisadora no Núcleo de Estudos e Pesquisas Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas (NESPP) do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. A esta trajetória soma-se a experiência de Estágio Curricular em Serviço Social, realizada no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis, em 2003, da qual resultou o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Programa Alta Progressiva: uma contribuição para o processo de reabilitação psicossocial no HCTP de Florianópolis”. Com o referido Estágio foi possível vivenciar o contato direto com a realidade de algumas instituições como hospitais psiquiátricos e centros de atenção psicossocial da rede municipal e estadual de serviços de atenção em saúde mental, fato este que estimulou a busca de novos conhecimentos e o desejo de atuação profissional na área. A continuidade dos estudos foi possibilitada por meio da entrada como mestranda no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da mesma universidade. Sendo assim, o trabalho que apresentado nesta dissertação tem estreita relação com meu percurso profissional e meu desejo pessoal.

Conforme destacamos no decorrer do estudo, a reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

A implantação de uma nova política de atenção, com as implicações socioculturais da proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira passa pela necessidade de articulação intersetorial e por ações que contribuam para alterar as representações sociais sobre a loucura e os direitos dos portadores de transtornos mentais. A transformação do modelo assistencial e de um conceito teórico em diretrizes operacionais é um processo complexo e depende de vários fatores para que se mantenha a direcionalidade pretendida pelos diferentes atores sociais, participantes do jogo social.

Especificamente, no caso do CAPS estudado, as dificuldades de concretização dessa nova lógica de atenção em saúde mental perpassam e se inter-relacionam nos diferentes eixos que compuseram a presente pesquisa.

No que se refere a estrutura física, os profissionais indicam que o CAPS conta com espaço e equipamentos adequados às necessidades do serviço. Entre os anos de 2003 a 2004, o CAPS passou por uma reforma em suas instalações, ficando estas, adequadas aos objetivos da unidade. As condições poderiam ser melhores se as oficinas produtivas fossem realizadas em outro local, pois além de favorecer a utilização do espaço hoje ocupado para outras atividades, possibilitaria a inserção dos usuários em outro ambiente, favorecendo-lhes sua sociabilidade.

Em relação aos materiais de consumo, os problemas vão desde a ausência total de objetos e utilidades básicas à manutenção do serviço até o recorrente atraso no repasse dos materiais necessários às oficinas terapêuticas e de produtividade. As oficinas ficam prejudicadas e até mesmo paralisadas por conta das faltas de recursos e dificuldades de gestão adequada do serviço. Esta situação coloca em prejuízo o projeto terapêutico de tratamento dos usuários e a eficácia e efetividade dos propósitos da nova política de atenção em saúde mental.

No campo da gestão do CAPS, apesar da histórica escassez de recursos destinados à saúde, foram evidenciadas situações problemáticas, principalmente no processo de descentralização político-administrativa, que poderiam ser melhoradas a partir dos recursos existentes. De acordo com os resultados da pesquisa, 50% do grupo de técnicos afirmam que existe planejamento e avaliação das ações. Alguns deles observam estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação, objetiva e sistemática, dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declaram não existir processo de planejamento e avaliação das ações, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

Sobre este aspecto, cabe destacar que as técnicas disponíveis na área de planejamento e avaliação de serviços de saúde têm mostrado bons resultados quando aliadas à vontade política de mudar a situação. Apesar dos dados demonstrarem uma divisão entre os técnicos no que se refere a afirmação sobre a existência de planejamento e avaliação, destacamos que as poucas ações que acontecem giram em torno das atividades que são e aquelas que poderão ser realizadas, e na discussão sobre as dificuldades cotidianas do trabalho na unidade. As avaliações são informais, realizadas na reunião

mensal da equipe técnica e nas reuniões clínicas semanais, sendo notório a ausência de um processo de planejamento estratégico, sistemático e contínuo do projeto terapêutico do CAPS, bem como, de avaliação de indicadores.

Com relação aos recursos financeiros, os resultados da pesquisa apontam para o que já vem sendo denunciado por autores como Amarante (2003; 2005): o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. O pagamento pelo sistema de procedimentos realizados, por meio das APACs, condiciona a existência de recursos à produtividade do serviço. Quando os CAPS não estão articulados com outras políticas sociais necessárias à sobrevivência do usuário e a adesão dele ao projeto de vida que o serviço deve-lhe oferecer, a tendência é fracassar.

Para que a pessoa possa freqüentar o CAPS ela precisa de condições materiais e psicossociais básicas, como moradia, transporte, alimentação, auto-estima, estímulo, desejo, etc.. Quando o usuário não desfruta de tais condições as chances dele se vincular ao projeto terapêutico são menores e, conseqüentemente, sem a participação ativa dos usuários o CAPS não terá produtividade. Ainda, nem todas as ações realizadas no CAPS constam na tabela de procedimentos pagos pelo atual sistema do SUS, dificultando as atividades de ressocialização que envolvem trabalhos na comunidade e na sociedade.

Os profissionais afirmam que os usuários participam do planejamento das atividades do CAPS. Referem que isso acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Neste caso, foi possível perceber que a participação dos usuários em geral diz respeito mais a questões cotidianas do funcionamento do serviço. A associação participa diretamente da comercialização dos produtos confeccionados nas oficinas e na realização de alguns convênios com entidades da área da cultura, lazer, ensino, etc. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada, que abarque as especificidades da área da saúde mental e envolva os usuários, os familiares e os técnicos como sujeitos partícipes do processo de gestão do serviço.

No eixo recursos humanos e projeto terapêutico existem contradições explícitas e implícitas que perpassam o discurso e as práticas dos técnicos que prestam assistência aos usuários do serviço. Eles reconhecem e destacam a relevância do trabalho em equipe, argumentam que este traz a possibilidade de trocas entre as várias áreas do conhecimento e a conseqüente oferta de um atendimento multidimensional. Contudo, relatam dificuldades

na realização deste trabalho, devido a uma suposta diferença de formação profissional e de concepção, com relação ao que sejam os objetivos do CAPS e da Reforma Psiquiátrica. Indicam existir interdisciplinaridade no atendimento ao usuário, no entanto, percebeu-se que a concepção de interdisciplinaridade aparece muito mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade, estando ainda distante dos ideais da intertransdisciplinaridade.

Sendo assim, cabe destacar que sem a devida clareza e consciência do que exatamente deve mudar corre-se o risco de que, fundamentalmente, se modifiquem os espaços de realização do tratamento, transferindo-se e conservando-se as práticas de exclusão e discriminação. É preciso se ter em conta que toda dimensão técnica tem também uma dimensão política. Dessa forma, faz-se necessário questionar-se sobre o que se pretende com o “fazer” nos novos serviços de atenção à saúde mental e que valores estão presentes nas ações executadas. O usuário precisa ser percebido como sujeito do processo saúde-enfermidade, e não como objeto e instrumento do exercício das relações de poder disciplinar.

Com relação ao eixo participação do usuário e da família no tratamento, os participantes da pesquisa identificam dificuldades em realizar o atendimento familiar no CAPS. Os profissionais relacionam como justificativas, a falta de técnicos qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades da equipe. Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que seja o transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, também foram relatados pelos entrevistados. Entre os obstáculos para a (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e o estigma da loucura ainda presentes no imaginário social das pessoas.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacam o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário. Neste aspecto queremos destacar a necessidade de se reconhecer, no processo de implantação da Reforma e da política de saúde mental, um projeto ético-político social, capaz de reavaliar, substancialmente, o conceito tradicional de

“doença/saúde mental” e, conseqüentemente, a forma de como lidar as diferenças em sociedade.

No eixo (re)inserção social procuramos identificar se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas à desinstitucionalização e à reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referem que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras. A maioria deles afirma que não existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer.

Tais dados nos remetem ao questionamento sobre como a Reforma Psiquiátrica, em sua aplicação prática, apresenta certa inércia política. Existe uma lacuna entre o referencial teórico do novo modelo de atenção e as práticas que se efetivam no cotidiano dos serviços. Com isso, queremos chamar a atenção para a necessidade urgente de se construírem ações de atenção que favoreçam o conhecimento de si, reforcem a autonomia, o cuidado de si e a emancipação do sofredor psíquico.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referem que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental. A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos profissionais como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista político-jurídica dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico. Na visão dos participantes da pesquisa, o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica relaciona-se a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos pressupostos da própria Reforma. Não obstante, destacamos aqui a necessidade de se refletir sobre o descompasso entre a vitória no campo jurídico, o novo discurso da Reforma Psiquiátrica e um fazer prático que parecem ainda negar a emancipação do portador de transtorno mental.

No eixo integração do CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município, os dados coletados na pesquisa indicam que a relação existente é pouca, funciona de maneira precária e confusa, e que ainda está num processo preliminar. A articulação com as equipes de PSF e PACS também é insuficiente, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda. A unidade não realiza nenhum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. Apenas dois profissionais referiram estar pensando neste tipo de trabalho.

Foram apontadas como justificativas para esta situação o fato do CAPS não estar territorializado, de ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta de todo o município, e a ausência de um planejamento e estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhadas pessoas com transtorno mental grave. E, segundo os entrevistados, não tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Neste aspecto, vê-se a urgência na redefinição da abordagem em saúde mental, fazendo-se necessário a construção de estratégias de atenção integral, dentro dos princípios do SUS, que envolvam o portador de transtorno mental como cidadão, a família, o Estado e a sociedade.

De acordo com os profissionais existem diferenças no atendimento prestado no e pelo CAPS em relação aos hospitais psiquiátricos. Eles se referem às diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência do discurso médico psiquiátrico do hospital, e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e as necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial, em contraposição ao tratamento igual para todos das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Por fim, os dados coletados na presente pesquisa indicam que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes, prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a relação eficácia/efetividade dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Concluimos, com este estudo, que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é ainda um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológica, técnico-assistencial, político-jurídico e sócio-cultural.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____, P. (coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995a.

_____, P.. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. vol.11, no.3, jul./set. 1995b, p.491-494. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 14/09/2005.

_____, P. A (clínica) e a Reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. pp. 45-65.

_____, P. **A epistemologia e a Clínica da Reforma**. Conferência proferida no IV Encontro Catarinense de Saúde Mental. Florianópolis, 30 de junho a 2 de julho de 2005. (anotações manuscritas).

BASAGLIA F. (coord.) **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 3ª ed. Tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002a, 213 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em Saúde Mental 1990-2002**. 3ª ed. revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAPS II PONTA DO CORAL. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. **Projeto Terapêutico**. Florianópolis, 2004.

CORREIA, M. V.C..Que controle social na política de Assistência Social? **Revista Serviço Social & Sociedade**. N. 72. São Paulo: Cortez, nov. 2002, pp. 119-144.

COSTA, R. C. R. da.. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia e Política** Nº 18: 49-71 JUN. 2002

COSTA –ROSA, A. da; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. p. 13-44.

COSTA-ROSA, A. da.. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asialr. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. p. 141-168.

CHIZZOTTI, A.. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R.. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

DESVIAT, M.. **A Reforma Psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental**. In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

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

FLEURY, S.. **Espaço, território e cidadania**: a cidade dos cidadãos. Trabalho apresentado no VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra (16,17,18 de setembro), 2004. Disponível em: <www.ces.uc.pt/LAB2004>. Acessado em 20 de fevereiro de 2006.

_____, S.. (org.). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989.

FREIRE, F. H. M. de A.; UGÁ, M.A.D.; AMARANTE, P. Os centros de atenção psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

FRANCO, S. de O.. **Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de caso**. 2005. 110f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Florianópolis, 2005. 110f.

FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial**. Percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004.

GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E.. **A pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, R.. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M.. **Microfísica do poder**. Trad. de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graaal, 1979.

MINAYO, M. C. de S.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC; ABRASCO, 1994.

MIOTO, R.C.T.. Família e saúde mental: contribuições para reflexão sobre os processos familiares. **Revista Katalysis**. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico. Departamento de Serviço Social. N.2 Florianópolis: Editora da UFSC, 1998.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental: em busca da articulação e qualificação das ações em saúde**. Monografia

(Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Latu Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

OLIVEIRA, W. F.; DORNELES, P.. Patrimônio e ambiente da loucura: a formação do profissional de saúde mental e o dialogo com a vida da cidade. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

PITTTA A.. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje. In: PITTA. A.(org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral**: desvelando sua significação. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

_____. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

ROSA, L.C.dos S.. Os saberes construídos sobre a família na área da saúde mental. **Revista Serviço Social & Sociedade**. N° 71. Ano XXIII. São Paulo: Cortez, set de 2002, pp. 138-164.

_____. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, F., et. al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SANTOS, W.G.. **Cidadania e Justiça**. Rio de Janeiro: Editora Campos, 1979.

SARACENO, B.. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SOUZA, W. da S.. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. jul./ago. 2001, vol.17, no.4

p.933-939. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 19/10/2005.

SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Teses em Enfermagem, 42).

STUANI, D.. **Projeto de Estágio**. (Projeto de Estágio Curricular apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina). Florianópolis, 2005. texto digit.

TENÓRIO, F. G. (org.). **Gestão de ONGs**: principais funções gerenciais. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

TORRE, E.H. G; AMARANTE, P.. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. [online]. 2001, vol.6, no.1 [citado 05 Dezembro 2005], p.73-85. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br> >. ISSN 1413-8123.

TRIVIÑOS, A.N. S.. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. (org.). **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000a.

_____, E. M. Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000b. p. 169-194.

VIEIRA, L. **Cidadania e globalização**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Formulário a ser aplicado a todos os profissionais da equipe do CAPS.

Identificação

Nome:

Apelido:

Formação:

Ano:

Capacitação específica na área: Sim Não

Nível: residência especialização mestrado doutorado

Tempo de serviço na instituição:

Tipo de vínculo empregatício: Servidor público concursado contrato temporário

Outro. Especifique _____

Regime de trabalho: _____ (horas semanais)

Tempo de atuação na área:

Experiência de atuação profissional em outra instituição: Sim Não

Qual:

Tempo:

Principais perguntas

- 1) A área física do Caps é suficiente para o atendimento da demanda? Sim Não
- 2) As instalações são adequadas para a realização das atividades propostas? Sim Não
- 3) Os equipamentos disponíveis são suficientes? Sim Não
- 4) Estão em bom estado de utilização? Sim Não
- 5) Os materiais disponíveis são suficientes? Sim Não
- 6) Existem dificuldades na realização das atividades do Caps Sim Não. Em caso de resposta afirmativa, especifique as cinco principais? _____

- 7) O trabalho é realizado em equipe? () Sim () Não.
- 8) Existe algum tipo de supervisão de equipe ou outro recurso para acompanhar e discutir as questões do trabalho em equipe? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual?

- 9) Participa ou já participou de capacitação específica para atuar no Caps? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual? _____
- 10) Durante o tempo em que está trabalhando na instituição houve algum treinamento ou capacitação? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quando? _____(ano). De quantas horas? _____. Organizado por quem? _____
- 11) Na sua opinião, existe interdisciplinaridade no trabalho no Caps? () Sim () Não
- 12) Você conhece a política de saúde mental? () Sim () Não.
- 13) No Caps, existe disponibilidade de material didático e documentos sobre a política de saúde mental? () Sim () Não.
- 14) Existe planejamento e avaliação das ações do Caps? () Sim () Não
- 15) Existe projeto terapêutico de trabalho da instituição? () Sim () Não. Em caso afirmativo, foi planejado em equipe? () Sim () Não.
- 16) O serviço adota projeto terapêutico individualizado? () Sim () Não.
- 17) O usuário participa do planejamento do seu tratamento? () Sim () Não.
- 18) Existe atendimento familiar? () Sim () Não.
- 19) Existem ações intersetoriais do Caps e outras instituições que envolvam: educação, trabalho, esporte, cultura e lazer? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quais?

- 20) Existe relação do Caps com a rede básica de saúde municipal? () Sim () Não.
Que tipo? _____
- 21) O Caps realiza algum trabalho de educação permanente (capacitação e supervisão) sobre saúde mental em cooperação com as equipes de atenção básica? () Sim () Não.
Que tipo? _____

Outras observações:

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Entrevista a ser realizada com os profissionais da equipe do CAPS, segundo o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de nível superior entre as existentes na unidade. Em caso de mais de um profissional na área será realizado sorteio.

Identificação

Nome:

Apelido:

Temas e principais perguntas

1 Estrutura e recursos financeiros

- 1) Qual conhecimento possui sobre o repasse dos recursos financeiros para o Caps?
- 2) Conhece a forma de financiamento do serviço? O que você acha?
- 3) Como são administrados os recursos repassados? Existe planejamento?
- 4) Na sua opinião, a descentralização administrativa dos recursos possibilita o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do Caps? Quais as vantagens e desvantagens identifica?
- 5) Na sua opinião, os recursos repassados (gerados pelo serviço) são suficientes para realizar as atividades do Caps? Em caso de resposta negativa, quais atividades ficam prejudicadas e/ou poderiam ser realizadas se houvessem recursos?
- 6) Existem dificuldades no funcionamento do Caps com relação a falta de recursos financeiros? Quais identifica?

2 Recursos humanos e projeto terapêutico

- 1) Quais dificuldades identifica no trabalho em equipe no Caps?
- 2) Na sua opinião, quais vantagens o trabalho em equipe possibilita?
- 3) Considera importante a capacitação específica em saúde mental para atuar no Caps? Fale sobre.

- 4) Na sua opinião, qual a importância da interdisciplinaridade no atendimento ao usuário de saúde mental?
- 5) Considera importante conhecer sobre a política de saúde mental, seus princípios, sua estrutura e organização para o trabalho do Caps?
- 6) Como acontece o planejamento e a avaliação das ações do Caps?
- 7) Na sua opinião, em relação ao atendimento nas instituições tradicionais/asilares (hospitais psiquiátricos), como é o atendimento ao usuário no Caps?

3 Participação do usuário e da família no tratamento

- 1) Como é pensado o projeto terapêutico de tratamento do usuário?
- 2) Como o usuário participa do planejamento do seu tratamento?
- 3) Quais as formas criadas para oportunizar a participação do usuário no planejamento do seu tratamento?
- 4) A família participa do tratamento? Em caso de resposta afirmativa, de que forma? Em caso de resposta negativa, por quê?
- 5) Quais as formas criadas para oportunizar a participação da família no tratamento?
- 6) Quais dificuldades identifica com relação a realização do atendimento familiar?
- 7) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção familiar do portador de transtornos mentais?
- 8) Qual o papel dos usuários (ou da associação de usuários e familiares) no planejamento das ações do Caps?
- 9) Na sua opinião, qual a importância das associações de usuários e familiares para o tratamento do portador de transtornos mentais e para os serviços de saúde mental?

4 Inserção social

- 1) Na sua opinião, as práticas assistenciais realizadas no Caps encaminham-se na direção da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial?
- 2) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção social do portador de transtornos mentais?
- 3) Quais avanços e conquistas identifica com relação a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais?
- 4) Na sua opinião, o atendimento no Caps possibilita ao usuário a construção da sua autonomia? Como?

- 5) Na sua opinião, a organização atual dos serviços de saúde mental (da política de saúde mental) favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais? Qual a importância do caps nesse contexto?

5 Integração com a rede municipal de assistência em saúde

- 1) Qual a relação do Caps com a(s) equipe(s) de Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência?
- 2) O Caps tem controle das internações psiquiátricas no seu território? Em caso afirmativo, como ocorre este controle?
- 3) Na sua opinião, qual o lugar que o Caps ocupa na rede de atenção em saúde? Constitui-se no serviço que regula a porta de entrada para o atendimento em saúde mental?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este instrumento tem a intenção de obter o seu consentimento por escrito para participar do estudo “A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis”, durante o período de 01 a 31 de março de 2006, com o intuito de contribuir para o levantamento de dados para a elaboração do referido trabalho.

O estudo tem como objetivo geral analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Ao propormos a presente pesquisa esperamos contribuir com a produção de conhecimentos e saberes sobre as novas práticas de atenção e cuidado ao portador de transtornos mentais.

Os relatos obtidos serão confidenciais e, portanto, não será utilizado o nome dos participantes em nenhum momento, garantindo sempre o sigilo da pesquisa e os preceitos éticos da profissão. Os depoimentos serão referenciados pelo apelido a ser escolhido pelo próprio entrevistado

Certa de sua colaboração, agradeço sua disponibilidade em participar do estudo.

Eu _____,
consinto em participar desta pesquisa, desde que respeitadas as respectivas proposições contidas neste termo.

Florianópolis, março de 2006.

Assinatura do entrevistado.

ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

FERNANDA SCALZAVARA

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Serviço Social** - Área de concentração: Serviço Social, Direitos Humanos e Questão Social.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ivete Simionatto.

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de **Mestre em Serviço Social**, e aprovada na sua forma final, em 31/7/2006, atendendo as normas vigentes no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e na Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof^a Dr^a Catarina Maria Schmickler
Coordenadora do PPGSS/UFSC

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Ivete Simionatto, Dr^a.
Departamento de Serviço Social/UFSC
Presidente

Prof^o Walter Ferreira de Oliveira, Ph.D.
Departamento de Saúde Pública/UFSC
Membro

Prof^o Jonas Salomão Spricigo, Dr.
Departamento de Enfermagem/UFSC
Membro

Prof^o Mário Teixeira, Dr.
Departamento de Clínica Médica/UFSC
Membro Suplente

*Aos profissionais e aos usuários do CAPS
Ponta do Coral de Florianópolis.*

AGRADECIMENTOS

Desejo expressar meus sinceros agradecimentos aos profissionais do CAPS Ponta do Coral, pela receptividade, atenção, acolhimento e colaboração na fase mais importante desta pesquisa, assim como pela consideração ao meu trabalho profissional. Também, aos usuários desta unidade de serviço, pela forma carinhosa e acolhedora com que sempre me receberam.

À professora Ivete Simionatto por ter aceitado a orientação do trabalho; agradeço a oportunidade de poder ter desenvolvido a pesquisa de meu interesse e desejo profissional.

Aos professores Jonas Spricigo e Mário Teixeira pela atenção, disponibilidade e colaboração, essenciais na definição e elaboração do projeto de dissertação. Igualmente, ao professor Walter Ferreira de Oliveira pelas considerações e contribuições no exame de qualificação.

À sempre Mestre, amiga e professora Iliane Kohler, pela relação de ensino-aprendizado humana, saudável, mantida no decorrer de toda a minha vida acadêmica; pelas ajudas concretas nos momentos de dificuldades, pelos conselhos, orientações e *encaminhamentos* necessários nos instantes, nas horas, nas fases de incerteza, insegurança, angústia, desespero.

Aos profissionais Mara Regina de Oliveira e Antônio Heinzen Filho, pelo suporte terapêutico necessário nos últimos anos da minha vida; especialmente por terem me ajudado a transformar as dificuldades, os obstáculos, as conquistas cotidianas no *Mestrado da Vida*.

Às profissionais e amigas Maria Sirene Cordioli e Maria Inês Bernardino, pela relação profissional responsável, ética, competente, que me impulsionou para os estudos na área da saúde mental; pela amizade acolhedora, carinhosa, fraterna, pelas comemorações e pelos momentos de descontração.

Aos meus pais e à minha família, base dos meus valores ético-morais.

Às minhas amigas e aos meus amigos, que de perto ou de longe, acompanham minha trajetória, acreditam e torcem por mim.

Formalmente, agradeço as instituições públicas CAPES e UFSC, através dos programas PROF e PGSS, pelo financiamento da bolsa que permitiu a dedicação profissional integral para a realização deste trabalho.

RESUMO

O presente trabalho tem como objeto de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. Constitui-se como objetivo geral da presente pesquisa analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Os procedimentos metodológicos da pesquisa constaram de: pesquisa empírica na coleta das informações, através de entrevistas semi-estruturadas, gravadas, realizadas com um profissional de cada área de formação de nível superior, dentre as existentes no CAPS, e aplicação de formulário, com questões fechadas, a todos os profissionais que compõem a equipe. As informações coletadas foram sistematizadas e organizadas em itens correspondentes aos eixos que nortearam a coleta dos dados, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde. A análise final foi realizada com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os resultados obtidos nos permitem concluir que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a efetividade e eficácia dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial. De maneira geral, podemos afirmar que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológico, técnico assistencial, político-jurídico, social cultural.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, política de saúde mental, serviços substitutivos.

ABSTRACT

The objective of present work is to study the operationalization of the Psychiatric Reformation in the city of Florianopolis, Brazil, based on one specific institutional model - the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral. The general objective of the present research is to analyze the institutional reality at the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral, Florianopolis, related to the operational process of mental health politics, based on the requirements of the Brazilian Psychiatric Reformation. The research methodological procedures have consisted of: empirical research and data collection, through semi-structured interviews, recorded, realized under the presence and supervision of a professional of each field, plus de existing data from the CAPS, and filled application, with closed questions, to all the professionals who compose the team. The data colleted was systematized and organized in items and events that are surrounded the data collection, which are: financial structure and resources, human resources and therapeutic project, participation of the user and the family in the treatment, social insertion, and integration of the service with the municipal network of assistance in health. The final analysis was based on theoretical production on mental health and the Psychiatric Reformation. The results allowed us to conclude that in scope of management of CAPS, the limited number of studies and the difficulties to transfer and administer them harmed the functioning of the service. The contributing factors were lack of strategic planning and systematic evaluation of actions. The difficulties associated with teamwork compromised the effectiveness and efficacy of the objectives. The absence of a municipal network dedicated to structure and articulate mental health appears as an obstacle to the practice of desinstitutionalization and psychosocial rehabilitation. In general, we can affirm that the changes in the assistance model, directed for Psychiatric Reformation is one of the challenges to the concretization to mental health politics in a new interaction between society and people with psychological illnesses. The operationalizational political difficulties of mental health go through different fronts of performance which constitute the complexity of social processes associated with Reformation in its different dimensions. These dimensions are: theoretic-epistemological, technical assistance, politic-legal and socio-cultural.

Keywords: Psychiatric Reformation, mental health politics, substitute services.

LISTA DE SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
APAC - Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CPASM - Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental
CMS – Conselho Municipal de Saúde
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FNS – Fundo Nacional de Saúde
INAMPS – Instituto Nacional de Aposentadorias e Pensões
IPQ – Instituto de Psiquiatria Catarinense
MS – Ministério da Saúde
MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS – Organização Mundial para a Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF - Programa de Saúde da Família
RP – Reforma Psiquiátrica
SIH - Sistema de Informação Hospitalar
SAI – Sistema de Informação Ambulatorial
SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
SUS – Sistema Único de Saúde
TR – Terapeuta de Referência
ULS – Unidade Local de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Procedimentos metodológicos	18
2 REFORMA PSIQUIÁTRICA	222
2.1 O Modo Psicossocial	26
2.1.2 Atenção Psicossocial.....	28
2.2 Desinstitucionalização	30
2.3 Reabilitação psicossocial	32
3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA	344
3.1 Estrutura e recursos financeiros	344
3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico	45
3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental	46
3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário	51
3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações.....	59
3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento.....	65
3.3 Participação do usuário e da família no tratamento	69
3.3.1 Planejamento terapêutico individual.....	70
3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral.....	72
3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares	81
3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia.....	88
3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental.....	96
3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica	106
3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde...	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
REFERÊNCIAS.....	125
APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS.....	130
ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica.....	136

1 INTRODUÇÃO

O processo de mobilização, organização e luta pela Reforma Psiquiátrica brasileira origina-se no contexto dos movimentos sociais, no período de redemocratização do país (décadas de 1970/1980), e tem como base os pressupostos da Reforma Sanitária brasileira e da Psiquiatria Democrática italiana. Tal movimento esteve direcionado no sentido da crítica e desconstrução gradativa da assistência existente, embasada no saber psiquiátrico, que justificava as práticas decorrentes do modelo asilar e, ao mesmo tempo, buscava a construção de propostas de superação deste modelo.

Os anos de luta pela transformação do modelo assistencial tradicional (asilar), centrado na internação hospitalar, culminaram com a criação e regulamentação de leis e portarias relativas à implantação de uma rede de serviços substitutivos a este. A partir da década de 1990 um conjunto de leis, portarias, decretos, resoluções define novas exigências em relação à assistência psiquiátrica prestada aos portadores de transtorno mental¹, incluindo a adequação das condições físicas das instituições de atendimento, a existência de projeto terapêutico, equipe multidisciplinar e outros dispositivos que garantam maior qualidade assistencial.

A Reforma Psiquiátrica é um processo em construção, que envolve tanto a sociedade civil, através dos diferentes os movimentos sociais, os profissionais, os usuários, bem como os órgãos gestores das políticas públicas. Estes são os responsáveis pela operacionalização das ações com relação a mudança de paradigma e prática em saúde mental. Nessa trajetória, aos profissionais cabe exercer o papel de sujeitos e críticos do processo de implantação da Reforma Psiquiátrica; aos gestores da política de saúde compete a decisão política com vistas a assegurar as condições técnicas para a implementação e operacionalização dos serviços de atenção; aos movimentos sociais fica a luta política pela construção social de um outro sentido para lidar com a "loucura" e com o "louco", a partir de uma transformação na relação sociedade/loucura.

¹ Cabe destacar que a expressão “portador de transtorno mental” é adotada neste estudo por acreditar-se que a palavra portador traz em si um caráter mutante. Ou seja, secundariza o transtorno mental e resgata o sujeito envolvido na condição de enfermo, como um ser dinâmico. Por sua vez, o termo transtorno mental traz um caráter psicossociológico, dinâmico, mutável, diferente do termo doença mental, muito embora não seja menos controvertido do que este último (ROSA, 2003, pp. 37-38). E, também, por ser “portador de transtorno mental” a expressão utilizada na linguagem técnica constante na política de saúde mental do Ministério da Saúde.

No curso das transformações operadas na e pela Reforma Psiquiátrica destacamos como marco significativo recente a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM)². Em seu documento conclusivo reafirma-se que as políticas de saúde mental devem respeitar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das leis Federal e estaduais, priorizando a construção da rede de atenção integral em saúde mental. Tais políticas devem ter como pressupostos básicos a inclusão social e a reabilitação psicossocial, estar integradas com outras políticas sociais, como educação, trabalho, lazer, cultura, esporte e habilitação profissional, visando garantir o exercício pleno da cidadania (BRASIL, 2002a).

O mesmo documento ressalta que a reorientação do modelo assistencial deve estar direcionada para concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e de promoção da saúde. Nesse sentido, é fundamental que as novas modalidades assistenciais desenvolvam práticas pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a auto-estima, a autonomia e a cidadania, buscando superar a relação de tutela e reprodução da institucionalização e/ou cronificação (BRASIL, 2002a).

A mudança do modelo assistencial é um dos desafios da Reforma Psiquiátrica. Busca-se, no âmbito da gestão pública, a construção de um novo pacto para transferir os recursos aplicados no modelo hospitalar para uma assistência comunitária. Entretanto, a mudança da lógica de atenção em saúde mental requer, também, uma mudança de paradigma. No bojo dos novos dispositivos de cuidado necessariamente deve estar uma nova ética do cuidar, baseada na premissa básica da autonomia possível e dos direitos humanos dos portadores de sofrimento psíquico. Isso significa considerar que as possibilidades de novas práticas terapêuticas devem caminhar ao lado da preocupação com a mudança das representações simbólicas do “louco” na sociedade, e com a produção de outros saberes.

Na atualidade, todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, bem como a literatura da área, referem-se a desconstrução como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade das ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Tal proposição tem como base a

² Realizada em Brasília, de 11 a 15 de dezembro de 2001. A I Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em 1987 e a II em 1992.

incapacidade da psiquiatria em explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (TORRE; AMARANTE, 2001).

O modelo manicomial tem seu fundamento na noção de que a experiência de sofrimento psíquico diversa (delírio, alucinação) é sinônima de erro. Um dos aspectos mais importantes no processo de transformação radical deste é a superação do conceito de doença. Conforme apontam Torre e Amarante (2001, p.73-85), “não se trata, obviamente, de negar a diversidade da experiência do delírio ou da alucinação, mas de não utilizar o conceito de doença (igual a erro) na relação com o sujeito”. Nesta direção, Rotelli (1990) propõe, no lugar do objeto “doença mental”, o objeto “existência-sofrimento” do sujeito em sua relação com o corpo social.

Segundo Costa-Rosa (et. al., 2003, p. 28), “ao se buscar a superação do saber psiquiátrico, sobretudo do paradigma doença-cura, procurou-se romper com práticas identificadas com o modelo clínico, por considerá-las ineficazes, segregadoras”. Busca-se no modo psicossocial estabelecer-se “a construção de uma relação de contrato com o sujeito que substitua a relação de tutela instaurada pela psiquiatria” (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 73-85). Como oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar surge, no contexto da Reforma Psiquiátrica, a atenção psicossocial como paradigma do modo psicossocial.

A origem das práticas de atenção psicossocial, como designação de experiências significativas no contexto da saúde mental, está relacionada às contribuições das diferentes experiências históricas de reforma, que incluem as Comunidades Terapêuticas e a Antipsiquiatria, na Inglaterra, a Psicoterapia Institucional, na França, a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, nos Estados Unidos e a Psiquiatria Democrática, na Itália³. No caso brasileiro somam-se as contribuições das políticas públicas e das experiências locais pioneiras dos centros e núcleos de atenção psicossocial, em Santos, São Paulo.

O modelo psicossocial vem ganhando elementos tanto em termos teórico e técnico quanto ideológicos e éticos, aptos a constituírem um novo paradigma para as práticas em saúde mental, capaz de substituir o paradigma psiquiátrico que ainda é dominante. Costa-Rosa (et al., 2003, p.31), observa que de modo geral os elementos teóricos subjacentes a essas experiências passam principalmente pelas idéias sociológicas e psicológicas, pelo materialismo histórico, pela psicanálise e pela filosofia da diferença. Nesse sentido, é importante indicar que o lugar social da saúde mental é um lugar de

³ Estudos sobre estas experiências encontram-se em DESVIAT (1999); ROTELLI (2001).

conflito, confronto e contradição. Entender a saúde mental dessa forma implica em reconhecê-la como expressão e resultante de relações e situações sociais concretas. “Por qualquer perspectiva que se olhe, tratar-se-á sempre de um eterno confronto: pulsações de vida/pulsações mortíferas; inclusão/exclusão; tolerância/intolerância” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p. 29).

A operacionalização da Reforma Psiquiátrica, através da implantação da rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, territorializados e integrados à rede de saúde, tem sido uma construção lenta e difícil, perpassada por interesses políticos e econômicos. Muitas vezes são privilegiados procedimentos técnico-burocráticos, assistenciais, em prejuízo de um serviço que tenha como foco o tratamento da pessoa humana na sua dimensão integral. Por outras, a Reforma Psiquiátrica é entendida como sinônimo de reestruturação de serviços; introdução ou modernização de novas tecnologias de tratamento e cuidado; promulgação de uma nova legislação. Em geral, os problemas passam pela tendência de tornar a Reforma a implantação de centros de atenção psicossocial, de forma a banalizar o serviço, fazendo com que estes sejam uma extensão do hospital psiquiátrico (AMARANTE, 2005).

Não obstante, a transformação do modelo de atenção tradicional requer a construção de uma rede de atendimento ampla, com serviços diversificados e complementares, substitutivos das práticas asilares. O modelo substitutivo não significa alternativo, paralelo, complementar ou intermediário do sistema tradicional. Trata-se de um serviço forte, que comporta uma estrutura complexa em que o sentido das práticas deve ser alterado do “eixo da clínica” para o “eixo da cidadania”. Isso significa olhar para a pessoa-sujeito e não unicamente para a doença (AMARANTE, 2005).

Pensar a mudança do paradigma teórico-conceitual clássico significa provocar uma transformação na cultura da forma tradicional de ver e lidar com a loucura, buscar a construção de um outro lugar social para a loucura e a doença mental, a partir de uma transformação das relações sociedade-loucura/doença mental.

Nesse processo, os centros de atenção psicossocial (CAPS) constituem-se no “braço” do modelo psicossocial. Tornam-se serviços privilegiados para o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial e dispositivos estratégicos para a mudança da atenção em saúde mental.

De acordo com as normatizações do Ministério da Saúde, são atribuições dos CAPS: organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; prestar atendimento em regime de atenção diária; oferecer cuidado clínico eficiente e personalizado; realizar a

dispensação de medicamentos; acompanhar usuários que moram em residências terapêuticas; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, assessorando o trabalho dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território ou área de abrangência (BRASIL, 2004).

No sentido de favorecer o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, bem como estimular a mudança da lógica de ver e lidar com a “doença” e o “doente mental”, o direcionamento da Política Nacional de Saúde Mental preconiza que os projetos terapêuticos dos CAPS podem ultrapassar a estrutura física da unidade, em busca da rede de suporte social comunitária. O atendimento prestado deve ser através de projeto terapêutico individualizado, construído conjuntamente com o usuário. A preocupação principal não deve ser o estabelecimento de um diagnóstico clínico, mas sim o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2004).

Com base no exposto, a presente dissertação de mestrado tem como recorte de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - O Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. A escolha deste CAPS deve-se ao fato de ser este um serviço público de atendimento diário a portadores de transtornos mentais adultos, único nesta modalidade no município. A população de Florianópolis conta com outros dois centros de atenção psicossocial, um para atendimento de crianças e adolescentes (CAPSi) e outro para atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (CAPSad).

O CAPS Ponta do Coral constitui-se no principal serviço de atendimento extra-hospitalar na realidade local, desempenhando um papel central na assistência a portadores de transtornos mentais graves. A rede municipal de atenção em saúde mental é incipiente, com poucos recursos e o CAPS enfrenta diversas dificuldades na realização de suas atividades, concentrando uma demanda de atendimento superior a sua capacidade.

Destacamos a relevância deste estudo na medida em que está em curso no país uma reforma nos serviços de assistência em saúde mental, em que a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos pelo cuidado comunitário/ambulatorial tem sido a

diretriz básica para a reorganização da política de saúde mental, desde o nível federal aos níveis estadual e municipal.

A reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

O processo de reestruturação dos serviços de saúde mental está baseado na organização de uma rede comunitária de cuidados. Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esportes etc), culturais, religiosos e de lazer são convocados para potencializar as equipes de saúde na tarefa de realizar ações de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004).

Fazem parte desta rede de serviços de saúde mental os centros de atenção psicossocial, os núcleos de atenção psicossocial (NAPS), os serviços residenciais terapêuticos (SRTs), os hospitais gerais, os centros locais de saúde, as equipes de saúde da família e agente comunitários de saúde, entre outros. Particularmente, neste trabalho, nos interessamos por estudar os CAPS por estes assumirem um papel central na organização da rede, constituindo-se em serviços de atenção que “almejam à outra lógica, outra fundamentação teórica-técnica e outra ética, que não mais a do paradigma psiquiátrico” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.19).

Os CAPS foram criados para serem substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos, oferecendo atendimento em saúde mental à população de sua área de abrangência. São atendidas pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, incluindo aquelas que apresentam transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e crianças e adolescentes. As práticas realizadas neste tipo de serviço devem caracterizar-se por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro, na comunidade.

Oficialmente os CAPS foram instituídos pela Portaria GM/MS N°224/1992 e definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam uma população adscrita definida pelo nível local e oferecem atendimento de cuidados intermediários entre

o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (BRASIL, 2002b).

Atualmente, os CAPS são regulamentados pela Portaria GM/MS N° 336/2002 e integram a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta portaria estabelece critérios de porte/complexidade e abrangência populacional aos CAPS, classificando-os nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad⁴. A classificação dos diversos tipos de CAPS difere, basicamente, quanto ao tamanho da população pela qual se responsabilizam e quanto ao regime de funcionamento.

Os profissionais que trabalham nos CAPS integram uma equipe multiprofissional. São técnicos de nível superior e nível médio, de diferentes áreas de formação. Os profissionais de nível superior são médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física entre outros necessários para as atividades oferecidas, de acordo com o projeto terapêutico do CAPS. Os profissionais de nível médio podem ser técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores, artesãos, profissionais de limpeza e cozinha (BRASIL, 2004).

As equipes técnicas possuem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. Cabe aos profissionais a tarefa de organizar-se para realizar o acolhimento dos usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, realizar as atividades de reabilitação psicossocial, equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas.

Ao considerarmos as práticas em saúde mental de um centro de atenção psicossocial nosso objeto de estudo estamos entendemos que é a partir delas que a mudança de paradigma se torna possível, haja vista que a estruturação de uma rede de

⁴ O CAPS I tem capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e deve funcionar das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira; o CAPS II atende municípios com população entre 70.000 e 200.000, deve funcionar das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas; o CAPS III atende municípios com população acima de 200.000 habitantes, funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana. Já os CAPSi e os CAPSad possuem características diferenciadas dos demais. O CAPSi é referência para municípios com população acima de 200.000 habitantes e constitui-se em um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período até 21 horas. Os CAPSad destinam-se a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. É indicado em municípios com população acima de 100.000 habitantes, funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas (BRASIL, 2002b).

novos serviços de saúde mental não constitui por si só uma ruptura com o paradigma das práticas asilares, da segregação e da tutela do portador de transtorno mental. Contudo, sabemos que analisar uma realidade institucional é uma tarefa difícil, principalmente quando nos propomos olhar esta realidade em movimento, permeada de contradições e como fruto de um processo sócio-histórico.

Nesse sentido, elegemos como sujeitos informantes os profissionais que atuam no Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, por entendermos que a eles cabe a tarefa de realizar as atividades institucionais cotidianas. Esses profissionais integram uma equipe multiprofissional e assumem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. A nosso ver, constituem-se atores sociais centrais no processo de implementação e operacionalização da Reforma Psiquiátrica na realidade local.

Com isso queremos destacar que os profissionais de saúde mental exercem um papel relevante para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, seja como partícipes dos movimentos sociais, como gestores da política de saúde mental e/ou como trabalhadores (técnicos) nos serviços de assistência. Particularmente, aos profissionais dos CAPS cabe o compromisso de operacionalizar a mudança da lógica da assistência, na medida que estão atuando em um serviço considerado um dispositivo estratégico da rede de assistência em saúde mental. Esses profissionais estão diretamente ligados aos usuários do serviço e a implementação da política de saúde mental, função que os coloca na linha de frente de um cenário novo que vem passando por formulações e reformulações nos campos “político-jurídico, técnico-assistencial, epistemológico e sociocultural” (AMARANTE, 2003).

Torna-se pertinente ressaltar que o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) teve forte influência nos avanços ocorridos na mudança da assistência psiquiátrica. Constituído inicialmente de técnicos de saúde mental buscava a melhoria da assistência psiquiátrica e denunciava a situação precária dos manicômios. O MTSM posicionou-se em relação à assistência prestada, politizou a questão da Reforma, construiu uma linha de pensamento crítica no campo da saúde mental. Organizados, os trabalhadores criaram fóruns de discussões locais de caráter técnico e político e defenderam as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Posteriormente, o movimento ampliou-se no sentido de ultrapassar sua natureza técnico-científica, organizou sua estrutura administrativa como fórum nacional e passou a ser designado Movimento da Luta Antimanicomial, tornando-se um movimento social que passou a englobar várias entidades como associações de usuários

e familiares⁵, ONGs, entre outras (AMARANTE, 1994, 1995a; SOUZA, 2001; VASCONCELOS, 2000b, 2004).

Assim, nos parece certo que os profissionais de saúde mental são atores sociais influentes na efetivação da Reforma Psiquiátrica. Razões significativas para pesquisar e valorizar suas experiências e opiniões, na medida em que seus relatos podem indicar como vem se realizando no dia-a-dia a Reforma, bem como contribuir para a construção de novas práticas e a produção de novos saberes. E, entendemos como Foucault, que os saberes não são apenas conhecimentos acadêmicos, produções que se autodenominam científicas. Os saberes também estão onde são produzidos, pois sempre criam visões de mundo, produzem histórias e História.

Dessa forma, a presente pesquisa tem a finalidade específica de contribuir para a análise das práticas locais de saúde mental, a partir do estudo da realidade vivenciada no CAPS de Florianópolis e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Lembramos, ainda, que neste ano de 2006 o CAPS Ponta do Coral completa dez anos de atividades, fato que nos leva a destacar a importância de um estudo que identifique as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação deste serviço. No geral, busca-se fornecer subsídios para os avanços nas políticas de saúde mental e contribuir para a produção de conhecimentos sobre a realidade da prática das políticas públicas de saúde mental. Para tanto, elegemos como eixos de estudo e análise cinco pontos, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social e integração com a rede municipal de assistência em saúde.

Constitui-se como objetivo geral do presente estudo a análise da realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Para alcançarmos este definimos como objetivos específicos: 1) caracterizar a estrutura e os recursos financeiros disponibilizados

⁵ Cabe registrar que no campo da saúde mental encontram-se associações de composição variada. Há associações de usuários; associações de familiares; associações de usuários e familiares; associações de usuários, familiares e técnicos; associações de usuários e técnicos; e associações de técnicos e familiares. Em sua maior parte, o processo organizativo das associações é conduzido por elementos de constituição de laços de solidariedade e ajuda mútua. Contudo, existem associações que são favoráveis à agenda de inovações da assistência colocada pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e, outras, que se caracterizam como uma comunidade de veto em relação à mesma agenda (SOUZA, 2001).

e sua adequação às atividades do Caps; 2) conhecer as práticas assistenciais desenvolvidas pelo CAPS com relação ao projeto terapêutico e como se organiza o trabalho da equipe técnica; 3) identificar como ocorrem as práticas institucionais de participação do usuário e da família no tratamento e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica; 4) identificar se existem e quais são as ações institucionais, intersetoriais e/ou outras criadas com relação a inserção social do portador de transtornos mentais; 5) descrever e analisar a relação existente entre o CAPS e a rede municipal de assistência em saúde com relação a operacionalização da política de saúde mental e do SUS; 6) identificar quais as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação do CAPS, pontos positivos e negativos.

1.1 Procedimentos metodológicos

Para operacionalizar os objetivos do nosso estudo foi realizada uma pesquisa de caráter qualitativo, do tipo estudo de caso. Segundo Minayo (1994), a pesquisa qualitativa, nas ciências sociais, responde a questões particulares, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Isso significa considerar que trabalhamos com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que correspondem a pontos mais profundos das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser quantificáveis. E, segundo Chizzotti (2003, p. 104), em geral, a pesquisa qualitativa objetiva provocar o esclarecimento de uma situação para uma tomada de consciência pelos próprios pesquisados dos seus problemas e das condições que os geram, a fim de elaborar meios e estratégias de resolvê-los.

Dentre os tipos de pesquisa qualitativa, o estudo de caso talvez seja um dos mais relevantes. É uma modalidade que propicia retratar uma realidade de forma ampla e profunda, de forma a revelar a multiplicidade de dimensões presentes numa determinada situação e contextualizar o objeto para melhor compreendê-lo (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Nesta forma de estudo, o caso é tomado como unidade significativa do todo porque tanto retrata uma determinada realidade quanto revela a multiplicidade de aspectos globais presentes em uma dada situação (CHIZZOTTI, 2003). A principal função do estudo de caso é a explicação sistemática de fatos que ocorrem no contexto social e geralmente se

relacionam com uma multiplicidade de variáveis. Essa técnica caracteriza-se por ser um estudo intensivo, o qual deve considerar a compreensão geral do assunto investigado (FACHINI, 2001).

O local escolhido para a realização do estudo, o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, é um serviço público, municipal, cadastrado na modalidade CAPS II, situado à rua Rui Barbosa, 713 (fundos), no bairro Agrônômica, Florianópolis/SC. CAPS Ponta do Coral funciona das 8h às 18hs e atende uma demanda média diária de 40 usuários. O serviço foi criado em março de 1996 e funciona neste endereço desde o mês de dezembro do mesmo ano⁶.

A principal fonte de informação da presente pesquisa constituiu-se das falas dos profissionais, de formação de nível superior, e, no resultado do formulário aplicado a todos os membros da equipe do CAPS Ponta do Coral. Utilizamos para a coleta de informações a entrevista semi-estruturada, gravada, com questões abertas, e a aplicação de formulário com questões fechadas (Apêndices A e B). As entrevistas foram orientadas por um roteiro com perguntas estruturadas e agrupadas em cinco blocos correspondentes aos eixos de estudo da pesquisa. De acordo com Trivinos (1987), a entrevista semi-estruturada geralmente parte de certos questionamentos básicos, de perguntas fundamentais derivadas da teoria que é adotada para a pesquisa e de informações que o pesquisador possui sobre o tema a ser pesquisado.

Na pesquisa qualitativa, a entrevista é uma das técnicas mais utilizadas na coleta do material empírico. No tipo de estudo escolhido, foi possível perceber que a entrevista constituiu-se na ferramenta capaz de possibilitar a obtenção de dados mais profundos da realidade, os quais só podem ser obtidos com a contribuição dos sujeitos envolvidos.

O trabalho empírico para coleta dos dados e das informações na Instituição foi realizado entre a segunda quinzena do mês de março e a primeira quinzena do mês de abril de 2006 (16/3/2006 a 13/4/2006). A coleta teve início após a apresentação e solicitação de autorização para a realização da pesquisa à coordenação da Instituição. O projeto foi encaminhado à Comissão de Ensino e Pesquisa do CAPS II Ponta do Coral e à Direção de

⁶ A implantação do serviço foi efetivada em 25/3/1996, ficando instalado, provisoriamente, junto ao Centro de Saúde II do Centro de Florianópolis (atual ULS Centro), na Avenida Rio Branco. Em dezembro do mesmo ano foi transferido para o atual endereço, passando a ser chamado NAPS Ponta do Coral. Seu credenciamento no Ministério da Saúde aconteceu ao longo do ano de 1997. Em 2002, a Portaria GM n° 336 regulamentou a denominação dos antigos NAPS para CAPS (STUANI, 2005).

Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis para parecer. Mediante o parecer favorável (Anexo A) das referidas instâncias, foi realizada, em reunião de equipe, a apresentação do projeto aos profissionais do CAPS Ponta do Coral. Concluída esta etapa, foi realizada a entrevista pré-teste. A escolha do profissional observou os critérios constantes da metodologia do projeto. A entrevistada foi uma profissional da área da psicologia (área que tem mais de um profissional no CAPS) que tinha disponibilidade para a realização da entrevista na data escolhida. A partir desta entrevista, foram realizadas pequenas alterações no roteiro, com vistas a agrupar algumas perguntas, no sentido de diminuir o tempo necessário à efetivação da mesma. A referida entrevista teve a duração aproximada de uma hora e vinte minutos, acrescida de mais quinze minutos para a aplicação do formulário, totalizando uma hora e trinta e cinco minutos.

No total, foram realizadas seis entrevistas e aplicados doze formulários, de acordo com a metodologia estabelecida, a qual privilegiou, para a entrevista, o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de ensino superior, dentre as existentes no CAPS Ponta do Coral, quais sejam: psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Os formulários foram aplicados a todos os profissionais de formação de nível superior e de formação de nível médio. Foi necessário realizar sorteio do profissional a ser entrevistado apenas com relação a área da psicologia, por esta ter quatro profissionais atuando na equipe do CAPS. Como utilizamos um deles para a realização do pré-teste, participaram do sorteio apenas os outros três. O sorteio foi realizado na presença de outras duas profissionais da equipe.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos profissionais. A aplicação dos formulários foi simultânea e obedeceu ao mesmo critério. No caso de três dos profissionais entrevistados não foi possível realizar a aplicação do formulário no momento da entrevista, a pedido dos mesmos, devido a limitações de tempo. As entrevistas foram gravadas em fitas cassete, com a autorização prévia dos entrevistados, e, posteriormente, as falas foram transcritas.

As informações e os dados coletados foram sistematizados e classificados, de acordo com os eixos de pesquisa, e posteriormente analisados com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os dados originados dos formulários foram analisados e tratados descritivamente, ou seja, reduzidos a termos descritivos. Para efeito de padronização e de comparação foi adotado o método da porcentagem.

A análise final, que, segundo Minayo (1994), corresponde a um movimento contínuo entre o empírico e o teórico e vice-versa para fazer do caos aparente das

informações revelações da sua especificidade, foi construída pela síntese das informações coletadas em cada eixo de estudo, previamente definidos.

As questões éticas foram consideradas em todas as etapas do estudo, especialmente, na relação com os entrevistados, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) e dentro do que determina a Resolução N° 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde e o Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina. Os profissionais foram informados e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa quando da apresentação do projeto em reunião de equipe e individualmente antes da realização da entrevista. Foi preservado o anonimato dos entrevistado ao se utilizar codinomes para referenciar as falas no trabalho, destacando-se que os mesmos escolheram livremente seu próprio apelido quando da realização da entrevista. Apenas uma das entrevistadas optou por deixar a cargo da pesquisadora a escolha do codinome.

O trabalho que ora apresentamos está organizado de forma a contemplar, neste primeiro capítulo, a introdução do tema e a metodologia utilizada na pesquisa; no segundo capítulo descrevemos, sistematizadamente, o norte teórico utilizado como referência para a análise dos dados e das informações coletadas; no terceiro capítulo trazemos os resultados e as análises da pesquisa. Ao final, resgatamos os principais tópicos relacionados aos eixos de estudo e expomos nossas considerações finais sobre o tema.

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA

Procuramos expor neste capítulo uma síntese das análises de alguns autores que têm contribuído para o avanço nas discussões sobre a Reforma Psiquiátrica, bem como a definição do que vem a ser este outro modelo de atenção em saúde mental – o Modo Psicossocial, tanto em seus aspectos prático-assistenciais quanto em suas exigências éticas e teóricas, no sentido de construirmos o norte teórico orientador das análises da presente pesquisa.

Todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, na atualidade, bem como a literatura da área estabelecem a categoria teórico-prática “desconstrução” como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade nas ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Reiteram, também, a incapacidade da psiquiatria de explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (BASAGLIA, 1985; ROTELLI, 1990). Neste sentido, a proposta da Reforma Psiquiátrica objetiva criar experiências alternativas ao hospital psiquiátrico e ao modelo de suas práticas, através da extinção desse tipo de instituição e sua substituição por recursos que sejam capazes de rever tanto as concepções do “objeto” quanto dos “meios” e modos da sua intervenção nessa área.

A partir das contribuições colocadas por Fleury (et. al., 1989), com relação ao conceito de Reforma Sanitária como um “processo de transformação estrutural”, e da noção de *processo social complexo* proposta por Rotelli (1990), Paulo Amarante (2003, p.49), define Reforma Psiquiátrica como:

um processo social complexo que se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade.

Nessa concepção, o autor observa que processo indica algo em permanente movimento, que não tem um fim predeterminado, nem um objetivo último ou ótimo. E, a idéia de complexidade é posta não como sinônimo de complicação, mas sim como uma atitude epistemológica no sentido de reabrir a possibilidade de recomplexificação do fenômeno, proposição oposta a naturalização/objetualização da noção de doença. Neste sentido, a doença deixaria de ser reduzida a uma alteração biológica, para tornar-se um

processo de saúde/enfermidade. Em outras palavras, “a doença não é um objeto, mas uma experiência nas vidas de sujeitos distintos” (AMARANTE, 2003, p.53).

Na continuidade de suas análises sobre a Reforma Psiquiátrica Amarante (2000, 2003) designa quatro dimensões para as transformações operadas na e pelas práticas da Reforma, quais sejam: teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural.

A dimensão teórico-conceitual ou epistemológica contempla o conjunto de questões que dizem respeito a produção de conhecimentos e saberes que irão subsidiar as práticas. É uma dimensão que vai desde a reflexão dos conceitos mais fundamentais do campo das ciências até os conceitos produzidos pela psiquiatria: alienação, doença mental, normalidade/anormalidade, terapêutica e cura. Um aspecto muito importante desta dimensão refere-se ao desafio de se repensar as relações entre conhecimento e objeto (AMARANTE, 2003).

Na interpretação de Costa-Rosa (et al., 2003, p. 32), o campo teórico-conceitual pauta-se na desconstrução de conceitos e práticas, sustentados pela psiquiatria e pela psicologia nas suas visões acerca da doença mental. Propõe-se como contrapartida a construção de noções e conceitos como “existência-sofrimento” do sujeito na sua relação com o corpo social, acolhimento, cuidado, emancipação e contratualidade social. Nesse âmbito, pode-se entender que o conceito de existência-sofrimento impulsiona a Reforma Psiquiátrica na direção de uma revolução paradigmática, uma vez que questiona a tão cara relação sujeito-objeto e o próprio paradigma doença-cura. Tal conceito aparece por contraposição ao paradigma doença-cura, expressando a exigência de se dar ao sujeito a centralidade da cena.

Como exemplo desse campo Amarante (2003, p. 50) destaca o processo de desconstrução do conceito de clínica, que deixaria de ser o isolamento terapêutico ou o tratamento moral para tornar-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades; a desconstrução do conceito de doença produzido pela psiquiatria, em que o sujeito, não mais visto como alteridade incompreensível, possibilitará outras formas de conhecimento, que produzirão novas práticas clínicas e sociais.

Cabe destacar que quando um conceito é submetido ao processo de desconstrução é possível supor que as relações entre as pessoas envolvidas também serão transformadas, assim como os serviços, os dispositivos e os espaços. Conseqüentemente, mudam, ainda, os conceitos e as práticas jurídicas que eram adotadas pelos conceitos desconstruídos.

Para Basaglia (1985) e Rotelli (1990), desconstrução está relacionada à noção de *invenção*, de construção do real, de produção da subjetividade, recolocando em discussão a ciência e a psiquiatria. Os autores referem-se a “desconstrução” do dispositivo psiquiátrico e clínico em seus paradigmas fundantes e suas técnicas de poder-saber, entendendo-a como uma ação prática de desmantelamento das incrustações institucionais que cobriam a doença. A desconstrução questiona as bases do dispositivo psiquiátrico, em sua competência para atuar frente à loucura.

Entende-se desconstrução como um processo social complexo, de desmontagem do dispositivo psiquiátrico, que não tem fim, ou não pretende constituir, um modelo ideal, mas sim dar novo significado às relações e colocar questões imanentes às situações-problema. Nesse sentido, é um processo que precisa, por definição, ser reinventado incessantemente, e questionar também o conjunto dos segmentos sociais que deveria ser [...] objeto de uma verdadeira "revolução molecular", quer dizer, de uma re-invenção permanente (GUATTARI, 1992 apud TORRE; AMARANTE, 2001, p. 14).

A dimensão político-jurídica passa pela criação e alterações na legislação com relação aos direitos e a assistência ao portador de transtornos mentais. O âmbito jurídico é decorrente do fato de a psiquiatria ter instituído a noção de relação entre loucura, periculosidade, irracionalidade, incapacidade, irresponsabilidade civil. No plano político luta-se pela extinção dos manicômios e sua substituição por instituições abertas, pela revisão das legislações sanitárias, civil e penal referente a doença mental, para possibilitar o exercício dos direitos à cidadania, ao trabalho e à inclusão social. Importa nessa dimensão rediscutir e redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais (AMARANTE, 2003, p. 53; COSTA-ROSA, et al., 2003, p. 33).

No âmbito da dimensão técnico-assistencial está o modelo assistencial. É nesse campo que, na realidade brasileira, aparecem mais visivelmente as inovações com relação as práticas assistenciais em saúde mental, concomitante a reconstrução dos conceitos. As transformações vêm acontecendo tanto na concepção de novos serviços (CAPS, oficinas terapêuticas e de reintegração sociocultural, cooperativas de trabalho) quanto na sua forma de organização e gestão (instituições abertas com participação e co-gestão com os usuários e a população).

Nos últimos anos têm-se objetivado construir uma rede de novos serviços, concebidos como espaços de sociabilidade, de trocas, em que se enfatiza a produção de saúde como produção de subjetividades. Essas mudanças indicam para uma mudança nas práticas de atenção e tem significado *colocar a doença entre parênteses*, propiciando

contato com o sujeito, rompendo com as práticas disciplinares; aumentando a possibilidade de recuperação do seu estatuto de sujeito de direitos (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 32-33; AMARANTE, 2003, p.51).

A expressão *colocar a doença entre parênteses* é atribuída a Basaglia, significa a suspensão do conceito e implica na possibilidade de novos contatos empíricos com o fenômeno em questão. Para o autor, a psiquiatria colocou o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença como fenômeno da natureza. Assim, Basaglia propõe uma inversão, isto é, colocar a doença entre parênteses para tornar-se possível lidar com o sujeito e não com a doença.

Amarante (2003) chama a atenção para o fato de a atitude epistemológica de colocar a doença entre parênteses não significa a negação da doença no sentido do não se reconhecer que experiências de sofrimento ou diversidade fazem parte da realidade concreta da saúde mental. Nas palavras do autor:

não significa a recusa em aceitar que exista uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar. Significa, isto sim, a recusa a explicação da psiquiatria, para dar conta daquela experiência, como se esta pudesse ser explicada pelo simples fato de ser nomeada como doença. A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia social e política da exclusão, e a ruptura epistemológica com o saber da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para objetivar conhecer a subjetividade (AMARANTE, 2003, p. 56).

A dimensão sociocultural expressa o objetivo maior da Reforma Psiquiátrica, haja vista que pretende transformar o *lugar social* da loucura no imaginário social, transformando as relações entre a sociedade e a loucura. Muito do imaginário social é decorrente da ideologia psiquiátrica que tornou senso comum a relação da loucura à incapacidade do sujeito de estabelecer trocas sociais e simbólicas (AMARANTE, 2003, p. 53).

Para tanto se têm estimulado uma série de práticas sociais visando transformar o imaginário social relacionado a loucura, a doença mental e a anormalidade. Está em processo de mudança a imagem da loucura e do louco, a imagem da instituição e a da relação dos usuários e a população com ela. A intencionalidade passa pela construção de uma imagem das instituições de atendimento como espaços abertos de circulação e pólos de exercício estético, e uma imagem do “louco” como cidadão que deve almejar poder de contratualidade social (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 33).

Pensar a Reforma Psiquiátrica como um processo complexo implica desconstruir, superar conceitos; pensar, refletir sobre as ações no campo da saúde mental e os efeitos de

suas práticas; criar, construir novas práticas e produzir outros saberes. Trata-se, portanto, de um processo contínuo em que os verbos transformar, produzir, desconstruir, desmontar, emancipar, reconstruir devem estar no cotidiano do fazer em saúde mental.

2.1 O Modo Psicossocial

A elaboração das práticas do modo psicossocial é tributária de diferentes movimentos sociais científicos e vários campos teóricos. Sob esse aspecto, Abílio da Costa-Rosa (2000; 2003), busca especificar elementos básicos do novo paradigma traçando um paralelo de análise entre as práticas constitutivas do modo asilar e aquelas exigidas ao modo psicossocial⁷.

As principais características do modo asilar são: ênfase na consideração de determinantes orgânicos nos problemas que se pretende tratar, o que implica que o seu meio básico seja medicamentoso; pouca ou nenhuma consideração da existência do sujeito, o que implica que não se insista na sua mobilização como participante do tratamento. O indivíduo continua sendo visto como doente, tanto em relação à família quanto em um contexto social mais amplo. Daí decorre que a intervenção seja quase exclusivamente centrada nele. As aproximações da família, quando ocorrem, costumam ter caráter apenas pedagógico e assistencial. Dessa consideração do indivíduo como centro do problema, entre outros fatores, decorre também seu isolamento em relação ao meio familiar e social.

Ainda, com relação as práticas assistenciais, no modo asilar, o trabalho é realizado sem que os profissionais se encontrem para conversar sobre a atividade comum. O prontuário é considerado o elo de interconexão entre os profissionais da equipe. Mesmo no caso em que o meio é multiprofissional, a determinação fundamental dos problemas continua, na prática, sendo biológica. Portanto, a eficácia do tratamento espera-se que venha da química. Sua instituição típica continua sendo o hospital psiquiátrico fechado,

⁷ O autor observa que esta análise tem uma dimensão histórica, na medida que inclui uma consideração dos avanços que tem ocorrido nas práticas concretas até o presente; e outra dimensão lógica, visto que decorre da dedução realizada, através do método de análise, das características imprescindíveis a um determinado dispositivo para que ele configure uma lógica contraditória com a dos dispositivos que pretende superar e substituir (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.36).

ainda que nas últimas décadas esse venha sendo alvo de reformas democratizantes, intermitentes e esteja acompanhado de dispositivos chamados extra-asilares.

No modo psicossocial a concepção do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos sustentados para lidar com esse processo requer a desinstitucionalização do paradigma “doença-cura” e sua substituição pelo “existência-sofrimento”, conjuntamente com a configuração de práticas de trabalho transdisciplinares.

Destacam-se como principais exigências ao modo psicossocial: a determinação e consistência psíquica e sociocultural dos problemas, e não orgânica; a desospitalização e a desmedicalização, o que significa desconsiderar a medicação como resposta única ou preponderante e a priori; o exercício da “clínica da escuta e da criação de si”, e não a clínica da observação e da retomada do estado anterior às crises; a horizontalização das relações intrainstitucionais; a participação dos usuários e da população em forma de autogestão e co-gestão; o livre trânsito dos usuários e da população; a ética do reposicionamento do sujeito, que significa reconhecer a implicação subjetiva como forma de singularização e não supressão sintomática.

Os dispositivos institucionais típicos do modo psicossocial são os centros e núcleos de atenção psicossocial, o Hospital-Dia, ambulatórios de saúde mental; equipes multiprofissionais de saúde mental, inseridas em Centros de Saúde; setores para tratamento em saúde mental, inseridos em hospitais gerais. Seus meios básicos de tratamento são a psicoterapia, a laboterapia, as socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural, além da medicação.

É decisiva a importância que se atribui ao sujeito, daí que se insista de maneira fundamental na sua mobilização como participante principal do tratamento. Não se deixa de considerar, por isso, a sua dimensão de indivíduo (orgânico e sócio-cultural). Dá-se ênfase à consideração da pertinência do indivíduo a um grupo familiar e social. Supõe-se que se deve trabalhar também a família e o grupo social como agentes das mudanças buscadas.

Da consideração de que não é o indivíduo o único problemático, sugere-se que se inclua no tratamento também a família e eventualmente um grupo mais ampliado. As formas de participação da família e do grupo ampliado no tratamento são várias e superam, em muito, as posturas assistencial e orientadora, características do modo asilar. As associações de usuários e familiares criadas no modo psicossocial são reflexos dessa nova postura em relação aos usuários.

No modo psicossocial, espera-se que as diferentes possibilidades de ação se estendam desde a continência do indivíduo, durante a crise, até o reconhecimento da implicação familiar e social nos mesmos problemas. Espera-se, portanto, que tanto uns quanto outros possam assumir a parte de seu compromisso na atenção e no apoio. Além disso, dá-se acentuada ênfase à reinserção social do indivíduo, sem perder de vista que, muitas vezes, não é a problemática com a qual ele chegou a responsável pela sua saída da circulação sociocultural.

Quanto às formas de organização institucional, no modo asilar estas são marcadas por estratificações de poder e saber no âmbito do pessoal da instituição, que se transladam para a relação com os usuários e a população, os quais estão excluídos de qualquer participação que não seja a do objeto inerte e o mundo. Já os dispositivos do modo psicossocial tem suas práticas fundamentadas na lógica da Psicoterapia Institucional e da Comunidade Terapêutica e, geralmente, estas são instrumentadas por meio de assembleias de usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental. Participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais no modo psicossocial, por oposição à estratificação e interdição institucionais à heterogestão e à disciplina das especialidades que dominam no modo asilar.

Neste sentido, o autor propõe designar a Atenção Psicossocial como paradigma do modo psicossocial, em oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar.

2.1.2 Atenção Psicossocial

O termo Atenção, no contexto da Reforma Psiquiátrica, assume o conceito de “dar e prestar atenção, acolher, receber com atenção, tomar em consideração, levar em conta e escutar atentamente”. Designa uma parte fundamental do contorno que se pretende imprimir às ações de Atenção Psicossocial nas práticas em saúde mental. Expressa certos princípios relativos, sobretudo, à forma das relações dos agentes institucionais e das próprias instituições como dispositivos, com os sujeitos usuários e suas demandas (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 22).

Já o conceito Psicossocial designa as práticas em Saúde Mental Coletiva que se inscrevem como transição paradigmática da psiquiatria; enquanto que o termo psicossocial

agrega ao 'objeto' das práticas em saúde mental aspectos psíquicos e sociais, e tem a função de designar experiências reformadoras em sentido amplo (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 19).

Segundo o autor, ao somatizar aspectos sociais e psíquicos aos aspectos biológicos do paradigma e do objeto da psiquiatria a Atenção Psicossocial vai promover transformações nas concepções do objeto, nos modos de conceber e estruturar a instituição como dispositivo e, sobretudo, na forma de conceber e estruturar as relações terapêuticas, que tem, por sua vez, implicações éticas radicalmente distintas das práticas asilares.

A Atenção Psicossocial subentende ações diferenciadas das contidas no paradigma asilar e psiquiátrico. Na definição de Costa-Rosa Luzio e Yasui (2003, pp. 34-36):

a Atenção Psicossocial parece configurar um campo capaz de congrega e nomear todo o conjunto das práticas substitutivas ao Modo Asilar, conservando ao mesmo tempo a abertura necessária para a inclusão das inovações que ainda estão se processando e para outras que certamente virão. [...] As práticas de Atenção Psicossocial representam a sedimentação de um vasto conjunto de variações teórico-técnicas e éticas, mais ou menos radicais, conforme o caso, em relação às práticas vigentes e dominantes, que estão no lugar estrutural de sua alteridade necessária.

Os autores argumentam que a Atenção Psicossocial tem sustentado um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas norteadas pela aspiração de substituírem o modo asilar, e algumas vezes o próprio paradigma da psiquiatria. As ações na esfera político-ideológica trabalham em sintonia com os movimentos sociais que lutam pelo resgate da dignidade humana e dos direitos individuais e coletivos de cidadania. As ações teórico-técnicas referem-se à produção de novas formas de intervenção que possibilitem a construção de novos dispositivos que trabalhem pela transformação radical dos modelos institucionalizados e da ética em que se pautam.

Atenção Psicossocial, entendida como paradigma do modo psicossocial, designa concepções contrárias ao modo asilar. Quando referida as políticas públicas de saúde mental aspira a inclusão de aspectos políticos, econômicos, sociais, culturais e outros relacionados com ações que visam a construção de práticas de emancipação para a cidadania. Neste trabalho, se refere ao modelo de atenção em saúde mental que deve nortear as práticas dos serviços substitutivos, especificamente, a dos centros de atenção psicossocial.

Dessa forma, a complexidade e amplitude das práticas de Atenção Psicossocial inclui como seus componentes necessários, os conceitos e as práticas englobadas na desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, a partir de uma perspectiva baseada no aumento da contratualidade social dos usuários das instituições.

2.2 Desinstitucionalização

A desinstitucionalização tem sua origem nas experiências desenvolvidas por Franco Rotelli (1990), na Psiquiatria Democrática italiana. Segundo o autor, o primeiro passo da desinstitucionalização consiste em desmontar a relação problema-solução, renunciando a busca da solução racional (tendencialmente ótima) que no caso da psiquiatria é a normalidade plenamente restabelecida.

“O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de “cura” mas no projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente” (ROTELLI, 1990, p.30). Neste sentido, trata-se de um processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito doente. A desinstitucionalização traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação na qual exista reciprocidade entre sujeitos - uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade.

Nas palavras do autor,

A desinstitucionalização é, sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. [...] Depois de ter descartado a ‘solução-cura’ se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento (ROTELLI, 1990, p.33).

Em sua origem, os pressupostos da desinstitucionalização encaminham-se no sentido da restituição da subjetividade do indivíduo, possibilitando-lhes a recuperação de sua contratualidade, isto é, da posse de recursos para trocas sociais e, por conseguinte, para a cidadania social. Contudo, alguns estudos sobre as mudanças operadas na assistência no

âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira apontam para a compreensão da desinstitucionalização como desospitalização⁸.

Segundo Spricigo (2001), a desinstitucionalização, não correlata da desospitalização, torna-se a um só tempo, processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito adoecido. Traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação em que exista reciprocidade entre sujeitos, uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade. Isso gera a necessidade de invenção de novas modalidades de mediação, não somente médicas, mas principalmente políticas, sociais e culturais.

Sobre esta questão, Amarante (1995b) enfatiza que a mudança desejada na assistência em saúde mental não corresponde simplesmente ao fechamento de hospitais psiquiátricos e o conseqüente abandono das pessoas em suas famílias ou nas ruas, nem no fechamento de leitos para reduzir custos, no sentido do neoliberalismo ou no sentido do enxugamento do Estado. Segundo o autor,

desinstitucionalização não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativo. Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social (AMARANTE, 1995b, p. 491-494).

⁸ Ver SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Série Teses em Enfermagem, n° 42)

Neste sentido, a proposta da desinstitucionalização está centrada em uma mudança completa do paradigma de saber em saúde mental e, do ponto de vista assistencial, na constatação de que o hospital psiquiátrico tradicional é antiterapêutico. Assim, a estratégia de conversão do sistema de cuidado deve partir da substituição do hospital psiquiátrico por um amplo rol de serviços abertos e comunitários, capazes de assistir o usuário desde a crise aguda até às necessidades mais amplas de caráter social. Nestes novos serviços, a reabilitação psicossocial vem se configurando como um lineamento para o desenvolvimento de programas, eticamente responsáveis, no sentido de dar conta da totalidade das demandas que os problemas mentais severos e persistentes requerem.

2.3 Reabilitação psicossocial

Na definição da Organização Mundial de Saúde (1987 apud PITTA, 2001) reabilitação psicossocial é o conjunto de atividade capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários.

Segundo Pitta (2001), a reabilitação psicossocial, no seu sentido instrumental, é representada por um conjunto de meios (programas e serviços) que são desenvolvidos para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes, ou seja, um processo para facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. Tal processo enfatiza as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo e a cada situação de modo personalizado.

Para Saraceno (2001), a reabilitação psicossocial prevê um processo de restituição e reconstrução de direitos políticos legais e sociais para o cidadão. Para tal, projetos de ressocialização devem promover o reconhecimento do portador de transtorno mental.

Para Kinoshita (2001), reabilitar é reconstruir valores, aumentar o poder contratual, criar condições de possibilidade para que um paciente possa, de alguma

maneira, participar do processo de trocas sociais, produzir dispositivos que, desde uma situação de desvalor quase absoluto (pressuposto), possa passar por experimentações, mediações que busquem adjudicar valores aptos para o intercâmbio, ou seja, modificar o pressuposto de desvalor natural para um pressuposto de valor possível proposto, explícito.

O autor considera que reabilitar pode ser entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia. Sendo que, a contratualidade do usuário vai estar, primeiramente, determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Se estes podem usar de seu poder para aumentar o poder do usuário ou não. Depois pela capacidade de se elaborar projetos, isto é, ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida.

Ainda, diretamente ligada a questão da reabilitação de pacientes está a necessidade de se estabelecerem diversificadas redes de relações, as quais melhor capacitariam os indivíduos a compreenderem quais determinações influenciam sua vida cotidiana, ampliando sua autonomia.

O conceito de autonomia aqui referenciado é entendido como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001).

3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Apresentamos, a seguir, os resultados e as análises da pesquisa realizada, a partir dos eixos que nortearam a coleta dos dados e das informações: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde.

3.1 Estrutura e recursos financeiros

O conjunto de serviços substitutivos ao modelo de atenção em saúde mental tradicional (manicomial/asilar), do qual os centros de atenção psicossocial fazem parte, é, atualmente, regulamentado pela Portaria GM/MS N° 336/2002. Esta portaria estabelece portes diferenciados, a partir de critérios populacionais, para abrangência, financiamento e tipo de serviço prestado, de acordo com cada modalidade de CAPS.

Com relação a estrutura física, os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender a sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado. Para tanto, devem estar equipados com consultórios individuais para consultas, entrevistas, terapias, salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitório, sanitários, área externa para oficinas, recreação e esportes (BRASIL, 2004).

Neste aspecto, O CAPS Ponta do Coral tem uma estrutura que compreende um terreno com área física total aproximada de 1.936,00m², destes, aproximadamente 421m² são de área construída. Fazem parte das instalações, uma casa com dois pavimentos, um anexo, utilizado como sala do brechó, área de lazer e estar externa, e estacionamento. O pavimento superior da casa comporta 2 varandas, sala de recepção, sala de espera, 2 áreas de circulação (corredores), sala de administração, 2 consultórios, sendo que no momento um é utilizado como sala administrativa para realização de procedimentos relacionados ao preenchimento das APACs⁹, 2 salas para atividades grupais com WC, sala de depósito de

⁹ Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo.

material, cozinha com despensa, refeitório com churrasqueira, sala ampla (auditório) equipada com multimídia, sala de enfermagem, sala de repouso, e 7 banheiros distribuídos no espaço físico do pavimento superior. No pavimento inferior encontra-se a sala utilizada pela associação de usuários, 2 salas para a realização de oficinas (com passagem de uma para outra), sala com forno, sala de depósito de material e lavanderia¹⁰.

De acordo a pesquisa realizada, 83,3% dos profissionais considera a área física do CAPS suficiente para o atendimento da demanda e 66,7% consideram as instalações adequadas para a realização das atividades propostas; apenas um profissional observou que considera a estrutura do CAPS suficiente desde que as oficinas produtivas sejam realizadas fora da unidade. A mesma porcentagem (66,7%) considera os equipamentos disponíveis suficientes. Neste âmbito, o serviço conta com computador com impressora, aparelho de telefone e fone/faz, televisão, mesas de escritório, cadeiras, quadro branco, maca para atendimento em enfermagem, camas de repouso, fogão industrial, pia, mesas e bancos no refeitório, bancos para estar e descanso, entre outros. Metade dos profissionais respondeu que os equipamentos estão em bom estado de utilização, com ressalvas para salas com pouca ventilação no pavimento inferior.

Já com relação aos materiais de consumo, 91,7%, correspondente a onze dos doze profissionais que responderam ao formulário, consideram que os materiais de consumo não são suficientes. Eles se referem à falta e irregularidade no recebimento de materiais básicos à manutenção do serviço, tais como copo descartável para água, papel higiênico, e, principalmente, material específico para uso nas oficinas terapêuticas e de produtividade. Esta situação pode ser observada nas falas dos profissionais, que identificam as dificuldades no funcionamento do CAPS com relação a falta de recursos materiais e financeiros:

[...] essa falta de recursos é isso que eu te digo, desde a parte administrativa, nós precisamos de papel, carbono, copo pra tomar água, por exemplo, agora nós somos uma Unidade Local de Saúde que não tem copo descartável, já faz quase quinze dias, vinte dias, não tem copo descartável; falta água, aí nós temos que esperar, sendo que é um lugar que transita muitos usuários, eles tomam medicação e precisam tomar água, eles tomam muita água, e acaba não tendo água potável; por exemplo, teve época que faltou papel higiênico, em um serviço onde os usuários chegam fazem lanche, almoçam, fazem lanche da tarde, eles passam o dia aqui, então precisa ter uma estrutura mínima de atendimento (LÉLI, 4/4/2006).

¹⁰ Conforme Planta Baixa da unidade constante no projeto de reforma e ampliação executado em 2003/2004.

[...] a gente tem também o problema de fornecimento de material de consumo já há algum tempo, também desde que essa administração começou (Gestão Municipal e da Secretaria de Saúde), o fornecimento de material de consumo é interrompido, a gente fica sem tinta pra impressora, sem papel, sem papel higiênico...; tem diversos itens desses que são necessários, fazem parte do funcionamento do dia-a-dia do serviço (F, 12/4/2006).

[...] as oficinas terapêuticas e produtivas, requerem um material específico que precisa de dinheiro, e aqui, na política específica do município não tem uma regularização quanto ao repasse desse dinheiro [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

[...] a falta de agilidade no fornecimento das reservas para as oficinas, tudo isso resulta em um prejuízo para o trabalho; ficou quase uns dois meses a oficina fechada por falta de material, por exemplo [...] (P, 17/3/2006).

Outra dificuldade mencionada pelos profissionais no funcionamento do serviço é o vale transporte dos usuários:

[...] o funcionamento em geral fica prejudicado porque na medida em que falta vale transporte o usuário não vem, não consegue se deslocar para vir até aqui, aí interrompe aquele projeto terapêutico que havia sido feito com o usuário [...] (VIK, 24/3/2006).

[...] a questão, por exemplo, da dificuldade que a gente tem aqui: o transporte dos pacientes, a questão do passe, é muito irregular; então, isso reduz a nossa produtividade também, porque os pacientes acabam não vindo. Muitas vezes a gente não pode, por exemplo, contar com aquele paciente que veio para uma entrevista inicial porque ele não tem como estar vindo no curto prazo, então, acho que isso, a questão do custo que é o transporte em Florianópolis, também acaba afetando o nosso trabalho, então, nesse sentido, a falta de regularidade no passe [...] (P, 17/3/2006).

A partir dessa relação entre as diversas necessidades para o funcionamento do serviço é possível perceber que os profissionais assumem como princípio uma concepção de saúde ampliada, na qual não basta somente o atendimento terapêutico. Outros fatores estão interligados e contribuem para que a assistência efetivamente ocorra. Contudo, a concepção e prática setorializada das políticas sociais brasileiras provoca situações dessa natureza, na medida em que não se trabalha a inter-relação entre elas. Esta forma de setorialização das políticas sociais, no entanto, não é característica apenas da realidade brasileira, mas uma “modalidade do Estado burguês” que traduz as expressões da questão social mediante a tipificação das políticas sociais (NETTO, 1992).

Várias iniciativas têm buscado romper com esta perspectiva como a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), que reafirmou a necessidade de se garantir e melhorar o acesso aos bens e serviços da sociedade: prover trabalho, creches, profissionalização, educação, lazer, escolas, habitação, transporte, segurança pública, saneamento básico. Também, destacou ser fundamental enfatizar a questão do transporte urbano acessível aos usuários, a fim de que seja garantido o deslocamento entre os serviços de saúde e sua moradia (BRASIL, 2002a).

Na seqüência da pesquisa realizada, dois entrevistados referiram que a falta e as dificuldades no fornecimento dos recursos materiais necessários estão mais acentuadas na atual gestão administrativa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)¹¹. Foram relacionadas, ainda, como dificuldades, a falta de um carro disponível para o CAPS, a falta de terapeuta ocupacional, de outro médico psiquiatra e outros profissionais de nível médio (auxiliar administrativo, pessoa para limpeza). Outras questões listadas estão relacionadas aos recursos humanos e as necessidades de integração do serviço na política municipal de saúde. Os profissionais relatam a existência de dificuldades de interação da equipe, falta de capacitação, supervisão institucional, falta de apoio institucional, falta de efetivação de uma rede de saúde mental e/ou a existência de uma rede de atenção ainda incipiente, em processo de formação, falta de estrutura para atenção às urgências, dificuldades do gestor em compreender a lógica da saúde mental, salários incompatíveis com as funções.

Os problemas relatados pelos profissionais aparecem diretamente relacionados à insuficiência dos recursos financeiros de custeio do serviço. Todos os entrevistados referiram que os recursos gerados pelo serviço, através das APACs, não são suficientes para a realização das atividades do CAPS. Dentre as atividades prejudicadas, o trabalho nas oficinas foi apontado como o principal, conforme aparece na fala a seguir:

o que requer mais recursos, atualmente, são as oficinas produtivas, por exemplo, houve uma paralisação de muitas das oficinas quando faltou recurso. O recurso não é exatamente suficiente. Eu acho que os R\$ 500,00 por mês é um recurso pequeno [...] acho que o recurso poderia ser maior, pelas necessidades ele acaba sendo reduzido, não é uma coisa que você possa comprar a vontade, assim, é limitado, muitas vezes, a oficina tira de uma pra passar pra outra (P, 17/3/2006).

¹¹ Gestão Municipal 2004/2008; a Gestão da Secretaria de Saúde referida é a de 2004 a abril de 2006 que teve como gestor o vereador Walter da Luz; à época da coleta dos dados empíricos houve mudança do gestor municipal de saúde, assumindo o cargo o ex-secretário estadual de saúde João José Cândido da Silva.

Um dos profissionais apontou como principal atividade prejudicada pela falta de recursos financeiros a questão do território. Segundo este, a falta de recursos interfere no atendimento prestado, no sentido de que não é possível realizar o acompanhamento, a inclusão e avaliação do usuário em seu território. De acordo com este profissional,

o dinheiro do CAPS pode ser melhor gerido se investir no território. Investir no território seria elaborar projetos, ter mais articulação com a associação de moradores, ou seja, com os recursos que o território oferece, e aí precisa aumentar a própria equipe porque vai ter equipes que vão ter que se deslocar do CAPS; vai ter que ter investimento em carro, daí vai ter que ter um motorista, os próprios agentes comunitários tem que ter essa parceria, isso tudo implica em financiamento. [...] como eu sempre digo, território é onde a vida acontece, onde a cultura é produzida, onde as manifestações de vida, elas estão mais visíveis [...], mas investir lá no território, a equipe tem que estar inserida lá, estar toda hora pensando e discutindo [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

De acordo com as recomendações da política do Ministério da Saúde, as ações de saúde mental devem obedecer a um modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas. São ações que envolvem práticas de reabilitação psicossocial, promoção da cidadania, construção da autonomia possível dos usuários no ambiente em que eles vivem, e que necessitam de uma equipe multidisciplinar capaz de trabalhar sobre a ótica da interdisciplinaridade (BRASIL, 2004).

Necessariamente, a mudança de um modelo assistencial requer a análise de sua estrutura de financiamento. Isso significa que as características singulares e diferentes dos CAPS, em relação aos modelos tradicionais de assistenciais, e a complexidade das ações desenvolvidas por estes serviços necessita vir acompanhada de uma mudança na lógica de alocação de recursos financeiros.

Atualmente, o principal órgão financiador dos CAPS é o Ministério da Saúde (MS). Com a publicação da Portaria GM/MS nº 336/2002 os CAPS passam a fazer parte das ações estratégicas do MS. Esses serviços são incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e a remuneração é através do sistema APAC/SIA¹². Baseado na fatura que o prestador de serviços de saúde apresenta ao SUS, correspondente aos seus gastos

¹² A Portaria GM/MS nº 336/2002 descreve os procedimentos objeto de remuneração, classificando-os em intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Para essas três modalidades de atendimento, a Portaria GM/MS nº 189/2002 fixou o número máximo de atendimentos mensais para cada modalidade, de acordo com cada tipo de CAPS, sendo que para cada tipo de procedimento é destinado um valor diferenciado. Nos CAPS II, um procedimento intensivo custa R\$ 25,40; um semi-intensivo, R\$ 16,30; e um não-intensivo, R\$ 14,85 (BRASIL, 2002).

mensais com a produção de atendimentos aos usuários dos CAPS, o Ministério da Saúde repassa, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, o montante equivalente à sua produção. A inovação introduzida por este modelo de pagamento refere-se à fonte de financiamento, ou seja, ao acréscimo de recursos financeiros repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estadual e Municipal de Saúde (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, pp.129-132).

Sobre este aspecto, perguntamos aos entrevistados qual conhecimento possuem sobre o repasse dos recursos financeiros para o CAPS. Na sua maioria, eles referiram saber sobre os recursos originados a partir das APACs, contudo, relataram não saber sobre o controle do uso desse recurso, conforme expresso nas falas relacionadas:

[...] tem o valor, o montante desse valor que é produzido dos atendimentos pagos pelo Ministério (MS), então, tem isso mensal, a gente tem o valor que chegou, somou, vamos dizer assim, esse montante que a gente somou dos atendimentos feitos no mês, isso a gente sabe, porque as APACs são geradas aqui no CAPS, mas o repasse disso via Fundo Municipal, esse controle eu não sei, eu sei do valor que tem que receber mensalmente (VIK, 24/3/2006).

Bom, formalmente, eu desconheço qualquer..., todas as formas de recursos. O dinheiro da produtividade referente as APACs vai para o Fundo Municipal de Saúde e nunca teve prestação de contas disso. Na verdade a gente não sabe qual é o destino que é dado nem quanto vem; tem o nosso levantamento interno da produtividade, mas não sabemos o que é feito desse recurso (F, 12/4/2006).

Alguns profissionais referiram-se ao fato de o município não ter gestão plena do SUS,

Bom, eu tenho algum, pouco do que é repassado, a gente sabe o que foi recolhido, por exemplo, através das APACs, que são os atendimentos feitos aqui, então eu sei quantos atendimentos foram, qual seria o valor que essas APACs dariam, mas eu não sei qual o valor que a gente acaba recebendo, que fica num fundo perdido, no sentido de que é um fundo único por não ser gestão plena (J, 22/3/2006).

O conhecimento que eu possuo é muito irregular e insatisfatório, assim, a relação APAC, por exemplo, o repasse do dinheiro que viria do Ministério da Saúde a gente acaba..., nós não somos gestão plena então vai pra secretaria (municipal) de saúde e ali é passado pra compra de alimento..., enfim, mas nós não temos autonomia sobre esse dinheiro, então, uma vez que você não tem autonomia o teu conhecimento fica restrito. Está na mão da secretaria mesmo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais discorreu detalhadamente sobre a forma como os recursos são gerados e repassados à unidade gestora (SMS), referindo-se que todas as diretrizes sobre financiamento do serviço são preconizadas pelo Ministério da Saúde através de portarias.

Os recursos financeiros do CAPS são obtidos através de APACs, Autorização de Procedimento de Alto Custo; pra se preencher uma APAC é necessário que haja uma organização do serviço em cima de modalidades de atendimento; as modalidades de atendimento podem ser: semi-intensivo, intensivo e não-intensivo, cada um tem um determinado valor em relação a esse procedimento, ou seja, todas as diretrizes em relação a financiamento, o Ministério preconiza isso em portaria, então, os conhecimentos que eu possuo em relação aos recursos financeiros do Caps são os conhecimentos que já estão preconizados em relação ao Ministério da Saúde; essa APAC uma vez preenchida ela é computada, ela é repassada pro governo federal e este repassa o dinheiro fundo a fundo; esse dinheiro vem pro Fundo Municipal de Saúde, e é esse dinheiro que é aplicado na saúde mental pra ter a gestão do serviço [...] aqui acontece da seguinte forma: cada gestor municipal, como a política é municipalizada, eles criam um protocolo, nesse protocolo eles colocam de que forma esse dinheiro pode ser gastado na saúde mental; então, existe um documento no município dizendo, olha na saúde mental você pode gastar tanto com a associação de usuários, tanto pra comprar materiais, tanto pra gastar em vale transporte; então, existe um protocolo dizendo no que você pode gastar esse dinheiro que vem na saúde mental; é um dinheiro que vem do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde; esse dinheiro cai nessa conta e ali existe um acordo de como se gastar; esse dinheiro é manejado pelo gestor municipal de saúde (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme apontam Freire, Ugá e Amarante (2005, pp. 131-133), o modelo de alocação de recursos dos CAPS (sistema de remuneração por APAC) trás contribuições à política nacional de saúde mental ao inserir os CAPS no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) do MS, pois proporciona maiores incentivos financeiros, haja vista a alocação de recursos municipais extra-teto para a manutenção de serviços já existentes e a implantação de novos serviços.

Contudo, os mesmos autores ressaltam que há de se perceber que a lógica da remuneração que o SUS imprime aos CAPS vincula-se, preponderantemente, à doença. Ou seja, as unidades assistenciais do SUS seguem um sistema de remuneração vinculado a um diagnóstico, mais especificamente, a um episódio de doença, internação, contidos na tabela de procedimentos hospitalares (SIH/SUS) ou a ações ambulatoriais, inscritas na tabela de procedimentos ambulatoriais (SIA/SUS). Desta forma, “o sistema de saúde encontra-se, em sua quase totalidade, voltado para a produção de atos vinculados a doença, isto é, atos

curativos, valorizando, em consequência, intervenções predominantemente individuais, que são remuneradas pela venda de procedimentos, diárias e atos médicos-assistenciais de natureza privatizante” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p 133).

Amarante (2003, pp. 62-63) considera que os CAPS, como os serviços integrantes do SUS, também foram capturados pela lógica da *inampização*, ou seja, pela lógica do pagamento por procedimento. Para o autor, “o modelo prevalente dos CAPS é o herdeiro mais autêntico e legítimo da lógica do antigo INAMPS, onde a saúde era reduzida a doença, ao mesmo tempo em que o sistema de saúde era reduzido a assistência médico-curativa”.

Portanto, o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. Pelo contrário, tente a prejudicar a complexidade de ações dos CAPS, na medida em que não é previsto financiamento das diversas relações que podem ser estabelecidas com a comunidade, com as lideranças e associações comunitárias. Tais ações, dentre muitas outras possibilidades de intervenção territorial, “são inerentes a esse tipo de serviço e objetivariam imprimir um processo de transformação cultural nos diversos segmentos da sociedade, no lidar e no acolhimento das pessoas em sofrimento mental” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 135).

Sobre a forma de repasse dos recursos financeiros ao CAPS, os profissionais entrevistados relataram não existir descentralização administrativa. Os recursos chegam ao serviço na forma de materiais. Alguns profissionais observaram que até a gestão administrativa da secretaria municipal de saúde anterior eles tinham acesso a uma verba de R\$ 500,00 que utilizavam na compra de material para as oficinas. A partir da atual gestão esse dinheiro não foi mais repassado. A compra do material passou a ser feita através de orçamento encaminhado à secretaria, que faz o pagamento, e os profissionais retiram os materiais.

Não, a gente não tem acesso a esse recurso diretamente, a gente não é uma unidade que gere o seu recurso; ele vai pra secretaria e a secretaria... por exemplo: toda a compra de... o pagamento dos almoços, lanches, etc.. é a secretaria que faz; a gente não tem autonomia; o único recurso que a gente manuseia são os R\$ 500,00, que vem para as oficinas; isso é dividido, as Oficinas fazem um rateio, cada oficina compra o seu material, mas até parece..., da última compra fui eu que comprei, ela (SMS de Florianópolis) determinou, já colocou a empresa que vai fornecer; não sei se foi mediante licitação, já fez o pagamento direto, a gente só foi lá escolher e pegar os produtos que tinham sido

solicitados; então..., de outras vezes, por exemplo, a gente pegava o cheque ia lá comprava, pagava naquele valor, agora isso não foi feito dessa forma (P, 17/3/2006).

Desde que começou essa administração (Gestão Municipal 2004-2008) acabou esse repasse; então atualmente a única vez que a gente conseguiu material pras oficinas foi através de empenho que a própria secretaria fez..., então, permanece centralizado, a única coisa que a gente teve que fazer foi ir nas lojas fazer orçamento, passar pra secretaria, a secretaria emitiu as notas, e aí a gente foi buscar o material com essas notas, mas não com o dinheiro (F, 12/4/2006).

Não, não existe, porque, na gestão passada (Gestão Municipal 2000-2004) ainda vinha uma verba de dois em dois meses, tipo quinhentos reais pra compra de material pra oficinas; nós comprávamos, apresentávamos as notas e depois eles colocavam o dinheiro; nessa gestão (Gestão Municipal 2004-2008; Gestão da Secretaria de Saúde de 2004 até abril de 2006) não existe nada, então, a pergunta se existe descentralização administrativa dos recursos financeiros, não, não existe (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais referiu-se a descentralização não apenas como repasse de recursos financeiros e funções administrativas, mas como compartilhamento de poder na gestão do serviço.

Essa descentralização, eu estou entendendo como um compartilhamento de poder; não existe esse compartilhamento de poder na hora de gerir os recursos, assim, o CAPS possui CNPJ, mas ele não possui uma conta específica pra vir dinheiro pro CAPS, não existe isso, existe esse acordo que eu te falei, que vem do fundo a fundo e esse dinheiro vai pra saúde mental e o CAPS tem uma vertente pro CAPS, o dinheiro não é só pro CAPS, ela vai pra saúde mental, e aí o CAPS acaba utilizando esse dinheiro, então, quando pergunta sobre a descentralização eu faço a avaliação de que é o compartilhamento de poder, então, não tem isso, é o gestor que acaba se apoderando desse sistema de financeiro, a gente não interfere (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ao considerarmos a questão da descentralização político-administrativa dos recursos financeiros, temos a intenção de destacar que a transferência desta prática às unidades prestadoras de serviços em saúde nos municípios poderia estar favorecendo uma melhor utilização e adequação dos recursos às necessidades reais do serviço, bem como possibilitar maior agilidade na compra dos materiais e viabilizar um processo de gestão democrática e participativa, entre técnicos trabalhadores, usuários e gestores. Essa prática traduz-se, por sua vez, em um exercício político-pedagógico de construção da democracia, objetivando uma atuação com transparência na administração da coisa pública.

Quando questionados sobre se a descentralização financeira dos recursos possibilitaria o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, os

profissionais, na sua maioria, disseram que sim, com algumas ressalvas feitas para a necessidade de mudanças na forma de gestão administrativa do serviço, conforme expresso nas falas que seguem:

Sem dúvida, sim sem dúvida, isso é um equívoco assim porque..., justamente porque a gente não sabe qual é o destino dado a esse dinheiro. A gente acredita que se a gente tivesse mais transparência nesse processo a gente poderia pelo menos priorizar certas coisas que são de fato importante e garantir que elas fossem..., que a gente conseguisse obter essas coisas, enfim, o investimento necessário (F, 12/4/2006).

A melhor utilização sim acho que o planejamento teria que ser anterior, mas sim, acredito que utilizar no sentido até..., porque muitas vezes, como vai para esse Fundo que é pra todos, pra toda a saúde, você acaba sem saber, igual agora, que a gente já tem o dinheiro da supervisão disponível na secretaria, mas não tem como a gente começar amanhã, embora o dinheiro já esteja lá., porquê? porque a gente não sabe como esse dinheiro vai sair e entrar na mão do terapeuta que vai fazer a supervisão da equipe e isso pode demorar um mês, dois meses, vai saber, seria melhor, claro (J, 22/3/2006).

Sim, com certeza, porque nos iríamos sentar e ver as necessidades, por exemplo, esse ano nós ficamos desde o ano passado até um mês atrás sem material nenhum pras oficinas e as oficinas que mais tinham, capitalizavam usuários e não tínhamos material, nós tivemos que suspender as oficinas; então nós sabemos das necessidades, as necessidades dos usuários, quais as oficinas tem mais usuários, pra gente pode administrar e vê onde pode estar investindo (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que sim porque ficaria mais próximo da própria administração do CAPS, porém, ia surgir a necessidade de ter todo um aparato administrativo pra poder gerenciar isso, mas assim, na medida que aqui no CAPS a gente tem uma gestão participativa, em que os usuários estão reunidos semanalmente pra pensar as regras do CAPS, as necessidades do CAPS, enfim, seria mais interessante talvez, esse repasse direto tu quer dizer, é... não sei assim, a princípio..., hoje a gente tem uma estrutura de conselho que prevê o controle social através do Fundo Municipal de Saúde, o Conselho Municipal tem essa ligação também, e aí a gente está lá também, de certa forma representado (VIK, 24/3/2006).

Olha, eu acho que teria que mudar um pouco a nossa dinâmica de funcionamento; não deixa de ter um lado...bom, é uma faca de dois gumes, poderia facilitar a gente fazer um processo mais rápido talvez, não faltaria coisa, porque as vezes faltam coisas básicas, agora, por exemplo, faltam copos, se você tivesse o recurso você ia ali e comprava uns pacotes de copos, não teria essa... essa falha; agora é saber que é mais uma tarefa também que acumularia em termos administrativos, financeiros, quer dizer, não sei se você não está ali também inchando o processo burocrático aqui dentro do CAPS; eu acho que pode ter vantagens, mas pode ter desvantagens; eu teria que pensar melhor, nunca pensei nessa possibilidade; assim, acho que o dinheiro da Oficina, puxa, se a gente tivesse aqui uma verba seria mais fácil, as vezes faltam coisas

pequenas que você não tem como estar repondo aqui, tem que esperar uma nova verba, de repente pra.... (P, 17/3/2006).

Um dos profissionais observou sobre as questões práticas e políticas que envolvem a descentralização no contexto do SUS:

Esse compartilhamento de poder ele só pode ser discutido dentro da lógica do SUS, universalização, integralização, etc., dentro dos preceitos do SUS tem o controle social, essa descentralização só pode ser discutida quando acontece o controle social. Hoje essa descentralização ela tem que ser discutida no Conselho Municipal de Saúde e mais precisamente no conselho gestor dentro do CAPS; agora, porque não ocorre isso? Porque não tem a clareza da necessidade; eu acredito que as pessoas que acabam estando na prática, principalmente no CAPS, se sobrecarregando com as coisas, e acabam não tendo a clareza, ou não querendo assumir mais um encargo trabalhista; então, esse é um dos grandes problemas que existe, a sobrecarga de trabalho, as condições de trabalho, aí você acaba tendo que lutar por tudo isso; isso aí eu vejo que tem muito a ver com a questão da militância, pessoas que já estão, lá na época ou do ensino médio, que já começam ir pros grêmios, depois a pessoa acaba indo pra militância no movimento estudantil, e quando vão pros serviços de saúde são profissionais mais críticos, que acabam tendo essa visão mais ampla da saúde e da política; então, as pessoas que acabam chegando no serviço com um pouco desse ideal de controle social eu diria, acabam questionando mais essa questão da descentralização; voltando a tua pergunta sobre a descentralização financeira, ela poderia sim possibilitar um melhor planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, se houver o controle social dentro dessa descentralização financeira (GIRASSOL, 20/3/2006).

Cabe destacar que a proposta da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, na regionalização e na hierarquização da rede de serviços, constante entre os princípios e diretrizes do SUS, coloca o município como lugar privilegiado para o desenvolvimento de uma política de financiamento das ações em saúde, com critérios transparentes, e que respeite as particularidades da realidade local. O Ministério da Saúde continua a ser a instância que, na administração do Fundo Nacional de Saúde (FNS), acompanha a aplicação dos recursos que são repassados aos estados e municípios. Estes, por sua vez, são obrigados a constituir os seus respectivos fundos de saúde e conselhos estaduais e municipais, elaborar planos de ação e apresentar relatórios de gestão, garantindo também a existência de contrapartida de recursos para a saúde nos seus orçamentos (COSTA, 2002).

Embora a descentralização seja uma prática com vistas a aumentar o poder decisório de aplicação dos recursos na esfera local, esta ainda apresenta muitos problemas, na medida que não consegue alcançar efetividade, dados os impasses de ordem burocrática e administrativa. Por si só a descentralização não garante maior controle social ou uma prática democrática. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada que abarque as especificidades da área da saúde mental.

Nesse sentido, a lógica fundamental da estrutura de financiamento exigida é a de que os recursos financeiros devem ser centrados nas pessoas e não nos serviços. O financiamento deve contemplar todas as ações necessárias e decorrentes da implantação, implementação e sustentação de uma nova política de saúde mental (BRASIL, 2002a). O que deve ser colocado em pauta é a viabilidade de se financiar o CAPS como um todo, envolvendo todas as suas ações e especificidades, permitindo-se que cada serviço tenha flexibilidade para realizar seu trabalho de acordo com as necessidades locais, desvinculando o financiamento da relação de compra e venda de serviços e da noção de doença (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 136).

3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico

Os profissionais que trabalham nos CAPS compõem um grupo de diferentes técnicos de formação de nível superior e nível médio, e integram uma equipe multidisciplinar. Todas as unidades de serviço devem obedecer a exigência da diversidade profissional e cada CAPS tem suas próprias características quanto ao tipo e a quantidade de profissionais. A equipe mínima indicada para os CAPS II é composta por médico psiquiatra, enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior de outras categorias profissionais entre psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro necessário ao projeto terapêutico e seis profissionais de nível médio entre técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).

O papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. As equipes devem organizar-se para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação

psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e poder equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas (BRASIL, 2004).

Neste item nos propomos a descrever e analisar a composição e perfil da equipe técnica do CAPS Ponta do Coral, bem como as dificuldades e facilidades do trabalho em equipe consideradas pelos profissionais, a existência de práticas interdisciplinares no atendimento ao usuário, de projeto terapêutico e planejamento das ações da unidade de serviço¹³. Ao final do item consideramos os apontamentos dos profissionais sobre as diferenças do atendimento prestado no CAPS em relação ao realizado nas instituições tradicionais/hospitais psiquiátricos.

3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental

O CAPS Ponta do Coral conta com uma equipe de profissionais multidisciplinar que atua diretamente no atendimento aos usuários. São profissionais com formação de nível superior nas áreas de psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Entre os de formação de nível médio estão dois técnicos em enfermagem e um auxiliar administrativo. Compõem a equipe, ainda, os profissionais de apoio, vigilantes e auxiliar de limpeza, e estagiários de psicologia, serviço social e enfermagem.

¹³ É importante destacar que o perfil bem como a opinião dos profissionais sobre o serviço varia, no decorrer do tempo histórico, de acordo com a composição da equipe naquele determinado momento. Outros trabalhos já realizados identificam o perfil da equipe, a percepção dos profissionais sobre o trabalho no CAPS, o significado e o processo de inserção no serviço, a concepção sobre o modelo assistencial e práticas de desinstitucionalização, em épocas anteriores. Entre estes ver: GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003; FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial** - percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004; NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental:** em busca da articulação e qualificação das ações em saúde. Monografia (Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Lato Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

A maioria dos técnicos de nível superior concluiu a graduação na década de 1980. Metade deles possui capacitação específica na área de saúde mental, em geral, cursos de formação e aperfeiçoamento, especialização em terapia cognitiva comportamental, saúde pública, clínica, psicoterapia, psicanálise, atenção psicossocial. Três profissionais possuem mestrado nas áreas de enfermagem, sociologia política, artes cênicas; um fez residência médica em psiquiatria e cursa mestrado na mesma área; uma profissional tem doutorado em sociologia política.

Mais da metade dos profissionais (58,3%) possuem experiências de atuação profissional em outras instituições da área de saúde mental como clínica de internação, hospital psiquiátrico, centro comunitário de saúde mental, serviços de atenção à dependentes químicos e centro de atenção psicossocial. A maioria (66,7%) atua na área de saúde mental a partir da segunda metade da década de 1990. Cinco profissionais identificaram ter experiência de atuação em outras instituições que não da área de saúde mental.

Com relação ao tempo de serviço no CAPS, quatro profissionais atuam desde a implantação do serviço, em 1996, três ingressaram na equipe entre os anos de 2001 e 2002, e quatro profissionais passaram a fazer parte da equipe recentemente, a partir de meados de 2004. Quanto ao tipo de vínculo empregatício, a maioria, 75% (9 profissionais), é servidor público concursado, dois são contrato temporário e um ingressou no serviço público municipal através de indicação técnica. Nove profissionais possuem regime de trabalho de 30 horas semanais e 3 deles trabalham 40 horas semanais.

Com relação a capacitação específica em saúde mental para atuar no CAPS, todos os entrevistados consideram esse quesito de grande importância. Entre as razões apresentadas estão: a necessidade de compreensão e entendimento comum do que é um CAPS e o entendimento do tipo de assistência que este serviço deve oferecer; a preocupação com a diferença no atendimento que o CAPS deve oferecer em relação aquele prestado em outros serviços de saúde mental; a necessidade da capacitação para suprir as defasagens da formação acadêmica, que, em geral, não abarca as especificidades do campo da saúde mental.

Na opinião dos entrevistados,

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS, não tem a qualificação pra atuar, então ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então é necessária a questão da capacitação... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ah sem dúvida, sem dúvida, principalmente porque o que a gente está propondo é uma reformulação no modo da assistência em saúde mental, então é preciso que quem venha trabalhar num CAPS entenda essa lógica, que não venha pra cá com a mesma mentalidade do que se faz no hospital psiquiátrico, do que se faz em ambulatório, é outra coisa também diferente da atenção básica, então o CAPS precisa disso, precisa que o profissional tenha essa.., esse tipo de orientação, esse tipo de compreensão da sua finalidade (F, 12/4/2006).

Muito, muito importante, justamente por isso que eu estou te falando, porque assim, o profissional que trabalha no campo psicossocial, de qualquer área, ele necessariamente precisa quebrar a prática estereotipada pra poder entrar num serviço como esse porque o assistente social de um CAPS ele não é aquele assistente social de um hospital psiquiátrico, ele muda, ele faz outras coisas, ele se coloca de outro jeito, assim também é o médico, assim também é o psicólogo, o enfermeiro, então, uma formação específica pra essa área é bastante adequado porque vai tratar especificamente das necessidades que se colocam no cotidiano (VIK, 24/3/2006).

Considero, considero sim. É interessante que cada um tenha um saber, que traga o seu saber pela sua formação, da sua prática, do seu bairro, da sua comunidade, mas trabalhar no CAPS não é trabalhar em ambulatório, trabalhar no CAPS é ter um conhecimento sim do que é uma Reforma Psiquiátrica, do que significa um CAPS num panorama hospitalocêntrico. É toda essa questão política que tem por trás, questão financeira também, que é um serviço que se propõem substituir sim progressivamente os hospitais. Em muitos lugares isso já é feito, já conseguem fazer internação zero, outros lugares não; então, uma abordagem no CAPS precisa sim ter capacitação (LÉLI, 4/4/2006).

Sim, até por que o que é o CAPS? O quê um CAPS deveria ser? Cada um tem a sua idéia do que é um CAPS, mas ela não é uma idéia homogênea, então a minha experiência do que é um CAPS em outros lugares, que eu já tive em outros lugares especificamente, é muito diferente do que eu chego aqui e encontro as pessoas falando o que é um CAPS. é claro que a capacitação para um CAPS, para o que é o trabalho em CAPS podia homogeneizar, pelo menos todo mundo iria estar falando a mesma língua (J, 22/3/2006).

Sobre este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005, p. 30), observam que “os profissionais de saúde mental são, ainda em grande parte, formados a partir da prática cotidiana que caracteriza a lógica manicomial”. Hospitais e clínicas psiquiátricas constituem-se ainda os espaços onde “são oferecidos treinamentos em serviço (sob a forma de estágios e residências) aos profissionais que irão, no futuro, tentar materializar a nova lógica dos serviços substitutivos”.

Os autores destacam que “do sucesso da forma de organização da produção e transmissão do conhecimento pode depender o sucesso da própria reforma psiquiátrica” (OLIVEIRA; DORNELES, 2005, p. 32). Neste sentido, é importante que seja colocado na

cena do debate o funcionamento das instituições de aprendizado profissional sob a ótica da reflexão sobre as práticas e não apenas sobre o discurso das propostas dos cursos de formação. Os centros de formação devem se programar, planejar e garantir aprendizado e treinamento supervisionado, em que se pratique e construa espaços de práticas genuinamente terapêutica.

Na mesma direção, um dos entrevistados expressou sua preocupação com relação a seleção dos profissionais que vão atuar no CAPS, argumentando que os resultados do trabalho também dependem desse aspecto.

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS não tem a qualificação pra atuar, então, ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então, é necessária a questão da capacitação [...]. o processo de inclusão do profissional na área da saúde mental hoje, como se dá? Ele se dá por indicação política, seleção por contrato temporário e por concurso público. A indicação política pode ofertar profissionais desqualificados, pode! O contrato temporário, se não tiver um rigor no perfil que se quer pra trabalhar em CAPS vai acontecer a mesma coisa, um profissional desqualificado, o concurso público a mesma coisa, se não tiver um perfil, se não tiver o que se gostaria realmente, qual profissional que você gostaria de estar atuando hoje no CAPS, então, enquanto não se superar a forma de inserção no trabalho do CAPS, enquanto não se superar a discussão da saúde mental nos currículos acadêmicos vai continuar sendo sempre necessária a questão da capacitação [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Com relação a formação das equipes técnicas para atuar nos CAPS, as indicações aprovadas na e pela III CNSM apontam para a necessidade de que a contratação de profissionais deva ser realizada exclusivamente por meio de concursos públicos, e em caso de urgência, através da CLT, mas com seleção pública. E, ainda, os concursos devem exigir os pré-requisitos necessários e adequados à proposta de trabalho em saúde mental, alinhada teórica e conceitualmente aos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2002a).

Assim, é necessário considerar, quando da seleção dos profissionais, o perfil para trabalhar junto ao portador de sofrimento psíquico, bem como a existência de uma dimensão subjetiva, humanizante, solidária e fraterna como componente fundamental do perfil dos trabalhadores em saúde mental. Nesta direção, uma das participantes da pesquisa destacou a questão da opção política por este tipo de trabalho, associada a necessidade de competência técnica para atuar na área.

Eu acho que a gente trabalha com situações que requerem um estudo permanente, formação permanente, [...] eu acho que este é um dos vícios da saúde pública. Muitas vezes se confunde um pouco o tratamento ético ou moralmente responsável com uma qualidade também técnica. Eu acho que as duas coisas têm que estar associadas, tem que ter uma empatia pela causa da saúde pública, que aí entra na questão ética, moral de cada um, valores que você tem quando você vem pra esse tipo de trabalho; muitas pessoas que vem pra saúde pública quase que tem uma vocação religiosa. Mas ao mesmo tempo você também tem que ter uma competência técnica; não basta você tratar bem o paciente, você acolher, você precisa saber como intervir dentro da linha de trabalho que cada um escolhe, isso é fundamental (P, 17/3/2006).

Os profissionais, na sua maioria, indicaram ter recebido capacitação para atuar no CAPS. Referiram-se, especificamente, a um treinamento/capacitação realizado em novembro de 2005, com duração aproximada de 20 horas, organizado pela Assessoria Técnica de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde¹⁴. Contudo, alguns observaram que foi um treinamento tipo encontro, de curta duração, com trocas de experiências, e que não chegou a ser muito significativo.

Com relação a política de saúde mental, a maioria dos profissionais (83,3%) afirmou ter no mínimo algum conhecimento de sua organização e diretrizes. Entre os entrevistados, todos consideraram importante saber sobre os princípios, a estrutura e forma de organização da política de saúde mental para o trabalho do CAPS. Todos indicaram haver disponibilidade de material didático relativo a política na unidade de serviço.

Sim, precisa conhecer a política porque o atendimento está dentro dessa política, dessa lógica. (LÉLI, 4/4/2006).

Claro! é vital, pra poder planejar o seu trabalho, pra poder saber como é que a gente se liga com outros serviços, como é que a gente pode montar a rede, isso é fundamental porque o trabalho não se encerra aqui dentro, não pode ficar aqui dentro só, ele tem que poder justamente se expandir (F, 12/4/2006).

Sim é muito importante, até pra saber o que está acontecendo, o que pode ser feito, quais são os recursos disponíveis, o que precisa melhorar. Acredito que, fora a sua capacitação individual, eu acho que isso é uma outra premissa pra você iniciar no serviço [...] (J, 22/3/2006).

É importantíssimo conhecer, primeiro saber se ela existe, primeiro a pessoa tem que ter a curiosidade, tem que ter o desejo e a clareza de que é essencial ter os parâmetros ou diretrizes políticas de saúde mental pra

¹⁴ O município não tem o cargo de Coordenador de Saúde Mental. Em novembro de 2005 foi nomeada Assessora Técnica em Saúde Mental a enfermeira Lílian Pagliuca, que permanece na função até a data da presente pesquisa.

poder acompanhar, se orientar, e, segundo, conhecer sobre essa política (GIRASSOL, 20/3/2006).

Muito importante porque hoje a gente tem acesso a isso, aqui no CAPS a gente tem a legislação de saúde mental e pra gente poder entender porque, assim, a gente está na gestão da política também, por ser participativa, por estar junto nas decisões, então é preciso que a gente entenda, e tem muito detalhamento, são muitas portarias, o sistema de financiamento também é bastante complexo [...] (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que claro, porque a gente está dentro de um braço da política nacional de saúde; tanto pra você ter noção de qual é a perspectiva, em nome de que esse serviço está sendo mantido, também pra você poder avaliar a possibilidade desse ideais, dessas prerrogativas, que são pensadas a nível geral e nacional, serem realmente eficaz em termos práticos, porque muitas vezes você tem uma boa idéia, mas nem sempre uma boa idéia traz um bom resultado [...] (P, 17/3/2006).

Nesse sentido, a construção e consolidação de uma política de saúde mental, coerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o estabelecimento de uma política adequada de recursos humanos, que valorize e considere a importância do trabalhador de saúde mental na produção dos atos de cuidar. Para isso, deve-se garantir a capacitação e qualificação continuadas; a remuneração justa dos profissionais; a garantia de condições de trabalho e de planos de cargos, carreira e salários; a democratização das relações e das discussões em todos os níveis de gestão; a incorporação das questões de segurança, saúde e saúde mental do trabalhador; a garantia de supervisão clínica e institucional; a avaliação de desempenho e garantia da jornada de trabalho adequada para todos os profissionais de nível superior, bem como a isonomia salarial entre eles (BRASIL, 2002a).

3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário

De acordo com as indicações aprovadas na III CNSM, a política de recursos humanos para a saúde mental deve visar implantar, em todos os níveis de atenção, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, na perspectiva do rompimento dos especialismos e da construção de um novo trabalhador em saúde mental, atento e sensível

aos diversos aspectos do cuidado, ou seja, com uma visão integral e não fragmentada da saúde (BRASIL, 2002 a).

Segundo 83,3% dos profissionais o trabalho no CAPS Ponta do Coral é realizado em equipe. A maioria considera que existem dificuldades na realização das atividades. Uma delas está relacionada, conforme identificado por eles, ao fato de que nem todos compartilham das mesmas referências com relação à Reforma Psiquiátrica, à saúde pública e ao projeto do CAPS.

Bom, são várias, mas o que eu vejo de mais complicado é o fato de que nem toda a equipe compartilha das mesmas referências em relação ao que seja a Reforma Psiquiátrica, a função de um CAPS, as necessidades que o CAPS tem pra alcançar esses objetivos. Isso se deve em parte a diversidade da formação, e também às convicções pessoais. O problema não é a diversidade em termos da formação profissional em si, mas o modo, o fato de que você tem uma equipe multiprofissional por exemplo, isso gera alguma dificuldade na troca, na possibilidade de produzir um conhecimento novo a partir dessas experiências que são de diferentes disciplinas, diferentes áreas. Mas eu diria que é mais no sentido da Reforma Psiquiátrica mesmo, naquilo que ela aponta, então parece que esse é um problema a mais; outro que tem se tornado mais evidente pra mim ultimamente é a falta de formação de grande parte dos profissionais sobre o que seja saúde pública, boa parte deles não conhece o sistema de saúde pública, apesar de trabalhar num serviço de saúde pública, mas não conhece o sistema, não sabe a lógica, não sabe como é que ele funciona, então acaba tomando decisões muitas vezes administrativas que são equivocadas, que não levam em conta o modo de funcionamento da saúde pública (F, 12/4/2006).

Tem sim várias dificuldades, entre elas, existem diferenças de formação e, portanto, ideológicas. Alguns momentos a gente vê, assim, o CAPS tem um projeto de não internação, de autonomia do usuário, de gestão plena do usuário, e, as vezes, a equipe, algumas pessoas acabam esbarrando com isso. O entendimento disso é muito difícil também, as vezes é uma linha muito tênue entre o que é o assistencialismo, a autonomia, o que é dar o limite do ponto de vista terapêutico e o que é dar o limite porque você não quer se incomodar. Então, algumas pessoas não vêm de uma postura da Reforma Psiquiátrica, não sabe o que é uma Reforma Psiquiátrica, não tem uma noção, [...] é uma luta política também e algumas pessoas não sabem o que é [...] (LÉLI, 4/4/2006).

Em outras falas, foi apontada como uma das dificuldades do trabalho em equipe questões relacionadas a uma suposta divisão entre o grupo de técnicos.

A relação com a equipe tem uma certa peculiaridade, eu acho que as pessoas, a equipe que começou anteriormente, já desde a formação ou no começo do CAPS, eles se intitulam como a equipe do CAPS. Os que chegaram depois, em geral, não são bem acolhidos, ou são muito pouco,

tanto que as próprias atividades em equipe, em grupo, dificilmente, essas pessoas novas são incorporadas ao que já existe; então, acaba criando aí até a equipe da manhã, a equipe da tarde, mais ou menos, embora eu estou aqui todo o período, mas tem essa divisão... e eu acho que assim o ponto de partida é esse, a sensação é que quem não estava aqui desde o começo não fez parte da história (J, 22/3/2006).

A equipe que iniciou lá em 96 (1996) veio com algumas questões conceituais amarradas. Por quê? Porque a pessoa que estava pensando, planejando o CAPS ela vinha do Movimento da Luta Antimanicomial, era uma das representantes em nível nacional aqui em Floripa, Santa Catarina; então tinha algumas coisas amarradas na estrutura de atendimento do CAPS, que era muito pra poder implantar o sonho da Reforma Psiquiátrica aqui em Floripa, criar um serviço, do município, que de fato evitasse internação, que de fato fosse continente pros usuários com transtorno mental grave, e isso se mantém, porém, com a chegada dos técnicos que foram sendo substituídos, alguns saíram, técnicos novos entraram, a equipe de profissionais foi se modificando, a gente tem uma distância conceitual por mais que a gente pretende uma proposta multiprofissional, e a gente consegue, ao longo do tempo a gente conseguiu, é muito interessante o jeito como nós trabalhamos, porque de fato conseguimos trabalhar cada profissional lado a lado, dividindo o mesmo grupo, a mesma oficina terapêutica, então, assim, isso é possível, mas hoje, a gente, assim, tenta manter esse paradigma da Reforma Psiquiátrica, da desospitalização, do fortalecimento dos serviços territorializados, de um modelo que é um modelo multiprofissional, com a gestão participativa dos usuários, contra o modelo hospitalocêntrico, médico centrado, mas existem diferenças na questão conceitual da equipe, isso é falho, inclusive pra própria equipe (VIK, 24/3/2006).

A importância da unidade da equipe no atendimento ao usuário e na organização do trabalho recai sobre a qualidade do tratamento terapêutico ofertado. A mudança de paradigma epistemológico com relação a saúde mental não garante por si só a alteração das práticas assistenciais. Os conflitos e problemas de equipe existentes precisam ser trabalhados nas supervisões institucionais de forma que os técnicos consigam superar as dificuldades que obstaculizam a união do grupo em torno de um objetivo comum, sejam elas ideológicas, de formação, de concepção e/ou de afinidade com os colegas.

Um dos entrevistados apontou a questão das relações de poder e diferenças nos valores pessoais e nas relações interpessoais como dificuldades do trabalho em equipe.

Primeiro, a relação de poder, eu acho que é um grande problema, uma dificuldade que existe. Essa relação de poder, ela emana, que eu tenho percebido, da psicanálise, da teoria psicanalítica e da teoria psiquiátrica; então, os profissionais detentores desse conhecimento acabam, sutilmente, estabelecendo poder frente aos profissionais não-psi diria; essa relação de poder pelo saber é um dos problemas ou uma das dificuldades que eu encontro pra trabalhar em equipe no CAPS; outra

dificuldade, acho que é a própria experiência de vida das pessoas, aquelas pessoas em que parece que não estão claros os valores humanos como solidariedade, amor, justiça, sabedoria, a práxis, o repensar a prática, profissionais que não fazem a autocrítica da sua prática, pra mim, eu acho que é uma dificuldade trabalhar em equipe devido a isso; então, seria esse poder pela teoria e essa questão um pouco mais pessoal que é a relação de lidar com o outro, as relações interpessoais, são dificuldades que eu vejo em equipe (GIRASSOL, 20/3/2006).

A partir da fala profissional é possível pensar sobre as relações de poder que se estabelecem pelo saber. Conforme nos ensina Foucault (1979), os poderes se exercem em níveis variados e em pontos diferentes da vida social. Neste complexo, existem os micropoderes que estão intimamente relacionados com a produção de determinados saberes (sobre o criminoso, a sexualidade, a doença, a loucura). Assim, o poder não é algo que se detém como uma coisa, como uma propriedade, que se possui ou não. O poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona, como uma máquina social que não está situada em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda estrutura social (MACHADO, 1979 p. XIV).

De acordo com Foucault (1979), todo conhecimento, seja ele científico ou ideológico, só pode existir a partir de condições políticas, que são as condições para que se formem tanto o sujeito quanto os domínios de saber. Para o autor não há saber neutro, todo saber é político. Dessa forma, saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber. E, em contrapartida, todo saber assegura o exercício de um poder (MACHADO, 1979 p. XXI - XXII).

Na seqüência, a entrevistada aponta de forma geral algumas das questões cotidianas como dificuldade no trabalho em equipe.

Bom, eu acho que as vezes a gente é muito trefista, a gente não tem o tempo suficiente que a gente gostaria para estar parando para discutir os casos, se ater a cada paciente; tem diferenças na equipe também, tem conflitos [...] mas assim, a gente ainda tem, as vezes, coisas assim muito imediatistas, que não nos propiciam fazer realmente um estudo de caso mais integrado, ter uma intervenção, as vezes, mais articulada; a gente tem tentado em alguns momentos, mas assim, não é uma coisa que tem um peso forte como eu acho que deveria ter (P, 17/3/2006).

Dessa forma, a intensidade das demandas colocadas aos profissionais, especialmente na atualidade, provocam o desenvolvimento de ações pragmatistas, muitas

vezes sem uma reflexão maior. Isso vem acontecendo em vários contextos institucionais e com diferentes profissões. Ou seja, na medida que aumentam as necessidades humanas e as demandas para satisfazê-las, não ocorre no mesmo ritmo, o aumento da oferta de equipamentos e serviços assistenciais capazes de dar conta da complexidade dos problemas decorrentes da emergência das novas relações sociais, econômicas, culturais, advindas com a modernidade.

A precarização das condições de trabalho também foi apontada pelos entrevistados como mais um dos fatores que, por vezes, dificultam a convivência e o trabalho em equipe. Eles se referem a questão da diferença na remuneração salarial entre os profissionais que trabalham no CAPS, principalmente do médico para as outras profissões. A desproporção salarial chega a diferença de até quatro vezes mais entre o que recebe o profissional médico e o salário dos demais técnicos. Associadas a esta situação estão a diferença na carga horária de trabalho, a condição de contratação temporária, a falta de reconhecimento por parte da SMS, no apoio e incentivo à participação em eventos científicos e de militância política na área, entre outras.

Os profissionais indicaram que contam com supervisão institucional para lidar com as questões do trabalho no cotidiano. A supervisão institucional existente era, até o início deste ano (2006), paga pelos próprios profissionais, mas nem todos participavam. A partir do mês de abril do corrente esta passou a ser financiada com recursos provenientes do Ministério da Saúde. Além deste tipo de supervisão, foi relacionado como outro recurso existente para abordar essas questões as reuniões de equipe, realizadas mensalmente, as reuniões clínicas, realizadas semanalmente, e foi citada pelos técnicos em enfermagem, a supervisão realizada com profissional da área.

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que as políticas de formação e capacitação em saúde mental devem criar espaços de trocas baseados na realidade local, com valorização dos diversos saberes e metodologia participativa. A supervisão clínica e institucional permanentes deve ser estendida a todas as pessoas que trabalham com portadores de transtorno mental: equipes de PSF e PACS, trabalhadores da urgência e emergência, do hospital geral, dos serviços substitutivos e dispositivos residenciais, cuidadores de saúde mental, profissionais de nível médio e superior da rede de saúde mental. A referida Conferência destaca, ainda, a necessidade de implantação da NOB – Recursos Humanos do SUS, salientando a importância da garantia da capacitação para todos os níveis, supervisão permanente, interdisciplinaridade e isonomia salarial (BRASIL, 2002a).

Com relação as potencialidades que o trabalho em equipe possibilita os profissionais destacam a relevância deste no atendimento ao usuário, a possibilidade de trocas entre as varias áreas e a oferta de um atendimento multidimensional.

Entendo que essa é uma clínica multidisciplinar e isso (trabalho em equipe) é importante pela complexidade mesmo do tipo de fenômeno com o qual a gente trabalha, então, a gente precisa, é necessário ter uma oferta de serviços e de formas de atenção, que seja a mais diversificada possível, pra que a gente possa atender a uma série de necessidades que as profissões nas suas especialidades não dão conta; então essa é a grande vantagem, você pode fazer essa atenção multidimensional, isso é interessante (F, 12/4/2006).

A vantagem é justamente a estrutura coletiva de resposta à uma situação que chega pra você; vem a psiquiatria trazer um conhecimento, a psicanálise traz outro, [...] a enfermagem acaba dando a sua contribuição quando discute realmente a relação, vem o serviço social discute essa articulação que a pessoa tem com o social, e essas pessoas (profissionais), com seus conhecimentos, vão socializando esse conhecimento pra dar a resposta às fragilidades ou às potencialidades de vida que essa pessoa traz (GIRASSOL, 20/3/2006).

Acho que a grande vantagem é que a gente quebra a lógica hospitalocêntrica que era muito centrada no médico, na figura do médico, naquilo que o próprio médico decidia do tratamento, hoje quem decide é a equipe multiprofissional [...] (VIK, 24/3/2006).

Ah! Muitas, eu acho, em primeiro lugar, essa possibilidade da troca interdisciplinar; porque eu acho que cada um tem um tipo de contribuição diferente, um saber que te ajuda a pensar com mais amplitude o próprio trabalho, o próprio paciente, e, eu acho que quebra um pouco certas relações de poder; também, assim, o fato de a gente lidar com situações que são muito pesadas para alguém estar lidando sozinho, então quando você sente essa coisa da equipe, quando tem um paciente que está muito comprometido ou que tem risco de vida, a gente se sente muitas vezes angustiada por aquele paciente e você tem a equipe pra te dar um respaldo, pra estar pensando junto. Acho que isso é, sem duvida, algo que gratifica também (P, 17/3/2006).

Primeiro, agregar conhecimentos, se a equipe for multidisciplinar, que não quer dizer interdisciplinar, mas a princípio se ela for multidisciplinar a possibilidade de trocas de conhecimento de várias áreas realmente acaba sendo muito rica; são vários olhares sobre uma mesma questão, vários pontos de vista. Quando o trabalho de equipe é interdisciplinar, as pessoas acabam trocando mesmo, saindo, as vezes, do seu campo de formação, podendo estar se estendendo em outros campos, acaba sendo mais rico ainda. Num trabalho como o CAPS é necessário (o trabalho em equipe). Eu não consigo ver o trabalho que não seja em equipe porque pra você atender um usuário você precisa de uma equipe, pra você abordar o usuário, uma família, receber uma família precisa de vários olhares, enfim, de várias formações, vários olhares técnicos, da parte de

enfermagem, psicologia, da arte, serviço social, então, isso é importante (LÉLI, 4/4/2006).

O reconhecimento de outras dimensões no processo saúde-enfermidade, que não estritamente a biológica, traz a tona a questão da interdisciplinaridade¹⁵, pois na busca da integralidade da assistência a atuação de um único saber profissional não é suficiente. No processo da Reforma Psiquiátrica o campo da saúde mental é chamado a refazer-se por inteiro, ampliando o seu foco de abordagem e procurando romper com as delimitações dos saberes tradicionais na área. Busca-se uma nova recomposição de conhecimentos, sustentados sobre um conjunto de rupturas e novas premissas, e não apenas um novo somatório ou rearranjo simples dos saberes especializados. Desta forma, diversos campos de saber, implicados na assistência em saúde mental, são envolvidos na teorização e nas novas práticas de cuidado (VASCONCELOS, 2000a).

A pesquisa realizada indicou que 66,3% (correspondente a oito dos doze profissionais que responderam o formulário) dos profissionais consideram que existe interdisciplinaridade no atendimento ao usuário no CAPS Ponta do Coral. As falas relacionadas na seqüência apresentam a concepção dos profissionais sobre interdisciplinaridade e indicam a respectiva compreensão sobre a importância desta no atendimento ao usuário.

A gente poder ter o que a gente chama de clínica ampliada, essa multidimensionalidade que nos permite atacar o problema de várias formas e, portanto, oferecer diversas formas de atendimento, desde o medicamentoso até o serviço social, as oficinas, as oficinas expressivas, a arte, etc. (F, 12/4/2006).

Eu acho que em primeiro lugar isso, assim, é um olhar mais amplo para a condição daquele paciente. Cada profissional tem um aspecto que acentua, pela sua vida, pela sua formação; o educador artístico tem uma outra estratégia, por exemplo, pra lidar com aquela queixa do paciente, o assistente social tem uma, o psicólogo tem outro olhar, assim, eu acho que pra mim soma, eu acho que é uma forma da gente também aprender, enriquecer a nossa análise, a nossa possibilidade de intervir; sem dúvida que é rico (P, 17/3/2006).

Alguns profissionais expressaram sua concepção de interdisciplinaridade observando que esta não é sinônimo de multidisciplinaridade e que nem sempre é possível fazer práticas interdisciplinares.

É justamente isso, poder compartilhar o conhecimento que cada disciplina traz, essa inter, mas realmente compartilhar isso e não a

¹⁵ Sobre os conceitos de multi, inter e transdisciplinaridade ver, entre outros, Vasconcelos, 2000a.

multidisciplinaridade; é pensar, coletivamente, saídas pra enriquecer a vida da pessoa e aí é sempre um pensar e repensar (GIRASSOL, 20/3/2006).

Então, essa idéia dessa troca de conhecimento pra poder ajudar o usuário, pra poder a equipe ter um suporte também, pra poder, num estudo de caso, por exemplo, trocar os vários conhecimentos, os vários pontos de vista e poder estar entrelaçando; então, é importante, mas nem sempre se consegue fazer (LÉLI, 4/4/2006).

Já nas falas que seguem é possível perceber a concepção de interdisciplinaridade mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade.

Cada profissional tem a sua especialização, e ele foi formado para atender determinadas características que aquele usuário precise, ou informações, e a própria atenção, e cada um tem uma formação específica e diferenciada; então, eu acho que quanto mais ampla, mais amplamente ele for avaliado, e receber essas informações, e esse tratamento, vai ser melhor pra ele; então, desde o serviço social, desde o atendimento psicológico, o atendimento médico, enfim, até ah! eu cortei meu dedinho, o que eu faço? Então, vai poder ser atendido ali, ser acolhido pelo técnico de enfermagem (J, 22/3/2006).

É muito importante porque cada profissão tem o seu conhecimento específico e contribui aí com o seu conhecimento. É necessário que cada um de nós tenha muito claro o seu papel aqui dentro pra que não vire uma salada mista e se dilua o que cada um faz, que é específico de cada um. Então, é importante que a gente tenha boa formação técnica, específica da saúde mental pra que a gente possa chegar numa equipe que trabalha sob o paradigma do campo psicossocial, e que de fato possa ser multi, no sentido do atendimento, e aí, assim, no campo psicossocial, aqui no CAPS, por exemplo, a gente vê a necessidade de os profissionais trocarem mesmo, porque surgem muitas demandas, são muitas necessidades do usuário, é um campo novo. Então, assim, tem n coisas que vai se descobrindo, que cada área contribui diferentemente, mas ao mesmo tempo de forma conjunta. Então, o psicólogo, obviamente, ele tem mais elementos pra entender a parte clínica, o assistente social tem mais elementos pra entender a parte previdenciária, da assistência social desse usuário, que também é importante, muito importante pra ele, o médico tem o conhecimento sobre os psicofarmacos, sobre essa parte mais específica da medicação, e assim a gente vai trocando (VIK, 24/3/2006).

Com relação a este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005) observam que, no Brasil, a interdisciplinaridade faz parte do discurso politicamente correto, garantindo seu estabelecimento como princípio, traduzido na expansão cada vez maior dos territórios profissionais e na fusão dos saberes. O discurso da multi e da transdisciplinaridade é relativamente bem conhecido e aceito em nível intelectual, mas as práticas institucionais apontam, paradoxalmente, para fortes resistências, isolamento e hiperespecialização.

De acordo com os autores, para que estas ações multidisciplinares se tornem efetivas há necessidade de estratégias e planos, que visem a harmonização da convivência para que esta não seja imposta, mas compreendida e desejada pelos profissionais. Na prática, o momento é de impasse, pois multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade existem em tese e como imposição de comando, mas não se concretizam, ainda, como prática planejada, efetiva e eficaz (OLIVEIRA; DORNELES, 2005).

Ainda segundo os referidos autores, uma verdadeira transdisciplinaridade não está nem mesmo no horizonte das instituições de saúde mental brasileiras. Este é um dilema fundamental no processo da reforma psiquiátrica, que depende de ações integradas (órgãos reguladores do ensino superior, programas universitários, instituições e serviços de atendimento) para cumprir sua missão de transcender as práticas manicomial e os territórios de dominação e poder estabelecidos entre as disciplinas que formam a saúde mental.

3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações

A importância do projeto terapêutico dos CAPS recai sobre a responsabilidade de que todo o trabalho desenvolvido em cada unidade deve ser realizado em um ambiente terapêutico. Isto significa que tanto os atendimentos individuais, grupais como a convivência no serviço tem finalidade terapêutica. Cada CAPS deve ter um projeto terapêutico, que leve em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais, as iniciativas de familiares e usuários e o território onde se situa, com sua identidade, sua cultura local e regional (BRASIL, 2004).

O CAPS Ponta do Coral conta com projeto terapêutico do serviço, o qual, segundo 75% dos profissionais que responderam ao formulário, foi planejado em equipe. Três profissionais referiram não saber sobre o planejamento em equipe por não fazerem parte desta a época.

O sistema atual de atendimento no CAPS Ponta do Coral difere da maioria do adotado pelos serviços desta natureza. Em geral, os CAPS realizam a assistência ao usuário

no modelo de TR¹⁶. O CAPS Ponta do Coral oferece atendimento sob a ótica da regionalização. Ou seja, como o serviço não é territorializado, é o único na modalidade, na cidade e no município, a equipe técnica foi subdividida em pequenos grupos ou mini-equipes de dois e/ou três profissionais, sendo cada uma destes responsáveis por uma das regionais, que é onde o usuário mora. Esta proposta foi pensada e implementada há quase dois anos, quando os profissionais identificaram dificuldades em atender no sistema de Terapeuta de Referência (TR) toda a demanda existente. Tal estratégia utiliza-se do sistema de divisão por regionais da Secretaria Municipal de Saúde. Ao total são cinco Regionais de Saúde, Leste, Norte, Sul, Centro, Continente, distribuídas espacialmente na área geográfica do município. Nestas regionais, foram implantadas, recentemente (a partir do final do ano de 2005 e início de 2006), equipes de atenção em saúde mental, compostas por um médico psiquiatra e duas ou três psicólogas em cada uma das Regionais de Saúde.

De acordo com o projeto terapêutico do serviço, as atividades desenvolvidas são: psicoterapia, atenção medicamentosa, atendimentos de emergência, grupo terapêutico, oficinas terapêuticas¹⁷, assembléia de técnicos, usuários e familiares, visitas domiciliares, articulação com entidade, programas e serviço, atividades de formação e pesquisa, reuniões de equipe, reuniões clínicas de casos¹⁸.

Conforme as determinações da Portaria GM/MS Nº 336/2002, a assistência prestada ao usuário no CAPS deve incluir atendimento individual, em grupo, atendimento à família, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades comunitárias, enfocando a integração do portador de transtorno mental na comunidade e sua (re)inserção familiar e

¹⁶ Este sistema de atendimento é desenvolvido na maioria dos CAPS e constitui-se do acolhimento da pessoa quando de sua chegada ao serviço por um dos profissionais da equipe. A partir daí é traçado um projeto terapêutico com o usuário e o profissional que o acolheu passará a ser uma referência para ele. O Terapeuta de Referência (TR) tem a responsabilidade de monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo as atividades e a frequência de participação. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, discutindo com o usuário e com a equipe técnica do CAPS (BRASIL, 2004, p. 16).

¹⁷ São oferecidas as seguintes oficinas: oficina de cerâmica, oficina de artes plásticas, oficina de mosaico, oficina de jogos, esportes e lazer, oficina de tapeçaria, oficina de trabalhos manuais, oficina da terra, oficina de jornal, oficina de velas, oficina de leitura, oficina de música, oficina brechó, oficina de teatro, oficina de formação política, oficina de fotografia. Destas, as oficinas de cerâmica, velas e mosaico são produtivas, ou seja, sua produção é comercializada. Cabe destacar que algumas oficinas podem estar em funcionamento ou não, em determinado período de tempo, de acordo com a disponibilidade de técnicos para acompanhar, de condições materiais para o funcionamento e da demanda de usuários.

¹⁸ A descrição e o objetivo de cada atividade pode ser consultado no Projeto Terapêutico do CAPS II Ponta do Coral (2004), ou a partir do projeto de Estágio curricular em Serviço Social de Stuari (2005).

social. A depender do projeto terapêutico de cada usuário, o CAPS poderá oferecer as seguintes modalidades de atendimento: atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo¹⁹.

Já com relação ao planejamento das ações, 50% dos profissionais consideram que este existe. Cabe lembrar que ao questionarmos os participantes da pesquisa sobre este fator, estamos nos referindo ao planejamento estratégico, aquele voltado para uma visão ampla, global e de longo alcance da organização/instituição, baseado na análise do contexto e com a finalidade de buscar alternativas de ação. No entanto, alguns dos entrevistados observaram estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação objetivo e sistemático dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declararam não existir processo de planejamento e avaliação das ações do serviço, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

As falas relacionadas a seguir demonstram o tipo de planejamento existente no CAPS e como este acontece.

Bom, o planejamento é feito mais ou menos assim: chega uma época do ano em que a Secretaria (SMS de Florianópolis) nos pede um planejamento e aí, geralmente isso é com uma semana no máximo de antecedência, é aquela correria, a gente monta um plano básico de trabalho etc., mas é muito mais pra cumprir a obrigação. A gente tem um projeto terapêutico que é amplo, que é do serviço todo, e a gente vai, com esse projeto terapêutico a gente vai ajustando as atividades e aquilo que a gente pretende alcançar, mas não há um planejamento muito formalizado, não há um processo de planejamento, até porque é tudo muito fragmentado, o que a gente planeja aqui, boa parte depende desse recurso financeiro, depende do apoio da Secretaria, que é sempre uma coisa incerta. Então, em termos de planejamento a coisa fica sempre muito precária. Em termos de avaliação é mais precário ainda, a gente não tem indicadores; novamente, no final do ano, aí a Secretaria pede um relatório do que foi feito, a gente faz um levantamento geral, mas ele é descritivo, ele não é avaliativo, a gente não sabe de fato quais são

¹⁹*Atendimento intensivo* – atendimento diário, oferecido à pessoa que se encontra em grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento semi-intensivo - nessa modalidade, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Este tipo de atendimento é oferecido quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento não intensivo – oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até 3 dias no mês. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário (BRASIL, 2004, p. 16).

os efeitos que a nossa intervenção produz; claro, a gente tem uma certa dimensão pelo contato direto com os usuários, fulano que não interna a tanto tempo, ou fulano que voltou a trabalhar, ou que resolveu pelo menos algumas coisas que eram mais complicadas na sua vida, isso a gente tem, mas não tem um processo de avaliação estruturado que nos permita dados com visibilidade maior (F, 12/4/2006).

Neste sentido, destacamos que, a nosso entender, a função planejamento deve orientar todas as ações no dia-a-dia das organizações. O planejamento é o processo de estabelecer antecipadamente a finalidade da organização/instituição, definir os objetivos e prever as atividades e os recursos necessários para atingi-los. Planejar é uma forma de pensar o futuro da organização/instituição, definindo o que fazer, como, quando e com recursos. Nesse processo, é importante considerar que as organizações/instituições estão inseridas num contexto constituído pela sociedade, pelo Estado e por outras instituições que influenciam suas decisões (TENÓRIO, 2000).

Alguns profissionais referiram-se, especificamente, ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, reuniões clínicas e na supervisão de equipe. Segundo estes, é na reunião de equipe mensal que se planejam mais as ações, estas entendidas como a definição dos grupos terapêuticos ou oficinas que vão ter, o objetivo e a finalidade destes, a demanda etc..

Mensalmente, a gente tem uma reunião de equipe, que tem um pouco esse objetivo, de planejar e avaliar o que é feito. Além dessa reunião mensal a gente tem dois outros momentos semanais, que é um na quarta-feira outro na quinta-feira, que a gente chama de reunião técnica, [...] mas isso se dá muito no cotidiano também, na assembléia geral do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Ele acontece em reunião de equipe, uma reunião mensal, a gente planeja grupos, planeja..., então.., acontece, primeiro tem uma reunião mensal da equipe e reunião duas vezes por semana, que são os estudos de caso; agora, a avaliação, acontece em reunião de equipe mais; o planejamento, por exemplo, como abordar um determinado caso, como ajudar, de como servir a família, o trabalho, é feito durante a semana nos estudos de caso, e nós temos a supervisão, que é um espaço que também acaba se fazendo uma avaliação, a supervisão de equipe (LÉLI, 4/4/2006).

Outras falas detalharam as conseqüências da falta de um processo sistemático de planejamento e avaliação das ações, inclusive fazendo análise dessa problemática em relação as instituições públicas em geral.

Eu acho que esse é um problema, acho que falta muito; por exemplo, se você esta aqui fazendo a avaliação da política a partir do olhar dos profissionais, eu, nesse momento, tenho tido muito incomodo diante da

necessidade que eu vejo de avaliar as ações, de avaliar os pacientes, e a gente não tem uma forma sistemática de fazer isso; por exemplo, a gente não tem um instrumento de captação do trajeto do paciente dentro do CAPS, a gente não anota algumas coisas, os prontuários também deixam muito..., as vezes a gente não faz registro nos prontuários e mesmo quando a gente faz ele não tem, assim, por exemplo, uma sistematicidade, o que é que eu vou enxergar, como é que eu vou ver se aquele paciente está melhor ou está pior depois que ele está aqui, então, a gente não tem esse instrumento; e, o planejamento, é feito um planejamento terapêutico com o paciente; o planejamento do nosso serviço é mais ou menos...., funciona, assim, com as oficinas, não é um planejamento rigoroso, a cada período a gente senta e reorganiza não, tem algumas diretrizes gerais, eu acho que em termos práticos falta muito dos dois lados, planejamento das nossas atividades, por exemplo, as vezes naquele roldão a gente vai fazendo, vai fazendo, e, também, a avaliação da eficácia, do que realmente aquilo está resultando pra vida do sujeito, se ele está realmente conseguindo chegar mais próximos desses lugares que a gente apregoa como princípios da saúde mental - autonomia, dessas coisas que a gente também fala: relação com o trabalho, relações, laços sociais; então, a gente não tem esse (instrumento de planejamento e avaliação), eu acho que falta (planejamento e avaliação) [...] Na verdade eu acho que esse é um problema das instituições públicas em geral, eu acho que tem uma grande resistência no Brasil a qualquer critério de avaliação, porque, esse discurso, a retórica da igualdade, ela exatamente vai na contramão de um processo meritocrático, ou seja, você avaliar também por mérito; você tem que criar esse tipo de instrumento; a prefeitura não tem, nunca teve uma avaliação nos anos que estou aqui que medisse o desempenho profissional, principalmente aqui, que a gente lida com pessoas que estão aqui pra se tratar, e a gente não sabe se a pessoa...., a gente vai olhando um caso ou outro; não existe um processo institucional de avaliação, nesse sentido (P, 17/3/2006).

Em geral, as organizações precisam de um processo de avaliação que realize uma revisão dos objetivos e metas alcançados e daqueles a serem atingidos. O planejamento e a avaliação são a oportunidade de fazer uma pausa e examinar a situação da instituição.

Não obstante, as políticas públicas no Brasil vêm se estruturando de forma descentralizada, com responsabilidades de organização e financiamento partilhadas entre a União, Estados e Municípios, cabendo a estes últimos a execução dos serviços de atenção direta à população. Deste modo, os processos de avaliação de serviços de saúde mental devem ocorrer no âmbito municipal. Segundo Dias (2002, p. 2)²⁰, este desafio coloca no debate o aspecto de como avaliar o funcionamento de um serviço de saúde mental, que está

²⁰ A autora realizou um trabalho de construção coletiva de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental junto aos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre; uma apresentação resumida dos resultados pode ser consultada em DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental.** In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

inserido num novo patamar conceitual e tem como tarefa não reproduzir uma prática de tutela, com ênfase na patologia, mas de incluir o sujeito portador de transtorno psíquico no planejamento e na execução das ações terapêuticas, numa nova relação que garanta a viabilidade do exercício da cidadania numa sociedade desigual. Ou seja, as dimensões de mudança conceitual, realidade social e política pública de saúde de âmbito municipal, tornam complexa a adoção de processos de avaliação.

A fala descrita na seqüência especifica o processo de planejamento e avaliação no que se refere a ação interventiva profissional no tratamento ao usuário, destacando que não existe um processo sistemático de planejamento e avaliação com relação as ações do CAPS.

O planejamento e a avaliação das ações do CAPS, eles acontecem só de uma forma muito primária ainda, nós temos [...] o planejamento e avaliação da ação do profissional a título de intervenção em relação ao usuário existe de três formas: primeiro, casos clínicos, que aqui nós fazemos reuniões de casos clínicos, quarta-feira das 8 às 9 horas e quinta-feira das 11h30min às 12h30min pra discutir a questão do caso clínico de pessoas; outra forma, construção de projetos terapêuticos ou revisão dos projetos terapêuticos na reunião da regional, cada regional, que são cinco, fazem suas reuniões pra discutir o planejamento e avaliar a vida dessa pessoa nas regionais, e a outra, especificamente do CAPS, a título de gestão, é a reunião de equipe, que você presenciou semana passada, aí é um outro momento de planejar e avaliar, porém, ressalvo, não se tem algo mais fidedigno, ou academicamente falando, que nos ampare pra fazer essa avaliação; então, é extremamente necessário nós termos supervisão, termos pesquisadores, que nos ampare no sentido de avaliar o serviço, avaliar nossa prática, avaliar a autonomia do usuário; a grosso modo nós temos, mas é muito de senso comum; então, precisa cientificar ou legitimar, regularizar, tornar mais fiel esse tipo de avaliação, a grosso modo temos, agora, com mais rigor, por escrito, não temos (GIRASSOL, 20/3/2006).

Sabe-se que a ausência de um processo de planejamento estratégico e avaliação sistemática comprometem a efetividade dos objetivos propostos. Conforme destaca Dias (2002), o cenário da Reforma Psiquiátrica requer tanto uma multiplicidade de respostas à sua plena implantação como para a avaliação de seus resultados. Contudo, é importante ressaltar que a especificidade das ações em saúde mental demanda a adoção de um método participativo, com o fim de superar o caráter unidimensional, comum em avaliações tradicionais.

A avaliação participativa já é uma exigência nas políticas sociais, decorrentes da pressão social pela garantia de acesso a bens e serviços públicos. Por analogia, a

construção de indicadores de avaliação também pode ser participativa, com a contribuição dos sujeitos inseridos na esfera municipal, responsável pela execução da atenção em saúde mental. Para a autora, apesar de certa reserva científica pela adoção desta sistemática metodológica, o seu valor está no alcance social de incluir os responsáveis pela execução de determinada ação, na sua construção e sistematização (DIAS, 2002).

3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento

Conforme já destacado neste trabalho os hospitais psiquiátricos são instituições representativas do modo asilar enquanto os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico de exercício das práticas de atenção psicossocial, do modo psicossocial.

O modelo de assistência do modo psicossocial destaca-se por seus meios básicos de tratamento (rede diversificada de serviços territorializados), e pela importância decisiva que se atribui ao sujeito na sua mobilização como participante principal do tratamento. Neste, considera-se o indivíduo como pertencente a um grupo familiar e social, o que supõe que se deve trabalhar, também, a família e o grupo social, como agentes das mudanças buscadas.

Já no modo asilar a organização institucional é marcada por estratificações de poder e saber, no âmbito das relações profissionais e da instituição, as quais transladam para a relação com os usuários e a população. Estes são excluídos de qualquer forma de participação, enquanto que no modo psicossocial, participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais.

Na pesquisa realizada, a maioria dos profissionais entrevistados referiu conhecer sobre a forma de atendimento no hospital psiquiátrico, seja por visitas, atuação profissional, contatos institucionais, relato dos usuários que estiveram internados.

No que se refere as diferenças no atendimento prestado pelo CAPS em relação ao hospital psiquiátricos, os entrevistados consideraram que existem diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência de um só discurso, o médico psiquiátrico do hospital e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial em contraposição ao tratamento igual para todos

das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Eu acho que é diferente em vários aspectos, primeiro, são essas diferenças que eu digo que são de base, sobre a Reforma Psiquiátrica e a função de um CAPS nesse processo de reforma. Existe por parte da maioria da equipe uma convicção de que a nossa função é evitar a internação e de uma certa maneira poder fazer substituição a essas instituições tradicionais; deslocar a centralidade do sistema pra um serviço aberto, que seja interdisciplinar, ou seja, onde você não tenha um discurso único dando a orientação, que no caso é o discurso psiquiátrico nas instituições (tradicionais); você tem essa multidimensionalidade então você pode compartilhar o discurso; em relação ao próprio atendimento, começa na forma do acolhimento, eu acho que o nosso acolhimento é bom, ele tem condições de receber a pessoa, de entender o que ela está procurando, o que ela está precisando, quais são as suas necessidades; a gente tenta de alguma maneira envolver família embora com dificuldades, mas a gente tenta e tenta principalmente manter a vinculação ou criar novos vínculos desse usuário; o projeto terapêutico que é individualizado também é outra coisa fundamental, que aí a gente quebra com a lógica tradicional de que todos recebem o mesmo tratamento, é a mesma medicação, são os mesmos horários, são as mesmas atividades pra todo mundo, não, a gente procura justamente ao levar em consideração essas características que são mais individuais, são mais singulares, a gente procura atender e levar em conta esses aspectos, então, isso pra mim já é muito diferente, além do que a gente procura o tempo todo ou minimizar ou quebrar mesmo a hierarquia, instituindo certas formas que evitam que a hierarquia se cristalice de maneira muito brutal, pra você não ter um deslocamento de poder dentro do serviço, que seja prejudicial pra todo mundo, igual no hospital (F, 12/4/2006).

A relação entre profissional e usuário foi destacada como diferencial por todos os entrevistados, conforme pode ser observado a seguir.

A relação entre o profissional e o usuário, pra mim, a maior diferença é essa relação interinstitucional ou interpessoal; é a forma como se dá, porque as ações também são diferentes, porque existem oficinas terapêuticas, existem os grupos terapêuticos, existem os atendimentos, mas esse modelo de atendimento pode também ocorrer numa outra instituição, ou mesmo num CAPS, mas se a relação de profissional e usuário não estiver pautada no respeito, uma relação sujeito-sujeito onde se possa esse serviço, obviamente, quando ele estiver num bom nível de participação, num bom nível de reabilitação, mas também..., o fundamental é isso, é estar pra além da instituição, estar pra relação do usuário com o profissional, e claro, o espaço também, o espaço físico tem que ter qualidade, a gente vê aqui um espaço super bom aqui no caso, as propostas de atendimento, como que são colocadas, como que é olhado esse usuário, esse usuário está junto no pensar da instituição, mas a cima de tudo assim, entender como cidadão de direitos, de respeitá-lo (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que tem um maior reconhecimento da condição subjetiva do paciente, acho que um certo respeito. Hoje, a Colônia Santana tem tido mudanças, tem uma política que também..., na verdade a política do Ministério também visa atingir as instituições mais asilares, os hospitais também estão mudando..., talvez seja mais lenta, aqui, a gente já chegou com uma outra perspectiva de trabalho; eu acho que a equipe toda, de forma geral, tem uma sensibilidade pra esse respeito pelo paciente, pelo outro, procura, na medida do possível, não estabelecer uma relação de poder; eu acho que aqui, por exemplo, a recepção é muito bem feita, os vigias também são pessoas que entraram no clima, assim, talvez já seja deles, mas entraram no clima do CAPS; acho que todos têm um compromisso com isso, um valor digamos; também, talvez seja deste CAPS, eu não conheço tantos outros CAPSs; eu acho que é uma relação diferenciada, na medida que você está aqui com esse objetivo de que a pessoa assuma a própria vida, contribuir para que isso aconteça; isso implica em ter pelo menos um respeito, um reconhecimento do outro (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p.10) destacam que o papel do técnico se transforma quando ele se coloca sob outros princípios; “se ele faz funcionar a tecnologia da doença mental, fortalece o dispositivo psiquiátrico. Mas, se transforma sua forma de intervenção, trabalha no sentido da desmontagem desse dispositivo”. Segundo os autores, isso significa pôr em funcionamento um dispositivo de desinstitucionalização e reinserir a complexidade dos problemas com os quais lida. Significa ainda abrir mão das interpretações da loucura segundo erro, incapacidade, inferioridade, doença mental, e potencializá-la como diferença, um modo diferente de relação com o mundo. Enfim, não usar o saber como técnica normativa, mas como possibilidade de criação de subjetividades. A técnica deixa de ser instrumento da violência quando a prática funciona como uma desconstrução da clínica.

As falas que seguem referem-se ao atendimento aberto e as possibilidades de escolha que o CAPS oferece em contraposição ao isolamento e segregação gerados pela internação hospitalar prolongada.

Em primeiro lugar o atendimento no CAPS é um atendimento, vou usar a palavra, aberto, ou seja, pra começar o usuário ele não fica internado aqui, mesmo se em algum momento tiver o CAPS III, é diferente. Ele vem, ele faz o trabalho dele, a sua terapia, durante o dia, e ele volta, quando, no caso tem família, pra casa; então, primeiro lugar a idéia do CAPS, o trabalho do CAPS não é segregar e isolar; quando o usuário vai para o hospital, eu acho que seja ele em qualquer campo da saúde, mas vai para o hospital e fica internado trinta dias, quinze dias, ele já esta sendo isolado do convívio com a família, do convívio social, ou seja, acaba perdendo progressivamente o contato com as pessoas e com o grupo social mesmo, e acaba sendo destituído das suas práticas pequenas, como desde pegar um ônibus, fazer sua comida, ir no

supermercado; no momento em que uma pessoa é colocada em um hospital e fica um mês, ele acaba perdendo o contato com essas mínimas..., não é nem com o mundo lá fora, mas com as mínimas coisas que ele teria em casa, na sua casa, enfim, ele perde tudo isso como se fosse realmente uma pessoa que não tem possibilidade nenhuma de fazer nem um café, enquanto o CAPS possibilita isso, acho que o CAPS ele, independente dos problemas que tem, acho que ele mostra que não, você ainda, apesar da sua crise, com a sua crise, com todas as limitações que as vezes um surto pode oferecer do ponto de vista cotidiano, você ainda pode fazer algumas coisas sim, como pegar um ônibus pra ir e voltar pra casa, fazer a escolha do seu planejamento terapêutico, vem aqui escolhe, em parte, o que gostaria de participar (LÉLI, 4/4/2006).

Assim, a possibilidade do usuário no CAPS de ter voz ela é muito maior do que nas outras instituições, as outras eu não vou generalizar, mas em algumas, as asilares, esses hospitais são.., enfim, crônicos até pela dificuldade mesmo de antes você pensar em ter outra alternativa que não a trancar e deixar lá e não tem medicação, não tem nada disso, estou falando de bem bastante tempo atrás, e isso ficou e se perpetuou, então, eu acho que a possibilidade do usuário aqui, no CAPS, nos CAPS, e até mesmo nos ambulatórios, acho que hoje em dia não é só CAPS que permite isso, é fazer parte como contribuinte do próprio tratamento, então isso é o que diferencia do paciente internado, vamos dizer assim, em São Paulo, no Vera Cruz, que é um hospital e tal, diferente de outros, tem algumas dessas internações que são diferentes, mas essa relação aí de profissional e usuário ela é mais aberta, é mais ampla, além do CAPS, especificamente, oferecer algumas possibilidades; então, a possibilidade de trabalhar em uma oficina, dessa oficina ter uma renda, que, assim, é um entrave no sentido que eles se sentem muito limitados e não só se sentem como eu acho que muitas doenças incapacitam mesmo, são incapacitantes, a esquizofrenia é uma delas, e é a nossa clientela aqui, a maior parte é de pacientes com esquizofrenia; a própria esquizofrenia já altera, vamos dizer assim, na cognição, na parte de planejamento, de você conseguir realmente se estruturar para trabalhar; tem umas pessoas que não conseguem nem ter o início, a iniciativa, ela é minada com a esquizofrenia, e aqui tem uma possibilidade, mesmo que essa possibilidade seja fazer oficina e ganhar uma renda, mesmo que, assim, seja só..., não é o valor que importa, é simbólico (J,22/3/2006).

O relato a seguir explicita epistemologicamente e em termos técnico-assistencial a diferença entre o modelo de atenção tradicional/hospitalar e o modelo de atenção psicossocial.

Primeiro, em relação a concepção da pessoa e em relação a concepção dos próprios meios de trabalho; na instituição psiquiátrica predomina o modelo manicomial/asilar como a gente chama, que daí vai olhar a pessoa enquanto doença, enquanto diagnóstico, aqui, no CAPS, a gente olha os seres humanos enquanto pessoas, enquanto a existência de um sofrimento, o que podemos fazer pra minimizar esse sofrimento da pessoa, então, essa é a primeira diferença que tem, quem é essa pessoa, que no modelo manicomial acaba sendo vista mais como diagnóstico, como um doente, isso que eu sempre falo, essa iatrogênia que o modelo

manicomial acaba inserindo na pessoa, você é um doente, vai ter que tomar remédio pra vida toda, e o máximo que você pode chegar é um portador de transtorno mental em recuperação, isso é uma das diferenças, outra é a própria concepção de saúde/doença que existe; as formas de organização dos dois modelos, são modelos diferentes, um é mais centralizado no psiquiatra, na instituição psiquiátrica, o no CAPS seria mais centralizado na equipe e, principalmente, nos usuários; a forma de relação com a clientela ou com o usuário, no modelo manicomial, é sempre uma relação hierárquica, de cima pra baixo, no CAPS, sempre uma relação, ou a gente tenta sempre ter uma relação horizontal; e a própria questão do que é bom ou não é bom pra pessoa, a pessoa tem que dizer o que é bom pra ela e, as vezes, no hospital, são os profissionais que já dizem o que deva ser bom pra ela, ou seja, a grande diferença que existe é: quem decide o que? No hospital as pessoas decidem sobre a vida da pessoa, eu acho que no modelo psicossocial é a pessoa que compartilha a decisão da sua vida (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme destaca Rotelli (1990), no manicômio (modelo/tradicional) a sociabilidade é reduzida a zero. A tutela, a internação tem a única finalidade de subtração das trocas, de estabelecer relações de mera dependência pessoal. Enquanto que a emancipação terapêutica (que se torna o objetivo substituto da "cura") só pode ser (cientemente) a mobilização de ações e de comportamentos que emancipem a estrutura inteira do campo terapêutico. Assim, o problema que se coloca aos novos serviços (CAPS) não é cura (a vida produtiva), mas sim a produção de vida, de sentido, de sociabilidade.

Neste aspecto, pode-se considerar a proposta basagliana de *colocar a doença entre parênteses* para assim direcionar o olhar ao sujeito em sofrimento e não à doença. Essa é uma questão fundamental, pois é o movimento de *tomada de responsabilidade* (DELL'ACQUA, 1992) individual e coletiva que se constitui como meio para a transformação institucional e para o processo de desconstrução. A cura cede espaço à emancipação, mudando a natureza do ato terapêutico, que agora se centra em outra finalidade: produzir autonomia, cidadania ativa, desconstruindo a relação de tutela e o lugar de objeto que captura a possibilidade de ser sujeito (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3 Participação do usuário e da família no tratamento

De acordo com as diretrizes da atenção em saúde mental do modelo psicossocial, o protagonismo dos usuários é fundamental para que seja alcançado o objetivo do CAPS de se constituir como dispositivo de promoção da saúde e da reabilitação psicossocial. Os

usuários e familiares devem ser chamados a participar das discussões sobre as atividades terapêuticas do serviço. A equipe técnica deve trabalhar de forma a estimulá-los a participar de forma ativa do tratamento e da construção de laços sociais. Entre os tipos de atendimento que o CAPS pode oferecer está o atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, de lazer com familiares (BRASIL, 2004).

Na seqüência deste item analisaremos as formas criadas pelo CAPS Ponta do Coral para envolver ativamente usuários e familiares no processo terapêutico, seja com relação ao projeto terapêutico individual, ao atendimento e a participação das famílias no tratamento.

3.3.1 Planejamento terapêutico individual

Conforme as determinações da política de atenção em saúde mental, cada usuário deve ter um projeto terapêutico individual, composto por um conjunto de atendimentos personalizado, que respeite as particularidades, necessidades de cada pessoa e proponha atividades durante a permanência diária na unidade e fora dela (BRASIL, 2004).

O atendimento no CAPS oferece projeto terapêutico de tratamento individualizado, o qual é pensado e avaliado com a participação do usuário. A fala relacionada a seguir detalha como acontece o planejamento do tratamento.

O primeiro passo desse projeto terapêutico ele é feito na entrevista inicial, que é basicamente a entrada desse usuário no serviço; então, a gente pensa uma programação mínima, levando em conta as necessidades, as condições, os limites e as capacidades do usuário e, quando a gente pode contar, com a família também. Além disso, uma vez por mês, [...] tem o encontro da Regional, e os usuários dessa Regional podem reelaborar o seu projeto terapêutico, a gente faz a revisão, a gente discute como é que está sendo esse projeto, se está sendo interessante, que ganhos, se está havendo ganhos ou não, se a pessoa está se sentindo contemplada de alguma maneira e tal, e aí a gente faz as alterações que a gente discute e acha necessário (F, 12/4/2006).

Com relação a forma como o usuário participa do processo de planejamento do seu tratamento, os entrevistados colocaram que é através da manifestação das preferências,

opções e desejos dele, dentro das possibilidades que o CAPS oferece. Nas falas relacionadas é explicitado qual a participação do usuário e do profissional no planejamento do projeto terapêutico de tratamento.

Quando o usuário chega no serviço, encaminhado de algum outro (serviço), ou de um hospital, ou de uma unidade local de saúde, ou por demanda espontânea é feito o acolhimento, onde a gente usa uma entrevista inicial pra fazer uma coleta de dados, ali resgata um pouco da história que o próprio usuário vai estar contando, e, então, nesse momento é feito o projeto terapêutico; inicia-se o projeto terapêutico, não que ele tenha que se esgotar nesse momento inicial; uma pergunta que a gente sempre faz pra ele é do que ele precisa, como a gente vai poder ajudar, então, a partir daí a gente oferece o nosso leque de atendimentos, o nosso projeto terapêutico do CAPS, e aí vai se construindo dessa forma (VIK, 24/3/2006).

Em geral a gente faz isso quando ele chega, na entrevista inicial, a gente pede pra que ele diga, a gente apresenta o que a gente tem; a gente pede que ele diga o que ele gostaria de estar fazendo, o que ele fazia, quais as preferências que ele têm, se ele não sabe, em algumas situações, a gente sugere que ele venha participar de algumas oficinas para ele, por exemplo, escolher; então, assim, é feito muito respeitando o desejo do paciente, o que ele gosta mais, as preferências dele; agora, se a gente vê que o paciente está muito ansioso, se ele precisa, a gente sugere um grupo terapêutico ou as vezes o atendimento individual; assim, não tem uma uniformidade, em geral a gente age assim (P, 17/3/2006).

Ele tem, esse projeto terapêutico, ele tem um primeiro momento, quando o usuário chega e faz a entrevista inicial é colocado com ele e oferecido, mostrado as possibilidades, o que o CAPS oferece em termos de terapia, desde grupos terapêuticos, atendimento individual e oficina, mas não é só oferecido, é também feito uma avaliação do técnico, o que ele pensa que, naquele momento, poderia estar ajudando aquele usuário, e é conversado com o usuário, muitas vezes acaba o usuário escolhendo tudo, escolhendo o que ele quer e o técnico tem pouca interferência, outras vezes o usuário quer algo que talvez naquele momento, por exemplo, atendimento individual, mas não tem vaga, não tem, os técnicos estão todos..., se tem alguém fazendo atendimento individual já não tem horário, então se entra em um acordo das possibilidades, dos desejos do usuário, e das possibilidades que o serviço oferece; isso é o primeiro momento, no segundo momento, ao longo do período do usuário aqui, vão tendo transformações, muitas vezes ele abandona aquele grupo ou oficina, que não era aquilo que ele achava que era bom, que ele gostava, abandona formalmente ou informalmente, simplesmente não vai, ou ele entrou em surto não veio mais, uma série de questões, então isso tudo é retomado, a gente tenta fazer a retomada na reunião das Regionais, reunião mensal, como é que está o tempo dele aqui, o que ainda se mantém fazendo, como ele está se sentindo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos entrevistados destacou que o projeto terapêutico de tratamento do usuário

é sempre pensado a partir da necessidade dele, o que ele traz de necessidade, o que ele traz de sonho, de vontade, de sofrimento, de

tristeza, então, o projeto terapêutico é sempre pensado, repensado, analisado, refletido, em cima da necessidade da pessoa (GIRASSOL, 20/3/2006).

É importante destacar que o planejamento do projeto terapêutico deve envolver o portador de transtorno mental como sujeito deste processo. A participação ativa do usuário na escolha do que fazer e na expressão de suas necessidades favorece a adesão e continuidade no tratamento, confere-lhe o exercício da liberdade de escolha e da cidadania. Neste processo, o ato terapêutico, quando não é mais fundado sobre a doença e não provém da autoridade médica, torna-se a própria organização coletiva, convertendo-se em *tomada de responsabilidade* e produção de subjetividade (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral

No plano teórico, a relação da família com o portador de transtorno mental é construída a partir do alienismo, como produto da sociedade moderna/burguesa. No interior desta perspectiva concentram-se dois entendimentos polarizadores: “o da família ameaçada pela eclosão da enfermidade, portanto, sofrendo suas conseqüências ou causadora da emergência do transtorno mental, assim culpabilizada por sua etiologia” (ROSA, 2002, p. 139). Historicamente, o segundo entendimento foi o que prevaleceu na maioria das abordagens teóricas na área da saúde mental, com uma relativa diminuição nos anos 1970, seguido de uma complexificação da compreensão do grupo familiar e de sua dinâmica, a partir dos avanços teóricos da leitura feminista e marxista. “Contemporaneamente, a inclusão do grupo familiar nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental; a assunção de sua condição de parceira e co-responsável dos serviços e a exigência de constituição de uma nova pedagogia institucional em sua abordagem atravessam a construção de uma nova relação entre o louco e a sociedade” (ROSA, 2002, p. 139).

Nesta direção, um dos objetivos do CAPS é incentivar as famílias a participar do cotidiano do serviço. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas importantes para o trabalho dos CAPS. Eles podem participar de diversas maneiras, incentivando o usuário a se envolver no projeto

terapêutico, participando diretamente das atividades do serviço, nas reuniões, assembléias, nas associações de usuários, técnicos e familiares, trazendo dúvidas, sugestões. A participação pode acontecer tanto nas atividades internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. (BRASIL, 2004).

A Portaria /GM nº 251/2002 constitui-se como mais um dispositivo na mudança das relações entre os serviços de saúde mental e a família à medida que prevê, no desenvolvimento dos projetos terapêuticos, o preparo para o retorno à residência/inserção domiciliar e uma abordagem dirigida à família no sentido de garantir orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento.

O atendimento aos familiares é uma das formas para que as famílias participem, conheçam o trabalho dos CAPS e passem a se envolver ativamente no processo terapêutico. Neste sentido, a família ganha visibilidade como protagonista, parceira dos serviços e co-responsável no provimento de cuidados do portador de transtorno mental.

Além disso, o avanço dos conhecimentos e entendimento de que os fenômenos humanos comportam uma multiplicidade de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos e éticos, inter-relacionados entre si, possibilitou mudanças na assistência às pessoas em estado de sofrimento psíquico. Essas puderam ser compreendidas na totalidade de sua condição existencial. E, o sofrimento, antes tomado apenas como algo individual, passou a ser visto como parte de um contexto onde outras pessoas estão envolvidas e também merecem cuidado e atenção.

No CAPS Ponta do Coral, na sua maioria, os profissionais afirmam que existe atendimento familiar, com ressalvas de um deles que referiu não existir atendimento familiar sistemático e outro que observou que existe atendimento familiar individual. As falas relacionadas expressam de que forma a família participa no tratamento do seu membro no CAPS.

A família participa não como uma preconização ou uma exigência do serviço; o que eu tenho visto é que a família participa aqui no CAPS na medida em que há uma necessidade, quando há necessidade do serviço conversar com a família ela é incluída, quando há uma necessidade da família pelo serviço ela procura, mas não é uma rotina todas as pessoas que vem aqui a família ser atendida, as vezes o usuário não quer saber da família, as vezes a família não quer saber do usuário e assim sucessivamente, ou seja, a família participa na medida que temos a clareza da necessidade, mas não é uma prática oficial do serviço (GIRASSOL, 20/3/2006).

Alguns casos sim, em alguns casos eles vem para a reunião mensal da Regional, ou vem para uma consulta com a psiquiatra, ou vem pra trazer o usuário que não consegue ainda vir sozinho, mas é muito restrita a

participação da família, normalmente ela vem mesmo quando a coisa está apertando, quando o usuário surtou, não está conseguindo segurar, quando ele está já nas últimas (LÉLI, 4/4/2006).

Os profissionais que afirmam a existência da participação da família no tratamento explicitam como esta acontece e como se dá o atendimento no serviço, observando o cuidado que existe em atender a família e o usuário juntos.

Sim, tem alguns usuários que vem acompanhado de familiares, as vezes nós chamamos a família, quando existe necessidade, e isso acontece assim no cotidiano, conforme realmente surge a necessidade; geralmente há uma relação muito conflituosa entre o usuário e família, geralmente o familiar mais próximo, referência mais próxima e aí a gente intervém, mais ou menos com dois objetivos, assim, um de pensar essa relação conflituosa, o que pode ser negociado aí pra viverem melhor, pra ter mais qualidade de vida nesse ambiente, que moram juntos, e o outro pra poder então capacitar, colocar elementos pro familiar sobre o tratamento, sobre os transtornos mentais, pra que ele possa ser um cuidador também, o que ele é, pra que ele possa se qualificar; então, uma outra coisa que eu penso é que esse atendimento familiar ele sempre tem que privilegiar a participação do usuário porque fica complicado falar do usuário sem ele estar presente (VIK, 24/3/2006).

Sim, a família participa, claro, na medida de cada caso; em geral, assim, a gente tem a disponibilidade de atender a família, então, muitas vezes, precisa de o paciente vir com a família em várias situações, e esse atendimento é dado; o grupo de família, também está tendo o grupo de família, as vezes é dado (o atendimento) a família daquele paciente; mas sempre a gente tem o cuidado de receber a família e atendê-la junto com o paciente, nunca assim..., não gerar essas fantasias perseguitórias por parte do paciente “tá falando o que de mim”; isso é mais ou menos quase uma regra aqui no CAPS, a gente atende junto com o paciente (P, 17/3/2006).

Os trechos das entrevistas relacionados a seguir descrevem as formas criadas pelo CAPS para oportunizar a participação da família no tratamento. Alguns profissionais referiram-se a um grupo de famílias que chegou a ser iniciado, mas que pela falta de adesão e outras dificuldades não funcionou mais.

Um pouco assim, o acolhimento na segunda-feira é um espaço que a família pode participar junto com o usuário pra relatar como é que foi o final de semana e pra relatar e como estão as atividades no CAPS; o outro espaço são as reuniões das Regionais de equipe, fora o trabalho individual, que, assim, eu acabo chamando muitas vezes, eu quero atender você na presença de um familiar, as vezes você precisa até forçar nesse sentido, de que a família compareça, faço cartinha, mando e aí atendo em consulta individual, mas não em grupo, não é uma abordagem psicoterápica, é mais no sentido de psicoeducação do que de terapia (J, 22/3/2006).

[...] existe um planejamento pra se atender família, um grupo de familiares a serem atendidos por psicóloga [...]; então, as formas criadas para oportunizar a participação da família é justamente quando ela vem, acompanha, que é aberto para os familiares participarem das oficinas junto com o usuário, então, sempre tem essa oportunidade e grupos específicos pra famílias que estão se tornando real (GIRASSOL, 20/3/2006).

É mais ou menos como eu te falei; então, assim, as vezes a gente chama pra um atendimento individual, e também ela participa dos eventos acontecidos aqui no CAPS, promovidos pelo CAPS, de festas, geralmente o dia nacional da Luta Antimanicomial, quando a gente comemora, que faz uma confraternização, as festas sempre tem a presença de familiares também, festa de natal, festa junina (VIK, 24/3/2006).

As reuniões das Regionais por exemplo, uma vez por mês, e tem alguns técnicos que fazem reuniões com as famílias, discutindo, por exemplo, aquele usuário em que a família está implicada diretamente, tem problema com a família, então chama a família pra trabalhar; já teve grupo de família, mas foi fechado porque as pessoas ficaram um tempo, mas as famílias, segundo as técnicas que fizeram, muito pouco se apropriavam, vinham, se utilizavam desse espaço (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre este aspecto, cabe destacar que o deslocamento do eixo da compreensão do problema individual para o familiar/social, que tem como consequência o acolhimento da família como uma unidade que necessita de cuidado tanto quanto o paciente individual, pressupõe um novo olhar sobre as possibilidades das famílias para enfrentarem suas crises e atuarem como suporte terapêutico. Nessa perspectiva, se impõe a necessidade de não só reconhecer o atendimento ao grupo familiar, mas de oferecer uma atenção singular que leve em conta, por um lado, as especificidades de cada família, considerando a história, a estrutura, a dinâmica, bem como a inserção desta no contexto social. Por outro lado, deve-se avaliar a realidade e as possibilidades das famílias para usufruírem das formas de atenção que lhes são propostas (MIOTO, 1998, pp. 25-26).

Nesta direção, dois dos participantes da pesquisa identificaram como uma das dificuldades em realizar o atendimento familiar, a falta de profissionais qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades, conforme pode ser observado nas falas a seguir.

A maior dificuldade que eu vejo é que não existe ninguém capacitado aqui dentro para lidar com a família, é claro que, assim, eu faço um atendimento com o usuário a família vai estar junto eu vou estar explicando, mas quando você vai pensar em trabalhar com a família, trabalhar no sentido psicoterápico, isso não existe, agora informar a família, tentar com que a família faça parte do planejamento, a gente

tenta e incentiva, estimula que eles venham nas reuniões das Regionais, mas o que eu percebo, assim, a equipe ela é muito pequena pra dar conta de tudo, então a maioria das vezes o paciente chega, a família está ali fora, mas todo mundo tem a sua atividade, estão todas na oficina e isso me sobrecarrega muito porque eu tenho que dar conta de tudo, inclusive da família que chegou, do atestado que está faltando, e a família que quer saber porque que o remédio..., mas não existe um espaço pra ela, não existe um espaço que acolhe a família (J, 22/3/2006).

Profissionais qualificados, eu acho que necessita de profissionais que tenha um pouco mais de experiência, de conhecimento pra estar lidando com família, que toda a família tem sempre os seus nós górdios, tem sempre questões de fundo, que as vezes precisa de um certo conhecimento, experiência pra estar lidando com isso; até que ponto é vítima ou réu, então, acredito que profissionais que tenham experiência, que tenham a qualificação teórica, [...] possa estar oportunizando uma melhor relação no atendimento CAPS com família, então, a qualidade do profissional para estar realizando essa participação (GIRASSOL, 20/3/2006).

Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que é um transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, foram relatados pelos profissionais.

Acho que tem uma junção, eu acho que tem uma coisa primeiro que é o entendimento, a família, muitos familiares, querem deixar o usuário aqui, e querem fazer sua vida, até por questão de sobrevivência; o que eles alegam muito é que eles precisam trabalhar, então não pode faltar ao trabalho uma vez semana pra poder estar aqui porque mesmo que tenha atestado pra poder estar aqui, acaba perdendo o trabalho, não tem como justificar; e a outra questão é o próprio entendimento de que é na família o espaço em que o usuário pode ser tratado, porque a idéia de tratamento é uma idéia também que se direciona, que acaba sendo entendida como médica, hospitalar ou clínica, ou então, agora tem o CAPS; e o lugar de tratamento, digamos tratamento como restituição, como reinserção, também é na família (LÉLI, 4/4/2006).

É, chega um momento que as vezes de fato a relação se esgota, assim, são tantos conflitos, são tantas brigas, tantas dificuldades de convivência, de relacionamento, que já vem desde a infância, que chega em momentos quando, geralmente, o usuário tem as primeiras crises, isso gera um isolamento, assim, o usuário fica isolado nesse ambiente, nesse contexto familiar, realmente é muito difícil; as vezes tem uma mãe muito controladora e que aí o usuário não quer muito aproximação do serviço com essa referência porque o serviço passa a ser então um lugar de acolhimento pra ele que ele não tinha até então, porém, a gente busca a família, pra que a família possa cumprir essa função da referência (VIK, 24/3/2006).

Neste sentido, deve-se considerar que no contexto brasileiro, pela própria ausência ou precariedade da intervenção estatal por meio das políticas públicas de corte social, a família torna-se a principal garantidora da reprodução da força de trabalho. As famílias, para suportar, todas as funções que lhes são atribuídas e enfrentar as situações de risco social, buscam dividir com o Estado o encargo dos cuidados com seu ente enfermo. Mesmo assim, configuram-se, para elas, condições deficitárias de atendimento, em particular no caso da atenção em saúde mental (ROSA, 2003, p. 192).

Na seqüência, o entrevistado realiza uma análise das várias situações singulares e sociais que envolvem as dificuldades do serviço, das famílias e dos usuários, em realizar um tratamento integrado na relação usuário/família/CAPS.

Então, também envolve vários aspectos, eu vou apontar alguns; assim, em primeiro lugar, a gente vê que boa parte das famílias vê o CAPS como um lugar pra poder deixar o seu familiar, é um lugar onde ela não vai precisar cuidar dele durante um certo tempo, então, eles até participam de algumas entrevistas iniciais, hoje, por exemplo, eu tenho uma (entrevista inicial) que a pessoa veio sozinha, não veio família; é bastante freqüente que venha o usuário sem acompanhante familiar algum, esse é um aspecto, a família de uma certa maneira toma o CAPS como um lugar pra deixar o seu familiar, nós por outro lado, não criamos estratégias pra fixar essa família, pra trazer essa família mais perto; tem um grupo de família que funciona de maneira meio irregular, mas que a gente vê cada vez mais a necessidade de tornar isso algo mais organizado, poder atender a família, a gente faz o acompanhamento com família, geralmente, quando há um pedido específico ou do usuário ou da própria família, aí a gente procura fazer, mas é mais individualizado, é uma questão mais individualizada, e há também, por parte dos usuários há o desejo de que a família não participe, isso ficou muito evidente na organização da associação, que é uma associação de usuários, familiares e técnicos, e quando a gente estava organizando a associação, toda vez que se falava na participação dos familiares havia uma certa resistência por parte dos próprios usuários que os familiares participassem; a gente entende isso como uma maneira de buscar uma certa autonomia, uma certa distância dessa família, que é, as vezes, bastante complicado de fato tê-los muito próximos, aí precisa de um outro tipo de abordagem, não dá pra incluir, como a gente fazia no início por exemplo, a gente fazia grupos de usuários e familiares, mas a família atrapalhava mais do que ajudava nesses grupos, aí a gente resolveu começar a separar, deixar o espaço específico para o usuário, porque a família vinha e tomava o espaço, e falava, e ficava reclamando da pessoa, do que ele não fazia, de todas as dificuldades etc..., então, a gente achou melhor botar um pouco uma barreira, botar um filtro ali pra que tivesse espaço do usuário e que ele pudesse aproveitar isso da melhor maneira possível (F, 12/4/2006).

No entanto, cabe destacar que, numa visão mais abrangente e totalizante, a família é entendida, no cerne das condições de reprodução social do portador de transtorno

mental, como um sujeito que procura reconstruir relações cotidianas, criar novos sentidos, manter e fortalecer laços de sociabilidade. É percebida, positivamente, em suas possibilidades, potencialidades e recursos, como elemento fundamental à manutenção do poder contratual, à autonomia e à emancipação do portador de transtorno mental (ROSA, 2002, pp. 152-153).

As falas relacionadas a seguir apresentam a compreensão dos entrevistados com relação às possibilidades da participação da família no tratamento, e as dificuldades do CAPS em realizar esse tipo de atendimento. Um deles argumenta que o acompanhamento à família é essencial para minimizar os efeitos da convivência com o portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Acho que o atendimento familiar assim como ele pode ter dificuldades ele também pode te ajudar um monte, então, assim, tem os dois lados, as dificuldades eu acho que é porque também ele vai estar trazendo, vai sobrecarregando com mais, digamos assim, mais queixas, vai estar trazendo.., as vezes nem está relacionado ao usuário os problemas e as situações, embora eu acredito que na maioria das vezes ela ajuda, ela ajuda porque é que está convivendo com o usuário lá fora o tempo inteiro, que tem mais os dados, quem pode inclusive, ah! ele está muito sedado, vamos tirar esse remédio, esse remédio só faz mal, então, a família se ela não é bem orientada ela acaba, assim, tentando fazer o bem ela acaba fazendo o mal pro paciente, ah! não aquela atividade lá, ficar só batendo palminha, musiquinha, aquilo lá não vai ajudar você, é melhor eu.., vou te colocar de novo na escola porque se não você não vai trabalhar nunca, então todas as ansiedades da família, que se elas forem bem trabalhadas o usuário só tem a ganhar, agora, as dificuldades é: um espaço em que essa família seja acolhida, que ela seja realmente trabalhada e uma equipe, a formação, alguém com formação pra fazer isso, isso não tem (J, 22/3/2006).

Eu acho que o acompanhamento com a família ele é extremamente necessário pra elaborar a imagem que essa pessoa acabou deixando pra essa família; a família ela ainda tem uma imagem, ela tem o imaginário social em relação o que ela de repente produziu; então, há uma necessidade de se ter um acompanhamento com os familiares pra estar elaborando as relações, o dia-a-dia que ela tem com o portador de transtorno mental; as vezes se investe muito em acompanhamento com usuário e não se investe muito no acompanhamento com a família, a família está sobrecarregada, tem que se discutir a questão dos encargos familiares, porque as vezes ter um portador de transtorno mental junto com a família é extremamente estressante, e as vezes a família acaba colocando o portador de transtorno mental no hospital pra descansar, porque as vezes é complicado, tem um portador de transtorno mental que canta o dia inteiro, ou que não dorme durante a noite, dorme de dia, ou que quer ver televisão a todo momento, ou que fica conversando com a vizinhança a todo o momento, tem o portador de transtorno mental que com o seu sofrimento incomoda muito a família, então, tem de haver um profissional articulado ou apaziguador ou que provoque alguma

resolução nessa prática; [...] se não dá pro portador de transtorno mental morar com a família então que se haja (encontre) um espaço harmônico, mas a família tem que ser acompanhada sim (GIRASSOL, 20/3/2006).

Entre as dificuldades que os profissionais identificam na (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e estigma da loucura, ainda presentes no imaginário social das pessoas. Relacionamos na seqüência as respostas dos entrevistados, nas quais é expressa a relação com alguns dos aspectos enfrentados no cotidiano da vida dessas pessoas, em suas relações com a família, as instituições e a sociedade.

Em primeiro lugar a dificuldade de a família compreender o que a pessoa tem, pelo que ela passa, muitas vezes, a idéia é de que é um vagabundo, que o cara não quer trabalhar porque é vagabundo, não quer fazer nada só quer ficar em casa fumando, na frente da televisão porque é vagabundo; então, tem essa dificuldade de poder dar ou ter um certo olhar pra essa pessoa, pra esse usuário que não seja esse da discriminação; tem também o medo, o medo de que essa pessoa venha cometer algum crime, que é um pouco o mito da loucura, é o que envolve o mito da loucura, de ser alguém que é imprevisível e violento, o mito da loucura está muito marcado por isso, muitas vezes a família vem contaminada por isso, eu atendo uma mãe, por exemplo, que apesar de ser uma pessoa que contribui muito, mas ela tem medo do filho, ela tem medo, e ela reconhece isso, diz isso claramente, ela tem medo, agora menos, depois de um tempo isso está começando a se flexibilizar, ela está começando a entender um pouco diferente, mas ela tinha muito medo do que esse filho poderia fazer com ela, então, isso é algo que é bastante comum, mas isso é uma dificuldade; o outro aspecto da resistência é a idéia de que ele se tornou uma pessoa inútil, o usuário se tornou uma pessoa inútil, porque ele não pode trabalhar, que nunca vai fazer nada a não ser ficar como um louco, ficar como uma pessoa que não pode assumir responsabilidades, que não contribui, o aspecto financeiro é um problema; o Programa de Volta pra Casa não resolve isso integralmente porque ele é destinado pra pessoas que estão no mínimo há dois anos internadas, então, aqueles que não tem internação prolongada não têm acesso a esse recurso, então, ele passa a se tornar um peso econômico pra família e aí todos os outros problemas que são decorrentes disso (F, 12/4/2006).

Muitas vezes ele acaba sendo o membro da família rechaçado, ele tem o quartinho dele no fundinho. Bom, eu acho que é o próprio estigma de ter um doente mental, tem ah ele é doente mental, deixa ele quietinho lá porque se não ele vai incomodar, vai surtar, vai xingar e, que vergonha, aí os vizinhos; então, é o estigma do usuário, do paciente com transtorno mental, como muitas famílias não entendem elas tem até crenças de que isso é o demônio, isso é um castigo, ou é porque ele era uma pessoa ruim na vida passada, então, vem com mil, vamos dizer assim, explicações, que só atrapalham e impedem que aquilo seja encarado como..., ok isso aí é uma doença, e como é que a gente vai

fazer pra ajudar e tratar isso; então, os conhecimentos, a ignorância nesse sentido, [...] uma parte eu acho que seja pelo próprio desconhecimento do que é um transtorno mental, e do estigma de que o louco é o que rasga dinheiro e, enfim, isso dificulta, e aí quando você não tem um suporte pra dar à essas famílias aqui dentro, você só reforça lá fora esse estigma; então, claro, a pessoa chama a atenção da população, os pacientes que conseguem lá fora trabalhar e não ficar só dentro do CAPS, então, as oficinas que possam vir a dar renda, que elas sejam trabalhadas lá fora, até pra lá fora você convive com eles, percebe que eles não são os loucos que rasgam dinheiro, saem quebrando tudo e matando todo mundo, esse é o medo da população e acaba sendo o medo da família (J, 22/3/2006).

A questão da diferença do “louco” para o “não louco”, que na sociedade capitalista, é determinada pela relação produtivo/não produtivo, ou seja, aquele que detêm poder de consumo e aquele que não tem poder de consumo, também foi expressa pelos profissionais entrevistados como uma das dificuldades para a (re)inserção social do portador de transtorno mental, na família e na sociedade.

Eu acho que os limites do usuário; tem a coisa do preconceito, da loucura, ele, o usuário, ele não é alguém produtivo na família, ele não leva dinheiro pra casa, ele, ao contrário, ele só gasta, ainda tem que buscar remédio, ele dá mais trabalho ainda, ele não é produtivo, de maneira geral, então, isso já agrega um preconceito maior ainda, além de ter o preconceito da loucura, de ser..., enfim, alguém que tem uma “deficiência”, alguém que é muito dependente, ainda tem isso, então, ele não soma nada à família a não ser o incomodo; daí, geralmente, é uma mãe que até acolhe, ou pai, por questões afetivas, mas sempre está lidando com esse limite do usuário; tem famílias que não querem, tem muitas famílias carentes que não querem mais um problema, e quando a pessoa, então, saiu da família, que foi internada, e ficou um longo tempo fora, a família já se estruturou de forma a não contar com aquele usuário, então, já não conta mais com ele, passou três, quatro, cinco meses, aí vem uma pessoa trazendo toda uma dependência e que não é somar, ou as vezes as próprias crises dentro de casa, então, é difícil um cara que faz xixi no chão, um cara que toma um café e deixa sua xícara, um cara que quebra, que uma vez por mês quebra tudo, que bate nas pessoas dentro de casa, ninguém tem essa tolerância, tem que ser mais de uma pessoa pra suportar e, as vezes, uma pessoa, que é a mãe, suporta, mas os outros irmãos não entendem, não conseguem lidar com a questão, que é difícil mesmo, o nível de dependência, os limites, o risco que, enfim, pode correr o usuário (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Rosa (2003, p. 192), a família, apesar de procurar dividir com o Estado as demandas de cuidado do portador de transtorno mental, ainda é o principal agente responsável pelo seu provimento. Para implementá-lo, na divisão sexual do trabalho do grupo doméstico, seu ônus recai sobre a mulher. Todavia, diferente das demais

enfermidades, o transtorno mental se particulariza pelo fato de seu portador não se reconhecer como enfermo e por seu prognóstico figurar como uma incógnita, sem ter uma temporalidade previsível. Desta forma, em geral, o provimento de cuidados e o tratamento tornam-se impositivos para o portador de transtorno mental, que pouco colabora conscientemente no seu processo de recuperação. Por sua vez, o provedor de cuidado, com frequência a mulher, mãe, tem que ter uma disponibilidade de tempo, periódica ou indefinidamente, para exercer o seu papel. E, para satisfazer as necessidades individuais do portador de transtorno mental e as exigências de sua enfermidade, a mulher, mãe tem seu espaço de vida invadido, seus projetos de vida obstruídos pelas necessidades de prestar cuidado.

3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares

No contexto da Reforma Psiquiátrica, as organizações de usuários, técnicos e/ou familiares tem cumprido um importante papel na mudança do modelo assistencial em saúde mental, participando ativamente das discussões sobre os serviços e promovendo atividades que visam maior inserção social, geração de renda e trabalho e a garantia de direitos sociais. Essas associações constituem-se em importante instrumento de promoção da saúde e da cidadania de todos os envolvidos (BRASIL, 2004)

O CAPS Ponta do Coral conta com uma associação de usuários, familiares e técnicos. Apesar de estatutariamente estar prevista a participação e filiação de familiares e técnicos, atualmente, na prática, esta se tornou, efetivamente, uma associação de usuários. Em gestões anteriores, já teve em sua diretoria a participação de técnicos do serviço. Atualmente, dois técnicos acompanham as atividades desta, mas a diretoria da gestão atual (2006) é composta somente por usuários.

Com relação a participação dos usuários no planejamento das atividades do CAPS, os profissionais referem que esta acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, realizada semanalmente, na qual são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Contudo, os entrevistados observam que

existem dificuldades em realizar um processo de planejamento das ações do serviço, seja por particularidades dos usuários, seja por limitações e/ou problemas institucionais.

Assim, existem alguns espaços em que essas ações são tomadas em conjunto, a assembléia dos usuários, aqui é feita de terça-feira, em que é discutido desde a limpeza, o lanche, qual é o próximo passeio, o que vai ser de reunião, o que está sendo feito, quais são os informes em relação a saúde mental, em relação a congressos, encontros, comissões. O que eu percebo é que embora isso seja estimulado há pouca, baixíssima, aderência e quando há, em geral, são daqueles mais saudáveis no sentido de que de repente nem seriam usuários CAPS, mas eu acredito que isso seja também o próprio sintoma, de a dificuldade de lá fora conseguir um emprego, a dificuldade de iniciar uma atividade, iniciar um curso, é também pra se engajar na própria luta deles; o que eu percebo é que a família, em geral, quando pega isso vai adiante, os usuários tem poucos estímulos próprios, vamos dizer, pra continuar, pra se manter; então, na reunião da Comissão Ampliada²¹, aí participa um, mas depois a semana que vem já não vem; então, são poucos os que realmente conseguem dar conta, eu coloco a palavra no sentido de ser capaz para, tem essa dificuldade, eu acho que é própria condição (J, 22/3/2006).

Então, a gente procura estabelecer parcerias com a associação porque tem muitas coisas que pelo fato de a gente estar submetido a um organograma e a hierarquia, e aí os limites do serviço público, a gente não pode fazer; por exemplo, a questão da venda do material das oficinas, isso é algo que o CAPS não pode assumir, por conta mesmo da legislação que impede a gente de fazer esse tipo de atividade; então apesar de ter uma participação grande, o material vendido é o material das oficinas do CAPS, mas quem faz essa tarefa é a associação, é a associação que se encarrega da venda, de levar o material, de receber dinheiro etc.; além disso a associação se tornou efetivamente uma associação de usuários, apesar de o estatuto dela prever a participação e filiação de familiares e técnicos ela é uma associação de usuários na prática, e como articuladora de um projeto político e de reivindicação dos direitos do usuário dos serviços de saúde mental, como um instrumento pra viabilizar inserção no mercado de trabalho por exemplo, parece que são essas as funções da associação; com os usuários o que a gente tem é uma assembléia semanal onde são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; esse aspecto do planejamento da atividade ele de fato não tem a participação dos usuários até porque nem nós, como te falei no início, o nosso planejamento também é meio caótico, assim, a gente não tem um processo organizado de planejamento pra um ano ou mesmo pra seis meses, então, aí os usuários não chegam a participar desse planejamento, eles participam sim da discussão do funcionamento que é na assembléia,

²¹ A Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental (CPASM) é uma instância do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, criada através da Resolução N°1/CMS/2006, cuja finalidade é assessorar o plenário do conselho no que compete a formulação, implantação, implementação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas, ações e projetos em Saúde Mental, assim como prestar assessoria técnica ao gestor municipal. A CPASM é constituída por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde, e usuários e familiares da saúde mental (nota da pesquisadora).

que é toda semana, e aí se trata das coisas do dia-a-dia, é mais cotidiano (F, 12/4/2006).

A presença e participação dos usuários nas discussões e no planejamento das ações pertinentes à saúde mental vêm se ampliando progressivamente nos últimos anos. O processo de inserção inicia-se com o protagonismo dado ao sujeito na definição de seu projeto terapêutico, estende-se na organização de associações e na representatividade destas nos fóruns deliberativos (Conselhos de Saúde, Conferências, Comissões de Saúde Mental), e na participação em eventos científicos e espaços de militância política pertinentes à área da saúde mental. Essa é uma das formas em que a condição de cidadão dos portadores de transtornos mentais é resgatada. Segundo Rodrigues (2005, p. 80), “a participação política e militância de usuários e familiares em instâncias deliberativas ganham efetividade quando politicamente organizados”.

Neste sentido, a construção coletiva do protagonismo requer a saída da condição de usuário-objeto e a criação de formas concretas que produzam um usuário-ator, sujeito político. Isso vem ocorrendo através de inúmeras iniciativas de reinvenção da cidadania e *empowerment*, como atenta Vasconcelos (2000b), por meio de intervenções via associações de usuários ou de cooperativas sociais, ou ainda da participação política de tais atores nos mais importantes fóruns sociais de formulação de políticas da área, tal como nos conselhos de saúde e comissões de saúde mental.

Nas falas que seguem, os participantes da pesquisa destacam as dificuldades encontradas na organização, na articulação e no funcionamento da Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral²², bem como seus objetivos e principais lutas políticas por direitos.

Assim, eu acho que os usuários têm esse espaço da assembléia junto com os técnicos. É um espaço interessante, onde eles podem estar opinando, mais do que o da associação; o da associação é muito mais difícil de levar adiante; eu também já fiquei um tempo ajudando a associação, já fui até, uma época, da própria gestão, da própria diretoria, e a gente tem

²² Importante estudo sobre a Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral foi realizado por Rodrigues em dois trabalhos: RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral: desvelando sua significação**. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004; e RODRIGUES, J. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

que estar puxando muito como técnico, parece que deixar por conta deles a coisa não anda e, as vezes, a gente vê que fica mais um desejo nosso de que as coisas aconteçam do que deles; então, a assembléia pelo menos é um espaço que eu ainda acho que se consegue ter uma presença, agora a presença dos familiares no planejamento é muito pequena, poucos que vem, vem um ou outro, pai de alguém; dos usuários, eu acho que é mais nesse espaço da assembléia que acontece (P, 17/3/2006).

Os usuários, nós temos a assembléia dos usuários; então, na assembléia se discute algumas questões, por exemplo, as vezes o planejamento, funcionamento da casa, por outro lado nem tudo é discutido na assembléia, [...] tem uma atuação limitada, ela não é totalmente participativa. A associação, ela tem histórias de altos e baixos; teve momentos que a associação tinha uma diretoria, mas ninguém participava, não se articulava; tem momentos que a associação se integra mais, quando ela se integra a coisa fica também mais rica; nós temos aproximação, por exemplo, na questão do vale transporte, as reivindicações, sobretudo do vale transporte, de veículos pra passeio, pra participar de um evento, muito mais do que planejamento das ações, digamos assim, mais no sentido de luta por direitos e reivindicações (LÉLI, 4/4/2006).

A associação de usuários possui cinco objetivos: controle social, ajuda mútua, suporte mútuo, defesa dos direitos, geração de renda; em cima desse objetivos a associação realiza seu movimento e sua luta. Em termos do papel dos usuários no planejamento das ações do CAPS seria discutir esses objetivos em relação ao CAPS. Hoje, o que acontece, a associação de usuários acaba discutindo um pouco mais controle social; ela expressa a representatividade dos usuários na luta social, na dignidade humana, e também na geração de renda; outra coisa muito importante que a gente fala é a luta contra o preconceito, então, a associação ela participa mais nesse sentido, controle social, geração de renda e luta contra o preconceito no CAPS; esse é o papel dos usuários, realizar o controle social, participar da geração de renda e a luta contra o preconceito; a luta contra o preconceito significa realizar teatro, levar pras Academias, levar pra comunidade, mostrar que a história do louco no imaginário social das pessoas ela é transformada, pode-se reverter isso, e isso se reverte com música, cultura e arte (GIRASSOL, 20/3/2006).

O papel da associação no planejamento, é porque assim, a associação ela não é o CAPS, ela é uma entidade separada, a assembléia é uma assembléia geral do CAPS, é um mecanismo facilitador da participação dos usuários e técnicos na gestão do serviço; a associação é uma entidade, sem fins lucrativos, que foi criada e pensada pra que os usuários e familiares se organizem pela luta da política, pela luta da implantação da política de saúde mental, pela luta dos direitos, pela luta da implantação da Reforma Psiquiátrica, pela melhoria do serviço, então, assim, a associação ela caminha, mas ela é muito nova e aí se é muito nova tem uma estrutura um pouco frágil, então assim, a tua pergunta é se ela participa das ações do CAPS, ela participa sim, tem um elo de participação aí, tem um canal de participação, mas é frágil, é muito frágil, eu penso que é muito frágil porque aparece pouco (VIK, 24/3/2006).

Rodrigues (2005, pp. 81-82) destaca que as associações de usuários, enquanto dispositivos, possibilitam uma atitude política que oferece visibilidade ao usuário como ser cidadão e não apenas como portador de um transtorno. Segundo o autor, quando o usuário passa a ver, sentir, e ver sentido em suas ações associativas, sua prática organizativa torna-se efetiva e com empenho. Por isso, as associações precisam desenvolver estratégias mais amplas de adesão, visando revigorar seus quadros associativos. Nesta direção, a profissionalização e formação política dos dirigentes é vista como uma possibilidade para estimular a participação.

A compreensão das associações civis como relacionadas e condicionadas pelas associações políticas leva ao entendimento de que há uma sinergia entre a sociedade civil e a democracia política. Segundo Fleury (2004), a dimensão cívica da cidadania diz respeito à condição de inclusão ativa dos cidadãos à comunidade política, compartilhando um sistema de crenças com relação aos poderes públicos, à sociedade e ao conjunto de direitos e deveres que são atribuídos ao status de cidadão. Como dimensão pública dos indivíduos a cidadania pressupõe um modelo de integração e de sociabilidade, que transcende os interesses egoístas do indivíduo no mercado, em direção à uma atitude generosa e solidária.

A fala a seguir relaciona algumas dificuldades cotidianas vivenciadas na e pela associação de usuários do CAPS Ponta do Coral. Apresenta algumas possibilidades de atuação deste tipo de organização da sociedade civil, tanto com relação a parcerias com outras entidades, para o desenvolvimento de ações que visem a profissionalização e inserção no mundo do trabalho, quanto no processo de politização e conscientização de seus usuários com relação aos direitos de cidadania.

Eu acho que ela tem um papel relevante, a dificuldade é de incrementar esse papel relevante; os familiares vêm muito poucos; bom, talvez a gente não esteja também instigando, muitas vezes a gente convida, mas eu acho que, também, as vezes, falta um pouco de investimento da equipe para que os familiares estejam mais no CAPS; agora, a associação poderia fazer muitas coisas, desde convênios para cursos com esses órgãos que a gente tem, SENAI, SESC; poderia tentar uma penetração, mas isso seria uma outra realidade a ser criada; cada vez que entra uma gestão nova, a gente diz quem sabe agora; desde as pequenas coisas, até divulgar a lojinha aqui, é difícil, a gente uma vez fez uns folders pra distribuir aqui na vizinhança, uma vez a gente tentava vender as verduras que produzia, não conseguia muito, conseguia ali, vendia uma ou outra; agora em termos de espaço de fazer política eu acho que ela tem um peso, deveria realmente crescer, por mais que as pessoas tenham dificuldades; eu acho que tem que continuar existindo, tem que continuar batalhando para que eles possam estar assumindo um pouco

mais esse papel político, essa conexão com outras instâncias da sociedade; por exemplo, na questão até de trabalho, de poder a associação também ajudar nessa abertura de espaços de trabalho; teve uma vez que tentaram no Angeloni (supermercado), depois quando souberam que era portadores de transtorno mental não quiseram; eu acho que a gente precisava mostrar um pouco pra sociedade o que é o paciente psiquiátrico; assim, através desses recursos, não dá pra esperar vamos pra mídia, porque, assim, tem umas coisas que são boas, ótimas, mas são meio ideais, a gente tem que tentar começar com essas pequenas coisas que pode fazer: divulgar a lojinha, sei lá, fazer um contrato lá com o CIC pra fazer cursos, por exemplo, de pintura, coisas que são mais próximas da realidade exequível (P, 17/3/2006).

Para Rodrigues (2005) dois aspectos são importantes para compreender as dificuldades de falta de adesão e continuidade na participação dos membros da associação. Um deles refere-se aos elementos motivadores para a participação. Neste caso, é preciso considerar que a prática política de militância possui seus campos de conflito e tensões, que dentro da especificidade da loucura pode não conferir uma participação freqüente. O outro relaciona-se ao significado da associação na vida dos integrantes. Muitos usuários vêem a associação como possibilidade de geração de recursos financeiros, haja vista que o fator trabalho/vínculo empregatício é algo marcante na vida dos portadores de transtornos mentais, em decorrência de a maioria não possuir fonte de renda própria.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacaram o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário.

A primeira delas é a questão do controle social, a associação tem potencialmente essa função, não só dentro do serviço, mas também nas outras instâncias, conselho municipal de saúde, conselho local, aqui em Florianópolis estamos organizando uma Comissão Permanente, que é consultiva do Conselho Municipal de Saúde, é uma comissão de saúde mental, no estado (SC), a gente tem o Colegiado de Políticas Públicas e Atenção Psicossocial, que tem representação dos usuários; então, novamente, na questão da defesa dos direitos, na questão do resgate da cidadania, as vezes nem é resgate porque o cara nunca teve cidadania alguma, mas da possibilidade de instituir um certo nível de cidadania; eu vejo que a possibilidade de o usuário poder participar politicamente é algo que tem um efeito sobre a sua dinâmica, como tem efeito sobre a dinâmica de qualquer um que descobre um dia que tem essa possibilidade de participar politicamente, da vida política, e pro usuário de saúde mental isso muitas vezes é uma descoberta que representa uma guinada muito grande na sua vida, então, vamos dizer assim, tem um efeito terapêutico, um efeito clínico nesse sentido, além, obviamente, dos

efeitos políticos que isso representa, mas, mais individualmente tem esse efeito, da articulação com as outras pessoas, enfim, tem uma terapêutica aí que é função, mesmo que não reconhecida, mas é função das associações (F, 12/4/2006).

O principal papel das associações é não tornar que os serviços se tornem manicômios; a associação é a vida, é organização, é luta, é enriquecimento, é sentido de vida; tenho escutado muito de pessoas que tiveram suas vidas arruinadas que quando passaram a militar em associações de usuários passaram a ter um sentido de vida, passaram a conceber a razão da sua existência em vida; então, a principal importância das associações é não deixar que o serviço se torne manicômio, é tornar o serviço um pouco mais rico, com mais vida, é organizar a questão política, é falar em nome dos próprios usuários; então, a importância das associações de usuários é levar a boa nova aos CAPS, levar a boa nova aos serviços de saúde mental, levar a boa nova do modelo psicossocial, ou seja, discutir o controle da loucura, ou seja, a maior importância das associações é levar a discussão da liberdade, liberdade e dignidade dos portadores de transtornos mentais (GIRASSOL, 20/3/2006).

Além do tratamento e dos serviços, eu acho importante que a associação possa se fortalecer enquanto movimento popular de luta pela Reforma Psiquiátrica, que os usuários possam se conscientizar dessa importância de estarem articulados, lutando pela implantação da política, da política de saúde mental sob esse novo paradigma da Reforma Psiquiátrica; eu acho que essa é a maior importância, acho que essa é a maior tarefa da associação; claro que isso se reflete na micro política institucional no próprio CAPS; a associação vai estar lutando, a nossa associação aqui, por exemplo, já lutou pelo próprio vale transporte dos usuários, de ir até a secretaria (Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis) conversar com o secretário e reivindicar enquanto essa democracia representativa dos próprios usuários, técnicos e familiares; pela própria manutenção desta casa na época que houve a questão da construção da via de acesso ao Hospital Infantil, existia um projeto da outra via passar também por aqui, os usuários batalharam que essa casa se mantivesse aqui, que o CAPS se mantivesse aqui e conseguiram; então, acho que essa luta maior de articulação que exige uma consciência política dos líderes que estão na associação, dos usuários como um todo, é que é a grande tarefa da associação, só que isso se faz num trabalho de formiguinha, num trabalho miúdo (VIK, 24/3/2006).

Cabe destacar que o controle social compreende a participação da população na perspectiva da interferência na gestão da política pública de saúde, colocando as ações e serviços na direção dos interesses da comunidade e estabelecendo uma nova relação entre Estado e sociedade. Conforme Correia (2002, p. 212), controle social “é a atuação da sociedade civil organizada na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam às demandas e aos interesses das classes subalternas”.

A III CNSM ressalta a importância do controle social, através dos mecanismos já existentes (Conselhos, Conferências e Comissões de Saúde Mental, organizações da

sociedade civil e movimentos sociais), como forma de garantir o avanço da Reforma Psiquiátrica. Os indicativos da Referida Conferência destacam que o controle social deve constituir-se com a representação dos três segmentos – usuários, familiares e profissionais de saúde, na perspectiva de induzir uma ação de acompanhamento da construção das políticas municipais, estaduais e nacional de saúde mental. As Comissões de Saúde Mental em ação conjunta com os Conselhos de Saúde devem exercer seu papel de controle e fiscalização das políticas públicas, o que inclui o orçamento e a destinação de verbas para a saúde mental, em todos os níveis (BRASIL, 2002a).

A ação da sociedade civil e dos movimentos sociais é ressaltada visando a garantir que os programas de saúde mental não sofram descontinuidade por ocasião de mudanças de gestão administrativa e/ou política. Para tanto, devem ser criadas estratégias para a viabilização de maior envolvimento dos diferentes atores sociais com as questões da saúde mental. Entre estas, destacamos o papel das associações de usuários, técnicos e familiares e dos núcleos estaduais e/ou municipais do movimento da luta antimanicomial, na gestão dos serviços e na fiscalização das práticas de saúde mental (BRASIL, 2002a, p. 142).

3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia

A desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial são dois dos pressupostos teórico-epistemológicos orientadores das práticas assistenciais indicadas na e pela Reforma Psiquiátrica. Tendo isso em conta, perguntamos aos participantes da pesquisa se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas para a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referiram que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras.

As falas relacionadas na seqüência explicitam a percepção dos entrevistados sobre a questão e indicam algumas possibilidades que, segundo eles, poderiam favorecer o desenvolvimento de ações de reabilitação psicossocial.

Em parte sim, em parte; eu acho que como a gente não tem um sistema de avaliação a gente não consegue medir isso muito bem; a nossa intenção é essa, o que não quer dizer que as nossas ações consigam de fato alcançar; acho que a gente poderia fazer mais, a gente poderia ter uma articulação mais intensa e mais constante com outras instituições, com outros sistemas de atenção, além claro da própria rede de saúde, que não existe; em Florianópolis a gente não tem rede, até está se formando, dá pra dizer que está se formando, mas não funciona como rede ainda, efetivamente não funciona; a gente tem pouco contato com a atenção básica, com o PSF, que seria um parceiro importante, a gente tem pouco contato com os outros CAPS também em termos de troca, enfim, com outras instituições de saúde, então, acho que a gente ainda continua isolado, e aí pensar em reabilitação psicossocial com essas condições é um pouco mais complicado; a gente vê alguns efeitos, que a gente mede pelo usuário em si, que é o fato de que ele consegue evitar internação, que ele consegue muitas vezes voltar a trabalhar, sua participação nas oficinas passa a ser bastante diferente, enfim, mas são coisas que a gente não tem um instrumento pra avaliar (F, 12/4/2006).

Eu penso que sim, apesar de que hoje o programa de saúde mental não conta com uma rede completa de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, então, assim, a gente tem essa dificuldade; se existisse isso de forma mais estruturada, de forma mais incrementada seria mais fácil a reinserção social; por exemplo, a gente não tem leitos psiquiátricos no HU, um hospital geral, que já tem um ambulatório de psiquiatria, poderia ter um serviço de emergência, facilitaria, evitaria internações, um mercado protegido, um projeto de geração de renda também não temos, não temos os CAPS territorializados ainda, então, tem uma série de dificuldades colocadas aí que impedem essa reinserção social num tempo menor do que acontece hoje; acho que hoje o tempo que o usuário fica dentro do CAPS ainda é muito grande por conta de a gente não ter essa rede completa, que possa dar esse suporte extra CAPS. [...] eu não sei se isso acabaria institucionalizando, de certa forma sim, mas assim, isso está na pauta, e se isso está na pauta não está institucionalizando, você entende o que eu quero dizer? isso está sendo falado pro próprio usuário, isso está sendo dito pra ele, olha tu já está aqui muito tempo, o nosso objetivo pra ti, nosso projeto terapêutico pra ti seria de tu poder estar fazendo isso, isso e isso lá fora, então assim, não diria institucionalizado porque talvez institucionalizado seria quando a gente não se desse conta disso, ah não isso está rolando, o usuário está aqui há anos, ninguém está fazendo nada, continua na mesma, aí sim estaria cronificando, mas acho que não nesse sentido, de que isso está na perspectiva, a gente está querendo a inserção, a gente está querendo a rede extra hospitalar, a territorialização dos CAPS, só que a gente não tem uma série de elementos necessários pra fazer a reinserção, a política, o programa de saúde mental, aliás ele está sendo implantado, incrementado muito mais agora recentemente (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que sim, mas muito pouco ainda; elas se encaminham, elas têm como ideal, elas desejam, mas na prática isso é muito pouco feito; eu vejo que nesse CAPS a equipe acaba estando muito fragmentada porque faz milhões de coisas também, desde a parte administrativa, parte clínica, oficina, se divide; eu acho que deveria ter a equipe como um todo trabalhar nisso, mas ter também grupos de atuação, como a gente

chama de atuação local, então, ainda para o que necessita está muito pouco assim, muito aquém [...] A primeira proposta começaria via Regionais, nas Regionais; por exemplo, as pessoas iriam para os seus bairros, ver qual é a possibilidade, as possibilidades que existem pro usuário se inserir, mas não só a Regional, poderia ter um grupo mesmo, sair com o usuário, fazer a coisa mais concreta, ela é feita, mas é feito muito pontualmente (LÉLI, 4/4/2006).

Em geral sim, mas tem alguns pacientes que, por exemplo, circulam no CAPS e que não tem nenhuma indicação de estar no CAPS, então ele acaba sendo um lugar de institucionalização ou de capsização. Tem isso; isso acaba acontecendo, mas em geral não é isso; em geral eu acho que todas as nossas ações, o que a gente discute em equipe é até a tentativa de diminuir essa dependência, esse vínculo de dependência, que em algum momento ela pode ser muito importante, mas em outros ela é excessiva e acaba aprisionando o paciente dentro do CAPS, e aí o CAPS passa a ter o mesmo papel e a mesma função do hospital; e como isso é o que eles conhecem, esse repertório é o que se conhece, é mais fácil de se acostumar com ele do que ter uma nova postura, uma postura de que, não, aqui eu vou tomar conta do meu tratamento, eu vou lá fora procurar o que é meu...; não, (o usuário) acaba esperando, ah o que você falar está bom, e aí essa atitude bem passiva, que ela é muitas vezes muito cômoda pra todos nós em muitos momentos, pra uns mais que outros, essa atitude de comodismo, de esperar, é ótimo, e aí isso acontece, acaba acontecendo, embora as práticas, elas tem a idéia de que não seja voltada pra isso; não é o objetivo, mas a gente observa que as vezes é falho (J, 22/3/2006).

Essa pergunta é muito difícil [...]; eu acho que não mudou muito meu olhar, a gente tende a sustentar a institucionalização, a gente não consegue dar alta, o paciente não consegue ter alta, não consegue sair; assim, digo um paciente que realmente talvez esteja até mais comprometido com esse tempo aqui, tem paciente que está aqui desde o início; eu acho que a gente acaba reforçando um pouco isso por mais que a gente tem o desejo de que fosse o contrário; existe uma certa comodidade pro paciente também, aqui ele tem atenção, ele é aceito, não tem assim uma grande briga por ele ficar aqui; então, isso me preocupa muito, eu fico pensando: é uma contradição porque ao mesmo tempo que o nosso trabalho é voltado pra isso parece que a nossa ação acaba revertendo o contrário; a questão da cidadania, a questão da construção de outros laços, criação de outros espaços, eu acho que é muito precária ainda [...]; por isso que eu acho que a gente precisa também de ter formas de avaliação dos pacientes, muitas vezes fica assim um exemplo ou outro que você tem, aquela pessoa foi, está lá trabalhando, talvez ela não tenha também construído um elo tão pesado, tão forte com a instituição, que ela já veio, ficou um tempo, saiu, voltou a fazer outras coisas da vida; eu acho que a gente ainda está institucionalizando mais do que desinstitucionalizando [...] (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p. 14) observam que um dos caminhos mais importantes para o qual aponta a desinstitucionalização é o da criação de novas relações com a loucura. Estas se processam a partir da mudança das relações institucionais internas e de

desmontagem dos dispositivos da clínica e da psiquiatria, mas certamente não se restringe a isto. Novas subjetividades e um novo lugar para o sujeito louco só são produzidos em relação com o social. O trabalho de desconstrução da institucionalização, necessariamente, extravasa o contexto institucional específico, atingindo seu objetivo mais amplo de questionamento das instituições e subjetividades capitalísticas, a desconstrução como transformação cultural. Para os autores, através do trabalho no campo social a desinstitucionalização atinge seu sentido mais abrangente, como processo social amplo e complexo de participação popular, territorialização dos serviços, envolvimento de diferentes atores sociais, e mudança da relação social com o fenômeno da loucura.

Sobre este aspecto cabe destacar que a desconstrução do paradigma da institucionalização e a construção do paradigma da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial envolve um conjunto de ações teórico-epistemológicas e de práticas assistenciais, amparadas por um sistema jurídico-político capaz de criar e garantir direitos aos portadores de transtorno mental. De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (1987), a reabilitação psicossocial é o conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários (OMS 1987 apud PITTA, 2001).

Nesta direção, a formulação da política de saúde mental, orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais nos campos da educação, cultura, habitação, assistência social, esporte, trabalho, lazer e a articulação de parcerias com universidades, Ministério Público, organizações não governamentais (ONGs), visando a melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania do portador de transtorno mental (BRASIL, 2002a).

Com o objetivo de saber se existem e identificar quais são as práticas de reabilitação psicossocial desenvolvidas no e pelo CAPS Ponta do Coral, perguntamos aos participantes da pesquisa se existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer. Do total de profissionais que responderam ao formulário, a maioria (66,7%), disse não existir, dois referiram não saber responder, e dois destacaram que existem. Dentre os que responderam que não existem tais práticas, um observou não ter conhecimento, oficialmente, das parcerias, um deles destacou que existem poucas e de acordo com o planejamento terapêutico do usuário, e um outro disse que tem em momentos específicos, mas não de forma contínua. Entre os que

responderam que sim, um referiu-se a experiências muito pontuais como por exemplo o uso da quadra de esportes próxima, e outro identificou parcerias com fundações municipais e estaduais de cultura.

Neste aspecto, os indicativos aprovados na e pela III CNSM ressaltam a necessidade de se priorizar, no âmbito da assistência em saúde mental, políticas que fomentem a autonomia dos portadores de transtornos mentais, incentivando o exercício da cidadania plena. Devem-se buscar parcerias entre o poder público e organizações civis para o desenvolvimento de projetos sociais e comunitários, de geração de renda e de acesso a todos os direitos, que possam funcionar como apoio na (re)inserção social destas pessoas.

No estudo realizado, perguntamos aos profissionais se as práticas assistenciais desenvolvidas no e pelo CAPS possibilitam ao usuário a construção de sua autonomia. Os entrevistados destacaram a necessidade de refletir conceitualmente sobre o que seja a autonomia do portador de transtorno mental, como avaliar a autonomia da pessoa. Referiram que, em geral, o serviço consegue cumprir com a função de estimular o usuário à conquista de sua autonomia.

A questão é discutir o que é autonomia, eu sempre parto do princípio de que autonomia não é independência, autonomia na verdade é a possibilidade de a gente poder ampliar as dependências, que é a vida de todo mundo, ou seja, eu pra viver eu dependo de um monte de gente, um que paga meu salário, outro que falo aqui, outro com quem eu me ligo afetivamente, enfim, eu dependo de uma porção de gente e isso me dá autonomia porque eu posso depender de muitas pessoas e de muitas instituições, muitos sistemas; o problema do usuário de serviço de saúde mental, paciente psiquiátrico é que ele, geralmente, depende ou das mesmas pessoas ou das mesmas instituições, ou seja, a capacidade de autonomia dele está muito reduzida porque ele não tem como circular socialmente, ele ou está sempre dentro de casa ou de casa pra uma instituição, seja ela o CAPS ou hospital psiquiátrico; então, pra mim autonomia é isso, é essa possibilidade de você ir ampliando os vínculos pra que você possa depender de muitas pessoas ou de muitas coisas ou de muitas instituições porque afinal de contas, em última instância, essa autonomia tomada como independência ela é imaginária, ela é irreal, não existe; então, eu acho que a gente consegue isso, a gente consegue ampliar a autonomia dessa maneira, primeiro porque o CAPS acaba se tornando um centro de convivência, então, o efeito imediato é que a pessoa deixa de ficar sozinha ou só com a família e passa a conviver com outras pessoas, esse é o efeito imediato, passa a ter outras relações que muitas vezes se desdobram, saem daqui, as pessoas fazem programas juntos fora, pinta relacionamentos amorosos ou só relação sexual, que seja, mas enfim, é uma oportunidade nova que o cara não tinha, encontrar alguém mesmo que seja só pra transar, então, isso já é um ganho também, já implica na ampliação de autonomia; eu vejo que muita gente aprende a lidar com o serviço público, aprende a correr atrás dos seus direitos, aprende a lidar com outros serviços de saúde, passa a

procurar o posto de saúde onde mora ou passa a ir pegar medicação em tal lugar sozinho, por conta própria etc.; eu acho que a gente consegue essa função, a gente consegue autonomia nesse sentido, mas pode ser melhor, na medida que a gente tiver uma rede, que a gente se inserir nessa articulação com outras instituições, com outras instâncias, a gente consegue fazer isso de maneira mais eficaz (F, 12/4/2006).

Em alguns casos sim, eu acredito que alguns casos quando não há uma limitação interna eu acho que sim, que é possível, através até da participação nas oficinas, nos grupos terapêuticos, da adesão ao tratamento médico; muitos conseguem realmente; passaram por um episódio, uma crise, conseguiram ficar bem e voltar para as suas atividades diárias, eu acho que quando eles aderem ao tratamento, quando há essa adesão, quando eu digo ao tratamento é ao projeto terapêutico deles, e não tem uma limitação, vou colocar entre aspas “uma seqüela” da própria doença muito forte, há essa possibilidade; em alguns outros casos eu acho que é difícil, assim, não é tão fácil medir isso, o que, quem melhora, quem não melhora, aquele que consegue voltar, aquele que não consegue, as vezes alguém que tem até uma doença mais incapacitante consegue, outros não, depende, depende do apoio que ele tem, do externo, da família, ou da própria sociedade, da comunidade em que ele é inserido, isso tudo faz diferença, que tem o background do que ele era antes, isso também faz a diferença, ele consegue resgatar; quando já não se tem muito o que resgatar aí fica mais difícil trabalhar; é individualizada essa resposta, mas eu acredito que em alguns casos sim, consegue essa (re)inserção de uma maneira muito boa e gratificante para os dois, pro usuário e para os profissionais (J, 22/3/2006).

[...] dependendo de como o serviço é gerido, dependo de dentro de que política de saúde mental esse CAPS está inserido, ele pode ao invés de estabelecer uma autonomia, mesmo que ele tenha uma boa vontade de estabelecer autonomia, ele acaba tornando a pessoa mais dependente ainda do serviço; então, é uma grande armadilha a construção da autonomia, não só especificamente pro CAPS Ponta do Coral, mas pra todos os CAPS que eu tenho visto; então, a gente volta novamente na questão da avaliação, novamente na discussão dos termos, eu acho que a questão dos conceitos ela tem que estar muito clara, o que significa cada conceito, eu sempre tenho batido muito nisso; o que é autonomia? É a pessoa ter minimamente condição de governar a sua própria vida, gerir sua própria vida, Ok! a gente estimula a pessoa a fazer isso, trabalha nesse sentido com a questão da autonomia, agora, quais são os parâmetros que nós vamos utilizar pra avaliar essa autonomia, isso a gente não tem muito claro ainda, acho que necessita; então, o CAPS possibilita autonomia, mas ao mesmo tempo não tem uma análise crítica [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Não obstante, cabe-nos destacar que a compreensão sobre autonomia que orienta este trabalho refere-se “a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente”. Neste caso, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas

relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001, p. 57).

As falas relacionadas a seguir destacam como o atendimento no CAPS Ponta do Coral possibilita a construção da autonomia do usuário.

Eu acho que em formas gerais sim, na relação que os técnicos tem com o paciente; agora, as vezes, a gente tem uma postura muito assistencialista em muitas situações, um assistencialismo que acaba prendendo o paciente, institucionalizando; são situações, eu acho que as vezes a gente repensa sobre elas, não foi bem por aí, mas, assim, eu vejo as pessoas contando a história do CAPS, teve muitas experiências que foram positivas também, que chegaram a um resultado, assim, sem muito recurso, sem muito com que contar fora da própria equipe, fizeram coisas que são surpreendentes em relação a tantos pacientes; eu acho que essa maneira de você poder dar voz, poder valorizar aquilo que a pessoa faz, consegue fazer em uma Oficina por exemplo, eu acho que essa é uma maneira de você conferir uma posição mais sujeita, mais ativa mesmo (P, 17/3/2006).

Sim, eu acho que sim, só que eu acho que a gente possibilita em alguns casos, não tem uma história linear de possibilitar a todos, eu acho que tem um projeto de possibilitar, mas isso não acontece o tempo todo, porque também isso não é uma via de mão única; hoje, eu já fui mais ingênua em relação a isso, muitas vezes uma pessoa que ficou trinta anos, vinte anos no hospital psiquiátrico, eu não sei mais se ele quer ter mais autonomia, muitas vezes ele quer, não quer; se a gente entender autonomia como trabalhar, seja em qualquer lugar, com uma bolsa trabalho, entender autonomia como decidir ir final de semana para uma praia, autonomia como ir ao supermercado, escolher o que vai comer, até certo ponto sim; por exemplo, se tenta até que muitos usuários saiam no final de semana, a gente na reunião das Regionais combina que eles possam ir, no final de semana, para um passeio, e eles não vão, eles ficam em casa, só vão se o técnico for, no dia de semana; então, acaba ficando um outro processo de não autonomia; então, a luta, a intenção é que isso se dê de outra forma, que também não fique dependendo do CAPS; existe uma construção pra isso e isso acontece, em certa medida acontece, mas ainda não como gostaríamos, porque nós também temos uma idealização de autonomia [...] alguns casos tem sim, vão até um certo ponto da autonomia que é possível pra pessoa, e outros vão mais além, outros regridem (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre as possibilidades de construção da autonomia do portador de transtorno mental, Kinoshita (2001, pp. 56-57) considera que a contratualidade do usuário, primeiramente vai estar determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Estes podem emprestar seu poder contratual para possibilitar relações e

experiências renovadas ao usuário, através de seu prestígio, de sua delegação social, do saber reconhecido pela sociedade. O referido autor destaca que aos profissionais é dada a capacidade de elaborar projetos, isto é, ações práticas que venham a modificar as condições concretas de vida do usuário.

A entrevista citada na seqüência relaciona a construção da autonomia do usuário a ações que envolvem outros serviços e outras políticas sociais como uma possibilidade para que o portador de transtorno mental adquira sua independência econômica. No caso, a profissional refere-se a Política de Assistência Social, através do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Outro recurso financeiro que pode ser acessado pelos egressos de internações psiquiátricas prolongadas é auxílio reabilitação psicossocial instituído com o Programa de Volta Pra Casa, através da Lei Federal N° 10.708/2003.

[...] um outro elemento pra isso (autonomia) são os usuários que estão totalmente desprovidos de qualquer recurso material que conseguem o BPC e isso garante autonomia porque ele tem o mínimo pra poder dar conta das suas necessidades materiais; então, muitas vezes, ele está numa condição muito vulnerável e aí passa a poder comprar aquilo que ele deseja, minimamente, porque é muito pouco o valor, mas consegue algumas coisas e isso garante essa autonomia, porque as vezes ele fica na família, fica sendo aquele peso que só incomoda, que não tem recurso financeiro nenhum porque ele está fora do mercado de trabalho mesmo, então, aí o benefício da previdência social também é um elemento de autonomia e de reconstrução da cidadania, mas entre todos esses outro que eu falei, do próprio material que ele tem contato na oficina terapêutica que ele consegue produzir algo; aquele usuário que é egresso do hospital psiquiátrico de polireincidência nas internações que consegue produzir uma peça bonita e que essa peça é vendida e que depois recebe o dinheiro dessa venda, também confere autonomia, confere cidadania, auto-estima (VIK, 24/3/2006).

Entendemos que a possibilidade de ter recurso financeiro próprio favorece sim a independência econômica do portador de transtorno mental, possibilitando-lhe uma vida com maior autonomia. Contudo, conforme destacou a entrevistada este é só um dos elementos que compõem o rol das necessidades humanas. A reabilitação psicossocial é um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia (KINOSHITA, 2001). Neste sentido, reabilitação e construção da autonomia caminham lado a lado.

3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental

A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos entrevistados como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista jurídico-política dos direitos do portador de transtorno mental.

Eu acho que hoje a gente já tem uma rede assistencial muito mais capacitada e quantitativamente significativa; no Brasil já são 800 CAPS; o fato de que tem recurso financeiro do Ministério da Saúde destinado, especificamente, à saúde mental, isso facilita a criação do serviço no município; em termos das modificações em relação ao que seja a loucura, o que seja o transtorno psíquico, acho que apesar das dificuldades a gente já conseguiu avançar com relação a isso, a gente já conseguiu trazer a discussão pra sociedade de uma outra maneira, levantando a necessidade de olhar isso também de uma outra forma; a medida que as pessoas começam a sair dos hospitais e voltam a morar seja em residências terapêuticas, seja com a sua família, e conseguem se manter bem dessa maneira isso também vai mudando o olhar das pessoas, pelo menos daquelas que o cercam; os projetos que a gente chama de modificação da cultura, a modificação da cultura manicomial, isso eu percebo que há um avanço, gradual, lento, tem um monte de resistência, mas a gente consegue, conseguiu, tem conseguido, e isso implica também no avanço político, no sentido da garantia do direito, no sentido de ter algumas prerrogativas preservadas com relação ao direito do usuário; então, eu vejo que de uma maneira geral a gente tem avanços e avanços muito significativos se a gente compara o que era transtorno mental há vinte, trinta anos, nesse país, tem coisas muito importantes que eu identifico (F, 12/4/2006).

Acho que a própria existência de CAPS, os hospitais dia, de ambulatórios de saúde mental, próximos as casas de onde o paciente mora, o Programa de Volta pra Casa, a possibilidade de uma residência terapêutica, são todas medidas atuais e dispositivos atuais que possibilitam essa nova forma de encarar o que alguém portador de transtorno mental pode ocupar, o que eles podem ocupar; então, eles podem ocupar os espaços, eles podem começar a fazer parte daquela comunidade (J, 22/3/2006).

A fala a seguir expressa como foi, historicamente, se alterando a forma de assistência ao portador de transtorno mental e de atenção em saúde mental na política de saúde do município.

Eu acho que a questão de criar um espaço que é aberto já é uma conquista; eu acho que hoje a gente tem essas possibilidades de CAPS, no posto de saúde mesmo; [...] quando eu comecei a trabalhar na prefeitura, há 20 anos atrás, assim, era uma equipe de um psiquiatra com mais um monte de estagiários de psicologia que saía em uma Kombi velha pra fazer alguma coisa, quando pintava um problema lá com um paciente do Campeche por exemplo [...]; não tinha nada na prefeitura há 20 anos atrás de saúde mental, então, hoje já tem, está se criando uma rede, tem profissionais nos postos, tem psicólogos, se pensa em fazer treinamento de agente de saúde, treinamento de clínico geral, já se fez algumas coisas; eu acho que isso, imagino que alguém que fica confinado dentro de um espaço, ele ter a possibilidade de circular, mesmo o pessoal do HCTP, eu acho que pra eles, assim, tem uns que não querem muito mais que isso na vida, pelo menos eles não estão tendo que trabalhar duramente como trabalhavam quando eram crianças, vem aqui, circulam, comem uma comida, anda aqui, vê televisão, bom! talvez essa seja a vida que eles querem, talvez seja...., já sai lá daquela estrutura fechada (P, 17/3/2006).

Na seqüência, a entrevistada relaciona algumas formas de exercício da cidadania que o usuário pode acessar com o tratamento no CAPS.

É, se for pensar que muitos usuários eles tiveram uma história, antes do surto, de uma vida organizada socialmente, trabalhando, talvez seria a reconstrução da cidadania, mas a medida que vem todo o isolamento propiciado pelo hospital psiquiátrico, todo o estigma do transtorno mental que a própria comunidade coloca, realmente de fato foi perdida; quando ele chega no CAPS e se propõe a se beneficiar desse espaço, assim, de fato se vincula ao projeto terapêutico dele, acho que ele consegue reconstruir elementos pra essa cidadania, num primeiro momento autonomia, acho que o cartão do vale transporte, o exemplo que eu posso dar, o cartão do vale transporte que é oferecido no período que ele tem tratamento aqui é o mesmo cartão do cidadão que vai comprar lá no SETUF, então, aquele usuário que é estigmatizado, eu já presenciei essa cena, um usuário de uma comunidade de periferia que era o louco do bairro, ele entrou dentro do ônibus com o mesmo cartão que qualquer outra pessoa, passou o seu cartão, veio pro CAPS, depois foi embora pra sua casa, então, isso já é um elemento, muito pequeno, mas é um primeiro elemento talvez, que começa aí, de ele se reconhecer enquanto sujeito, enquanto cidadão, e depois aqui também, a possibilidade de participação, no momento que ele consegue produzir algo numa Oficina, no momento quando ele consegue, na clínica, se dar conta dos seus conflitos e ter mais qualidade de vida nas relações [...] (VIK, 24/3/2006).

Uma das entrevistadas fez destaque às formas de atuação que, na sua opinião, representam conquistas significativas e correspondem a práticas que favorecem o exercício da cidadania do portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Avanços, pra começar, acho que o grande avanço foi a Reforma Psiquiátrica, a construção do CAPS, dos CAPS, as portarias que fazem com que os hospitais psiquiátricos sejam substituídos por vários CAPS, esse foi o grande avanço em primeiro lugar, porque é o momento de tirada das pessoas desses castelos, dessas muralhas, não só porque ficaram ali presas, mas de todo aquele sofrimento mesmo, de miséria, enfim, como os últimos dos últimos, então, eu acho que esse é o primeiro ponto, é que os sofredores de transtorno psíquicos e mentais não ficassem segregados, mas poder estarem sendo mostrados e expostos - uma parte da sociedade, são pessoas que podem transitar, que estão aí, não necessariamente precisam ser escondidos como uma vergonha; junto aos CAPS, isso não caminha sozinho, tem a construção as redes de atenção básica também; [...] mas quando fala em cidadania acho que tem três eixos: um é a construção do CAPS, de serviços como o CAPS, outro são as residências terapêuticas e o outro a economia solidária; hoje eu vejo como isso, assim, esses três projetos, que foram feitos com luta, porque a primeira luta foi dos hospitais, então, tem as portarias que substituiu os hospitais por CAPS, progressivamente, tem toda a luta do movimento antimanicomial, tem as leis que protegem, tem esses três eixos; residência terapêutica é um lugar de resgate à cidadania porque a pessoa vai poder estar numa casa, vai poder comprar um bombril pra limpar a panela, vai poder comprar tomate e batata, vai começar a transitar no meio de outras pessoas, com a vizinhança, a se autogerir, poder fazer escolhas para sua casa, onde ele quer botar um quadro, onde ele quer botar o guarda-roupa, sua roupa, com outros colegas, mas enfim...; tem também a economia solidária que é o momento de autogestão, de fazer escolhas também, de decidir sobre sua vida, em uma certa instância, porque em última instância, em última análise ninguém daqui decide sobre a sua vida, nem eu, nem tu, a gente já nasce num sistema que te absorve e a gente é o que em última análise o capitalismo quer que a gente seja mesmo, nossa roupinha, nossa comida, nosso padrão de beleza, tudo a gente faz como é vendido; eu acho que essas iniciativas, porque a economia solidária não é só cooperativa, não é só associação, não é somente, é uma outra forma de produzir trabalho e discutir sobre esse lucro, que antes estava na mão de algumas pessoas, então, é dividir, eu também decido sobre o que é o meu trabalho, eu não me alieno dele, mas eu sei onde é que vai o meu trabalho (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Fleury (2004, p. 4), os grupos excluídos estão, em geral, impossibilitados de participar das relações econômicas predominantes no mercado, como produtores e/ou consumidores, e das relações políticas vigentes, os direitos de cidadania. Segundo a autora, esta situação é agravada pela transformação das políticas públicas de proteção social, afastando-se de um modelo de seguridade social, que buscava assegurar coletivamente o mínimo vital para todos os cidadãos, em direção à individualização da pobreza e da exclusão.

Conforme aponta Pitta (2001), o homem moderno, acriticamente, persegue formas de inclusão social pelo trabalho, desconsiderando o fato do trabalho não ser nem

tão disponível nem tão flexível para suportar as diferentes demandas individuais e coletivas que a sociedade moderna impõe. Não obstante, a tradição asilar e assistencialista das instituições psiquiátricas, historicamente, caracterizou-se pela função de excluir os marginalizados, produtos das disfunções do modo de produção capitalista e da divisão social do trabalho. Em geral, a população internada, e muitos dos egressos de hospitais psiquiátricos atendidos nos CAPS, está cronificada, com poucas chances de retorno ao mundo do trabalho capitalista.

A fala relacionada a seguir traz a compressão e reflexão, do profissional entrevistado, com relação ao conceito de cidadania e as implicações práticas deste quando se tem como parâmetro uma concepção e um modelo de cidadania pautado na lógica da racionalidade.

Eu tenho visto que está se percebendo uma maior clareza da necessidade dessa cidadania do portador de transtorno mental, porém ainda falta um pouco mais de discussão em nome de que direitos o portador de transtorno mental tem pra fazer cidadania, porque é assim, a cidadania dentro desse modelo francês - igualdade, fraternidade, liberdade, ela exige muito a questão da razão, pra você exercer cidadania você tem que falar em nome da razão, e muitas vezes o usuário, quando está em crise acaba não falando numa razão, acaba falando uma desrazão, e aí como fazer? como dar conta disso? ainda não temos resposta, em nome de que cidadania é reinventada uma cidadania para os loucos, mas tudo bem, isso é pra gente pensar; então, o avanço que tem em relação a construção da cidadania é quanto mais ter associação de usuários em que se discuta cidadania, mais vai ter cidadania, que eu não acredito que os CAPS tenham trabalhado muito nessa lógica, porque acaba não discutindo a questão da cidadania, que cidadania é essa, o que se entende por cidadania, o que é o ser cidadão [...](GIRASSOL, 20/3/2006).

A cidadania integra as exigências de justiça e exercício democrático do poder; o sentimento de pertencer a uma comunidade e de estar integrado a uma dada coletividade social, em determinado espaço territorial (FLEURY, 2004). A idéia de direitos do cidadão – civis, políticos e sociais – remete a construção dos Estados nações, em que o princípio das nacionalidades precede o ideal filosófico cidadania universal. A cidadania, definida pelos princípios da democracia, constitui-se na criação de espaços sociais de luta (movimentos sociais) e na criação de instituições permanentes para a expressão política; significa, necessariamente, conquista e consolidação social e política (VIEIRA, 2002, p. 40). Ainda, a cidadania passiva, outorgada pelo Estado, se diferencia da cidadania ativa, na qual o cidadão, portador de direitos e deveres, é essencialmente criador de direitos para abrir novos espaços de participação política.

Diversos são os obstáculos para o exercício da cidadania do portador de transtorno mental entre estes a vinculação dos direitos a racionalidade instrumental-cognitiva da ciência; a vinculação da sua prática a inclusão controlada no mundo do trabalho, modelo este que, no caso brasileiro, é denominado por Santos (1979) de cidadania regulada. Vasconcelos (2000b, p. 191) indica que, para aqueles que assumiram a proposta da desinstitucionalização e reinvenção da cidadania no campo da saúde mental, há de considerar que estamos diante de um terreno de relações de forças complexo e paradoxal, em que a manutenção do caráter democrático nas relações exige abandonar esquemas conceituais lineares, onipotentes, que queiram garantir de antemão a sua eficácia.

Fleury (2004, p. 12), observa que “a mediação entre os indivíduos e o Estado, através da igualização realizada na cidadania só é efetiva, na medida em que a sociedade civil seja capaz de realizar as funções de agregação dos interesses, reconhecimento dos sujeitos e sua inserção na esfera pública. Só assim a cidadania deixa de ser um invólucro legal e passa a ser um exercício na vida social”. Portanto, uma visão mais ativa de cidadania requer um sentido de sociedade civil como uma esfera pública onde os cidadãos se encontram em reconhecimento mútuo, e isto faz possível a sociedade plural.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referiram que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental substitutivos ao modelo tradicional/asilar. As falas a seguir identificam estas dificuldades fazendo uma análise da questão na realidade da sociedade capitalista atual.

Tem o mito de louco, do louco perigoso, do louco imprevisível, é algo que pesa muito [...], que é a lógica do mercado; pra nós, basicamente, estar inserido na sociedade é estar trabalhando, a gente se pauta muito por isso, pra poder se considerar inserido, vinculado no mundo você tem que estar no mercado de trabalho e, muitas vezes, essa lógica enlouqueceu muita gente, e as pessoas não conseguem, principalmente os usuários dos serviços de saúde mental, os psicóticos em particular, tem muita dificuldade em entrar nessa lógica, e se submeter a ela, coisa que pra qualquer um tem um custo muito alto em termos de saúde, eu digo quem está inserido mesmo no mercado de trabalho, em termos de saúde, de relação com a sua família, com as pessoas que gosta, com os amigos etc., isso tem...; viver para o trabalho é algo que pra nós é insalubre de uma certa maneira, a gente não faz outra coisa a não ser trabalhar; então, pra essas pessoas que estão fora do mercado de trabalho

é muito complicado poder voltar, o que sobra é uma rede de assistência que na nossa realidade é sempre capenga, sempre parcial, tem dificuldade em aceitar o louco por conta desses mitos, e, também, da própria resistência do usuário, da pessoa com esse tipo de dificuldade de entrar nessa lógica, no que ele de uma certa maneira faz muito bem, algo que cria outros problemas pra ele (F, 12/4/2006).

São tantas, é assim, primeiro lugar, eu vejo assim, com todo o preconceito que tem da loucura, tem uma coisa no nosso sistema capitalista que é a questão da produção, produção de capital, produção de bens, e inserção no comércio, no mercado de trabalho, então, o portador de transtorno, sofrimento mental, ele a princípio, quando ele está nesse estado, ele não é produtivo, produtivo pra esse sistema capitalista, ele não trabalha, ele não consome muito, porque ele não vai ter dinheiro, portanto, isso de maneira geral, a gente sabe que as pessoas de posse, que a loucura, o sofrimento psíquico ele atravessa qualquer classe, mas 90% tem isso; então, a princípio existe a exclusão, já existe esse preconceito também, mas muito mais que isso, que a sociedade de fato ela é dividida entre os que produzem, os que fazem a engrenagem funcionar e os que estão a margem, então, o usuário é mais um que está a margem, assim como o menino de rua, os rapazes do morro, então, ele é mais um, também, que causa incomodo, e ele no Estado, das políticas públicas do Estado ele seria como só o gasto, não seria mais uma produção; além de ser uma sociedade racionalista que tem toda a sua formação no discurso, no discurso reto, no discurso racional, na fala, a fala racional, na linguagem articulada como o único meio privilegiado de comunicação, e o usuário, muitas vezes, não tem esse instrumento, por conta da sua fragmentação, da sua história, da sua medicação, da própria coisa do delírio, muitas vezes ele não tem o tempo todo essa fala coerente, esse discurso, dessa forma já faz com que ele não seja inserido, uma vez que ele é a minoria digamos assim (LÉLI, 4/4/2006).

Hoje, a gente fala muito em rede de atenção psicossocial; eu percebo que é uma rede que ela tem que estar instituída, que são locais de proteção para o portador de transtorno mental, são as certezas, são os caminhos certos que os usuários teriam, a rede; o problema a começar é que nós não temos essa rede instituída, entendo por rede: emergência psiquiátrica ou emergência em atenção psicossocial em hospital geral, CAPS III, CAPS II, CAPS criança e adolescente, CAPS álcool e droga, associação de usuários, escritório jurídico para amparar o direito do portador de transtorno mental, atenção primária em saúde mental, equipes volantes, centros de convivência, enfim, tudo o que preconiza a rede em atenção psicossocial, esse seria o primeiro passo; então, essa dificuldade, não temos a rede em atenção psicossocial, esse é um passo; segundo, o próprio imaginário social das pessoas em relação a loucura e ao louco, isso é uma outra dificuldade, que daí entra em cena o estigma e o preconceito, onde o portador de transtorno mental passa a não ter crédito na comunidade, e isso ainda é uma dificuldade; e, claro, depois tem toda a questão do trabalho, as cooperativas de trabalho, que ainda não se discute muito em Santa Catarina, não conheço nenhuma cooperativa social de trabalho para portadores de transtorno mental, que é uma forma de gerar trabalho diferente dessa preconizada pelo modo de produção capitalista, que você tem que produzir pra receber, isso é uma outra dificuldade, a dificuldade em cima da questão do trabalho, do emprego, que muitos acabam tendo seu reconhecimento, sua valorização em cima

do dinheiro que tem no bolso, o poder contratual que a pessoa possa ter, as vezes, na sociedade, é o quanto ela tem no bolso, e a maioria dos usuários não possui isso, e é aonde muitos acabam querendo se aposentar para poder ter o seu dinheiro, que não tem outra alternativa ou clareza do que fazer pra ter dinheiro, então, esse é um problema enorme na questão da reinserção social (GIRASSOL, 20/3/2006).

Os participantes da pesquisa apontaram que uma das possibilidades para a (re)inserção familiar e social pode ser a separação das oficinas produtivas da área física do CAPS. Esta proposta e os projetos de geração de renda via economia solidária foram apontadas por alguns dos entrevistados como uma das alternativas para a realização de uma maior integração do serviço com a comunidade, bem como a melhor adequação do próprio espaço físico do CAPS.

[...] a questão do projeto de geração de renda, que eu acho que de fato está faltando, inclusive a gente já está também se mobilizando pra tentar criar um projeto nesse sentido, porque os usuários aqui, nas oficinas terapêuticas produtivas, eles conseguem ter acesso ao material específico de cada oficina produtiva, também, a técnica de produzir o artesanato, mas não tem mercado; eles conseguem vender as peças, conseguem resgatar uma grana, mas não é suficiente pra poder manter ele, manter as condições de sobrevivência; então, precisa implantar essa geração de renda, de fato acho que vai dar um gás pra essa (re)inserção dos usuários que estão sendo tratados do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Já para uma das profissionais entrevistada as dificuldades na (re)inserção social estão mais relacionadas a questões de singularidades dos portadores de transtorno mental.

Eu acredito que volta de novo pro estigma, vai voltar pra própria incapacidade, pra própria dificuldade do usuário, do paciente; muitas vezes eles poderiam fazer algo muito mais do que fazem, e aí tem o medo, o medo deles, o medo de eles terem de enfrentar a própria doença, de eles terem que enfrentar os outros, e a hora que eles conseguem fazer esse movimento aí vem o medo do outro, aí é mais fácil ficar parado, aí volta pro comodismo, mas de alguma forma se a gente consegue..., aí não precisa de grandes movimentos, eu imagino que pequenos movimentos dentro da comunidade, que seja, alguém ir conversar com o diretor da escola, ir conversar, aí a diretora consegue conversar na sala, vamos supor que tem alguns pacientes, mais jovens, que pelo surto psicótico deixaram de ir e aí não retomam, não retomam porque tem medo, porque as vezes vão rir dele porque ele é louco; então, pequenas intervenções, elas tornam possível mudar um pouco essa inserção, essa reinserção, mas a gente esbarra de novo na falta de técnicos pra fazer isso e também acho que até por uma falta de equipe, aí volta pra equipe, entende, não tem uma equipe que pense isso em conjunto, que age em conjunto e aí como fica muito personalizado, individualizado os atendimentos, cada um vai pra..., eu vou pro meu consultório, outro vai pra oficina e aí não tem a equipe (J, 22/3/2006).

Outra entrevistada referiu-se ao estigma e preconceito existente por falta de conhecimento e divulgação, exposição, seja nas universidades ou por parte dos próprios serviços de atenção, sobre saúde mental.

Bom, eu acho que entre elas a questão do estigma, do preconceito, e não é um preconceito.... a gente sabe que tem riscos em algumas situações, a gente também as vezes tem medo de algum paciente, te dizem ah fulano matou três pessoas..., não é um preconceito que nasce do nada, muitas vezes é um preconceito que de alguma forma é compreensível, mas você não pode ah então ta...; eu acho que não existe muito, você não vê muito nos meios de comunicação uma campanha em torno da desestigmatização, você vê de outras coisas, com relação a aleitamento materno, outras questões da política de saúde; com relação a saúde mental eu acho que se fala pouco na sociedade, se discute pouco; por exemplo, na universidade, até não sei se lá na saúde pública o pessoal da saúde mental tem feito mais coisa, até os alunos que vem fazer residência aqui, a primeira reação deles é: a gente está aqui e tem medo, nem eles foram preparados pra isso, então, você começa a avaliar que tem uma falta..., não se fala muito no assunto, acho que assim, não se fala no assunto na sociedade; assim como se faz grupos de mulheres lá nos postos de saúde pra tratar de questões de sexualidade, muitas vezes faz sala de espera pra tarar de questões..., não se faz uma sala de espera pra falar de saúde mental; então, eu acho que talvez assim, a gente pensar, bom! nós estamos nisso (na saúde mental) e nós nunca fomos fazer uma sala de espera no posto de saúde da Agrônômica pra falar de saúde mental, pra falar do CAPS, quem sabe a gente também precisasse fazer algumas coisas assim, começar uma divulgação maior; acho que pouca gente de fora do serviço, fora das pessoas que trabalham na saúde mental sabem da política do Ministério pra saúde mental, que existe uma política de criação residências terapêuticas; eu li relatos de pessoas no Rio (RJ) que tiveram muita dificuldade de alugar pra se fazer uma residência terapêutica, num prédio então, quando ficaram sabendo que eram pessoas que vinham de hospital psiquiátrico ninguém quis; então é muito difícil, e ao mesmo tempo tem experiências positivas, tem pessoas que estão na residência e diz que a vizinhança viu que eles não são bichos, que eles podem interagir, podem estabelecer laços de vizinhança, então, tem algumas experiências boas e algumas experiências que são difíceis (P, 17/3/2006).

No contexto do estudo foi perguntado aos profissionais entrevistados se a atual organização dos serviços de saúde mental favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais. Conforme pode ser observado nas falas relacionadas, as opiniões foram divergentes. Dois deles observaram sobre a necessidade da existência de diversas instituições e serviços articulados e integrados à proposta da rede de saúde mental para que seja possível favorecer a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental

Embora a estrutura se localize no município, pelo menos eu estou pensando em termos de utilização da rede; então, a gente tem no Brasil inteiro muita diversidade, tem cidades onde a rede está montada, foi instituída e funciona legal, não é o caso de Florianópolis, a gente tem dá pra dizer poucos serviços, são só três CAPS que deveriam estar regionalizados ou territorializados, mas não estão, e tem algumas equipes de saúde mental nas Regionais, nas sedes das regionais, então, eu vejo assim, tem uma rede a ser constituída, ela precisa criar os mecanismos pra que a pessoa possa usar isso como rede, isso em termos de atenção à saúde, quando eu falo em rede eu também não estou pensando só em serviço de saúde, estou pensando que há uma possibilidade de a gente ter uma rede que inclua outros serviços, que não sejam só os de saúde, só os especializados, que eu acho que é a nossa necessidade, você incluir outras instituições, outros programas, enfim, que tenham vinculação com a cultura, com o trabalho, com a arte, produção do conhecimento, com as universidades por exemplo, as universidades são um campo excelente, seriam um campo excelente pra gente poder trocar um monte de coisas, pelos programas de extensão que eles tem, pelos projetos comunitários etc., a gente podia estar fazendo parceria com as universidades, mas não conseguimos, não sai, não rola; [...] a saúde mental eu acho que é o melhor exemplo desse distanciamento porque é difícil encontrar uma universidade onde a Reforma Psiquiátrica esteja incluída, ou mesmo os temas da reabilitação psicossocial estejam incluídos nos currículos dos cursos de saúde, é raríssimo (F, 12/4/2006).

Então, essa rede montada de forma territorializada, principalmente, eu acho que esse aspecto da territorialização é fundamental, é chave pra conseguir a reinserção social, não só por facilitar o acesso do usuário, mas pelo fato de o serviço estar ali no seu território, isso é fundamental, além disso, o projeto de geração de renda, as vagas, os leitos psiquiátricos no hospital geral, é todo esse contexto que precisa ser implantado para de fato poder facilitar o trabalho de cada instituição dessas, seja do CAPS, seja do projeto de geração de renda, ou do próprio hospital geral, como um todo, assim, essa engrenagem funcionando bem aí sim vai ser mais rápida a reinserção social do usuário portador de transtorno mental (VIK, 24/3/2006).

A partir das colocações dos participantes da pesquisa, destaca-se a importância da rede de serviços na construção da cidadania das pessoas atendidas pelas políticas de ativação, as quais, segundo Fleury (2004), tem como objetivo a inclusão social de conjuntos populacionais definidos a partir da territorialidade. Tal proposta pretende tratar o território como um componente, tanto material como simbólico, da esfera pública. Neste sentido, a construção da cidadania passa, necessariamente, pela reconstrução das cidades e potencialização da rede de serviços na valorização das características objetivas e subjetivas da demanda local.

Na seqüência, um dos entrevistados enfatiza que a forma como são pensados e estão organizados os serviços de atenção não favorece a construção da cidadania dos usuários.

Não, não favorece, porque, primeiro, os serviços de saúde mental estão sendo construídos pra quê? Não tem muito claro ainda pra quê que se tem atenção básica em saúde mental hoje, pra quê se constrói centro de convivência, pra quê tem o CAPS? acho que o objetivo do serviço parece não estar muito claro, talvez eu esteja enganado; veja bem, a atenção básica é mais no sentido pra estar discutindo os seus conflitos, minimizando os “sintomas psiquiátricos”, e aí acaba não tendo um trabalho de reflexão sobre o contexto que a pessoa está inserida; [...] a questão da cidadania tem a haver..., quanto mais articulada for a pessoa, quanto mais ela se envolver com as lutas sociais, mais cidadania ela vai exercer, quanto mais clareza, mas crítica, mais conhecimento ela vai ter, ela vai desenvolver cidadania; então, a forma hoje como os serviços estão organizados, ela acaba não favorecendo essa questão da construção da cidadania porque ainda vem de uma lógica de modelo centrado no transtorno mental (GIRASSOL, 20/3/2006).

Uma outra profissional considerou ser difícil avaliar a questão pelo fato de a rede de serviços não estar implantada por completo, e por não ter avaliações sistemáticas dos resultados.

Olha, eu não sei se a gente já tem condições de fazer uma avaliação, a rede está meio que andando [...] assim, qualquer coisa que eu vá dizer é, assim, referente uma experiência ou outra, não sei se a gente tem condições de fazer uma avaliação enquanto rede; por exemplo, eu vi muitas experiência positivas em cidades como Campinas (SP) que eles já tem há mais tempo, por exemplo, residências terapêuticas, tem desde o começo dos anos 1990, tem muitas experiências boas de pessoas que conseguem transitar na vida, tem gente que está trabalhando; [...] eu acho que a gente precisa além de ter a política, de ter a carta de intenções, a gente precisa ter avaliações também, eu acho que uma questão dessa eu sinto que precisa ter uma forma mais sistemática de avaliar, qualquer coisa é uma coisa mais ou menos um olhar particular pra aqui pra ali, acho que no todo a gente não tem (avaliação sistemática), pelo menos eu não conheço ainda, pode ser que estão fazendo e eu não saiba ainda (P, 17/3/2006).

Já para duas das entrevistadas, a atual organização da rede de serviços na política de saúde mental favorece sim a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental.

Sim, eu acredito que sim, na teoria ela é muito importante e acho que trabalhando em todas as instâncias, se a gente for pensar naqueles mapinhas, os ambulatórios, os CAPS, hospitais dia, a escola, e os centros comunitários, os postos de saúde, todos capacitados; eu acredito que sim, a rede ela é bem estruturada e ela possibilita aos portadores de doença

mental, enfim, terem uma reinserção melhor e maior na sociedade, e também de entendimento do que ele tem, do que ele pode fazer, quais são os recursos que ele tem também pra lidar, dentro dessa rede (J, 22/3/2006).

Acho que sim, favorece, se tu me perguntasse se ela resolve, eu diria que não claro, ou até que ponto ela resolve, mas favorece sim, eu acho que tem um favorecimento relacionado a forma que as pessoas eram tratadas, acho que favorece muito mais (LÉLI, 4/4/2006).

É possível perceber nas falas relacionadas acima a preocupação com a efetiva implantação da rede de serviços em saúde. As redes, conforme proposto na política de saúde mental, possuem muitos centros, muitos nós que as compõem e as tornam complexas e resistentes. Estão embasadas na noção de território, como um sistema de relações e estruturas, muito mais que um simples espaço geográfico. O fundamental neste processo é que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento.

Neste sentido, torna-se de fundamental importância refletir sobre o exercício da cidadania no contexto das políticas públicas, cada vez mais segmentadas e focalizadas. Para Fleury (2004, p. 2), “as políticas atuais de inserção buscam reafirmar a natureza contratual do elo social em novas bases, com a revalorização do local e comunitário e a transformação do Estado em um animador e mobilizador de recursos societários. Reduzido a mantenedor da estabilidade de uma ordem econômica que produz a fragmentação e a exclusão social, o Estado, busca atuar de maneira compensatória e focalizada, atendendo aos grupos mais vulneráveis e/ou potencialmente ameaçadores da ordem social, por meio da convocatória da solidariedade lançada aos diferentes setores inseridos na ordem econômica. No entanto, a incapacidade de alterar as condições estruturais de produção da exclusão mostra os limites das políticas de ativação, cuja promessa de inserção social carece de expectativas de emancipação dos sujeitos e coletividades beneficiários”.

3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica

Os CAPS compõem o rol de serviços do modelo psicossocial de atenção em saúde mental proposto na e pela Reforma Psiquiátrica. Perguntamos aos entrevistados qual seria o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica e obtivemos como

resposta que este teria a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos ideais da própria Reforma.

Eu acho que a função imediata ela é servir como um ponto de articulação, porque a gente consegue criar um ambiente que é relativamente protegido e que dá ao usuário as condições de ele poder participar de outros circuitos; fundamentalmente é essa a função, de articulação; eu lembro de uma discussão que a gente fazia, em Brasília, uma vez, sobre essa importância excessiva que os CAPS acabaram adquirindo, como quase que o central do sistema hoje é o CAPS, mas ao mesmo tempo a necessidade de se ter um espaço como esse, principalmente, pra quem está vindo de uma internação prolongada ou pra quem sempre passou a vida dentro de um hospital psiquiátrico, se tem que ter um pólo, uma instância articuladora pra poder fazer a passagem, porque o cara não vai sair do hospital e retomar sua vida imediatamente, não vai, ele tem uma série de dificuldades que ele não consegue vencer, e o CAPS, nesse sentido, a função seria essa, de poder..., tem uma expressão que eu acho interessante que é: emprestar poder de contratualidade, ou seja, poder dá um certo aval de que esse sujeito pode participar novamente ou pode participar pela primeira vez dos circuitos sociais, pode fazer laços com outras pessoas, com outras entidade, outras instituições, esse é o aval que eu acho que um CAPS pode fornecer e essa é sua principal função (F, 12/4/2006).

É pensar o CAPS como um espaço em que o paciente vai estar usando e tendo apoio para os momentos de crise, e fora os momentos de crise, também, que não seja hospital, e aí, dentro da Reforma eu acho que o CAPS ele é fundamental, assim como os hospitais dia, é que aqui em Florianópolis a gente não tem hospital dia, mas eu acho que os moldes do CAPS (eles estão) é muito próximos, as vezes até é difícil dizer o que é um o que é outro; esse momento de transição do hospital para a sociedade, nesse momento o CAPS é algo muito importante, ele dá, é capaz de conter, dar uma continência pra o usuário, isso a gente percebe mesmo quando não tem nada, o paciente já está muito bem, eles voltam quando estão em crise, sem ter nada marcado, e só de estar aqui pra muitos já é confortante, então, a gente percebe que essa continência, esse acolhimento, e saber que ninguém vai vir aqui e amarrar e conter, porque acho que esse é o medo, de todo mundo, acho que isso já possibilita a procura, eu estou mal vou lá, vou buscar a ajuda do CAPS (J, 22/3/2006).

Eu diria que o CAPS seria o pensador da estruturação da rede de saúde mental, que via de regra o CAPS acaba sendo pra municípios de médio porte o primeiro serviço a ser instituído no território, no município, aí o CAPS acaba assumindo essa responsabilidade, a portaria fala bem disso, a 336, do que compete ao CAPS, e tem vários itens lá, entre eles organizar a rede de saúde mental no município, porém, acaba sobrecarregando os profissionais de saúde mental que atuam nesse CAPS; então, a importância do CAPS na operacionalização da Reforma, ele é importante enquanto um dispositivo crítico, ou seja, se o CAPS não ter a clareza do que seja a Reforma Psiquiátrica ele não vai

operacionalizar, ele só vai operacionalizar a Reforma Psiquiátrica quando ele entender que Reforma Psiquiátrica é o processo social complexo que se configura pelas quatro dimensões, enquanto ele não repensar, refletir a sua prática, o que ele está fazendo, o que não está fazendo, ter mais autocrítica, ele não vai conseguir operacionalizar a Reforma Psiquiátrica; ele tem importância porque tem vários atores, vários profissionais, é um time de pessoas, muito rico, envolvidas que estão no CAPS; agora, enquanto não ter claro o que é Reforma Psiquiátrica, esse processo, não vai conseguir fazer nada; ele é importante, mas se não tiver clareza de Reforma... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Na medida que o CAPS é a primeira, digamos, unidade, primeiro serviço que se propõem a substituir o hospital psiquiátrico já existe nisso por si só a sua importância; é substituição e não que a pessoa não possa ser internada, mas a idéia é que seja nos hospitais gerais, em algum leito nos hospitais gerais, então, bom, o CAPS é o primeiro ponto, é o primeiro lugar onde a pessoa vai passar o dia, onde vai ser tratado de outra forma o seu sofrimento, então, a importância dele está nisso, na importância política e clínica também (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que o CAPS, fundamentalmente, ele faz a clínica; se tem essa rede montada o CAPS faz a clínica, ele faz o atendimento psicossocial do usuário portador de transtorno mental, ele atende as questões mais subjetivas, e de fato toda esse mix de previdência social, a medicação, o atendimento psicológico, atendimento de enfermagem, mas se existe essa rede montada e aí vamos ter um projeto de geração de renda, aí ele vai fazer geração de renda, todas as Oficinas vão acontecer ali e não dentro do CAPS, o CAPS deveria estar na comunidade ele deveria estar territorializado (VIK, 24/3/2006).

Acho que todo mundo gostaria que ele pudesse ser um eixo desencadeador de todos esses ideais da Reforma Psiquiátrica, que a partir disso se experimentasse uma nova relação, que o paciente pudesse estar se soltando mais pra vida, pra construir seus projetos, seus ideais; acho que é muito importante poder retirar pessoas que estão enclausuradas há anos, criar esses mecanismos como residências, etc. pra pessoas que não vão resgatar os vínculos familiares, tem que procurar outras alternativas; acho que o CAPS ainda é uma instituição que é fundamental nessa política, ainda acho que ela pode fazer um papel importante; no dia-a-dia é um pouco mais difícil porque as vezes a gente não tem tantos mecanismos de avaliações, muitas coisas que também a gente vai capengando; quando você vê algumas experiências de pessoas que estão conseguindo dar conta da sua vida, saem, aí você vê que, bom! tem algumas coisas boas que estão acontecendo, o CAPS também está contribuindo; então, no meio dos prós e dos contras eu acho que os prós ainda são maiores, eu acho que é muito mais humano, muito mais um fator de justiça social você ter um espaço assim do que você ter uma pessoa enclausurada no hospital (P, 17/3/2006).

Neste sentido, conforme inscrito na Política Nacional de Saúde Mental, os CAPS devem assumir seu papel estratégico na articulação e no “tecimento” das redes de atenção em saúde mental. Tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da

rede de serviços, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, ONGs, empresas etc. (BRASIL, 2004, p. 12)

3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde

A proposta do progressivo deslocamento dos centros de cuidados em saúde mental para fora do hospital psiquiátrico, em direção à comunidade, colocada na e pela Reforma psiquiátrica tem nos CAPS o dispositivo estratégico desse movimento. Neste sentido, a rede básica de saúde torna-se o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os portadores de transtorno mental.

Essa rede é formada pelos centros ou unidades locais e/ou regionais de saúde, Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, que atuam na comunidade de sua área de abrangência. Os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, pois tem um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Por sua proximidade com as famílias e comunidades, as equipes de atenção básica são um recurso fundamental para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso de substâncias psicoativas e diversas formas de sofrimento psíquico. Neste sentido, é importante e necessária a integração e articulação dos CAPS com a atenção básica. Assumir esse compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção da saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo (BRASIL, 2004).

As atuais diretrizes da política de saúde mental do Ministério da Saúde orientam que, onde houver cobertura do PSF, deverá haver uma equipe de apoio matricial em saúde mental para no mínimo seis e no máximo nove equipes de PSF. E, que as ações de saúde mental na atenção básica devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2004).

No que se refere à relação existente entre o CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município e qual o tipo de relação existente, os dados coletados na

pesquisa indicam que: a maioria (91,7%) respondeu que sim, com ressalva de que é muito pouco, funciona de maneira precária e confusa, e que está num processo preliminar ainda. O profissional que respondeu não, observou que a rede está em processo de formação. Os profissionais cujas respostas foram positivas identificaram que a relação é de encaminhamentos, atendimentos em conjunto com as equipes de saúde mental das Regionais de Saúde, ajuda em atendimentos nas unidades locais de saúde, com os agentes comunitários de saúde, de referência, de acompanhamento, visitas domiciliares, encontro mensal dos trabalhadores de saúde mental da rede e encontro mensal dos psiquiatras da rede.

Sobre a relação do CAPS com as equipes de PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência alguns entrevistados observaram que a relação é pouca ou mínima, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda²³. Foram apontadas como justificativas o fato de o CAPS Ponta do Coral não estar territorializado, deste ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta do município, e a ausência de um planejamento e de estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente.

O CAPS como ele é único, então, ele é de toda a região; então, eu poderia até estar te respondendo que a gente tem um Posto aqui de cima do CAPS, que é o Posto da Agrônômica, ali tem o Programa de Saúde da Família implantado, com a presença dos residentes do Programa Saúde da Família e o contato que eu tenho, ele é meu, não existe nenhum outro programa ou vamos dizer convênio do CAPS com a Agrônômica, é meu aqui, assim como talvez seja da psicóloga em outro momento quando há essa partilha de paciente quando faz parte dos dois, então, eu só sei do que eu tenho, mas é muito pouco, eu tenho contato com alguns residentes que atendem alguns pacientes daqui, e eles precisam de algumas dicas ou, enfim, de se interar do que acontece, e eu também preciso saber como é que anda o acompanhamento deles lá, e aí entra em contato, as vezes vem aqui ou eu vou lá, mas são essas formas isoladas e depende daquele momento e da necessidade daquele usuário, não é algo que seja programado, que seja antecipado, institucionalizado, no sentido de firmar essas relações de uma forma..., não há; e, assim, o contato é com os residentes, não tem o contato com quem realmente vai ficar, porque os residentes passam depois de dois anos, eu também não tenho contato de quem é o médico, quem é o enfermeiro do Programa Saúde da Família, quem é o agente comunitário que vai na casa desses usuários, isso não tem, acho isso muito ruim, é muito falho, embora, volta pra aquela questão da equipe, que as coisas não são compartilhadas, você nunca sabe direito, é muito fragmentado, o que já foi feito, o que não está sendo feito; também não é delegado a função à ninguém de fazer, não há um planejamento pra isso (J, 22/3/2006).

²³ Em estudo sobre o CAPS de Palhoça/SC, Franco (2005) encontrou situação semelhante na relação do CAPS com o PSF e demais serviços de atenção básica municipais.

É mínima, é mínimo o contato, assim, as vezes, quando a gente necessita a gente vai atrás, tenta achar alguém que se interessa, que tenha alguma afinidade com a saúde mental, as vezes um agente de saúde que consegue se aproximar mais daquele usuário que mora lá e que resolve dá uma força, mas é assim, depende de uma série de coisas, da disponibilidade pessoal, da sorte de encontrar alguém etc., quer dizer é falta mesmo da articulação em rede, porque se a gente tivesse essa articulação o PSF automaticamente já seria acionado, e a gente não tem isso; claro, quando a gente precisa a gente até encontra uma boa resposta das equipes do PSF, mas pode não encontrar, tem um risco[...] não, isso não existe (articulação institucional CAPS – PSF), isso tem que ser construído, tem que ser proposto (F, 12/4/2006).

A relação que o CAPS tem é principalmente pra acompanhamento, a relação é essa, relação de acompanhamento, as vezes precisa realizar alguma busca ativa e não temos a possibilidade no momento, então, tem essa relação, a relação que a gente tem é mais no sentido de acompanhamento do próprio usuário; o que seria ideal, seria um pouco mais de estreitamento, discutir junto com o Programa de Saúde da Família alguns casos, nós irmos aonde os agentes comunitários estão, discutir algumas situações e isso não tem acontecido ainda; com essa lógica aí das regionalizações tem essa possibilidade; então, hoje existe uma relação, só que uma relação muito esporádica de situações isoladas e que precisa ser superada; o maior problema que existe é devido ao CAPS não ser territorializado, o CAPS II Ponta do Coral ele tem que atender uma demanda muito grande, basta ver o IBGE hoje, tem 400 e poucas mil pessoas em Florianópolis, então, é um CAPS II pra atender toda a demanda adulta do município, talvez o ideal seria um CAPS I em cada região, nas cinco regionais, e transformar esse CAPS num CAPS III no caso, e aí repensar depois toda a rede; então, a relação, ela se compromete com o Programa Saúde da Família devido a não territorialização do CAPS Ponta do Coral, a relação que existe é a relação de acompanhamentos isolados (GIRASSOL, 20/3/2006).

É uma relação ainda muito inicial ainda, um pouco precária; com os agentes comunitários a gente tem mais proximidade, no momento da visita domiciliar e no momento de fazer o resgate dos usuários que abandonaram, por algum motivo, o atendimento, mas acho que a relação poderia ser melhorada se o CAPS fosse territorializado, como a gente está aqui, é no centro pra todo o município, fica muito difícil, então, a nossa relação é muito mais com as referências regionais de saúde mental da atenção básica do que com as próprias equipes de PSF das unidades locais de saúde (VIK, 24/3/2006).

É isso que eu falei, essa perspectiva da regionalização que começou aqui visava uma maior articulação com a rede; eu acho que isso é um projeto que está ainda meio que na sua infância, ele está começando e, assim, o que eu te falei, a gente precisa sair mais daqui, no Norte (Regional Norte) a gente vai tentar essa experiência agora (realizar as reuniões da regional nos postos de saúde) de contato e incluir, por exemplo, os agentes comunitários nos processos de reunião com os pacientes daqui, tentar ver se eles podem estar acompanhando o paciente lá; tem uma paciente que está aqui que a gente esteve lá no Posto do Saco Grande pedindo pra equipe assumir alguns cuidados com essa paciente, eles se

dispuseram, mas assim, por enquanto ta muito mais alguma iniciativa aqui, ali, do que um processo mais amplo, não sei assim como isso vai caminhar com a história de já ter, por exemplo, profissionais regionalizados, isso também vai poder ser incrementado, esse é um desejo que eu tenho (P, 17/3/2006).

É muito pequena, muito, muito, muito, muito; eu não sei nem te dizer, em uma escala de um a dez acho que fica em dois, está muito pequena, está muito além do que poderia ser, eu acho que talvez com a implantação agora dos serviços na rede, nós temos em cada Regional um psiquiatra, dois psicólogos, uma média assim, está existindo mais aproximação, mas do CAPS não, muito pouco, muito pouco. [...] quando tu pergunta, hoje, qual é a relação do CAPS? eu não posso te mentir, pra mim é quase zero (LÉLI, 4/4/2006).

Buscando explorar as informações sobre a relação do CAPS com a rede municipal de serviços de saúde, perguntamos aos profissionais se o serviço realiza algum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. A maioria deles (75%) respondeu que não, dois referiram não saber responder e um respondeu que sim. Dentre os que responderam que não, um justificou que o CAPS não tem estrutura para atender mais esta demanda. Dois dos profissionais entrevistados disseram estar pensando neste tipo de trabalho. Um deles falou sobre a existência de um projeto, conforme relatado na fala que segue.

[...] a gente tem um projeto aqui que é de formação de acompanhantes terapêuticos, e no ano passado a gente formalizou esse projeto e mandamos pro Ministério da Saúde, ele foi aprovado e até hoje estamos esperando a liberação de dinheiro, mas enfim, o projeto foi aprovado, e a idéia era justamente transformar o agente comunitário de saúde num acompanhante terapêutico, e aí a gente faria a formação, uma capacitação, um curso de capacitação aqui, e depois faria o segmento com supervisões regulares, é uma forma de dar formação em saúde mental pra atenção básica e manter essa que é uma função do CAPS de dar supervisão e a formação mesmo pra esse nível da atenção; [...] a gente está esperando o dinheiro do Ministério da Saúde, ta lá pendurado, a gente olha o nome do projeto na internet, está lá, mas não tem nem empenho ainda, significa que não tem dinheiro destinado (F, 12/4/2006).

Para que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas na atenção básica é fundamental a capacitação destas equipes. A orientação é que as equipes de saúde mental de apoio á atenção básica incorporem ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. Conforme aparece na fala do profissional, são previstos recursos para o financiamento deste tipo de ações, embora, muitas vezes, a dependência de orçamento, a morosidade burocrática e/ou

ausência de decisão política, que justificam a longa demora, acabam por desestimular, dificultar, inviabilizar as iniciativas dos profissionais.

Repetidamente, temos ressaltado neste trabalho que os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico para a organização da rede de atenção em saúde mental, conforme é indicado nas diretrizes políticas da Reforma Psiquiátrica. Nesta direção, questionamos os técnicos da equipe do CAPS Ponta do Coral sobre qual o lugar que o serviço ocupa na rede municipal de atenção em saúde, em Florianópolis. As falas transcritas na seqüência destacam o fato deste não estar territorializado e, portanto, não se constituir no serviço regulador da porta de entrada para o atendimento em saúde mental. As equipes de saúde mental nas referências das Regionais de Saúde é que, atualmente, constituem-se no serviço primeiro de atenção em saúde mental. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhados pessoas com transtorno mental grave.

Seria esse serviço que articula, que regulamenta; não necessariamente ele é uma porta aberta que entra qualquer um; eu acho que ele pode até ser a articulação e a regulação, pode ser feita até capacitações nas equipes locais de unidades básicas, que a partir daí você vai poder em um caso de uma ansiedade ou uma briga com o namorado, “eu tomei 4 aspirinas”, não vai chegar aqui no CAPS; vai chegar aqui no CAPS realmente aquilo que for um caso mais grave, e só há possibilidade de isso acontecer a partir do momento em que as unidades locais estejam todas capacitadas e entendendo, até porque assim diminui o trânsito desse paciente; vamos supor: ele sai de uma cidade, vem pra Florianópolis, daí diz: onde é que eu vou num psiquiatra? Ah! vai lá no CAPS, aí alguém fala: mas tem que passar no clínico antes, aí passa no clínico, aí o clínico encaminha pro psiquiatra, daí ele não sabe onde vai procurar o psiquiátrica - vem pro CAPS, não vem pro CAPS, aí vem pro CAPS, mas é que na verdade ele toma fluoxetina há 2 anos, está em tratamento de manutenção porque ele tem um quadro de depressão recorrente, não é caso CAPS, então, isso já poderia ter sido triado lá no começo, o paciente já poderia estar tendo as consultas desde o início, todas acertadas, sem precisar ficar correndo de um lado pro outro [...]; então, eu acho que ele tem esse papel, tem essa função de regular, de saber o que está acontecendo no hospital, na Colônia, e ter esse contato, uma ligação sempre com a Colônia, e com os Postos de saúde [...]. (hoje, o CAPS faz isso?) algumas coisas, bem isoladas, de novo, é meio como um apaga fogueira; por exemplo, hoje, a gente foi fazer uma visita domiciliar lá no Saco Grande (bairro de Florianópolis) porque o paciente estava em tratamento psiquiátrico particular e parou de tomar o remédio, e aí a gente foi lá, só que o paciente não queria falar com a gente, mas, assim, eu chego lá, converso com a equipe que está lá naquele local e muitas vezes é só a psicóloga; também tem um certo descaso, no sentido de que ah! agora eu não posso falar, porque não percebe que conversando sobre aquele caso vai possibilitar que isso seja ampliado pra outros casos, pensam-se saídas semelhantes pra outro momentos, mas, assim, acaba virando um apaga fogo, e toda hora você tem que ir

apagar um fogo; então, existe um pouco, mas não de uma forma bem usada (J, 22/3/2006).

É atenção secundária como se diz; ele regula e não regula; [...] tudo vai passar muito pela clareza que os profissionais que estão na saúde mental tem em relação a própria epistemologia, tem em relação a própria política, tem em relação a própria noção de SUS, a própria noção de controle social, a própria noção dos princípios do SUS; então, tudo vai passar por isso, porque que eu estou dizendo isso, o CAPS é uma atenção secundária como a gente chama, eu acho ainda que o atendimento mais complexo, o atendimento terciário, deveria ser no território, acho que centrar as forças no território [...]; então, [...] a atenção básica é onde deveria regular isso, a regulação dessa entrada nesse sistema de saúde mental, nessa rede de saúde mental ela teria que ser prioritariamente atenção primária em saúde; então, as vezes, por necessidades especiais, por situações específicas, a pessoa acaba vindo direto pra cá, direto pro CAPS e aqui a gente atende, e, as vezes, essa pessoa não é indicada pra estar no CAPS, aí volta pra atenção básica, então, tem essa dificuldade, ou seja, o lugar que o CAPS ocupa na rede municipal de atenção em saúde é uma atenção secundária à pessoa com transtorno mental grave, já avaliada pela atenção primária em saúde, aquela pessoa que corre risco de suicídio, que acaba prejudicando a vida de outras pessoas, que está muito mal, nesse sentido (GIRASSOL, 20/3/2006).

Regulador da porta de entrada: não; como não é territorializado, a gente tem esse problema de ser serviço de referência pra onde vem os pacientes já encaminhados, ele passou pela porta de entrada do sistema lá no Posto, ele vem encaminhado pra cá ou através dos hospitais psiquiátricos, que é também uma outra forma de encaminhamento, mas a gente não faz a regulação da entrada; hoje, também, como tem equipes mínimas de saúde mental nas regionais, elas também funcionam muito mais como a reguladora do que nós; a porta de entrada é pelas equipes de saúde mental das regionais (F, 12/4/2006).

Eu acho que são várias coisas, por ser o único CAPS, pela rede não estar estruturada ainda, e pelas pessoas não conhecerem o serviço da rede, existe uma mistura, assim, o que é pra ir lá pro psiquiatra do Sul (regional de saúde), o que é pra vir pro CAPS; qual é o papel do CAPS, é a não internação, mas não tem CAPS III, então, a noite o cara não tem pra onde ir, na verdade, o CAPS ele é um espaço que regula a entrada do usuário sim, num primeiro momento sim, porque todos os que foram para a atenção básica muitos foram daqui, muito mais que a procura de fora daqui, primeiro eles vem pra cá, depois eles vão pra lá, agora o processo até está sendo inverso, já estão procurando a atenção básica porque eles já estão conhecendo, mas antes era daqui pra atenção básica, e é o único espaço, programa que acolhe o usuário psicótico, com transtornos mentais graves, porque a rede básica, ela não atende, se o cara tem um surto psicótico, está com qualquer surto, que está mal, ou ele tem um embotamento, ele não fala, está na família há anos, está lá segregado, está lá no quatinho dos fundos, não é caso de atenção básica é caso CAPS, então, ele é o único serviço de Florianópolis que se propõem a atender o usuário, o portador de sofrimento psíquico fora de hospital (LÉLI, 4/4/2006).

Ele é o primeiro serviço de saúde mental do município, primeiro serviço estruturado, credenciado no Ministério da Saúde, eu penso que ele tem um papel importante, ele serve como uma referência de atendimento em saúde mental a usuários portadores de transtornos mentais; dentro da rede, hoje, a gente tem as referências regionais de atenção em saúde mental na atenção básica, nas ULS, que são as unidades locais de saúde, então o CAPS serve como referência de atendimento a usuários com transtornos mentais graves do município de Florianópolis, é pra isso, essa é a função (VIK, 24/3/2006).

Pelas falas dos profissionais evidencia-se que Florianópolis não tem uma política municipal de saúde mental estruturada. A rede de serviços está em processo de formação e implementação. As ações ainda são muito isoladas e fragmentadas, sem uma direção comum. É notório que um único CAPS para atender a totalidade da demanda adulta do município é insuficiente. As possibilidades de atuação do serviço na prevenção e promoção da saúde mental, na capacitação e supervisão das equipes de atenção básica ficam, assim, prejudicadas e/ou inviabilizadas.

No processo de operacionalização da Reforma Psiquiátrica, conforme as orientações da Política Nacional de Saúde Mental e as propostas aprovadas na III CNSM, é necessário que os gestores estaduais e municipais estabeleçam mecanismos efetivos para o controle das internações psiquiátricas. De acordo com a Portaria GM/MS n ° 336/02, os CAPS devem possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou modulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local (BRASIL, 2002a). Com base nisto, perguntamos aos entrevistados se o CAPS tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Eles referiram que não, contudo, divergiram sobre como o serviço fica sabendo quando ocorre internação de seus usuários.

Não tem. A gente fica sabendo quando a família comunica ou quando é usuário de atenção intensiva, ou ele fez uma crise ou ele desapareceu do serviço, aí pela falta mesmo, pela ausência que ele provoca a gente vai atrás e fica sabendo que ele foi internado, mas a gente não tem instrumentos de controle sobre isso; a gente faz, no momento da internação, a gente procura manter pelo menos uma visita da equipe da Regional pra não perder o vínculo etc., mas nada formalizado, assim, no momento que aparece, que a gente fica sabendo; geralmente, a gente sabe, hoje é relativamente fácil, não acontece daquilo... fulano desapareceu e de repente aparece ele dois meses depois aqui novamente..., sai da internação ontem e tal, isso não acontece mais, geralmente a gente consegue ficar sabendo (F, 12/4/2006).

Não. Na realidade a família leva pra internar e pronto, as vezes comunica, as vezes a gente fica sabendo quando a gente vai fazer uma visita lá, muitas vezes a gente nem sabe que o paciente ficou internado, a não ser quando a gente liga, e aí o que está acontecendo, não está vindo, mas ele foi internado; então, não há esse controle e também quando é internado lá, dificilmente, alguém entra em contato, nunca vi, entra em contato olha fulano de tal está internado aqui com a gente, não tem essa comunicação (J, 22/3/2006).

Em relação ao controle das internações psiquiátricas, oficial e formal, nós não temos; estou falando enquanto profissional que atende uma determinada regional de saúde, isso nós não temos; o que poderia ser feito: um maior estreitamento com o “manicômio”, com o IPQ ou o São José (hospitais psiquiátricos), que quando internasse pessoas lá teria esse contato aqui, pra gente já ir conversando, já acompanhando juntamente com a equipe do hospital psiquiátrico essa pessoa, porque final de semana ou depois das 18 horas o serviço não atende, as vezes as pessoas entram em crise e a gente não tem como acompanhar isso, não tem como saber; o acompanhamento que tem é, as vezes, os familiares nos avisam que a pessoa está internada, quando a gente acompanha essa pessoa e fica sabendo que ela acabou internando; então, não tem uma política mais estreita de acompanhamento de internação psiquiátrica, isso não tem. (GIRASSOL, 20/3/2006).

Da área de abrangência seria toda a cidade, isso não, mas dos usuários aqui sim, atendidos aqui sim; [...] geralmente, assim, quando o usuário está iniciando um surto a gente tenta fazer o atendimento pra prevenir a internação, pra evitar de fato a internação psiquiátrica, só que nós estamos aqui até as 6 horas da tarde e não estamos final de semana, então, a gente não está nem a noite nem final de semana, e aí acontece de a família internar, isso acontece pouco, muito pouco, e quando acontece a gente faz o atendimento no próprio hospital, a gente vai até lá faz o atendimento, mas é pouco assim, agora da cidade como o todo a gente não tem (VIK, 24/3/2006).

O controle ele tem pelo prontuário, não poderia te dizer que tem um controle do ponto vista de uma escala, ah anualmente quanto a gente tinha e quantos foram internados, [...] o usuário se ele foi internado a gente não soube, se está internado, aí ele aparece aqui depois da internação, um mês ou dois meses, a gente tem escrito no prontuário, esse é digamos o que a gente fica sabendo (LÉLI, 4/4/2006).

Não, eu digo por nós, eu acho que, as vezes, a gente... ah o paciente foi internado, como acontece de a gente saber, e as vezes a gente vai lá fazer uma visita, as vezes tem a questão do carro (o CAPS tem um carro a disposição somente um dia por semana), e a gente fica...; sempre que acontece e tal, as vezes, a gente nem fica sabendo, quando vê o paciente já está de volta, as vezes acontece essa situação; eu fui tentar fazer um pequeno levantamento pra fazer essa avaliação e percebi que a gente não tem registro de quantos dias o paciente ficou internado, se ele ficou internado quantas vezes durante o tempo que está em tratamento aqui, falta um registro melhor e um acompanhamento melhor dos técnicos; (como ficam sabendo da internação) as vezes o paciente volta já depois, as vezes a família liga avisando, [...] o hospital não me lembro se eles ligaram, só se precisar de alguma coisa, em geral, eles não ligam; então,

assim, o paciente saiu aí eles trazem de novo aquele encaminhamento, ou ele vem pra cá porque, normalmente, ele já estava aqui, mas assim, a gente tenta ao máximo que ele não precise ser internado, essa política existe, segurar a crise (P, 17/3/2006).

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que a internação e a reinternação psiquiátrica deverão ocorrer após avaliação da equipe técnica de saúde mental dos serviços substitutivos, devendo ser estabelecidas formas de controle único para a emissão de AIH, assegurando que todas as internações necessárias sejam autorizadas pelo serviço público, preferencialmente de base territorial (BRASIL, 2002a).

Conforme pode ser observado nas falas dos participantes da pesquisa, a insuficiência do CAPS em exercer o controle das internações referente a sua clientela e a demanda no município refere-se ao fato de o serviço não estar territorializado, sendo inviável cumprir com tal exigência no âmbito da totalidade de uma população de aproximadamente quatrocentos mil habitantes, distribuídos numa área geográfica de 436,5 Km². Com a implantação das equipes de saúde mental nas Regionais de Saúde, estas passam a ser as responsáveis pela regulação da porta de entrada no sistema de atendimento. O CAPS II Ponta do Coral passa a ser a referência para onde são encaminhadas pessoas com transtornos mentais graves, egressos de hospitais psiquiátricos, internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). A falta de controle das internações psiquiátricas é uma realidade também de outros centros de atenção psicossocial, conforme verificado por Franco (2005), em seu estudo sobre o CAPS do município vizinho de Palhoça/SC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha deste tema de pesquisa está relacionada à minha trajetória de estudos no Curso de Graduação em Serviço Social e à minha inserção como pesquisadora no Núcleo de Estudos e Pesquisas Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas (NESPP) do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. A esta trajetória soma-se a experiência de Estágio Curricular em Serviço Social, realizada no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis, em 2003, da qual resultou o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Programa Alta Progressiva: uma contribuição para o processo de reabilitação psicossocial no HCTP de Florianópolis”. Com o referido Estágio foi possível vivenciar o contato direto com a realidade de algumas instituições como hospitais psiquiátricos e centros de atenção psicossocial da rede municipal e estadual de serviços de atenção em saúde mental, fato este que estimulou a busca de novos conhecimentos e o desejo de atuação profissional na área. A continuidade dos estudos foi possibilitada por meio da entrada como mestranda no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da mesma universidade. Sendo assim, o trabalho que apresentado nesta dissertação tem estreita relação com meu percurso profissional e meu desejo pessoal.

Conforme destacamos no decorrer do estudo, a reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

A implantação de uma nova política de atenção, com as implicações socioculturais da proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira passa pela necessidade de articulação intersetorial e por ações que contribuam para alterar as representações sociais sobre a loucura e os direitos dos portadores de transtornos mentais. A transformação do modelo assistencial e de um conceito teórico em diretrizes operacionais é um processo complexo e depende de vários fatores para que se mantenha a direcionalidade pretendida pelos diferentes atores sociais, participantes do jogo social.

Especificamente, no caso do CAPS estudado, as dificuldades de concretização dessa nova lógica de atenção em saúde mental perpassam e se inter-relacionam nos diferentes eixos que compuseram a presente pesquisa.

No que se refere a estrutura física, os profissionais indicam que o CAPS conta com espaço e equipamentos adequados às necessidades do serviço. Entre os anos de 2003 a 2004, o CAPS passou por uma reforma em suas instalações, ficando estas, adequadas aos objetivos da unidade. As condições poderiam ser melhores se as oficinas produtivas fossem realizadas em outro local, pois além de favorecer a utilização do espaço hoje ocupado para outras atividades, possibilitaria a inserção dos usuários em outro ambiente, favorecendo-lhes sua sociabilidade.

Em relação aos materiais de consumo, os problemas vão desde a ausência total de objetos e utilidades básicas à manutenção do serviço até o recorrente atraso no repasse dos materiais necessários às oficinas terapêuticas e de produtividade. As oficinas ficam prejudicadas e até mesmo paralisadas por conta das faltas de recursos e dificuldades de gestão adequada do serviço. Esta situação coloca em prejuízo o projeto terapêutico de tratamento dos usuários e a eficácia e efetividade dos propósitos da nova política de atenção em saúde mental.

No campo da gestão do CAPS, apesar da histórica escassez de recursos destinados à saúde, foram evidenciadas situações problemáticas, principalmente no processo de descentralização político-administrativa, que poderiam ser melhoradas a partir dos recursos existentes. De acordo com os resultados da pesquisa, 50% do grupo de técnicos afirmam que existe planejamento e avaliação das ações. Alguns deles observam estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação, objetiva e sistemática, dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declaram não existir processo de planejamento e avaliação das ações, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

Sobre este aspecto, cabe destacar que as técnicas disponíveis na área de planejamento e avaliação de serviços de saúde têm mostrado bons resultados quando aliadas à vontade política de mudar a situação. Apesar dos dados demonstrarem uma divisão entre os técnicos no que se refere a afirmação sobre a existência de planejamento e avaliação, destacamos que as poucas ações que acontecem giram em torno das atividades que são e aquelas que poderão ser realizadas, e na discussão sobre as dificuldades cotidianas do trabalho na unidade. As avaliações são informais, realizadas na reunião

mensal da equipe técnica e nas reuniões clínicas semanais, sendo notório a ausência de um processo de planejamento estratégico, sistemático e contínuo do projeto terapêutico do CAPS, bem como, de avaliação de indicadores.

Com relação aos recursos financeiros, os resultados da pesquisa apontam para o que já vem sendo denunciado por autores como Amarante (2003; 2005): o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. O pagamento pelo sistema de procedimentos realizados, por meio das APACs, condiciona a existência de recursos à produtividade do serviço. Quando os CAPS não estão articulados com outras políticas sociais necessárias à sobrevivência do usuário e a adesão dele ao projeto de vida que o serviço deve-lhe oferecer, a tendência é fracassar.

Para que a pessoa possa freqüentar o CAPS ela precisa de condições materiais e psicossociais básicas, como moradia, transporte, alimentação, auto-estima, estímulo, desejo, etc.. Quando o usuário não desfruta de tais condições as chances dele se vincular ao projeto terapêutico são menores e, conseqüentemente, sem a participação ativa dos usuários o CAPS não terá produtividade. Ainda, nem todas as ações realizadas no CAPS constam na tabela de procedimentos pagos pelo atual sistema do SUS, dificultando as atividades de ressocialização que envolvem trabalhos na comunidade e na sociedade.

Os profissionais afirmam que os usuários participam do planejamento das atividades do CAPS. Referem que isso acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Neste caso, foi possível perceber que a participação dos usuários em geral diz respeito mais a questões cotidianas do funcionamento do serviço. A associação participa diretamente da comercialização dos produtos confeccionados nas oficinas e na realização de alguns convênios com entidades da área da cultura, lazer, ensino, etc. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada, que abarque as especificidades da área da saúde mental e envolva os usuários, os familiares e os técnicos como sujeitos partícipes do processo de gestão do serviço.

No eixo recursos humanos e projeto terapêutico existem contradições explícitas e implícitas que perpassam o discurso e as práticas dos técnicos que prestam assistência aos usuários do serviço. Eles reconhecem e destacam a relevância do trabalho em equipe, argumentam que este traz a possibilidade de trocas entre as várias áreas do conhecimento e a conseqüente oferta de um atendimento multidimensional. Contudo, relatam dificuldades

na realização deste trabalho, devido a uma suposta diferença de formação profissional e de concepção, com relação ao que sejam os objetivos do CAPS e da Reforma Psiquiátrica. Indicam existir interdisciplinaridade no atendimento ao usuário, no entanto, percebeu-se que a concepção de interdisciplinaridade aparece muito mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade, estando ainda distante dos ideais da intertransdisciplinaridade.

Sendo assim, cabe destacar que sem a devida clareza e consciência do que exatamente deve mudar corre-se o risco de que, fundamentalmente, se modifiquem os espaços de realização do tratamento, transferindo-se e conservando-se as práticas de exclusão e discriminação. É preciso se ter em conta que toda dimensão técnica tem também uma dimensão política. Dessa forma, faz-se necessário questionar-se sobre o que se pretende com o “fazer” nos novos serviços de atenção à saúde mental e que valores estão presentes nas ações executadas. O usuário precisa ser percebido como sujeito do processo saúde-enfermidade, e não como objeto e instrumento do exercício das relações de poder disciplinar.

Com relação ao eixo participação do usuário e da família no tratamento, os participantes da pesquisa identificam dificuldades em realizar o atendimento familiar no CAPS. Os profissionais relacionam como justificativas, a falta de técnicos qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades da equipe. Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que seja o transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, também foram relatados pelos entrevistados. Entre os obstáculos para a (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e o estigma da loucura ainda presentes no imaginário social das pessoas.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacam o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário. Neste aspecto queremos destacar a necessidade de se reconhecer, no processo de implantação da Reforma e da política de saúde mental, um projeto ético-político social, capaz de reavaliar, substancialmente, o conceito tradicional de

“doença/saúde mental” e, conseqüentemente, a forma de como lidar as diferenças em sociedade.

No eixo (re)inserção social procuramos identificar se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas à desinstitucionalização e à reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referem que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras. A maioria deles afirma que não existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer.

Tais dados nos remetem ao questionamento sobre como a Reforma Psiquiátrica, em sua aplicação prática, apresenta certa inércia política. Existe uma lacuna entre o referencial teórico do novo modelo de atenção e as práticas que se efetivam no cotidiano dos serviços. Com isso, queremos chamar a atenção para a necessidade urgente de se construírem ações de atenção que favoreçam o conhecimento de si, reforcem a autonomia, o cuidado de si e a emancipação do sofredor psíquico.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referem que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental. A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos profissionais como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista político-jurídica dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico. Na visão dos participantes da pesquisa, o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica relaciona-se a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos pressupostos da própria Reforma. Não obstante, destacamos aqui a necessidade de se refletir sobre o descompasso entre a vitória no campo jurídico, o novo discurso da Reforma Psiquiátrica e um fazer prático que parecem ainda negar a emancipação do portador de transtorno mental.

No eixo integração do CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município, os dados coletados na pesquisa indicam que a relação existente é pouca, funciona de maneira precária e confusa, e que ainda está num processo preliminar. A articulação com as equipes de PSF e PACS também é insuficiente, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda. A unidade não realiza nenhum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. Apenas dois profissionais referiram estar pensando neste tipo de trabalho.

Foram apontadas como justificativas para esta situação o fato do CAPS não estar territorializado, de ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta de todo o município, e a ausência de um planejamento e estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhadas pessoas com transtorno mental grave. E, segundo os entrevistados, não tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Neste aspecto, vê-se a urgência na redefinição da abordagem em saúde mental, fazendo-se necessário a construção de estratégias de atenção integral, dentro dos princípios do SUS, que envolvam o portador de transtorno mental como cidadão, a família, o Estado e a sociedade.

De acordo com os profissionais existem diferenças no atendimento prestado no e pelo CAPS em relação aos hospitais psiquiátricos. Eles se referem às diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência do discurso médico psiquiátrico do hospital, e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e as necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial, em contraposição ao tratamento igual para todos das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Por fim, os dados coletados na presente pesquisa indicam que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes, prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a relação eficácia/efetividade dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Concluimos, com este estudo, que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é ainda um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológica, técnico-assistencial, político-jurídico e sócio-cultural.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____, P. (coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995a.

_____, P.. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. vol.11, no.3, jul./set. 1995b, p.491-494. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 14/09/2005.

_____, P. A (clínica) e a Reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. pp. 45-65.

_____, P. **A epistemologia e a Clínica da Reforma**. Conferência proferida no IV Encontro Catarinense de Saúde Mental. Florianópolis, 30 de junho a 2 de julho de 2005. (anotações manuscritas).

BASAGLIA F. (coord.) **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 3ª ed. Tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002a, 213 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em Saúde Mental 1990-2002**. 3ª ed. revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAPS II PONTA DO CORAL. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. **Projeto Terapêutico**. Florianópolis, 2004.

CORREIA, M. V.C..Que controle social na política de Assistência Social? **Revista Serviço Social & Sociedade**. N. 72. São Paulo: Cortez, nov. 2002, pp. 119-144.

COSTA, R. C. R. da.. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia e Política** Nº 18: 49-71 JUN. 2002

COSTA –ROSA, A. da; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. p. 13-44.

COSTA-ROSA, A. da.. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asialr. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. p. 141-168.

CHIZZOTTI, A.. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R.. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

DESVIAT, M.. **A Reforma Psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental**. In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

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

FLEURY, S.. **Espaço, território e cidadania: a cidade dos cidadãos**. Trabalho apresentado no VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra (16,17,18 de setembro), 2004. Disponível em: <www.ces.uc.pt/LAB2004>. Acessado em 20 de fevereiro de 2006.

_____, S.. (org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989.

FREIRE, F. H. M. de A.; UGÁ, M.A.D.; AMARANTE, P. Os centros de atenção psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

FRANCO, S. de O.. **Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de caso**. 2005. 110f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Florianópolis, 2005. 110f.

FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial**. Percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004.

GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E.. **A pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, R.. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M.. **Microfísica do poder**. Trad. de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graaal, 1979.

MINAYO, M. C. de S.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC; ABRASCO, 1994.

MIOTO, R.C.T.. Família e saúde mental: contribuições para reflexão sobre os processos familiares. **Revista Katalysis**. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico. Departamento de Serviço Social. N.2 Florianópolis: Editora da UFSC, 1998.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental: em busca da articulação e qualificação das ações em saúde**. Monografia

(Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Latu Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

OLIVEIRA, W. F.; DORNELES, P.. Patrimônio e ambiente da loucura: a formação do profissional de saúde mental e o dialogo com a vida da cidade. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

PITTTA A.. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje. In: PITTA. A.(org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral**: desvelando sua significação. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

_____. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

ROSA, L.C.dos S.. Os saberes construídos sobre a família na área da saúde mental. **Revista Serviço Social & Sociedade**. N° 71. Ano XXIII. São Paulo: Cortez, set de 2002, pp. 138-164.

_____. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, F., et. al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SANTOS, W.G.. **Cidadania e Justiça**. Rio de Janeiro: Editora Campos, 1979.

SARACENO, B.. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SOUZA, W. da S.. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. jul./ago. 2001, vol.17, no.4

p.933-939. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 19/10/2005.

SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Teses em Enfermagem, 42).

STUANI, D.. **Projeto de Estágio**. (Projeto de Estágio Curricular apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina). Florianópolis, 2005. texto digit.

TENÓRIO, F. G. (org.). **Gestão de ONGs**: principais funções gerenciais. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

TORRE, E.H. G; AMARANTE, P.. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. [online]. 2001, vol.6, no.1 [citado 05 Dezembro 2005], p.73-85. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br> >. ISSN 1413-8123.

TRIVIÑOS, A.N. S.. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. (org.). **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000a.

_____, E. M. Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000b. p. 169-194.

VIEIRA, L. **Cidadania e globalização**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Formulário a ser aplicado a todos os profissionais da equipe do CAPS.

Identificação

Nome:

Apelido:

Formação:

Ano:

Capacitação específica na área: Sim Não

Nível: residência especialização mestrado doutorado

Tempo de serviço na instituição:

Tipo de vínculo empregatício: Servidor público concursado contrato temporário

Outro. Especifique _____

Regime de trabalho: _____ (horas semanais)

Tempo de atuação na área:

Experiência de atuação profissional em outra instituição: Sim Não

Qual:

Tempo:

Principais perguntas

- 1) A área física do Caps é suficiente para o atendimento da demanda? Sim Não
- 2) As instalações são adequadas para a realização das atividades propostas? Sim Não
- 3) Os equipamentos disponíveis são suficientes? Sim Não
- 4) Estão em bom estado de utilização? Sim Não
- 5) Os materiais disponíveis são suficientes? Sim Não
- 6) Existem dificuldades na realização das atividades do Caps Sim Não. Em caso de resposta afirmativa, especifique as cinco principais? _____

- 7) O trabalho é realizado em equipe? () Sim () Não.
- 8) Existe algum tipo de supervisão de equipe ou outro recurso para acompanhar e discutir as questões do trabalho em equipe? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual?

- 9) Participa ou já participou de capacitação específica para atuar no Caps? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual? _____
- 10) Durante o tempo em que está trabalhando na instituição houve algum treinamento ou capacitação? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quando? _____(ano). De quantas horas? _____. Organizado por quem? _____
- 11) Na sua opinião, existe interdisciplinaridade no trabalho no Caps? () Sim () Não
- 12) Você conhece a política de saúde mental? () Sim () Não.
- 13) No Caps, existe disponibilidade de material didático e documentos sobre a política de saúde mental? () Sim () Não.
- 14) Existe planejamento e avaliação das ações do Caps? () Sim () Não
- 15) Existe projeto terapêutico de trabalho da instituição? () Sim () Não. Em caso afirmativo, foi planejado em equipe? () Sim () Não.
- 16) O serviço adota projeto terapêutico individualizado? () Sim () Não.
- 17) O usuário participa do planejamento do seu tratamento? () Sim () Não.
- 18) Existe atendimento familiar? () Sim () Não.
- 19) Existem ações intersetoriais do Caps e outras instituições que envolvam: educação, trabalho, esporte, cultura e lazer? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quais?

- 20) Existe relação do Caps com a rede básica de saúde municipal? () Sim () Não.
Que tipo? _____
- 21) O Caps realiza algum trabalho de educação permanente (capacitação e supervisão) sobre saúde mental em cooperação com as equipes de atenção básica? () Sim () Não.
Que tipo? _____

Outras observações:

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Entrevista a ser realizada com os profissionais da equipe do CAPS, segundo o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de nível superior entre as existentes na unidade. Em caso de mais de um profissional na área será realizado sorteio.

Identificação

Nome:

Apelido:

Temas e principais perguntas

1 Estrutura e recursos financeiros

- 1) Qual conhecimento possui sobre o repasse dos recursos financeiros para o Caps?
- 2) Conhece a forma de financiamento do serviço? O que você acha?
- 3) Como são administrados os recursos repassados? Existe planejamento?
- 4) Na sua opinião, a descentralização administrativa dos recursos possibilita o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do Caps? Quais as vantagens e desvantagens identifica?
- 5) Na sua opinião, os recursos repassados (gerados pelo serviço) são suficientes para realizar as atividades do Caps? Em caso de resposta negativa, quais atividades ficam prejudicadas e/ou poderiam ser realizadas se houvessem recursos?
- 6) Existem dificuldades no funcionamento do Caps com relação a falta de recursos financeiros? Quais identifica?

2 Recursos humanos e projeto terapêutico

- 1) Quais dificuldades identifica no trabalho em equipe no Caps?
- 2) Na sua opinião, quais vantagens o trabalho em equipe possibilita?
- 3) Considera importante a capacitação específica em saúde mental para atuar no Caps? Fale sobre.

- 4) Na sua opinião, qual a importância da interdisciplinaridade no atendimento ao usuário de saúde mental?
- 5) Considera importante conhecer sobre a política de saúde mental, seus princípios, sua estrutura e organização para o trabalho do Caps?
- 6) Como acontece o planejamento e a avaliação das ações do Caps?
- 7) Na sua opinião, em relação ao atendimento nas instituições tradicionais/asilares (hospitais psiquiátricos), como é o atendimento ao usuário no Caps?

3 Participação do usuário e da família no tratamento

- 1) Como é pensado o projeto terapêutico de tratamento do usuário?
- 2) Como o usuário participa do planejamento do seu tratamento?
- 3) Quais as formas criadas para oportunizar a participação do usuário no planejamento do seu tratamento?
- 4) A família participa do tratamento? Em caso de resposta afirmativa, de que forma? Em caso de resposta negativa, por quê?
- 5) Quais as formas criadas para oportunizar a participação da família no tratamento?
- 6) Quais dificuldades identifica com relação a realização do atendimento familiar?
- 7) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção familiar do portador de transtornos mentais?
- 8) Qual o papel dos usuários (ou da associação de usuários e familiares) no planejamento das ações do Caps?
- 9) Na sua opinião, qual a importância das associações de usuários e familiares para o tratamento do portador de transtornos mentais e para os serviços de saúde mental?

4 Inserção social

- 1) Na sua opinião, as práticas assistenciais realizadas no Caps encaminham-se na direção da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial?
- 2) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção social do portador de transtornos mentais?
- 3) Quais avanços e conquistas identifica com relação a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais?
- 4) Na sua opinião, o atendimento no Caps possibilita ao usuário a construção da sua autonomia? Como?

- 5) Na sua opinião, a organização atual dos serviços de saúde mental (da política de saúde mental) favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais? Qual a importância do caps nesse contexto?

5 Integração com a rede municipal de assistência em saúde

- 1) Qual a relação do Caps com a(s) equipe(s) de Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência?
- 2) O Caps tem controle das internações psiquiátricas no seu território? Em caso afirmativo, como ocorre este controle?
- 3) Na sua opinião, qual o lugar que o Caps ocupa na rede de atenção em saúde? Constitui-se no serviço que regula a porta de entrada para o atendimento em saúde mental?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este instrumento tem a intenção de obter o seu consentimento por escrito para participar do estudo “A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis”, durante o período de 01 a 31 de março de 2006, com o intuito de contribuir para o levantamento de dados para a elaboração do referido trabalho.

O estudo tem como objetivo geral analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Ao propormos a presente pesquisa esperamos contribuir com a produção de conhecimentos e saberes sobre as novas práticas de atenção e cuidado ao portador de transtornos mentais.

Os relatos obtidos serão confidenciais e, portanto, não será utilizado o nome dos participantes em nenhum momento, garantindo sempre o sigilo da pesquisa e os preceitos éticos da profissão. Os depoimentos serão referenciados pelo apelido a ser escolhido pelo próprio entrevistado

Certa de sua colaboração, agradeço sua disponibilidade em participar do estudo.

Eu _____,
consinto em participar desta pesquisa, desde que respeitadas as respectivas proposições contidas neste termo.

Florianópolis, março de 2006.

Assinatura do entrevistado.

ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

FERNANDA SCALZAVARA

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Serviço Social** - Área de concentração: Serviço Social, Direitos Humanos e Questão Social.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ivete Simionatto.

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de **Mestre em Serviço Social**, e aprovada na sua forma final, em 31/7/2006, atendendo as normas vigentes no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e na Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof^a Dr^a Catarina Maria Schmickler
Coordenadora do PPGSS/UFSC

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Ivete Simionatto, Dr^a.
Departamento de Serviço Social/UFSC
Presidente

Prof^o Walter Ferreira de Oliveira, Ph.D.
Departamento de Saúde Pública/UFSC
Membro

Prof^o Jonas Salomão Spricigo, Dr.
Departamento de Enfermagem/UFSC
Membro

Prof^o Mário Teixeira, Dr.
Departamento de Clínica Médica/UFSC
Membro Suplente

*Aos profissionais e aos usuários do CAPS
Ponta do Coral de Florianópolis.*

AGRADECIMENTOS

Desejo expressar meus sinceros agradecimentos aos profissionais do CAPS Ponta do Coral, pela receptividade, atenção, acolhimento e colaboração na fase mais importante desta pesquisa, assim como pela consideração ao meu trabalho profissional. Também, aos usuários desta unidade de serviço, pela forma carinhosa e acolhedora com que sempre me receberam.

À professora Ivete Simionatto por ter aceitado a orientação do trabalho; agradeço a oportunidade de poder ter desenvolvido a pesquisa de meu interesse e desejo profissional.

Aos professores Jonas Spricigo e Mário Teixeira pela atenção, disponibilidade e colaboração, essenciais na definição e elaboração do projeto de dissertação. Igualmente, ao professor Walter Ferreira de Oliveira pelas considerações e contribuições no exame de qualificação.

À sempre Mestre, amiga e professora Iliane Kohler, pela relação de ensino-aprendizado humana, saudável, mantida no decorrer de toda a minha vida acadêmica; pelas ajudas concretas nos momentos de dificuldades, pelos conselhos, orientações e *encaminhamentos* necessários nos instantes, nas horas, nas fases de incerteza, insegurança, angústia, desespero.

Aos profissionais Mara Regina de Oliveira e Antônio Heinzen Filho, pelo suporte terapêutico necessário nos últimos anos da minha vida; especialmente por terem me ajudado a transformar as dificuldades, os obstáculos, as conquistas cotidianas no *Mestrado da Vida*.

Às profissionais e amigas Maria Sirene Cordioli e Maria Inês Bernardino, pela relação profissional responsável, ética, competente, que me impulsionou para os estudos na área da saúde mental; pela amizade acolhedora, carinhosa, fraterna, pelas comemorações e pelos momentos de descontração.

Aos meus pais e à minha família, base dos meus valores ético-morais.

Às minhas amigas e aos meus amigos, que de perto ou de longe, acompanham minha trajetória, acreditam e torcem por mim.

Formalmente, agradeço as instituições públicas CAPES e UFSC, através dos programas PROF e PGSS, pelo financiamento da bolsa que permitiu a dedicação profissional integral para a realização deste trabalho.

RESUMO

O presente trabalho tem como objeto de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. Constitui-se como objetivo geral da presente pesquisa analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Os procedimentos metodológicos da pesquisa constaram de: pesquisa empírica na coleta das informações, através de entrevistas semi-estruturadas, gravadas, realizadas com um profissional de cada área de formação de nível superior, dentre as existentes no CAPS, e aplicação de formulário, com questões fechadas, a todos os profissionais que compõem a equipe. As informações coletadas foram sistematizadas e organizadas em itens correspondentes aos eixos que nortearam a coleta dos dados, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde. A análise final foi realizada com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os resultados obtidos nos permitem concluir que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a efetividade e eficácia dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial. De maneira geral, podemos afirmar que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológico, técnico assistencial, político-jurídico, social cultural.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, política de saúde mental, serviços substitutivos.

ABSTRACT

The objective of present work is to study the operationalization of the Psychiatric Reformation in the city of Florianopolis, Brazil, based on one specific institutional model - the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral. The general objective of the present research is to analyze the institutional reality at the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral, Florianopolis, related to the operational process of mental health politics, based on the requirements of the Brazilian Psychiatric Reformation. The research methodological procedures have consisted of: empirical research and data collection, through semi-structured interviews, recorded, realized under the presence and supervision of a professional of each field, plus de existing data from the CAPS, and filled application, with closed questions, to all the professionals who compose the team. The data colleted was systematized and organized in items and events that are surrounded the data collection, which are: financial structure and resources, human resources and therapeutic project, participation of the user and the family in the treatment, social insertion, and integration of the service with the municipal network of assistance in health. The final analysis was based on theoretical production on mental health and the Psychiatric Reformation. The results allowed us to conclude that in scope of management of CAPS, the limited number of studies and the difficulties to transfer and administer them harmed the functioning of the service. The contributing factors were lack of strategic planning and systematic evaluation of actions. The difficulties associated with teamwork compromised the effectiveness and efficacy of the objectives. The absence of a municipal network dedicated to structure and articulate mental health appears as an obstacle to the practice of desinstitutionalization and psychosocial rehabilitation. In general, we can affirm that the changes in the assistance model, directed for Psychiatric Reformation is one of the challenges to the concretization to mental health politics in a new interaction between society and people with psychological illnesses. The operationalizational political difficulties of mental health go through different fronts of performance which constitute the complexity of social processes associated with Reformation in its different dimensions. These dimensions are: theoretic-epistemological, technical assistance, politic-legal and socio-cultural.

Keywords: Psychiatric Reformation, mental health politics, substitute services.

LISTA DE SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
APAC - Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CPASM - Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental
CMS – Conselho Municipal de Saúde
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FNS – Fundo Nacional de Saúde
INAMPS – Instituto Nacional de Aposentadorias e Pensões
IPQ – Instituto de Psiquiatria Catarinense
MS – Ministério da Saúde
MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS – Organização Mundial para a Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF - Programa de Saúde da Família
RP – Reforma Psiquiátrica
SIH - Sistema de Informação Hospitalar
SAI – Sistema de Informação Ambulatorial
SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
SUS – Sistema Único de Saúde
TR – Terapeuta de Referência
ULS – Unidade Local de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Procedimentos metodológicos	18
2 REFORMA PSIQUIÁTRICA	222
2.1 O Modo Psicossocial	26
2.1.2 Atenção Psicossocial.....	28
2.2 Desinstitucionalização	30
2.3 Reabilitação psicossocial	32
3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA	344
3.1 Estrutura e recursos financeiros	344
3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico	45
3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental	46
3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário	51
3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações.....	59
3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento.....	65
3.3 Participação do usuário e da família no tratamento	69
3.3.1 Planejamento terapêutico individual.....	70
3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral.....	72
3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares	81
3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia.....	88
3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental.....	96
3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica	106
3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde...	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
REFERÊNCIAS.....	125
APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS.....	130
ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica.....	136

1 INTRODUÇÃO

O processo de mobilização, organização e luta pela Reforma Psiquiátrica brasileira origina-se no contexto dos movimentos sociais, no período de redemocratização do país (décadas de 1970/1980), e tem como base os pressupostos da Reforma Sanitária brasileira e da Psiquiatria Democrática italiana. Tal movimento esteve direcionado no sentido da crítica e desconstrução gradativa da assistência existente, embasada no saber psiquiátrico, que justificava as práticas decorrentes do modelo asilar e, ao mesmo tempo, buscava a construção de propostas de superação deste modelo.

Os anos de luta pela transformação do modelo assistencial tradicional (asilar), centrado na internação hospitalar, culminaram com a criação e regulamentação de leis e portarias relativas à implantação de uma rede de serviços substitutivos a este. A partir da década de 1990 um conjunto de leis, portarias, decretos, resoluções define novas exigências em relação à assistência psiquiátrica prestada aos portadores de transtorno mental¹, incluindo a adequação das condições físicas das instituições de atendimento, a existência de projeto terapêutico, equipe multidisciplinar e outros dispositivos que garantam maior qualidade assistencial.

A Reforma Psiquiátrica é um processo em construção, que envolve tanto a sociedade civil, através dos diferentes os movimentos sociais, os profissionais, os usuários, bem como os órgãos gestores das políticas públicas. Estes são os responsáveis pela operacionalização das ações com relação a mudança de paradigma e prática em saúde mental. Nessa trajetória, aos profissionais cabe exercer o papel de sujeitos e críticos do processo de implantação da Reforma Psiquiátrica; aos gestores da política de saúde compete a decisão política com vistas a assegurar as condições técnicas para a implementação e operacionalização dos serviços de atenção; aos movimentos sociais fica a luta política pela construção social de um outro sentido para lidar com a "loucura" e com o "louco", a partir de uma transformação na relação sociedade/loucura.

¹ Cabe destacar que a expressão “portador de transtorno mental” é adotada neste estudo por acreditar-se que a palavra portador traz em si um caráter mutante. Ou seja, secundariza o transtorno mental e resgata o sujeito envolvido na condição de enfermo, como um ser dinâmico. Por sua vez, o termo transtorno mental traz um caráter psicossociológico, dinâmico, mutável, diferente do termo doença mental, muito embora não seja menos controvertido do que este último (ROSA, 2003, pp. 37-38). E, também, por ser “portador de transtorno mental” a expressão utilizada na linguagem técnica constante na política de saúde mental do Ministério da Saúde.

No curso das transformações operadas na e pela Reforma Psiquiátrica destacamos como marco significativo recente a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM)². Em seu documento conclusivo reafirma-se que as políticas de saúde mental devem respeitar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das leis Federal e estaduais, priorizando a construção da rede de atenção integral em saúde mental. Tais políticas devem ter como pressupostos básicos a inclusão social e a reabilitação psicossocial, estar integradas com outras políticas sociais, como educação, trabalho, lazer, cultura, esporte e habilitação profissional, visando garantir o exercício pleno da cidadania (BRASIL, 2002a).

O mesmo documento ressalta que a reorientação do modelo assistencial deve estar direcionada para concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e de promoção da saúde. Nesse sentido, é fundamental que as novas modalidades assistenciais desenvolvam práticas pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a auto-estima, a autonomia e a cidadania, buscando superar a relação de tutela e reprodução da institucionalização e/ou cronificação (BRASIL, 2002a).

A mudança do modelo assistencial é um dos desafios da Reforma Psiquiátrica. Busca-se, no âmbito da gestão pública, a construção de um novo pacto para transferir os recursos aplicados no modelo hospitalar para uma assistência comunitária. Entretanto, a mudança da lógica de atenção em saúde mental requer, também, uma mudança de paradigma. No bojo dos novos dispositivos de cuidado necessariamente deve estar uma nova ética do cuidar, baseada na premissa básica da autonomia possível e dos direitos humanos dos portadores de sofrimento psíquico. Isso significa considerar que as possibilidades de novas práticas terapêuticas devem caminhar ao lado da preocupação com a mudança das representações simbólicas do “louco” na sociedade, e com a produção de outros saberes.

Na atualidade, todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, bem como a literatura da área, referem-se a desconstrução como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade das ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Tal proposição tem como base a

² Realizada em Brasília, de 11 a 15 de dezembro de 2001. A I Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em 1987 e a II em 1992.

incapacidade da psiquiatria em explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (TORRE; AMARANTE, 2001).

O modelo manicomial tem seu fundamento na noção de que a experiência de sofrimento psíquico diversa (delírio, alucinação) é sinônima de erro. Um dos aspectos mais importantes no processo de transformação radical deste é a superação do conceito de doença. Conforme apontam Torre e Amarante (2001, p.73-85), “não se trata, obviamente, de negar a diversidade da experiência do delírio ou da alucinação, mas de não utilizar o conceito de doença (igual a erro) na relação com o sujeito”. Nesta direção, Rotelli (1990) propõe, no lugar do objeto “doença mental”, o objeto “existência-sofrimento” do sujeito em sua relação com o corpo social.

Segundo Costa-Rosa (et. al., 2003, p. 28), “ao se buscar a superação do saber psiquiátrico, sobretudo do paradigma doença-cura, procurou-se romper com práticas identificadas com o modelo clínico, por considerá-las ineficazes, segregadoras”. Busca-se no modo psicossocial estabelecer-se “a construção de uma relação de contrato com o sujeito que substitua a relação de tutela instaurada pela psiquiatria” (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 73-85). Como oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar surge, no contexto da Reforma Psiquiátrica, a atenção psicossocial como paradigma do modo psicossocial.

A origem das práticas de atenção psicossocial, como designação de experiências significativas no contexto da saúde mental, está relacionada às contribuições das diferentes experiências históricas de reforma, que incluem as Comunidades Terapêuticas e a Antipsiquiatria, na Inglaterra, a Psicoterapia Institucional, na França, a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, nos Estados Unidos e a Psiquiatria Democrática, na Itália³. No caso brasileiro somam-se as contribuições das políticas públicas e das experiências locais pioneiras dos centros e núcleos de atenção psicossocial, em Santos, São Paulo.

O modelo psicossocial vem ganhando elementos tanto em termos teórico e técnico quanto ideológicos e éticos, aptos a constituírem um novo paradigma para as práticas em saúde mental, capaz de substituir o paradigma psiquiátrico que ainda é dominante. Costa-Rosa (et al., 2003, p.31), observa que de modo geral os elementos teóricos subjacentes a essas experiências passam principalmente pelas idéias sociológicas e psicológicas, pelo materialismo histórico, pela psicanálise e pela filosofia da diferença. Nesse sentido, é importante indicar que o lugar social da saúde mental é um lugar de

³ Estudos sobre estas experiências encontram-se em DESVIAT (1999); ROTELLI (2001).

conflito, confronto e contradição. Entender a saúde mental dessa forma implica em reconhecê-la como expressão e resultante de relações e situações sociais concretas. “Por qualquer perspectiva que se olhe, tratar-se-á sempre de um eterno confronto: pulsações de vida/pulsações mortíferas; inclusão/exclusão; tolerância/intolerância” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p. 29).

A operacionalização da Reforma Psiquiátrica, através da implantação da rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, territorializados e integrados à rede de saúde, tem sido uma construção lenta e difícil, perpassada por interesses políticos e econômicos. Muitas vezes são privilegiados procedimentos técnico-burocráticos, assistenciais, em prejuízo de um serviço que tenha como foco o tratamento da pessoa humana na sua dimensão integral. Por outras, a Reforma Psiquiátrica é entendida como sinônimo de reestruturação de serviços; introdução ou modernização de novas tecnologias de tratamento e cuidado; promulgação de uma nova legislação. Em geral, os problemas passam pela tendência de tornar a Reforma a implantação de centros de atenção psicossocial, de forma a banalizar o serviço, fazendo com que estes sejam uma extensão do hospital psiquiátrico (AMARANTE, 2005).

Não obstante, a transformação do modelo de atenção tradicional requer a construção de uma rede de atendimento ampla, com serviços diversificados e complementares, substitutivos das práticas asilares. O modelo substitutivo não significa alternativo, paralelo, complementar ou intermediário do sistema tradicional. Trata-se de um serviço forte, que comporta uma estrutura complexa em que o sentido das práticas deve ser alterado do “eixo da clínica” para o “eixo da cidadania”. Isso significa olhar para a pessoa-sujeito e não unicamente para a doença (AMARANTE, 2005).

Pensar a mudança do paradigma teórico-conceitual clássico significa provocar uma transformação na cultura da forma tradicional de ver e lidar com a loucura, buscar a construção de um outro lugar social para a loucura e a doença mental, a partir de uma transformação das relações sociedade-loucura/doença mental.

Nesse processo, os centros de atenção psicossocial (CAPS) constituem-se no “braço” do modelo psicossocial. Tornam-se serviços privilegiados para o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial e dispositivos estratégicos para a mudança da atenção em saúde mental.

De acordo com as normatizações do Ministério da Saúde, são atribuições dos CAPS: organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; prestar atendimento em regime de atenção diária; oferecer cuidado clínico eficiente e personalizado; realizar a

dispensação de medicamentos; acompanhar usuários que moram em residências terapêuticas; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, assessorando o trabalho dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território ou área de abrangência (BRASIL, 2004).

No sentido de favorecer o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, bem como estimular a mudança da lógica de ver e lidar com a “doença” e o “doente mental”, o direcionamento da Política Nacional de Saúde Mental preconiza que os projetos terapêuticos dos CAPS podem ultrapassar a estrutura física da unidade, em busca da rede de suporte social comunitária. O atendimento prestado deve ser através de projeto terapêutico individualizado, construído conjuntamente com o usuário. A preocupação principal não deve ser o estabelecimento de um diagnóstico clínico, mas sim o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2004).

Com base no exposto, a presente dissertação de mestrado tem como recorte de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - O Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. A escolha deste CAPS deve-se ao fato de ser este um serviço público de atendimento diário a portadores de transtornos mentais adultos, único nesta modalidade no município. A população de Florianópolis conta com outros dois centros de atenção psicossocial, um para atendimento de crianças e adolescentes (CAPSi) e outro para atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (CAPSad).

O CAPS Ponta do Coral constitui-se no principal serviço de atendimento extra-hospitalar na realidade local, desempenhando um papel central na assistência a portadores de transtornos mentais graves. A rede municipal de atenção em saúde mental é incipiente, com poucos recursos e o CAPS enfrenta diversas dificuldades na realização de suas atividades, concentrando uma demanda de atendimento superior a sua capacidade.

Destacamos a relevância deste estudo na medida em que está em curso no país uma reforma nos serviços de assistência em saúde mental, em que a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos pelo cuidado comunitário/ambulatorial tem sido a

diretriz básica para a reorganização da política de saúde mental, desde o nível federal aos níveis estadual e municipal.

A reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

O processo de reestruturação dos serviços de saúde mental está baseado na organização de uma rede comunitária de cuidados. Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esportes etc), culturais, religiosos e de lazer são convocados para potencializar as equipes de saúde na tarefa de realizar ações de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004).

Fazem parte desta rede de serviços de saúde mental os centros de atenção psicossocial, os núcleos de atenção psicossocial (NAPS), os serviços residenciais terapêuticos (SRTs), os hospitais gerais, os centros locais de saúde, as equipes de saúde da família e agente comunitários de saúde, entre outros. Particularmente, neste trabalho, nos interessamos por estudar os CAPS por estes assumirem um papel central na organização da rede, constituindo-se em serviços de atenção que “almejam à outra lógica, outra fundamentação teórica-técnica e outra ética, que não mais a do paradigma psiquiátrico” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.19).

Os CAPS foram criados para serem substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos, oferecendo atendimento em saúde mental à população de sua área de abrangência. São atendidas pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, incluindo aquelas que apresentam transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e crianças e adolescentes. As práticas realizadas neste tipo de serviço devem caracterizar-se por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro, na comunidade.

Oficialmente os CAPS foram instituídos pela Portaria GM/MS N°224/1992 e definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam uma população adscrita definida pelo nível local e oferecem atendimento de cuidados intermediários entre

o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (BRASIL, 2002b).

Atualmente, os CAPS são regulamentados pela Portaria GM/MS N° 336/2002 e integram a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta portaria estabelece critérios de porte/complexidade e abrangência populacional aos CAPS, classificando-os nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad⁴. A classificação dos diversos tipos de CAPS difere, basicamente, quanto ao tamanho da população pela qual se responsabilizam e quanto ao regime de funcionamento.

Os profissionais que trabalham nos CAPS integram uma equipe multiprofissional. São técnicos de nível superior e nível médio, de diferentes áreas de formação. Os profissionais de nível superior são médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física entre outros necessários para as atividades oferecidas, de acordo com o projeto terapêutico do CAPS. Os profissionais de nível médio podem ser técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores, artesãos, profissionais de limpeza e cozinha (BRASIL, 2004).

As equipes técnicas possuem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. Cabe aos profissionais a tarefa de organizar-se para realizar o acolhimento dos usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, realizar as atividades de reabilitação psicossocial, equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas.

Ao considerarmos as práticas em saúde mental de um centro de atenção psicossocial nosso objeto de estudo estamos entendemos que é a partir delas que a mudança de paradigma se torna possível, haja vista que a estruturação de uma rede de

⁴ O CAPS I tem capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e deve funcionar das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira; o CAPS II atende municípios com população entre 70.000 e 200.000, deve funcionar das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas; o CAPS III atende municípios com população acima de 200.000 habitantes, funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana. Já os CAPSi e os CAPSad possuem características diferenciadas dos demais. O CAPSi é referência para municípios com população acima de 200.000 habitantes e constitui-se em um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período até 21 horas. Os CAPSad destinam-se a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. É indicado em municípios com população acima de 100.000 habitantes, funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas (BRASIL, 2002b).

novos serviços de saúde mental não constitui por si só uma ruptura com o paradigma das práticas asilares, da segregação e da tutela do portador de transtorno mental. Contudo, sabemos que analisar uma realidade institucional é uma tarefa difícil, principalmente quando nos propomos olhar esta realidade em movimento, permeada de contradições e como fruto de um processo sócio-histórico.

Nesse sentido, elegemos como sujeitos informantes os profissionais que atuam no Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, por entendermos que a eles cabe a tarefa de realizar as atividades institucionais cotidianas. Esses profissionais integram uma equipe multiprofissional e assumem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. A nosso ver, constituem-se atores sociais centrais no processo de implementação e operacionalização da Reforma Psiquiátrica na realidade local.

Com isso queremos destacar que os profissionais de saúde mental exercem um papel relevante para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, seja como partícipes dos movimentos sociais, como gestores da política de saúde mental e/ou como trabalhadores (técnicos) nos serviços de assistência. Particularmente, aos profissionais dos CAPS cabe o compromisso de operacionalizar a mudança da lógica da assistência, na medida que estão atuando em um serviço considerado um dispositivo estratégico da rede de assistência em saúde mental. Esses profissionais estão diretamente ligados aos usuários do serviço e a implementação da política de saúde mental, função que os coloca na linha de frente de um cenário novo que vem passando por formulações e reformulações nos campos “político-jurídico, técnico-assistencial, epistemológico e sociocultural” (AMARANTE, 2003).

Torna-se pertinente ressaltar que o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) teve forte influência nos avanços ocorridos na mudança da assistência psiquiátrica. Constituído inicialmente de técnicos de saúde mental buscava a melhoria da assistência psiquiátrica e denunciava a situação precária dos manicômios. O MTSM posicionou-se em relação à assistência prestada, politizou a questão da Reforma, construiu uma linha de pensamento crítica no campo da saúde mental. Organizados, os trabalhadores criaram fóruns de discussões locais de caráter técnico e político e defenderam as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Posteriormente, o movimento ampliou-se no sentido de ultrapassar sua natureza técnico-científica, organizou sua estrutura administrativa como fórum nacional e passou a ser designado Movimento da Luta Antimanicomial, tornando-se um movimento social que passou a englobar várias entidades como associações de usuários

e familiares⁵, ONGs, entre outras (AMARANTE, 1994, 1995a; SOUZA, 2001; VASCONCELOS, 2000b, 2004).

Assim, nos parece certo que os profissionais de saúde mental são atores sociais influentes na efetivação da Reforma Psiquiátrica. Razões significativas para pesquisar e valorizar suas experiências e opiniões, na medida em que seus relatos podem indicar como vem se realizando no dia-a-dia a Reforma, bem como contribuir para a construção de novas práticas e a produção de novos saberes. E, entendemos como Foucault, que os saberes não são apenas conhecimentos acadêmicos, produções que se autodenominam científicas. Os saberes também estão onde são produzidos, pois sempre criam visões de mundo, produzem histórias e História.

Dessa forma, a presente pesquisa tem a finalidade específica de contribuir para a análise das práticas locais de saúde mental, a partir do estudo da realidade vivenciada no CAPS de Florianópolis e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Lembramos, ainda, que neste ano de 2006 o CAPS Ponta do Coral completa dez anos de atividades, fato que nos leva a destacar a importância de um estudo que identifique as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação deste serviço. No geral, busca-se fornecer subsídios para os avanços nas políticas de saúde mental e contribuir para a produção de conhecimentos sobre a realidade da prática das políticas públicas de saúde mental. Para tanto, elegemos como eixos de estudo e análise cinco pontos, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social e integração com a rede municipal de assistência em saúde.

Constitui-se como objetivo geral do presente estudo a análise da realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Para alcançarmos este definimos como objetivos específicos: 1) caracterizar a estrutura e os recursos financeiros disponibilizados

⁵ Cabe registrar que no campo da saúde mental encontram-se associações de composição variada. Há associações de usuários; associações de familiares; associações de usuários e familiares; associações de usuários, familiares e técnicos; associações de usuários e técnicos; e associações de técnicos e familiares. Em sua maior parte, o processo organizativo das associações é conduzido por elementos de constituição de laços de solidariedade e ajuda mútua. Contudo, existem associações que são favoráveis à agenda de inovações da assistência colocada pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e, outras, que se caracterizam como uma comunidade de veto em relação à mesma agenda (SOUZA, 2001).

e sua adequação às atividades do Caps; 2) conhecer as práticas assistenciais desenvolvidas pelo CAPS com relação ao projeto terapêutico e como se organiza o trabalho da equipe técnica; 3) identificar como ocorrem as práticas institucionais de participação do usuário e da família no tratamento e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica; 4) identificar se existem e quais são as ações institucionais, intersetoriais e/ou outras criadas com relação a inserção social do portador de transtornos mentais; 5) descrever e analisar a relação existente entre o CAPS e a rede municipal de assistência em saúde com relação a operacionalização da política de saúde mental e do SUS; 6) identificar quais as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação do CAPS, pontos positivos e negativos.

1.1 Procedimentos metodológicos

Para operacionalizar os objetivos do nosso estudo foi realizada uma pesquisa de caráter qualitativo, do tipo estudo de caso. Segundo Minayo (1994), a pesquisa qualitativa, nas ciências sociais, responde a questões particulares, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Isso significa considerar que trabalhamos com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que correspondem a pontos mais profundos das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser quantificáveis. E, segundo Chizzotti (2003, p. 104), em geral, a pesquisa qualitativa objetiva provocar o esclarecimento de uma situação para uma tomada de consciência pelos próprios pesquisados dos seus problemas e das condições que os geram, a fim de elaborar meios e estratégias de resolvê-los.

Dentre os tipos de pesquisa qualitativa, o estudo de caso talvez seja um dos mais relevantes. É uma modalidade que propicia retratar uma realidade de forma ampla e profunda, de forma a revelar a multiplicidade de dimensões presentes numa determinada situação e contextualizar o objeto para melhor compreendê-lo (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Nesta forma de estudo, o caso é tomado como unidade significativa do todo porque tanto retrata uma determinada realidade quanto revela a multiplicidade de aspectos globais presentes em uma dada situação (CHIZZOTTI, 2003). A principal função do estudo de caso é a explicação sistemática de fatos que ocorrem no contexto social e geralmente se

relacionam com uma multiplicidade de variáveis. Essa técnica caracteriza-se por ser um estudo intensivo, o qual deve considerar a compreensão geral do assunto investigado (FACHINI, 2001).

O local escolhido para a realização do estudo, o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, é um serviço público, municipal, cadastrado na modalidade CAPS II, situado à rua Rui Barbosa, 713 (fundos), no bairro Agrônômica, Florianópolis/SC. CAPS Ponta do Coral funciona das 8h às 18hs e atende uma demanda média diária de 40 usuários. O serviço foi criado em março de 1996 e funciona neste endereço desde o mês de dezembro do mesmo ano⁶.

A principal fonte de informação da presente pesquisa constituiu-se das falas dos profissionais, de formação de nível superior, e, no resultado do formulário aplicado a todos os membros da equipe do CAPS Ponta do Coral. Utilizamos para a coleta de informações a entrevista semi-estruturada, gravada, com questões abertas, e a aplicação de formulário com questões fechadas (Apêndices A e B). As entrevistas foram orientadas por um roteiro com perguntas estruturadas e agrupadas em cinco blocos correspondentes aos eixos de estudo da pesquisa. De acordo com Trivinos (1987), a entrevista semi-estruturada geralmente parte de certos questionamentos básicos, de perguntas fundamentais derivadas da teoria que é adotada para a pesquisa e de informações que o pesquisador possui sobre o tema a ser pesquisado.

Na pesquisa qualitativa, a entrevista é uma das técnicas mais utilizadas na coleta do material empírico. No tipo de estudo escolhido, foi possível perceber que a entrevista constituiu-se na ferramenta capaz de possibilitar a obtenção de dados mais profundos da realidade, os quais só podem ser obtidos com a contribuição dos sujeitos envolvidos.

O trabalho empírico para coleta dos dados e das informações na Instituição foi realizado entre a segunda quinzena do mês de março e a primeira quinzena do mês de abril de 2006 (16/3/2006 a 13/4/2006). A coleta teve início após a apresentação e solicitação de autorização para a realização da pesquisa à coordenação da Instituição. O projeto foi encaminhado à Comissão de Ensino e Pesquisa do CAPS II Ponta do Coral e à Direção de

⁶ A implantação do serviço foi efetivada em 25/3/1996, ficando instalado, provisoriamente, junto ao Centro de Saúde II do Centro de Florianópolis (atual ULS Centro), na Avenida Rio Branco. Em dezembro do mesmo ano foi transferido para o atual endereço, passando a ser chamado NAPS Ponta do Coral. Seu credenciamento no Ministério da Saúde aconteceu ao longo do ano de 1997. Em 2002, a Portaria GM n° 336 regulamentou a denominação dos antigos NAPS para CAPS (STUANI, 2005).

Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis para parecer. Mediante o parecer favorável (Anexo A) das referidas instâncias, foi realizada, em reunião de equipe, a apresentação do projeto aos profissionais do CAPS Ponta do Coral. Concluída esta etapa, foi realizada a entrevista pré-teste. A escolha do profissional observou os critérios constantes da metodologia do projeto. A entrevistada foi uma profissional da área da psicologia (área que tem mais de um profissional no CAPS) que tinha disponibilidade para a realização da entrevista na data escolhida. A partir desta entrevista, foram realizadas pequenas alterações no roteiro, com vistas a agrupar algumas perguntas, no sentido de diminuir o tempo necessário à efetivação da mesma. A referida entrevista teve a duração aproximada de uma hora e vinte minutos, acrescida de mais quinze minutos para a aplicação do formulário, totalizando uma hora e trinta e cinco minutos.

No total, foram realizadas seis entrevistas e aplicados doze formulários, de acordo com a metodologia estabelecida, a qual privilegiou, para a entrevista, o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de ensino superior, dentre as existentes no CAPS Ponta do Coral, quais sejam: psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Os formulários foram aplicados a todos os profissionais de formação de nível superior e de formação de nível médio. Foi necessário realizar sorteio do profissional a ser entrevistado apenas com relação a área da psicologia, por esta ter quatro profissionais atuando na equipe do CAPS. Como utilizamos um deles para a realização do pré-teste, participaram do sorteio apenas os outros três. O sorteio foi realizado na presença de outras duas profissionais da equipe.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos profissionais. A aplicação dos formulários foi simultânea e obedeceu ao mesmo critério. No caso de três dos profissionais entrevistados não foi possível realizar a aplicação do formulário no momento da entrevista, a pedido dos mesmos, devido a limitações de tempo. As entrevistas foram gravadas em fitas cassete, com a autorização prévia dos entrevistados, e, posteriormente, as falas foram transcritas.

As informações e os dados coletados foram sistematizados e classificados, de acordo com os eixos de pesquisa, e posteriormente analisados com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os dados originados dos formulários foram analisados e tratados descritivamente, ou seja, reduzidos a termos descritivos. Para efeito de padronização e de comparação foi adotado o método da porcentagem.

A análise final, que, segundo Minayo (1994), corresponde a um movimento contínuo entre o empírico e o teórico e vice-versa para fazer do caos aparente das

informações revelações da sua especificidade, foi construída pela síntese das informações coletadas em cada eixo de estudo, previamente definidos.

As questões éticas foram consideradas em todas as etapas do estudo, especialmente, na relação com os entrevistados, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) e dentro do que determina a Resolução N° 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde e o Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina. Os profissionais foram informados e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa quando da apresentação do projeto em reunião de equipe e individualmente antes da realização da entrevista. Foi preservado o anonimato dos entrevistado ao se utilizar codinomes para referenciar as falas no trabalho, destacando-se que os mesmos escolheram livremente seu próprio apelido quando da realização da entrevista. Apenas uma das entrevistadas optou por deixar a cargo da pesquisadora a escolha do codinome.

O trabalho que ora apresentamos está organizado de forma a contemplar, neste primeiro capítulo, a introdução do tema e a metodologia utilizada na pesquisa; no segundo capítulo descrevemos, sistematizadamente, o norte teórico utilizado como referência para a análise dos dados e das informações coletadas; no terceiro capítulo trazemos os resultados e as análises da pesquisa. Ao final, resgatamos os principais tópicos relacionados aos eixos de estudo e expomos nossas considerações finais sobre o tema.

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA

Procuramos expor neste capítulo uma síntese das análises de alguns autores que têm contribuído para o avanço nas discussões sobre a Reforma Psiquiátrica, bem como a definição do que vem a ser este outro modelo de atenção em saúde mental – o Modo Psicossocial, tanto em seus aspectos prático-assistenciais quanto em suas exigências éticas e teóricas, no sentido de construirmos o norte teórico orientador das análises da presente pesquisa.

Todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, na atualidade, bem como a literatura da área estabelecem a categoria teórico-prática “desconstrução” como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade nas ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Reiteram, também, a incapacidade da psiquiatria de explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (BASAGLIA, 1985; ROTELLI, 1990). Neste sentido, a proposta da Reforma Psiquiátrica objetiva criar experiências alternativas ao hospital psiquiátrico e ao modelo de suas práticas, através da extinção desse tipo de instituição e sua substituição por recursos que sejam capazes de rever tanto as concepções do “objeto” quanto dos “meios” e modos da sua intervenção nessa área.

A partir das contribuições colocadas por Fleury (et. al., 1989), com relação ao conceito de Reforma Sanitária como um “processo de transformação estrutural”, e da noção de *processo social complexo* proposta por Rotelli (1990), Paulo Amarante (2003, p.49), define Reforma Psiquiátrica como:

um processo social complexo que se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade.

Nessa concepção, o autor observa que processo indica algo em permanente movimento, que não tem um fim predeterminado, nem um objetivo último ou ótimo. E, a idéia de complexidade é posta não como sinônimo de complicação, mas sim como uma atitude epistemológica no sentido de reabrir a possibilidade de recomplexificação do fenômeno, proposição oposta a naturalização/objetualização da noção de doença. Neste sentido, a doença deixaria de ser reduzida a uma alteração biológica, para tornar-se um

processo de saúde/enfermidade. Em outras palavras, “a doença não é um objeto, mas uma experiência nas vidas de sujeitos distintos” (AMARANTE, 2003, p.53).

Na continuidade de suas análises sobre a Reforma Psiquiátrica Amarante (2000, 2003) designa quatro dimensões para as transformações operadas na e pelas práticas da Reforma, quais sejam: teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural.

A dimensão teórico-conceitual ou epistemológica contempla o conjunto de questões que dizem respeito a produção de conhecimentos e saberes que irão subsidiar as práticas. É uma dimensão que vai desde a reflexão dos conceitos mais fundamentais do campo das ciências até os conceitos produzidos pela psiquiatria: alienação, doença mental, normalidade/anormalidade, terapêutica e cura. Um aspecto muito importante desta dimensão refere-se ao desafio de se repensar as relações entre conhecimento e objeto (AMARANTE, 2003).

Na interpretação de Costa-Rosa (et al., 2003, p. 32), o campo teórico-conceitual pauta-se na desconstrução de conceitos e práticas, sustentados pela psiquiatria e pela psicologia nas suas visões acerca da doença mental. Propõe-se como contrapartida a construção de noções e conceitos como “existência-sofrimento” do sujeito na sua relação com o corpo social, acolhimento, cuidado, emancipação e contratualidade social. Nesse âmbito, pode-se entender que o conceito de existência-sofrimento impulsiona a Reforma Psiquiátrica na direção de uma revolução paradigmática, uma vez que questiona a tão cara relação sujeito-objeto e o próprio paradigma doença-cura. Tal conceito aparece por contraposição ao paradigma doença-cura, expressando a exigência de se dar ao sujeito a centralidade da cena.

Como exemplo desse campo Amarante (2003, p. 50) destaca o processo de desconstrução do conceito de clínica, que deixaria de ser o isolamento terapêutico ou o tratamento moral para tornar-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades; a desconstrução do conceito de doença produzido pela psiquiatria, em que o sujeito, não mais visto como alteridade incompreensível, possibilitará outras formas de conhecimento, que produzirão novas práticas clínicas e sociais.

Cabe destacar que quando um conceito é submetido ao processo de desconstrução é possível supor que as relações entre as pessoas envolvidas também serão transformadas, assim como os serviços, os dispositivos e os espaços. Conseqüentemente, mudam, ainda, os conceitos e as práticas jurídicas que eram adotadas pelos conceitos desconstruídos.

Para Basaglia (1985) e Rotelli (1990), desconstrução está relacionada à noção de *invenção*, de construção do real, de produção da subjetividade, recolocando em discussão a ciência e a psiquiatria. Os autores referem-se a “desconstrução” do dispositivo psiquiátrico e clínico em seus paradigmas fundantes e suas técnicas de poder-saber, entendendo-a como uma ação prática de desmantelamento das incrustações institucionais que cobriam a doença. A desconstrução questiona as bases do dispositivo psiquiátrico, em sua competência para atuar frente à loucura.

Entende-se desconstrução como um processo social complexo, de desmontagem do dispositivo psiquiátrico, que não tem fim, ou não pretende constituir, um modelo ideal, mas sim dar novo significado às relações e colocar questões imanentes às situações-problema. Nesse sentido, é um processo que precisa, por definição, ser reinventado incessantemente, e questionar também o conjunto dos segmentos sociais que deveria ser [...] objeto de uma verdadeira "revolução molecular", quer dizer, de uma re-invenção permanente (GUATTARI, 1992 apud TORRE; AMARANTE, 2001, p. 14).

A dimensão político-jurídica passa pela criação e alterações na legislação com relação aos direitos e a assistência ao portador de transtornos mentais. O âmbito jurídico é decorrente do fato de a psiquiatria ter instituído a noção de relação entre loucura, periculosidade, irracionalidade, incapacidade, irresponsabilidade civil. No plano político luta-se pela extinção dos manicômios e sua substituição por instituições abertas, pela revisão das legislações sanitárias, civil e penal referente a doença mental, para possibilitar o exercício dos direitos à cidadania, ao trabalho e à inclusão social. Importa nessa dimensão rediscutir e redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais (AMARANTE, 2003, p. 53; COSTA-ROSA, et al., 2003, p. 33).

No âmbito da dimensão técnico-assistencial está o modelo assistencial. É nesse campo que, na realidade brasileira, aparecem mais visivelmente as inovações com relação as práticas assistenciais em saúde mental, concomitante a reconstrução dos conceitos. As transformações vêm acontecendo tanto na concepção de novos serviços (CAPS, oficinas terapêuticas e de reintegração sociocultural, cooperativas de trabalho) quanto na sua forma de organização e gestão (instituições abertas com participação e co-gestão com os usuários e a população).

Nos últimos anos têm-se objetivado construir uma rede de novos serviços, concebidos como espaços de sociabilidade, de trocas, em que se enfatiza a produção de saúde como produção de subjetividades. Essas mudanças indicam para uma mudança nas práticas de atenção e tem significado *colocar a doença entre parênteses*, propiciando

contato com o sujeito, rompendo com as práticas disciplinares; aumentando a possibilidade de recuperação do seu estatuto de sujeito de direitos (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 32-33; AMARANTE, 2003, p.51).

A expressão *colocar a doença entre parênteses* é atribuída a Basaglia, significa a suspensão do conceito e implica na possibilidade de novos contatos empíricos com o fenômeno em questão. Para o autor, a psiquiatria colocou o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença como fenômeno da natureza. Assim, Basaglia propõe uma inversão, isto é, colocar a doença entre parênteses para tornar-se possível lidar com o sujeito e não com a doença.

Amarante (2003) chama a atenção para o fato de a atitude epistemológica de colocar a doença entre parênteses não significa a negação da doença no sentido do não se reconhecer que experiências de sofrimento ou diversidade fazem parte da realidade concreta da saúde mental. Nas palavras do autor:

não significa a recusa em aceitar que exista uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar. Significa, isto sim, a recusa a explicação da psiquiatria, para dar conta daquela experiência, como se esta pudesse ser explicada pelo simples fato de ser nomeada como doença. A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia social e política da exclusão, e a ruptura epistemológica com o saber da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para objetivar conhecer a subjetividade (AMARANTE, 2003, p. 56).

A dimensão sociocultural expressa o objetivo maior da Reforma Psiquiátrica, haja vista que pretende transformar o *lugar social* da loucura no imaginário social, transformando as relações entre a sociedade e a loucura. Muito do imaginário social é decorrente da ideologia psiquiátrica que tornou senso comum a relação da loucura à incapacidade do sujeito de estabelecer trocas sociais e simbólicas (AMARANTE, 2003, p. 53).

Para tanto se têm estimulado uma série de práticas sociais visando transformar o imaginário social relacionado a loucura, a doença mental e a anormalidade. Está em processo de mudança a imagem da loucura e do louco, a imagem da instituição e a da relação dos usuários e a população com ela. A intencionalidade passa pela construção de uma imagem das instituições de atendimento como espaços abertos de circulação e pólos de exercício estético, e uma imagem do “louco” como cidadão que deve almejar poder de contratualidade social (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 33).

Pensar a Reforma Psiquiátrica como um processo complexo implica desconstruir, superar conceitos; pensar, refletir sobre as ações no campo da saúde mental e os efeitos de

suas práticas; criar, construir novas práticas e produzir outros saberes. Trata-se, portanto, de um processo contínuo em que os verbos transformar, produzir, desconstruir, desmontar, emancipar, reconstruir devem estar no cotidiano do fazer em saúde mental.

2.1 O Modo Psicossocial

A elaboração das práticas do modo psicossocial é tributária de diferentes movimentos sociais científicos e vários campos teóricos. Sob esse aspecto, Abílio da Costa-Rosa (2000; 2003), busca especificar elementos básicos do novo paradigma traçando um paralelo de análise entre as práticas constitutivas do modo asilar e aquelas exigidas ao modo psicossocial⁷.

As principais características do modo asilar são: ênfase na consideração de determinantes orgânicos nos problemas que se pretende tratar, o que implica que o seu meio básico seja medicamentoso; pouca ou nenhuma consideração da existência do sujeito, o que implica que não se insista na sua mobilização como participante do tratamento. O indivíduo continua sendo visto como doente, tanto em relação à família quanto em um contexto social mais amplo. Daí decorre que a intervenção seja quase exclusivamente centrada nele. As aproximações da família, quando ocorrem, costumam ter caráter apenas pedagógico e assistencial. Dessa consideração do indivíduo como centro do problema, entre outros fatores, decorre também seu isolamento em relação ao meio familiar e social.

Ainda, com relação as práticas assistenciais, no modo asilar, o trabalho é realizado sem que os profissionais se encontrem para conversar sobre a atividade comum. O prontuário é considerado o elo de interconexão entre os profissionais da equipe. Mesmo no caso em que o meio é multiprofissional, a determinação fundamental dos problemas continua, na prática, sendo biológica. Portanto, a eficácia do tratamento espera-se que venha da química. Sua instituição típica continua sendo o hospital psiquiátrico fechado,

⁷ O autor observa que esta análise tem uma dimensão histórica, na medida que inclui uma consideração dos avanços que tem ocorrido nas práticas concretas até o presente; e outra dimensão lógica, visto que decorre da dedução realizada, através do método de análise, das características imprescindíveis a um determinado dispositivo para que ele configure uma lógica contraditória com a dos dispositivos que pretende superar e substituir (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.36).

ainda que nas últimas décadas esse venha sendo alvo de reformas democratizantes, intermitentes e esteja acompanhado de dispositivos chamados extra-asilares.

No modo psicossocial a concepção do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos sustentados para lidar com esse processo requer a desinstitucionalização do paradigma “doença-cura” e sua substituição pelo “existência-sofrimento”, conjuntamente com a configuração de práticas de trabalho transdisciplinares.

Destacam-se como principais exigências ao modo psicossocial: a determinação e consistência psíquica e sociocultural dos problemas, e não orgânica; a desospitalização e a desmedicalização, o que significa desconsiderar a medicação como resposta única ou preponderante e a priori; o exercício da “clínica da escuta e da criação de si”, e não a clínica da observação e da retomada do estado anterior às crises; a horizontalização das relações intrainstitucionais; a participação dos usuários e da população em forma de autogestão e co-gestão; o livre trânsito dos usuários e da população; a ética do reposicionamento do sujeito, que significa reconhecer a implicação subjetiva como forma de singularização e não supressão sintomática.

Os dispositivos institucionais típicos do modo psicossocial são os centros e núcleos de atenção psicossocial, o Hospital-Dia, ambulatórios de saúde mental; equipes multiprofissionais de saúde mental, inseridas em Centros de Saúde; setores para tratamento em saúde mental, inseridos em hospitais gerais. Seus meios básicos de tratamento são a psicoterapia, a laboterapia, as socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural, além da medicação.

É decisiva a importância que se atribui ao sujeito, daí que se insista de maneira fundamental na sua mobilização como participante principal do tratamento. Não se deixa de considerar, por isso, a sua dimensão de indivíduo (orgânico e sócio-cultural). Dá-se ênfase à consideração da pertinência do indivíduo a um grupo familiar e social. Supõe-se que se deve trabalhar também a família e o grupo social como agentes das mudanças buscadas.

Da consideração de que não é o indivíduo o único problemático, sugere-se que se inclua no tratamento também a família e eventualmente um grupo mais ampliado. As formas de participação da família e do grupo ampliado no tratamento são várias e superam, em muito, as posturas assistencial e orientadora, características do modo asilar. As associações de usuários e familiares criadas no modo psicossocial são reflexos dessa nova postura em relação aos usuários.

No modo psicossocial, espera-se que as diferentes possibilidades de ação se estendam desde a continência do indivíduo, durante a crise, até o reconhecimento da implicação familiar e social nos mesmos problemas. Espera-se, portanto, que tanto uns quanto outros possam assumir a parte de seu compromisso na atenção e no apoio. Além disso, dá-se acentuada ênfase à reinserção social do indivíduo, sem perder de vista que, muitas vezes, não é a problemática com a qual ele chegou a responsável pela sua saída da circulação sociocultural.

Quanto às formas de organização institucional, no modo asilar estas são marcadas por estratificações de poder e saber no âmbito do pessoal da instituição, que se transladam para a relação com os usuários e a população, os quais estão excluídos de qualquer participação que não seja a do objeto inerte e o mundo. Já os dispositivos do modo psicossocial tem suas práticas fundamentadas na lógica da Psicoterapia Institucional e da Comunidade Terapêutica e, geralmente, estas são instrumentadas por meio de assembleias de usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental. Participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais no modo psicossocial, por oposição à estratificação e interdição institucionais à heterogestão e à disciplina das especialidades que dominam no modo asilar.

Neste sentido, o autor propõe designar a Atenção Psicossocial como paradigma do modo psicossocial, em oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar.

2.1.2 Atenção Psicossocial

O termo Atenção, no contexto da Reforma Psiquiátrica, assume o conceito de “dar e prestar atenção, acolher, receber com atenção, tomar em consideração, levar em conta e escutar atentamente”. Designa uma parte fundamental do contorno que se pretende imprimir às ações de Atenção Psicossocial nas práticas em saúde mental. Expressa certos princípios relativos, sobretudo, à forma das relações dos agentes institucionais e das próprias instituições como dispositivos, com os sujeitos usuários e suas demandas (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 22).

Já o conceito Psicossocial designa as práticas em Saúde Mental Coletiva que se inscrevem como transição paradigmática da psiquiatria; enquanto que o termo psicossocial

agrega ao 'objeto' das práticas em saúde mental aspectos psíquicos e sociais, e tem a função de designar experiências reformadoras em sentido amplo (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 19).

Segundo o autor, ao somatizar aspectos sociais e psíquicos aos aspectos biológicos do paradigma e do objeto da psiquiatria a Atenção Psicossocial vai promover transformações nas concepções do objeto, nos modos de conceber e estruturar a instituição como dispositivo e, sobretudo, na forma de conceber e estruturar as relações terapêuticas, que tem, por sua vez, implicações éticas radicalmente distintas das práticas asilares.

A Atenção Psicossocial subentende ações diferenciadas das contidas no paradigma asilar e psiquiátrico. Na definição de Costa-Rosa Luzio e Yasui (2003, pp. 34-36):

a Atenção Psicossocial parece configurar um campo capaz de congrega e nomear todo o conjunto das práticas substitutivas ao Modo Asilar, conservando ao mesmo tempo a abertura necessária para a inclusão das inovações que ainda estão se processando e para outras que certamente virão. [...] As práticas de Atenção Psicossocial representam a sedimentação de um vasto conjunto de variações teórico-técnicas e éticas, mais ou menos radicais, conforme o caso, em relação às práticas vigentes e dominantes, que estão no lugar estrutural de sua alteridade necessária.

Os autores argumentam que a Atenção Psicossocial tem sustentado um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas norteadas pela aspiração de substituírem o modo asilar, e algumas vezes o próprio paradigma da psiquiatria. As ações na esfera político-ideológica trabalham em sintonia com os movimentos sociais que lutam pelo resgate da dignidade humana e dos direitos individuais e coletivos de cidadania. As ações teórico-técnicas referem-se à produção de novas formas de intervenção que possibilitem a construção de novos dispositivos que trabalhem pela transformação radical dos modelos institucionalizados e da ética em que se pautam.

Atenção Psicossocial, entendida como paradigma do modo psicossocial, designa concepções contrárias ao modo asilar. Quando referida as políticas públicas de saúde mental aspira a inclusão de aspectos políticos, econômicos, sociais, culturais e outros relacionados com ações que visam a construção de práticas de emancipação para a cidadania. Neste trabalho, se refere ao modelo de atenção em saúde mental que deve nortear as práticas dos serviços substitutivos, especificamente, a dos centros de atenção psicossocial.

Dessa forma, a complexidade e amplitude das práticas de Atenção Psicossocial inclui como seus componentes necessários, os conceitos e as práticas englobadas na desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, a partir de uma perspectiva baseada no aumento da contratualidade social dos usuários das instituições.

2.2 Desinstitucionalização

A desinstitucionalização tem sua origem nas experiências desenvolvidas por Franco Rotelli (1990), na Psiquiatria Democrática italiana. Segundo o autor, o primeiro passo da desinstitucionalização consiste em desmontar a relação problema-solução, renunciando a busca da solução racional (tendencialmente ótima) que no caso da psiquiatria é a normalidade plenamente restabelecida.

“O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de “cura” mas no projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente” (ROTELLI, 1990, p.30). Neste sentido, trata-se de um processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito doente. A desinstitucionalização traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação na qual exista reciprocidade entre sujeitos - uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade.

Nas palavras do autor,

A desinstitucionalização é, sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. [...] Depois de ter descartado a ‘solução-cura’ se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento (ROTELLI, 1990, p.33).

Em sua origem, os pressupostos da desinstitucionalização encaminham-se no sentido da restituição da subjetividade do indivíduo, possibilitando-lhes a recuperação de sua contratualidade, isto é, da posse de recursos para trocas sociais e, por conseguinte, para a cidadania social. Contudo, alguns estudos sobre as mudanças operadas na assistência no

âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira apontam para a compreensão da desinstitucionalização como desospitalização⁸.

Segundo Spricigo (2001), a desinstitucionalização, não correlata da desospitalização, torna-se a um só tempo, processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito adoecido. Traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação em que exista reciprocidade entre sujeitos, uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade. Isso gera a necessidade de invenção de novas modalidades de mediação, não somente médicas, mas principalmente políticas, sociais e culturais.

Sobre esta questão, Amarante (1995b) enfatiza que a mudança desejada na assistência em saúde mental não corresponde simplesmente ao fechamento de hospitais psiquiátricos e o conseqüente abandono das pessoas em suas famílias ou nas ruas, nem no fechamento de leitos para reduzir custos, no sentido do neoliberalismo ou no sentido do enxugamento do Estado. Segundo o autor,

desinstitucionalização não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativo. Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social (AMARANTE, 1995b, p. 491-494).

⁸ Ver SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Série Teses em Enfermagem, n° 42)

Neste sentido, a proposta da desinstitucionalização está centrada em uma mudança completa do paradigma de saber em saúde mental e, do ponto de vista assistencial, na constatação de que o hospital psiquiátrico tradicional é antiterapêutico. Assim, a estratégia de conversão do sistema de cuidado deve partir da substituição do hospital psiquiátrico por um amplo rol de serviços abertos e comunitários, capazes de assistir o usuário desde a crise aguda até às necessidades mais amplas de caráter social. Nestes novos serviços, a reabilitação psicossocial vem se configurando como um lineamento para o desenvolvimento de programas, eticamente responsáveis, no sentido de dar conta da totalidade das demandas que os problemas mentais severos e persistentes requerem.

2.3 Reabilitação psicossocial

Na definição da Organização Mundial de Saúde (1987 apud PITTA, 2001) reabilitação psicossocial é o conjunto de atividade capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários.

Segundo Pitta (2001), a reabilitação psicossocial, no seu sentido instrumental, é representada por um conjunto de meios (programas e serviços) que são desenvolvidos para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes, ou seja, um processo para facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. Tal processo enfatiza as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo e a cada situação de modo personalizado.

Para Saraceno (2001), a reabilitação psicossocial prevê um processo de restituição e reconstrução de direitos políticos legais e sociais para o cidadão. Para tal, projetos de ressocialização devem promover o reconhecimento do portador de transtorno mental.

Para Kinoshita (2001), reabilitar é reconstruir valores, aumentar o poder contratual, criar condições de possibilidade para que um paciente possa, de alguma

maneira, participar do processo de trocas sociais, produzir dispositivos que, desde uma situação de desvalor quase absoluto (pressuposto), possa passar por experimentações, mediações que busquem adjudicar valores aptos para o intercâmbio, ou seja, modificar o pressuposto de desvalor natural para um pressuposto de valor possível proposto, explícito.

O autor considera que reabilitar pode ser entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia. Sendo que, a contratualidade do usuário vai estar, primeiramente, determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Se estes podem usar de seu poder para aumentar o poder do usuário ou não. Depois pela capacidade de se elaborar projetos, isto é, ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida.

Ainda, diretamente ligada a questão da reabilitação de pacientes está a necessidade de se estabelecerem diversificadas redes de relações, as quais melhor capacitariam os indivíduos a compreenderem quais determinações influenciam sua vida cotidiana, ampliando sua autonomia.

O conceito de autonomia aqui referenciado é entendido como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001).

3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Apresentamos, a seguir, os resultados e as análises da pesquisa realizada, a partir dos eixos que nortearam a coleta dos dados e das informações: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde.

3.1 Estrutura e recursos financeiros

O conjunto de serviços substitutivos ao modelo de atenção em saúde mental tradicional (manicomial/asilar), do qual os centros de atenção psicossocial fazem parte, é, atualmente, regulamentado pela Portaria GM/MS N° 336/2002. Esta portaria estabelece portes diferenciados, a partir de critérios populacionais, para abrangência, financiamento e tipo de serviço prestado, de acordo com cada modalidade de CAPS.

Com relação a estrutura física, os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender a sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado. Para tanto, devem estar equipados com consultórios individuais para consultas, entrevistas, terapias, salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitório, sanitários, área externa para oficinas, recreação e esportes (BRASIL, 2004).

Neste aspecto, O CAPS Ponta do Coral tem uma estrutura que compreende um terreno com área física total aproximada de 1.936,00m², destes, aproximadamente 421m² são de área construída. Fazem parte das instalações, uma casa com dois pavimentos, um anexo, utilizado como sala do brechó, área de lazer e estar externa, e estacionamento. O pavimento superior da casa comporta 2 varandas, sala de recepção, sala de espera, 2 áreas de circulação (corredores), sala de administração, 2 consultórios, sendo que no momento um é utilizado como sala administrativa para realização de procedimentos relacionados ao preenchimento das APACs⁹, 2 salas para atividades grupais com WC, sala de depósito de

⁹ Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo.

material, cozinha com despensa, refeitório com churrasqueira, sala ampla (auditório) equipada com multimídia, sala de enfermagem, sala de repouso, e 7 banheiros distribuídos no espaço físico do pavimento superior. No pavimento inferior encontra-se a sala utilizada pela associação de usuários, 2 salas para a realização de oficinas (com passagem de uma para outra), sala com forno, sala de depósito de material e lavanderia¹⁰.

De acordo a pesquisa realizada, 83,3% dos profissionais considera a área física do CAPS suficiente para o atendimento da demanda e 66,7% consideram as instalações adequadas para a realização das atividades propostas; apenas um profissional observou que considera a estrutura do CAPS suficiente desde que as oficinas produtivas sejam realizadas fora da unidade. A mesma porcentagem (66,7%) considera os equipamentos disponíveis suficientes. Neste âmbito, o serviço conta com computador com impressora, aparelho de telefone e fone/faz, televisão, mesas de escritório, cadeiras, quadro branco, maca para atendimento em enfermagem, camas de repouso, fogão industrial, pia, mesas e bancos no refeitório, bancos para estar e descanso, entre outros. Metade dos profissionais respondeu que os equipamentos estão em bom estado de utilização, com ressalvas para salas com pouca ventilação no pavimento inferior.

Já com relação aos materiais de consumo, 91,7%, correspondente a onze dos doze profissionais que responderam ao formulário, consideram que os materiais de consumo não são suficientes. Eles se referem à falta e irregularidade no recebimento de materiais básicos à manutenção do serviço, tais como copo descartável para água, papel higiênico, e, principalmente, material específico para uso nas oficinas terapêuticas e de produtividade. Esta situação pode ser observada nas falas dos profissionais, que identificam as dificuldades no funcionamento do CAPS com relação a falta de recursos materiais e financeiros:

[...] essa falta de recursos é isso que eu te digo, desde a parte administrativa, nós precisamos de papel, carbono, copo pra tomar água, por exemplo, agora nós somos uma Unidade Local de Saúde que não tem copo descartável, já faz quase quinze dias, vinte dias, não tem copo descartável; falta água, aí nós temos que esperar, sendo que é um lugar que transita muitos usuários, eles tomam medicação e precisam tomar água, eles tomam muita água, e acaba não tendo água potável; por exemplo, teve época que faltou papel higiênico, em um serviço onde os usuários chegam fazem lanche, almoçam, fazem lanche da tarde, eles passam o dia aqui, então precisa ter uma estrutura mínima de atendimento (LÉLI, 4/4/2006).

¹⁰ Conforme Planta Baixa da unidade constante no projeto de reforma e ampliação executado em 2003/2004.

[...] a gente tem também o problema de fornecimento de material de consumo já há algum tempo, também desde que essa administração começou (Gestão Municipal e da Secretaria de Saúde), o fornecimento de material de consumo é interrompido, a gente fica sem tinta pra impressora, sem papel, sem papel higiênico...; tem diversos itens desses que são necessários, fazem parte do funcionamento do dia-a-dia do serviço (F, 12/4/2006).

[...] as oficinas terapêuticas e produtivas, requerem um material específico que precisa de dinheiro, e aqui, na política específica do município não tem uma regularização quanto ao repasse desse dinheiro [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

[...] a falta de agilidade no fornecimento das reservas para as oficinas, tudo isso resulta em um prejuízo para o trabalho; ficou quase uns dois meses a oficina fechada por falta de material, por exemplo [...] (P, 17/3/2006).

Outra dificuldade mencionada pelos profissionais no funcionamento do serviço é o vale transporte dos usuários:

[...] o funcionamento em geral fica prejudicado porque na medida em que falta vale transporte o usuário não vem, não consegue se deslocar para vir até aqui, aí interrompe aquele projeto terapêutico que havia sido feito com o usuário [...] (VIK, 24/3/2006).

[...] a questão, por exemplo, da dificuldade que a gente tem aqui: o transporte dos pacientes, a questão do passe, é muito irregular; então, isso reduz a nossa produtividade também, porque os pacientes acabam não vindo. Muitas vezes a gente não pode, por exemplo, contar com aquele paciente que veio para uma entrevista inicial porque ele não tem como estar vindo no curto prazo, então, acho que isso, a questão do custo que é o transporte em Florianópolis, também acaba afetando o nosso trabalho, então, nesse sentido, a falta de regularidade no passe [...] (P, 17/3/2006).

A partir dessa relação entre as diversas necessidades para o funcionamento do serviço é possível perceber que os profissionais assumem como princípio uma concepção de saúde ampliada, na qual não basta somente o atendimento terapêutico. Outros fatores estão interligados e contribuem para que a assistência efetivamente ocorra. Contudo, a concepção e prática setorializada das políticas sociais brasileiras provoca situações dessa natureza, na medida em que não se trabalha a inter-relação entre elas. Esta forma de setorialização das políticas sociais, no entanto, não é característica apenas da realidade brasileira, mas uma “modalidade do Estado burguês” que traduz as expressões da questão social mediante a tipificação das políticas sociais (NETTO, 1992).

Várias iniciativas têm buscado romper com esta perspectiva como a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), que reafirmou a necessidade de se garantir e melhorar o acesso aos bens e serviços da sociedade: prover trabalho, creches, profissionalização, educação, lazer, escolas, habitação, transporte, segurança pública, saneamento básico. Também, destacou ser fundamental enfatizar a questão do transporte urbano acessível aos usuários, a fim de que seja garantido o deslocamento entre os serviços de saúde e sua moradia (BRASIL, 2002a).

Na seqüência da pesquisa realizada, dois entrevistados referiram que a falta e as dificuldades no fornecimento dos recursos materiais necessários estão mais acentuadas na atual gestão administrativa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)¹¹. Foram relacionadas, ainda, como dificuldades, a falta de um carro disponível para o CAPS, a falta de terapeuta ocupacional, de outro médico psiquiatra e outros profissionais de nível médio (auxiliar administrativo, pessoa para limpeza). Outras questões listadas estão relacionadas aos recursos humanos e as necessidades de integração do serviço na política municipal de saúde. Os profissionais relatam a existência de dificuldades de interação da equipe, falta de capacitação, supervisão institucional, falta de apoio institucional, falta de efetivação de uma rede de saúde mental e/ou a existência de uma rede de atenção ainda incipiente, em processo de formação, falta de estrutura para atenção às urgências, dificuldades do gestor em compreender a lógica da saúde mental, salários incompatíveis com as funções.

Os problemas relatados pelos profissionais aparecem diretamente relacionados à insuficiência dos recursos financeiros de custeio do serviço. Todos os entrevistados referiram que os recursos gerados pelo serviço, através das APACs, não são suficientes para a realização das atividades do CAPS. Dentre as atividades prejudicadas, o trabalho nas oficinas foi apontado como o principal, conforme aparece na fala a seguir:

o que requer mais recursos, atualmente, são as oficinas produtivas, por exemplo, houve uma paralisação de muitas das oficinas quando faltou recurso. O recurso não é exatamente suficiente. Eu acho que os R\$ 500,00 por mês é um recurso pequeno [...] acho que o recurso poderia ser maior, pelas necessidades ele acaba sendo reduzido, não é uma coisa que você possa comprar a vontade, assim, é limitado, muitas vezes, a oficina tira de uma pra passar pra outra (P, 17/3/2006).

¹¹ Gestão Municipal 2004/2008; a Gestão da Secretaria de Saúde referida é a de 2004 a abril de 2006 que teve como gestor o vereador Walter da Luz; à época da coleta dos dados empíricos houve mudança do gestor municipal de saúde, assumindo o cargo o ex-secretário estadual de saúde João José Cândido da Silva.

Um dos profissionais apontou como principal atividade prejudicada pela falta de recursos financeiros a questão do território. Segundo este, a falta de recursos interfere no atendimento prestado, no sentido de que não é possível realizar o acompanhamento, a inclusão e avaliação do usuário em seu território. De acordo com este profissional,

o dinheiro do CAPS pode ser melhor gerido se investir no território. Investir no território seria elaborar projetos, ter mais articulação com a associação de moradores, ou seja, com os recursos que o território oferece, e aí precisa aumentar a própria equipe porque vai ter equipes que vão ter que se deslocar do CAPS; vai ter que ter investimento em carro, daí vai ter que ter um motorista, os próprios agentes comunitários tem que ter essa parceria, isso tudo implica em financiamento. [...] como eu sempre digo, território é onde a vida acontece, onde a cultura é produzida, onde as manifestações de vida, elas estão mais visíveis [...], mas investir lá no território, a equipe tem que estar inserida lá, estar toda hora pensando e discutindo [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

De acordo com as recomendações da política do Ministério da Saúde, as ações de saúde mental devem obedecer a um modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas. São ações que envolvem práticas de reabilitação psicossocial, promoção da cidadania, construção da autonomia possível dos usuários no ambiente em que eles vivem, e que necessitam de uma equipe multidisciplinar capaz de trabalhar sobre a ótica da interdisciplinaridade (BRASIL, 2004).

Necessariamente, a mudança de um modelo assistencial requer a análise de sua estrutura de financiamento. Isso significa que as características singulares e diferentes dos CAPS, em relação aos modelos tradicionais de assistenciais, e a complexidade das ações desenvolvidas por estes serviços necessita vir acompanhada de uma mudança na lógica de alocação de recursos financeiros.

Atualmente, o principal órgão financiador dos CAPS é o Ministério da Saúde (MS). Com a publicação da Portaria GM/MS nº 336/2002 os CAPS passam a fazer parte das ações estratégicas do MS. Esses serviços são incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e a remuneração é através do sistema APAC/SIA¹². Baseado na fatura que o prestador de serviços de saúde apresenta ao SUS, correspondente aos seus gastos

¹² A Portaria GM/MS nº 336/2002 descreve os procedimentos objeto de remuneração, classificando-os em intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Para essas três modalidades de atendimento, a Portaria GM/MS nº 189/2002 fixou o número máximo de atendimentos mensais para cada modalidade, de acordo com cada tipo de CAPS, sendo que para cada tipo de procedimento é destinado um valor diferenciado. Nos CAPS II, um procedimento intensivo custa R\$ 25,40; um semi-intensivo, R\$ 16,30; e um não-intensivo, R\$ 14,85 (BRASIL, 2002).

mensais com a produção de atendimentos aos usuários dos CAPS, o Ministério da Saúde repassa, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, o montante equivalente à sua produção. A inovação introduzida por este modelo de pagamento refere-se à fonte de financiamento, ou seja, ao acréscimo de recursos financeiros repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estadual e Municipal de Saúde (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, pp.129-132).

Sobre este aspecto, perguntamos aos entrevistados qual conhecimento possuem sobre o repasse dos recursos financeiros para o CAPS. Na sua maioria, eles referiram saber sobre os recursos originados a partir das APACs, contudo, relataram não saber sobre o controle do uso desse recurso, conforme expresso nas falas relacionadas:

[...] tem o valor, o montante desse valor que é produzido dos atendimentos pagos pelo Ministério (MS), então, tem isso mensal, a gente tem o valor que chegou, somou, vamos dizer assim, esse montante que a gente somou dos atendimentos feitos no mês, isso a gente sabe, porque as APACs são geradas aqui no CAPS, mas o repasse disso via Fundo Municipal, esse controle eu não sei, eu sei do valor que tem que receber mensalmente (VIK, 24/3/2006).

Bom, formalmente, eu desconheço qualquer..., todas as formas de recursos. O dinheiro da produtividade referente as APACs vai para o Fundo Municipal de Saúde e nunca teve prestação de contas disso. Na verdade a gente não sabe qual é o destino que é dado nem quanto vem; tem o nosso levantamento interno da produtividade, mas não sabemos o que é feito desse recurso (F, 12/4/2006).

Alguns profissionais referiram-se ao fato de o município não ter gestão plena do SUS,

Bom, eu tenho algum, pouco do que é repassado, a gente sabe o que foi recolhido, por exemplo, através das APACs, que são os atendimentos feitos aqui, então eu sei quantos atendimentos foram, qual seria o valor que essas APACs dariam, mas eu não sei qual o valor que a gente acaba recebendo, que fica num fundo perdido, no sentido de que é um fundo único por não ser gestão plena (J, 22/3/2006).

O conhecimento que eu possuo é muito irregular e insatisfatório, assim, a relação APAC, por exemplo, o repasse do dinheiro que viria do Ministério da Saúde a gente acaba..., nós não somos gestão plena então vai pra secretaria (municipal) de saúde e ali é passado pra compra de alimento..., enfim, mas nós não temos autonomia sobre esse dinheiro, então, uma vez que você não tem autonomia o teu conhecimento fica restrito. Está na mão da secretaria mesmo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais discorreu detalhadamente sobre a forma como os recursos são gerados e repassados à unidade gestora (SMS), referindo-se que todas as diretrizes sobre financiamento do serviço são preconizadas pelo Ministério da Saúde através de portarias.

Os recursos financeiros do CAPS são obtidos através de APACs, Autorização de Procedimento de Alto Custo; pra se preencher uma APAC é necessário que haja uma organização do serviço em cima de modalidades de atendimento; as modalidades de atendimento podem ser: semi-intensivo, intensivo e não-intensivo, cada um tem um determinado valor em relação a esse procedimento, ou seja, todas as diretrizes em relação a financiamento, o Ministério preconiza isso em portaria, então, os conhecimentos que eu possuo em relação aos recursos financeiros do Caps são os conhecimentos que já estão preconizados em relação ao Ministério da Saúde; essa APAC uma vez preenchida ela é computada, ela é repassada pro governo federal e este repassa o dinheiro fundo a fundo; esse dinheiro vem pro Fundo Municipal de Saúde, e é esse dinheiro que é aplicado na saúde mental pra ter a gestão do serviço [...] aqui acontece da seguinte forma: cada gestor municipal, como a política é municipalizada, eles criam um protocolo, nesse protocolo eles colocam de que forma esse dinheiro pode ser gastado na saúde mental; então, existe um documento no município dizendo, olha na saúde mental você pode gastar tanto com a associação de usuários, tanto pra comprar materiais, tanto pra gastar em vale transporte; então, existe um protocolo dizendo no que você pode gastar esse dinheiro que vem na saúde mental; é um dinheiro que vem do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde; esse dinheiro cai nessa conta e ali existe um acordo de como se gastar; esse dinheiro é manejado pelo gestor municipal de saúde (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme apontam Freire, Ugá e Amarante (2005, pp. 131-133), o modelo de alocação de recursos dos CAPS (sistema de remuneração por APAC) trás contribuições à política nacional de saúde mental ao inserir os CAPS no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) do MS, pois proporciona maiores incentivos financeiros, haja vista a alocação de recursos municipais extra-teto para a manutenção de serviços já existentes e a implantação de novos serviços.

Contudo, os mesmos autores ressaltam que há de se perceber que a lógica da remuneração que o SUS imprime aos CAPS vincula-se, preponderantemente, à doença. Ou seja, as unidades assistenciais do SUS seguem um sistema de remuneração vinculado a um diagnóstico, mais especificamente, a um episódio de doença, internação, contidos na tabela de procedimentos hospitalares (SIH/SUS) ou a ações ambulatoriais, inscritas na tabela de procedimentos ambulatoriais (SIA/SUS). Desta forma, “o sistema de saúde encontra-se, em sua quase totalidade, voltado para a produção de atos vinculados a doença, isto é, atos

curativos, valorizando, em conseqüência, intervenções predominantemente individuais, que são remuneradas pela venda de procedimentos, diárias e atos médicos-assistenciais de natureza privatizante” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p 133).

Amarante (2003, pp. 62-63) considera que os CAPS, como os serviços integrantes do SUS, também foram capturados pela lógica da *inampização*, ou seja, pela lógica do pagamento por procedimento. Para o autor, “o modelo prevalente dos CAPS é o herdeiro mais autêntico e legítimo da lógica do antigo INAMPS, onde a saúde era reduzida a doença, ao mesmo tempo em que o sistema de saúde era reduzido a assistência médico-curativa”.

Portanto, o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. Pelo contrário, tente a prejudicar a complexidade de ações dos CAPS, na medida em que não é previsto financiamento das diversas relações que podem ser estabelecidas com a comunidade, com as lideranças e associações comunitárias. Tais ações, dentre muitas outras possibilidades de intervenção territorial, “são inerentes a esse tipo de serviço e objetivariam imprimir um processo de transformação cultural nos diversos segmentos da sociedade, no lidar e no acolhimento das pessoas em sofrimento mental” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 135).

Sobre a forma de repasse dos recursos financeiros ao CAPS, os profissionais entrevistados relataram não existir descentralização administrativa. Os recursos chegam ao serviço na forma de materiais. Alguns profissionais observaram que até a gestão administrativa da secretaria municipal de saúde anterior eles tinham acesso a uma verba de R\$ 500,00 que utilizavam na compra de material para as oficinas. A partir da atual gestão esse dinheiro não foi mais repassado. A compra do material passou a ser feita através de orçamento encaminhado à secretaria, que faz o pagamento, e os profissionais retiram os materiais.

Não, a gente não tem acesso a esse recurso diretamente, a gente não é uma unidade que gere o seu recurso; ele vai pra secretaria e a secretaria... por exemplo: toda a compra de... o pagamento dos almoços, lanches, etc.. é a secretaria que faz; a gente não tem autonomia; o único recurso que a gente manuseia são os R\$ 500,00, que vem para as oficinas; isso é dividido, as Oficinas fazem um rateio, cada oficina compra o seu material, mas até parece..., da última compra fui eu que comprei, ela (SMS de Florianópolis) determinou, já colocou a empresa que vai fornecer; não sei se foi mediante licitação, já fez o pagamento direto, a gente só foi lá escolher e pegar os produtos que tinham sido

solicitados; então..., de outras vezes, por exemplo, a gente pegava o cheque ia lá comprava, pagava naquele valor, agora isso não foi feito dessa forma (P, 17/3/2006).

Desde que começou essa administração (Gestão Municipal 2004-2008) acabou esse repasse; então atualmente a única vez que a gente conseguiu material pras oficinas foi através de empenho que a própria secretaria fez..., então, permanece centralizado, a única coisa que a gente teve que fazer foi ir nas lojas fazer orçamento, passar pra secretaria, a secretaria emitiu as notas, e aí a gente foi buscar o material com essas notas, mas não com o dinheiro (F, 12/4/2006).

Não, não existe, porque, na gestão passada (Gestão Municipal 2000-2004) ainda vinha uma verba de dois em dois meses, tipo quinhentos reais pra compra de material pra oficinas; nós comprávamos, apresentávamos as notas e depois eles colocavam o dinheiro; nessa gestão (Gestão Municipal 2004-2008; Gestão da Secretaria de Saúde de 2004 até abril de 2006) não existe nada, então, a pergunta se existe descentralização administrativa dos recursos financeiros, não, não existe (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais referiu-se a descentralização não apenas como repasse de recursos financeiros e funções administrativas, mas como compartilhamento de poder na gestão do serviço.

Essa descentralização, eu estou entendendo como um compartilhamento de poder; não existe esse compartilhamento de poder na hora de gerir os recursos, assim, o CAPS possui CNPJ, mas ele não possui uma conta específica pra vir dinheiro pro CAPS, não existe isso, existe esse acordo que eu te falei, que vem do fundo a fundo e esse dinheiro vai pra saúde mental e o CAPS tem uma vertente pro CAPS, o dinheiro não é só pro CAPS, ela vai pra saúde mental, e aí o CAPS acaba utilizando esse dinheiro, então, quando pergunta sobre a descentralização eu faço a avaliação de que é o compartilhamento de poder, então, não tem isso, é o gestor que acaba se apoderando desse sistema de financeiro, a gente não interfere (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ao considerarmos a questão da descentralização político-administrativa dos recursos financeiros, temos a intenção de destacar que a transferência desta prática às unidades prestadoras de serviços em saúde nos municípios poderia estar favorecendo uma melhor utilização e adequação dos recursos às necessidades reais do serviço, bem como possibilitar maior agilidade na compra dos materiais e viabilizar um processo de gestão democrática e participativa, entre técnicos trabalhadores, usuários e gestores. Essa prática traduz-se, por sua vez, em um exercício político-pedagógico de construção da democracia, objetivando uma atuação com transparência na administração da coisa pública.

Quando questionados sobre se a descentralização financeira dos recursos possibilitaria o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, os

profissionais, na sua maioria, disseram que sim, com algumas ressalvas feitas para a necessidade de mudanças na forma de gestão administrativa do serviço, conforme expresso nas falas que seguem:

Sem dúvida, sim sem dúvida, isso é um equívoco assim porque..., justamente porque a gente não sabe qual é o destino dado a esse dinheiro. A gente acredita que se a gente tivesse mais transparência nesse processo a gente poderia pelo menos priorizar certas coisas que são de fato importante e garantir que elas fossem..., que a gente conseguisse obter essas coisas, enfim, o investimento necessário (F, 12/4/2006).

A melhor utilização sim acho que o planejamento teria que ser anterior, mas sim, acredito que utilizar no sentido até..., porque muitas vezes, como vai para esse Fundo que é pra todos, pra toda a saúde, você acaba sem saber, igual agora, que a gente já tem o dinheiro da supervisão disponível na secretaria, mas não tem como a gente começar amanhã, embora o dinheiro já esteja lá., porquê? porque a gente não sabe como esse dinheiro vai sair e entrar na mão do terapeuta que vai fazer a supervisão da equipe e isso pode demorar um mês, dois meses, vai saber, seria melhor, claro (J, 22/3/2006).

Sim, com certeza, porque nos iríamos sentar e ver as necessidades, por exemplo, esse ano nós ficamos desde o ano passado até um mês atrás sem material nenhum pras oficinas e as oficinas que mais tinham, capitalizavam usuários e não tínhamos material, nós tivemos que suspender as oficinas; então nós sabemos das necessidades, as necessidades dos usuários, quais as oficinas tem mais usuários, pra gente pode administrar e vê onde pode estar investindo (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que sim porque ficaria mais próximo da própria administração do CAPS, porém, ia surgir a necessidade de ter todo um aparato administrativo pra poder gerenciar isso, mas assim, na medida que aqui no CAPS a gente tem uma gestão participativa, em que os usuários estão reunidos semanalmente pra pensar as regras do CAPS, as necessidades do CAPS, enfim, seria mais interessante talvez, esse repasse direto tu quer dizer, é... não sei assim, a princípio..., hoje a gente tem uma estrutura de conselho que prevê o controle social através do Fundo Municipal de Saúde, o Conselho Municipal tem essa ligação também, e aí a gente está lá também, de certa forma representado (VIK, 24/3/2006).

Olha, eu acho que teria que mudar um pouco a nossa dinâmica de funcionamento; não deixa de ter um lado...bom, é uma faca de dois gumes, poderia facilitar a gente fazer um processo mais rápido talvez, não faltaria coisa, porque as vezes faltam coisas básicas, agora, por exemplo, faltam copos, se você tivesse o recurso você ia ali e comprava uns pacotes de copos, não teria essa... essa falha; agora é saber que é mais uma tarefa também que acumularia em termos administrativos, financeiros, quer dizer, não sei se você não está ali também inchando o processo burocrático aqui dentro do CAPS; eu acho que pode ter vantagens, mas pode ter desvantagens; eu teria que pensar melhor, nunca pensei nessa possibilidade; assim, acho que o dinheiro da Oficina, puxa, se a gente tivesse aqui uma verba seria mais fácil, as vezes faltam coisas

pequenas que você não tem como estar repondo aqui, tem que esperar uma nova verba, de repente pra.... (P, 17/3/2006).

Um dos profissionais observou sobre as questões práticas e políticas que envolvem a descentralização no contexto do SUS:

Esse compartilhamento de poder ele só pode ser discutido dentro da lógica do SUS, universalização, integralização, etc., dentro dos preceitos do SUS tem o controle social, essa descentralização só pode ser discutida quando acontece o controle social. Hoje essa descentralização ela tem que ser discutida no Conselho Municipal de Saúde e mais precisamente no conselho gestor dentro do CAPS; agora, porque não ocorre isso? Porque não tem a clareza da necessidade; eu acredito que as pessoas que acabam estando na prática, principalmente no CAPS, se sobrecarregando com as coisas, e acabam não tendo a clareza, ou não querendo assumir mais um encargo trabalhista; então, esse é um dos grandes problemas que existe, a sobrecarga de trabalho, as condições de trabalho, aí você acaba tendo que lutar por tudo isso; isso aí eu vejo que tem muito a ver com a questão da militância, pessoas que já estão, lá na época ou do ensino médio, que já começam ir pros grêmios, depois a pessoa acaba indo pra militância no movimento estudantil, e quando vão pros serviços de saúde são profissionais mais críticos, que acabam tendo essa visão mais ampla da saúde e da política; então, as pessoas que acabam chegando no serviço com um pouco desse ideal de controle social eu diria, acabam questionando mais essa questão da descentralização; voltando a tua pergunta sobre a descentralização financeira, ela poderia sim possibilitar um melhor planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, se houver o controle social dentro dessa descentralização financeira (GIRASSOL, 20/3/2006).

Cabe destacar que a proposta da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, na regionalização e na hierarquização da rede de serviços, constante entre os princípios e diretrizes do SUS, coloca o município como lugar privilegiado para o desenvolvimento de uma política de financiamento das ações em saúde, com critérios transparentes, e que respeite as particularidades da realidade local. O Ministério da Saúde continua a ser a instância que, na administração do Fundo Nacional de Saúde (FNS), acompanha a aplicação dos recursos que são repassados aos estados e municípios. Estes, por sua vez, são obrigados a constituir os seus respectivos fundos de saúde e conselhos estaduais e municipais, elaborar planos de ação e apresentar relatórios de gestão, garantindo também a existência de contrapartida de recursos para a saúde nos seus orçamentos (COSTA, 2002).

Embora a descentralização seja uma prática com vistas a aumentar o poder decisório de aplicação dos recursos na esfera local, esta ainda apresenta muitos problemas, na medida que não consegue alcançar efetividade, dados os impasses de ordem burocrática e administrativa. Por si só a descentralização não garante maior controle social ou uma prática democrática. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada que abarque as especificidades da área da saúde mental.

Nesse sentido, a lógica fundamental da estrutura de financiamento exigida é a de que os recursos financeiros devem ser centrados nas pessoas e não nos serviços. O financiamento deve contemplar todas as ações necessárias e decorrentes da implantação, implementação e sustentação de uma nova política de saúde mental (BRASIL, 2002a). O que deve ser colocado em pauta é a viabilidade de se financiar o CAPS como um todo, envolvendo todas as suas ações e especificidades, permitindo-se que cada serviço tenha flexibilidade para realizar seu trabalho de acordo com as necessidades locais, desvinculando o financiamento da relação de compra e venda de serviços e da noção de doença (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 136).

3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico

Os profissionais que trabalham nos CAPS compõem um grupo de diferentes técnicos de formação de nível superior e nível médio, e integram uma equipe multidisciplinar. Todas as unidades de serviço devem obedecer a exigência da diversidade profissional e cada CAPS tem suas próprias características quanto ao tipo e a quantidade de profissionais. A equipe mínima indicada para os CAPS II é composta por médico psiquiatra, enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior de outras categorias profissionais entre psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro necessário ao projeto terapêutico e seis profissionais de nível médio entre técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).

O papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. As equipes devem organizar-se para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação

psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e poder equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas (BRASIL, 2004).

Neste item nos propomos a descrever e analisar a composição e perfil da equipe técnica do CAPS Ponta do Coral, bem como as dificuldades e facilidades do trabalho em equipe consideradas pelos profissionais, a existência de práticas interdisciplinares no atendimento ao usuário, de projeto terapêutico e planejamento das ações da unidade de serviço¹³. Ao final do item consideramos os apontamentos dos profissionais sobre as diferenças do atendimento prestado no CAPS em relação ao realizado nas instituições tradicionais/hospitais psiquiátricos.

3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental

O CAPS Ponta do Coral conta com uma equipe de profissionais multidisciplinar que atua diretamente no atendimento aos usuários. São profissionais com formação de nível superior nas áreas de psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Entre os de formação de nível médio estão dois técnicos em enfermagem e um auxiliar administrativo. Compõem a equipe, ainda, os profissionais de apoio, vigilantes e auxiliar de limpeza, e estagiários de psicologia, serviço social e enfermagem.

¹³ É importante destacar que o perfil bem como a opinião dos profissionais sobre o serviço varia, no decorrer do tempo histórico, de acordo com a composição da equipe naquele determinado momento. Outros trabalhos já realizados identificam o perfil da equipe, a percepção dos profissionais sobre o trabalho no CAPS, o significado e o processo de inserção no serviço, a concepção sobre o modelo assistencial e práticas de desinstitucionalização, em épocas anteriores. Entre estes ver: GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003; FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial** - percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004; NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental:** em busca da articulação e qualificação das ações em saúde. Monografia (Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Lato Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

A maioria dos técnicos de nível superior concluiu a graduação na década de 1980. Metade deles possui capacitação específica na área de saúde mental, em geral, cursos de formação e aperfeiçoamento, especialização em terapia cognitiva comportamental, saúde pública, clínica, psicoterapia, psicanálise, atenção psicossocial. Três profissionais possuem mestrado nas áreas de enfermagem, sociologia política, artes cênicas; um fez residência médica em psiquiatria e cursa mestrado na mesma área; uma profissional tem doutorado em sociologia política.

Mais da metade dos profissionais (58,3%) possuem experiências de atuação profissional em outras instituições da área de saúde mental como clínica de internação, hospital psiquiátrico, centro comunitário de saúde mental, serviços de atenção à dependentes químicos e centro de atenção psicossocial. A maioria (66,7%) atua na área de saúde mental a partir da segunda metade da década de 1990. Cinco profissionais identificaram ter experiência de atuação em outras instituições que não da área de saúde mental.

Com relação ao tempo de serviço no CAPS, quatro profissionais atuam desde a implantação do serviço, em 1996, três ingressaram na equipe entre os anos de 2001 e 2002, e quatro profissionais passaram a fazer parte da equipe recentemente, a partir de meados de 2004. Quanto ao tipo de vínculo empregatício, a maioria, 75% (9 profissionais), é servidor público concursado, dois são contrato temporário e um ingressou no serviço público municipal através de indicação técnica. Nove profissionais possuem regime de trabalho de 30 horas semanais e 3 deles trabalham 40 horas semanais.

Com relação a capacitação específica em saúde mental para atuar no CAPS, todos os entrevistados consideram esse quesito de grande importância. Entre as razões apresentadas estão: a necessidade de compreensão e entendimento comum do que é um CAPS e o entendimento do tipo de assistência que este serviço deve oferecer; a preocupação com a diferença no atendimento que o CAPS deve oferecer em relação aquele prestado em outros serviços de saúde mental; a necessidade da capacitação para suprir as defasagens da formação acadêmica, que, em geral, não abarca as especificidades do campo da saúde mental.

Na opinião dos entrevistados,

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS, não tem a qualificação pra atuar, então ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então é necessária a questão da capacitação... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ah sem dúvida, sem dúvida, principalmente porque o que a gente está propondo é uma reformulação no modo da assistência em saúde mental, então é preciso que quem venha trabalhar num CAPS entenda essa lógica, que não venha pra cá com a mesma mentalidade do que se faz no hospital psiquiátrico, do que se faz em ambulatório, é outra coisa também diferente da atenção básica, então o CAPS precisa disso, precisa que o profissional tenha essa.., esse tipo de orientação, esse tipo de compreensão da sua finalidade (F, 12/4/2006).

Muito, muito importante, justamente por isso que eu estou te falando, porque assim, o profissional que trabalha no campo psicossocial, de qualquer área, ele necessariamente precisa quebrar a prática estereotipada pra poder entrar num serviço como esse porque o assistente social de um CAPS ele não é aquele assistente social de um hospital psiquiátrico, ele muda, ele faz outras coisas, ele se coloca de outro jeito, assim também é o médico, assim também é o psicólogo, o enfermeiro, então, uma formação específica pra essa área é bastante adequado porque vai tratar especificamente das necessidades que se colocam no cotidiano (VIK, 24/3/2006).

Considero, considero sim. É interessante que cada um tenha um saber, que traga o seu saber pela sua formação, da sua prática, do seu bairro, da sua comunidade, mas trabalhar no CAPS não é trabalhar em ambulatório, trabalhar no CAPS é ter um conhecimento sim do que é uma Reforma Psiquiátrica, do que significa um CAPS num panorama hospitalocêntrico. É toda essa questão política que tem por trás, questão financeira também, que é um serviço que se propõem substituir sim progressivamente os hospitais. Em muitos lugares isso já é feito, já conseguem fazer internação zero, outros lugares não; então, uma abordagem no CAPS precisa sim ter capacitação (LÉLI, 4/4/2006).

Sim, até por que o que é o CAPS? O quê um CAPS deveria ser? Cada um tem a sua idéia do que é um CAPS, mas ela não é uma idéia homogênea, então a minha experiência do que é um CAPS em outros lugares, que eu já tive em outros lugares especificamente, é muito diferente do que eu chego aqui e encontro as pessoas falando o que é um CAPS. é claro que a capacitação para um CAPS, para o que é o trabalho em CAPS podia homogeneizar, pelo menos todo mundo iria estar falando a mesma língua (J, 22/3/2006).

Sobre este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005, p. 30), observam que “os profissionais de saúde mental são, ainda em grande parte, formados a partir da prática cotidiana que caracteriza a lógica manicomial”. Hospitais e clínicas psiquiátricas constituem-se ainda os espaços onde “são oferecidos treinamentos em serviço (sob a forma de estágios e residências) aos profissionais que irão, no futuro, tentar materializar a nova lógica dos serviços substitutivos”.

Os autores destacam que “do sucesso da forma de organização da produção e transmissão do conhecimento pode depender o sucesso da própria reforma psiquiátrica” (OLIVEIRA; DORNELES, 2005, p. 32). Neste sentido, é importante que seja colocado na

cena do debate o funcionamento das instituições de aprendizado profissional sob a ótica da reflexão sobre as práticas e não apenas sobre o discurso das propostas dos cursos de formação. Os centros de formação devem se programar, planejar e garantir aprendizado e treinamento supervisionado, em que se pratique e construa espaços de práticas genuinamente terapêutica.

Na mesma direção, um dos entrevistados expressou sua preocupação com relação a seleção dos profissionais que vão atuar no CAPS, argumentando que os resultados do trabalho também dependem desse aspecto.

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS não tem a qualificação pra atuar, então, ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então, é necessária a questão da capacitação [...]. o processo de inclusão do profissional na área da saúde mental hoje, como se dá? Ele se dá por indicação política, seleção por contrato temporário e por concurso público. A indicação política pode ofertar profissionais desqualificados, pode! O contrato temporário, se não tiver um rigor no perfil que se quer pra trabalhar em CAPS vai acontecer a mesma coisa, um profissional desqualificado, o concurso público a mesma coisa, se não tiver um perfil, se não tiver o que se gostaria realmente, qual profissional que você gostaria de estar atuando hoje no CAPS, então, enquanto não se superar a forma de inserção no trabalho do CAPS, enquanto não se superar a discussão da saúde mental nos currículos acadêmicos vai continuar sendo sempre necessária a questão da capacitação [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Com relação a formação das equipes técnicas para atuar nos CAPS, as indicações aprovadas na e pela III CNSM apontam para a necessidade de que a contratação de profissionais deva ser realizada exclusivamente por meio de concursos públicos, e em caso de urgência, através da CLT, mas com seleção pública. E, ainda, os concursos devem exigir os pré-requisitos necessários e adequados à proposta de trabalho em saúde mental, alinhada teórica e conceitualmente aos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2002a).

Assim, é necessário considerar, quando da seleção dos profissionais, o perfil para trabalhar junto ao portador de sofrimento psíquico, bem como a existência de uma dimensão subjetiva, humanizante, solidária e fraterna como componente fundamental do perfil dos trabalhadores em saúde mental. Nesta direção, uma das participantes da pesquisa destacou a questão da opção política por este tipo de trabalho, associada a necessidade de competência técnica para atuar na área.

Eu acho que a gente trabalha com situações que requerem um estudo permanente, formação permanente, [...] eu acho que este é um dos vícios da saúde pública. Muitas vezes se confunde um pouco o tratamento ético ou moralmente responsável com uma qualidade também técnica. Eu acho que as duas coisas têm que estar associadas, tem que ter uma empatia pela causa da saúde pública, que aí entra na questão ética, moral de cada um, valores que você tem quando você vem pra esse tipo de trabalho; muitas pessoas que vem pra saúde pública quase que tem uma vocação religiosa. Mas ao mesmo tempo você também tem que ter uma competência técnica; não basta você tratar bem o paciente, você acolher, você precisa saber como intervir dentro da linha de trabalho que cada um escolhe, isso é fundamental (P, 17/3/2006).

Os profissionais, na sua maioria, indicaram ter recebido capacitação para atuar no CAPS. Referiram-se, especificamente, a um treinamento/capacitação realizado em novembro de 2005, com duração aproximada de 20 horas, organizado pela Assessoria Técnica de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde¹⁴. Contudo, alguns observaram que foi um treinamento tipo encontro, de curta duração, com trocas de experiências, e que não chegou a ser muito significativo.

Com relação a política de saúde mental, a maioria dos profissionais (83,3%) afirmou ter no mínimo algum conhecimento de sua organização e diretrizes. Entre os entrevistados, todos consideram importante saber sobre os princípios, a estrutura e forma de organização da política de saúde mental para o trabalho do CAPS. Todos indicaram haver disponibilidade de material didático relativo a política na unidade de serviço.

Sim, precisa conhecer a política porque o atendimento está dentro dessa política, dessa lógica. (LÉLI, 4/4/2006).

Claro! é vital, pra poder planejar o seu trabalho, pra poder saber como é que a gente se liga com outros serviços, como é que a gente pode montar a rede, isso é fundamental porque o trabalho não se encerra aqui dentro, não pode ficar aqui dentro só, ele tem que poder justamente se expandir (F, 12/4/2006).

Sim é muito importante, até pra saber o que está acontecendo, o que pode ser feito, quais são os recursos disponíveis, o que precisa melhorar. Acredito que, fora a sua capacitação individual, eu acho que isso é uma outra premissa pra você iniciar no serviço [...] (J, 22/3/2006).

É importantíssimo conhecer, primeiro saber se ela existe, primeiro a pessoa tem que ter a curiosidade, tem que ter o desejo e a clareza de que é essencial ter os parâmetros ou diretrizes políticas de saúde mental pra

¹⁴ O município não tem o cargo de Coordenador de Saúde Mental. Em novembro de 2005 foi nomeada Assessora Técnica em Saúde Mental a enfermeira Lílian Pagliuca, que permanece na função até a data da presente pesquisa.

poder acompanhar, se orientar, e, segundo, conhecer sobre essa política (GIRASSOL, 20/3/2006).

Muito importante porque hoje a gente tem acesso a isso, aqui no CAPS a gente tem a legislação de saúde mental e pra gente poder entender porque, assim, a gente está na gestão da política também, por ser participativa, por estar junto nas decisões, então é preciso que a gente entenda, e tem muito detalhamento, são muitas portarias, o sistema de financiamento também é bastante complexo [...] (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que claro, porque a gente está dentro de um braço da política nacional de saúde; tanto pra você ter noção de qual é a perspectiva, em nome de que esse serviço está sendo mantido, também pra você poder avaliar a possibilidade desse ideais, dessas prerrogativas, que são pensadas a nível geral e nacional, serem realmente eficaz em termos práticos, porque muitas vezes você tem uma boa idéia, mas nem sempre uma boa idéia traz um bom resultado [...] (P, 17/3/2006).

Nesse sentido, a construção e consolidação de uma política de saúde mental, coerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o estabelecimento de uma política adequada de recursos humanos, que valorize e considere a importância do trabalhador de saúde mental na produção dos atos de cuidar. Para isso, deve-se garantir a capacitação e qualificação continuadas; a remuneração justa dos profissionais; a garantia de condições de trabalho e de planos de cargos, carreira e salários; a democratização das relações e das discussões em todos os níveis de gestão; a incorporação das questões de segurança, saúde e saúde mental do trabalhador; a garantia de supervisão clínica e institucional; a avaliação de desempenho e garantia da jornada de trabalho adequada para todos os profissionais de nível superior, bem como a isonomia salarial entre eles (BRASIL, 2002a).

3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário

De acordo com as indicações aprovadas na III CNSM, a política de recursos humanos para a saúde mental deve visar implantar, em todos os níveis de atenção, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, na perspectiva do rompimento dos especialismos e da construção de um novo trabalhador em saúde mental, atento e sensível

aos diversos aspectos do cuidado, ou seja, com uma visão integral e não fragmentada da saúde (BRASIL, 2002 a).

Segundo 83,3% dos profissionais o trabalho no CAPS Ponta do Coral é realizado em equipe. A maioria considera que existem dificuldades na realização das atividades. Uma delas está relacionada, conforme identificado por eles, ao fato de que nem todos compartilham das mesmas referências com relação à Reforma Psiquiátrica, à saúde pública e ao projeto do CAPS.

Bom, são várias, mas o que eu vejo de mais complicado é o fato de que nem toda a equipe compartilha das mesmas referências em relação ao que seja a Reforma Psiquiátrica, a função de um CAPS, as necessidades que o CAPS tem pra alcançar esses objetivos. Isso se deve em parte a diversidade da formação, e também às convicções pessoais. O problema não é a diversidade em termos da formação profissional em si, mas o modo, o fato de que você tem uma equipe multiprofissional por exemplo, isso gera alguma dificuldade na troca, na possibilidade de produzir um conhecimento novo a partir dessas experiências que são de diferentes disciplinas, diferentes áreas. Mas eu diria que é mais no sentido da Reforma Psiquiátrica mesmo, naquilo que ela aponta, então parece que esse é um problema a mais; outro que tem se tornado mais evidente pra mim ultimamente é a falta de formação de grande parte dos profissionais sobre o que seja saúde pública, boa parte deles não conhece o sistema de saúde pública, apesar de trabalhar num serviço de saúde pública, mas não conhece o sistema, não sabe a lógica, não sabe como é que ele funciona, então acaba tomando decisões muitas vezes administrativas que são equivocadas, que não levam em conta o modo de funcionamento da saúde pública (F, 12/4/2006).

Tem sim várias dificuldades, entre elas, existem diferenças de formação e, portanto, ideológicas. Alguns momentos a gente vê, assim, o CAPS tem um projeto de não internação, de autonomia do usuário, de gestão plena do usuário, e, as vezes, a equipe, algumas pessoas acabam esbarrando com isso. O entendimento disso é muito difícil também, as vezes é uma linha muito tênue entre o que é o assistencialismo, a autonomia, o que é dar o limite do ponto de vista terapêutico e o que é dar o limite porque você não quer se incomodar. Então, algumas pessoas não vêm de uma postura da Reforma Psiquiátrica, não sabe o que é uma Reforma Psiquiátrica, não tem uma noção, [...] é uma luta política também e algumas pessoas não sabem o que é [...] (LÉLI, 4/4/2006).

Em outras falas, foi apontada como uma das dificuldades do trabalho em equipe questões relacionadas a uma suposta divisão entre o grupo de técnicos.

A relação com a equipe tem uma certa peculiaridade, eu acho que as pessoas, a equipe que começou anteriormente, já desde a formação ou no começo do CAPS, eles se intitulam como a equipe do CAPS. Os que chegaram depois, em geral, não são bem acolhidos, ou são muito pouco,

tanto que as próprias atividades em equipe, em grupo, dificilmente, essas pessoas novas são incorporadas ao que já existe; então, acaba criando aí até a equipe da manhã, a equipe da tarde, mais ou menos, embora eu estou aqui todo o período, mas tem essa divisão... e eu acho que assim o ponto de partida é esse, a sensação é que quem não estava aqui desde o começo não fez parte da história (J, 22/3/2006).

A equipe que iniciou lá em 96 (1996) veio com algumas questões conceituais amarradas. Por quê? Porque a pessoa que estava pensando, planejando o CAPS ela vinha do Movimento da Luta Antimanicomial, era uma das representantes em nível nacional aqui em Floripa, Santa Catarina; então tinha algumas coisas amarradas na estrutura de atendimento do CAPS, que era muito pra poder implantar o sonho da Reforma Psiquiátrica aqui em Floripa, criar um serviço, do município, que de fato evitasse internação, que de fato fosse continente pros usuários com transtorno mental grave, e isso se mantém, porém, com a chegada dos técnicos que foram sendo substituídos, alguns saíram, técnicos novos entraram, a equipe de profissionais foi se modificando, a gente tem uma distância conceitual por mais que a gente pretende uma proposta multiprofissional, e a gente consegue, ao longo do tempo a gente conseguiu, é muito interessante o jeito como nós trabalhamos, porque de fato conseguimos trabalhar cada profissional lado a lado, dividindo o mesmo grupo, a mesma oficina terapêutica, então, assim, isso é possível, mas hoje, a gente, assim, tenta manter esse paradigma da Reforma Psiquiátrica, da desospitalização, do fortalecimento dos serviços territorializados, de um modelo que é um modelo multiprofissional, com a gestão participativa dos usuários, contra o modelo hospitalocêntrico, médico centrado, mas existem diferenças na questão conceitual da equipe, isso é falho, inclusive pra própria equipe (VIK, 24/3/2006).

A importância da unidade da equipe no atendimento ao usuário e na organização do trabalho recai sobre a qualidade do tratamento terapêutico ofertado. A mudança de paradigma epistemológico com relação a saúde mental não garante por si só a alteração das práticas assistenciais. Os conflitos e problemas de equipe existentes precisam ser trabalhados nas supervisões institucionais de forma que os técnicos consigam superar as dificuldades que obstaculizam a união do grupo em torno de um objetivo comum, sejam elas ideológicas, de formação, de concepção e/ou de afinidade com os colegas.

Um dos entrevistados apontou a questão das relações de poder e diferenças nos valores pessoais e nas relações interpessoais como dificuldades do trabalho em equipe.

Primeiro, a relação de poder, eu acho que é um grande problema, uma dificuldade que existe. Essa relação de poder, ela emana, que eu tenho percebido, da psicanálise, da teoria psicanalítica e da teoria psiquiátrica; então, os profissionais detentores desse conhecimento acabam, sutilmente, estabelecendo poder frente aos profissionais não-psi diria; essa relação de poder pelo saber é um dos problemas ou uma das dificuldades que eu encontro pra trabalhar em equipe no CAPS; outra

dificuldade, acho que é a própria experiência de vida das pessoas, aquelas pessoas em que parece que não estão claros os valores humanos como solidariedade, amor, justiça, sabedoria, a práxis, o repensar a prática, profissionais que não fazem a autocrítica da sua prática, pra mim, eu acho que é uma dificuldade trabalhar em equipe devido a isso; então, seria esse poder pela teoria e essa questão um pouco mais pessoal que é a relação de lidar com o outro, as relações interpessoais, são dificuldades que eu vejo em equipe (GIRASSOL, 20/3/2006).

A partir da fala profissional é possível pensar sobre as relações de poder que se estabelecem pelo saber. Conforme nos ensina Foucault (1979), os poderes se exercem em níveis variados e em pontos diferentes da vida social. Neste complexo, existem os micropoderes que estão intimamente relacionados com a produção de determinados saberes (sobre o criminoso, a sexualidade, a doença, a loucura). Assim, o poder não é algo que se detém como uma coisa, como uma propriedade, que se possui ou não. O poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona, como uma máquina social que não está situada em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda estrutura social (MACHADO, 1979 p. XIV).

De acordo com Foucault (1979), todo conhecimento, seja ele científico ou ideológico, só pode existir a partir de condições políticas, que são as condições para que se formem tanto o sujeito quanto os domínios de saber. Para o autor não há saber neutro, todo saber é político. Dessa forma, saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber. E, em contrapartida, todo saber assegura o exercício de um poder (MACHADO, 1979 p. XXI - XXII).

Na seqüência, a entrevistada aponta de forma geral algumas das questões cotidianas como dificuldade no trabalho em equipe.

Bom, eu acho que as vezes a gente é muito trefista, a gente não tem o tempo suficiente que a gente gostaria para estar parando para discutir os casos, se ater a cada paciente; tem diferenças na equipe também, tem conflitos [...] mas assim, a gente ainda tem, as vezes, coisas assim muito imediatistas, que não nos propiciam fazer realmente um estudo de caso mais integrado, ter uma intervenção, as vezes, mais articulada; a gente tem tentado em alguns momentos, mas assim, não é uma coisa que tem um peso forte como eu acho que deveria ter (P, 17/3/2006).

Dessa forma, a intensidade das demandas colocadas aos profissionais, especialmente na atualidade, provocam o desenvolvimento de ações pragmatistas, muitas

vezes sem uma reflexão maior. Isso vem acontecendo em vários contextos institucionais e com diferentes profissões. Ou seja, na medida que aumentam as necessidades humanas e as demandas para satisfazê-las, não ocorre no mesmo ritmo, o aumento da oferta de equipamentos e serviços assistenciais capazes de dar conta da complexidade dos problemas decorrentes da emergência das novas relações sociais, econômicas, culturais, advindas com a modernidade.

A precarização das condições de trabalho também foi apontada pelos entrevistados como mais um dos fatores que, por vezes, dificultam a convivência e o trabalho em equipe. Eles se referem a questão da diferença na remuneração salarial entre os profissionais que trabalham no CAPS, principalmente do médico para as outras profissões. A desproporção salarial chega a diferença de até quatro vezes mais entre o que recebe o profissional médico e o salário dos demais técnicos. Associadas a esta situação estão a diferença na carga horária de trabalho, a condição de contratação temporária, a falta de reconhecimento por parte da SMS, no apoio e incentivo à participação em eventos científicos e de militância política na área, entre outras.

Os profissionais indicaram que contam com supervisão institucional para lidar com as questões do trabalho no cotidiano. A supervisão institucional existente era, até o início deste ano (2006), paga pelos próprios profissionais, mas nem todos participavam. A partir do mês de abril do corrente esta passou a ser financiada com recursos provenientes do Ministério da Saúde. Além deste tipo de supervisão, foi relacionado como outro recurso existente para abordar essas questões as reuniões de equipe, realizadas mensalmente, as reuniões clínicas, realizadas semanalmente, e foi citada pelos técnicos em enfermagem, a supervisão realizada com profissional da área.

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que as políticas de formação e capacitação em saúde mental devem criar espaços de trocas baseados na realidade local, com valorização dos diversos saberes e metodologia participativa. A supervisão clínica e institucional permanentes deve ser estendida a todas as pessoas que trabalham com portadores de transtorno mental: equipes de PSF e PACS, trabalhadores da urgência e emergência, do hospital geral, dos serviços substitutivos e dispositivos residenciais, cuidadores de saúde mental, profissionais de nível médio e superior da rede de saúde mental. A referida Conferência destaca, ainda, a necessidade de implantação da NOB – Recursos Humanos do SUS, salientando a importância da garantia da capacitação para todos os níveis, supervisão permanente, interdisciplinaridade e isonomia salarial (BRASIL, 2002a).

Com relação as potencialidades que o trabalho em equipe possibilita os profissionais destacam a relevância deste no atendimento ao usuário, a possibilidade de trocas entre as varias áreas e a oferta de um atendimento multidimensional.

Entendo que essa é uma clínica multidisciplinar e isso (trabalho em equipe) é importante pela complexidade mesmo do tipo de fenômeno com o qual a gente trabalha, então, a gente precisa, é necessário ter uma oferta de serviços e de formas de atenção, que seja a mais diversificada possível, pra que a gente possa atender a uma série de necessidades que as profissões nas suas especialidades não dão conta; então essa é a grande vantagem, você pode fazer essa atenção multidimensional, isso é interessante (F, 12/4/2006).

A vantagem é justamente a estrutura coletiva de resposta à uma situação que chega pra você; vem a psiquiatria trazer um conhecimento, a psicanálise traz outro, [...] a enfermagem acaba dando a sua contribuição quando discute realmente a relação, vem o serviço social discute essa articulação que a pessoa tem com o social, e essas pessoas (profissionais), com seus conhecimentos, vão socializando esse conhecimento pra dar a resposta às fragilidades ou às potencialidades de vida que essa pessoa traz (GIRASSOL, 20/3/2006).

Acho que a grande vantagem é que a gente quebra a lógica hospitalocêntrica que era muito centrada no médico, na figura do médico, naquilo que o próprio médico decidia do tratamento, hoje quem decide é a equipe multiprofissional [...] (VIK, 24/3/2006).

Ah! Muitas, eu acho, em primeiro lugar, essa possibilidade da troca interdisciplinar; porque eu acho que cada um tem um tipo de contribuição diferente, um saber que te ajuda a pensar com mais amplitude o próprio trabalho, o próprio paciente, e, eu acho que quebra um pouco certas relações de poder; também, assim, o fato de a gente lidar com situações que são muito pesadas para alguém estar lidando sozinho, então quando você sente essa coisa da equipe, quando tem um paciente que está muito comprometido ou que tem risco de vida, a gente se sente muitas vezes angustiada por aquele paciente e você tem a equipe pra te dar um respaldo, pra estar pensando junto. Acho que isso é, sem duvida, algo que gratifica também (P, 17/3/2006).

Primeiro, agregar conhecimentos, se a equipe for multidisciplinar, que não quer dizer interdisciplinar, mas a princípio se ela for multidisciplinar a possibilidade de trocas de conhecimento de várias áreas realmente acaba sendo muito rica; são vários olhares sobre uma mesma questão, vários pontos de vista. Quando o trabalho de equipe é interdisciplinar, as pessoas acabam trocando mesmo, saindo, as vezes, do seu campo de formação, podendo estar se estendendo em outros campos, acaba sendo mais rico ainda. Num trabalho como o CAPS é necessário (o trabalho em equipe). Eu não consigo ver o trabalho que não seja em equipe porque pra você atender um usuário você precisa de uma equipe, pra você abordar o usuário, uma família, receber uma família precisa de vários olhares, enfim, de várias formações, vários olhares técnicos, da parte de

enfermagem, psicologia, da arte, serviço social, então, isso é importante (LÉLI, 4/4/2006).

O reconhecimento de outras dimensões no processo saúde-enfermidade, que não estritamente a biológica, traz a tona a questão da interdisciplinaridade¹⁵, pois na busca da integralidade da assistência a atuação de um único saber profissional não é suficiente. No processo da Reforma Psiquiátrica o campo da saúde mental é chamado a refazer-se por inteiro, ampliando o seu foco de abordagem e procurando romper com as delimitações dos saberes tradicionais na área. Busca-se uma nova recomposição de conhecimentos, sustentados sobre um conjunto de rupturas e novas premissas, e não apenas um novo somatório ou rearranjo simples dos saberes especializados. Desta forma, diversos campos de saber, implicados na assistência em saúde mental, são envolvidos na teorização e nas novas práticas de cuidado (VASCONCELOS, 2000a).

A pesquisa realizada indicou que 66,3% (correspondente a oito dos doze profissionais que responderam o formulário) dos profissionais consideram que existe interdisciplinaridade no atendimento ao usuário no CAPS Ponta do Coral. As falas relacionadas na seqüência apresentam a concepção dos profissionais sobre interdisciplinaridade e indicam a respectiva compreensão sobre a importância desta no atendimento ao usuário.

A gente poder ter o que a gente chama de clínica ampliada, essa multidimensionalidade que nos permite atacar o problema de várias formas e, portanto, oferecer diversas formas de atendimento, desde o medicamentoso até o serviço social, as oficinas, as oficinas expressivas, a arte, etc. (F, 12/4/2006).

Eu acho que em primeiro lugar isso, assim, é um olhar mais amplo para a condição daquele paciente. Cada profissional tem um aspecto que acentua, pela sua vida, pela sua formação; o educador artístico tem uma outra estratégia, por exemplo, pra lidar com aquela queixa do paciente, o assistente social tem uma, o psicólogo tem outro olhar, assim, eu acho que pra mim soma, eu acho que é uma forma da gente também aprender, enriquecer a nossa análise, a nossa possibilidade de intervir; sem dúvida que é rico (P, 17/3/2006).

Alguns profissionais expressaram sua concepção de interdisciplinaridade observando que esta não é sinônimo de multidisciplinaridade e que nem sempre é possível fazer práticas interdisciplinares.

É justamente isso, poder compartilhar o conhecimento que cada disciplina traz, essa inter, mas realmente compartilhar isso e não a

¹⁵ Sobre os conceitos de multi, inter e transdisciplinaridade ver, entre outros, Vasconcelos, 2000a.

multidisciplinaridade; é pensar, coletivamente, saídas pra enriquecer a vida da pessoa e aí é sempre um pensar e repensar (GIRASSOL, 20/3/2006).

Então, essa idéia dessa troca de conhecimento pra poder ajudar o usuário, pra poder a equipe ter um suporte também, pra poder, num estudo de caso, por exemplo, trocar os vários conhecimentos, os vários pontos de vista e poder estar entrelaçando; então, é importante, mas nem sempre se consegue fazer (LÉLI, 4/4/2006).

Já nas falas que seguem é possível perceber a concepção de interdisciplinaridade mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade.

Cada profissional tem a sua especialização, e ele foi formado para atender determinadas características que aquele usuário precise, ou informações, e a própria atenção, e cada um tem uma formação específica e diferenciada; então, eu acho que quanto mais ampla, mais amplamente ele for avaliado, e receber essas informações, e esse tratamento, vai ser melhor pra ele; então, desde o serviço social, desde o atendimento psicológico, o atendimento médico, enfim, até ah! eu cortei meu dedinho, o que eu faço? Então, vai poder ser atendido ali, ser acolhido pelo técnico de enfermagem (J, 22/3/2006).

É muito importante porque cada profissão tem o seu conhecimento específico e contribui aí com o seu conhecimento. É necessário que cada um de nós tenha muito claro o seu papel aqui dentro pra que não vire uma salada mista e se dilua o que cada um faz, que é específico de cada um. Então, é importante que a gente tenha boa formação técnica, específica da saúde mental pra que a gente possa chegar numa equipe que trabalha sob o paradigma do campo psicossocial, e que de fato possa ser multi, no sentido do atendimento, e aí, assim, no campo psicossocial, aqui no CAPS, por exemplo, a gente vê a necessidade de os profissionais trocarem mesmo, porque surgem muitas demandas, são muitas necessidades do usuário, é um campo novo. Então, assim, tem n coisas que vai se descobrindo, que cada área contribui diferentemente, mas ao mesmo tempo de forma conjunta. Então, o psicólogo, obviamente, ele tem mais elementos pra entender a parte clínica, o assistente social tem mais elementos pra entender a parte previdenciária, da assistência social desse usuário, que também é importante, muito importante pra ele, o médico tem o conhecimento sobre os psicofarmacos, sobre essa parte mais específica da medicação, e assim a gente vai trocando (VIK, 24/3/2006).

Com relação a este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005) observam que, no Brasil, a interdisciplinaridade faz parte do discurso politicamente correto, garantindo seu estabelecimento como princípio, traduzido na expansão cada vez maior dos territórios profissionais e na fusão dos saberes. O discurso da multi e da transdisciplinaridade é relativamente bem conhecido e aceito em nível intelectual, mas as práticas institucionais apontam, paradoxalmente, para fortes resistências, isolamento e hiperespecialização.

De acordo com os autores, para que estas ações multidisciplinares se tornem efetivas há necessidade de estratégias e planos, que visem a harmonização da convivência para que esta não seja imposta, mas compreendida e desejada pelos profissionais. Na prática, o momento é de impasse, pois multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade existem em tese e como imposição de comando, mas não se concretizam, ainda, como prática planejada, efetiva e eficaz (OLIVEIRA; DORNELES, 2005).

Ainda segundo os referidos autores, uma verdadeira transdisciplinaridade não está nem mesmo no horizonte das instituições de saúde mental brasileiras. Este é um dilema fundamental no processo da reforma psiquiátrica, que depende de ações integradas (órgãos reguladores do ensino superior, programas universitários, instituições e serviços de atendimento) para cumprir sua missão de transcender as práticas manicomial e os territórios de dominação e poder estabelecidos entre as disciplinas que formam a saúde mental.

3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações

A importância do projeto terapêutico dos CAPS recai sobre a responsabilidade de que todo o trabalho desenvolvido em cada unidade deve ser realizado em um ambiente terapêutico. Isto significa que tanto os atendimentos individuais, grupais como a convivência no serviço tem finalidade terapêutica. Cada CAPS deve ter um projeto terapêutico, que leve em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais, as iniciativas de familiares e usuários e o território onde se situa, com sua identidade, sua cultura local e regional (BRASIL, 2004).

O CAPS Ponta do Coral conta com projeto terapêutico do serviço, o qual, segundo 75% dos profissionais que responderam ao formulário, foi planejado em equipe. Três profissionais referiram não saber sobre o planejamento em equipe por não fazerem parte desta a época.

O sistema atual de atendimento no CAPS Ponta do Coral difere da maioria do adotado pelos serviços desta natureza. Em geral, os CAPS realizam a assistência ao usuário

no modelo de TR¹⁶. O CAPS Ponta do Coral oferece atendimento sob a ótica da regionalização. Ou seja, como o serviço não é territorializado, é o único na modalidade, na cidade e no município, a equipe técnica foi subdividida em pequenos grupos ou mini-equipes de dois e/ou três profissionais, sendo cada uma destes responsáveis por uma das regionais, que é onde o usuário mora. Esta proposta foi pensada e implementada há quase dois anos, quando os profissionais identificaram dificuldades em atender no sistema de Terapeuta de Referência (TR) toda a demanda existente. Tal estratégia utiliza-se do sistema de divisão por regionais da Secretaria Municipal de Saúde. Ao total são cinco Regionais de Saúde, Leste, Norte, Sul, Centro, Continente, distribuídas espacialmente na área geográfica do município. Nestas regionais, foram implantadas, recentemente (a partir do final do ano de 2005 e início de 2006), equipes de atenção em saúde mental, compostas por um médico psiquiatra e duas ou três psicólogas em cada uma das Regionais de Saúde.

De acordo com o projeto terapêutico do serviço, as atividades desenvolvidas são: psicoterapia, atenção medicamentosa, atendimentos de emergência, grupo terapêutico, oficinas terapêuticas¹⁷, assembléia de técnicos, usuários e familiares, visitas domiciliares, articulação com entidade, programas e serviço, atividades de formação e pesquisa, reuniões de equipe, reuniões clínicas de casos¹⁸.

Conforme as determinações da Portaria GM/MS N° 336/2002, a assistência prestada ao usuário no CAPS deve incluir atendimento individual, em grupo, atendimento à família, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades comunitárias, enfocando a integração do portador de transtorno mental na comunidade e sua (re)inserção familiar e

¹⁶ Este sistema de atendimento é desenvolvido na maioria dos CAPS e constitui-se do acolhimento da pessoa quando de sua chegada ao serviço por um dos profissionais da equipe. A partir daí é traçado um projeto terapêutico com o usuário e o profissional que o acolheu passará a ser uma referência para ele. O Terapeuta de Referência (TR) tem a responsabilidade de monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo as atividades e a frequência de participação. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, discutindo com o usuário e com a equipe técnica do CAPS (BRASIL, 2004, p. 16).

¹⁷ São oferecidas as seguintes oficinas: oficina de cerâmica, oficina de artes plásticas, oficina de mosaico, oficina de jogos, esportes e lazer, oficina de tapeçaria, oficina de trabalhos manuais, oficina da terra, oficina de jornal, oficina de velas, oficina de leitura, oficina de música, oficina brechó, oficina de teatro, oficina de formação política, oficina de fotografia. Destas, as oficinas de cerâmica, velas e mosaico são produtivas, ou seja, sua produção é comercializada. Cabe destacar que algumas oficinas podem estar em funcionamento ou não, em determinado período de tempo, de acordo com a disponibilidade de técnicos para acompanhar, de condições materiais para o funcionamento e da demanda de usuários.

¹⁸ A descrição e o objetivo de cada atividade pode ser consultado no Projeto Terapêutico do CAPS II Ponta do Coral (2004), ou a partir do projeto de Estágio curricular em Serviço Social de Stuaní (2005).

social. A depender do projeto terapêutico de cada usuário, o CAPS poderá oferecer as seguintes modalidades de atendimento: atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo¹⁹.

Já com relação ao planejamento das ações, 50% dos profissionais consideram que este existe. Cabe lembrar que ao questionarmos os participantes da pesquisa sobre este fator, estamos nos referindo ao planejamento estratégico, aquele voltado para uma visão ampla, global e de longo alcance da organização/instituição, baseado na análise do contexto e com a finalidade de buscar alternativas de ação. No entanto, alguns dos entrevistados observaram estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação objetivo e sistemático dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declararam não existir processo de planejamento e avaliação das ações do serviço, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

As falas relacionadas a seguir demonstram o tipo de planejamento existente no CAPS e como este acontece.

Bom, o planejamento é feito mais ou menos assim: chega uma época do ano em que a Secretaria (SMS de Florianópolis) nos pede um planejamento e aí, geralmente isso é com uma semana no máximo de antecedência, é aquela correria, a gente monta um plano básico de trabalho etc., mas é muito mais pra cumprir a obrigação. A gente tem um projeto terapêutico que é amplo, que é do serviço todo, e a gente vai, com esse projeto terapêutico a gente vai ajustando as atividades e aquilo que a gente pretende alcançar, mas não há um planejamento muito formalizado, não há um processo de planejamento, até porque é tudo muito fragmentado, o que a gente planeja aqui, boa parte depende desse recurso financeiro, depende do apoio da Secretaria, que é sempre uma coisa incerta. Então, em termos de planejamento a coisa fica sempre muito precária. Em termos de avaliação é mais precário ainda, a gente não tem indicadores; novamente, no final do ano, aí a Secretaria pede um relatório do que foi feito, a gente faz um levantamento geral, mas ele é descritivo, ele não é avaliativo, a gente não sabe de fato quais são

¹⁹*Atendimento intensivo* – atendimento diário, oferecido à pessoa que se encontra em grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento semi-intensivo - nessa modalidade, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Este tipo de atendimento é oferecido quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento não intensivo – oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até 3 dias no mês. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário (BRASIL, 2004, p. 16).

os efeitos que a nossa intervenção produz; claro, a gente tem uma certa dimensão pelo contato direto com os usuários, fulano que não interna a tanto tempo, ou fulano que voltou a trabalhar, ou que resolveu pelo menos algumas coisas que eram mais complicadas na sua vida, isso a gente tem, mas não tem um processo de avaliação estruturado que nos permita dados com visibilidade maior (F, 12/4/2006).

Neste sentido, destacamos que, a nosso entender, a função planejamento deve orientar todas as ações no dia-a-dia das organizações. O planejamento é o processo de estabelecer antecipadamente a finalidade da organização/instituição, definir os objetivos e prever as atividades e os recursos necessários para atingi-los. Planejar é uma forma de pensar o futuro da organização/instituição, definindo o que fazer, como, quando e com recursos. Nesse processo, é importante considerar que as organizações/instituições estão inseridas num contexto constituído pela sociedade, pelo Estado e por outras instituições que influenciam suas decisões (TENÓRIO, 2000).

Alguns profissionais referiram-se, especificamente, ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, reuniões clínicas e na supervisão de equipe. Segundo estes, é na reunião de equipe mensal que se planejam mais as ações, estas entendidas como a definição dos grupos terapêuticos ou oficinas que vão ter, o objetivo e a finalidade destes, a demanda etc..

Mensalmente, a gente tem uma reunião de equipe, que tem um pouco esse objetivo, de planejar e avaliar o que é feito. Além dessa reunião mensal a gente tem dois outros momentos semanais, que é um na quarta-feira outro na quinta-feira, que a gente chama de reunião técnica, [...] mas isso se dá muito no cotidiano também, na assembléia geral do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Ele acontece em reunião de equipe, uma reunião mensal, a gente planeja grupos, planeja..., então.., acontece, primeiro tem uma reunião mensal da equipe e reunião duas vezes por semana, que são os estudos de caso; agora, a avaliação, acontece em reunião de equipe mais; o planejamento, por exemplo, como abordar um determinado caso, como ajudar, de como servir a família, o trabalho, é feito durante a semana nos estudos de caso, e nós temos a supervisão, que é um espaço que também acaba se fazendo uma avaliação, a supervisão de equipe (LÉLI, 4/4/2006).

Outras falas detalharam as conseqüências da falta de um processo sistemático de planejamento e avaliação das ações, inclusive fazendo análise dessa problemática em relação as instituições públicas em geral.

Eu acho que esse é um problema, acho que falta muito; por exemplo, se você esta aqui fazendo a avaliação da política a partir do olhar dos profissionais, eu, nesse momento, tenho tido muito incomodo diante da

necessidade que eu vejo de avaliar as ações, de avaliar os pacientes, e a gente não tem uma forma sistemática de fazer isso; por exemplo, a gente não tem um instrumento de captação do trajeto do paciente dentro do CAPS, a gente não anota algumas coisas, os prontuários também deixam muito..., as vezes a gente não faz registro nos prontuários e mesmo quando a gente faz ele não tem, assim, por exemplo, uma sistematicidade, o que é que eu vou enxergar, como é que eu vou ver se aquele paciente está melhor ou está pior depois que ele está aqui, então, a gente não tem esse instrumento; e, o planejamento, é feito um planejamento terapêutico com o paciente; o planejamento do nosso serviço é mais ou menos...., funciona, assim, com as oficinas, não é um planejamento rigoroso, a cada período a gente senta e reorganiza não, tem algumas diretrizes gerais, eu acho que em termos práticos falta muito dos dois lados, planejamento das nossas atividades, por exemplo, as vezes naquele roldão a gente vai fazendo, vai fazendo, e, também, a avaliação da eficácia, do que realmente aquilo está resultando pra vida do sujeito, se ele está realmente conseguindo chegar mais próximos desses lugares que a gente apregoa como princípios da saúde mental - autonomia, dessas coisas que a gente também fala: relação com o trabalho, relações, laços sociais; então, a gente não tem esse (instrumento de planejamento e avaliação), eu acho que falta (planejamento e avaliação) [...] Na verdade eu acho que esse é um problema das instituições públicas em geral, eu acho que tem uma grande resistência no Brasil a qualquer critério de avaliação, porque, esse discurso, a retórica da igualdade, ela exatamente vai na contramão de um processo meritocrático, ou seja, você avaliar também por mérito; você tem que criar esse tipo de instrumento; a prefeitura não tem, nunca teve uma avaliação nos anos que estou aqui que medisse o desempenho profissional, principalmente aqui, que a gente lida com pessoas que estão aqui pra se tratar, e a gente não sabe se a pessoa...., a gente vai olhando um caso ou outro; não existe um processo institucional de avaliação, nesse sentido (P, 17/3/2006).

Em geral, as organizações precisam de um processo de avaliação que realize uma revisão dos objetivos e metas alcançados e daqueles a serem atingidos. O planejamento e a avaliação são a oportunidade de fazer uma pausa e examinar a situação da instituição.

Não obstante, as políticas públicas no Brasil vêm se estruturando de forma descentralizada, com responsabilidades de organização e financiamento partilhadas entre a União, Estados e Municípios, cabendo a estes últimos a execução dos serviços de atenção direta à população. Deste modo, os processos de avaliação de serviços de saúde mental devem ocorrer no âmbito municipal. Segundo Dias (2002, p. 2)²⁰, este desafio coloca no debate o aspecto de como avaliar o funcionamento de um serviço de saúde mental, que está

²⁰ A autora realizou um trabalho de construção coletiva de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental junto aos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre; uma apresentação resumida dos resultados pode ser consultada em DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental.** In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

inserido num novo patamar conceitual e tem como tarefa não reproduzir uma prática de tutela, com ênfase na patologia, mas de incluir o sujeito portador de transtorno psíquico no planejamento e na execução das ações terapêuticas, numa nova relação que garanta a viabilidade do exercício da cidadania numa sociedade desigual. Ou seja, as dimensões de mudança conceitual, realidade social e política pública de saúde de âmbito municipal, tornam complexa a adoção de processos de avaliação.

A fala descrita na seqüência especifica o processo de planejamento e avaliação no que se refere a ação interventiva profissional no tratamento ao usuário, destacando que não existe um processo sistemático de planejamento e avaliação com relação as ações do CAPS.

O planejamento e a avaliação das ações do CAPS, eles acontecem só de uma forma muito primária ainda, nós temos [...] o planejamento e avaliação da ação do profissional a título de intervenção em relação ao usuário existe de três formas: primeiro, casos clínicos, que aqui nós fazemos reuniões de casos clínicos, quarta-feira das 8 às 9 horas e quinta-feira das 11h30min às 12h30min pra discutir a questão do caso clínico de pessoas; outra forma, construção de projetos terapêuticos ou revisão dos projetos terapêuticos na reunião da regional, cada regional, que são cinco, fazem suas reuniões pra discutir o planejamento e avaliar a vida dessa pessoa nas regionais, e a outra, especificamente do CAPS, a título de gestão, é a reunião de equipe, que você presenciou semana passada, aí é um outro momento de planejar e avaliar, porém, ressalvo, não se tem algo mais fidedigno, ou academicamente falando, que nos ampare pra fazer essa avaliação; então, é extremamente necessário nós termos supervisão, termos pesquisadores, que nos ampare no sentido de avaliar o serviço, avaliar nossa prática, avaliar a autonomia do usuário; a grosso modo nós temos, mas é muito de senso comum; então, precisa cientificar ou legitimar, regularizar, tornar mais fiel esse tipo de avaliação, a grosso modo temos, agora, com mais rigor, por escrito, não temos (GIRASSOL, 20/3/2006).

Sabe-se que a ausência de um processo de planejamento estratégico e avaliação sistemática comprometem a efetividade dos objetivos propostos. Conforme destaca Dias (2002), o cenário da Reforma Psiquiátrica requer tanto uma multiplicidade de respostas à sua plena implantação como para a avaliação de seus resultados. Contudo, é importante ressaltar que a especificidade das ações em saúde mental demanda a adoção de um método participativo, com o fim de superar o caráter unidimensional, comum em avaliações tradicionais.

A avaliação participativa já é uma exigência nas políticas sociais, decorrentes da pressão social pela garantia de acesso a bens e serviços públicos. Por analogia, a

construção de indicadores de avaliação também pode ser participativa, com a contribuição dos sujeitos inseridos na esfera municipal, responsável pela execução da atenção em saúde mental. Para a autora, apesar de certa reserva científica pela adoção desta sistemática metodológica, o seu valor está no alcance social de incluir os responsáveis pela execução de determinada ação, na sua construção e sistematização (DIAS, 2002).

3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento

Conforme já destacado neste trabalho os hospitais psiquiátricos são instituições representativas do modo asilar enquanto os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico de exercício das práticas de atenção psicossocial, do modo psicossocial.

O modelo de assistência do modo psicossocial destaca-se por seus meios básicos de tratamento (rede diversificada de serviços territorializados), e pela importância decisiva que se atribui ao sujeito na sua mobilização como participante principal do tratamento. Neste, considera-se o indivíduo como pertencente a um grupo familiar e social, o que supõe que se deve trabalhar, também, a família e o grupo social, como agentes das mudanças buscadas.

Já no modo asilar a organização institucional é marcada por estratificações de poder e saber, no âmbito das relações profissionais e da instituição, as quais transladam para a relação com os usuários e a população. Estes são excluídos de qualquer forma de participação, enquanto que no modo psicossocial, participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais.

Na pesquisa realizada, a maioria dos profissionais entrevistados referiu conhecer sobre a forma de atendimento no hospital psiquiátrico, seja por visitas, atuação profissional, contatos institucionais, relato dos usuários que estiveram internados.

No que se refere as diferenças no atendimento prestado pelo CAPS em relação ao hospital psiquiátricos, os entrevistados consideraram que existem diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência de um só discurso, o médico psiquiátrico do hospital e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial em contraposição ao tratamento igual para todos

das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Eu acho que é diferente em vários aspectos, primeiro, são essas diferenças que eu digo que são de base, sobre a Reforma Psiquiátrica e a função de um CAPS nesse processo de reforma. Existe por parte da maioria da equipe uma convicção de que a nossa função é evitar a internação e de uma certa maneira poder fazer substituição a essas instituições tradicionais; deslocar a centralidade do sistema pra um serviço aberto, que seja interdisciplinar, ou seja, onde você não tenha um discurso único dando a orientação, que no caso é o discurso psiquiátrico nas instituições (tradicionais); você tem essa multidimensionalidade então você pode compartilhar o discurso; em relação ao próprio atendimento, começa na forma do acolhimento, eu acho que o nosso acolhimento é bom, ele tem condições de receber a pessoa, de entender o que ela está procurando, o que ela está precisando, quais são as suas necessidades; a gente tenta de alguma maneira envolver família embora com dificuldades, mas a gente tenta e tenta principalmente manter a vinculação ou criar novos vínculos desse usuário; o projeto terapêutico que é individualizado também é outra coisa fundamental, que aí a gente quebra com a lógica tradicional de que todos recebem o mesmo tratamento, é a mesma medicação, são os mesmos horários, são as mesmas atividades pra todo mundo, não, a gente procura justamente ao levar em consideração essas características que são mais individuais, são mais singulares, a gente procura atender e levar em conta esses aspectos, então, isso pra mim já é muito diferente, além do que a gente procura o tempo todo ou minimizar ou quebrar mesmo a hierarquia, instituindo certas formas que evitam que a hierarquia se cristalize de maneira muito brutal, pra você não ter um deslocamento de poder dentro do serviço, que seja prejudicial pra todo mundo, igual no hospital (F, 12/4/2006).

A relação entre profissional e usuário foi destacada como diferencial por todos os entrevistados, conforme pode ser observado a seguir.

A relação entre o profissional e o usuário, pra mim, a maior diferença é essa relação interinstitucional ou interpessoal; é a forma como se dá, porque as ações também são diferentes, porque existem oficinas terapêuticas, existem os grupos terapêuticos, existem os atendimentos, mas esse modelo de atendimento pode também ocorrer numa outra instituição, ou mesmo num CAPS, mas se a relação de profissional e usuário não estiver pautada no respeito, uma relação sujeito-sujeito onde se possa esse serviço, obviamente, quando ele estiver num bom nível de participação, num bom nível de reabilitação, mas também..., o fundamental é isso, é estar pra além da instituição, estar pra relação do usuário com o profissional, e claro, o espaço também, o espaço físico tem que ter qualidade, a gente vê aqui um espaço super bom aqui no caso, as propostas de atendimento, como que são colocadas, como que é olhado esse usuário, esse usuário está junto no pensar da instituição, mas a cima de tudo assim, entender como cidadão de direitos, de respeitá-lo (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que tem um maior reconhecimento da condição subjetiva do paciente, acho que um certo respeito. Hoje, a Colônia Santana tem tido mudanças, tem uma política que também..., na verdade a política do Ministério também visa atingir as instituições mais asilares, os hospitais também estão mudando..., talvez seja mais lenta, aqui, a gente já chegou com uma outra perspectiva de trabalho; eu acho que a equipe toda, de forma geral, tem uma sensibilidade pra esse respeito pelo paciente, pelo outro, procura, na medida do possível, não estabelecer uma relação de poder; eu acho que aqui, por exemplo, a recepção é muito bem feita, os vigias também são pessoas que entraram no clima, assim, talvez já seja deles, mas entraram no clima do CAPS; acho que todos têm um compromisso com isso, um valor digamos; também, talvez seja deste CAPS, eu não conheço tantos outros CAPSs; eu acho que é uma relação diferenciada, na medida que você está aqui com esse objetivo de que a pessoa assuma a própria vida, contribuir para que isso aconteça; isso implica em ter pelo menos um respeito, um reconhecimento do outro (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p.10) destacam que o papel do técnico se transforma quando ele se coloca sob outros princípios; “se ele faz funcionar a tecnologia da doença mental, fortalece o dispositivo psiquiátrico. Mas, se transforma sua forma de intervenção, trabalha no sentido da desmontagem desse dispositivo”. Segundo os autores, isso significa pôr em funcionamento um dispositivo de desinstitucionalização e reinserir a complexidade dos problemas com os quais lida. Significa ainda abrir mão das interpretações da loucura segundo erro, incapacidade, inferioridade, doença mental, e potencializá-la como diferença, um modo diferente de relação com o mundo. Enfim, não usar o saber como técnica normativa, mas como possibilidade de criação de subjetividades. A técnica deixa de ser instrumento da violência quando a prática funciona como uma desconstrução da clínica.

As falas que seguem referem-se ao atendimento aberto e as possibilidades de escolha que o CAPS oferece em contraposição ao isolamento e segregação gerados pela internação hospitalar prolongada.

Em primeiro lugar o atendimento no CAPS é um atendimento, vou usar a palavra, aberto, ou seja, pra começar o usuário ele não fica internado aqui, mesmo se em algum momento tiver o CAPS III, é diferente. Ele vem, ele faz o trabalho dele, a sua terapia, durante o dia, e ele volta, quando, no caso tem família, pra casa; então, primeiro lugar a idéia do CAPS, o trabalho do CAPS não é segregar e isolar; quando o usuário vai para o hospital, eu acho que seja ele em qualquer campo da saúde, mas vai para o hospital e fica internado trinta dias, quinze dias, ele já esta sendo isolado do convívio com a família, do convívio social, ou seja, acaba perdendo progressivamente o contato com as pessoas e com o grupo social mesmo, e acaba sendo destituído das suas práticas pequenas, como desde pegar um ônibus, fazer sua comida, ir no

supermercado; no momento em que uma pessoa é colocada em um hospital e fica um mês, ele acaba perdendo o contato com essas mínimas..., não é nem com o mundo lá fora, mas com as mínimas coisas que ele teria em casa, na sua casa, enfim, ele perde tudo isso como se fosse realmente uma pessoa que não tem possibilidade nenhuma de fazer nem um café, enquanto o CAPS possibilita isso, acho que o CAPS ele, independente dos problemas que tem, acho que ele mostra que não, você ainda, apesar da sua crise, com a sua crise, com todas as limitações que as vezes um surto pode oferecer do ponto de vista cotidiano, você ainda pode fazer algumas coisas sim, como pegar um ônibus pra ir e voltar pra casa, fazer a escolha do seu planejamento terapêutico, vem aqui escolhe, em parte, o que gostaria de participar (LÉLI, 4/4/2006).

Assim, a possibilidade do usuário no CAPS de ter voz ela é muito maior do que nas outras instituições, as outras eu não vou generalizar, mas em algumas, as asilares, esses hospitais são..., enfim, crônicos até pela dificuldade mesmo de antes você pensar em ter outra alternativa que não a trancar e deixar lá e não tem medicação, não tem nada disso, estou falando de bem bastante tempo atrás, e isso ficou e se perpetuou, então, eu acho que a possibilidade do usuário aqui, no CAPS, nos CAPS, e até mesmo nos ambulatórios, acho que hoje em dia não é só CAPS que permite isso, é fazer parte como contribuinte do próprio tratamento, então isso é o que diferencia do paciente internado, vamos dizer assim, em São Paulo, no Vera Cruz, que é um hospital e tal, diferente de outros, tem algumas dessas internações que são diferentes, mas essa relação aí de profissional e usuário ela é mais aberta, é mais ampla, além do CAPS, especificamente, oferecer algumas possibilidades; então, a possibilidade de trabalhar em uma oficina, dessa oficina ter uma renda, que, assim, é um entrave no sentido que eles se sentem muito limitados e não só se sentem como eu acho que muitas doenças incapacitam mesmo, são incapacitantes, a esquizofrenia é uma delas, e é a nossa clientela aqui, a maior parte é de pacientes com esquizofrenia; a própria esquizofrenia já altera, vamos dizer assim, na cognição, na parte de planejamento, de você conseguir realmente se estruturar para trabalhar; tem umas pessoas que não conseguem nem ter o início, a iniciativa, ela é minada com a esquizofrenia, e aqui tem uma possibilidade, mesmo que essa possibilidade seja fazer oficina e ganhar uma renda, mesmo que, assim, seja só..., não é o valor que importa, é simbólico (J,22/3/2006).

O relato a seguir explicita epistemologicamente e em termos técnico-assistencial a diferença entre o modelo de atenção tradicional/hospitalar e o modelo de atenção psicossocial.

Primeiro, em relação a concepção da pessoa e em relação a concepção dos próprios meios de trabalho; na instituição psiquiátrica predomina o modelo manicomial/asilar como a gente chama, que daí vai olhar a pessoa enquanto doença, enquanto diagnóstico, aqui, no CAPS, a gente olha os seres humanos enquanto pessoas, enquanto a existência de um sofrimento, o que podemos fazer pra minimizar esse sofrimento da pessoa, então, essa é a primeira diferença que tem, quem é essa pessoa, que no modelo manicomial acaba sendo vista mais como diagnóstico, como um doente, isso que eu sempre falo, essa iatrogênia que o modelo

manicomial acaba inserindo na pessoa, você é um doente, vai ter que tomar remédio pra vida toda, e o máximo que você pode chegar é um portador de transtorno mental em recuperação, isso é uma das diferenças, outra é a própria concepção de saúde/doença que existe; as formas de organização dos dois modelos, são modelos diferentes, um é mais centralizado no psiquiatra, na instituição psiquiátrica, o no CAPS seria mais centralizado na equipe e, principalmente, nos usuários; a forma de relação com a clientela ou com o usuário, no modelo manicomial, é sempre uma relação hierárquica, de cima pra baixo, no CAPS, sempre uma relação, ou a gente tenta sempre ter uma relação horizontal; e a própria questão do que é bom ou não é bom pra pessoa, a pessoa tem que dizer o que é bom pra ela e, as vezes, no hospital, são os profissionais que já dizem o que deva ser bom pra ela, ou seja, a grande diferença que existe é: quem decide o que? No hospital as pessoas decidem sobre a vida da pessoa, eu acho que no modelo psicossocial é a pessoa que compartilha a decisão da sua vida (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme destaca Rotelli (1990), no manicômio (modelo/tradicional) a sociabilidade é reduzida a zero. A tutela, a internação tem a única finalidade de subtração das trocas, de estabelecer relações de mera dependência pessoal. Enquanto que a emancipação terapêutica (que se torna o objetivo substituto da "cura") só pode ser (cientemente) a mobilização de ações e de comportamentos que emancipem a estrutura inteira do campo terapêutico. Assim, o problema que se coloca aos novos serviços (CAPS) não é cura (a vida produtiva), mas sim a produção de vida, de sentido, de sociabilidade.

Neste aspecto, pode-se considerar a proposta basagliana de *colocar a doença entre parênteses* para assim direcionar o olhar ao sujeito em sofrimento e não à doença. Essa é uma questão fundamental, pois é o movimento de *tomada de responsabilidade* (DELL'ACQUA, 1992) individual e coletiva que se constitui como meio para a transformação institucional e para o processo de desconstrução. A cura cede espaço à emancipação, mudando a natureza do ato terapêutico, que agora se centra em outra finalidade: produzir autonomia, cidadania ativa, desconstruindo a relação de tutela e o lugar de objeto que captura a possibilidade de ser sujeito (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3 Participação do usuário e da família no tratamento

De acordo com as diretrizes da atenção em saúde mental do modelo psicossocial, o protagonismo dos usuários é fundamental para que seja alcançado o objetivo do CAPS de se constituir como dispositivo de promoção da saúde e da reabilitação psicossocial. Os

usuários e familiares devem ser chamados a participar das discussões sobre as atividades terapêuticas do serviço. A equipe técnica deve trabalhar de forma a estimulá-los a participar de forma ativa do tratamento e da construção de laços sociais. Entre os tipos de atendimento que o CAPS pode oferecer está o atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, de lazer com familiares (BRASIL, 2004).

Na seqüência deste item analisaremos as formas criadas pelo CAPS Ponta do Coral para envolver ativamente usuários e familiares no processo terapêutico, seja com relação ao projeto terapêutico individual, ao atendimento e a participação das famílias no tratamento.

3.3.1 Planejamento terapêutico individual

Conforme as determinações da política de atenção em saúde mental, cada usuário deve ter um projeto terapêutico individual, composto por um conjunto de atendimentos personalizado, que respeite as particularidades, necessidades de cada pessoa e proponha atividades durante a permanência diária na unidade e fora dela (BRASIL, 2004).

O atendimento no CAPS oferece projeto terapêutico de tratamento individualizado, o qual é pensado e avaliado com a participação do usuário. A fala relacionada a seguir detalha como acontece o planejamento do tratamento.

O primeiro passo desse projeto terapêutico ele é feito na entrevista inicial, que é basicamente a entrada desse usuário no serviço; então, a gente pensa uma programação mínima, levando em conta as necessidades, as condições, os limites e as capacidades do usuário e, quando a gente pode contar, com a família também. Além disso, uma vez por mês, [...] tem o encontro da Regional, e os usuários dessa Regional podem reelaborar o seu projeto terapêutico, a gente faz a revisão, a gente discute como é que está sendo esse projeto, se está sendo interessante, que ganhos, se está havendo ganhos ou não, se a pessoa está se sentindo contemplada de alguma maneira e tal, e aí a gente faz as alterações que a gente discute e acha necessário (F, 12/4/2006).

Com relação a forma como o usuário participa do processo de planejamento do seu tratamento, os entrevistados colocaram que é através da manifestação das preferências,

opções e desejos dele, dentro das possibilidades que o CAPS oferece. Nas falas relacionadas é explicitado qual a participação do usuário e do profissional no planejamento do projeto terapêutico de tratamento.

Quando o usuário chega no serviço, encaminhado de algum outro (serviço), ou de um hospital, ou de uma unidade local de saúde, ou por demanda espontânea é feito o acolhimento, onde a gente usa uma entrevista inicial pra fazer uma coleta de dados, ali resgata um pouco da história que o próprio usuário vai estar contando, e, então, nesse momento é feito o projeto terapêutico; inicia-se o projeto terapêutico, não que ele tenha que se esgotar nesse momento inicial; uma pergunta que a gente sempre faz pra ele é do que ele precisa, como a gente vai poder ajudar, então, a partir daí a gente oferece o nosso leque de atendimentos, o nosso projeto terapêutico do CAPS, e aí vai se construindo dessa forma (VIK, 24/3/2006).

Em geral a gente faz isso quando ele chega, na entrevista inicial, a gente pede pra que ele diga, a gente apresenta o que a gente tem; a gente pede que ele diga o que ele gostaria de estar fazendo, o que ele fazia, quais as preferências que ele têm, se ele não sabe, em algumas situações, a gente sugere que ele venha participar de algumas oficinas para ele, por exemplo, escolher; então, assim, é feito muito respeitando o desejo do paciente, o que ele gosta mais, as preferências dele; agora, se a gente vê que o paciente está muito ansioso, se ele precisa, a gente sugere um grupo terapêutico ou as vezes o atendimento individual; assim, não tem uma uniformidade, em geral a gente age assim (P, 17/3/2006).

Ele tem, esse projeto terapêutico, ele tem um primeiro momento, quando o usuário chega e faz a entrevista inicial é colocado com ele e oferecido, mostrado as possibilidades, o que o CAPS oferece em termos de terapia, desde grupos terapêuticos, atendimento individual e oficina, mas não é só oferecido, é também feito uma avaliação do técnico, o que ele pensa que, naquele momento, poderia estar ajudando aquele usuário, e é conversado com o usuário, muitas vezes acaba o usuário escolhendo tudo, escolhendo o que ele quer e o técnico tem pouca interferência, outras vezes o usuário quer algo que talvez naquele momento, por exemplo, atendimento individual, mas não tem vaga, não tem, os técnicos estão todos..., se tem alguém fazendo atendimento individual já não tem horário, então se entra em um acordo das possibilidades, dos desejos do usuário, e das possibilidades que o serviço oferece; isso é o primeiro momento, no segundo momento, ao longo do período do usuário aqui, vão tendo transformações, muitas vezes ele abandona aquele grupo ou oficina, que não era aquilo que ele achava que era bom, que ele gostava, abandona formalmente ou informalmente, simplesmente não vai, ou ele entrou em surto não veio mais, uma série de questões, então isso tudo é retomado, a gente tenta fazer a retomada na reunião das Regionais, reunião mensal, como é que está o tempo dele aqui, o que ainda se mantém fazendo, como ele está se sentindo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos entrevistados destacou que o projeto terapêutico de tratamento do usuário

é sempre pensado a partir da necessidade dele, o que ele traz de necessidade, o que ele traz de sonho, de vontade, de sofrimento, de

tristeza, então, o projeto terapêutico é sempre pensado, repensado, analisado, refletido, em cima da necessidade da pessoa (GIRASSOL, 20/3/2006).

É importante destacar que o planejamento do projeto terapêutico deve envolver o portador de transtorno mental como sujeito deste processo. A participação ativa do usuário na escolha do que fazer e na expressão de suas necessidades favorece a adesão e continuidade no tratamento, confere-lhe o exercício da liberdade de escolha e da cidadania. Neste processo, o ato terapêutico, quando não é mais fundado sobre a doença e não provém da autoridade médica, torna-se a própria organização coletiva, convertendo-se em *tomada de responsabilidade* e produção de subjetividade (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral

No plano teórico, a relação da família com o portador de transtorno mental é construída a partir do alienismo, como produto da sociedade moderna/burguesa. No interior desta perspectiva concentram-se dois entendimentos polarizadores: “o da família ameaçada pela eclosão da enfermidade, portanto, sofrendo suas conseqüências ou causadora da emergência do transtorno mental, assim culpabilizada por sua etiologia” (ROSA, 2002, p. 139). Historicamente, o segundo entendimento foi o que prevaleceu na maioria das abordagens teóricas na área da saúde mental, com uma relativa diminuição nos anos 1970, seguido de uma complexificação da compreensão do grupo familiar e de sua dinâmica, a partir dos avanços teóricos da leitura feminista e marxista. “Contemporaneamente, a inclusão do grupo familiar nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental; a assunção de sua condição de parceira e co-responsável dos serviços e a exigência de constituição de uma nova pedagogia institucional em sua abordagem atravessam a construção de uma nova relação entre o louco e a sociedade” (ROSA, 2002, p. 139).

Nesta direção, um dos objetivos do CAPS é incentivar as famílias a participar do cotidiano do serviço. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas importantes para o trabalho dos CAPS. Eles podem participar de diversas maneiras, incentivando o usuário a se envolver no projeto

terapêutico, participando diretamente das atividades do serviço, nas reuniões, assembléias, nas associações de usuários, técnicos e familiares, trazendo dúvidas, sugestões. A participação pode acontecer tanto nas atividades internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. (BRASIL, 2004).

A Portaria /GM nº 251/2002 constitui-se como mais um dispositivo na mudança das relações entre os serviços de saúde mental e a família à medida que prevê, no desenvolvimento dos projetos terapêuticos, o preparo para o retorno à residência/inserção domiciliar e uma abordagem dirigida à família no sentido de garantir orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento.

O atendimento aos familiares é uma das formas para que as famílias participem, conheçam o trabalho dos CAPS e passem a se envolver ativamente no processo terapêutico. Neste sentido, a família ganha visibilidade como protagonista, parceira dos serviços e co-responsável no provimento de cuidados do portador de transtorno mental.

Além disso, o avanço dos conhecimentos e entendimento de que os fenômenos humanos comportam uma multiplicidade de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos e éticos, inter-relacionados entre si, possibilitou mudanças na assistência às pessoas em estado de sofrimento psíquico. Essas puderam ser compreendidas na totalidade de sua condição existencial. E, o sofrimento, antes tomado apenas como algo individual, passou a ser visto como parte de um contexto onde outras pessoas estão envolvidas e também merecem cuidado e atenção.

No CAPS Ponta do Coral, na sua maioria, os profissionais afirmam que existe atendimento familiar, com ressalvas de um deles que referiu não existir atendimento familiar sistemático e outro que observou que existe atendimento familiar individual. As falas relacionadas expressam de que forma a família participa no tratamento do seu membro no CAPS.

A família participa não como uma preconização ou uma exigência do serviço; o que eu tenho visto é que a família participa aqui no CAPS na medida em que há uma necessidade, quando há necessidade do serviço conversar com a família ela é incluída, quando há uma necessidade da família pelo serviço ela procura, mas não é uma rotina todas as pessoas que vem aqui a família ser atendida, as vezes o usuário não quer saber da família, as vezes a família não quer saber do usuário e assim sucessivamente, ou seja, a família participa na medida que temos a clareza da necessidade, mas não é uma prática oficial do serviço (GIRASSOL, 20/3/2006).

Alguns casos sim, em alguns casos eles vem para a reunião mensal da Regional, ou vem para uma consulta com a psiquiatra, ou vem pra trazer o usuário que não consegue ainda vir sozinho, mas é muito restrita a

participação da família, normalmente ela vem mesmo quando a coisa está apertando, quando o usuário surtou, não está conseguindo segurar, quando ele está já nas últimas (LÉLI, 4/4/2006).

Os profissionais que afirmam a existência da participação da família no tratamento explicitam como esta acontece e como se dá o atendimento no serviço, observando o cuidado que existe em atender a família e o usuário juntos.

Sim, tem alguns usuários que vem acompanhado de familiares, as vezes nós chamamos a família, quando existe necessidade, e isso acontece assim no cotidiano, conforme realmente surge a necessidade; geralmente há uma relação muito conflituosa entre o usuário e família, geralmente o familiar mais próximo, referência mais próxima e aí a gente intervém, mais ou menos com dois objetivos, assim, um de pensar essa relação conflituosa, o que pode ser negociado aí pra viverem melhor, pra ter mais qualidade de vida nesse ambiente, que moram juntos, e o outro pra poder então capacitar, colocar elementos pro familiar sobre o tratamento, sobre os transtornos mentais, pra que ele possa ser um cuidador também, o que ele é, pra que ele possa se qualificar; então, uma outra coisa que eu penso é que esse atendimento familiar ele sempre tem que privilegiar a participação do usuário porque fica complicado falar do usuário sem ele estar presente (VIK, 24/3/2006).

Sim, a família participa, claro, na medida de cada caso; em geral, assim, a gente tem a disponibilidade de atender a família, então, muitas vezes, precisa de o paciente vir com a família em várias situações, e esse atendimento é dado; o grupo de família, também está tendo o grupo de família, as vezes é dado (o atendimento) a família daquele paciente; mas sempre a gente tem o cuidado de receber a família e atendê-la junto com o paciente, nunca assim..., não gerar essas fantasias perseguitórias por parte do paciente “tá falando o que de mim”; isso é mais ou menos quase uma regra aqui no CAPS, a gente atende junto com o paciente (P, 17/3/2006).

Os trechos das entrevistas relacionados a seguir descrevem as formas criadas pelo CAPS para oportunizar a participação da família no tratamento. Alguns profissionais referiram-se a um grupo de famílias que chegou a ser iniciado, mas que pela falta de adesão e outras dificuldades não funcionou mais.

Um pouco assim, o acolhimento na segunda-feira é um espaço que a família pode participar junto com o usuário pra relatar como é que foi o final de semana e pra relatar e como estão as atividades no CAPS; o outro espaço são as reuniões das Regionais de equipe, fora o trabalho individual, que, assim, eu acabo chamando muitas vezes, eu quero atender você na presença de um familiar, as vezes você precisa até forçar nesse sentido, de que a família compareça, faço cartinha, mando e aí atendo em consulta individual, mas não em grupo, não é uma abordagem psicoterápica, é mais no sentido de psicoeducação do que de terapia (J, 22/3/2006).

[...] existe um planejamento pra se atender família, um grupo de familiares a serem atendidos por psicóloga [...]; então, as formas criadas para oportunizar a participação da família é justamente quando ela vem, acompanha, que é aberto para os familiares participarem das oficinas junto com o usuário, então, sempre tem essa oportunidade e grupos específicos pra famílias que estão se tornando real (GIRASSOL, 20/3/2006).

É mais ou menos como eu te falei; então, assim, as vezes a gente chama pra um atendimento individual, e também ela participa dos eventos acontecidos aqui no CAPS, promovidos pelo CAPS, de festas, geralmente o dia nacional da Luta Antimanicomial, quando a gente comemora, que faz uma confraternização, as festas sempre tem a presença de familiares também, festa de natal, festa junina (VIK, 24/3/2006).

As reuniões das Regionais por exemplo, uma vez por mês, e tem alguns técnicos que fazem reuniões com as famílias, discutindo, por exemplo, aquele usuário em que a família está implicada diretamente, tem problema com a família, então chama a família pra trabalhar; já teve grupo de família, mas foi fechado porque as pessoas ficaram um tempo, mas as famílias, segundo as técnicas que fizeram, muito pouco se apropriavam, vinham, se utilizavam desse espaço (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre este aspecto, cabe destacar que o deslocamento do eixo da compreensão do problema individual para o familiar/social, que tem como consequência o acolhimento da família como uma unidade que necessita de cuidado tanto quanto o paciente individual, pressupõe um novo olhar sobre as possibilidades das famílias para enfrentarem suas crises e atuarem como suporte terapêutico. Nessa perspectiva, se impõe a necessidade de não só reconhecer o atendimento ao grupo familiar, mas de oferecer uma atenção singular que leve em conta, por um lado, as especificidades de cada família, considerando a história, a estrutura, a dinâmica, bem como a inserção desta no contexto social. Por outro lado, deve-se avaliar a realidade e as possibilidades das famílias para usufruírem das formas de atenção que lhes são propostas (MIOTO, 1998, pp. 25-26).

Nesta direção, dois dos participantes da pesquisa identificaram como uma das dificuldades em realizar o atendimento familiar, a falta de profissionais qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades, conforme pode ser observado nas falas a seguir.

A maior dificuldade que eu vejo é que não existe ninguém capacitado aqui dentro para lidar com a família, é claro que, assim, eu faço um atendimento com o usuário a família vai estar junto eu vou estar explicando, mas quando você vai pensar em trabalhar com a família, trabalhar no sentido psicoterápico, isso não existe, agora informar a família, tentar com que a família faça parte do planejamento, a gente

tenta e incentiva, estimula que eles venham nas reuniões das Regionais, mas o que eu percebo, assim, a equipe ela é muito pequena pra dar conta de tudo, então a maioria das vezes o paciente chega, a família está ali fora, mas todo mundo tem a sua atividade, estão todas na oficina e isso me sobrecarrega muito porque eu tenho que dar conta de tudo, inclusive da família que chegou, do atestado que está faltando, e a família que quer saber porque que o remédio..., mas não existe um espaço pra ela, não existe um espaço que acolhe a família (J, 22/3/2006).

Profissionais qualificados, eu acho que necessita de profissionais que tenha um pouco mais de experiência, de conhecimento pra estar lidando com família, que toda a família tem sempre os seus nós górdios, tem sempre questões de fundo, que as vezes precisa de um certo conhecimento, experiência pra estar lidando com isso; até que ponto é vítima ou réu, então, acredito que profissionais que tenham experiência, que tenham a qualificação teórica, [...] possa estar oportunizando uma melhor relação no atendimento CAPS com família, então, a qualidade do profissional para estar realizando essa participação (GIRASSOL, 20/3/2006).

Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que é um transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, foram relatados pelos profissionais.

Acho que tem uma junção, eu acho que tem uma coisa primeiro que é o entendimento, a família, muitos familiares, querem deixar o usuário aqui, e querem fazer sua vida, até por questão de sobrevivência; o que eles alegam muito é que eles precisam trabalhar, então não pode faltar ao trabalho uma vez semana pra poder estar aqui porque mesmo que tenha atestado pra poder estar aqui, acaba perdendo o trabalho, não tem como justificar; e a outra questão é o próprio entendimento de que é na família o espaço em que o usuário pode ser tratado, porque a idéia de tratamento é uma idéia também que se direciona, que acaba sendo entendida como médica, hospitalar ou clínica, ou então, agora tem o CAPS; e o lugar de tratamento, digamos tratamento como restituição, como reinserção, também é na família (LÉLI, 4/4/2006).

É, chega um momento que as vezes de fato a relação se esgota, assim, são tantos conflitos, são tantas brigas, tantas dificuldades de convivência, de relacionamento, que já vem desde a infância, que chega em momentos quando, geralmente, o usuário tem as primeiras crises, isso gera um isolamento, assim, o usuário fica isolado nesse ambiente, nesse contexto familiar, realmente é muito difícil; as vezes tem uma mãe muito controladora e que aí o usuário não quer muito aproximação do serviço com essa referência porque o serviço passa a ser então um lugar de acolhimento pra ele que ele não tinha até então, porém, a gente busca a família, pra que a família possa cumprir essa função da referência (VIK, 24/3/2006).

Neste sentido, deve-se considerar que no contexto brasileiro, pela própria ausência ou precariedade da intervenção estatal por meio das políticas públicas de corte social, a família torna-se a principal garantidora da reprodução da força de trabalho. As famílias, para suportar, todas as funções que lhes são atribuídas e enfrentar as situações de risco social, buscam dividir com o Estado o encargo dos cuidados com seu ente enfermo. Mesmo assim, configuram-se, para elas, condições deficitárias de atendimento, em particular no caso da atenção em saúde mental (ROSA, 2003, p. 192).

Na seqüência, o entrevistado realiza uma análise das várias situações singulares e sociais que envolvem as dificuldades do serviço, das famílias e dos usuários, em realizar um tratamento integrado na relação usuário/família/CAPS.

Então, também envolve vários aspectos, eu vou apontar alguns; assim, em primeiro lugar, a gente vê que boa parte das famílias vê o CAPS como um lugar pra poder deixar o seu familiar, é um lugar onde ela não vai precisar cuidar dele durante um certo tempo, então, eles até participam de algumas entrevistas iniciais, hoje, por exemplo, eu tenho uma (entrevista inicial) que a pessoa veio sozinha, não veio família; é bastante freqüente que venha o usuário sem acompanhante familiar algum, esse é um aspecto, a família de uma certa maneira toma o CAPS como um lugar pra deixar o seu familiar, nós por outro lado, não criamos estratégias pra fixar essa família, pra trazer essa família mais perto; tem um grupo de família que funciona de maneira meio irregular, mas que a gente vê cada vez mais a necessidade de tornar isso algo mais organizado, poder atender a família, a gente faz o acompanhamento com família, geralmente, quando há um pedido específico ou do usuário ou da própria família, aí a gente procura fazer, mas é mais individualizado, é uma questão mais individualizada, e há também, por parte dos usuários há o desejo de que a família não participe, isso ficou muito evidente na organização da associação, que é uma associação de usuários, familiares e técnicos, e quando a gente estava organizando a associação, toda vez que se falava na participação dos familiares havia uma certa resistência por parte dos próprios usuários que os familiares participassem; a gente entende isso como uma maneira de buscar uma certa autonomia, uma certa distância dessa família, que é, as vezes, bastante complicado de fato tê-los muito próximos, aí precisa de um outro tipo de abordagem, não dá pra incluir, como a gente fazia no início por exemplo, a gente fazia grupos de usuários e familiares, mas a família atrapalhava mais do que ajudava nesses grupos, aí a gente resolveu começar a separar, deixar o espaço específico para o usuário, porque a família vinha e tomava o espaço, e falava, e ficava reclamando da pessoa, do que ele não fazia, de todas as dificuldades etc..., então, a gente achou melhor botar um pouco uma barreira, botar um filtro ali pra que tivesse espaço do usuário e que ele pudesse aproveitar isso da melhor maneira possível (F, 12/4/2006).

No entanto, cabe destacar que, numa visão mais abrangente e totalizante, a família é entendida, no cerne das condições de reprodução social do portador de transtorno

mental, como um sujeito que procura reconstruir relações cotidianas, criar novos sentidos, manter e fortalecer laços de sociabilidade. É percebida, positivamente, em suas possibilidades, potencialidades e recursos, como elemento fundamental à manutenção do poder contratual, à autonomia e à emancipação do portador de transtorno mental (ROSA, 2002, pp. 152-153).

As falas relacionadas a seguir apresentam a compreensão dos entrevistados com relação às possibilidades da participação da família no tratamento, e as dificuldades do CAPS em realizar esse tipo de atendimento. Um deles argumenta que o acompanhamento à família é essencial para minimizar os efeitos da convivência com o portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Acho que o atendimento familiar assim como ele pode ter dificuldades ele também pode te ajudar um monte, então, assim, tem os dois lados, as dificuldades eu acho que é porque também ele vai estar trazendo, vai sobrecarregando com mais, digamos assim, mais queixas, vai estar trazendo.., as vezes nem está relacionado ao usuário os problemas e as situações, embora eu acredito que na maioria das vezes ela ajuda, ela ajuda porque é que está convivendo com o usuário lá fora o tempo inteiro, que tem mais os dados, quem pode inclusive, ah! ele está muito sedado, vamos tirar esse remédio, esse remédio só faz mal, então, a família se ela não é bem orientada ela acaba, assim, tentando fazer o bem ela acaba fazendo o mal pro paciente, ah! não aquela atividade lá, ficar só batendo palminha, musiquinha, aquilo lá não vai ajudar você, é melhor eu.., vou te colocar de novo na escola porque se não você não vai trabalhar nunca, então todas as ansiedades da família, que se elas forem bem trabalhadas o usuário só tem a ganhar, agora, as dificuldades é: um espaço em que essa família seja acolhida, que ela seja realmente trabalhada e uma equipe, a formação, alguém com formação pra fazer isso, isso não tem (J, 22/3/2006).

Eu acho que o acompanhamento com a família ele é extremamente necessário pra elaborar a imagem que essa pessoa acabou deixando pra essa família; a família ela ainda tem uma imagem, ela tem o imaginário social em relação o que ela de repente produziu; então, há uma necessidade de se ter um acompanhamento com os familiares pra estar elaborando as relações, o dia-a-dia que ela tem com o portador de transtorno mental; as vezes se investe muito em acompanhamento com usuário e não se investe muito no acompanhamento com a família, a família está sobrecarregada, tem que se discutir a questão dos encargos familiares, porque as vezes ter um portador de transtorno mental junto com a família é extremamente estressante, e as vezes a família acaba colocando o portador de transtorno mental no hospital pra descansar, porque as vezes é complicado, tem um portador de transtorno mental que canta o dia inteiro, ou que não dorme durante a noite, dorme de dia, ou que quer ver televisão a todo momento, ou que fica conversando com a vizinhança a todo o momento, tem o portador de transtorno mental que com o seu sofrimento incomoda muito a família, então, tem de haver um profissional articulado ou apaziguador ou que provoque alguma

resolução nessa prática; [...] se não dá pro portador de transtorno mental morar com a família então que se haja (encontre) um espaço harmônico, mas a família tem que ser acompanhada sim (GIRASSOL, 20/3/2006).

Entre as dificuldades que os profissionais identificam na (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e estigma da loucura, ainda presentes no imaginário social das pessoas. Relacionamos na seqüência as respostas dos entrevistados, nas quais é expressa a relação com alguns dos aspectos enfrentados no cotidiano da vida dessas pessoas, em suas relações com a família, as instituições e a sociedade.

Em primeiro lugar a dificuldade de a família compreender o que a pessoa tem, pelo que ela passa, muitas vezes, a idéia é de que é um vagabundo, que o cara não quer trabalhar porque é vagabundo, não quer fazer nada só quer ficar em casa fumando, na frente da televisão porque é vagabundo; então, tem essa dificuldade de poder dar ou ter um certo olhar pra essa pessoa, pra esse usuário que não seja esse da discriminação; tem também o medo, o medo de que essa pessoa venha cometer algum crime, que é um pouco o mito da loucura, é o que envolve o mito da loucura, de ser alguém que é imprevisível e violento, o mito da loucura está muito marcado por isso, muitas vezes a família vem contaminada por isso, eu atendo uma mãe, por exemplo, que apesar de ser uma pessoa que contribui muito, mas ela tem medo do filho, ela tem medo, e ela reconhece isso, diz isso claramente, ela tem medo, agora menos, depois de um tempo isso está começando a se flexibilizar, ela está começando a entender um pouco diferente, mas ela tinha muito medo do que esse filho poderia fazer com ela, então, isso é algo que é bastante comum, mas isso é uma dificuldade; o outro aspecto da resistência é a idéia de que ele se tornou uma pessoa inútil, o usuário se tornou uma pessoa inútil, porque ele não pode trabalhar, que nunca vai fazer nada a não ser ficar como um louco, ficar como uma pessoa que não pode assumir responsabilidades, que não contribui, o aspecto financeiro é um problema; o Programa de Volta pra Casa não resolve isso integralmente porque ele é destinado pra pessoas que estão no mínimo há dois anos internadas, então, aqueles que não tem internação prolongada não têm acesso a esse recurso, então, ele passa a se tornar um peso econômico pra família e aí todos os outros problemas que são decorrentes disso (F, 12/4/2006).

Muitas vezes ele acaba sendo o membro da família rejeitado, ele tem o quartinho dele no fundinho. Bom, eu acho que é o próprio estigma de ter um doente mental, tem ah ele é doente mental, deixa ele quietinho lá porque se não ele vai incomodar, vai surtar, vai xingar e, que vergonha, aí os vizinhos; então, é o estigma do usuário, do paciente com transtorno mental, como muitas famílias não entendem elas tem até crenças de que isso é o demônio, isso é um castigo, ou é porque ele era uma pessoa ruim na vida passada, então, vem com mil, vamos dizer assim, explicações, que só atrapalham e impedem que aquilo seja encarado como..., ok isso aí é uma doença, e como é que a gente vai

fazer pra ajudar e tratar isso; então, os conhecimentos, a ignorância nesse sentido, [...] uma parte eu acho que seja pelo próprio desconhecimento do que é um transtorno mental, e do estigma de que o louco é o que rasga dinheiro e, enfim, isso dificulta, e aí quando você não tem um suporte pra dar à essas famílias aqui dentro, você só reforça lá fora esse estigma; então, claro, a pessoa chama a atenção da população, os pacientes que conseguem lá fora trabalhar e não ficar só dentro do CAPS, então, as oficinas que possam vir a dar renda, que elas sejam trabalhadas lá fora, até pra lá fora você convive com eles, percebe que eles não são os loucos que rasgam dinheiro, saem quebrando tudo e matando todo mundo, esse é o medo da população e acaba sendo o medo da família (J, 22/3/2006).

A questão da diferença do “louco” para o “não louco”, que na sociedade capitalista, é determinada pela relação produtivo/não produtivo, ou seja, aquele que detêm poder de consumo e aquele que não tem poder de consumo, também foi expressa pelos profissionais entrevistados como uma das dificuldades para a (re)inserção social do portador de transtorno mental, na família e na sociedade.

Eu acho que os limites do usuário; tem a coisa do preconceito, da loucura, ele, o usuário, ele não é alguém produtivo na família, ele não leva dinheiro pra casa, ele, ao contrário, ele só gasta, ainda tem que buscar remédio, ele dá mais trabalho ainda, ele não é produtivo, de maneira geral, então, isso já agrega um preconceito maior ainda, além de ter o preconceito da loucura, de ser..., enfim, alguém que tem uma “deficiência”, alguém que é muito dependente, ainda tem isso, então, ele não soma nada à família a não ser o incomodo; daí, geralmente, é uma mãe que até acolhe, ou pai, por questões afetivas, mas sempre está lidando com esse limite do usuário; tem famílias que não querem, tem muitas famílias carentes que não querem mais um problema, e quando a pessoa, então, saiu da família, que foi internada, e ficou um longo tempo fora, a família já se estruturou de forma a não contar com aquele usuário, então, já não conta mais com ele, passou três, quatro, cinco meses, aí vem uma pessoa trazendo toda uma dependência e que não é somar, ou as vezes as próprias crises dentro de casa, então, é difícil um cara que faz xixi no chão, um cara que toma um café e deixa sua xícara, um cara que quebra, que uma vez por mês quebra tudo, que bate nas pessoas dentro de casa, ninguém tem essa tolerância, tem que ser mais de uma pessoa pra suportar e, as vezes, uma pessoa, que é a mãe, suporta, mas os outros irmãos não entendem, não conseguem lidar com a questão, que é difícil mesmo, o nível de dependência, os limites, o risco que, enfim, pode correr o usuário (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Rosa (2003, p. 192), a família, apesar de procurar dividir com o Estado as demandas de cuidado do portador de transtorno mental, ainda é o principal agente responsável pelo seu provimento. Para implementá-lo, na divisão sexual do trabalho do grupo doméstico, seu ônus recai sobre a mulher. Todavia, diferente das demais

enfermidades, o transtorno mental se particulariza pelo fato de seu portador não se reconhecer como enfermo e por seu prognóstico figurar como uma incógnita, sem ter uma temporalidade previsível. Desta forma, em geral, o provimento de cuidados e o tratamento tornam-se impositivos para o portador de transtorno mental, que pouco colabora conscientemente no seu processo de recuperação. Por sua vez, o provedor de cuidado, com frequência a mulher, mãe, tem que ter uma disponibilidade de tempo, periódica ou indefinidamente, para exercer o seu papel. E, para satisfazer as necessidades individuais do portador de transtorno mental e as exigências de sua enfermidade, a mulher, mãe tem seu espaço de vida invadido, seus projetos de vida obstruídos pelas necessidades de prestar cuidado.

3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares

No contexto da Reforma Psiquiátrica, as organizações de usuários, técnicos e/ou familiares tem cumprido um importante papel na mudança do modelo assistencial em saúde mental, participando ativamente das discussões sobre os serviços e promovendo atividades que visam maior inserção social, geração de renda e trabalho e a garantia de direitos sociais. Essas associações constituem-se em importante instrumento de promoção da saúde e da cidadania de todos os envolvidos (BRASIL, 2004)

O CAPS Ponta do Coral conta com uma associação de usuários, familiares e técnicos. Apesar de estatutariamente estar prevista a participação e filiação de familiares e técnicos, atualmente, na prática, esta se tornou, efetivamente, uma associação de usuários. Em gestões anteriores, já teve em sua diretoria a participação de técnicos do serviço. Atualmente, dois técnicos acompanham as atividades desta, mas a diretoria da gestão atual (2006) é composta somente por usuários.

Com relação a participação dos usuários no planejamento das atividades do CAPS, os profissionais referem que esta acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, realizada semanalmente, na qual são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Contudo, os entrevistados observam que

existem dificuldades em realizar um processo de planejamento das ações do serviço, seja por particularidades dos usuários, seja por limitações e/ou problemas institucionais.

Assim, existem alguns espaços em que essas ações são tomadas em conjunto, a assembléia dos usuários, aqui é feita de terça-feira, em que é discutido desde a limpeza, o lanche, qual é o próximo passeio, o que vai ser de reunião, o que está sendo feito, quais são os informes em relação a saúde mental, em relação a congressos, encontros, comissões. O que eu percebo é que embora isso seja estimulado há pouca, baixíssima, aderência e quando há, em geral, são daqueles mais saudáveis no sentido de que de repente nem seriam usuários CAPS, mas eu acredito que isso seja também o próprio sintoma, de a dificuldade de lá fora conseguir um emprego, a dificuldade de iniciar uma atividade, iniciar um curso, é também pra se engajar na própria luta deles; o que eu percebo é que a família, em geral, quando pega isso vai adiante, os usuários tem poucos estímulos próprios, vamos dizer, pra continuar, pra se manter; então, na reunião da Comissão Ampliada²¹, aí participa um, mas depois a semana que vem já não vem; então, são poucos os que realmente conseguem dar conta, eu coloco a palavra no sentido de ser capaz para, tem essa dificuldade, eu acho que é própria condição (J, 22/3/2006).

Então, a gente procura estabelecer parcerias com a associação porque tem muitas coisas que pelo fato de a gente estar submetido a um organograma e a hierarquia, e aí os limites do serviço público, a gente não pode fazer; por exemplo, a questão da venda do material das oficinas, isso é algo que o CAPS não pode assumir, por conta mesmo da legislação que impede a gente de fazer esse tipo de atividade; então apesar de ter uma participação grande, o material vendido é o material das oficinas do CAPS, mas quem faz essa tarefa é a associação, é a associação que se encarrega da venda, de levar o material, de receber dinheiro etc.; além disso a associação se tornou efetivamente uma associação de usuários, apesar de o estatuto dela prever a participação e filiação de familiares e técnicos ela é uma associação de usuários na prática, e como articuladora de um projeto político e de reivindicação dos direitos do usuário dos serviços de saúde mental, como um instrumento pra viabilizar inserção no mercado de trabalho por exemplo, parece que são essas as funções da associação; com os usuários o que a gente tem é uma assembléia semanal onde são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; esse aspecto do planejamento da atividade ele de fato não tem a participação dos usuários até porque nem nós, como te falei no início, o nosso planejamento também é meio caótico, assim, a gente não tem um processo organizado de planejamento pra um ano ou mesmo pra seis meses, então, aí os usuários não chegam a participar desse planejamento, eles participam sim da discussão do funcionamento que é na assembléia,

²¹ A Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental (CPASM) é uma instância do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, criada através da Resolução N°1/CMS/2006, cuja finalidade é assessorar o plenário do conselho no que compete a formulação, implantação, implementação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas, ações e projetos em Saúde Mental, assim como prestar assessoria técnica ao gestor municipal. A CPASM é constituída por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde, e usuários e familiares da saúde mental (nota da pesquisadora).

que é toda semana, e aí se trata das coisas do dia-a-dia, é mais cotidiano (F, 12/4/2006).

A presença e participação dos usuários nas discussões e no planejamento das ações pertinentes à saúde mental vêm se ampliando progressivamente nos últimos anos. O processo de inserção inicia-se com o protagonismo dado ao sujeito na definição de seu projeto terapêutico, estende-se na organização de associações e na representatividade destas nos fóruns deliberativos (Conselhos de Saúde, Conferências, Comissões de Saúde Mental), e na participação em eventos científicos e espaços de militância política pertinentes à área da saúde mental. Essa é uma das formas em que a condição de cidadão dos portadores de transtornos mentais é resgatada. Segundo Rodrigues (2005, p. 80), “a participação política e militância de usuários e familiares em instâncias deliberativas ganham efetividade quando politicamente organizados”.

Neste sentido, a construção coletiva do protagonismo requer a saída da condição de usuário-objeto e a criação de formas concretas que produzam um usuário-ator, sujeito político. Isso vem ocorrendo através de inúmeras iniciativas de reinvenção da cidadania e *empowerment*, como atenta Vasconcelos (2000b), por meio de intervenções via associações de usuários ou de cooperativas sociais, ou ainda da participação política de tais atores nos mais importantes fóruns sociais de formulação de políticas da área, tal como nos conselhos de saúde e comissões de saúde mental.

Nas falas que seguem, os participantes da pesquisa destacam as dificuldades encontradas na organização, na articulação e no funcionamento da Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral²², bem como seus objetivos e principais lutas políticas por direitos.

Assim, eu acho que os usuários têm esse espaço da assembléia junto com os técnicos. É um espaço interessante, onde eles podem estar opinando, mais do que o da associação; o da associação é muito mais difícil de levar adiante; eu também já fiquei um tempo ajudando a associação, já fui até, uma época, da própria gestão, da própria diretoria, e a gente tem

²² Importante estudo sobre a Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral foi realizado por Rodrigues em dois trabalhos: RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral: desvelando sua significação**. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004; e RODRIGUES, J. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

que estar puxando muito como técnico, parece que deixar por conta deles a coisa não anda e, as vezes, a gente vê que fica mais um desejo nosso de que as coisas aconteçam do que deles; então, a assembléia pelo menos é um espaço que eu ainda acho que se consegue ter uma presença, agora a presença dos familiares no planejamento é muito pequena, poucos que vem, vem um ou outro, pai de alguém; dos usuários, eu acho que é mais nesse espaço da assembléia que acontece (P, 17/3/2006).

Os usuários, nós temos a assembléia dos usuários; então, na assembléia se discute algumas questões, por exemplo, as vezes o planejamento, funcionamento da casa, por outro lado nem tudo é discutido na assembléia, [...] tem uma atuação limitada, ela não é totalmente participativa. A associação, ela tem histórias de altos e baixos; teve momentos que a associação tinha uma diretoria, mas ninguém participava, não se articulava; tem momentos que a associação se integra mais, quando ela se integra a coisa fica também mais rica; nós temos aproximação, por exemplo, na questão do vale transporte, as reivindicações, sobretudo do vale transporte, de veículos pra passeio, pra participar de um evento, muito mais do que planejamento das ações, digamos assim, mais no sentido de luta por direitos e reivindicações (LÉLI, 4/4/2006).

A associação de usuários possui cinco objetivos: controle social, ajuda mútua, suporte mútuo, defesa dos direitos, geração de renda; em cima desse objetivos a associação realiza seu movimento e sua luta. Em termos do papel dos usuários no planejamento das ações do CAPS seria discutir esses objetivos em relação ao CAPS. Hoje, o que acontece, a associação de usuários acaba discutindo um pouco mais controle social; ela expressa a representatividade dos usuários na luta social, na dignidade humana, e também na geração de renda; outra coisa muito importante que a gente fala é a luta contra o preconceito, então, a associação ela participa mais nesse sentido, controle social, geração de renda e luta contra o preconceito no CAPS; esse é o papel dos usuários, realizar o controle social, participar da geração de renda e a luta contra o preconceito; a luta contra o preconceito significa realizar teatro, levar pras Academias, levar pra comunidade, mostrar que a história do louco no imaginário social das pessoas ela é transformada, pode-se reverter isso, e isso se reverte com música, cultura e arte (GIRASSOL, 20/3/2006).

O papel da associação no planejamento, é porque assim, a associação ela não é o CAPS, ela é uma entidade separada, a assembléia é uma assembléia geral do CAPS, é um mecanismo facilitador da participação dos usuários e técnicos na gestão do serviço; a associação é uma entidade, sem fins lucrativos, que foi criada e pensada pra que os usuários e familiares se organizem pela luta da política, pela luta da implantação da política de saúde mental, pela luta dos direitos, pela luta da implantação da Reforma Psiquiátrica, pela melhoria do serviço, então, assim, a associação ela caminha, mas ela é muito nova e aí se é muito nova tem uma estrutura um pouco frágil, então assim, a tua pergunta é se ela participa das ações do CAPS, ela participa sim, tem um elo de participação aí, tem um canal de participação, mas é frágil, é muito frágil, eu penso que é muito frágil porque aparece pouco (VIK, 24/3/2006).

Rodrigues (2005, pp. 81-82) destaca que as associações de usuários, enquanto dispositivos, possibilitam uma atitude política que oferece visibilidade ao usuário como ser cidadão e não apenas como portador de um transtorno. Segundo o autor, quando o usuário passa a ver, sentir, e ver sentido em suas ações associativas, sua prática organizativa torna-se efetiva e com empenho. Por isso, as associações precisam desenvolver estratégias mais amplas de adesão, visando revigorar seus quadros associativos. Nesta direção, a profissionalização e formação política dos dirigentes é vista como uma possibilidade para estimular a participação.

A compreensão das associações civis como relacionadas e condicionadas pelas associações políticas leva ao entendimento de que há uma sinergia entre a sociedade civil e a democracia política. Segundo Fleury (2004), a dimensão cívica da cidadania diz respeito à condição de inclusão ativa dos cidadãos à comunidade política, compartilhando um sistema de crenças com relação aos poderes públicos, à sociedade e ao conjunto de direitos e deveres que são atribuídos ao status de cidadão. Como dimensão pública dos indivíduos a cidadania pressupõe um modelo de integração e de sociabilidade, que transcende os interesses egoístas do indivíduo no mercado, em direção à uma atitude generosa e solidária.

A fala a seguir relaciona algumas dificuldades cotidianas vivenciadas na e pela associação de usuários do CAPS Ponta do Coral. Apresenta algumas possibilidades de atuação deste tipo de organização da sociedade civil, tanto com relação a parcerias com outras entidades, para o desenvolvimento de ações que visem a profissionalização e inserção no mundo do trabalho, quanto no processo de politização e conscientização de seus usuários com relação aos direitos de cidadania.

Eu acho que ela tem um papel relevante, a dificuldade é de incrementar esse papel relevante; os familiares vêm muito poucos; bom, talvez a gente não esteja também instigando, muitas vezes a gente convida, mas eu acho que, também, as vezes, falta um pouco de investimento da equipe para que os familiares estejam mais no CAPS; agora, a associação poderia fazer muitas coisas, desde convênios para cursos com esses órgãos que a gente tem, SENAI, SESC; poderia tentar uma penetração, mas isso seria uma outra realidade a ser criada; cada vez que entra uma gestão nova, a gente diz quem sabe agora; desde as pequenas coisas, até divulgar a lojinha aqui, é difícil, a gente uma vez fez uns folders pra distribuir aqui na vizinhança, uma vez a gente tentava vender as verduras que produzia, não conseguia muito, conseguia ali, vendia uma ou outra; agora em termos de espaço de fazer política eu acho que ela tem um peso, deveria realmente crescer, por mais que as pessoas tenham dificuldades; eu acho que tem que continuar existindo, tem que continuar batalhando para que eles possam estar assumindo um pouco

mais esse papel político, essa conexão com outras instâncias da sociedade; por exemplo, na questão até de trabalho, de poder a associação também ajudar nessa abertura de espaços de trabalho; teve uma vez que tentaram no Angeloni (supermercado), depois quando souberam que era portadores de transtorno mental não quiseram; eu acho que a gente precisava mostrar um pouco pra sociedade o que é o paciente psiquiátrico; assim, através desses recursos, não dá pra esperar vamos pra mídia, porque, assim, tem umas coisas que são boas, ótimas, mas são meio ideais, a gente tem que tentar começar com essas pequenas coisas que pode fazer: divulgar a lojinha, sei lá, fazer um contrato lá com o CIC pra fazer cursos, por exemplo, de pintura, coisas que são mais próximas da realidade exequível (P, 17/3/2006).

Para Rodrigues (2005) dois aspectos são importantes para compreender as dificuldades de falta de adesão e continuidade na participação dos membros da associação. Um deles refere-se aos elementos motivadores para a participação. Neste caso, é preciso considerar que a prática política de militância possui seus campos de conflito e tensões, que dentro da especificidade da loucura pode não conferir uma participação freqüente. O outro relaciona-se ao significado da associação na vida dos integrantes. Muitos usuários vêem a associação como possibilidade de geração de recursos financeiros, haja vista que o fator trabalho/vínculo empregatício é algo marcante na vida dos portadores de transtornos mentais, em decorrência de a maioria não possuir fonte de renda própria.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacaram o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário.

A primeira delas é a questão do controle social, a associação tem potencialmente essa função, não só dentro do serviço, mas também nas outras instâncias, conselho municipal de saúde, conselho local, aqui em Florianópolis estamos organizando uma Comissão Permanente, que é consultiva do Conselho Municipal de Saúde, é uma comissão de saúde mental, no estado (SC), a gente tem o Colegiado de Políticas Públicas e Atenção Psicossocial, que tem representação dos usuários; então, novamente, na questão da defesa dos direitos, na questão do resgate da cidadania, as vezes nem é resgate porque o cara nunca teve cidadania alguma, mas da possibilidade de instituir um certo nível de cidadania; eu vejo que a possibilidade de o usuário poder participar politicamente é algo que tem um efeito sobre a sua dinâmica, como tem efeito sobre a dinâmica de qualquer um que descobre um dia que tem essa possibilidade de participar politicamente, da vida política, e pro usuário de saúde mental isso muitas vezes é uma descoberta que representa uma guinada muito grande na sua vida, então, vamos dizer assim, tem um efeito terapêutico, um efeito clínico nesse sentido, além, obviamente, dos

efeitos políticos que isso representa, mas, mais individualmente tem esse efeito, da articulação com as outras pessoas, enfim, tem uma terapêutica aí que é função, mesmo que não reconhecida, mas é função das associações (F, 12/4/2006).

O principal papel das associações é não tornar que os serviços se tornem manicômios; a associação é a vida, é organização, é luta, é enriquecimento, é sentido de vida; tenho escutado muito de pessoas que tiveram suas vidas arruinadas que quando passaram a militar em associações de usuários passaram a ter um sentido de vida, passaram a conceber a razão da sua existência em vida; então, a principal importância das associações é não deixar que o serviço se torne manicômio, é tornar o serviço um pouco mais rico, com mais vida, é organizar a questão política, é falar em nome dos próprios usuários; então, a importância das associações de usuários é levar a boa nova aos CAPS, levar a boa nova aos serviços de saúde mental, levar a boa nova do modelo psicossocial, ou seja, discutir o controle da loucura, ou seja, a maior importância das associações é levar a discussão da liberdade, liberdade e dignidade dos portadores de transtornos mentais (GIRASSOL, 20/3/2006).

Além do tratamento e dos serviços, eu acho importante que a associação possa se fortalecer enquanto movimento popular de luta pela Reforma Psiquiátrica, que os usuários possam se conscientizar dessa importância de estarem articulados, lutando pela implantação da política, da política de saúde mental sob esse novo paradigma da Reforma Psiquiátrica; eu acho que essa é a maior importância, acho que essa é a maior tarefa da associação; claro que isso se reflete na micro política institucional no próprio CAPS; a associação vai estar lutando, a nossa associação aqui, por exemplo, já lutou pelo próprio vale transporte dos usuários, de ir até a secretaria (Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis) conversar com o secretário e reivindicar enquanto essa democracia representativa dos próprios usuários, técnicos e familiares; pela própria manutenção desta casa na época que houve a questão da construção da via de acesso ao Hospital Infantil, existia um projeto da outra via passar também por aqui, os usuários batalharam que essa casa se mantivesse aqui, que o CAPS se mantivesse aqui e conseguiram; então, acho que essa luta maior de articulação que exige uma consciência política dos líderes que estão na associação, dos usuários como um todo, é que é a grande tarefa da associação, só que isso se faz num trabalho de formiguinha, num trabalho miúdo (VIK, 24/3/2006).

Cabe destacar que o controle social compreende a participação da população na perspectiva da interferência na gestão da política pública de saúde, colocando as ações e serviços na direção dos interesses da comunidade e estabelecendo uma nova relação entre Estado e sociedade. Conforme Correia (2002, p. 212), controle social “é a atuação da sociedade civil organizada na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam às demandas e aos interesses das classes subalternas”.

A III CNSM ressalta a importância do controle social, através dos mecanismos já existentes (Conselhos, Conferências e Comissões de Saúde Mental, organizações da

sociedade civil e movimentos sociais), como forma de garantir o avanço da Reforma Psiquiátrica. Os indicativos da Referida Conferência destacam que o controle social deve constituir-se com a representação dos três segmentos – usuários, familiares e profissionais de saúde, na perspectiva de induzir uma ação de acompanhamento da construção das políticas municipais, estaduais e nacional de saúde mental. As Comissões de Saúde Mental em ação conjunta com os Conselhos de Saúde devem exercer seu papel de controle e fiscalização das políticas públicas, o que inclui o orçamento e a destinação de verbas para a saúde mental, em todos os níveis (BRASIL, 2002a).

A ação da sociedade civil e dos movimentos sociais é ressaltada visando a garantir que os programas de saúde mental não sofram descontinuidade por ocasião de mudanças de gestão administrativa e/ou política. Para tanto, devem ser criadas estratégias para a viabilização de maior envolvimento dos diferentes atores sociais com as questões da saúde mental. Entre estas, destacamos o papel das associações de usuários, técnicos e familiares e dos núcleos estaduais e/ou municipais do movimento da luta antimanicomial, na gestão dos serviços e na fiscalização das práticas de saúde mental (BRASIL, 2002a, p. 142).

3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia

A desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial são dois dos pressupostos teórico-epistemológicos orientadores das práticas assistenciais indicadas na e pela Reforma Psiquiátrica. Tendo isso em conta, perguntamos aos participantes da pesquisa se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas para a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referiram que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras.

As falas relacionadas na seqüência explicitam a percepção dos entrevistados sobre a questão e indicam algumas possibilidades que, segundo eles, poderiam favorecer o desenvolvimento de ações de reabilitação psicossocial.

Em parte sim, em parte; eu acho que como a gente não tem um sistema de avaliação a gente não consegue medir isso muito bem; a nossa intenção é essa, o que não quer dizer que as nossas ações consigam de fato alcançar; acho que a gente poderia fazer mais, a gente poderia ter uma articulação mais intensa e mais constante com outras instituições, com outros sistemas de atenção, além claro da própria rede de saúde, que não existe; em Florianópolis a gente não tem rede, até está se formando, dá pra dizer que está se formando, mas não funciona como rede ainda, efetivamente não funciona; a gente tem pouco contato com a atenção básica, com o PSF, que seria um parceiro importante, a gente tem pouco contato com os outros CAPS também em termos de troca, enfim, com outras instituições de saúde, então, acho que a gente ainda continua isolado, e aí pensar em reabilitação psicossocial com essas condições é um pouco mais complicado; a gente vê alguns efeitos, que a gente mede pelo usuário em si, que é o fato de que ele consegue evitar internação, que ele consegue muitas vezes voltar a trabalhar, sua participação nas oficinas passa a ser bastante diferente, enfim, mas são coisas que a gente não tem um instrumento pra avaliar (F, 12/4/2006).

Eu penso que sim, apesar de que hoje o programa de saúde mental não conta com uma rede completa de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, então, assim, a gente tem essa dificuldade; se existisse isso de forma mais estruturada, de forma mais incrementada seria mais fácil a reinserção social; por exemplo, a gente não tem leitos psiquiátricos no HU, um hospital geral, que já tem um ambulatório de psiquiatria, poderia ter um serviço de emergência, facilitaria, evitaria internações, um mercado protegido, um projeto de geração de renda também não temos, não temos os CAPS territorializados ainda, então, tem uma série de dificuldades colocadas aí que impedem essa reinserção social num tempo menor do que acontece hoje; acho que hoje o tempo que o usuário fica dentro do CAPS ainda é muito grande por conta de a gente não ter essa rede completa, que possa dar esse suporte extra CAPS. [...] eu não sei se isso acabaria institucionalizando, de certa forma sim, mas assim, isso está na pauta, e se isso está na pauta não está institucionalizando, você entende o que eu quero dizer? isso está sendo falado pro próprio usuário, isso está sendo dito pra ele, olha tu já está aqui muito tempo, o nosso objetivo pra ti, nosso projeto terapêutico pra ti seria de tu poder estar fazendo isso, isso e isso lá fora, então assim, não diria institucionalizado porque talvez institucionalizado seria quando a gente não se desse conta disso, ah não isso está rolando, o usuário está aqui há anos, ninguém está fazendo nada, continua na mesma, aí sim estaria cronificando, mas acho que não nesse sentido, de que isso está na perspectiva, a gente está querendo a inserção, a gente está querendo a rede extra hospitalar, a territorialização dos CAPS, só que a gente não tem uma série de elementos necessários pra fazer a reinserção, a política, o programa de saúde mental, aliás ele está sendo implantado, incrementado muito mais agora recentemente (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que sim, mas muito pouco ainda; elas se encaminham, elas têm como ideal, elas desejam, mas na prática isso é muito pouco feito; eu vejo que nesse CAPS a equipe acaba estando muito fragmentada porque faz milhões de coisas também, desde a parte administrativa, parte clínica, oficina, se divide; eu acho que deveria ter a equipe como um todo trabalhar nisso, mas ter também grupos de atuação, como a gente

chama de atuação local, então, ainda para o que necessita está muito pouco assim, muito aquém [...] A primeira proposta começaria via Regionais, nas Regionais; por exemplo, as pessoas iriam para os seus bairros, ver qual é a possibilidade, as possibilidades que existem pro usuário se inserir, mas não só a Regional, poderia ter um grupo mesmo, sair com o usuário, fazer a coisa mais concreta, ela é feita, mas é feito muito pontualmente (LÉLI, 4/4/2006).

Em geral sim, mas tem alguns pacientes que, por exemplo, circulam no CAPS e que não tem nenhuma indicação de estar no CAPS, então ele acaba sendo um lugar de institucionalização ou de capsização. Tem isso; isso acaba acontecendo, mas em geral não é isso; em geral eu acho que todas as nossas ações, o que a gente discute em equipe é até a tentativa de diminuir essa dependência, esse vínculo de dependência, que em algum momento ela pode ser muito importante, mas em outros ela é excessiva e acaba aprisionando o paciente dentro do CAPS, e aí o CAPS passa a ter o mesmo papel e a mesma função do hospital; e como isso é o que eles conhecem, esse repertório é o que se conhece, é mais fácil de se acostumar com ele do que ter uma nova postura, uma postura de que, não, aqui eu vou tomar conta do meu tratamento, eu vou lá fora procurar o que é meu...; não, (o usuário) acaba esperando, ah o que você falar está bom, e aí essa atitude bem passiva, que ela é muitas vezes muito cômoda pra todos nós em muitos momentos, pra uns mais que outros, essa atitude de comodismo, de esperar, é ótimo, e aí isso acontece, acaba acontecendo, embora as práticas, elas tem a idéia de que não seja voltada pra isso; não é o objetivo, mas a gente observa que as vezes é falho (J, 22/3/2006).

Essa pergunta é muito difícil [...]; eu acho que não mudou muito meu olhar, a gente tende a sustentar a institucionalização, a gente não consegue dar alta, o paciente não consegue ter alta, não consegue sair; assim, digo um paciente que realmente talvez esteja até mais comprometido com esse tempo aqui, tem paciente que está aqui desde o início; eu acho que a gente acaba reforçando um pouco isso por mais que a gente tem o desejo de que fosse o contrário; existe uma certa comodidade pro paciente também, aqui ele tem atenção, ele é aceito, não tem assim uma grande briga por ele ficar aqui; então, isso me preocupa muito, eu fico pensando: é uma contradição porque ao mesmo tempo que o nosso trabalho é voltado pra isso parece que a nossa ação acaba revertendo o contrário; a questão da cidadania, a questão da construção de outros laços, criação de outros espaços, eu acho que é muito precária ainda [...]; por isso que eu acho que a gente precisa também de ter formas de avaliação dos pacientes, muitas vezes fica assim um exemplo ou outro que você tem, aquela pessoa foi, está lá trabalhando, talvez ela não tenha também construído um elo tão pesado, tão forte com a instituição, que ela já veio, ficou um tempo, saiu, voltou a fazer outras coisas da vida; eu acho que a gente ainda está institucionalizando mais do que desinstitucionalizando [...] (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p. 14) observam que um dos caminhos mais importantes para o qual aponta a desinstitucionalização é o da criação de novas relações com a loucura. Estas se processam a partir da mudança das relações institucionais internas e de

desmontagem dos dispositivos da clínica e da psiquiatria, mas certamente não se restringe a isto. Novas subjetividades e um novo lugar para o sujeito louco só são produzidos em relação com o social. O trabalho de desconstrução da institucionalização, necessariamente, extravasa o contexto institucional específico, atingindo seu objetivo mais amplo de questionamento das instituições e subjetividades capitalísticas, a desconstrução como transformação cultural. Para os autores, através do trabalho no campo social a desinstitucionalização atinge seu sentido mais abrangente, como processo social amplo e complexo de participação popular, territorialização dos serviços, envolvimento de diferentes atores sociais, e mudança da relação social com o fenômeno da loucura.

Sobre este aspecto cabe destacar que a desconstrução do paradigma da institucionalização e a construção do paradigma da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial envolve um conjunto de ações teórico-epistemológicas e de práticas assistenciais, amparadas por um sistema jurídico-político capaz de criar e garantir direitos aos portadores de transtorno mental. De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (1987), a reabilitação psicossocial é o conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários (OMS 1987 apud PITTA, 2001).

Nesta direção, a formulação da política de saúde mental, orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais nos campos da educação, cultura, habitação, assistência social, esporte, trabalho, lazer e a articulação de parcerias com universidades, Ministério Público, organizações não governamentais (ONGs), visando a melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania do portador de transtorno mental (BRASIL, 2002a).

Com o objetivo de saber se existem e identificar quais são as práticas de reabilitação psicossocial desenvolvidas no e pelo CAPS Ponta do Coral, perguntamos aos participantes da pesquisa se existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer. Do total de profissionais que responderam ao formulário, a maioria (66,7%), disse não existir, dois referiram não saber responder, e dois destacaram que existem. Dentre os que responderam que não existem tais práticas, um observou não ter conhecimento, oficialmente, das parcerias, um deles destacou que existem poucas e de acordo com o planejamento terapêutico do usuário, e um outro disse que tem em momentos específicos, mas não de forma contínua. Entre os que

responderam que sim, um referiu-se a experiências muito pontuais como por exemplo o uso da quadra de esportes próxima, e outro identificou parcerias com fundações municipais e estaduais de cultura.

Neste aspecto, os indicativos aprovados na e pela III CNSM ressaltam a necessidade de se priorizar, no âmbito da assistência em saúde mental, políticas que fomentem a autonomia dos portadores de transtornos mentais, incentivando o exercício da cidadania plena. Devem-se buscar parcerias entre o poder público e organizações civis para o desenvolvimento de projetos sociais e comunitários, de geração de renda e de acesso a todos os direitos, que possam funcionar como apoio na (re)inserção social destas pessoas.

No estudo realizado, perguntamos aos profissionais se as práticas assistenciais desenvolvidas no e pelo CAPS possibilitam ao usuário a construção de sua autonomia. Os entrevistados destacaram a necessidade de refletir conceitualmente sobre o que seja a autonomia do portador de transtorno mental, como avaliar a autonomia da pessoa. Referiram que, em geral, o serviço consegue cumprir com a função de estimular o usuário à conquista de sua autonomia.

A questão é discutir o que é autonomia, eu sempre parto do princípio de que autonomia não é independência, autonomia na verdade é a possibilidade de a gente poder ampliar as dependências, que é a vida de todo mundo, ou seja, eu pra viver eu dependo de um monte de gente, um que paga meu salário, outro que falo aqui, outro com quem eu me ligo afetivamente, enfim, eu dependo de uma porção de gente e isso me dá autonomia porque eu posso depender de muitas pessoas e de muitas instituições, muitos sistemas; o problema do usuário de serviço de saúde mental, paciente psiquiátrico é que ele, geralmente, depende ou das mesmas pessoas ou das mesmas instituições, ou seja, a capacidade de autonomia dele está muito reduzida porque ele não tem como circular socialmente, ele ou está sempre dentro de casa ou de casa pra uma instituição, seja ela o CAPS ou hospital psiquiátrico; então, pra mim autonomia é isso, é essa possibilidade de você ir ampliando os vínculos pra que você possa depender de muitas pessoas ou de muitas coisas ou de muitas instituições porque afinal de contas, em última instância, essa autonomia tomada como independência ela é imaginária, ela é irreal, não existe; então, eu acho que a gente consegue isso, a gente consegue ampliar a autonomia dessa maneira, primeiro porque o CAPS acaba se tornando um centro de convivência, então, o efeito imediato é que a pessoa deixa de ficar sozinha ou só com a família e passa a conviver com outras pessoas, esse é o efeito imediato, passa a ter outras relações que muitas vezes se desdobram, saem daqui, as pessoas fazem programas juntos fora, pinta relacionamentos amorosos ou só relação sexual, que seja, mas enfim, é uma oportunidade nova que o cara não tinha, encontrar alguém mesmo que seja só pra transar, então, isso já é um ganho também, já implica na ampliação de autonomia; eu vejo que muita gente aprende a lidar com o serviço público, aprende a correr atrás dos seus direitos, aprende a lidar com outros serviços de saúde, passa a

procurar o posto de saúde onde mora ou passa a ir pegar medicação em tal lugar sozinho, por conta própria etc.; eu acho que a gente consegue essa função, a gente consegue autonomia nesse sentido, mas pode ser melhor, na medida que a gente tiver uma rede, que a gente se inserir nessa articulação com outras instituições, com outras instâncias, a gente consegue fazer isso de maneira mais eficaz (F, 12/4/2006).

Em alguns casos sim, eu acredito que alguns casos quando não há uma limitação interna eu acho que sim, que é possível, através até da participação nas oficinas, nos grupos terapêuticos, da adesão ao tratamento médico; muitos conseguem realmente; passaram por um episódio, uma crise, conseguiram ficar bem e voltar para as suas atividades diárias, eu acho que quando eles aderem ao tratamento, quando há essa adesão, quando eu digo ao tratamento é ao projeto terapêutico deles, e não tem uma limitação, vou colocar entre aspas “uma seqüela” da própria doença muito forte, há essa possibilidade; em alguns outros casos eu acho que é difícil, assim, não é tão fácil medir isso, o que, quem melhora, quem não melhora, aquele que consegue voltar, aquele que não consegue, as vezes alguém que tem até uma doença mais incapacitante consegue, outros não, depende, depende do apoio que ele tem, do externo, da família, ou da própria sociedade, da comunidade em que ele é inserido, isso tudo faz diferença, que tem o background do que ele era antes, isso também faz a diferença, ele consegue resgatar; quando já não se tem muito o que resgatar aí fica mais difícil trabalhar; é individualizada essa resposta, mas eu acredito que em alguns casos sim, consegue essa (re)inserção de uma maneira muito boa e gratificante para os dois, pro usuário e para os profissionais (J, 22/3/2006).

[...] dependendo de como o serviço é gerido, dependo de dentro de que política de saúde mental esse CAPS está inserido, ele pode ao invés de estabelecer uma autonomia, mesmo que ele tenha uma boa vontade de estabelecer autonomia, ele acaba tornando a pessoa mais dependente ainda do serviço; então, é uma grande armadilha a construção da autonomia, não só especificamente pro CAPS Ponta do Coral, mas pra todos os CAPS que eu tenho visto; então, a gente volta novamente na questão da avaliação, novamente na discussão dos termos, eu acho que a questão dos conceitos ela tem que estar muito clara, o que significa cada conceito, eu sempre tenho batido muito nisso; o que é autonomia? É a pessoa ter minimamente condição de governar a sua própria vida, gerir sua própria vida, Ok! a gente estimula a pessoa a fazer isso, trabalha nesse sentido com a questão da autonomia, agora, quais são os parâmetros que nós vamos utilizar pra avaliar essa autonomia, isso a gente não tem muito claro ainda, acho que necessita; então, o CAPS possibilita autonomia, mas ao mesmo tempo não tem uma análise crítica [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Não obstante, cabe-nos destacar que a compreensão sobre autonomia que orienta este trabalho refere-se “a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente”. Neste caso, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas

relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001, p. 57).

As falas relacionadas a seguir destacam como o atendimento no CAPS Ponta do Coral possibilita a construção da autonomia do usuário.

Eu acho que em formas gerais sim, na relação que os técnicos tem com o paciente; agora, as vezes, a gente tem uma postura muito assistencialista em muitas situações, um assistencialismo que acaba prendendo o paciente, institucionalizando; são situações, eu acho que as vezes a gente repensa sobre elas, não foi bem por aí, mas, assim, eu vejo as pessoas contando a história do CAPS, teve muitas experiências que foram positivas também, que chegaram a um resultado, assim, sem muito recurso, sem muito com que contar fora da própria equipe, fizeram coisas que são surpreendentes em relação a tantos pacientes; eu acho que essa maneira de você poder dar voz, poder valorizar aquilo que a pessoa faz, consegue fazer em uma Oficina por exemplo, eu acho que essa é uma maneira de você conferir uma posição mais sujeita, mais ativa mesmo (P, 17/3/2006).

Sim, eu acho que sim, só que eu acho que a gente possibilita em alguns casos, não tem uma história linear de possibilitar a todos, eu acho que tem um projeto de possibilitar, mas isso não acontece o tempo todo, porque também isso não é uma via de mão única; hoje, eu já fui mais ingênua em relação a isso, muitas vezes uma pessoa que ficou trinta anos, vinte anos no hospital psiquiátrico, eu não sei mais se ele quer ter mais autonomia, muitas vezes ele quer, não quer; se a gente entender autonomia como trabalhar, seja em qualquer lugar, com uma bolsa trabalho, entender autonomia como decidir ir final de semana para uma praia, autonomia como ir ao supermercado, escolher o que vai comer, até certo ponto sim; por exemplo, se tenta até que muitos usuários saiam no final de semana, a gente na reunião das Regionais combina que eles possam ir, no final de semana, para um passeio, e eles não vão, eles ficam em casa, só vão se o técnico for, no dia de semana; então, acaba ficando um outro processo de não autonomia; então, a luta, a intenção é que isso se dê de outra forma, que também não fique dependendo do CAPS; existe uma construção pra isso e isso acontece, em certa medida acontece, mas ainda não como gostaríamos, porque nós também temos uma idealização de autonomia [...] alguns casos tem sim, vão até um certo ponto da autonomia que é possível pra pessoa, e outros vão mais além, outros regridem (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre as possibilidades de construção da autonomia do portador de transtorno mental, Kinoshita (2001, pp. 56-57) considera que a contratualidade do usuário, primeiramente vai estar determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Estes podem emprestar seu poder contratual para possibilitar relações e

experiências renovadas ao usuário, através de seu prestígio, de sua delegação social, do saber reconhecido pela sociedade. O referido autor destaca que aos profissionais é dada a capacidade de elaborar projetos, isto é, ações práticas que venham a modificar as condições concretas de vida do usuário.

A entrevista citada na seqüência relaciona a construção da autonomia do usuário a ações que envolvem outros serviços e outras políticas sociais como uma possibilidade para que o portador de transtorno mental adquira sua independência econômica. No caso, a profissional refere-se a Política de Assistência Social, através do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Outro recurso financeiro que pode ser acessado pelos egressos de internações psiquiátricas prolongadas é auxílio reabilitação psicossocial instituído com o Programa de Volta Pra Casa, através da Lei Federal N° 10.708/2003.

[...] um outro elemento pra isso (autonomia) são os usuários que estão totalmente desprovidos de qualquer recurso material que conseguem o BPC e isso garante autonomia porque ele tem o mínimo pra poder dar conta das suas necessidades materiais; então, muitas vezes, ele está numa condição muito vulnerável e aí passa a poder comprar aquilo que ele deseja, minimamente, porque é muito pouco o valor, mas consegue algumas coisas e isso garante essa autonomia, porque as vezes ele fica na família, fica sendo aquele peso que só incomoda, que não tem recurso financeiro nenhum porque ele está fora do mercado de trabalho mesmo, então, aí o benefício da previdência social também é um elemento de autonomia e de reconstrução da cidadania, mas entre todos esses outro que eu falei, do próprio material que ele tem contato na oficina terapêutica que ele consegue produzir algo; aquele usuário que é egresso do hospital psiquiátrico de polireincidência nas internações que consegue produzir uma peça bonita e que essa peça é vendida e que depois recebe o dinheiro dessa venda, também confere autonomia, confere cidadania, auto-estima (VIK, 24/3/2006).

Entendemos que a possibilidade de ter recurso financeiro próprio favorece sim a independência econômica do portador de transtorno mental, possibilitando-lhe uma vida com maior autonomia. Contudo, conforme destacou a entrevistada este é só um dos elementos que compõem o rol das necessidades humanas. A reabilitação psicossocial é um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia (KINOSHITA, 2001). Neste sentido, reabilitação e construção da autonomia caminham lado a lado.

3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental

A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos entrevistados como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista jurídico-política dos direitos do portador de transtorno mental.

Eu acho que hoje a gente já tem uma rede assistencial muito mais capacitada e quantitativamente significativa; no Brasil já são 800 CAPS; o fato de que tem recurso financeiro do Ministério da Saúde destinado, especificamente, à saúde mental, isso facilita a criação do serviço no município; em termos das modificações em relação ao que seja a loucura, o que seja o transtorno psíquico, acho que apesar das dificuldades a gente já conseguiu avançar com relação a isso, a gente já conseguiu trazer a discussão pra sociedade de uma outra maneira, levantando a necessidade de olhar isso também de uma outra forma; a medida que as pessoas começam a sair dos hospitais e voltam a morar seja em residências terapêuticas, seja com a sua família, e conseguem se manter bem dessa maneira isso também vai mudando o olhar das pessoas, pelo menos daquelas que o cercam; os projetos que a gente chama de modificação da cultura, a modificação da cultura manicomial, isso eu percebo que há um avanço, gradual, lento, tem um monte de resistência, mas a gente consegue, conseguiu, tem conseguido, e isso implica também no avanço político, no sentido da garantia do direito, no sentido de ter algumas prerrogativas preservadas com relação ao direito do usuário; então, eu vejo que de uma maneira geral a gente tem avanços e avanços muito significativos se a gente compara o que era transtorno mental há vinte, trinta anos, nesse país, tem coisas muito importantes que eu identifico (F, 12/4/2006).

Acho que a própria existência de CAPS, os hospitais dia, de ambulatórios de saúde mental, próximos as casas de onde o paciente mora, o Programa de Volta pra Casa, a possibilidade de uma residência terapêutica, são todas medidas atuais e dispositivos atuais que possibilitam essa nova forma de encarar o que alguém portador de transtorno mental pode ocupar, o que eles podem ocupar; então, eles podem ocupar os espaços, eles podem começar a fazer parte daquela comunidade (J, 22/3/2006).

A fala a seguir expressa como foi, historicamente, se alterando a forma de assistência ao portador de transtorno mental e de atenção em saúde mental na política de saúde do município.

Eu acho que a questão de criar um espaço que é aberto já é uma conquista; eu acho que hoje a gente tem essas possibilidades de CAPS, no posto de saúde mesmo; [...] quando eu comecei a trabalhar na prefeitura, há 20 anos atrás, assim, era uma equipe de um psiquiatra com mais um monte de estagiários de psicologia que saía em uma Kombi velha pra fazer alguma coisa, quando pintava um problema lá com um paciente do Campeche por exemplo [...]; não tinha nada na prefeitura há 20 anos atrás de saúde mental, então, hoje já tem, está se criando uma rede, tem profissionais nos postos, tem psicólogos, se pensa em fazer treinamento de agente de saúde, treinamento de clínico geral, já se fez algumas coisas; eu acho que isso, imagino que alguém que fica confinado dentro de um espaço, ele ter a possibilidade de circular, mesmo o pessoal do HCTP, eu acho que pra eles, assim, tem uns que não querem muito mais que isso na vida, pelo menos eles não estão tendo que trabalhar duramente como trabalhavam quando eram crianças, vem aqui, circulam, comem uma comida, anda aqui, vê televisão, bom! talvez essa seja a vida que eles querem, talvez seja...., já sai lá daquela estrutura fechada (P, 17/3/2006).

Na seqüência, a entrevistada relaciona algumas formas de exercício da cidadania que o usuário pode acessar com o tratamento no CAPS.

É, se for pensar que muitos usuários eles tiveram uma história, antes do surto, de uma vida organizada socialmente, trabalhando, talvez seria a reconstrução da cidadania, mas a medida que vem todo o isolamento propiciado pelo hospital psiquiátrico, todo o estigma do transtorno mental que a própria comunidade coloca, realmente de fato foi perdida; quando ele chega no CAPS e se propõe a se beneficiar desse espaço, assim, de fato se vincula ao projeto terapêutico dele, acho que ele consegue reconstruir elementos pra essa cidadania, num primeiro momento autonomia, acho que o cartão do vale transporte, o exemplo que eu posso dar, o cartão do vale transporte que é oferecido no período que ele tem tratamento aqui é o mesmo cartão do cidadão que vai comprar lá no SETUF, então, aquele usuário que é estigmatizado, eu já presenciei essa cena, um usuário de uma comunidade de periferia que era o louco do bairro, ele entrou dentro do ônibus com o mesmo cartão que qualquer outra pessoa, passou o seu cartão, veio pro CAPS, depois foi embora pra sua casa, então, isso já é um elemento, muito pequeno, mas é um primeiro elemento talvez, que começa aí, de ele se reconhecer enquanto sujeito, enquanto cidadão, e depois aqui também, a possibilidade de participação, no momento que ele consegue produzir algo numa Oficina, no momento quando ele consegue, na clínica, se dar conta dos seus conflitos e ter mais qualidade de vida nas relações [...] (VIK, 24/3/2006).

Uma das entrevistadas fez destaque às formas de atuação que, na sua opinião, representam conquistas significativas e correspondem a práticas que favorecem o exercício da cidadania do portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Avanços, pra começar, acho que o grande avanço foi a Reforma Psiquiátrica, a construção do CAPS, dos CAPS, as portarias que fazem com que os hospitais psiquiátricos sejam substituídos por vários CAPS, esse foi o grande avanço em primeiro lugar, porque é o momento de tirada das pessoas desses castelos, dessas muralhas, não só porque ficaram ali presas, mas de todo aquele sofrimento mesmo, de miséria, enfim, como os últimos dos últimos, então, eu acho que esse é o primeiro ponto, é que os sofredores de transtorno psíquicos e mentais não ficassem segregados, mas poder estarem sendo mostrados e expostos - uma parte da sociedade, são pessoas que podem transitar, que estão aí, não necessariamente precisam ser escondidos como uma vergonha; junto aos CAPS, isso não caminha sozinho, tem a construção as redes de atenção básica também; [...] mas quando fala em cidadania acho que tem três eixos: um é a construção do CAPS, de serviços como o CAPS, outro são as residências terapêuticas e o outro a economia solidária; hoje eu vejo como isso, assim, esses três projetos, que foram feitos com luta, porque a primeira luta foi dos hospitais, então, tem as portarias que substituiu os hospitais por CAPS, progressivamente, tem toda a luta do movimento antimanicomial, tem as leis que protegem, tem esses três eixos; residência terapêutica é um lugar de resgate à cidadania porque a pessoa vai poder estar numa casa, vai poder comprar um bombril pra limpar a panela, vai poder comprar tomate e batata, vai começar a transitar no meio de outras pessoas, com a vizinhança, a se autogerir, poder fazer escolhas para sua casa, onde ele quer botar um quadro, onde ele quer botar o guarda-roupa, sua roupa, com outros colegas, mas enfim...; tem também a economia solidária que é o momento de autogestão, de fazer escolhas também, de decidir sobre sua vida, em uma certa instância, porque em última instância, em última análise ninguém daqui decide sobre a sua vida, nem eu, nem tu, a gente já nasce num sistema que te absorve e a gente é o que em última análise o capitalismo quer que a gente seja mesmo, nossa roupinha, nossa comida, nosso padrão de beleza, tudo a gente faz como é vendido; eu acho que essas iniciativas, porque a economia solidária não é só cooperativa, não é só associação, não é somente, é uma outra forma de produzir trabalho e discutir sobre esse lucro, que antes estava na mão de algumas pessoas, então, é dividir, eu também decido sobre o que é o meu trabalho, eu não me alieno dele, mas eu sei onde é que vai o meu trabalho (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Fleury (2004, p. 4), os grupos excluídos estão, em geral, impossibilitados de participar das relações econômicas predominantes no mercado, como produtores e/ou consumidores, e das relações políticas vigentes, os direitos de cidadania. Segundo a autora, esta situação é agravada pela transformação das políticas públicas de proteção social, afastando-se de um modelo de seguridade social, que buscava assegurar coletivamente o mínimo vital para todos os cidadãos, em direção à individualização da pobreza e da exclusão.

Conforme aponta Pitta (2001), o homem moderno, acriticamente, persegue formas de inclusão social pelo trabalho, desconsiderando o fato do trabalho não ser nem

tão disponível nem tão flexível para suportar as diferentes demandas individuais e coletivas que a sociedade moderna impõe. Não obstante, a tradição asilar e assistencialista das instituições psiquiátricas, historicamente, caracterizou-se pela função de excluir os marginalizados, produtos das disfunções do modo de produção capitalista e da divisão social do trabalho. Em geral, a população internada, e muitos dos egressos de hospitais psiquiátricos atendidos nos CAPS, está cronificada, com poucas chances de retorno ao mundo do trabalho capitalista.

A fala relacionada a seguir traz a compressão e reflexão, do profissional entrevistado, com relação ao conceito de cidadania e as implicações práticas deste quando se tem como parâmetro uma concepção e um modelo de cidadania pautado na lógica da racionalidade.

Eu tenho visto que está se percebendo uma maior clareza da necessidade dessa cidadania do portador de transtorno mental, porém ainda falta um pouco mais de discussão em nome de que direitos o portador de transtorno mental tem pra fazer cidadania, porque é assim, a cidadania dentro desse modelo francês - igualdade, fraternidade, liberdade, ela exige muito a questão da razão, pra você exercer cidadania você tem que falar em nome da razão, e muitas vezes o usuário, quando está em crise acaba não falando numa razão, acaba falando uma desrazão, e aí como fazer? como dar conta disso? ainda não temos resposta, em nome de que cidadania é reinventada uma cidadania para os loucos, mas tudo bem, isso é pra gente pensar; então, o avanço que tem em relação a construção da cidadania é quanto mais ter associação de usuários em que se discuta cidadania, mais vai ter cidadania, que eu não acredito que os CAPS tenham trabalhado muito nessa lógica, porque acaba não discutindo a questão da cidadania, que cidadania é essa, o que se entende por cidadania, o que é o ser cidadão [...](GIRASSOL, 20/3/2006).

A cidadania integra as exigências de justiça e exercício democrático do poder; o sentimento de pertencer a uma comunidade e de estar integrado a uma dada coletividade social, em determinado espaço territorial (FLEURY, 2004). A idéia de direitos do cidadão – civis, políticos e sociais – remete a construção dos Estados nações, em que o princípio das nacionalidades precede o ideal filosófico cidadania universal. A cidadania, definida pelos princípios da democracia, constitui-se na criação de espaços sociais de luta (movimentos sociais) e na criação de instituições permanentes para a expressão política; significa, necessariamente, conquista e consolidação social e política (VIEIRA, 2002, p. 40). Ainda, a cidadania passiva, outorgada pelo Estado, se diferencia da cidadania ativa, na qual o cidadão, portador de direitos e deveres, é essencialmente criador de direitos para abrir novos espaços de participação política.

Diversos são os obstáculos para o exercício da cidadania do portador de transtorno mental entre estes a vinculação dos direitos a racionalidade instrumental-cognitiva da ciência; a vinculação da sua prática a inclusão controlada no mundo do trabalho, modelo este que, no caso brasileiro, é denominado por Santos (1979) de cidadania regulada. Vasconcelos (2000b, p. 191) indica que, para aqueles que assumiram a proposta da desinstitucionalização e reinvenção da cidadania no campo da saúde mental, há de considerar que estamos diante de um terreno de relações de forças complexo e paradoxal, em que a manutenção do caráter democrático nas relações exige abandonar esquemas conceituais lineares, onipotentes, que queiram garantir de antemão a sua eficácia.

Fleury (2004, p. 12), observa que “a mediação entre os indivíduos e o Estado, através da igualização realizada na cidadania só é efetiva, na medida em que a sociedade civil seja capaz de realizar as funções de agregação dos interesses, reconhecimento dos sujeitos e sua inserção na esfera pública. Só assim a cidadania deixa de ser um invólucro legal e passa a ser um exercício na vida social”. Portanto, uma visão mais ativa de cidadania requer um sentido de sociedade civil como uma esfera pública onde os cidadãos se encontram em reconhecimento mútuo, e isto faz possível a sociedade plural.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referiram que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental substitutivos ao modelo tradicional/asilar. As falas a seguir identificam estas dificuldades fazendo uma análise da questão na realidade da sociedade capitalista atual.

Tem o mito de louco, do louco perigoso, do louco imprevisível, é algo que pesa muito [...], que é a lógica do mercado; pra nós, basicamente, estar inserido na sociedade é estar trabalhando, a gente se pauta muito por isso, pra poder se considerar inserido, vinculado no mundo você tem que estar no mercado de trabalho e, muitas vezes, essa lógica enlouqueceu muita gente, e as pessoas não conseguem, principalmente os usuários dos serviços de saúde mental, os psicóticos em particular, tem muita dificuldade em entrar nessa lógica, e se submeter a ela, coisa que pra qualquer um tem um custo muito alto em termos de saúde, eu digo quem está inserido mesmo no mercado de trabalho, em termos de saúde, de relação com a sua família, com as pessoas que gosta, com os amigos etc., isso tem...; viver para o trabalho é algo que pra nós é insalubre de uma certa maneira, a gente não faz outra coisa a não ser trabalhar; então, pra essas pessoas que estão fora do mercado de trabalho

é muito complicado poder voltar, o que sobra é uma rede de assistência que na nossa realidade é sempre capenga, sempre parcial, tem dificuldade em aceitar o louco por conta desses mitos, e, também, da própria resistência do usuário, da pessoa com esse tipo de dificuldade de entrar nessa lógica, no que ele de uma certa maneira faz muito bem, algo que cria outros problemas pra ele (F, 12/4/2006).

São tantas, é assim, primeiro lugar, eu vejo assim, com todo o preconceito que tem da loucura, tem uma coisa no nosso sistema capitalista que é a questão da produção, produção de capital, produção de bens, e inserção no comércio, no mercado de trabalho, então, o portador de transtorno, sofrimento mental, ele a princípio, quando ele está nesse estado, ele não é produtivo, produtivo pra esse sistema capitalista, ele não trabalha, ele não consome muito, porque ele não vai ter dinheiro, portanto, isso de maneira geral, a gente sabe que as pessoas de posse, que a loucura, o sofrimento psíquico ele atravessa qualquer classe, mas 90% tem isso; então, a princípio existe a exclusão, já existe esse preconceito também, mas muito mais que isso, que a sociedade de fato ela é dividida entre os que produzem, os que fazem a engrenagem funcionar e os que estão a margem, então, o usuário é mais um que está a margem, assim como o menino de rua, os rapazes do morro, então, ele é mais um, também, que causa incomodo, e ele no Estado, das políticas públicas do Estado ele seria como só o gasto, não seria mais uma produção; além de ser uma sociedade racionalista que tem toda a sua formação no discurso, no discurso reto, no discurso racional, na fala, a fala racional, na linguagem articulada como o único meio privilegiado de comunicação, e o usuário, muitas vezes, não tem esse instrumento, por conta da sua fragmentação, da sua história, da sua medicação, da própria coisa do delírio, muitas vezes ele não tem o tempo todo essa fala coerente, esse discurso, dessa forma já faz com que ele não seja inserido, uma vez que ele é a minoria digamos assim (LÉLI, 4/4/2006).

Hoje, a gente fala muito em rede de atenção psicossocial; eu percebo que é uma rede que ela tem que estar instituída, que são locais de proteção para o portador de transtorno mental, são as certezas, são os caminhos certos que os usuários teriam, a rede; o problema a começar é que nós não temos essa rede instituída, entendo por rede: emergência psiquiátrica ou emergência em atenção psicossocial em hospital geral, CAPS III, CAPS II, CAPS criança e adolescente, CAPS álcool e droga, associação de usuários, escritório jurídico para amparar o direito do portador de transtorno mental, atenção primária em saúde mental, equipes volantes, centros de convivência, enfim, tudo o que preconiza a rede em atenção psicossocial, esse seria o primeiro passo; então, essa dificuldade, não temos a rede em atenção psicossocial, esse é um passo; segundo, o próprio imaginário social das pessoas em relação a loucura e ao louco, isso é uma outra dificuldade, que daí entra em cena o estigma e o preconceito, onde o portador de transtorno mental passa a não ter crédito na comunidade, e isso ainda é uma dificuldade; e, claro, depois tem toda a questão do trabalho, as cooperativas de trabalho, que ainda não se discute muito em Santa Catarina, não conheço nenhuma cooperativa social de trabalho para portadores de transtorno mental, que é uma forma de gerar trabalho diferente dessa preconizada pelo modo de produção capitalista, que você tem que produzir pra receber, isso é uma outra dificuldade, a dificuldade em cima da questão do trabalho, do emprego, que muitos acabam tendo seu reconhecimento, sua valorização em cima

do dinheiro que tem no bolso, o poder contratual que a pessoa possa ter, as vezes, na sociedade, é o quanto ela tem no bolso, e a maioria dos usuários não possui isso, e é aonde muitos acabam querendo se aposentar para poder ter o seu dinheiro, que não tem outra alternativa ou clareza do que fazer pra ter dinheiro, então, esse é um problema enorme na questão da reinserção social (GIRASSOL, 20/3/2006).

Os participantes da pesquisa apontaram que uma das possibilidades para a (re)inserção familiar e social pode ser a separação das oficinas produtivas da área física do CAPS. Esta proposta e os projetos de geração de renda via economia solidária foram apontadas por alguns dos entrevistados como uma das alternativas para a realização de uma maior integração do serviço com a comunidade, bem como a melhor adequação do próprio espaço físico do CAPS.

[...] a questão do projeto de geração de renda, que eu acho que de fato está faltando, inclusive a gente já está também se mobilizando pra tentar criar um projeto nesse sentido, porque os usuários aqui, nas oficinas terapêuticas produtivas, eles conseguem ter acesso ao material específico de cada oficina produtiva, também, a técnica de produzir o artesanato, mas não tem mercado; eles conseguem vender as peças, conseguem resgatar uma grana, mas não é suficiente pra poder manter ele, manter as condições de sobrevivência; então, precisa implantar essa geração de renda, de fato acho que vai dar um gás pra essa (re)inserção dos usuários que estão sendo tratados do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Já para uma das profissionais entrevistada as dificuldades na (re)inserção social estão mais relacionadas a questões de singularidades dos portadores de transtorno mental.

Eu acredito que volta de novo pro estigma, vai voltar pra própria incapacidade, pra própria dificuldade do usuário, do paciente; muitas vezes eles poderiam fazer algo muito mais do que fazem, e aí tem o medo, o medo deles, o medo de eles terem de enfrentar a própria doença, de eles terem que enfrentar os outros, e a hora que eles conseguem fazer esse movimento aí vem o medo do outro, aí é mais fácil ficar parado, aí volta pro comodismo, mas de alguma forma se a gente consegue..., aí não precisa de grandes movimentos, eu imagino que pequenos movimentos dentro da comunidade, que seja, alguém ir conversar com o diretor da escola, ir conversar, aí a diretora consegue conversar na sala, vamos supor que tem alguns pacientes, mais jovens, que pelo surto psicótico deixaram de ir e aí não retomam, não retomam porque tem medo, porque as vezes vão rir dele porque ele é louco; então, pequenas intervenções, elas tornam possível mudar um pouco essa inserção, essa reinserção, mas a gente esbarra de novo na falta de técnicos pra fazer isso e também acho que até por uma falta de equipe, aí volta pra equipe, entende, não tem uma equipe que pense isso em conjunto, que age em conjunto e aí como fica muito personalizado, individualizado os atendimentos, cada um vai pra..., eu vou pro meu consultório, outro vai pra oficina e aí não tem a equipe (J, 22/3/2006).

Outra entrevistada referiu-se ao estigma e preconceito existente por falta de conhecimento e divulgação, exposição, seja nas universidades ou por parte dos próprios serviços de atenção, sobre saúde mental.

Bom, eu acho que entre elas a questão do estigma, do preconceito, e não é um preconceito.... a gente sabe que tem riscos em algumas situações, a gente também as vezes tem medo de algum paciente, te dizem ah fulano matou três pessoas..., não é um preconceito que nasce do nada, muitas vezes é um preconceito que de alguma forma é compreensível, mas você não pode ah então ta...; eu acho que não existe muito, você não vê muito nos meios de comunicação uma campanha em torno da desestigmatização, você vê de outras coisas, com relação a aleitamento materno, outras questões da política de saúde; com relação a saúde mental eu acho que se fala pouco na sociedade, se discute pouco; por exemplo, na universidade, até não sei se lá na saúde pública o pessoal da saúde mental tem feito mais coisa, até os alunos que vem fazer residência aqui, a primeira reação deles é: a gente está aqui e tem medo, nem eles foram preparados pra isso, então, você começa a avaliar que tem uma falta..., não se fala muito no assunto, acho que assim, não se fala no assunto na sociedade; assim como se faz grupos de mulheres lá nos postos de saúde pra tratar de questões de sexualidade, muitas vezes faz sala de espera pra tarar de questões..., não se faz uma sala de espera pra falar de saúde mental; então, eu acho que talvez assim, a gente pensar, bom! nós estamos nisso (na saúde mental) e nós nunca fomos fazer uma sala de espera no posto de saúde da Agrônômica pra falar de saúde mental, pra falar do CAPS, quem sabe a gente também precisasse fazer algumas coisas assim, começar uma divulgação maior; acho que pouca gente de fora do serviço, fora das pessoas que trabalham na saúde mental sabem da política do Ministério pra saúde mental, que existe uma política de criação residências terapêuticas; eu li relatos de pessoas no Rio (RJ) que tiveram muita dificuldade de alugar pra se fazer uma residência terapêutica, num prédio então, quando ficaram sabendo que eram pessoas que vinham de hospital psiquiátrico ninguém quis; então é muito difícil, e ao mesmo tempo tem experiências positivas, tem pessoas que estão na residência e diz que a vizinhança viu que eles não são bichos, que eles podem interagir, podem estabelecer laços de vizinhança, então, tem algumas experiências boas e algumas experiências que são difíceis (P, 17/3/2006).

No contexto do estudo foi perguntado aos profissionais entrevistados se a atual organização dos serviços de saúde mental favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais. Conforme pode ser observado nas falas relacionadas, as opiniões foram divergentes. Dois deles observaram sobre a necessidade da existência de diversas instituições e serviços articulados e integrados à proposta da rede de saúde mental para que seja possível favorecer a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental

Embora a estrutura se localize no município, pelo menos eu estou pensando em termos de utilização da rede; então, a gente tem no Brasil inteiro muita diversidade, tem cidades onde a rede está montada, foi instituída e funciona legal, não é o caso de Florianópolis, a gente tem dá pra dizer poucos serviços, são só três CAPS que deveriam estar regionalizados ou territorializados, mas não estão, e tem algumas equipes de saúde mental nas Regionais, nas sedes das regionais, então, eu vejo assim, tem uma rede a ser constituída, ela precisa criar os mecanismos pra que a pessoa possa usar isso como rede, isso em termos de atenção à saúde, quando eu falo em rede eu também não estou pensando só em serviço de saúde, estou pensando que há uma possibilidade de a gente ter uma rede que inclua outros serviços, que não sejam só os de saúde, só os especializados, que eu acho que é a nossa necessidade, você incluir outras instituições, outros programas, enfim, que tenham vinculação com a cultura, com o trabalho, com a arte, produção do conhecimento, com as universidades por exemplo, as universidades são um campo excelente, seriam um campo excelente pra gente poder trocar um monte de coisas, pelos programas de extensão que eles tem, pelos projetos comunitários etc., a gente podia estar fazendo parceria com as universidades, mas não conseguimos, não sai, não rola; [...] a saúde mental eu acho que é o melhor exemplo desse distanciamento porque é difícil encontrar uma universidade onde a Reforma Psiquiátrica esteja incluída, ou mesmo os temas da reabilitação psicossocial estejam incluídos nos currículos dos cursos de saúde, é raríssimo (F, 12/4/2006).

Então, essa rede montada de forma territorializada, principalmente, eu acho que esse aspecto da territorialização é fundamental, é chave pra conseguir a reinserção social, não só por facilitar o acesso do usuário, mas pelo fato de o serviço estar ali no seu território, isso é fundamental, além disso, o projeto de geração de renda, as vagas, os leitos psiquiátricos no hospital geral, é todo esse contexto que precisa ser implantado para de fato poder facilitar o trabalho de cada instituição dessas, seja do CAPS, seja do projeto de geração de renda, ou do próprio hospital geral, como um todo, assim, essa engrenagem funcionando bem aí sim vai ser mais rápida a reinserção social do usuário portador de transtorno mental (VIK, 24/3/2006).

A partir das colocações dos participantes da pesquisa, destaca-se a importância da rede de serviços na construção da cidadania das pessoas atendidas pelas políticas de ativação, as quais, segundo Fleury (2004), tem como objetivo a inclusão social de conjuntos populacionais definidos a partir da territorialidade. Tal proposta pretende tratar o território como um componente, tanto material como simbólico, da esfera pública. Neste sentido, a construção da cidadania passa, necessariamente, pela reconstrução das cidades e potencialização da rede de serviços na valorização das características objetivas e subjetivas da demanda local.

Na seqüência, um dos entrevistados enfatiza que a forma como são pensados e estão organizados os serviços de atenção não favorece a construção da cidadania dos usuários.

Não, não favorece, porque, primeiro, os serviços de saúde mental estão sendo construídos pra quê? Não tem muito claro ainda pra quê que se tem atenção básica em saúde mental hoje, pra quê se constrói centro de convivência, pra quê tem o CAPS? acho que o objetivo do serviço parece não estar muito claro, talvez eu esteja enganado; veja bem, a atenção básica é mais no sentido pra estar discutindo os seus conflitos, minimizando os “sintomas psiquiátricos”, e aí acaba não tendo um trabalho de reflexão sobre o contexto que a pessoa está inserida; [...] a questão da cidadania tem a haver..., quanto mais articulada for a pessoa, quanto mais ela se envolver com as lutas sociais, mais cidadania ela vai exercer, quanto mais clareza, mas crítica, mais conhecimento ela vai ter, ela vai desenvolver cidadania; então, a forma hoje como os serviços estão organizados, ela acaba não favorecendo essa questão da construção da cidadania porque ainda vem de uma lógica de modelo centrado no transtorno mental (GIRASSOL, 20/3/2006).

Uma outra profissional considerou ser difícil avaliar a questão pelo fato de a rede de serviços não estar implantada por completo, e por não ter avaliações sistemáticas dos resultados.

Olha, eu não sei se a gente já tem condições de fazer uma avaliação, a rede está meio que andando [...] assim, qualquer coisa que eu vá dizer é, assim, referente uma experiência ou outra, não sei se a gente tem condições de fazer uma avaliação enquanto rede; por exemplo, eu vi muitas experiência positivas em cidades como Campinas (SP) que eles já tem há mais tempo, por exemplo, residências terapêuticas, tem desde o começo dos anos 1990, tem muitas experiências boas de pessoas que conseguem transitar na vida, tem gente que está trabalhando; [...] eu acho que a gente precisa além de ter a política, de ter a carta de intenções, a gente precisa ter avaliações também, eu acho que uma questão dessa eu sinto que precisa ter uma forma mais sistemática de avaliar, qualquer coisa é uma coisa mais ou menos um olhar particular pra aqui pra ali, acho que no todo a gente não tem (avaliação sistemática), pelo menos eu não conheço ainda, pode ser que estão fazendo e eu não saiba ainda (P, 17/3/2006).

Já para duas das entrevistadas, a atual organização da rede de serviços na política de saúde mental favorece sim a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental.

Sim, eu acredito que sim, na teoria ela é muito importante e acho que trabalhando em todas as instâncias, se a gente for pensar naqueles mapinhas, os ambulatórios, os CAPS, hospitais dia, a escola, e os centros comunitários, os postos de saúde, todos capacitados; eu acredito que sim, a rede ela é bem estruturada e ela possibilita aos portadores de doença

mental, enfim, terem uma reinserção melhor e maior na sociedade, e também de entendimento do que ele tem, do que ele pode fazer, quais são os recursos que ele tem também pra lidar, dentro dessa rede (J, 22/3/2006).

Acho que sim, favorece, se tu me perguntasse se ela resolve, eu diria que não claro, ou até que ponto ela resolve, mas favorece sim, eu acho que tem um favorecimento relacionado a forma que as pessoas eram tratadas, acho que favorece muito mais (LÉLI, 4/4/2006).

É possível perceber nas falas relacionadas acima a preocupação com a efetiva implantação da rede de serviços em saúde. As redes, conforme proposto na política de saúde mental, possuem muitos centros, muitos nós que as compõem e as tornam complexas e resistentes. Estão embasadas na noção de território, como um sistema de relações e estruturas, muito mais que um simples espaço geográfico. O fundamental neste processo é que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento.

Neste sentido, torna-se de fundamental importância refletir sobre o exercício da cidadania no contexto das políticas públicas, cada vez mais segmentadas e focalizadas. Para Fleury (2004, p. 2), “as políticas atuais de inserção buscam reafirmar a natureza contratual do elo social em novas bases, com a revalorização do local e comunitário e a transformação do Estado em um animador e mobilizador de recursos societários. Reduzido a mantenedor da estabilidade de uma ordem econômica que produz a fragmentação e a exclusão social, o Estado, busca atuar de maneira compensatória e focalizada, atendendo aos grupos mais vulneráveis e/ou potencialmente ameaçadores da ordem social, por meio da convocatória da solidariedade lançada aos diferentes setores inseridos na ordem econômica. No entanto, a incapacidade de alterar as condições estruturais de produção da exclusão mostra os limites das políticas de ativação, cuja promessa de inserção social carece de expectativas de emancipação dos sujeitos e coletividades beneficiários”.

3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica

Os CAPS compõem o rol de serviços do modelo psicossocial de atenção em saúde mental proposto na e pela Reforma Psiquiátrica. Perguntamos aos entrevistados qual seria o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica e obtivemos como

resposta que este teria a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos ideais da própria Reforma.

Eu acho que a função imediata ela é servir como um ponto de articulação, porque a gente consegue criar um ambiente que é relativamente protegido e que dá ao usuário as condições de ele poder participar de outros circuitos; fundamentalmente é essa a função, de articulação; eu lembro de uma discussão que a gente fazia, em Brasília, uma vez, sobre essa importância excessiva que os CAPS acabaram adquirindo, como quase que o central do sistema hoje é o CAPS, mas ao mesmo tempo a necessidade de se ter um espaço como esse, principalmente, pra quem está vindo de uma internação prolongada ou pra quem sempre passou a vida dentro de um hospital psiquiátrico, se tem que ter um pólo, uma instância articuladora pra poder fazer a passagem, porque o cara não vai sair do hospital e retomar sua vida imediatamente, não vai, ele tem uma série de dificuldades que ele não consegue vencer, e o CAPS, nesse sentido, a função seria essa, de poder..., tem uma expressão que eu acho interessante que é: emprestar poder de contratualidade, ou seja, poder dá um certo aval de que esse sujeito pode participar novamente ou pode participar pela primeira vez dos circuitos sociais, pode fazer laços com outras pessoas, com outras entidade, outras instituições, esse é o aval que eu acho que um CAPS pode fornecer e essa é sua principal função (F, 12/4/2006).

É pensar o CAPS como um espaço em que o paciente vai estar usando e tendo apoio para os momentos de crise, e fora os momentos de crise, também, que não seja hospital, e aí, dentro da Reforma eu acho que o CAPS ele é fundamental, assim como os hospitais dia, é que aqui em Florianópolis a gente não tem hospital dia, mas eu acho que os moldes do CAPS (eles estão) é muito próximos, as vezes até é difícil dizer o que é um o que é outro; esse momento de transição do hospital para a sociedade, nesse momento o CAPS é algo muito importante, ele dá, é capaz de conter, dar uma continência pra o usuário, isso a gente percebe mesmo quando não tem nada, o paciente já está muito bem, eles voltam quando estão em crise, sem ter nada marcado, e só de estar aqui pra muitos já é confortante, então, a gente percebe que essa continência, esse acolhimento, e saber que ninguém vai vir aqui e amarrar e conter, porque acho que esse é o medo, de todo mundo, acho que isso já possibilita a procura, eu estou mal vou lá, vou buscar a ajuda do CAPS (J, 22/3/2006).

Eu diria que o CAPS seria o pensador da estruturação da rede de saúde mental, que via de regra o CAPS acaba sendo pra municípios de médio porte o primeiro serviço a ser instituído no território, no município, aí o CAPS acaba assumindo essa responsabilidade, a portaria fala bem disso, a 336, do que compete ao CAPS, e tem vários itens lá, entre eles organizar a rede de saúde mental no município, porém, acaba sobrecarregando os profissionais de saúde mental que atuam nesse CAPS; então, a importância do CAPS na operacionalização da Reforma, ele é importante enquanto um dispositivo crítico, ou seja, se o CAPS não ter a clareza do que seja a Reforma Psiquiátrica ele não vai

operacionalizar, ele só vai operacionalizar a Reforma Psiquiátrica quando ele entender que Reforma Psiquiátrica é o processo social complexo que se configura pelas quatro dimensões, enquanto ele não repensar, refletir a sua prática, o que ele está fazendo, o que não está fazendo, ter mais autocrítica, ele não vai conseguir operacionalizar a Reforma Psiquiátrica; ele tem importância porque tem vários atores, vários profissionais, é um time de pessoas, muito rico, envolvidas que estão no CAPS; agora, enquanto não ter claro o que é Reforma Psiquiátrica, esse processo, não vai conseguir fazer nada; ele é importante, mas se não tiver clareza de Reforma... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Na medida que o CAPS é a primeira, digamos, unidade, primeiro serviço que se propõem a substituir o hospital psiquiátrico já existe nisso por si só a sua importância; é substituição e não que a pessoa não possa ser internada, mas a idéia é que seja nos hospitais gerais, em algum leito nos hospitais gerais, então, bom, o CAPS é o primeiro ponto, é o primeiro lugar onde a pessoa vai passar o dia, onde vai ser tratado de outra forma o seu sofrimento, então, a importância dele está nisso, na importância política e clínica também (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que o CAPS, fundamentalmente, ele faz a clínica; se tem essa rede montada o CAPS faz a clínica, ele faz o atendimento psicossocial do usuário portador de transtorno mental, ele atende as questões mais subjetivas, e de fato toda esse mix de previdência social, a medicação, o atendimento psicológico, atendimento de enfermagem, mas se existe essa rede montada e aí vamos ter um projeto de geração de renda, aí ele vai fazer geração de renda, todas as Oficinas vão acontecer ali e não dentro do CAPS, o CAPS deveria estar na comunidade ele deveria estar territorializado (VIK, 24/3/2006).

Acho que todo mundo gostaria que ele pudesse ser um eixo desencadeador de todos esses ideais da Reforma Psiquiátrica, que a partir disso se experimentasse uma nova relação, que o paciente pudesse estar se soltando mais pra vida, pra construir seus projetos, seus ideais; acho que é muito importante poder retirar pessoas que estão enclausuradas há anos, criar esses mecanismos como residências, etc. pra pessoas que não vão resgatar os vínculos familiares, tem que procurar outras alternativas; acho que o CAPS ainda é uma instituição que é fundamental nessa política, ainda acho que ela pode fazer um papel importante; no dia-a-dia é um pouco mais difícil porque as vezes a gente não tem tantos mecanismos de avaliações, muitas coisas que também a gente vai capengando; quando você vê algumas experiências de pessoas que estão conseguindo dar conta da sua vida, saem, aí você vê que, bom! tem algumas coisas boas que estão acontecendo, o CAPS também está contribuindo; então, no meio dos prós e dos contras eu acho que os prós ainda são maiores, eu acho que é muito mais humano, muito mais um fator de justiça social você ter um espaço assim do que você ter uma pessoa enclausurada no hospital (P, 17/3/2006).

Neste sentido, conforme inscrito na Política Nacional de Saúde Mental, os CAPS devem assumir seu papel estratégico na articulação e no “tecimento” das redes de atenção em saúde mental. Tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da

rede de serviços, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, ONGs, empresas etc. (BRASIL, 2004, p. 12)

3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde

A proposta do progressivo deslocamento dos centros de cuidados em saúde mental para fora do hospital psiquiátrico, em direção à comunidade, colocada na e pela Reforma psiquiátrica tem nos CAPS o dispositivo estratégico desse movimento. Neste sentido, a rede básica de saúde torna-se o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os portadores de transtorno mental.

Essa rede é formada pelos centros ou unidades locais e/ou regionais de saúde, Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, que atuam na comunidade de sua área de abrangência. Os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, pois tem um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Por sua proximidade com as famílias e comunidades, as equipes de atenção básica são um recurso fundamental para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso de substâncias psicoativas e diversas formas de sofrimento psíquico. Neste sentido, é importante e necessária a integração e articulação dos CAPS com a atenção básica. Assumir esse compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção da saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo (BRASIL, 2004).

As atuais diretrizes da política de saúde mental do Ministério da Saúde orientam que, onde houver cobertura do PSF, deverá haver uma equipe de apoio matricial em saúde mental para no mínimo seis e no máximo nove equipes de PSF. E, que as ações de saúde mental na atenção básica devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2004).

No que se refere à relação existente entre o CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município e qual o tipo de relação existente, os dados coletados na

pesquisa indicam que: a maioria (91,7%) respondeu que sim, com ressalva de que é muito pouco, funciona de maneira precária e confusa, e que está num processo preliminar ainda. O profissional que respondeu não, observou que a rede está em processo de formação. Os profissionais cujas respostas foram positivas identificaram que a relação é de encaminhamentos, atendimentos em conjunto com as equipes de saúde mental das Regionais de Saúde, ajuda em atendimentos nas unidades locais de saúde, com os agentes comunitários de saúde, de referência, de acompanhamento, visitas domiciliares, encontro mensal dos trabalhadores de saúde mental da rede e encontro mensal dos psiquiatras da rede.

Sobre a relação do CAPS com as equipes de PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência alguns entrevistados observaram que a relação é pouca ou mínima, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda²³. Foram apontadas como justificativas o fato de o CAPS Ponta do Coral não estar territorializado, deste ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta do município, e a ausência de um planejamento e de estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente.

O CAPS como ele é único, então, ele é de toda a região; então, eu poderia até estar te respondendo que a gente tem um Posto aqui de cima do CAPS, que é o Posto da Agrônômica, ali tem o Programa de Saúde da Família implantado, com a presença dos residentes do Programa Saúde da Família e o contato que eu tenho, ele é meu, não existe nenhum outro programa ou vamos dizer convênio do CAPS com a Agrônômica, é meu aqui, assim como talvez seja da psicóloga em outro momento quando há essa partilha de paciente quando faz parte dos dois, então, eu só sei do que eu tenho, mas é muito pouco, eu tenho contato com alguns residentes que atendem alguns pacientes daqui, e eles precisam de algumas dicas ou, enfim, de se interar do que acontece, e eu também preciso saber como é que anda o acompanhamento deles lá, e aí entra em contato, as vezes vem aqui ou eu vou lá, mas são essas formas isoladas e depende daquele momento e da necessidade daquele usuário, não é algo que seja programado, que seja antecipado, institucionalizado, no sentido de firmar essas relações de uma forma.., não há; e, assim, o contato é com os residentes, não tem o contato com quem realmente vai ficar, porque os residentes passam depois de dois anos, eu também não tenho contato de quem é o médico, quem é o enfermeiro do Programa Saúde da Família, quem é o agente comunitário que vai na casa desses usuários, isso não tem, acho isso muito ruim, é muito falho, embora, volta pra aquela questão da equipe, que as coisas não são compartilhadas, você nunca sabe direito, é muito fragmentado, o que já foi feito, o que não está sendo feito; também não é delegado a função à ninguém de fazer, não há um planejamento pra isso (J, 22/3/2006).

²³ Em estudo sobre o CAPS de Palhoça/SC, Franco (2005) encontrou situação semelhante na relação do CAPS com o PSF e demais serviços de atenção básica municipais.

É mínima, é mínimo o contato, assim, as vezes, quando a gente necessita a gente vai atrás, tenta achar alguém que se interessa, que tenha alguma afinidade com a saúde mental, as vezes um agente de saúde que consegue se aproximar mais daquele usuário que mora lá e que resolve dá uma força, mas é assim, depende de uma série de coisas, da disponibilidade pessoal, da sorte de encontrar alguém etc., quer dizer é falta mesmo da articulação em rede, porque se a gente tivesse essa articulação o PSF automaticamente já seria acionado, e a gente não tem isso; claro, quando a gente precisa a gente até encontra uma boa resposta das equipes do PSF, mas pode não encontrar, tem um risco[...] não, isso não existe (articulação institucional CAPS – PSF), isso tem que ser construído, tem que ser proposto (F, 12/4/2006).

A relação que o CAPS tem é principalmente pra acompanhamento, a relação é essa, relação de acompanhamento, as vezes precisa realizar alguma busca ativa e não temos a possibilidade no momento, então, tem essa relação, a relação que a gente tem é mais no sentido de acompanhamento do próprio usuário; o que seria ideal, seria um pouco mais de estreitamento, discutir junto com o Programa de Saúde da Família alguns casos, nós irmos aonde os agentes comunitários estão, discutir algumas situações e isso não tem acontecido ainda; com essa lógica aí das regionalizações tem essa possibilidade; então, hoje existe uma relação, só que uma relação muito esporádica de situações isoladas e que precisa ser superada; o maior problema que existe é devido ao CAPS não ser territorializado, o CAPS II Ponta do Coral ele tem que atender uma demanda muito grande, basta ver o IBGE hoje, tem 400 e poucas mil pessoas em Florianópolis, então, é um CAPS II pra atender toda a demanda adulta do município, talvez o ideal seria um CAPS I em cada região, nas cinco regionais, e transformar esse CAPS num CAPS III no caso, e aí repensar depois toda a rede; então, a relação, ela se compromete com o Programa Saúde da Família devido a não territorialização do CAPS Ponta do Coral, a relação que existe é a relação de acompanhamentos isolados (GIRASSOL, 20/3/2006).

É uma relação ainda muito inicial ainda, um pouco precária; com os agentes comunitários a gente tem mais proximidade, no momento da visita domiciliar e no momento de fazer o resgate dos usuários que abandonaram, por algum motivo, o atendimento, mas acho que a relação poderia ser melhorada se o CAPS fosse territorializado, como a gente está aqui, é no centro pra todo o município, fica muito difícil, então, a nossa relação é muito mais com as referências regionais de saúde mental da atenção básica do que com as próprias equipes de PSF das unidades locais de saúde (VIK, 24/3/2006).

É isso que eu falei, essa perspectiva da regionalização que começou aqui visava uma maior articulação com a rede; eu acho que isso é um projeto que está ainda meio que na sua infância, ele está começando e, assim, o que eu te falei, a gente precisa sair mais daqui, no Norte (Regional Norte) a gente vai tentar essa experiência agora (realizar as reuniões da regional nos postos de saúde) de contato e incluir, por exemplo, os agentes comunitários nos processos de reunião com os pacientes daqui, tentar ver se eles podem estar acompanhando o paciente lá; tem uma paciente que está aqui que a gente esteve lá no Posto do Saco Grande pedindo pra equipe assumir alguns cuidados com essa paciente, eles se

dispuseram, mas assim, por enquanto ta muito mais alguma iniciativa aqui, ali, do que um processo mais amplo, não sei assim como isso vai caminhar com a história de já ter, por exemplo, profissionais regionalizados, isso também vai poder ser incrementado, esse é um desejo que eu tenho (P, 17/3/2006).

É muito pequena, muito, muito, muito, muito; eu não sei nem te dizer, em uma escala de um a dez acho que fica em dois, está muito pequena, está muito além do que poderia ser, eu acho que talvez com a implantação agora dos serviços na rede, nós temos em cada Regional um psiquiatra, dois psicólogos, uma média assim, está existindo mais aproximação, mas do CAPS não, muito pouco, muito pouco. [...] quando tu pergunta, hoje, qual é a relação do CAPS? eu não posso te mentir, pra mim é quase zero (LÉLI, 4/4/2006).

Buscando explorar as informações sobre a relação do CAPS com a rede municipal de serviços de saúde, perguntamos aos profissionais se o serviço realiza algum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. A maioria deles (75%) respondeu que não, dois referiram não saber responder e um respondeu que sim. Dentre os que responderam que não, um justificou que o CAPS não tem estrutura para atender mais esta demanda. Dois dos profissionais entrevistados disseram estar pensando neste tipo de trabalho. Um deles falou sobre a existência de um projeto, conforme relatado na fala que segue.

[...] a gente tem um projeto aqui que é de formação de acompanhantes terapêuticos, e no ano passado a gente formalizou esse projeto e mandamos pro Ministério da Saúde, ele foi aprovado e até hoje estamos esperando a liberação de dinheiro, mas enfim, o projeto foi aprovado, e a idéia era justamente transformar o agente comunitário de saúde num acompanhante terapêutico, e aí a gente faria a formação, uma capacitação, um curso de capacitação aqui, e depois faria o segmento com supervisões regulares, é uma forma de dar formação em saúde mental pra atenção básica e manter essa que é uma função do CAPS de dar supervisão e a formação mesmo pra esse nível da atenção; [...] a gente está esperando o dinheiro do Ministério da Saúde, ta lá pendurado, a gente olha o nome do projeto na internet, está lá, mas não tem nem empenho ainda, significa que não tem dinheiro destinado (F, 12/4/2006).

Para que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas na atenção básica é fundamental a capacitação destas equipes. A orientação é que as equipes de saúde mental de apoio á atenção básica incorporem ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. Conforme aparece na fala do profissional, são previstos recursos para o financiamento deste tipo de ações, embora, muitas vezes, a dependência de orçamento, a morosidade burocrática e/ou

ausência de decisão política, que justificam a longa demora, acabam por desestimular, dificultar, inviabilizar as iniciativas dos profissionais.

Repetidamente, temos ressaltado neste trabalho que os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico para a organização da rede de atenção em saúde mental, conforme é indicado nas diretrizes políticas da Reforma Psiquiátrica. Nesta direção, questionamos os técnicos da equipe do CAPS Ponta do Coral sobre qual o lugar que o serviço ocupa na rede municipal de atenção em saúde, em Florianópolis. As falas transcritas na seqüência destacam o fato deste não estar territorializado e, portanto, não se constituir no serviço regulador da porta de entrada para o atendimento em saúde mental. As equipes de saúde mental nas referências das Regionais de Saúde é que, atualmente, constituem-se no serviço primeiro de atenção em saúde mental. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhados pessoas com transtorno mental grave.

Seria esse serviço que articula, que regulamenta; não necessariamente ele é uma porta aberta que entra qualquer um; eu acho que ele pode até ser a articulação e a regulação, pode ser feita até capacitações nas equipes locais de unidades básicas, que a partir daí você vai poder em um caso de uma ansiedade ou uma briga com o namorado, “eu tomei 4 aspirinas”, não vai chegar aqui no CAPS; vai chegar aqui no CAPS realmente aquilo que for um caso mais grave, e só há possibilidade de isso acontecer a partir do momento em que as unidades locais estejam todas capacitadas e entendendo, até porque assim diminui o trânsito desse paciente; vamos supor: ele sai de uma cidade, vem pra Florianópolis, daí diz: onde é que eu vou num psiquiatra? Ah! vai lá no CAPS, aí alguém fala: mas tem que passar no clínico antes, aí passa no clínico, aí o clínico encaminha pro psiquiatra, daí ele não sabe onde vai procurar o psiquiátrica - vem pro CAPS, não vem pro CAPS, aí vem pro CAPS, mas é que na verdade ele toma fluoxetina há 2 anos, está em tratamento de manutenção porque ele tem um quadro de depressão recorrente, não é caso CAPS, então, isso já poderia ter sido triado lá no começo, o paciente já poderia estar tendo as consultas desde o início, todas acertadas, sem precisar ficar correndo de um lado pro outro [...]; então, eu acho que ele tem esse papel, tem essa função de regular, de saber o que está acontecendo no hospital, na Colônia, e ter esse contato, uma ligação sempre com a Colônia, e com os Postos de saúde [...]. (hoje, o CAPS faz isso?) algumas coisas, bem isoladas, de novo, é meio como um apaga fogueira; por exemplo, hoje, a gente foi fazer uma visita domiciliar lá no Saco Grande (bairro de Florianópolis) porque o paciente estava em tratamento psiquiátrico particular e parou de tomar o remédio, e aí a gente foi lá, só que o paciente não queria falar com a gente, mas, assim, eu chego lá, converso com a equipe que está lá naquele local e muitas vezes é só a psicóloga; também tem um certo descaso, no sentido de que ah! agora eu não posso falar, porque não percebe que conversando sobre aquele caso vai possibilitar que isso seja ampliado pra outros casos, pensam-se saídas semelhantes pra outro momentos, mas, assim, acaba virando um apaga fogo, e toda hora você tem que ir

apagar um fogo; então, existe um pouco, mas não de uma forma bem usada (J, 22/3/2006).

É atenção secundária como se diz; ele regula e não regula; [...] tudo vai passar muito pela clareza que os profissionais que estão na saúde mental tem em relação a própria epistemologia, tem em relação a própria política, tem em relação a própria noção de SUS, a própria noção de controle social, a própria noção dos princípios do SUS; então, tudo vai passar por isso, porque que eu estou dizendo isso, o CAPS é uma atenção secundária como a gente chama, eu acho ainda que o atendimento mais complexo, o atendimento terciário, deveria ser no território, acho que centrar as forças no território [...]; então, [...] a atenção básica é onde deveria regular isso, a regulação dessa entrada nesse sistema de saúde mental, nessa rede de saúde mental ela teria que ser prioritariamente atenção primária em saúde; então, as vezes, por necessidades especiais, por situações específicas, a pessoa acaba vindo direto pra cá, direto pro CAPS e aqui a gente atende, e, as vezes, essa pessoa não é indicada pra estar no CAPS, aí volta pra atenção básica, então, tem essa dificuldade, ou seja, o lugar que o CAPS ocupa na rede municipal de atenção em saúde é uma atenção secundária à pessoa com transtorno mental grave, já avaliada pela atenção primária em saúde, aquela pessoa que corre risco de suicídio, que acaba prejudicando a vida de outras pessoas, que está muito mal, nesse sentido (GIRASSOL, 20/3/2006).

Regulador da porta de entrada: não; como não é territorializado, a gente tem esse problema de ser serviço de referência pra onde vem os pacientes já encaminhados, ele passou pela porta de entrada do sistema lá no Posto, ele vem encaminhado pra cá ou através dos hospitais psiquiátricos, que é também uma outra forma de encaminhamento, mas a gente não faz a regulação da entrada; hoje, também, como tem equipes mínimas de saúde mental nas regionais, elas também funcionam muito mais como a reguladora do que nós; a porta de entrada é pelas equipes de saúde mental das regionais (F, 12/4/2006).

Eu acho que são várias coisas, por ser o único CAPS, pela rede não estar estruturada ainda, e pelas pessoas não conhecerem o serviço da rede, existe uma mistura, assim, o que é pra ir lá pro psiquiatra do Sul (regional de saúde), o que é pra vir pro CAPS; qual é o papel do CAPS, é a não internação, mas não tem CAPS III, então, a noite o cara não tem pra onde ir, na verdade, o CAPS ele é um espaço que regula a entrada do usuário sim, num primeiro momento sim, porque todos os que foram para a atenção básica muitos foram daqui, muito mais que a procura de fora daqui, primeiro eles vem pra cá, depois eles vão pra lá, agora o processo até está sendo inverso, já estão procurando a atenção básica porque eles já estão conhecendo, mas antes era daqui pra atenção básica, e é o único espaço, programa que acolhe o usuário psicótico, com transtornos mentais graves, porque a rede básica, ela não atende, se o cara tem um surto psicótico, está com qualquer surto, que está mal, ou ele tem um embotamento, ele não fala, está na família há anos, está lá segregado, está lá no quatinho dos fundos, não é caso de atenção básica é caso CAPS, então, ele é o único serviço de Florianópolis que se propõem a atender o usuário, o portador de sofrimento psíquico fora de hospital (LÉLI, 4/4/2006).

Ele é o primeiro serviço de saúde mental do município, primeiro serviço estruturado, credenciado no Ministério da Saúde, eu penso que ele tem um papel importante, ele serve como uma referência de atendimento em saúde mental a usuários portadores de transtornos mentais; dentro da rede, hoje, a gente tem as referências regionais de atenção em saúde mental na atenção básica, nas ULS, que são as unidades locais de saúde, então o CAPS serve como referência de atendimento a usuários com transtornos mentais graves do município de Florianópolis, é pra isso, essa é a função (VIK, 24/3/2006).

Pelas falas dos profissionais evidencia-se que Florianópolis não tem uma política municipal de saúde mental estruturada. A rede de serviços está em processo de formação e implementação. As ações ainda são muito isoladas e fragmentadas, sem uma direção comum. É notório que um único CAPS para atender a totalidade da demanda adulta do município é insuficiente. As possibilidades de atuação do serviço na prevenção e promoção da saúde mental, na capacitação e supervisão das equipes de atenção básica ficam, assim, prejudicadas e/ou inviabilizadas.

No processo de operacionalização da Reforma Psiquiátrica, conforme as orientações da Política Nacional de Saúde Mental e as propostas aprovadas na III CNSM, é necessário que os gestores estaduais e municipais estabeleçam mecanismos efetivos para o controle das internações psiquiátricas. De acordo com a Portaria GM/MS n ° 336/02, os CAPS devem possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou modulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local (BRASIL, 2002a). Com base nisto, perguntamos aos entrevistados se o CAPS tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Eles referiram que não, contudo, divergiram sobre como o serviço fica sabendo quando ocorre internação de seus usuários.

Não tem. A gente fica sabendo quando a família comunica ou quando é usuário de atenção intensiva, ou ele fez uma crise ou ele desapareceu do serviço, aí pela falta mesmo, pela ausência que ele provoca a gente vai atrás e fica sabendo que ele foi internado, mas a gente não tem instrumentos de controle sobre isso; a gente faz, no momento da internação, a gente procura manter pelo menos uma visita da equipe da Regional pra não perder o vínculo etc., mas nada formalizado, assim, no momento que aparece, que a gente fica sabendo; geralmente, a gente sabe, hoje é relativamente fácil, não acontece daquilo... fulano desapareceu e de repente aparece ele dois meses depois aqui novamente..., sai da internação ontem e tal, isso não acontece mais, geralmente a gente consegue ficar sabendo (F, 12/4/2006).

Não. Na realidade a família leva pra internar e pronto, as vezes comunica, as vezes a gente fica sabendo quando a gente vai fazer uma visita lá, muitas vezes a gente nem sabe que o paciente ficou internado, a não ser quando a gente liga, e aí o que está acontecendo, não está vindo, mas ele foi internado; então, não há esse controle e também quando é internado lá, dificilmente, alguém entra em contato, nunca vi, entra em contato olha fulano de tal está internado aqui com a gente, não tem essa comunicação (J, 22/3/2006).

Em relação ao controle das internações psiquiátricas, oficial e formal, nós não temos; estou falando enquanto profissional que atende uma determinada regional de saúde, isso nós não temos; o que poderia ser feito: um maior estreitamento com o “manicômio”, com o IPQ ou o São José (hospitais psiquiátricos), que quando internasse pessoas lá teria esse contato aqui, pra gente já ir conversando, já acompanhando juntamente com a equipe do hospital psiquiátrico essa pessoa, porque final de semana ou depois das 18 horas o serviço não atende, as vezes as pessoas entram em crise e a gente não tem como acompanhar isso, não tem como saber; o acompanhamento que tem é, as vezes, os familiares nos avisam que a pessoa está internada, quando a gente acompanha essa pessoa e fica sabendo que ela acabou internando; então, não tem uma política mais estreita de acompanhamento de internação psiquiátrica, isso não tem. (GIRASSOL, 20/3/2006).

Da área de abrangência seria toda a cidade, isso não, mas dos usuários aqui sim, atendidos aqui sim; [...] geralmente, assim, quando o usuário está iniciando um surto a gente tenta fazer o atendimento pra prevenir a internação, pra evitar de fato a internação psiquiátrica, só que nós estamos aqui até as 6 horas da tarde e não estamos final de semana, então, a gente não está nem a noite nem final de semana, e aí acontece de a família internar, isso acontece pouco, muito pouco, e quando acontece a gente faz o atendimento no próprio hospital, a gente vai até lá faz o atendimento, mas é pouco assim, agora da cidade como o todo a gente não tem (VIK, 24/3/2006).

O controle ele tem pelo prontuário, não poderia te dizer que tem um controle do ponto vista de uma escala, ah anualmente quanto a gente tinha e quantos foram internados, [...] o usuário se ele foi internado a gente não soube, se está internado, aí ele aparece aqui depois da internação, um mês ou dois meses, a gente tem escrito no prontuário, esse é digamos o que a gente fica sabendo (LÉLI, 4/4/2006).

Não, eu digo por nós, eu acho que, as vezes, a gente... ah o paciente foi internado, como acontece de a gente saber, e as vezes a gente vai lá fazer uma visita, as vezes tem a questão do carro (o CAPS tem um carro a disposição somente um dia por semana), e a gente fica...; sempre que acontece e tal, as vezes, a gente nem fica sabendo, quando vê o paciente já está de volta, as vezes acontece essa situação; eu fui tentar fazer um pequeno levantamento pra fazer essa avaliação e percebi que a gente não tem registro de quantos dias o paciente ficou internado, se ele ficou internado quantas vezes durante o tempo que está em tratamento aqui, falta um registro melhor e um acompanhamento melhor dos técnicos; (como ficam sabendo da internação) as vezes o paciente volta já depois, as vezes a família liga avisando, [...] o hospital não me lembro se eles ligaram, só se precisar de alguma coisa, em geral, eles não ligam; então,

assim, o paciente saiu aí eles trazem de novo aquele encaminhamento, ou ele vem pra cá porque, normalmente, ele já estava aqui, mas assim, a gente tenta ao máximo que ele não precise ser internado, essa política existe, segurar a crise (P, 17/3/2006).

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que a internação e a reinternação psiquiátrica deverão ocorrer após avaliação da equipe técnica de saúde mental dos serviços substitutivos, devendo ser estabelecidas formas de controle único para a emissão de AIH, assegurando que todas as internações necessárias sejam autorizadas pelo serviço público, preferencialmente de base territorial (BRASIL, 2002a).

Conforme pode ser observado nas falas dos participantes da pesquisa, a insuficiência do CAPS em exercer o controle das internações referente a sua clientela e a demanda no município refere-se ao fato de o serviço não estar territorializado, sendo inviável cumprir com tal exigência no âmbito da totalidade de uma população de aproximadamente quatrocentos mil habitantes, distribuídos numa área geográfica de 436,5 Km². Com a implantação das equipes de saúde mental nas Regionais de Saúde, estas passam a ser as responsáveis pela regulação da porta de entrada no sistema de atendimento. O CAPS II Ponta do Coral passa a ser a referência para onde são encaminhadas pessoas com transtornos mentais graves, egressos de hospitais psiquiátricos, internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). A falta de controle das internações psiquiátricas é uma realidade também de outros centros de atenção psicossocial, conforme verificado por Franco (2005), em seu estudo sobre o CAPS do município vizinho de Palhoça/SC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha deste tema de pesquisa está relacionada à minha trajetória de estudos no Curso de Graduação em Serviço Social e à minha inserção como pesquisadora no Núcleo de Estudos e Pesquisas Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas (NESPP) do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. A esta trajetória soma-se a experiência de Estágio Curricular em Serviço Social, realizada no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis, em 2003, da qual resultou o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Programa Alta Progressiva: uma contribuição para o processo de reabilitação psicossocial no HCTP de Florianópolis”. Com o referido Estágio foi possível vivenciar o contato direto com a realidade de algumas instituições como hospitais psiquiátricos e centros de atenção psicossocial da rede municipal e estadual de serviços de atenção em saúde mental, fato este que estimulou a busca de novos conhecimentos e o desejo de atuação profissional na área. A continuidade dos estudos foi possibilitada por meio da entrada como mestranda no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da mesma universidade. Sendo assim, o trabalho que apresentado nesta dissertação tem estreita relação com meu percurso profissional e meu desejo pessoal.

Conforme destacamos no decorrer do estudo, a reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

A implantação de uma nova política de atenção, com as implicações socioculturais da proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira passa pela necessidade de articulação intersetorial e por ações que contribuam para alterar as representações sociais sobre a loucura e os direitos dos portadores de transtornos mentais. A transformação do modelo assistencial e de um conceito teórico em diretrizes operacionais é um processo complexo e depende de vários fatores para que se mantenha a direcionalidade pretendida pelos diferentes atores sociais, participantes do jogo social.

Especificamente, no caso do CAPS estudado, as dificuldades de concretização dessa nova lógica de atenção em saúde mental perpassam e se inter-relacionam nos diferentes eixos que compuseram a presente pesquisa.

No que se refere a estrutura física, os profissionais indicam que o CAPS conta com espaço e equipamentos adequados às necessidades do serviço. Entre os anos de 2003 a 2004, o CAPS passou por uma reforma em suas instalações, ficando estas, adequadas aos objetivos da unidade. As condições poderiam ser melhores se as oficinas produtivas fossem realizadas em outro local, pois além de favorecer a utilização do espaço hoje ocupado para outras atividades, possibilitaria a inserção dos usuários em outro ambiente, favorecendo-lhes sua sociabilidade.

Em relação aos materiais de consumo, os problemas vão desde a ausência total de objetos e utilidades básicas à manutenção do serviço até o recorrente atraso no repasse dos materiais necessários às oficinas terapêuticas e de produtividade. As oficinas ficam prejudicadas e até mesmo paralisadas por conta das faltas de recursos e dificuldades de gestão adequada do serviço. Esta situação coloca em prejuízo o projeto terapêutico de tratamento dos usuários e a eficácia e efetividade dos propósitos da nova política de atenção em saúde mental.

No campo da gestão do CAPS, apesar da histórica escassez de recursos destinados à saúde, foram evidenciadas situações problemáticas, principalmente no processo de descentralização político-administrativa, que poderiam ser melhoradas a partir dos recursos existentes. De acordo com os resultados da pesquisa, 50% do grupo de técnicos afirmam que existe planejamento e avaliação das ações. Alguns deles observam estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação, objetiva e sistemática, dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declaram não existir processo de planejamento e avaliação das ações, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

Sobre este aspecto, cabe destacar que as técnicas disponíveis na área de planejamento e avaliação de serviços de saúde têm mostrado bons resultados quando aliadas à vontade política de mudar a situação. Apesar dos dados demonstrarem uma divisão entre os técnicos no que se refere a afirmação sobre a existência de planejamento e avaliação, destacamos que as poucas ações que acontecem giram em torno das atividades que são e aquelas que poderão ser realizadas, e na discussão sobre as dificuldades cotidianas do trabalho na unidade. As avaliações são informais, realizadas na reunião

mensal da equipe técnica e nas reuniões clínicas semanais, sendo notório a ausência de um processo de planejamento estratégico, sistemático e contínuo do projeto terapêutico do CAPS, bem como, de avaliação de indicadores.

Com relação aos recursos financeiros, os resultados da pesquisa apontam para o que já vem sendo denunciado por autores como Amarante (2003; 2005): o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. O pagamento pelo sistema de procedimentos realizados, por meio das APACs, condiciona a existência de recursos à produtividade do serviço. Quando os CAPS não estão articulados com outras políticas sociais necessárias à sobrevivência do usuário e a adesão dele ao projeto de vida que o serviço deve-lhe oferecer, a tendência é fracassar.

Para que a pessoa possa freqüentar o CAPS ela precisa de condições materiais e psicossociais básicas, como moradia, transporte, alimentação, auto-estima, estímulo, desejo, etc.. Quando o usuário não desfruta de tais condições as chances dele se vincular ao projeto terapêutico são menores e, conseqüentemente, sem a participação ativa dos usuários o CAPS não terá produtividade. Ainda, nem todas as ações realizadas no CAPS constam na tabela de procedimentos pagos pelo atual sistema do SUS, dificultando as atividades de ressocialização que envolvem trabalhos na comunidade e na sociedade.

Os profissionais afirmam que os usuários participam do planejamento das atividades do CAPS. Referem que isso acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Neste caso, foi possível perceber que a participação dos usuários em geral diz respeito mais a questões cotidianas do funcionamento do serviço. A associação participa diretamente da comercialização dos produtos confeccionados nas oficinas e na realização de alguns convênios com entidades da área da cultura, lazer, ensino, etc. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada, que abarque as especificidades da área da saúde mental e envolva os usuários, os familiares e os técnicos como sujeitos partícipes do processo de gestão do serviço.

No eixo recursos humanos e projeto terapêutico existem contradições explícitas e implícitas que perpassam o discurso e as práticas dos técnicos que prestam assistência aos usuários do serviço. Eles reconhecem e destacam a relevância do trabalho em equipe, argumentam que este traz a possibilidade de trocas entre as várias áreas do conhecimento e a conseqüente oferta de um atendimento multidimensional. Contudo, relatam dificuldades

na realização deste trabalho, devido a uma suposta diferença de formação profissional e de concepção, com relação ao que sejam os objetivos do CAPS e da Reforma Psiquiátrica. Indicam existir interdisciplinaridade no atendimento ao usuário, no entanto, percebeu-se que a concepção de interdisciplinaridade aparece muito mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade, estando ainda distante dos ideais da intertransdisciplinaridade.

Sendo assim, cabe destacar que sem a devida clareza e consciência do que exatamente deve mudar corre-se o risco de que, fundamentalmente, se modifiquem os espaços de realização do tratamento, transferindo-se e conservando-se as práticas de exclusão e discriminação. É preciso se ter em conta que toda dimensão técnica tem também uma dimensão política. Dessa forma, faz-se necessário questionar-se sobre o que se pretende com o “fazer” nos novos serviços de atenção à saúde mental e que valores estão presentes nas ações executadas. O usuário precisa ser percebido como sujeito do processo saúde-enfermidade, e não como objeto e instrumento do exercício das relações de poder disciplinar.

Com relação ao eixo participação do usuário e da família no tratamento, os participantes da pesquisa identificam dificuldades em realizar o atendimento familiar no CAPS. Os profissionais relacionam como justificativas, a falta de técnicos qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades da equipe. Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que seja o transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, também foram relatados pelos entrevistados. Entre os obstáculos para a (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e o estigma da loucura ainda presentes no imaginário social das pessoas.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacam o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário. Neste aspecto queremos destacar a necessidade de se reconhecer, no processo de implantação da Reforma e da política de saúde mental, um projeto ético-político social, capaz de reavaliar, substancialmente, o conceito tradicional de

“doença/saúde mental” e, conseqüentemente, a forma de como lidar as diferenças em sociedade.

No eixo (re)inserção social procuramos identificar se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas à desinstitucionalização e à reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referem que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras. A maioria deles afirma que não existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer.

Tais dados nos remetem ao questionamento sobre como a Reforma Psiquiátrica, em sua aplicação prática, apresenta certa inércia política. Existe uma lacuna entre o referencial teórico do novo modelo de atenção e as práticas que se efetivam no cotidiano dos serviços. Com isso, queremos chamar a atenção para a necessidade urgente de se construírem ações de atenção que favoreçam o conhecimento de si, reforcem a autonomia, o cuidado de si e a emancipação do sofredor psíquico.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referem que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental. A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos profissionais como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista político-jurídica dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico. Na visão dos participantes da pesquisa, o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica relaciona-se a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos pressupostos da própria Reforma. Não obstante, destacamos aqui a necessidade de se refletir sobre o descompasso entre a vitória no campo jurídico, o novo discurso da Reforma Psiquiátrica e um fazer prático que parecem ainda negar a emancipação do portador de transtorno mental.

No eixo integração do CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município, os dados coletados na pesquisa indicam que a relação existente é pouca, funciona de maneira precária e confusa, e que ainda está num processo preliminar. A articulação com as equipes de PSF e PACS também é insuficiente, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda. A unidade não realiza nenhum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. Apenas dois profissionais referiram estar pensando neste tipo de trabalho.

Foram apontadas como justificativas para esta situação o fato do CAPS não estar territorializado, de ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta de todo o município, e a ausência de um planejamento e estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhadas pessoas com transtorno mental grave. E, segundo os entrevistados, não tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Neste aspecto, vê-se a urgência na redefinição da abordagem em saúde mental, fazendo-se necessário a construção de estratégias de atenção integral, dentro dos princípios do SUS, que envolvam o portador de transtorno mental como cidadão, a família, o Estado e a sociedade.

De acordo com os profissionais existem diferenças no atendimento prestado no e pelo CAPS em relação aos hospitais psiquiátricos. Eles se referem às diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência do discurso médico psiquiátrico do hospital, e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e as necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial, em contraposição ao tratamento igual para todos das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Por fim, os dados coletados na presente pesquisa indicam que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes, prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a relação eficácia/efetividade dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Concluimos, com este estudo, que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é ainda um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológica, técnico-assistencial, político-jurídico e sócio-cultural.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____, P. (coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995a.

_____, P.. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. vol.11, no.3, jul./set. 1995b, p.491-494. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 14/09/2005.

_____, P. A (clínica) e a Reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. pp. 45-65.

_____, P. **A epistemologia e a Clínica da Reforma**. Conferência proferida no IV Encontro Catarinense de Saúde Mental. Florianópolis, 30 de junho a 2 de julho de 2005. (anotações manuscritas).

BASAGLIA F. (coord.) **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 3ª ed. Tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002a, 213 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em Saúde Mental 1990-2002**. 3ª ed. revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAPS II PONTA DO CORAL. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. **Projeto Terapêutico**. Florianópolis, 2004.

CORREIA, M. V.C..Que controle social na política de Assistência Social? **Revista Serviço Social & Sociedade**. N. 72. São Paulo: Cortez, nov. 2002, pp. 119-144.

COSTA, R. C. R. da.. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia e Política** Nº 18: 49-71 JUN. 2002

COSTA –ROSA, A. da; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. p. 13-44.

COSTA-ROSA, A. da.. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asialr. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. p. 141-168.

CHIZZOTTI, A.. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R.. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

DESVIAT, M.. **A Reforma Psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental**. In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

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

FLEURY, S.. **Espaço, território e cidadania: a cidade dos cidadãos**. Trabalho apresentado no VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra (16,17,18 de setembro), 2004. Disponível em: <www.ces.uc.pt/LAB2004>. Acessado em 20 de fevereiro de 2006.

_____, S.. (org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989.

FREIRE, F. H. M. de A.; UGÁ, M.A.D.; AMARANTE, P. Os centros de atenção psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

FRANCO, S. de O.. **Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de caso**. 2005. 110f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Florianópolis, 2005. 110f.

FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial**. Percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004.

GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E.. **A pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, R.. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M.. **Microfísica do poder**. Trad. de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graaal, 1979.

MINAYO, M. C. de S.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC; ABRASCO, 1994.

MIOTO, R.C.T.. Família e saúde mental: contribuições para reflexão sobre os processos familiares. **Revista Katalysis**. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico. Departamento de Serviço Social. N.2 Florianópolis: Editora da UFSC, 1998.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental: em busca da articulação e qualificação das ações em saúde**. Monografia

(Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Latu Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

OLIVEIRA, W. F.; DORNELES, P.. Patrimônio e ambiente da loucura: a formação do profissional de saúde mental e o dialogo com a vida da cidade. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

PITTTA A.. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje. In: PITTA. A.(org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral**: desvelando sua significação. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

_____. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

ROSA, L.C.dos S.. Os saberes construídos sobre a família na área da saúde mental. **Revista Serviço Social & Sociedade**. N° 71. Ano XXIII. São Paulo: Cortez, set de 2002, pp. 138-164.

_____. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, F., et. al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SANTOS, W.G.. **Cidadania e Justiça**. Rio de Janeiro: Editora Campos, 1979.

SARACENO, B.. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SOUZA, W. da S.. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. jul./ago. 2001, vol.17, no.4

p.933-939. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 19/10/2005.

SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Teses em Enfermagem, 42).

STUANI, D.. **Projeto de Estágio**. (Projeto de Estágio Curricular apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina). Florianópolis, 2005. texto digit.

TENÓRIO, F. G. (org.). **Gestão de ONGs**: principais funções gerenciais. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

TORRE, E.H. G; AMARANTE, P.. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. [online]. 2001, vol.6, no.1 [citado 05 Dezembro 2005], p.73-85. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br> >. ISSN 1413-8123.

TRIVIÑOS, A.N. S.. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. (org.). **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000a.

_____, E. M. Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000b. p. 169-194.

VIEIRA, L. **Cidadania e globalização**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Formulário a ser aplicado a todos os profissionais da equipe do CAPS.

Identificação

Nome:

Apelido:

Formação:

Ano:

Capacitação específica na área: () Sim () Não

Nível: () residência () especialização () mestrado () doutorado

Tempo de serviço na instituição:

Tipo de vínculo empregatício: () Servidor público concursado () contrato temporário

() Outro. Especifique _____

Regime de trabalho: (horas semanais)

Tempo de atuação na área:

Experiência de atuação profissional em outra instituição: () Sim () Não

Qual:

Tempo:

Principais perguntas

- 1) A área física do Caps é suficiente para o atendimento da demanda? () Sim () Não
- 2) As instalações são adequadas para a realização das atividades propostas? () Sim () Não
- 3) Os equipamentos disponíveis são suficientes? () Sim () Não
- 4) Estão em bom estado de utilização? () Sim () Não
- 5) Os materiais disponíveis são suficientes? () Sim () Não
- 6) Existem dificuldades na realização das atividades do Caps () Sim () Não. Em caso de resposta afirmativa, especifique as cinco principais? _____

- 7) O trabalho é realizado em equipe? () Sim () Não.
- 8) Existe algum tipo de supervisão de equipe ou outro recurso para acompanhar e discutir as questões do trabalho em equipe? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual?
-

9) Participa ou já participou de capacitação específica para atuar no Caps? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual? _____

10) Durante o tempo em que está trabalhando na instituição houve algum treinamento ou capacitação? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quando? _____(ano). De quantas horas? _____. Organizado por quem? _____

11) Na sua opinião, existe interdisciplinaridade no trabalho no Caps? () Sim () Não

12) Você conhece a política de saúde mental? () Sim () Não.

13) No Caps, existe disponibilidade de material didático e documentos sobre a política de saúde mental? () Sim () Não.

14) Existe planejamento e avaliação das ações do Caps? () Sim () Não

15) Existe projeto terapêutico de trabalho da instituição? () Sim () Não. Em caso afirmativo, foi planejado em equipe? () Sim () Não.

16) O serviço adota projeto terapêutico individualizado? () Sim () Não.

17) O usuário participa do planejamento do seu tratamento? () Sim () Não.

18) Existe atendimento familiar? () Sim () Não.

19) Existem ações intersetoriais do Caps e outras instituições que envolvam: educação, trabalho, esporte, cultura e lazer? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quais?

20) Existe relação do Caps com a rede básica de saúde municipal? () Sim () Não.

Que tipo? _____

21) O Caps realiza algum trabalho de educação permanente (capacitação e supervisão) sobre saúde mental em cooperação com as equipes de atenção básica? () Sim () Não.

Que tipo? _____

Outras observações:

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Entrevista a ser realizada com os profissionais da equipe do CAPS, segundo o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de nível superior entre as existentes na unidade. Em caso de mais de um profissional na área será realizado sorteio.

Identificação

Nome:

Apelido:

Temas e principais perguntas

1 Estrutura e recursos financeiros

- 1) Qual conhecimento possui sobre o repasse dos recursos financeiros para o Caps?
- 2) Conhece a forma de financiamento do serviço? O que você acha?
- 3) Como são administrados os recursos repassados? Existe planejamento?
- 4) Na sua opinião, a descentralização administrativa dos recursos possibilita o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do Caps? Quais as vantagens e desvantagens identifica?
- 5) Na sua opinião, os recursos repassados (gerados pelo serviço) são suficientes para realizar as atividades do Caps? Em caso de resposta negativa, quais atividades ficam prejudicadas e/ou poderiam ser realizadas se houvessem recursos?
- 6) Existem dificuldades no funcionamento do Caps com relação a falta de recursos financeiros? Quais identifica?

2 Recursos humanos e projeto terapêutico

- 1) Quais dificuldades identifica no trabalho em equipe no Caps?
- 2) Na sua opinião, quais vantagens o trabalho em equipe possibilita?
- 3) Considera importante a capacitação específica em saúde mental para atuar no Caps? Fale sobre.

- 4) Na sua opinião, qual a importância da interdisciplinaridade no atendimento ao usuário de saúde mental?
- 5) Considera importante conhecer sobre a política de saúde mental, seus princípios, sua estrutura e organização para o trabalho do Caps?
- 6) Como acontece o planejamento e a avaliação das ações do Caps?
- 7) Na sua opinião, em relação ao atendimento nas instituições tradicionais/asilares (hospitais psiquiátricos), como é o atendimento ao usuário no Caps?

3 Participação do usuário e da família no tratamento

- 1) Como é pensado o projeto terapêutico de tratamento do usuário?
- 2) Como o usuário participa do planejamento do seu tratamento?
- 3) Quais as formas criadas para oportunizar a participação do usuário no planejamento do seu tratamento?
- 4) A família participa do tratamento? Em caso de resposta afirmativa, de que forma? Em caso de resposta negativa, por quê?
- 5) Quais as formas criadas para oportunizar a participação da família no tratamento?
- 6) Quais dificuldades identifica com relação a realização do atendimento familiar?
- 7) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção familiar do portador de transtornos mentais?
- 8) Qual o papel dos usuários (ou da associação de usuários e familiares) no planejamento das ações do Caps?
- 9) Na sua opinião, qual a importância das associações de usuários e familiares para o tratamento do portador de transtornos mentais e para os serviços de saúde mental?

4 Inserção social

- 1) Na sua opinião, as práticas assistenciais realizadas no Caps encaminham-se na direção da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial?
- 2) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção social do portador de transtornos mentais?
- 3) Quais avanços e conquistas identifica com relação a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais?
- 4) Na sua opinião, o atendimento no Caps possibilita ao usuário a construção da sua autonomia? Como?

- 5) Na sua opinião, a organização atual dos serviços de saúde mental (da política de saúde mental) favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais? Qual a importância do caps nesse contexto?

5 Integração com a rede municipal de assistência em saúde

- 1) Qual a relação do Caps com a(s) equipe(s) de Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência?
- 2) O Caps tem controle das internações psiquiátricas no seu território? Em caso afirmativo, como ocorre este controle?
- 3) Na sua opinião, qual o lugar que o Caps ocupa na rede de atenção em saúde? Constitui-se no serviço que regula a porta de entrada para o atendimento em saúde mental?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este instrumento tem a intenção de obter o seu consentimento por escrito para participar do estudo “A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis”, durante o período de 01 a 31 de março de 2006, com o intuito de contribuir para o levantamento de dados para a elaboração do referido trabalho.

O estudo tem como objetivo geral analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Ao propormos a presente pesquisa esperamos contribuir com a produção de conhecimentos e saberes sobre as novas práticas de atenção e cuidado ao portador de transtornos mentais.

Os relatos obtidos serão confidenciais e, portanto, não será utilizado o nome dos participantes em nenhum momento, garantindo sempre o sigilo da pesquisa e os preceitos éticos da profissão. Os depoimentos serão referenciados pelo apelido a ser escolhido pelo próprio entrevistado

Certa de sua colaboração, agradeço sua disponibilidade em participar do estudo.

Eu _____,
consinto em participar desta pesquisa, desde que respeitadas as respectivas proposições contidas neste termo.

Florianópolis, março de 2006.

Assinatura do entrevistado.

ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

FERNANDA SCALZAVARA

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Serviço Social** - Área de concentração: Serviço Social, Direitos Humanos e Questão Social.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ivete Simionatto.

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de **Mestre em Serviço Social**, e aprovada na sua forma final, em 31/7/2006, atendendo as normas vigentes no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e na Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof^a Dr^a Catarina Maria Schmickler
Coordenadora do PPGSS/UFSC

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Ivete Simionatto, Dr^a.
Departamento de Serviço Social/UFSC
Presidente

Prof^o Walter Ferreira de Oliveira, Ph.D.
Departamento de Saúde Pública/UFSC
Membro

Prof^o Jonas Salomão Spricigo, Dr.
Departamento de Enfermagem/UFSC
Membro

Prof^o Mário Teixeira, Dr.
Departamento de Clínica Médica/UFSC
Membro Suplente

*Aos profissionais e aos usuários do CAPS
Ponta do Coral de Florianópolis.*

AGRADECIMENTOS

Desejo expressar meus sinceros agradecimentos aos profissionais do CAPS Ponta do Coral, pela receptividade, atenção, acolhimento e colaboração na fase mais importante desta pesquisa, assim como pela consideração ao meu trabalho profissional. Também, aos usuários desta unidade de serviço, pela forma carinhosa e acolhedora com que sempre me receberam.

À professora Ivete Simionatto por ter aceitado a orientação do trabalho; agradeço a oportunidade de poder ter desenvolvido a pesquisa de meu interesse e desejo profissional.

Aos professores Jonas Spricigo e Mário Teixeira pela atenção, disponibilidade e colaboração, essenciais na definição e elaboração do projeto de dissertação. Igualmente, ao professor Walter Ferreira de Oliveira pelas considerações e contribuições no exame de qualificação.

À sempre Mestre, amiga e professora Iliane Kohler, pela relação de ensino-aprendizado humana, saudável, mantida no decorrer de toda a minha vida acadêmica; pelas ajudas concretas nos momentos de dificuldades, pelos conselhos, orientações e *encaminhamentos* necessários nos instantes, nas horas, nas fases de incerteza, insegurança, angústia, desespero.

Aos profissionais Mara Regina de Oliveira e Antônio Heinzen Filho, pelo suporte terapêutico necessário nos últimos anos da minha vida; especialmente por terem me ajudado a transformar as dificuldades, os obstáculos, as conquistas cotidianas no *Mestrado da Vida*.

Às profissionais e amigas Maria Sirene Cordioli e Maria Inês Bernardino, pela relação profissional responsável, ética, competente, que me impulsionou para os estudos na área da saúde mental; pela amizade acolhedora, carinhosa, fraterna, pelas comemorações e pelos momentos de descontração.

Aos meus pais e à minha família, base dos meus valores ético-morais.

Às minhas amigas e aos meus amigos, que de perto ou de longe, acompanham minha trajetória, acreditam e torcem por mim.

Formalmente, agradeço as instituições públicas CAPES e UFSC, através dos programas PROF e PGSS, pelo financiamento da bolsa que permitiu a dedicação profissional integral para a realização deste trabalho.

RESUMO

O presente trabalho tem como objeto de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. Constitui-se como objetivo geral da presente pesquisa analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Os procedimentos metodológicos da pesquisa constaram de: pesquisa empírica na coleta das informações, através de entrevistas semi-estruturadas, gravadas, realizadas com um profissional de cada área de formação de nível superior, dentre as existentes no CAPS, e aplicação de formulário, com questões fechadas, a todos os profissionais que compõem a equipe. As informações coletadas foram sistematizadas e organizadas em itens correspondentes aos eixos que nortearam a coleta dos dados, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde. A análise final foi realizada com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os resultados obtidos nos permitem concluir que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a efetividade e eficácia dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial. De maneira geral, podemos afirmar que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológico, técnico assistencial, político-jurídico, social cultural.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, política de saúde mental, serviços substitutivos.

ABSTRACT

The objective of present work is to study the operationalization of the Psychiatric Reformation in the city of Florianopolis, Brazil, based on one specific institutional model - the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral. The general objective of the present research is to analyze the institutional reality at the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral, Florianopolis, related to the operational process of mental health politics, based on the requirements of the Brazilian Psychiatric Reformation. The research methodological procedures have consisted of: empirical research and data collection, through semi-structured interviews, recorded, realized under the presence and supervision of a professional of each field, plus de existing data from the CAPS, and filled application, with closed questions, to all the professionals who compose the team. The data colleted was systematized and organized in items and events that are surrounded the data collection, which are: financial structure and resources, human resources and therapeutic project, participation of the user and the family in the treatment, social insertion, and integration of the service with the municipal network of assistance in health. The final analysis was based on theoretical production on mental health and the Psychiatric Reformation. The results allowed us to conclude that in scope of management of CAPS, the limited number of studies and the difficulties to transfer and administer them harmed the functioning of the service. The contributing factors were lack of strategic planning and systematic evaluation of actions. The difficulties associated with teamwork compromised the effectiveness and efficacy of the objectives. The absence of a municipal network dedicated to structure and articulate mental health appears as an obstacle to the practice of desinstitutionalization and psychosocial rehabilitation. In general, we can affirm that the changes in the assistance model, directed for Psychiatric Reformation is one of the challenges to the concretization to mental health politics in a new interaction between society and people with psychological illnesses. The operationalizational political difficulties of mental health go through different fronts of performance which constitute the complexity of social processes associated with Reformation in its different dimensions. These dimensions are: theoretic-epistemological, technical assistance, politic-legal and socio-cultural.

Keywords: Psychiatric Reformation, mental health politics, substitute services.

LISTA DE SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
APAC - Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CPASM - Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental
CMS – Conselho Municipal de Saúde
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FNS – Fundo Nacional de Saúde
INAMPS – Instituto Nacional de Aposentadorias e Pensões
IPQ – Instituto de Psiquiatria Catarinense
MS – Ministério da Saúde
MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS – Organização Mundial para a Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF - Programa de Saúde da Família
RP – Reforma Psiquiátrica
SIH - Sistema de Informação Hospitalar
SAI – Sistema de Informação Ambulatorial
SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
SUS – Sistema Único de Saúde
TR – Terapeuta de Referência
ULS – Unidade Local de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Procedimentos metodológicos	18
2 REFORMA PSIQUIÁTRICA	222
2.1 O Modo Psicossocial	26
2.1.2 Atenção Psicossocial.....	28
2.2 Desinstitucionalização	30
2.3 Reabilitação psicossocial	32
3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA	344
3.1 Estrutura e recursos financeiros	344
3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico	45
3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental	46
3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário	51
3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações.....	59
3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento.....	65
3.3 Participação do usuário e da família no tratamento	69
3.3.1 Planejamento terapêutico individual.....	70
3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral.....	72
3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares	81
3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia.....	88
3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental.....	96
3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica	106
3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde...	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
REFERÊNCIAS.....	125
APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS.....	130
ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica.....	136

1 INTRODUÇÃO

O processo de mobilização, organização e luta pela Reforma Psiquiátrica brasileira origina-se no contexto dos movimentos sociais, no período de redemocratização do país (décadas de 1970/1980), e tem como base os pressupostos da Reforma Sanitária brasileira e da Psiquiatria Democrática italiana. Tal movimento esteve direcionado no sentido da crítica e desconstrução gradativa da assistência existente, embasada no saber psiquiátrico, que justificava as práticas decorrentes do modelo asilar e, ao mesmo tempo, buscava a construção de propostas de superação deste modelo.

Os anos de luta pela transformação do modelo assistencial tradicional (asilar), centrado na internação hospitalar, culminaram com a criação e regulamentação de leis e portarias relativas à implantação de uma rede de serviços substitutivos a este. A partir da década de 1990 um conjunto de leis, portarias, decretos, resoluções define novas exigências em relação à assistência psiquiátrica prestada aos portadores de transtorno mental¹, incluindo a adequação das condições físicas das instituições de atendimento, a existência de projeto terapêutico, equipe multidisciplinar e outros dispositivos que garantam maior qualidade assistencial.

A Reforma Psiquiátrica é um processo em construção, que envolve tanto a sociedade civil, através dos diferentes os movimentos sociais, os profissionais, os usuários, bem como os órgãos gestores das políticas públicas. Estes são os responsáveis pela operacionalização das ações com relação a mudança de paradigma e prática em saúde mental. Nessa trajetória, aos profissionais cabe exercer o papel de sujeitos e críticos do processo de implantação da Reforma Psiquiátrica; aos gestores da política de saúde compete a decisão política com vistas a assegurar as condições técnicas para a implementação e operacionalização dos serviços de atenção; aos movimentos sociais fica a luta política pela construção social de um outro sentido para lidar com a "loucura" e com o "louco", a partir de uma transformação na relação sociedade/loucura.

¹ Cabe destacar que a expressão “portador de transtorno mental” é adotada neste estudo por acreditar-se que a palavra portador traz em si um caráter mutante. Ou seja, secundariza o transtorno mental e resgata o sujeito envolvido na condição de enfermo, como um ser dinâmico. Por sua vez, o termo transtorno mental traz um caráter psicossociológico, dinâmico, mutável, diferente do termo doença mental, muito embora não seja menos controvertido do que este último (ROSA, 2003, pp. 37-38). E, também, por ser “portador de transtorno mental” a expressão utilizada na linguagem técnica constante na política de saúde mental do Ministério da Saúde.

No curso das transformações operadas na e pela Reforma Psiquiátrica destacamos como marco significativo recente a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM)². Em seu documento conclusivo reafirma-se que as políticas de saúde mental devem respeitar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das leis Federal e estaduais, priorizando a construção da rede de atenção integral em saúde mental. Tais políticas devem ter como pressupostos básicos a inclusão social e a reabilitação psicossocial, estar integradas com outras políticas sociais, como educação, trabalho, lazer, cultura, esporte e habilitação profissional, visando garantir o exercício pleno da cidadania (BRASIL, 2002a).

O mesmo documento ressalta que a reorientação do modelo assistencial deve estar direcionada para concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e de promoção da saúde. Nesse sentido, é fundamental que as novas modalidades assistenciais desenvolvam práticas pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a auto-estima, a autonomia e a cidadania, buscando superar a relação de tutela e reprodução da institucionalização e/ou cronificação (BRASIL, 2002a).

A mudança do modelo assistencial é um dos desafios da Reforma Psiquiátrica. Busca-se, no âmbito da gestão pública, a construção de um novo pacto para transferir os recursos aplicados no modelo hospitalar para uma assistência comunitária. Entretanto, a mudança da lógica de atenção em saúde mental requer, também, uma mudança de paradigma. No bojo dos novos dispositivos de cuidado necessariamente deve estar uma nova ética do cuidar, baseada na premissa básica da autonomia possível e dos direitos humanos dos portadores de sofrimento psíquico. Isso significa considerar que as possibilidades de novas práticas terapêuticas devem caminhar ao lado da preocupação com a mudança das representações simbólicas do “louco” na sociedade, e com a produção de outros saberes.

Na atualidade, todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, bem como a literatura da área, referem-se a desconstrução como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade das ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Tal proposição tem como base a

² Realizada em Brasília, de 11 a 15 de dezembro de 2001. A I Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em 1987 e a II em 1992.

incapacidade da psiquiatria em explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (TORRE; AMARANTE, 2001).

O modelo manicomial tem seu fundamento na noção de que a experiência de sofrimento psíquico diversa (delírio, alucinação) é sinônima de erro. Um dos aspectos mais importantes no processo de transformação radical deste é a superação do conceito de doença. Conforme apontam Torre e Amarante (2001, p.73-85), “não se trata, obviamente, de negar a diversidade da experiência do delírio ou da alucinação, mas de não utilizar o conceito de doença (igual a erro) na relação com o sujeito”. Nesta direção, Rotelli (1990) propõe, no lugar do objeto “doença mental”, o objeto “existência-sofrimento” do sujeito em sua relação com o corpo social.

Segundo Costa-Rosa (et. al., 2003, p. 28), “ao se buscar a superação do saber psiquiátrico, sobretudo do paradigma doença-cura, procurou-se romper com práticas identificadas com o modelo clínico, por considerá-las ineficazes, segregadoras”. Busca-se no modo psicossocial estabelecer-se “a construção de uma relação de contrato com o sujeito que substitua a relação de tutela instaurada pela psiquiatria” (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 73-85). Como oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar surge, no contexto da Reforma Psiquiátrica, a atenção psicossocial como paradigma do modo psicossocial.

A origem das práticas de atenção psicossocial, como designação de experiências significativas no contexto da saúde mental, está relacionada às contribuições das diferentes experiências históricas de reforma, que incluem as Comunidades Terapêuticas e a Antipsiquiatria, na Inglaterra, a Psicoterapia Institucional, na França, a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, nos Estados Unidos e a Psiquiatria Democrática, na Itália³. No caso brasileiro somam-se as contribuições das políticas públicas e das experiências locais pioneiras dos centros e núcleos de atenção psicossocial, em Santos, São Paulo.

O modelo psicossocial vem ganhando elementos tanto em termos teórico e técnico quanto ideológicos e éticos, aptos a constituírem um novo paradigma para as práticas em saúde mental, capaz de substituir o paradigma psiquiátrico que ainda é dominante. Costa-Rosa (et al., 2003, p.31), observa que de modo geral os elementos teóricos subjacentes a essas experiências passam principalmente pelas idéias sociológicas e psicológicas, pelo materialismo histórico, pela psicanálise e pela filosofia da diferença. Nesse sentido, é importante indicar que o lugar social da saúde mental é um lugar de

³ Estudos sobre estas experiências encontram-se em DESVIAT (1999); ROTELLI (2001).

conflito, confronto e contradição. Entender a saúde mental dessa forma implica em reconhecê-la como expressão e resultante de relações e situações sociais concretas. “Por qualquer perspectiva que se olhe, tratar-se-á sempre de um eterno confronto: pulsações de vida/pulsações mortíferas; inclusão/exclusão; tolerância/intolerância” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p. 29).

A operacionalização da Reforma Psiquiátrica, através da implantação da rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, territorializados e integrados à rede de saúde, tem sido uma construção lenta e difícil, perpassada por interesses políticos e econômicos. Muitas vezes são privilegiados procedimentos técnico-burocráticos, assistenciais, em prejuízo de um serviço que tenha como foco o tratamento da pessoa humana na sua dimensão integral. Por outras, a Reforma Psiquiátrica é entendida como sinônimo de reestruturação de serviços; introdução ou modernização de novas tecnologias de tratamento e cuidado; promulgação de uma nova legislação. Em geral, os problemas passam pela tendência de tornar a Reforma a implantação de centros de atenção psicossocial, de forma a banalizar o serviço, fazendo com que estes sejam uma extensão do hospital psiquiátrico (AMARANTE, 2005).

Não obstante, a transformação do modelo de atenção tradicional requer a construção de uma rede de atendimento ampla, com serviços diversificados e complementares, substitutivos das práticas asilares. O modelo substitutivo não significa alternativo, paralelo, complementar ou intermediário do sistema tradicional. Trata-se de um serviço forte, que comporta uma estrutura complexa em que o sentido das práticas deve ser alterado do “eixo da clínica” para o “eixo da cidadania”. Isso significa olhar para a pessoa-sujeito e não unicamente para a doença (AMARANTE, 2005).

Pensar a mudança do paradigma teórico-conceitual clássico significa provocar uma transformação na cultura da forma tradicional de ver e lidar com a loucura, buscar a construção de um outro lugar social para a loucura e a doença mental, a partir de uma transformação das relações sociedade-loucura/doença mental.

Nesse processo, os centros de atenção psicossocial (CAPS) constituem-se no “braço” do modelo psicossocial. Tornam-se serviços privilegiados para o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial e dispositivos estratégicos para a mudança da atenção em saúde mental.

De acordo com as normatizações do Ministério da Saúde, são atribuições dos CAPS: organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; prestar atendimento em regime de atenção diária; oferecer cuidado clínico eficiente e personalizado; realizar a

dispensação de medicamentos; acompanhar usuários que moram em residências terapêuticas; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, assessorando o trabalho dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território ou área de abrangência (BRASIL, 2004).

No sentido de favorecer o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, bem como estimular a mudança da lógica de ver e lidar com a “doença” e o “doente mental”, o direcionamento da Política Nacional de Saúde Mental preconiza que os projetos terapêuticos dos CAPS podem ultrapassar a estrutura física da unidade, em busca da rede de suporte social comunitária. O atendimento prestado deve ser através de projeto terapêutico individualizado, construído conjuntamente com o usuário. A preocupação principal não deve ser o estabelecimento de um diagnóstico clínico, mas sim o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2004).

Com base no exposto, a presente dissertação de mestrado tem como recorte de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - O Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. A escolha deste CAPS deve-se ao fato de ser este um serviço público de atendimento diário a portadores de transtornos mentais adultos, único nesta modalidade no município. A população de Florianópolis conta com outros dois centros de atenção psicossocial, um para atendimento de crianças e adolescentes (CAPSi) e outro para atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (CAPSad).

O CAPS Ponta do Coral constitui-se no principal serviço de atendimento extra-hospitalar na realidade local, desempenhando um papel central na assistência a portadores de transtornos mentais graves. A rede municipal de atenção em saúde mental é incipiente, com poucos recursos e o CAPS enfrenta diversas dificuldades na realização de suas atividades, concentrando uma demanda de atendimento superior a sua capacidade.

Destacamos a relevância deste estudo na medida em que está em curso no país uma reforma nos serviços de assistência em saúde mental, em que a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos pelo cuidado comunitário/ambulatorial tem sido a

diretriz básica para a reorganização da política de saúde mental, desde o nível federal aos níveis estadual e municipal.

A reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

O processo de reestruturação dos serviços de saúde mental está baseado na organização de uma rede comunitária de cuidados. Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esportes etc), culturais, religiosos e de lazer são convocados para potencializar as equipes de saúde na tarefa de realizar ações de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004).

Fazem parte desta rede de serviços de saúde mental os centros de atenção psicossocial, os núcleos de atenção psicossocial (NAPS), os serviços residenciais terapêuticos (SRTs), os hospitais gerais, os centros locais de saúde, as equipes de saúde da família e agente comunitários de saúde, entre outros. Particularmente, neste trabalho, nos interessamos por estudar os CAPS por estes assumirem um papel central na organização da rede, constituindo-se em serviços de atenção que “almejam à outra lógica, outra fundamentação teórica-técnica e outra ética, que não mais a do paradigma psiquiátrico” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.19).

Os CAPS foram criados para serem substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos, oferecendo atendimento em saúde mental à população de sua área de abrangência. São atendidas pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, incluindo aquelas que apresentam transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e crianças e adolescentes. As práticas realizadas neste tipo de serviço devem caracterizar-se por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro, na comunidade.

Oficialmente os CAPS foram instituídos pela Portaria GM/MS N°224/1992 e definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam uma população adscrita definida pelo nível local e oferecem atendimento de cuidados intermediários entre

o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (BRASIL, 2002b).

Atualmente, os CAPS são regulamentados pela Portaria GM/MS N° 336/2002 e integram a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta portaria estabelece critérios de porte/complexidade e abrangência populacional aos CAPS, classificando-os nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad⁴. A classificação dos diversos tipos de CAPS difere, basicamente, quanto ao tamanho da população pela qual se responsabilizam e quanto ao regime de funcionamento.

Os profissionais que trabalham nos CAPS integram uma equipe multiprofissional. São técnicos de nível superior e nível médio, de diferentes áreas de formação. Os profissionais de nível superior são médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física entre outros necessários para as atividades oferecidas, de acordo com o projeto terapêutico do CAPS. Os profissionais de nível médio podem ser técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores, artesãos, profissionais de limpeza e cozinha (BRASIL, 2004).

As equipes técnicas possuem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. Cabe aos profissionais a tarefa de organizar-se para realizar o acolhimento dos usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, realizar as atividades de reabilitação psicossocial, equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas.

Ao considerarmos as práticas em saúde mental de um centro de atenção psicossocial nosso objeto de estudo estamos entendemos que é a partir delas que a mudança de paradigma se torna possível, haja vista que a estruturação de uma rede de

⁴ O CAPS I tem capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e deve funcionar das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira; o CAPS II atende municípios com população entre 70.000 e 200.000, deve funcionar das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas; o CAPS III atende municípios com população acima de 200.000 habitantes, funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana. Já os CAPSi e os CAPSad possuem características diferenciadas dos demais. O CAPSi é referência para municípios com população acima de 200.000 habitantes e constitui-se em um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período até 21 horas. Os CAPSad destinam-se a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. É indicado em municípios com população acima de 100.000 habitantes, funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas (BRASIL, 2002b).

novos serviços de saúde mental não constitui por si só uma ruptura com o paradigma das práticas asilares, da segregação e da tutela do portador de transtorno mental. Contudo, sabemos que analisar uma realidade institucional é uma tarefa difícil, principalmente quando nos propomos olhar esta realidade em movimento, permeada de contradições e como fruto de um processo sócio-histórico.

Nesse sentido, elegemos como sujeitos informantes os profissionais que atuam no Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, por entendermos que a eles cabe a tarefa de realizar as atividades institucionais cotidianas. Esses profissionais integram uma equipe multiprofissional e assumem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. A nosso ver, constituem-se atores sociais centrais no processo de implementação e operacionalização da Reforma Psiquiátrica na realidade local.

Com isso queremos destacar que os profissionais de saúde mental exercem um papel relevante para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, seja como partícipes dos movimentos sociais, como gestores da política de saúde mental e/ou como trabalhadores (técnicos) nos serviços de assistência. Particularmente, aos profissionais dos CAPS cabe o compromisso de operacionalizar a mudança da lógica da assistência, na medida que estão atuando em um serviço considerado um dispositivo estratégico da rede de assistência em saúde mental. Esses profissionais estão diretamente ligados aos usuários do serviço e a implementação da política de saúde mental, função que os coloca na linha de frente de um cenário novo que vem passando por formulações e reformulações nos campos “político-jurídico, técnico-assistencial, epistemológico e sociocultural” (AMARANTE, 2003).

Torna-se pertinente ressaltar que o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) teve forte influência nos avanços ocorridos na mudança da assistência psiquiátrica. Constituído inicialmente de técnicos de saúde mental buscava a melhoria da assistência psiquiátrica e denunciava a situação precária dos manicômios. O MTSM posicionou-se em relação à assistência prestada, politizou a questão da Reforma, construiu uma linha de pensamento crítica no campo da saúde mental. Organizados, os trabalhadores criaram fóruns de discussões locais de caráter técnico e político e defenderam as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Posteriormente, o movimento ampliou-se no sentido de ultrapassar sua natureza técnico-científica, organizou sua estrutura administrativa como fórum nacional e passou a ser designado Movimento da Luta Antimanicomial, tornando-se um movimento social que passou a englobar várias entidades como associações de usuários

e familiares⁵, ONGs, entre outras (AMARANTE, 1994, 1995a; SOUZA, 2001; VASCONCELOS, 2000b, 2004).

Assim, nos parece certo que os profissionais de saúde mental são atores sociais influentes na efetivação da Reforma Psiquiátrica. Razões significativas para pesquisar e valorizar suas experiências e opiniões, na medida em que seus relatos podem indicar como vem se realizando no dia-a-dia a Reforma, bem como contribuir para a construção de novas práticas e a produção de novos saberes. E, entendemos como Foucault, que os saberes não são apenas conhecimentos acadêmicos, produções que se autodenominam científicas. Os saberes também estão onde são produzidos, pois sempre criam visões de mundo, produzem histórias e História.

Dessa forma, a presente pesquisa tem a finalidade específica de contribuir para a análise das práticas locais de saúde mental, a partir do estudo da realidade vivenciada no CAPS de Florianópolis e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Lembramos, ainda, que neste ano de 2006 o CAPS Ponta do Coral completa dez anos de atividades, fato que nos leva a destacar a importância de um estudo que identifique as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação deste serviço. No geral, busca-se fornecer subsídios para os avanços nas políticas de saúde mental e contribuir para a produção de conhecimentos sobre a realidade da prática das políticas públicas de saúde mental. Para tanto, elegemos como eixos de estudo e análise cinco pontos, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social e integração com a rede municipal de assistência em saúde.

Constitui-se como objetivo geral do presente estudo a análise da realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Para alcançarmos este definimos como objetivos específicos: 1) caracterizar a estrutura e os recursos financeiros disponibilizados

⁵ Cabe registrar que no campo da saúde mental encontram-se associações de composição variada. Há associações de usuários; associações de familiares; associações de usuários e familiares; associações de usuários, familiares e técnicos; associações de usuários e técnicos; e associações de técnicos e familiares. Em sua maior parte, o processo organizativo das associações é conduzido por elementos de constituição de laços de solidariedade e ajuda mútua. Contudo, existem associações que são favoráveis à agenda de inovações da assistência colocada pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e, outras, que se caracterizam como uma comunidade de veto em relação à mesma agenda (SOUZA, 2001).

e sua adequação às atividades do Caps; 2) conhecer as práticas assistenciais desenvolvidas pelo CAPS com relação ao projeto terapêutico e como se organiza o trabalho da equipe técnica; 3) identificar como ocorrem as práticas institucionais de participação do usuário e da família no tratamento e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica; 4) identificar se existem e quais são as ações institucionais, intersetoriais e/ou outras criadas com relação a inserção social do portador de transtornos mentais; 5) descrever e analisar a relação existente entre o CAPS e a rede municipal de assistência em saúde com relação a operacionalização da política de saúde mental e do SUS; 6) identificar quais as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação do CAPS, pontos positivos e negativos.

1.1 Procedimentos metodológicos

Para operacionalizar os objetivos do nosso estudo foi realizada uma pesquisa de caráter qualitativo, do tipo estudo de caso. Segundo Minayo (1994), a pesquisa qualitativa, nas ciências sociais, responde a questões particulares, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Isso significa considerar que trabalhamos com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que correspondem a pontos mais profundos das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser quantificáveis. E, segundo Chizzotti (2003, p. 104), em geral, a pesquisa qualitativa objetiva provocar o esclarecimento de uma situação para uma tomada de consciência pelos próprios pesquisados dos seus problemas e das condições que os geram, a fim de elaborar meios e estratégias de resolvê-los.

Dentre os tipos de pesquisa qualitativa, o estudo de caso talvez seja um dos mais relevantes. É uma modalidade que propicia retratar uma realidade de forma ampla e profunda, de forma a revelar a multiplicidade de dimensões presentes numa determinada situação e contextualizar o objeto para melhor compreendê-lo (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Nesta forma de estudo, o caso é tomado como unidade significativa do todo porque tanto retrata uma determinada realidade quanto revela a multiplicidade de aspectos globais presentes em uma dada situação (CHIZZOTTI, 2003). A principal função do estudo de caso é a explicação sistemática de fatos que ocorrem no contexto social e geralmente se

relacionam com uma multiplicidade de variáveis. Essa técnica caracteriza-se por ser um estudo intensivo, o qual deve considerar a compreensão geral do assunto investigado (FACHINI, 2001).

O local escolhido para a realização do estudo, o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, é um serviço público, municipal, cadastrado na modalidade CAPS II, situado à rua Rui Barbosa, 713 (fundos), no bairro Agrônômica, Florianópolis/SC. CAPS Ponta do Coral funciona das 8h às 18hs e atende uma demanda média diária de 40 usuários. O serviço foi criado em março de 1996 e funciona neste endereço desde o mês de dezembro do mesmo ano⁶.

A principal fonte de informação da presente pesquisa constituiu-se das falas dos profissionais, de formação de nível superior, e, no resultado do formulário aplicado a todos os membros da equipe do CAPS Ponta do Coral. Utilizamos para a coleta de informações a entrevista semi-estruturada, gravada, com questões abertas, e a aplicação de formulário com questões fechadas (Apêndices A e B). As entrevistas foram orientadas por um roteiro com perguntas estruturadas e agrupadas em cinco blocos correspondentes aos eixos de estudo da pesquisa. De acordo com Trivinos (1987), a entrevista semi-estruturada geralmente parte de certos questionamentos básicos, de perguntas fundamentais derivadas da teoria que é adotada para a pesquisa e de informações que o pesquisador possui sobre o tema a ser pesquisado.

Na pesquisa qualitativa, a entrevista é uma das técnicas mais utilizadas na coleta do material empírico. No tipo de estudo escolhido, foi possível perceber que a entrevista constituiu-se na ferramenta capaz de possibilitar a obtenção de dados mais profundos da realidade, os quais só podem ser obtidos com a contribuição dos sujeitos envolvidos.

O trabalho empírico para coleta dos dados e das informações na Instituição foi realizado entre a segunda quinzena do mês de março e a primeira quinzena do mês de abril de 2006 (16/3/2006 a 13/4/2006). A coleta teve início após a apresentação e solicitação de autorização para a realização da pesquisa à coordenação da Instituição. O projeto foi encaminhado à Comissão de Ensino e Pesquisa do CAPS II Ponta do Coral e à Direção de

⁶ A implantação do serviço foi efetivada em 25/3/1996, ficando instalado, provisoriamente, junto ao Centro de Saúde II do Centro de Florianópolis (atual ULS Centro), na Avenida Rio Branco. Em dezembro do mesmo ano foi transferido para o atual endereço, passando a ser chamado NAPS Ponta do Coral. Seu credenciamento no Ministério da Saúde aconteceu ao longo do ano de 1997. Em 2002, a Portaria GM n° 336 regulamentou a denominação dos antigos NAPS para CAPS (STUANI, 2005).

Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis para parecer. Mediante o parecer favorável (Anexo A) das referidas instâncias, foi realizada, em reunião de equipe, a apresentação do projeto aos profissionais do CAPS Ponta do Coral. Concluída esta etapa, foi realizada a entrevista pré-teste. A escolha do profissional observou os critérios constantes da metodologia do projeto. A entrevistada foi uma profissional da área da psicologia (área que tem mais de um profissional no CAPS) que tinha disponibilidade para a realização da entrevista na data escolhida. A partir desta entrevista, foram realizadas pequenas alterações no roteiro, com vistas a agrupar algumas perguntas, no sentido de diminuir o tempo necessário à efetivação da mesma. A referida entrevista teve a duração aproximada de uma hora e vinte minutos, acrescida de mais quinze minutos para a aplicação do formulário, totalizando uma hora e trinta e cinco minutos.

No total, foram realizadas seis entrevistas e aplicados doze formulários, de acordo com a metodologia estabelecida, a qual privilegiou, para a entrevista, o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de ensino superior, dentre as existentes no CAPS Ponta do Coral, quais sejam: psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Os formulários foram aplicados a todos os profissionais de formação de nível superior e de formação de nível médio. Foi necessário realizar sorteio do profissional a ser entrevistado apenas com relação a área da psicologia, por esta ter quatro profissionais atuando na equipe do CAPS. Como utilizamos um deles para a realização do pré-teste, participaram do sorteio apenas os outros três. O sorteio foi realizado na presença de outras duas profissionais da equipe.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos profissionais. A aplicação dos formulários foi simultânea e obedeceu ao mesmo critério. No caso de três dos profissionais entrevistados não foi possível realizar a aplicação do formulário no momento da entrevista, a pedido dos mesmos, devido a limitações de tempo. As entrevistas foram gravadas em fitas cassete, com a autorização prévia dos entrevistados, e, posteriormente, as falas foram transcritas.

As informações e os dados coletados foram sistematizados e classificados, de acordo com os eixos de pesquisa, e posteriormente analisados com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os dados originados dos formulários foram analisados e tratados descritivamente, ou seja, reduzidos a termos descritivos. Para efeito de padronização e de comparação foi adotado o método da porcentagem.

A análise final, que, segundo Minayo (1994), corresponde a um movimento contínuo entre o empírico e o teórico e vice-versa para fazer do caos aparente das

informações revelações da sua especificidade, foi construída pela síntese das informações coletadas em cada eixo de estudo, previamente definidos.

As questões éticas foram consideradas em todas as etapas do estudo, especialmente, na relação com os entrevistados, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) e dentro do que determina a Resolução N° 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde e o Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina. Os profissionais foram informados e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa quando da apresentação do projeto em reunião de equipe e individualmente antes da realização da entrevista. Foi preservado o anonimato dos entrevistado ao se utilizar codinomes para referenciar as falas no trabalho, destacando-se que os mesmos escolheram livremente seu próprio apelido quando da realização da entrevista. Apenas uma das entrevistadas optou por deixar a cargo da pesquisadora a escolha do codinome.

O trabalho que ora apresentamos está organizado de forma a contemplar, neste primeiro capítulo, a introdução do tema e a metodologia utilizada na pesquisa; no segundo capítulo descrevemos, sistematizadamente, o norte teórico utilizado como referência para a análise dos dados e das informações coletadas; no terceiro capítulo trazemos os resultados e as análises da pesquisa. Ao final, resgatamos os principais tópicos relacionados aos eixos de estudo e expomos nossas considerações finais sobre o tema.

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA

Procuramos expor neste capítulo uma síntese das análises de alguns autores que têm contribuído para o avanço nas discussões sobre a Reforma Psiquiátrica, bem como a definição do que vem a ser este outro modelo de atenção em saúde mental – o Modo Psicossocial, tanto em seus aspectos prático-assistenciais quanto em suas exigências éticas e teóricas, no sentido de construirmos o norte teórico orientador das análises da presente pesquisa.

Todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, na atualidade, bem como a literatura da área estabelecem a categoria teórico-prática “desconstrução” como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade nas ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Reiteram, também, a incapacidade da psiquiatria de explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (BASAGLIA, 1985; ROTELLI, 1990). Neste sentido, a proposta da Reforma Psiquiátrica objetiva criar experiências alternativas ao hospital psiquiátrico e ao modelo de suas práticas, através da extinção desse tipo de instituição e sua substituição por recursos que sejam capazes de rever tanto as concepções do “objeto” quanto dos “meios” e modos da sua intervenção nessa área.

A partir das contribuições colocadas por Fleury (et. al., 1989), com relação ao conceito de Reforma Sanitária como um “processo de transformação estrutural”, e da noção de *processo social complexo* proposta por Rotelli (1990), Paulo Amarante (2003, p.49), define Reforma Psiquiátrica como:

um processo social complexo que se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade.

Nessa concepção, o autor observa que processo indica algo em permanente movimento, que não tem um fim predeterminado, nem um objetivo último ou ótimo. E, a idéia de complexidade é posta não como sinônimo de complicação, mas sim como uma atitude epistemológica no sentido de reabrir a possibilidade de recomplexificação do fenômeno, proposição oposta a naturalização/objetualização da noção de doença. Neste sentido, a doença deixaria de ser reduzida a uma alteração biológica, para tornar-se um

processo de saúde/enfermidade. Em outras palavras, “a doença não é um objeto, mas uma experiência nas vidas de sujeitos distintos” (AMARANTE, 2003, p.53).

Na continuidade de suas análises sobre a Reforma Psiquiátrica Amarante (2000, 2003) designa quatro dimensões para as transformações operadas na e pelas práticas da Reforma, quais sejam: teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural.

A dimensão teórico-conceitual ou epistemológica contempla o conjunto de questões que dizem respeito a produção de conhecimentos e saberes que irão subsidiar as práticas. É uma dimensão que vai desde a reflexão dos conceitos mais fundamentais do campo das ciências até os conceitos produzidos pela psiquiatria: alienação, doença mental, normalidade/anormalidade, terapêutica e cura. Um aspecto muito importante desta dimensão refere-se ao desafio de se repensar as relações entre conhecimento e objeto (AMARANTE, 2003).

Na interpretação de Costa-Rosa (et al., 2003, p. 32), o campo teórico-conceitual pauta-se na desconstrução de conceitos e práticas, sustentados pela psiquiatria e pela psicologia nas suas visões acerca da doença mental. Propõe-se como contrapartida a construção de noções e conceitos como “existência-sofrimento” do sujeito na sua relação com o corpo social, acolhimento, cuidado, emancipação e contratualidade social. Nesse âmbito, pode-se entender que o conceito de existência-sofrimento impulsiona a Reforma Psiquiátrica na direção de uma revolução paradigmática, uma vez que questiona a tão cara relação sujeito-objeto e o próprio paradigma doença-cura. Tal conceito aparece por contraposição ao paradigma doença-cura, expressando a exigência de se dar ao sujeito a centralidade da cena.

Como exemplo desse campo Amarante (2003, p. 50) destaca o processo de desconstrução do conceito de clínica, que deixaria de ser o isolamento terapêutico ou o tratamento moral para tornar-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades; a desconstrução do conceito de doença produzido pela psiquiatria, em que o sujeito, não mais visto como alteridade incompreensível, possibilitará outras formas de conhecimento, que produzirão novas práticas clínicas e sociais.

Cabe destacar que quando um conceito é submetido ao processo de desconstrução é possível supor que as relações entre as pessoas envolvidas também serão transformadas, assim como os serviços, os dispositivos e os espaços. Conseqüentemente, mudam, ainda, os conceitos e as práticas jurídicas que eram adotadas pelos conceitos desconstruídos.

Para Basaglia (1985) e Rotelli (1990), desconstrução está relacionada à noção de *invenção*, de construção do real, de produção da subjetividade, recolocando em discussão a ciência e a psiquiatria. Os autores referem-se a “desconstrução” do dispositivo psiquiátrico e clínico em seus paradigmas fundantes e suas técnicas de poder-saber, entendendo-a como uma ação prática de desmantelamento das incrustações institucionais que cobriam a doença. A desconstrução questiona as bases do dispositivo psiquiátrico, em sua competência para atuar frente à loucura.

Entende-se desconstrução como um processo social complexo, de desmontagem do dispositivo psiquiátrico, que não tem fim, ou não pretende constituir, um modelo ideal, mas sim dar novo significado às relações e colocar questões imanentes às situações-problema. Nesse sentido, é um processo que precisa, por definição, ser reinventado incessantemente, e questionar também o conjunto dos segmentos sociais que deveria ser [...] objeto de uma verdadeira "revolução molecular", quer dizer, de uma re-invenção permanente (GUATTARI, 1992 apud TORRE; AMARANTE, 2001, p. 14).

A dimensão político-jurídica passa pela criação e alterações na legislação com relação aos direitos e a assistência ao portador de transtornos mentais. O âmbito jurídico é decorrente do fato de a psiquiatria ter instituído a noção de relação entre loucura, periculosidade, irracionalidade, incapacidade, irresponsabilidade civil. No plano político luta-se pela extinção dos manicômios e sua substituição por instituições abertas, pela revisão das legislações sanitárias, civil e penal referente a doença mental, para possibilitar o exercício dos direitos à cidadania, ao trabalho e à inclusão social. Importa nessa dimensão rediscutir e redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais (AMARANTE, 2003, p. 53; COSTA-ROSA, et al., 2003, p. 33).

No âmbito da dimensão técnico-assistencial está o modelo assistencial. É nesse campo que, na realidade brasileira, aparecem mais visivelmente as inovações com relação as práticas assistenciais em saúde mental, concomitante a reconstrução dos conceitos. As transformações vêm acontecendo tanto na concepção de novos serviços (CAPS, oficinas terapêuticas e de reintegração sociocultural, cooperativas de trabalho) quanto na sua forma de organização e gestão (instituições abertas com participação e co-gestão com os usuários e a população).

Nos últimos anos têm-se objetivado construir uma rede de novos serviços, concebidos como espaços de sociabilidade, de trocas, em que se enfatiza a produção de saúde como produção de subjetividades. Essas mudanças indicam para uma mudança nas práticas de atenção e tem significado *colocar a doença entre parênteses*, propiciando

contato com o sujeito, rompendo com as práticas disciplinares; aumentando a possibilidade de recuperação do seu estatuto de sujeito de direitos (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 32-33; AMARANTE, 2003, p.51).

A expressão *colocar a doença entre parênteses* é atribuída a Basaglia, significa a suspensão do conceito e implica na possibilidade de novos contatos empíricos com o fenômeno em questão. Para o autor, a psiquiatria colocou o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença como fenômeno da natureza. Assim, Basaglia propõe uma inversão, isto é, colocar a doença entre parênteses para tornar-se possível lidar com o sujeito e não com a doença.

Amarante (2003) chama a atenção para o fato de a atitude epistemológica de colocar a doença entre parênteses não significa a negação da doença no sentido do não se reconhecer que experiências de sofrimento ou diversidade fazem parte da realidade concreta da saúde mental. Nas palavras do autor:

não significa a recusa em aceitar que exista uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar. Significa, isto sim, a recusa a explicação da psiquiatria, para dar conta daquela experiência, como se esta pudesse ser explicada pelo simples fato de ser nomeada como doença. A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia social e política da exclusão, e a ruptura epistemológica com o saber da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para objetivar conhecer a subjetividade (AMARANTE, 2003, p. 56).

A dimensão sociocultural expressa o objetivo maior da Reforma Psiquiátrica, haja vista que pretende transformar o *lugar social* da loucura no imaginário social, transformando as relações entre a sociedade e a loucura. Muito do imaginário social é decorrente da ideologia psiquiátrica que tornou senso comum a relação da loucura à incapacidade do sujeito de estabelecer trocas sociais e simbólicas (AMARANTE, 2003, p. 53).

Para tanto se têm estimulado uma série de práticas sociais visando transformar o imaginário social relacionado a loucura, a doença mental e a anormalidade. Está em processo de mudança a imagem da loucura e do louco, a imagem da instituição e a da relação dos usuários e a população com ela. A intencionalidade passa pela construção de uma imagem das instituições de atendimento como espaços abertos de circulação e pólos de exercício estético, e uma imagem do “louco” como cidadão que deve almejar poder de contratualidade social (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 33).

Pensar a Reforma Psiquiátrica como um processo complexo implica desconstruir, superar conceitos; pensar, refletir sobre as ações no campo da saúde mental e os efeitos de

suas práticas; criar, construir novas práticas e produzir outros saberes. Trata-se, portanto, de um processo contínuo em que os verbos transformar, produzir, desconstruir, desmontar, emancipar, reconstruir devem estar no cotidiano do fazer em saúde mental.

2.1 O Modo Psicossocial

A elaboração das práticas do modo psicossocial é tributária de diferentes movimentos sociais científicos e vários campos teóricos. Sob esse aspecto, Abílio da Costa-Rosa (2000; 2003), busca especificar elementos básicos do novo paradigma traçando um paralelo de análise entre as práticas constitutivas do modo asilar e aquelas exigidas ao modo psicossocial⁷.

As principais características do modo asilar são: ênfase na consideração de determinantes orgânicos nos problemas que se pretende tratar, o que implica que o seu meio básico seja medicamentoso; pouca ou nenhuma consideração da existência do sujeito, o que implica que não se insista na sua mobilização como participante do tratamento. O indivíduo continua sendo visto como doente, tanto em relação à família quanto em um contexto social mais amplo. Daí decorre que a intervenção seja quase exclusivamente centrada nele. As aproximações da família, quando ocorrem, costumam ter caráter apenas pedagógico e assistencial. Dessa consideração do indivíduo como centro do problema, entre outros fatores, decorre também seu isolamento em relação ao meio familiar e social.

Ainda, com relação as práticas assistenciais, no modo asilar, o trabalho é realizado sem que os profissionais se encontrem para conversar sobre a atividade comum. O prontuário é considerado o elo de interconexão entre os profissionais da equipe. Mesmo no caso em que o meio é multiprofissional, a determinação fundamental dos problemas continua, na prática, sendo biológica. Portanto, a eficácia do tratamento espera-se que venha da química. Sua instituição típica continua sendo o hospital psiquiátrico fechado,

⁷ O autor observa que esta análise tem uma dimensão histórica, na medida que inclui uma consideração dos avanços que tem ocorrido nas práticas concretas até o presente; e outra dimensão lógica, visto que decorre da dedução realizada, através do método de análise, das características imprescindíveis a um determinado dispositivo para que ele configure uma lógica contraditória com a dos dispositivos que pretende superar e substituir (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.36).

ainda que nas últimas décadas esse venha sendo alvo de reformas democratizantes, intermitentes e esteja acompanhado de dispositivos chamados extra-asilares.

No modo psicossocial a concepção do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos sustentados para lidar com esse processo requer a desinstitucionalização do paradigma “doença-cura” e sua substituição pelo “existência-sofrimento”, conjuntamente com a configuração de práticas de trabalho transdisciplinares.

Destacam-se como principais exigências ao modo psicossocial: a determinação e consistência psíquica e sociocultural dos problemas, e não orgânica; a desospitalização e a desmedicalização, o que significa desconsiderar a medicação como resposta única ou preponderante e a priori; o exercício da “clínica da escuta e da criação de si”, e não a clínica da observação e da retomada do estado anterior às crises; a horizontalização das relações intrainstitucionais; a participação dos usuários e da população em forma de autogestão e co-gestão; o livre trânsito dos usuários e da população; a ética do reposicionamento do sujeito, que significa reconhecer a implicação subjetiva como forma de singularização e não supressão sintomática.

Os dispositivos institucionais típicos do modo psicossocial são os centros e núcleos de atenção psicossocial, o Hospital-Dia, ambulatórios de saúde mental; equipes multiprofissionais de saúde mental, inseridas em Centros de Saúde; setores para tratamento em saúde mental, inseridos em hospitais gerais. Seus meios básicos de tratamento são a psicoterapia, a laboterapia, as socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural, além da medicação.

É decisiva a importância que se atribui ao sujeito, daí que se insista de maneira fundamental na sua mobilização como participante principal do tratamento. Não se deixa de considerar, por isso, a sua dimensão de indivíduo (orgânico e sócio-cultural). Dá-se ênfase à consideração da pertinência do indivíduo a um grupo familiar e social. Supõe-se que se deve trabalhar também a família e o grupo social como agentes das mudanças buscadas.

Da consideração de que não é o indivíduo o único problemático, sugere-se que se inclua no tratamento também a família e eventualmente um grupo mais ampliado. As formas de participação da família e do grupo ampliado no tratamento são várias e superam, em muito, as posturas assistencial e orientadora, características do modo asilar. As associações de usuários e familiares criadas no modo psicossocial são reflexos dessa nova postura em relação aos usuários.

No modo psicossocial, espera-se que as diferentes possibilidades de ação se estendam desde a continência do indivíduo, durante a crise, até o reconhecimento da implicação familiar e social nos mesmos problemas. Espera-se, portanto, que tanto uns quanto outros possam assumir a parte de seu compromisso na atenção e no apoio. Além disso, dá-se acentuada ênfase à reinserção social do indivíduo, sem perder de vista que, muitas vezes, não é a problemática com a qual ele chegou a responsável pela sua saída da circulação sociocultural.

Quanto às formas de organização institucional, no modo asilar estas são marcadas por estratificações de poder e saber no âmbito do pessoal da instituição, que se transladam para a relação com os usuários e a população, os quais estão excluídos de qualquer participação que não seja a do objeto inerte e o mundo. Já os dispositivos do modo psicossocial tem suas práticas fundamentadas na lógica da Psicoterapia Institucional e da Comunidade Terapêutica e, geralmente, estas são instrumentadas por meio de assembleias de usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental. Participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais no modo psicossocial, por oposição à estratificação e interdição institucionais à heterogestão e à disciplina das especialidades que dominam no modo asilar.

Neste sentido, o autor propõe designar a Atenção Psicossocial como paradigma do modo psicossocial, em oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar.

2.1.2 Atenção Psicossocial

O termo Atenção, no contexto da Reforma Psiquiátrica, assume o conceito de “dar e prestar atenção, acolher, receber com atenção, tomar em consideração, levar em conta e escutar atentamente”. Designa uma parte fundamental do contorno que se pretende imprimir às ações de Atenção Psicossocial nas práticas em saúde mental. Expressa certos princípios relativos, sobretudo, à forma das relações dos agentes institucionais e das próprias instituições como dispositivos, com os sujeitos usuários e suas demandas (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 22).

Já o conceito Psicossocial designa as práticas em Saúde Mental Coletiva que se inscrevem como transição paradigmática da psiquiatria; enquanto que o termo psicossocial

agrega ao 'objeto' das práticas em saúde mental aspectos psíquicos e sociais, e tem a função de designar experiências reformadoras em sentido amplo (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 19).

Segundo o autor, ao somatizar aspectos sociais e psíquicos aos aspectos biológicos do paradigma e do objeto da psiquiatria a Atenção Psicossocial vai promover transformações nas concepções do objeto, nos modos de conceber e estruturar a instituição como dispositivo e, sobretudo, na forma de conceber e estruturar as relações terapêuticas, que tem, por sua vez, implicações éticas radicalmente distintas das práticas asilares.

A Atenção Psicossocial subentende ações diferenciadas das contidas no paradigma asilar e psiquiátrico. Na definição de Costa-Rosa Luzio e Yasui (2003, pp. 34-36):

a Atenção Psicossocial parece configurar um campo capaz de congrega e nomear todo o conjunto das práticas substitutivas ao Modo Asilar, conservando ao mesmo tempo a abertura necessária para a inclusão das inovações que ainda estão se processando e para outras que certamente virão. [...] As práticas de Atenção Psicossocial representam a sedimentação de um vasto conjunto de variações teórico-técnicas e éticas, mais ou menos radicais, conforme o caso, em relação às práticas vigentes e dominantes, que estão no lugar estrutural de sua alteridade necessária.

Os autores argumentam que a Atenção Psicossocial tem sustentado um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas norteadas pela aspiração de substituírem o modo asilar, e algumas vezes o próprio paradigma da psiquiatria. As ações na esfera político-ideológica trabalham em sintonia com os movimentos sociais que lutam pelo resgate da dignidade humana e dos direitos individuais e coletivos de cidadania. As ações teórico-técnicas referem-se à produção de novas formas de intervenção que possibilitem a construção de novos dispositivos que trabalhem pela transformação radical dos modelos institucionalizados e da ética em que se pautam.

Atenção Psicossocial, entendida como paradigma do modo psicossocial, designa concepções contrárias ao modo asilar. Quando referida as políticas públicas de saúde mental aspira a inclusão de aspectos políticos, econômicos, sociais, culturais e outros relacionados com ações que visam a construção de práticas de emancipação para a cidadania. Neste trabalho, se refere ao modelo de atenção em saúde mental que deve nortear as práticas dos serviços substitutivos, especificamente, a dos centros de atenção psicossocial.

Dessa forma, a complexidade e amplitude das práticas de Atenção Psicossocial inclui como seus componentes necessários, os conceitos e as práticas englobadas na desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, a partir de uma perspectiva baseada no aumento da contratualidade social dos usuários das instituições.

2.2 Desinstitucionalização

A desinstitucionalização tem sua origem nas experiências desenvolvidas por Franco Rotelli (1990), na Psiquiatria Democrática italiana. Segundo o autor, o primeiro passo da desinstitucionalização consiste em desmontar a relação problema-solução, renunciando a busca da solução racional (tendencialmente ótima) que no caso da psiquiatria é a normalidade plenamente restabelecida.

“O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de “cura” mas no projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente” (ROTELLI, 1990, p.30). Neste sentido, trata-se de um processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito doente. A desinstitucionalização traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação na qual exista reciprocidade entre sujeitos - uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade.

Nas palavras do autor,

A desinstitucionalização é, sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. [...] Depois de ter descartado a ‘solução-cura’ se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento (ROTELLI, 1990, p.33).

Em sua origem, os pressupostos da desinstitucionalização encaminham-se no sentido da restituição da subjetividade do indivíduo, possibilitando-lhes a recuperação de sua contratualidade, isto é, da posse de recursos para trocas sociais e, por conseguinte, para a cidadania social. Contudo, alguns estudos sobre as mudanças operadas na assistência no

âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira apontam para a compreensão da desinstitucionalização como desospitalização⁸.

Segundo Spricigo (2001), a desinstitucionalização, não correlata da desospitalização, torna-se a um só tempo, processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito adoecido. Traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação em que exista reciprocidade entre sujeitos, uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade. Isso gera a necessidade de invenção de novas modalidades de mediação, não somente médicas, mas principalmente políticas, sociais e culturais.

Sobre esta questão, Amarante (1995b) enfatiza que a mudança desejada na assistência em saúde mental não corresponde simplesmente ao fechamento de hospitais psiquiátricos e o conseqüente abandono das pessoas em suas famílias ou nas ruas, nem no fechamento de leitos para reduzir custos, no sentido do neoliberalismo ou no sentido do enxugamento do Estado. Segundo o autor,

desinstitucionalização não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativo. Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social (AMARANTE, 1995b, p. 491-494).

⁸ Ver SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Série Teses em Enfermagem, n° 42)

Neste sentido, a proposta da desinstitucionalização está centrada em uma mudança completa do paradigma de saber em saúde mental e, do ponto de vista assistencial, na constatação de que o hospital psiquiátrico tradicional é antiterapêutico. Assim, a estratégia de conversão do sistema de cuidado deve partir da substituição do hospital psiquiátrico por um amplo rol de serviços abertos e comunitários, capazes de assistir o usuário desde a crise aguda até às necessidades mais amplas de caráter social. Nestes novos serviços, a reabilitação psicossocial vem se configurando como um lineamento para o desenvolvimento de programas, eticamente responsáveis, no sentido de dar conta da totalidade das demandas que os problemas mentais severos e persistentes requerem.

2.3 Reabilitação psicossocial

Na definição da Organização Mundial de Saúde (1987 apud PITTA, 2001) reabilitação psicossocial é o conjunto de atividade capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários.

Segundo Pitta (2001), a reabilitação psicossocial, no seu sentido instrumental, é representada por um conjunto de meios (programas e serviços) que são desenvolvidos para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes, ou seja, um processo para facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. Tal processo enfatiza as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo e a cada situação de modo personalizado.

Para Saraceno (2001), a reabilitação psicossocial prevê um processo de restituição e reconstrução de direitos políticos legais e sociais para o cidadão. Para tal, projetos de ressocialização devem promover o reconhecimento do portador de transtorno mental.

Para Kinoshita (2001), reabilitar é reconstruir valores, aumentar o poder contratual, criar condições de possibilidade para que um paciente possa, de alguma

maneira, participar do processo de trocas sociais, produzir dispositivos que, desde uma situação de desvalor quase absoluto (pressuposto), possa passar por experimentações, mediações que busquem adjudicar valores aptos para o intercâmbio, ou seja, modificar o pressuposto de desvalor natural para um pressuposto de valor possível proposto, explícito.

O autor considera que reabilitar pode ser entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia. Sendo que, a contratualidade do usuário vai estar, primeiramente, determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Se estes podem usar de seu poder para aumentar o poder do usuário ou não. Depois pela capacidade de se elaborar projetos, isto é, ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida.

Ainda, diretamente ligada a questão da reabilitação de pacientes está a necessidade de se estabelecerem diversificadas redes de relações, as quais melhor capacitariam os indivíduos a compreenderem quais determinações influenciam sua vida cotidiana, ampliando sua autonomia.

O conceito de autonomia aqui referenciado é entendido como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001).

3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Apresentamos, a seguir, os resultados e as análises da pesquisa realizada, a partir dos eixos que nortearam a coleta dos dados e das informações: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde.

3.1 Estrutura e recursos financeiros

O conjunto de serviços substitutivos ao modelo de atenção em saúde mental tradicional (manicomial/asilar), do qual os centros de atenção psicossocial fazem parte, é, atualmente, regulamentado pela Portaria GM/MS N° 336/2002. Esta portaria estabelece portes diferenciados, a partir de critérios populacionais, para abrangência, financiamento e tipo de serviço prestado, de acordo com cada modalidade de CAPS.

Com relação a estrutura física, os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender a sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado. Para tanto, devem estar equipados com consultórios individuais para consultas, entrevistas, terapias, salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitório, sanitários, área externa para oficinas, recreação e esportes (BRASIL, 2004).

Neste aspecto, O CAPS Ponta do Coral tem uma estrutura que compreende um terreno com área física total aproximada de 1.936,00m², destes, aproximadamente 421m² são de área construída. Fazem parte das instalações, uma casa com dois pavimentos, um anexo, utilizado como sala do brechó, área de lazer e estar externa, e estacionamento. O pavimento superior da casa comporta 2 varandas, sala de recepção, sala de espera, 2 áreas de circulação (corredores), sala de administração, 2 consultórios, sendo que no momento um é utilizado como sala administrativa para realização de procedimentos relacionados ao preenchimento das APACs⁹, 2 salas para atividades grupais com WC, sala de depósito de

⁹ Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo.

material, cozinha com despensa, refeitório com churrasqueira, sala ampla (auditório) equipada com multimídia, sala de enfermagem, sala de repouso, e 7 banheiros distribuídos no espaço físico do pavimento superior. No pavimento inferior encontra-se a sala utilizada pela associação de usuários, 2 salas para a realização de oficinas (com passagem de uma para outra), sala com forno, sala de depósito de material e lavanderia¹⁰.

De acordo a pesquisa realizada, 83,3% dos profissionais considera a área física do CAPS suficiente para o atendimento da demanda e 66,7% consideram as instalações adequadas para a realização das atividades propostas; apenas um profissional observou que considera a estrutura do CAPS suficiente desde que as oficinas produtivas sejam realizadas fora da unidade. A mesma porcentagem (66,7%) considera os equipamentos disponíveis suficientes. Neste âmbito, o serviço conta com computador com impressora, aparelho de telefone e fone/faz, televisão, mesas de escritório, cadeiras, quadro branco, maca para atendimento em enfermagem, camas de repouso, fogão industrial, pia, mesas e bancos no refeitório, bancos para estar e descanso, entre outros. Metade dos profissionais respondeu que os equipamentos estão em bom estado de utilização, com ressalvas para salas com pouca ventilação no pavimento inferior.

Já com relação aos materiais de consumo, 91,7%, correspondente a onze dos doze profissionais que responderam ao formulário, consideram que os materiais de consumo não são suficientes. Eles se referem à falta e irregularidade no recebimento de materiais básicos à manutenção do serviço, tais como copo descartável para água, papel higiênico, e, principalmente, material específico para uso nas oficinas terapêuticas e de produtividade. Esta situação pode ser observada nas falas dos profissionais, que identificam as dificuldades no funcionamento do CAPS com relação a falta de recursos materiais e financeiros:

[...] essa falta de recursos é isso que eu te digo, desde a parte administrativa, nós precisamos de papel, carbono, copo pra tomar água, por exemplo, agora nós somos uma Unidade Local de Saúde que não tem copo descartável, já faz quase quinze dias, vinte dias, não tem copo descartável; falta água, aí nós temos que esperar, sendo que é um lugar que transita muitos usuários, eles tomam medicação e precisam tomar água, eles tomam muita água, e acaba não tendo água potável; por exemplo, teve época que faltou papel higiênico, em um serviço onde os usuários chegam fazem lanche, almoçam, fazem lanche da tarde, eles passam o dia aqui, então precisa ter uma estrutura mínima de atendimento (LÉLI, 4/4/2006).

¹⁰ Conforme Planta Baixa da unidade constante no projeto de reforma e ampliação executado em 2003/2004.

[...] a gente tem também o problema de fornecimento de material de consumo já há algum tempo, também desde que essa administração começou (Gestão Municipal e da Secretaria de Saúde), o fornecimento de material de consumo é interrompido, a gente fica sem tinta pra impressora, sem papel, sem papel higiênico...; tem diversos itens desses que são necessários, fazem parte do funcionamento do dia-a-dia do serviço (F, 12/4/2006).

[...] as oficinas terapêuticas e produtivas, requerem um material específico que precisa de dinheiro, e aqui, na política específica do município não tem uma regularização quanto ao repasse desse dinheiro [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

[...] a falta de agilidade no fornecimento das reservas para as oficinas, tudo isso resulta em um prejuízo para o trabalho; ficou quase uns dois meses a oficina fechada por falta de material, por exemplo [...] (P, 17/3/2006).

Outra dificuldade mencionada pelos profissionais no funcionamento do serviço é o vale transporte dos usuários:

[...] o funcionamento em geral fica prejudicado porque na medida em que falta vale transporte o usuário não vem, não consegue se deslocar para vir até aqui, aí interrompe aquele projeto terapêutico que havia sido feito com o usuário [...] (VIK, 24/3/2006).

[...] a questão, por exemplo, da dificuldade que a gente tem aqui: o transporte dos pacientes, a questão do passe, é muito irregular; então, isso reduz a nossa produtividade também, porque os pacientes acabam não vindo. Muitas vezes a gente não pode, por exemplo, contar com aquele paciente que veio para uma entrevista inicial porque ele não tem como estar vindo no curto prazo, então, acho que isso, a questão do custo que é o transporte em Florianópolis, também acaba afetando o nosso trabalho, então, nesse sentido, a falta de regularidade no passe [...] (P, 17/3/2006).

A partir dessa relação entre as diversas necessidades para o funcionamento do serviço é possível perceber que os profissionais assumem como princípio uma concepção de saúde ampliada, na qual não basta somente o atendimento terapêutico. Outros fatores estão interligados e contribuem para que a assistência efetivamente ocorra. Contudo, a concepção e prática setorializada das políticas sociais brasileiras provoca situações dessa natureza, na medida em que não se trabalha a inter-relação entre elas. Esta forma de setorialização das políticas sociais, no entanto, não é característica apenas da realidade brasileira, mas uma “modalidade do Estado burguês” que traduz as expressões da questão social mediante a tipificação das políticas sociais (NETTO, 1992).

Várias iniciativas têm buscado romper com esta perspectiva como a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), que reafirmou a necessidade de se garantir e melhorar o acesso aos bens e serviços da sociedade: prover trabalho, creches, profissionalização, educação, lazer, escolas, habitação, transporte, segurança pública, saneamento básico. Também, destacou ser fundamental enfatizar a questão do transporte urbano acessível aos usuários, a fim de que seja garantido o deslocamento entre os serviços de saúde e sua moradia (BRASIL, 2002a).

Na seqüência da pesquisa realizada, dois entrevistados referiram que a falta e as dificuldades no fornecimento dos recursos materiais necessários estão mais acentuadas na atual gestão administrativa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)¹¹. Foram relacionadas, ainda, como dificuldades, a falta de um carro disponível para o CAPS, a falta de terapeuta ocupacional, de outro médico psiquiatra e outros profissionais de nível médio (auxiliar administrativo, pessoa para limpeza). Outras questões listadas estão relacionadas aos recursos humanos e as necessidades de integração do serviço na política municipal de saúde. Os profissionais relatam a existência de dificuldades de interação da equipe, falta de capacitação, supervisão institucional, falta de apoio institucional, falta de efetivação de uma rede de saúde mental e/ou a existência de uma rede de atenção ainda incipiente, em processo de formação, falta de estrutura para atenção às urgências, dificuldades do gestor em compreender a lógica da saúde mental, salários incompatíveis com as funções.

Os problemas relatados pelos profissionais aparecem diretamente relacionados à insuficiência dos recursos financeiros de custeio do serviço. Todos os entrevistados referiram que os recursos gerados pelo serviço, através das APACs, não são suficientes para a realização das atividades do CAPS. Dentre as atividades prejudicadas, o trabalho nas oficinas foi apontado como o principal, conforme aparece na fala a seguir:

o que requer mais recursos, atualmente, são as oficinas produtivas, por exemplo, houve uma paralisação de muitas das oficinas quando faltou recurso. O recurso não é exatamente suficiente. Eu acho que os R\$ 500,00 por mês é um recurso pequeno [...] acho que o recurso poderia ser maior, pelas necessidades ele acaba sendo reduzido, não é uma coisa que você possa comprar a vontade, assim, é limitado, muitas vezes, a oficina tira de uma pra passar pra outra (P, 17/3/2006).

¹¹ Gestão Municipal 2004/2008; a Gestão da Secretaria de Saúde referida é a de 2004 a abril de 2006 que teve como gestor o vereador Walter da Luz; à época da coleta dos dados empíricos houve mudança do gestor municipal de saúde, assumindo o cargo o ex-secretário estadual de saúde João José Cândido da Silva.

Um dos profissionais apontou como principal atividade prejudicada pela falta de recursos financeiros a questão do território. Segundo este, a falta de recursos interfere no atendimento prestado, no sentido de que não é possível realizar o acompanhamento, a inclusão e avaliação do usuário em seu território. De acordo com este profissional,

o dinheiro do CAPS pode ser melhor gerido se investir no território. Investir no território seria elaborar projetos, ter mais articulação com a associação de moradores, ou seja, com os recursos que o território oferece, e aí precisa aumentar a própria equipe porque vai ter equipes que vão ter que se deslocar do CAPS; vai ter que ter investimento em carro, daí vai ter que ter um motorista, os próprios agentes comunitários tem que ter essa parceria, isso tudo implica em financiamento. [...] como eu sempre digo, território é onde a vida acontece, onde a cultura é produzida, onde as manifestações de vida, elas estão mais visíveis [...], mas investir lá no território, a equipe tem que estar inserida lá, estar toda hora pensando e discutindo [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

De acordo com as recomendações da política do Ministério da Saúde, as ações de saúde mental devem obedecer a um modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas. São ações que envolvem práticas de reabilitação psicossocial, promoção da cidadania, construção da autonomia possível dos usuários no ambiente em que eles vivem, e que necessitam de uma equipe multidisciplinar capaz de trabalhar sobre a ótica da interdisciplinaridade (BRASIL, 2004).

Necessariamente, a mudança de um modelo assistencial requer a análise de sua estrutura de financiamento. Isso significa que as características singulares e diferentes dos CAPS, em relação aos modelos tradicionais de assistenciais, e a complexidade das ações desenvolvidas por estes serviços necessita vir acompanhada de uma mudança na lógica de alocação de recursos financeiros.

Atualmente, o principal órgão financiador dos CAPS é o Ministério da Saúde (MS). Com a publicação da Portaria GM/MS nº 336/2002 os CAPS passam a fazer parte das ações estratégicas do MS. Esses serviços são incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e a remuneração é através do sistema APAC/SIA¹². Baseado na fatura que o prestador de serviços de saúde apresenta ao SUS, correspondente aos seus gastos

¹² A Portaria GM/MS nº 336/2002 descreve os procedimentos objeto de remuneração, classificando-os em intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Para essas três modalidades de atendimento, a Portaria GM/MS nº 189/2002 fixou o número máximo de atendimentos mensais para cada modalidade, de acordo com cada tipo de CAPS, sendo que para cada tipo de procedimento é destinado um valor diferenciado. Nos CAPS II, um procedimento intensivo custa R\$ 25,40; um semi-intensivo, R\$ 16,30; e um não-intensivo, R\$ 14,85 (BRASIL, 2002).

mensais com a produção de atendimentos aos usuários dos CAPS, o Ministério da Saúde repassa, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, o montante equivalente à sua produção. A inovação introduzida por este modelo de pagamento refere-se à fonte de financiamento, ou seja, ao acréscimo de recursos financeiros repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estadual e Municipal de Saúde (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, pp.129-132).

Sobre este aspecto, perguntamos aos entrevistados qual conhecimento possuem sobre o repasse dos recursos financeiros para o CAPS. Na sua maioria, eles referiram saber sobre os recursos originados a partir das APACs, contudo, relataram não saber sobre o controle do uso desse recurso, conforme expresso nas falas relacionadas:

[...] tem o valor, o montante desse valor que é produzido dos atendimentos pagos pelo Ministério (MS), então, tem isso mensal, a gente tem o valor que chegou, somou, vamos dizer assim, esse montante que a gente somou dos atendimentos feitos no mês, isso a gente sabe, porque as APACs são geradas aqui no CAPS, mas o repasse disso via Fundo Municipal, esse controle eu não sei, eu sei do valor que tem que receber mensalmente (VIK, 24/3/2006).

Bom, formalmente, eu desconheço qualquer..., todas as formas de recursos. O dinheiro da produtividade referente as APACs vai para o Fundo Municipal de Saúde e nunca teve prestação de contas disso. Na verdade a gente não sabe qual é o destino que é dado nem quanto vem; tem o nosso levantamento interno da produtividade, mas não sabemos o que é feito desse recurso (F, 12/4/2006).

Alguns profissionais referiram-se ao fato de o município não ter gestão plena do SUS,

Bom, eu tenho algum, pouco do que é repassado, a gente sabe o que foi recolhido, por exemplo, através das APACs, que são os atendimentos feitos aqui, então eu sei quantos atendimentos foram, qual seria o valor que essas APACs dariam, mas eu não sei qual o valor que a gente acaba recebendo, que fica num fundo perdido, no sentido de que é um fundo único por não ser gestão plena (J, 22/3/2006).

O conhecimento que eu possuo é muito irregular e insatisfatório, assim, a relação APAC, por exemplo, o repasse do dinheiro que viria do Ministério da Saúde a gente acaba..., nós não somos gestão plena então vai pra secretaria (municipal) de saúde e ali é passado pra compra de alimento..., enfim, mas nós não temos autonomia sobre esse dinheiro, então, uma vez que você não tem autonomia o teu conhecimento fica restrito. Está na mão da secretaria mesmo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais discorreu detalhadamente sobre a forma como os recursos são gerados e repassados à unidade gestora (SMS), referindo-se que todas as diretrizes sobre financiamento do serviço são preconizadas pelo Ministério da Saúde através de portarias.

Os recursos financeiros do CAPS são obtidos através de APACs, Autorização de Procedimento de Alto Custo; pra se preencher uma APAC é necessário que haja uma organização do serviço em cima de modalidades de atendimento; as modalidades de atendimento podem ser: semi-intensivo, intensivo e não-intensivo, cada um tem um determinado valor em relação a esse procedimento, ou seja, todas as diretrizes em relação a financiamento, o Ministério preconiza isso em portaria, então, os conhecimentos que eu possuo em relação aos recursos financeiros do Caps são os conhecimentos que já estão preconizados em relação ao Ministério da Saúde; essa APAC uma vez preenchida ela é computada, ela é repassada pro governo federal e este repassa o dinheiro fundo a fundo; esse dinheiro vem pro Fundo Municipal de Saúde, e é esse dinheiro que é aplicado na saúde mental pra ter a gestão do serviço [...] aqui acontece da seguinte forma: cada gestor municipal, como a política é municipalizada, eles criam um protocolo, nesse protocolo eles colocam de que forma esse dinheiro pode ser gastado na saúde mental; então, existe um documento no município dizendo, olha na saúde mental você pode gastar tanto com a associação de usuários, tanto pra comprar materiais, tanto pra gastar em vale transporte; então, existe um protocolo dizendo no que você pode gastar esse dinheiro que vem na saúde mental; é um dinheiro que vem do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde; esse dinheiro cai nessa conta e ali existe um acordo de como se gastar; esse dinheiro é manejado pelo gestor municipal de saúde (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme apontam Freire, Ugá e Amarante (2005, pp. 131-133), o modelo de alocação de recursos dos CAPS (sistema de remuneração por APAC) trás contribuições à política nacional de saúde mental ao inserir os CAPS no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) do MS, pois proporciona maiores incentivos financeiros, haja vista a alocação de recursos municipais extra-teto para a manutenção de serviços já existentes e a implantação de novos serviços.

Contudo, os mesmos autores ressaltam que há de se perceber que a lógica da remuneração que o SUS imprime aos CAPS vincula-se, preponderantemente, à doença. Ou seja, as unidades assistenciais do SUS seguem um sistema de remuneração vinculado a um diagnóstico, mais especificamente, a um episódio de doença, internação, contidos na tabela de procedimentos hospitalares (SIH/SUS) ou a ações ambulatoriais, inscritas na tabela de procedimentos ambulatoriais (SIA/SUS). Desta forma, “o sistema de saúde encontra-se, em sua quase totalidade, voltado para a produção de atos vinculados a doença, isto é, atos

curativos, valorizando, em conseqüência, intervenções predominantemente individuais, que são remuneradas pela venda de procedimentos, diárias e atos médicos-assistenciais de natureza privatizante” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p 133).

Amarante (2003, pp. 62-63) considera que os CAPS, como os serviços integrantes do SUS, também foram capturados pela lógica da *inampização*, ou seja, pela lógica do pagamento por procedimento. Para o autor, “o modelo prevalente dos CAPS é o herdeiro mais autêntico e legítimo da lógica do antigo INAMPS, onde a saúde era reduzida a doença, ao mesmo tempo em que o sistema de saúde era reduzido a assistência médico-curativa”.

Portanto, o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. Pelo contrário, tente a prejudicar a complexidade de ações dos CAPS, na medida em que não é previsto financiamento das diversas relações que podem ser estabelecidas com a comunidade, com as lideranças e associações comunitárias. Tais ações, dentre muitas outras possibilidades de intervenção territorial, “são inerentes a esse tipo de serviço e objetivariam imprimir um processo de transformação cultural nos diversos segmentos da sociedade, no lidar e no acolhimento das pessoas em sofrimento mental” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 135).

Sobre a forma de repasse dos recursos financeiros ao CAPS, os profissionais entrevistados relataram não existir descentralização administrativa. Os recursos chegam ao serviço na forma de materiais. Alguns profissionais observaram que até a gestão administrativa da secretaria municipal de saúde anterior eles tinham acesso a uma verba de R\$ 500,00 que utilizavam na compra de material para as oficinas. A partir da atual gestão esse dinheiro não foi mais repassado. A compra do material passou a ser feita através de orçamento encaminhado à secretaria, que faz o pagamento, e os profissionais retiram os materiais.

Não, a gente não tem acesso a esse recurso diretamente, a gente não é uma unidade que gere o seu recurso; ele vai pra secretaria e a secretaria... por exemplo: toda a compra de... o pagamento dos almoços, lanches, etc.. é a secretaria que faz; a gente não tem autonomia; o único recurso que a gente manuseia são os R\$ 500,00, que vem para as oficinas; isso é dividido, as Oficinas fazem um rateio, cada oficina compra o seu material, mas até parece..., da última compra fui eu que comprei, ela (SMS de Florianópolis) determinou, já colocou a empresa que vai fornecer; não sei se foi mediante licitação, já fez o pagamento direto, a gente só foi lá escolher e pegar os produtos que tinham sido

solicitados; então..., de outras vezes, por exemplo, a gente pegava o cheque ia lá comprava, pagava naquele valor, agora isso não foi feito dessa forma (P, 17/3/2006).

Desde que começou essa administração (Gestão Municipal 2004-2008) acabou esse repasse; então atualmente a única vez que a gente conseguiu material pras oficinas foi através de empenho que a própria secretaria fez..., então, permanece centralizado, a única coisa que a gente teve que fazer foi ir nas lojas fazer orçamento, passar pra secretaria, a secretaria emitiu as notas, e aí a gente foi buscar o material com essas notas, mas não com o dinheiro (F, 12/4/2006).

Não, não existe, porque, na gestão passada (Gestão Municipal 2000-2004) ainda vinha uma verba de dois em dois meses, tipo quinhentos reais pra compra de material pra oficinas; nós comprávamos, apresentávamos as notas e depois eles colocavam o dinheiro; nessa gestão (Gestão Municipal 2004-2008; Gestão da Secretaria de Saúde de 2004 até abril de 2006) não existe nada, então, a pergunta se existe descentralização administrativa dos recursos financeiros, não, não existe (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais referiu-se a descentralização não apenas como repasse de recursos financeiros e funções administrativas, mas como compartilhamento de poder na gestão do serviço.

Essa descentralização, eu estou entendendo como um compartilhamento de poder; não existe esse compartilhamento de poder na hora de gerir os recursos, assim, o CAPS possui CNPJ, mas ele não possui uma conta específica pra vir dinheiro pro CAPS, não existe isso, existe esse acordo que eu te falei, que vem do fundo a fundo e esse dinheiro vai pra saúde mental e o CAPS tem uma vertente pro CAPS, o dinheiro não é só pro CAPS, ela vai pra saúde mental, e aí o CAPS acaba utilizando esse dinheiro, então, quando pergunta sobre a descentralização eu faço a avaliação de que é o compartilhamento de poder, então, não tem isso, é o gestor que acaba se apoderando desse sistema de financeiro, a gente não interfere (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ao considerarmos a questão da descentralização político-administrativa dos recursos financeiros, temos a intenção de destacar que a transferência desta prática às unidades prestadoras de serviços em saúde nos municípios poderia estar favorecendo uma melhor utilização e adequação dos recursos às necessidades reais do serviço, bem como possibilitar maior agilidade na compra dos materiais e viabilizar um processo de gestão democrática e participativa, entre técnicos trabalhadores, usuários e gestores. Essa prática traduz-se, por sua vez, em um exercício político-pedagógico de construção da democracia, objetivando uma atuação com transparência na administração da coisa pública.

Quando questionados sobre se a descentralização financeira dos recursos possibilitaria o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, os

profissionais, na sua maioria, disseram que sim, com algumas ressalvas feitas para a necessidade de mudanças na forma de gestão administrativa do serviço, conforme expresso nas falas que seguem:

Sem dúvida, sim sem dúvida, isso é um equívoco assim porque..., justamente porque a gente não sabe qual é o destino dado a esse dinheiro. A gente acredita que se a gente tivesse mais transparência nesse processo a gente poderia pelo menos priorizar certas coisas que são de fato importante e garantir que elas fossem..., que a gente conseguisse obter essas coisas, enfim, o investimento necessário (F, 12/4/2006).

A melhor utilização sim acho que o planejamento teria que ser anterior, mas sim, acredito que utilizar no sentido até..., porque muitas vezes, como vai para esse Fundo que é pra todos, pra toda a saúde, você acaba sem saber, igual agora, que a gente já tem o dinheiro da supervisão disponível na secretaria, mas não tem como a gente começar amanhã, embora o dinheiro já esteja lá., porquê? porque a gente não sabe como esse dinheiro vai sair e entrar na mão do terapeuta que vai fazer a supervisão da equipe e isso pode demorar um mês, dois meses, vai saber, seria melhor, claro (J, 22/3/2006).

Sim, com certeza, porque nos iríamos sentar e ver as necessidades, por exemplo, esse ano nós ficamos desde o ano passado até um mês atrás sem material nenhum pras oficinas e as oficinas que mais tinham, capitalizavam usuários e não tínhamos material, nós tivemos que suspender as oficinas; então nós sabemos das necessidades, as necessidades dos usuários, quais as oficinas tem mais usuários, pra gente pode administrar e vê onde pode estar investindo (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que sim porque ficaria mais próximo da própria administração do CAPS, porém, ia surgir a necessidade de ter todo um aparato administrativo pra poder gerenciar isso, mas assim, na medida que aqui no CAPS a gente tem uma gestão participativa, em que os usuários estão reunidos semanalmente pra pensar as regras do CAPS, as necessidades do CAPS, enfim, seria mais interessante talvez, esse repasse direto tu quer dizer, é... não sei assim, a princípio..., hoje a gente tem uma estrutura de conselho que prevê o controle social através do Fundo Municipal de Saúde, o Conselho Municipal tem essa ligação também, e aí a gente está lá também, de certa forma representado (VIK, 24/3/2006).

Olha, eu acho que teria que mudar um pouco a nossa dinâmica de funcionamento; não deixa de ter um lado...bom, é uma faca de dois gumes, poderia facilitar a gente fazer um processo mais rápido talvez, não faltaria coisa, porque as vezes faltam coisas básicas, agora, por exemplo, faltam copos, se você tivesse o recurso você ia ali e comprava uns pacotes de copos, não teria essa... essa falha; agora é saber que é mais uma tarefa também que acumularia em termos administrativos, financeiros, quer dizer, não sei se você não está ali também inchando o processo burocrático aqui dentro do CAPS; eu acho que pode ter vantagens, mas pode ter desvantagens; eu teria que pensar melhor, nunca pensei nessa possibilidade; assim, acho que o dinheiro da Oficina, puxa, se a gente tivesse aqui uma verba seria mais fácil, as vezes faltam coisas

pequenas que você não tem como estar repondo aqui, tem que esperar uma nova verba, de repente pra.... (P, 17/3/2006).

Um dos profissionais observou sobre as questões práticas e políticas que envolvem a descentralização no contexto do SUS:

Esse compartilhamento de poder ele só pode ser discutido dentro da lógica do SUS, universalização, integralização, etc., dentro dos preceitos do SUS tem o controle social, essa descentralização só pode ser discutida quando acontece o controle social. Hoje essa descentralização ela tem que ser discutida no Conselho Municipal de Saúde e mais precisamente no conselho gestor dentro do CAPS; agora, porque não ocorre isso? Porque não tem a clareza da necessidade; eu acredito que as pessoas que acabam estando na prática, principalmente no CAPS, se sobrecarregando com as coisas, e acabam não tendo a clareza, ou não querendo assumir mais um encargo trabalhista; então, esse é um dos grandes problemas que existe, a sobrecarga de trabalho, as condições de trabalho, aí você acaba tendo que lutar por tudo isso; isso aí eu vejo que tem muito a ver com a questão da militância, pessoas que já estão, lá na época ou do ensino médio, que já começam ir pros grêmios, depois a pessoa acaba indo pra militância no movimento estudantil, e quando vão pros serviços de saúde são profissionais mais críticos, que acabam tendo essa visão mais ampla da saúde e da política; então, as pessoas que acabam chegando no serviço com um pouco desse ideal de controle social eu diria, acabam questionando mais essa questão da descentralização; voltando a tua pergunta sobre a descentralização financeira, ela poderia sim possibilitar um melhor planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, se houver o controle social dentro dessa descentralização financeira (GIRASSOL, 20/3/2006).

Cabe destacar que a proposta da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, na regionalização e na hierarquização da rede de serviços, constante entre os princípios e diretrizes do SUS, coloca o município como lugar privilegiado para o desenvolvimento de uma política de financiamento das ações em saúde, com critérios transparentes, e que respeite as particularidades da realidade local. O Ministério da Saúde continua a ser a instância que, na administração do Fundo Nacional de Saúde (FNS), acompanha a aplicação dos recursos que são repassados aos estados e municípios. Estes, por sua vez, são obrigados a constituir os seus respectivos fundos de saúde e conselhos estaduais e municipais, elaborar planos de ação e apresentar relatórios de gestão, garantindo também a existência de contrapartida de recursos para a saúde nos seus orçamentos (COSTA, 2002).

Embora a descentralização seja uma prática com vistas a aumentar o poder decisório de aplicação dos recursos na esfera local, esta ainda apresenta muitos problemas, na medida que não consegue alcançar efetividade, dados os impasses de ordem burocrática e administrativa. Por si só a descentralização não garante maior controle social ou uma prática democrática. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada que abarque as especificidades da área da saúde mental.

Nesse sentido, a lógica fundamental da estrutura de financiamento exigida é a de que os recursos financeiros devem ser centrados nas pessoas e não nos serviços. O financiamento deve contemplar todas as ações necessárias e decorrentes da implantação, implementação e sustentação de uma nova política de saúde mental (BRASIL, 2002a). O que deve ser colocado em pauta é a viabilidade de se financiar o CAPS como um todo, envolvendo todas as suas ações e especificidades, permitindo-se que cada serviço tenha flexibilidade para realizar seu trabalho de acordo com as necessidades locais, desvinculando o financiamento da relação de compra e venda de serviços e da noção de doença (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 136).

3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico

Os profissionais que trabalham nos CAPS compõem um grupo de diferentes técnicos de formação de nível superior e nível médio, e integram uma equipe multidisciplinar. Todas as unidades de serviço devem obedecer a exigência da diversidade profissional e cada CAPS tem suas próprias características quanto ao tipo e a quantidade de profissionais. A equipe mínima indicada para os CAPS II é composta por médico psiquiatra, enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior de outras categorias profissionais entre psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro necessário ao projeto terapêutico e seis profissionais de nível médio entre técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).

O papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. As equipes devem organizar-se para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação

psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e poder equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas (BRASIL, 2004).

Neste item nos propomos a descrever e analisar a composição e perfil da equipe técnica do CAPS Ponta do Coral, bem como as dificuldades e facilidades do trabalho em equipe consideradas pelos profissionais, a existência de práticas interdisciplinares no atendimento ao usuário, de projeto terapêutico e planejamento das ações da unidade de serviço¹³. Ao final do item consideramos os apontamentos dos profissionais sobre as diferenças do atendimento prestado no CAPS em relação ao realizado nas instituições tradicionais/hospitais psiquiátricos.

3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental

O CAPS Ponta do Coral conta com uma equipe de profissionais multidisciplinar que atua diretamente no atendimento aos usuários. São profissionais com formação de nível superior nas áreas de psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Entre os de formação de nível médio estão dois técnicos em enfermagem e um auxiliar administrativo. Compõem a equipe, ainda, os profissionais de apoio, vigilantes e auxiliar de limpeza, e estagiários de psicologia, serviço social e enfermagem.

¹³ É importante destacar que o perfil bem como a opinião dos profissionais sobre o serviço varia, no decorrer do tempo histórico, de acordo com a composição da equipe naquele determinado momento. Outros trabalhos já realizados identificam o perfil da equipe, a percepção dos profissionais sobre o trabalho no CAPS, o significado e o processo de inserção no serviço, a concepção sobre o modelo assistencial e práticas de desinstitucionalização, em épocas anteriores. Entre estes ver: GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003; FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial** - percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004; NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental:** em busca da articulação e qualificação das ações em saúde. Monografia (Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Lato Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

A maioria dos técnicos de nível superior concluiu a graduação na década de 1980. Metade deles possui capacitação específica na área de saúde mental, em geral, cursos de formação e aperfeiçoamento, especialização em terapia cognitiva comportamental, saúde pública, clínica, psicoterapia, psicanálise, atenção psicossocial. Três profissionais possuem mestrado nas áreas de enfermagem, sociologia política, artes cênicas; um fez residência médica em psiquiatria e cursa mestrado na mesma área; uma profissional tem doutorado em sociologia política.

Mais da metade dos profissionais (58,3%) possuem experiências de atuação profissional em outras instituições da área de saúde mental como clínica de internação, hospital psiquiátrico, centro comunitário de saúde mental, serviços de atenção à dependentes químicos e centro de atenção psicossocial. A maioria (66,7%) atua na área de saúde mental a partir da segunda metade da década de 1990. Cinco profissionais identificaram ter experiência de atuação em outras instituições que não da área de saúde mental.

Com relação ao tempo de serviço no CAPS, quatro profissionais atuam desde a implantação do serviço, em 1996, três ingressaram na equipe entre os anos de 2001 e 2002, e quatro profissionais passaram a fazer parte da equipe recentemente, a partir de meados de 2004. Quanto ao tipo de vínculo empregatício, a maioria, 75% (9 profissionais), é servidor público concursado, dois são contrato temporário e um ingressou no serviço público municipal através de indicação técnica. Nove profissionais possuem regime de trabalho de 30 horas semanais e 3 deles trabalham 40 horas semanais.

Com relação a capacitação específica em saúde mental para atuar no CAPS, todos os entrevistados consideram esse quesito de grande importância. Entre as razões apresentadas estão: a necessidade de compreensão e entendimento comum do que é um CAPS e o entendimento do tipo de assistência que este serviço deve oferecer; a preocupação com a diferença no atendimento que o CAPS deve oferecer em relação aquele prestado em outros serviços de saúde mental; a necessidade da capacitação para suprir as defasagens da formação acadêmica, que, em geral, não abarca as especificidades do campo da saúde mental.

Na opinião dos entrevistados,

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS, não tem a qualificação pra atuar, então ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então é necessária a questão da capacitação... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ah sem dúvida, sem dúvida, principalmente porque o que a gente está propondo é uma reformulação no modo da assistência em saúde mental, então é preciso que quem venha trabalhar num CAPS entenda essa lógica, que não venha pra cá com a mesma mentalidade do que se faz no hospital psiquiátrico, do que se faz em ambulatório, é outra coisa também diferente da atenção básica, então o CAPS precisa disso, precisa que o profissional tenha essa.., esse tipo de orientação, esse tipo de compreensão da sua finalidade (F, 12/4/2006).

Muito, muito importante, justamente por isso que eu estou te falando, porque assim, o profissional que trabalha no campo psicossocial, de qualquer área, ele necessariamente precisa quebrar a prática estereotipada pra poder entrar num serviço como esse porque o assistente social de um CAPS ele não é aquele assistente social de um hospital psiquiátrico, ele muda, ele faz outras coisas, ele se coloca de outro jeito, assim também é o médico, assim também é o psicólogo, o enfermeiro, então, uma formação específica pra essa área é bastante adequado porque vai tratar especificamente das necessidades que se colocam no cotidiano (VIK, 24/3/2006).

Considero, considero sim. É interessante que cada um tenha um saber, que traga o seu saber pela sua formação, da sua prática, do seu bairro, da sua comunidade, mas trabalhar no CAPS não é trabalhar em ambulatório, trabalhar no CAPS é ter um conhecimento sim do que é uma Reforma Psiquiátrica, do que significa um CAPS num panorama hospitalocêntrico. É toda essa questão política que tem por trás, questão financeira também, que é um serviço que se propõem substituir sim progressivamente os hospitais. Em muitos lugares isso já é feito, já conseguem fazer internação zero, outros lugares não; então, uma abordagem no CAPS precisa sim ter capacitação (LÉLI, 4/4/2006).

Sim, até por que o que é o CAPS? O quê um CAPS deveria ser? Cada um tem a sua idéia do que é um CAPS, mas ela não é uma idéia homogênea, então a minha experiência do que é um CAPS em outros lugares, que eu já tive em outros lugares especificamente, é muito diferente do que eu chego aqui e encontro as pessoas falando o que é um CAPS. é claro que a capacitação para um CAPS, para o que é o trabalho em CAPS podia homogeneizar, pelo menos todo mundo iria estar falando a mesma língua (J, 22/3/2006).

Sobre este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005, p. 30), observam que “os profissionais de saúde mental são, ainda em grande parte, formados a partir da prática cotidiana que caracteriza a lógica manicomial”. Hospitais e clínicas psiquiátricas constituem-se ainda os espaços onde “são oferecidos treinamentos em serviço (sob a forma de estágios e residências) aos profissionais que irão, no futuro, tentar materializar a nova lógica dos serviços substitutivos”.

Os autores destacam que “do sucesso da forma de organização da produção e transmissão do conhecimento pode depender o sucesso da própria reforma psiquiátrica” (OLIVEIRA; DORNELES, 2005, p. 32). Neste sentido, é importante que seja colocado na

cena do debate o funcionamento das instituições de aprendizado profissional sob a ótica da reflexão sobre as práticas e não apenas sobre o discurso das propostas dos cursos de formação. Os centros de formação devem se programar, planejar e garantir aprendizado e treinamento supervisionado, em que se pratique e construa espaços de práticas genuinamente terapêutica.

Na mesma direção, um dos entrevistados expressou sua preocupação com relação a seleção dos profissionais que vão atuar no CAPS, argumentando que os resultados do trabalho também dependem desse aspecto.

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS não tem a qualificação pra atuar, então, ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então, é necessária a questão da capacitação [...]. o processo de inclusão do profissional na área da saúde mental hoje, como se dá? Ele se dá por indicação política, seleção por contrato temporário e por concurso público. A indicação política pode ofertar profissionais desqualificados, pode! O contrato temporário, se não tiver um rigor no perfil que se quer pra trabalhar em CAPS vai acontecer a mesma coisa, um profissional desqualificado, o concurso público a mesma coisa, se não tiver um perfil, se não tiver o que se gostaria realmente, qual profissional que você gostaria de estar atuando hoje no CAPS, então, enquanto não se superar a forma de inserção no trabalho do CAPS, enquanto não se superar a discussão da saúde mental nos currículos acadêmicos vai continuar sendo sempre necessária a questão da capacitação [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Com relação a formação das equipes técnicas para atuar nos CAPS, as indicações aprovadas na e pela III CNSM apontam para a necessidade de que a contratação de profissionais deva ser realizada exclusivamente por meio de concursos públicos, e em caso de urgência, através da CLT, mas com seleção pública. E, ainda, os concursos devem exigir os pré-requisitos necessários e adequados à proposta de trabalho em saúde mental, alinhada teórica e conceitualmente aos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2002a).

Assim, é necessário considerar, quando da seleção dos profissionais, o perfil para trabalhar junto ao portador de sofrimento psíquico, bem como a existência de uma dimensão subjetiva, humanizante, solidária e fraterna como componente fundamental do perfil dos trabalhadores em saúde mental. Nesta direção, uma das participantes da pesquisa destacou a questão da opção política por este tipo de trabalho, associada a necessidade de competência técnica para atuar na área.

Eu acho que a gente trabalha com situações que requerem um estudo permanente, formação permanente, [...] eu acho que este é um dos vícios da saúde pública. Muitas vezes se confunde um pouco o tratamento ético ou moralmente responsável com uma qualidade também técnica. Eu acho que as duas coisas têm que estar associadas, tem que ter uma empatia pela causa da saúde pública, que aí entra na questão ética, moral de cada um, valores que você tem quando você vem pra esse tipo de trabalho; muitas pessoas que vem pra saúde pública quase que tem uma vocação religiosa. Mas ao mesmo tempo você também tem que ter uma competência técnica; não basta você tratar bem o paciente, você acolher, você precisa saber como intervir dentro da linha de trabalho que cada um escolhe, isso é fundamental (P, 17/3/2006).

Os profissionais, na sua maioria, indicaram ter recebido capacitação para atuar no CAPS. Referiram-se, especificamente, a um treinamento/capacitação realizado em novembro de 2005, com duração aproximada de 20 horas, organizado pela Assessoria Técnica de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde¹⁴. Contudo, alguns observaram que foi um treinamento tipo encontro, de curta duração, com trocas de experiências, e que não chegou a ser muito significativo.

Com relação a política de saúde mental, a maioria dos profissionais (83,3%) afirmou ter no mínimo algum conhecimento de sua organização e diretrizes. Entre os entrevistados, todos consideraram importante saber sobre os princípios, a estrutura e forma de organização da política de saúde mental para o trabalho do CAPS. Todos indicaram haver disponibilidade de material didático relativo a política na unidade de serviço.

Sim, precisa conhecer a política porque o atendimento está dentro dessa política, dessa lógica. (LÉLI, 4/4/2006).

Claro! é vital, pra poder planejar o seu trabalho, pra poder saber como é que a gente se liga com outros serviços, como é que a gente pode montar a rede, isso é fundamental porque o trabalho não se encerra aqui dentro, não pode ficar aqui dentro só, ele tem que poder justamente se expandir (F, 12/4/2006).

Sim é muito importante, até pra saber o que está acontecendo, o que pode ser feito, quais são os recursos disponíveis, o que precisa melhorar. Acredito que, fora a sua capacitação individual, eu acho que isso é uma outra premissa pra você iniciar no serviço [...] (J, 22/3/2006).

É importantíssimo conhecer, primeiro saber se ela existe, primeiro a pessoa tem que ter a curiosidade, tem que ter o desejo e a clareza de que é essencial ter os parâmetros ou diretrizes políticas de saúde mental pra

¹⁴ O município não tem o cargo de Coordenador de Saúde Mental. Em novembro de 2005 foi nomeada Assessora Técnica em Saúde Mental a enfermeira Lílian Pagliuca, que permanece na função até a data da presente pesquisa.

poder acompanhar, se orientar, e, segundo, conhecer sobre essa política (GIRASSOL, 20/3/2006).

Muito importante porque hoje a gente tem acesso a isso, aqui no CAPS a gente tem a legislação de saúde mental e pra gente poder entender porque, assim, a gente está na gestão da política também, por ser participativa, por estar junto nas decisões, então é preciso que a gente entenda, e tem muito detalhamento, são muitas portarias, o sistema de financiamento também é bastante complexo [...] (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que claro, porque a gente está dentro de um braço da política nacional de saúde; tanto pra você ter noção de qual é a perspectiva, em nome de que esse serviço está sendo mantido, também pra você poder avaliar a possibilidade desse ideais, dessas prerrogativas, que são pensadas a nível geral e nacional, serem realmente eficaz em termos práticos, porque muitas vezes você tem uma boa idéia, mas nem sempre uma boa idéia traz um bom resultado [...] (P, 17/3/2006).

Nesse sentido, a construção e consolidação de uma política de saúde mental, coerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o estabelecimento de uma política adequada de recursos humanos, que valorize e considere a importância do trabalhador de saúde mental na produção dos atos de cuidar. Para isso, deve-se garantir a capacitação e qualificação continuadas; a remuneração justa dos profissionais; a garantia de condições de trabalho e de planos de cargos, carreira e salários; a democratização das relações e das discussões em todos os níveis de gestão; a incorporação das questões de segurança, saúde e saúde mental do trabalhador; a garantia de supervisão clínica e institucional; a avaliação de desempenho e garantia da jornada de trabalho adequada para todos os profissionais de nível superior, bem como a isonomia salarial entre eles (BRASIL, 2002a).

3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário

De acordo com as indicações aprovadas na III CNSM, a política de recursos humanos para a saúde mental deve visar implantar, em todos os níveis de atenção, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, na perspectiva do rompimento dos especialismos e da construção de um novo trabalhador em saúde mental, atento e sensível

aos diversos aspectos do cuidado, ou seja, com uma visão integral e não fragmentada da saúde (BRASIL, 2002 a).

Segundo 83,3% dos profissionais o trabalho no CAPS Ponta do Coral é realizado em equipe. A maioria considera que existem dificuldades na realização das atividades. Uma delas está relacionada, conforme identificado por eles, ao fato de que nem todos compartilham das mesmas referências com relação à Reforma Psiquiátrica, à saúde pública e ao projeto do CAPS.

Bom, são várias, mas o que eu vejo de mais complicado é o fato de que nem toda a equipe compartilha das mesmas referências em relação ao que seja a Reforma Psiquiátrica, a função de um CAPS, as necessidades que o CAPS tem pra alcançar esses objetivos. Isso se deve em parte a diversidade da formação, e também às convicções pessoais. O problema não é a diversidade em termos da formação profissional em si, mas o modo, o fato de que você tem uma equipe multiprofissional por exemplo, isso gera alguma dificuldade na troca, na possibilidade de produzir um conhecimento novo a partir dessas experiências que são de diferentes disciplinas, diferentes áreas. Mas eu diria que é mais no sentido da Reforma Psiquiátrica mesmo, naquilo que ela aponta, então parece que esse é um problema a mais; outro que tem se tornado mais evidente pra mim ultimamente é a falta de formação de grande parte dos profissionais sobre o que seja saúde pública, boa parte deles não conhece o sistema de saúde pública, apesar de trabalhar num serviço de saúde pública, mas não conhece o sistema, não sabe a lógica, não sabe como é que ele funciona, então acaba tomando decisões muitas vezes administrativas que são equivocadas, que não levam em conta o modo de funcionamento da saúde pública (F, 12/4/2006).

Tem sim várias dificuldades, entre elas, existem diferenças de formação e, portanto, ideológicas. Alguns momentos a gente vê, assim, o CAPS tem um projeto de não internação, de autonomia do usuário, de gestão plena do usuário, e, as vezes, a equipe, algumas pessoas acabam esbarrando com isso. O entendimento disso é muito difícil também, as vezes é uma linha muito tênue entre o que é o assistencialismo, a autonomia, o que é dar o limite do ponto de vista terapêutico e o que é dar o limite porque você não quer se incomodar. Então, algumas pessoas não vêm de uma postura da Reforma Psiquiátrica, não sabe o que é uma Reforma Psiquiátrica, não tem uma noção, [...] é uma luta política também e algumas pessoas não sabem o que é [...] (LÉLI, 4/4/2006).

Em outras falas, foi apontada como uma das dificuldades do trabalho em equipe questões relacionadas a uma suposta divisão entre o grupo de técnicos.

A relação com a equipe tem uma certa peculiaridade, eu acho que as pessoas, a equipe que começou anteriormente, já desde a formação ou no começo do CAPS, eles se intitulam como a equipe do CAPS. Os que chegaram depois, em geral, não são bem acolhidos, ou são muito pouco,

tanto que as próprias atividades em equipe, em grupo, dificilmente, essas pessoas novas são incorporadas ao que já existe; então, acaba criando aí até a equipe da manhã, a equipe da tarde, mais ou menos, embora eu estou aqui todo o período, mas tem essa divisão... e eu acho que assim o ponto de partida é esse, a sensação é que quem não estava aqui desde o começo não fez parte da história (J, 22/3/2006).

A equipe que iniciou lá em 96 (1996) veio com algumas questões conceituais amarradas. Por quê? Porque a pessoa que estava pensando, planejando o CAPS ela vinha do Movimento da Luta Antimanicomial, era uma das representantes em nível nacional aqui em Floripa, Santa Catarina; então tinha algumas coisas amarradas na estrutura de atendimento do CAPS, que era muito pra poder implantar o sonho da Reforma Psiquiátrica aqui em Floripa, criar um serviço, do município, que de fato evitasse internação, que de fato fosse continente pros usuários com transtorno mental grave, e isso se mantém, porém, com a chegada dos técnicos que foram sendo substituídos, alguns saíram, técnicos novos entraram, a equipe de profissionais foi se modificando, a gente tem uma distância conceitual por mais que a gente pretende uma proposta multiprofissional, e a gente consegue, ao longo do tempo a gente conseguiu, é muito interessante o jeito como nós trabalhamos, porque de fato conseguimos trabalhar cada profissional lado a lado, dividindo o mesmo grupo, a mesma oficina terapêutica, então, assim, isso é possível, mas hoje, a gente, assim, tenta manter esse paradigma da Reforma Psiquiátrica, da desospitalização, do fortalecimento dos serviços territorializados, de um modelo que é um modelo multiprofissional, com a gestão participativa dos usuários, contra o modelo hospitalocêntrico, médico centrado, mas existem diferenças na questão conceitual da equipe, isso é falho, inclusive pra própria equipe (VIK, 24/3/2006).

A importância da unidade da equipe no atendimento ao usuário e na organização do trabalho recai sobre a qualidade do tratamento terapêutico ofertado. A mudança de paradigma epistemológico com relação a saúde mental não garante por si só a alteração das práticas assistenciais. Os conflitos e problemas de equipe existentes precisam ser trabalhados nas supervisões institucionais de forma que os técnicos consigam superar as dificuldades que obstaculizam a união do grupo em torno de um objetivo comum, sejam elas ideológicas, de formação, de concepção e/ou de afinidade com os colegas.

Um dos entrevistados apontou a questão das relações de poder e diferenças nos valores pessoais e nas relações interpessoais como dificuldades do trabalho em equipe.

Primeiro, a relação de poder, eu acho que é um grande problema, uma dificuldade que existe. Essa relação de poder, ela emana, que eu tenho percebido, da psicanálise, da teoria psicanalítica e da teoria psiquiátrica; então, os profissionais detentores desse conhecimento acabam, sutilmente, estabelecendo poder frente aos profissionais não-psi diria; essa relação de poder pelo saber é um dos problemas ou uma das dificuldades que eu encontro pra trabalhar em equipe no CAPS; outra

dificuldade, acho que é a própria experiência de vida das pessoas, aquelas pessoas em que parece que não estão claros os valores humanos como solidariedade, amor, justiça, sabedoria, a práxis, o repensar a prática, profissionais que não fazem a autocrítica da sua prática, pra mim, eu acho que é uma dificuldade trabalhar em equipe devido a isso; então, seria esse poder pela teoria e essa questão um pouco mais pessoal que é a relação de lidar com o outro, as relações interpessoais, são dificuldades que eu vejo em equipe (GIRASSOL, 20/3/2006).

A partir da fala profissional é possível pensar sobre as relações de poder que se estabelecem pelo saber. Conforme nos ensina Foucault (1979), os poderes se exercem em níveis variados e em pontos diferentes da vida social. Neste complexo, existem os micropoderes que estão intimamente relacionados com a produção de determinados saberes (sobre o criminoso, a sexualidade, a doença, a loucura). Assim, o poder não é algo que se detém como uma coisa, como uma propriedade, que se possui ou não. O poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona, como uma máquina social que não está situada em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda estrutura social (MACHADO, 1979 p. XIV).

De acordo com Foucault (1979), todo conhecimento, seja ele científico ou ideológico, só pode existir a partir de condições políticas, que são as condições para que se formem tanto o sujeito quanto os domínios de saber. Para o autor não há saber neutro, todo saber é político. Dessa forma, saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber. E, em contrapartida, todo saber assegura o exercício de um poder (MACHADO, 1979 p. XXI - XXII).

Na seqüência, a entrevistada aponta de forma geral algumas das questões cotidianas como dificuldade no trabalho em equipe.

Bom, eu acho que as vezes a gente é muito trefista, a gente não tem o tempo suficiente que a gente gostaria para estar parando para discutir os casos, se ater a cada paciente; tem diferenças na equipe também, tem conflitos [...] mas assim, a gente ainda tem, as vezes, coisas assim muito imediatistas, que não nos propiciam fazer realmente um estudo de caso mais integrado, ter uma intervenção, as vezes, mais articulada; a gente tem tentado em alguns momentos, mas assim, não é uma coisa que tem um peso forte como eu acho que deveria ter (P, 17/3/2006).

Dessa forma, a intensidade das demandas colocadas aos profissionais, especialmente na atualidade, provocam o desenvolvimento de ações pragmatistas, muitas

vezes sem uma reflexão maior. Isso vem acontecendo em vários contextos institucionais e com diferentes profissões. Ou seja, na medida que aumentam as necessidades humanas e as demandas para satisfazê-las, não ocorre no mesmo ritmo, o aumento da oferta de equipamentos e serviços assistenciais capazes de dar conta da complexidade dos problemas decorrentes da emergência das novas relações sociais, econômicas, culturais, advindas com a modernidade.

A precarização das condições de trabalho também foi apontada pelos entrevistados como mais um dos fatores que, por vezes, dificultam a convivência e o trabalho em equipe. Eles se referem a questão da diferença na remuneração salarial entre os profissionais que trabalham no CAPS, principalmente do médico para as outras profissões. A desproporção salarial chega a diferença de até quatro vezes mais entre o que recebe o profissional médico e o salário dos demais técnicos. Associadas a esta situação estão a diferença na carga horária de trabalho, a condição de contratação temporária, a falta de reconhecimento por parte da SMS, no apoio e incentivo à participação em eventos científicos e de militância política na área, entre outras.

Os profissionais indicaram que contam com supervisão institucional para lidar com as questões do trabalho no cotidiano. A supervisão institucional existente era, até o início deste ano (2006), paga pelos próprios profissionais, mas nem todos participavam. A partir do mês de abril do corrente esta passou a ser financiada com recursos provenientes do Ministério da Saúde. Além deste tipo de supervisão, foi relacionado como outro recurso existente para abordar essas questões as reuniões de equipe, realizadas mensalmente, as reuniões clínicas, realizadas semanalmente, e foi citada pelos técnicos em enfermagem, a supervisão realizada com profissional da área.

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que as políticas de formação e capacitação em saúde mental devem criar espaços de trocas baseados na realidade local, com valorização dos diversos saberes e metodologia participativa. A supervisão clínica e institucional permanentes deve ser estendida a todas as pessoas que trabalham com portadores de transtorno mental: equipes de PSF e PACS, trabalhadores da urgência e emergência, do hospital geral, dos serviços substitutivos e dispositivos residenciais, cuidadores de saúde mental, profissionais de nível médio e superior da rede de saúde mental. A referida Conferência destaca, ainda, a necessidade de implantação da NOB – Recursos Humanos do SUS, salientando a importância da garantia da capacitação para todos os níveis, supervisão permanente, interdisciplinaridade e isonomia salarial (BRASIL, 2002a).

Com relação as potencialidades que o trabalho em equipe possibilita os profissionais destacam a relevância deste no atendimento ao usuário, a possibilidade de trocas entre as varias áreas e a oferta de um atendimento multidimensional.

Entendo que essa é uma clínica multidisciplinar e isso (trabalho em equipe) é importante pela complexidade mesmo do tipo de fenômeno com o qual a gente trabalha, então, a gente precisa, é necessário ter uma oferta de serviços e de formas de atenção, que seja a mais diversificada possível, pra que a gente possa atender a uma série de necessidades que as profissões nas suas especialidades não dão conta; então essa é a grande vantagem, você pode fazer essa atenção multidimensional, isso é interessante (F, 12/4/2006).

A vantagem é justamente a estrutura coletiva de resposta à uma situação que chega pra você; vem a psiquiatria trazer um conhecimento, a psicanálise traz outro, [...] a enfermagem acaba dando a sua contribuição quando discute realmente a relação, vem o serviço social discute essa articulação que a pessoa tem com o social, e essas pessoas (profissionais), com seus conhecimentos, vão socializando esse conhecimento pra dar a resposta às fragilidades ou às potencialidades de vida que essa pessoa traz (GIRASSOL, 20/3/2006).

Acho que a grande vantagem é que a gente quebra a lógica hospitalocêntrica que era muito centrada no médico, na figura do médico, naquilo que o próprio médico decidia do tratamento, hoje quem decide é a equipe multiprofissional [...] (VIK, 24/3/2006).

Ah! Muitas, eu acho, em primeiro lugar, essa possibilidade da troca interdisciplinar; porque eu acho que cada um tem um tipo de contribuição diferente, um saber que te ajuda a pensar com mais amplitude o próprio trabalho, o próprio paciente, e, eu acho que quebra um pouco certas relações de poder; também, assim, o fato de a gente lidar com situações que são muito pesadas para alguém estar lidando sozinho, então quando você sente essa coisa da equipe, quando tem um paciente que está muito comprometido ou que tem risco de vida, a gente se sente muitas vezes angustiada por aquele paciente e você tem a equipe pra te dar um respaldo, pra estar pensando junto. Acho que isso é, sem duvida, algo que gratifica também (P, 17/3/2006).

Primeiro, agregar conhecimentos, se a equipe for multidisciplinar, que não quer dizer interdisciplinar, mas a princípio se ela for multidisciplinar a possibilidade de trocas de conhecimento de várias áreas realmente acaba sendo muito rica; são vários olhares sobre uma mesma questão, vários pontos de vista. Quando o trabalho de equipe é interdisciplinar, as pessoas acabam trocando mesmo, saindo, as vezes, do seu campo de formação, podendo estar se estendendo em outros campos, acaba sendo mais rico ainda. Num trabalho como o CAPS é necessário (o trabalho em equipe). Eu não consigo ver o trabalho que não seja em equipe porque pra você atender um usuário você precisa de uma equipe, pra você abordar o usuário, uma família, receber uma família precisa de vários olhares, enfim, de várias formações, vários olhares técnicos, da parte de

enfermagem, psicologia, da arte, serviço social, então, isso é importante (LÉLI, 4/4/2006).

O reconhecimento de outras dimensões no processo saúde-enfermidade, que não estritamente a biológica, traz a tona a questão da interdisciplinaridade¹⁵, pois na busca da integralidade da assistência a atuação de um único saber profissional não é suficiente. No processo da Reforma Psiquiátrica o campo da saúde mental é chamado a refazer-se por inteiro, ampliando o seu foco de abordagem e procurando romper com as delimitações dos saberes tradicionais na área. Busca-se uma nova recomposição de conhecimentos, sustentados sobre um conjunto de rupturas e novas premissas, e não apenas um novo somatório ou rearranjo simples dos saberes especializados. Desta forma, diversos campos de saber, implicados na assistência em saúde mental, são envolvidos na teorização e nas novas práticas de cuidado (VASCONCELOS, 2000a).

A pesquisa realizada indicou que 66,3% (correspondente a oito dos doze profissionais que responderam o formulário) dos profissionais consideram que existe interdisciplinaridade no atendimento ao usuário no CAPS Ponta do Coral. As falas relacionadas na seqüência apresentam a concepção dos profissionais sobre interdisciplinaridade e indicam a respectiva compreensão sobre a importância desta no atendimento ao usuário.

A gente poder ter o que a gente chama de clínica ampliada, essa multidimensionalidade que nos permite atacar o problema de várias formas e, portanto, oferecer diversas formas de atendimento, desde o medicamentoso até o serviço social, as oficinas, as oficinas expressivas, a arte, etc. (F, 12/4/2006).

Eu acho que em primeiro lugar isso, assim, é um olhar mais amplo para a condição daquele paciente. Cada profissional tem um aspecto que acentua, pela sua vida, pela sua formação; o educador artístico tem uma outra estratégia, por exemplo, pra lidar com aquela queixa do paciente, o assistente social tem uma, o psicólogo tem outro olhar, assim, eu acho que pra mim soma, eu acho que é uma forma da gente também aprender, enriquecer a nossa análise, a nossa possibilidade de intervir; sem dúvida que é rico (P, 17/3/2006).

Alguns profissionais expressaram sua concepção de interdisciplinaridade observando que esta não é sinônimo de multidisciplinaridade e que nem sempre é possível fazer práticas interdisciplinares.

É justamente isso, poder compartilhar o conhecimento que cada disciplina traz, essa inter, mas realmente compartilhar isso e não a

¹⁵ Sobre os conceitos de multi, inter e transdisciplinaridade ver, entre outros, Vasconcelos, 2000a.

multidisciplinaridade; é pensar, coletivamente, saídas pra enriquecer a vida da pessoa e aí é sempre um pensar e repensar (GIRASSOL, 20/3/2006).

Então, essa idéia dessa troca de conhecimento pra poder ajudar o usuário, pra poder a equipe ter um suporte também, pra poder, num estudo de caso, por exemplo, trocar os vários conhecimentos, os vários pontos de vista e poder estar entrelaçando; então, é importante, mas nem sempre se consegue fazer (LÉLI, 4/4/2006).

Já nas falas que seguem é possível perceber a concepção de interdisciplinaridade mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade.

Cada profissional tem a sua especialização, e ele foi formado para atender determinadas características que aquele usuário precise, ou informações, e a própria atenção, e cada um tem uma formação específica e diferenciada; então, eu acho que quanto mais ampla, mais amplamente ele for avaliado, e receber essas informações, e esse tratamento, vai ser melhor pra ele; então, desde o serviço social, desde o atendimento psicológico, o atendimento médico, enfim, até ah! eu cortei meu dedinho, o que eu faço? Então, vai poder ser atendido ali, ser acolhido pelo técnico de enfermagem (J, 22/3/2006).

É muito importante porque cada profissão tem o seu conhecimento específico e contribui aí com o seu conhecimento. É necessário que cada um de nós tenha muito claro o seu papel aqui dentro pra que não vire uma salada mista e se dilua o que cada um faz, que é específico de cada um. Então, é importante que a gente tenha boa formação técnica, específica da saúde mental pra que a gente possa chegar numa equipe que trabalha sob o paradigma do campo psicossocial, e que de fato possa ser multi, no sentido do atendimento, e aí, assim, no campo psicossocial, aqui no CAPS, por exemplo, a gente vê a necessidade de os profissionais trocarem mesmo, porque surgem muitas demandas, são muitas necessidades do usuário, é um campo novo. Então, assim, tem n coisas que vai se descobrindo, que cada área contribui diferentemente, mas ao mesmo tempo de forma conjunta. Então, o psicólogo, obviamente, ele tem mais elementos pra entender a parte clínica, o assistente social tem mais elementos pra entender a parte previdenciária, da assistência social desse usuário, que também é importante, muito importante pra ele, o médico tem o conhecimento sobre os psicofarmacos, sobre essa parte mais específica da medicação, e assim a gente vai trocando (VIK, 24/3/2006).

Com relação a este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005) observam que, no Brasil, a interdisciplinaridade faz parte do discurso politicamente correto, garantindo seu estabelecimento como princípio, traduzido na expansão cada vez maior dos territórios profissionais e na fusão dos saberes. O discurso da multi e da transdisciplinaridade é relativamente bem conhecido e aceito em nível intelectual, mas as práticas institucionais apontam, paradoxalmente, para fortes resistências, isolamento e hiperespecialização.

De acordo com os autores, para que estas ações multidisciplinares se tornem efetivas há necessidade de estratégias e planos, que visem a harmonização da convivência para que esta não seja imposta, mas compreendida e desejada pelos profissionais. Na prática, o momento é de impasse, pois multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade existem em tese e como imposição de comando, mas não se concretizam, ainda, como prática planejada, efetiva e eficaz (OLIVEIRA; DORNELES, 2005).

Ainda segundo os referidos autores, uma verdadeira transdisciplinaridade não está nem mesmo no horizonte das instituições de saúde mental brasileiras. Este é um dilema fundamental no processo da reforma psiquiátrica, que depende de ações integradas (órgãos reguladores do ensino superior, programas universitários, instituições e serviços de atendimento) para cumprir sua missão de transcender as práticas manicomial e os territórios de dominação e poder estabelecidos entre as disciplinas que formam a saúde mental.

3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações

A importância do projeto terapêutico dos CAPS recai sobre a responsabilidade de que todo o trabalho desenvolvido em cada unidade deve ser realizado em um ambiente terapêutico. Isto significa que tanto os atendimentos individuais, grupais como a convivência no serviço tem finalidade terapêutica. Cada CAPS deve ter um projeto terapêutico, que leve em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais, as iniciativas de familiares e usuários e o território onde se situa, com sua identidade, sua cultura local e regional (BRASIL, 2004).

O CAPS Ponta do Coral conta com projeto terapêutico do serviço, o qual, segundo 75% dos profissionais que responderam ao formulário, foi planejado em equipe. Três profissionais referiram não saber sobre o planejamento em equipe por não fazerem parte desta a época.

O sistema atual de atendimento no CAPS Ponta do Coral difere da maioria do adotado pelos serviços desta natureza. Em geral, os CAPS realizam a assistência ao usuário

no modelo de TR¹⁶. O CAPS Ponta do Coral oferece atendimento sob a ótica da regionalização. Ou seja, como o serviço não é territorializado, é o único na modalidade, na cidade e no município, a equipe técnica foi subdividida em pequenos grupos ou mini-equipes de dois e/ou três profissionais, sendo cada uma destes responsáveis por uma das regionais, que é onde o usuário mora. Esta proposta foi pensada e implementada há quase dois anos, quando os profissionais identificaram dificuldades em atender no sistema de Terapeuta de Referência (TR) toda a demanda existente. Tal estratégia utiliza-se do sistema de divisão por regionais da Secretaria Municipal de Saúde. Ao total são cinco Regionais de Saúde, Leste, Norte, Sul, Centro, Continente, distribuídas espacialmente na área geográfica do município. Nestas regionais, foram implantadas, recentemente (a partir do final do ano de 2005 e início de 2006), equipes de atenção em saúde mental, compostas por um médico psiquiatra e duas ou três psicólogas em cada uma das Regionais de Saúde.

De acordo com o projeto terapêutico do serviço, as atividades desenvolvidas são: psicoterapia, atenção medicamentosa, atendimentos de emergência, grupo terapêutico, oficinas terapêuticas¹⁷, assembléia de técnicos, usuários e familiares, visitas domiciliares, articulação com entidade, programas e serviço, atividades de formação e pesquisa, reuniões de equipe, reuniões clínicas de casos¹⁸.

Conforme as determinações da Portaria GM/MS Nº 336/2002, a assistência prestada ao usuário no CAPS deve incluir atendimento individual, em grupo, atendimento à família, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades comunitárias, enfocando a integração do portador de transtorno mental na comunidade e sua (re)inserção familiar e

¹⁶ Este sistema de atendimento é desenvolvido na maioria dos CAPS e constitui-se do acolhimento da pessoa quando de sua chegada ao serviço por um dos profissionais da equipe. A partir daí é traçado um projeto terapêutico com o usuário e o profissional que o acolheu passará a ser uma referência para ele. O Terapeuta de Referência (TR) tem a responsabilidade de monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo as atividades e a frequência de participação. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, discutindo com o usuário e com a equipe técnica do CAPS (BRASIL, 2004, p. 16).

¹⁷ São oferecidas as seguintes oficinas: oficina de cerâmica, oficina de artes plásticas, oficina de mosaico, oficina de jogos, esportes e lazer, oficina de tapeçaria, oficina de trabalhos manuais, oficina da terra, oficina de jornal, oficina de velas, oficina de leitura, oficina de música, oficina brechó, oficina de teatro, oficina de formação política, oficina de fotografia. Destas, as oficinas de cerâmica, velas e mosaico são produtivas, ou seja, sua produção é comercializada. Cabe destacar que algumas oficinas podem estar em funcionamento ou não, em determinado período de tempo, de acordo com a disponibilidade de técnicos para acompanhar, de condições materiais para o funcionamento e da demanda de usuários.

¹⁸ A descrição e o objetivo de cada atividade pode ser consultado no Projeto Terapêutico do CAPS II Ponta do Coral (2004), ou a partir do projeto de Estágio curricular em Serviço Social de Stuari (2005).

social. A depender do projeto terapêutico de cada usuário, o CAPS poderá oferecer as seguintes modalidades de atendimento: atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo¹⁹.

Já com relação ao planejamento das ações, 50% dos profissionais consideram que este existe. Cabe lembrar que ao questionarmos os participantes da pesquisa sobre este fator, estamos nos referindo ao planejamento estratégico, aquele voltado para uma visão ampla, global e de longo alcance da organização/instituição, baseado na análise do contexto e com a finalidade de buscar alternativas de ação. No entanto, alguns dos entrevistados observaram estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação objetivo e sistemático dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declararam não existir processo de planejamento e avaliação das ações do serviço, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

As falas relacionadas a seguir demonstram o tipo de planejamento existente no CAPS e como este acontece.

Bom, o planejamento é feito mais ou menos assim: chega uma época do ano em que a Secretaria (SMS de Florianópolis) nos pede um planejamento e aí, geralmente isso é com uma semana no máximo de antecedência, é aquela correria, a gente monta um plano básico de trabalho etc., mas é muito mais pra cumprir a obrigação. A gente tem um projeto terapêutico que é amplo, que é do serviço todo, e a gente vai, com esse projeto terapêutico a gente vai ajustando as atividades e aquilo que a gente pretende alcançar, mas não há um planejamento muito formalizado, não há um processo de planejamento, até porque é tudo muito fragmentado, o que a gente planeja aqui, boa parte depende desse recurso financeiro, depende do apoio da Secretaria, que é sempre uma coisa incerta. Então, em termos de planejamento a coisa fica sempre muito precária. Em termos de avaliação é mais precário ainda, a gente não tem indicadores; novamente, no final do ano, aí a Secretaria pede um relatório do que foi feito, a gente faz um levantamento geral, mas ele é descritivo, ele não é avaliativo, a gente não sabe de fato quais são

¹⁹*Atendimento intensivo* – atendimento diário, oferecido à pessoa que se encontra em grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento semi-intensivo - nessa modalidade, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Este tipo de atendimento é oferecido quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento não intensivo – oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até 3 dias no mês. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário (BRASIL, 2004, p. 16).

os efeitos que a nossa intervenção produz; claro, a gente tem uma certa dimensão pelo contato direto com os usuários, fulano que não interna a tanto tempo, ou fulano que voltou a trabalhar, ou que resolveu pelo menos algumas coisas que eram mais complicadas na sua vida, isso a gente tem, mas não tem um processo de avaliação estruturado que nos permita dados com visibilidade maior (F, 12/4/2006).

Neste sentido, destacamos que, a nosso entender, a função planejamento deve orientar todas as ações no dia-a-dia das organizações. O planejamento é o processo de estabelecer antecipadamente a finalidade da organização/instituição, definir os objetivos e prever as atividades e os recursos necessários para atingi-los. Planejar é uma forma de pensar o futuro da organização/instituição, definindo o que fazer, como, quando e com recursos. Nesse processo, é importante considerar que as organizações/instituições estão inseridas num contexto constituído pela sociedade, pelo Estado e por outras instituições que influenciam suas decisões (TENÓRIO, 2000).

Alguns profissionais referiram-se, especificamente, ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, reuniões clínicas e na supervisão de equipe. Segundo estes, é na reunião de equipe mensal que se planejam mais as ações, estas entendidas como a definição dos grupos terapêuticos ou oficinas que vão ter, o objetivo e a finalidade destes, a demanda etc..

Mensalmente, a gente tem uma reunião de equipe, que tem um pouco esse objetivo, de planejar e avaliar o que é feito. Além dessa reunião mensal a gente tem dois outros momentos semanais, que é um na quarta-feira outro na quinta-feira, que a gente chama de reunião técnica, [...] mas isso se dá muito no cotidiano também, na assembléia geral do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Ele acontece em reunião de equipe, uma reunião mensal, a gente planeja grupos, planeja..., então.., acontece, primeiro tem uma reunião mensal da equipe e reunião duas vezes por semana, que são os estudos de caso; agora, a avaliação, acontece em reunião de equipe mais; o planejamento, por exemplo, como abordar um determinado caso, como ajudar, de como servir a família, o trabalho, é feito durante a semana nos estudos de caso, e nós temos a supervisão, que é um espaço que também acaba se fazendo uma avaliação, a supervisão de equipe (LÉLI, 4/4/2006).

Outras falas detalharam as conseqüências da falta de um processo sistemático de planejamento e avaliação das ações, inclusive fazendo análise dessa problemática em relação as instituições públicas em geral.

Eu acho que esse é um problema, acho que falta muito; por exemplo, se você esta aqui fazendo a avaliação da política a partir do olhar dos profissionais, eu, nesse momento, tenho tido muito incomodo diante da

necessidade que eu vejo de avaliar as ações, de avaliar os pacientes, e a gente não tem uma forma sistemática de fazer isso; por exemplo, a gente não tem um instrumento de captação do trajeto do paciente dentro do CAPS, a gente não anota algumas coisas, os prontuários também deixam muito..., as vezes a gente não faz registro nos prontuários e mesmo quando a gente faz ele não tem, assim, por exemplo, uma sistematicidade, o que é que eu vou enxergar, como é que eu vou ver se aquele paciente está melhor ou está pior depois que ele está aqui, então, a gente não tem esse instrumento; e, o planejamento, é feito um planejamento terapêutico com o paciente; o planejamento do nosso serviço é mais ou menos...., funciona, assim, com as oficinas, não é um planejamento rigoroso, a cada período a gente senta e reorganiza não, tem algumas diretrizes gerais, eu acho que em termos práticos falta muito dos dois lados, planejamento das nossas atividades, por exemplo, as vezes naquele roldão a gente vai fazendo, vai fazendo, e, também, a avaliação da eficácia, do que realmente aquilo está resultando pra vida do sujeito, se ele está realmente conseguindo chegar mais próximos desses lugares que a gente apregoa como princípios da saúde mental - autonomia, dessas coisas que a gente também fala: relação com o trabalho, relações, laços sociais; então, a gente não tem esse (instrumento de planejamento e avaliação), eu acho que falta (planejamento e avaliação) [...] Na verdade eu acho que esse é um problema das instituições públicas em geral, eu acho que tem uma grande resistência no Brasil a qualquer critério de avaliação, porque, esse discurso, a retórica da igualdade, ela exatamente vai na contramão de um processo meritocrático, ou seja, você avaliar também por mérito; você tem que criar esse tipo de instrumento; a prefeitura não tem, nunca teve uma avaliação nos anos que estou aqui que medisse o desempenho profissional, principalmente aqui, que a gente lida com pessoas que estão aqui pra se tratar, e a gente não sabe se a pessoa...., a gente vai olhando um caso ou outro; não existe um processo institucional de avaliação, nesse sentido (P, 17/3/2006).

Em geral, as organizações precisam de um processo de avaliação que realize uma revisão dos objetivos e metas alcançados e daqueles a serem atingidos. O planejamento e a avaliação são a oportunidade de fazer uma pausa e examinar a situação da instituição.

Não obstante, as políticas públicas no Brasil vêm se estruturando de forma descentralizada, com responsabilidades de organização e financiamento partilhadas entre a União, Estados e Municípios, cabendo a estes últimos a execução dos serviços de atenção direta à população. Deste modo, os processos de avaliação de serviços de saúde mental devem ocorrer no âmbito municipal. Segundo Dias (2002, p. 2)²⁰, este desafio coloca no debate o aspecto de como avaliar o funcionamento de um serviço de saúde mental, que está

²⁰ A autora realizou um trabalho de construção coletiva de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental junto aos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre; uma apresentação resumida dos resultados pode ser consultada em DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental**. In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

inserido num novo patamar conceitual e tem como tarefa não reproduzir uma prática de tutela, com ênfase na patologia, mas de incluir o sujeito portador de transtorno psíquico no planejamento e na execução das ações terapêuticas, numa nova relação que garanta a viabilidade do exercício da cidadania numa sociedade desigual. Ou seja, as dimensões de mudança conceitual, realidade social e política pública de saúde de âmbito municipal, tornam complexa a adoção de processos de avaliação.

A fala descrita na seqüência especifica o processo de planejamento e avaliação no que se refere a ação interventiva profissional no tratamento ao usuário, destacando que não existe um processo sistemático de planejamento e avaliação com relação as ações do CAPS.

O planejamento e a avaliação das ações do CAPS, eles acontecem só de uma forma muito primária ainda, nós temos [...] o planejamento e avaliação da ação do profissional a título de intervenção em relação ao usuário existe de três formas: primeiro, casos clínicos, que aqui nós fazemos reuniões de casos clínicos, quarta-feira das 8 às 9 horas e quinta-feira das 11h30min às 12h30min pra discutir a questão do caso clínico de pessoas; outra forma, construção de projetos terapêuticos ou revisão dos projetos terapêuticos na reunião da regional, cada regional, que são cinco, fazem suas reuniões pra discutir o planejamento e avaliar a vida dessa pessoa nas regionais, e a outra, especificamente do CAPS, a título de gestão, é a reunião de equipe, que você presenciou semana passada, aí é um outro momento de planejar e avaliar, porém, ressalvo, não se tem algo mais fidedigno, ou academicamente falando, que nos ampare pra fazer essa avaliação; então, é extremamente necessário nós termos supervisão, termos pesquisadores, que nos ampare no sentido de avaliar o serviço, avaliar nossa prática, avaliar a autonomia do usuário; a grosso modo nós temos, mas é muito de senso comum; então, precisa cientificar ou legitimar, regularizar, tornar mais fiel esse tipo de avaliação, a grosso modo temos, agora, com mais rigor, por escrito, não temos (GIRASSOL, 20/3/2006).

Sabe-se que a ausência de um processo de planejamento estratégico e avaliação sistemática comprometem a efetividade dos objetivos propostos. Conforme destaca Dias (2002), o cenário da Reforma Psiquiátrica requer tanto uma multiplicidade de respostas à sua plena implantação como para a avaliação de seus resultados. Contudo, é importante ressaltar que a especificidade das ações em saúde mental demanda a adoção de um método participativo, com o fim de superar o caráter unidimensional, comum em avaliações tradicionais.

A avaliação participativa já é uma exigência nas políticas sociais, decorrentes da pressão social pela garantia de acesso a bens e serviços públicos. Por analogia, a

construção de indicadores de avaliação também pode ser participativa, com a contribuição dos sujeitos inseridos na esfera municipal, responsável pela execução da atenção em saúde mental. Para a autora, apesar de certa reserva científica pela adoção desta sistemática metodológica, o seu valor está no alcance social de incluir os responsáveis pela execução de determinada ação, na sua construção e sistematização (DIAS, 2002).

3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento

Conforme já destacado neste trabalho os hospitais psiquiátricos são instituições representativas do modo asilar enquanto os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico de exercício das práticas de atenção psicossocial, do modo psicossocial.

O modelo de assistência do modo psicossocial destaca-se por seus meios básicos de tratamento (rede diversificada de serviços territorializados), e pela importância decisiva que se atribui ao sujeito na sua mobilização como participante principal do tratamento. Neste, considera-se o indivíduo como pertencente a um grupo familiar e social, o que supõe que se deve trabalhar, também, a família e o grupo social, como agentes das mudanças buscadas.

Já no modo asilar a organização institucional é marcada por estratificações de poder e saber, no âmbito das relações profissionais e da instituição, as quais transladam para a relação com os usuários e a população. Estes são excluídos de qualquer forma de participação, enquanto que no modo psicossocial, participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais.

Na pesquisa realizada, a maioria dos profissionais entrevistados referiu conhecer sobre a forma de atendimento no hospital psiquiátrico, seja por visitas, atuação profissional, contatos institucionais, relato dos usuários que estiveram internados.

No que se refere as diferenças no atendimento prestado pelo CAPS em relação ao hospital psiquiátricos, os entrevistados consideraram que existem diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência de um só discurso, o médico psiquiátrico do hospital e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial em contraposição ao tratamento igual para todos

das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Eu acho que é diferente em vários aspectos, primeiro, são essas diferenças que eu digo que são de base, sobre a Reforma Psiquiátrica e a função de um CAPS nesse processo de reforma. Existe por parte da maioria da equipe uma convicção de que a nossa função é evitar a internação e de uma certa maneira poder fazer substituição a essas instituições tradicionais; deslocar a centralidade do sistema pra um serviço aberto, que seja interdisciplinar, ou seja, onde você não tenha um discurso único dando a orientação, que no caso é o discurso psiquiátrico nas instituições (tradicionais); você tem essa multidimensionalidade então você pode compartilhar o discurso; em relação ao próprio atendimento, começa na forma do acolhimento, eu acho que o nosso acolhimento é bom, ele tem condições de receber a pessoa, de entender o que ela está procurando, o que ela está precisando, quais são as suas necessidades; a gente tenta de alguma maneira envolver família embora com dificuldades, mas a gente tenta e tenta principalmente manter a vinculação ou criar novos vínculos desse usuário; o projeto terapêutico que é individualizado também é outra coisa fundamental, que aí a gente quebra com a lógica tradicional de que todos recebem o mesmo tratamento, é a mesma medicação, são os mesmos horários, são as mesmas atividades pra todo mundo, não, a gente procura justamente ao levar em consideração essas características que são mais individuais, são mais singulares, a gente procura atender e levar em conta esses aspectos, então, isso pra mim já é muito diferente, além do que a gente procura o tempo todo ou minimizar ou quebrar mesmo a hierarquia, instituindo certas formas que evitam que a hierarquia se cristalize de maneira muito brutal, pra você não ter um deslocamento de poder dentro do serviço, que seja prejudicial pra todo mundo, igual no hospital (F, 12/4/2006).

A relação entre profissional e usuário foi destacada como diferencial por todos os entrevistados, conforme pode ser observado a seguir.

A relação entre o profissional e o usuário, pra mim, a maior diferença é essa relação interinstitucional ou interpessoal; é a forma como se dá, porque as ações também são diferentes, porque existem oficinas terapêuticas, existem os grupos terapêuticos, existem os atendimentos, mas esse modelo de atendimento pode também ocorrer numa outra instituição, ou mesmo num CAPS, mas se a relação de profissional e usuário não estiver pautada no respeito, uma relação sujeito-sujeito onde se possa esse serviço, obviamente, quando ele estiver num bom nível de participação, num bom nível de reabilitação, mas também..., o fundamental é isso, é estar pra além da instituição, estar pra relação do usuário com o profissional, e claro, o espaço também, o espaço físico tem que ter qualidade, a gente vê aqui um espaço super bom aqui no caso, as propostas de atendimento, como que são colocadas, como que é olhado esse usuário, esse usuário está junto no pensar da instituição, mas a cima de tudo assim, entender como cidadão de direitos, de respeitá-lo (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que tem um maior reconhecimento da condição subjetiva do paciente, acho que um certo respeito. Hoje, a Colônia Santana tem tido mudanças, tem uma política que também..., na verdade a política do Ministério também visa atingir as instituições mais asilares, os hospitais também estão mudando..., talvez seja mais lenta, aqui, a gente já chegou com uma outra perspectiva de trabalho; eu acho que a equipe toda, de forma geral, tem uma sensibilidade pra esse respeito pelo paciente, pelo outro, procura, na medida do possível, não estabelecer uma relação de poder; eu acho que aqui, por exemplo, a recepção é muito bem feita, os vigias também são pessoas que entraram no clima, assim, talvez já seja deles, mas entraram no clima do CAPS; acho que todos têm um compromisso com isso, um valor digamos; também, talvez seja deste CAPS, eu não conheço tantos outros CAPSs; eu acho que é uma relação diferenciada, na medida que você está aqui com esse objetivo de que a pessoa assuma a própria vida, contribuir para que isso aconteça; isso implica em ter pelo menos um respeito, um reconhecimento do outro (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p.10) destacam que o papel do técnico se transforma quando ele se coloca sob outros princípios; “se ele faz funcionar a tecnologia da doença mental, fortalece o dispositivo psiquiátrico. Mas, se transforma sua forma de intervenção, trabalha no sentido da desmontagem desse dispositivo”. Segundo os autores, isso significa pôr em funcionamento um dispositivo de desinstitucionalização e reinserir a complexidade dos problemas com os quais lida. Significa ainda abrir mão das interpretações da loucura segundo erro, incapacidade, inferioridade, doença mental, e potencializá-la como diferença, um modo diferente de relação com o mundo. Enfim, não usar o saber como técnica normativa, mas como possibilidade de criação de subjetividades. A técnica deixa de ser instrumento da violência quando a prática funciona como uma desconstrução da clínica.

As falas que seguem referem-se ao atendimento aberto e as possibilidades de escolha que o CAPS oferece em contraposição ao isolamento e segregação gerados pela internação hospitalar prolongada.

Em primeiro lugar o atendimento no CAPS é um atendimento, vou usar a palavra, aberto, ou seja, pra começar o usuário ele não fica internado aqui, mesmo se em algum momento tiver o CAPS III, é diferente. Ele vem, ele faz o trabalho dele, a sua terapia, durante o dia, e ele volta, quando, no caso tem família, pra casa; então, primeiro lugar a idéia do CAPS, o trabalho do CAPS não é segregar e isolar; quando o usuário vai para o hospital, eu acho que seja ele em qualquer campo da saúde, mas vai para o hospital e fica internado trinta dias, quinze dias, ele já esta sendo isolado do convívio com a família, do convívio social, ou seja, acaba perdendo progressivamente o contato com as pessoas e com o grupo social mesmo, e acaba sendo destituído das suas práticas pequenas, como desde pegar um ônibus, fazer sua comida, ir no

supermercado; no momento em que uma pessoa é colocada em um hospital e fica um mês, ele acaba perdendo o contato com essas mínimas..., não é nem com o mundo lá fora, mas com as mínimas coisas que ele teria em casa, na sua casa, enfim, ele perde tudo isso como se fosse realmente uma pessoa que não tem possibilidade nenhuma de fazer nem um café, enquanto o CAPS possibilita isso, acho que o CAPS ele, independente dos problemas que tem, acho que ele mostra que não, você ainda, apesar da sua crise, com a sua crise, com todas as limitações que as vezes um surto pode oferecer do ponto de vista cotidiano, você ainda pode fazer algumas coisas sim, como pegar um ônibus pra ir e voltar pra casa, fazer a escolha do seu planejamento terapêutico, vem aqui escolhe, em parte, o que gostaria de participar (LÉLI, 4/4/2006).

Assim, a possibilidade do usuário no CAPS de ter voz ela é muito maior do que nas outras instituições, as outras eu não vou generalizar, mas em algumas, as asilares, esses hospitais são..., enfim, crônicos até pela dificuldade mesmo de antes você pensar em ter outra alternativa que não a trancar e deixar lá e não tem medicação, não tem nada disso, estou falando de bem bastante tempo atrás, e isso ficou e se perpetuou, então, eu acho que a possibilidade do usuário aqui, no CAPS, nos CAPS, e até mesmo nos ambulatórios, acho que hoje em dia não é só CAPS que permite isso, é fazer parte como contribuinte do próprio tratamento, então isso é o que diferencia do paciente internado, vamos dizer assim, em São Paulo, no Vera Cruz, que é um hospital e tal, diferente de outros, tem algumas dessas internações que são diferentes, mas essa relação aí de profissional e usuário ela é mais aberta, é mais ampla, além do CAPS, especificamente, oferecer algumas possibilidades; então, a possibilidade de trabalhar em uma oficina, dessa oficina ter uma renda, que, assim, é um entrave no sentido que eles se sentem muito limitados e não só se sentem como eu acho que muitas doenças incapacitam mesmo, são incapacitantes, a esquizofrenia é uma delas, e é a nossa clientela aqui, a maior parte é de pacientes com esquizofrenia; a própria esquizofrenia já altera, vamos dizer assim, na cognição, na parte de planejamento, de você conseguir realmente se estruturar para trabalhar; tem umas pessoas que não conseguem nem ter o início, a iniciativa, ela é minada com a esquizofrenia, e aqui tem uma possibilidade, mesmo que essa possibilidade seja fazer oficina e ganhar uma renda, mesmo que, assim, seja só..., não é o valor que importa, é simbólico (J,22/3/2006).

O relato a seguir explicita epistemologicamente e em termos técnico-assistencial a diferença entre o modelo de atenção tradicional/hospitalar e o modelo de atenção psicossocial.

Primeiro, em relação a concepção da pessoa e em relação a concepção dos próprios meios de trabalho; na instituição psiquiátrica predomina o modelo manicomial/asilar como a gente chama, que daí vai olhar a pessoa enquanto doença, enquanto diagnóstico, aqui, no CAPS, a gente olha os seres humanos enquanto pessoas, enquanto a existência de um sofrimento, o que podemos fazer pra minimizar esse sofrimento da pessoa, então, essa é a primeira diferença que tem, quem é essa pessoa, que no modelo manicomial acaba sendo vista mais como diagnóstico, como um doente, isso que eu sempre falo, essa iatrogênia que o modelo

manicomial acaba inserindo na pessoa, você é um doente, vai ter que tomar remédio pra vida toda, e o máximo que você pode chegar é um portador de transtorno mental em recuperação, isso é uma das diferenças, outra é a própria concepção de saúde/doença que existe; as formas de organização dos dois modelos, são modelos diferentes, um é mais centralizado no psiquiatra, na instituição psiquiátrica, o no CAPS seria mais centralizado na equipe e, principalmente, nos usuários; a forma de relação com a clientela ou com o usuário, no modelo manicomial, é sempre uma relação hierárquica, de cima pra baixo, no CAPS, sempre uma relação, ou a gente tenta sempre ter uma relação horizontal; e a própria questão do que é bom ou não é bom pra pessoa, a pessoa tem que dizer o que é bom pra ela e, as vezes, no hospital, são os profissionais que já dizem o que deva ser bom pra ela, ou seja, a grande diferença que existe é: quem decide o que? No hospital as pessoas decidem sobre a vida da pessoa, eu acho que no modelo psicossocial é a pessoa que compartilha a decisão da sua vida (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme destaca Rotelli (1990), no manicômio (modelo/tradicional) a sociabilidade é reduzida a zero. A tutela, a internação tem a única finalidade de subtração das trocas, de estabelecer relações de mera dependência pessoal. Enquanto que a emancipação terapêutica (que se torna o objetivo substituto da "cura") só pode ser (cientemente) a mobilização de ações e de comportamentos que emancipem a estrutura inteira do campo terapêutico. Assim, o problema que se coloca aos novos serviços (CAPS) não é cura (a vida produtiva), mas sim a produção de vida, de sentido, de sociabilidade.

Neste aspecto, pode-se considerar a proposta basagliana de *colocar a doença entre parênteses* para assim direcionar o olhar ao sujeito em sofrimento e não à doença. Essa é uma questão fundamental, pois é o movimento de *tomada de responsabilidade* (DELL'ACQUA, 1992) individual e coletiva que se constitui como meio para a transformação institucional e para o processo de desconstrução. A cura cede espaço à emancipação, mudando a natureza do ato terapêutico, que agora se centra em outra finalidade: produzir autonomia, cidadania ativa, desconstruindo a relação de tutela e o lugar de objeto que captura a possibilidade de ser sujeito (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3 Participação do usuário e da família no tratamento

De acordo com as diretrizes da atenção em saúde mental do modelo psicossocial, o protagonismo dos usuários é fundamental para que seja alcançado o objetivo do CAPS de se constituir como dispositivo de promoção da saúde e da reabilitação psicossocial. Os

usuários e familiares devem ser chamados a participar das discussões sobre as atividades terapêuticas do serviço. A equipe técnica deve trabalhar de forma a estimulá-los a participar de forma ativa do tratamento e da construção de laços sociais. Entre os tipos de atendimento que o CAPS pode oferecer está o atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, de lazer com familiares (BRASIL, 2004).

Na seqüência deste item analisaremos as formas criadas pelo CAPS Ponta do Coral para envolver ativamente usuários e familiares no processo terapêutico, seja com relação ao projeto terapêutico individual, ao atendimento e a participação das famílias no tratamento.

3.3.1 Planejamento terapêutico individual

Conforme as determinações da política de atenção em saúde mental, cada usuário deve ter um projeto terapêutico individual, composto por um conjunto de atendimentos personalizado, que respeite as particularidades, necessidades de cada pessoa e proponha atividades durante a permanência diária na unidade e fora dela (BRASIL, 2004).

O atendimento no CAPS oferece projeto terapêutico de tratamento individualizado, o qual é pensado e avaliado com a participação do usuário. A fala relacionada a seguir detalha como acontece o planejamento do tratamento.

O primeiro passo desse projeto terapêutico ele é feito na entrevista inicial, que é basicamente a entrada desse usuário no serviço; então, a gente pensa uma programação mínima, levando em conta as necessidades, as condições, os limites e as capacidades do usuário e, quando a gente pode contar, com a família também. Além disso, uma vez por mês, [...] tem o encontro da Regional, e os usuários dessa Regional podem reelaborar o seu projeto terapêutico, a gente faz a revisão, a gente discute como é que está sendo esse projeto, se está sendo interessante, que ganhos, se está havendo ganhos ou não, se a pessoa está se sentindo contemplada de alguma maneira e tal, e aí a gente faz as alterações que a gente discute e acha necessário (F, 12/4/2006).

Com relação a forma como o usuário participa do processo de planejamento do seu tratamento, os entrevistados colocaram que é através da manifestação das preferências,

opções e desejos dele, dentro das possibilidades que o CAPS oferece. Nas falas relacionadas é explicitado qual a participação do usuário e do profissional no planejamento do projeto terapêutico de tratamento.

Quando o usuário chega no serviço, encaminhado de algum outro (serviço), ou de um hospital, ou de uma unidade local de saúde, ou por demanda espontânea é feito o acolhimento, onde a gente usa uma entrevista inicial pra fazer uma coleta de dados, ali resgata um pouco da história que o próprio usuário vai estar contando, e, então, nesse momento é feito o projeto terapêutico; inicia-se o projeto terapêutico, não que ele tenha que se esgotar nesse momento inicial; uma pergunta que a gente sempre faz pra ele é do que ele precisa, como a gente vai poder ajudar, então, a partir daí a gente oferece o nosso leque de atendimentos, o nosso projeto terapêutico do CAPS, e aí vai se construindo dessa forma (VIK, 24/3/2006).

Em geral a gente faz isso quando ele chega, na entrevista inicial, a gente pede pra que ele diga, a gente apresenta o que a gente tem; a gente pede que ele diga o que ele gostaria de estar fazendo, o que ele fazia, quais as preferências que ele têm, se ele não sabe, em algumas situações, a gente sugere que ele venha participar de algumas oficinas para ele, por exemplo, escolher; então, assim, é feito muito respeitando o desejo do paciente, o que ele gosta mais, as preferências dele; agora, se a gente vê que o paciente está muito ansioso, se ele precisa, a gente sugere um grupo terapêutico ou as vezes o atendimento individual; assim, não tem uma uniformidade, em geral a gente age assim (P, 17/3/2006).

Ele tem, esse projeto terapêutico, ele tem um primeiro momento, quando o usuário chega e faz a entrevista inicial é colocado com ele e oferecido, mostrado as possibilidades, o que o CAPS oferece em termos de terapia, desde grupos terapêuticos, atendimento individual e oficina, mas não é só oferecido, é também feito uma avaliação do técnico, o que ele pensa que, naquele momento, poderia estar ajudando aquele usuário, e é conversado com o usuário, muitas vezes acaba o usuário escolhendo tudo, escolhendo o que ele quer e o técnico tem pouca interferência, outras vezes o usuário quer algo que talvez naquele momento, por exemplo, atendimento individual, mas não tem vaga, não tem, os técnicos estão todos..., se tem alguém fazendo atendimento individual já não tem horário, então se entra em um acordo das possibilidades, dos desejos do usuário, e das possibilidades que o serviço oferece; isso é o primeiro momento, no segundo momento, ao longo do período do usuário aqui, vão tendo transformações, muitas vezes ele abandona aquele grupo ou oficina, que não era aquilo que ele achava que era bom, que ele gostava, abandona formalmente ou informalmente, simplesmente não vai, ou ele entrou em surto não veio mais, uma série de questões, então isso tudo é retomado, a gente tenta fazer a retomada na reunião das Regionais, reunião mensal, como é que está o tempo dele aqui, o que ainda se mantém fazendo, como ele está se sentindo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos entrevistados destacou que o projeto terapêutico de tratamento do usuário

é sempre pensado a partir da necessidade dele, o que ele traz de necessidade, o que ele traz de sonho, de vontade, de sofrimento, de

tristeza, então, o projeto terapêutico é sempre pensado, repensado, analisado, refletido, em cima da necessidade da pessoa (GIRASSOL, 20/3/2006).

É importante destacar que o planejamento do projeto terapêutico deve envolver o portador de transtorno mental como sujeito deste processo. A participação ativa do usuário na escolha do que fazer e na expressão de suas necessidades favorece a adesão e continuidade no tratamento, confere-lhe o exercício da liberdade de escolha e da cidadania. Neste processo, o ato terapêutico, quando não é mais fundado sobre a doença e não provém da autoridade médica, torna-se a própria organização coletiva, convertendo-se em *tomada de responsabilidade* e produção de subjetividade (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral

No plano teórico, a relação da família com o portador de transtorno mental é construída a partir do alienismo, como produto da sociedade moderna/burguesa. No interior desta perspectiva concentram-se dois entendimentos polarizadores: “o da família ameaçada pela eclosão da enfermidade, portanto, sofrendo suas conseqüências ou causadora da emergência do transtorno mental, assim culpabilizada por sua etiologia” (ROSA, 2002, p. 139). Historicamente, o segundo entendimento foi o que prevaleceu na maioria das abordagens teóricas na área da saúde mental, com uma relativa diminuição nos anos 1970, seguido de uma complexificação da compreensão do grupo familiar e de sua dinâmica, a partir dos avanços teóricos da leitura feminista e marxista. “Contemporaneamente, a inclusão do grupo familiar nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental; a assunção de sua condição de parceira e co-responsável dos serviços e a exigência de constituição de uma nova pedagogia institucional em sua abordagem atravessam a construção de uma nova relação entre o louco e a sociedade” (ROSA, 2002, p. 139).

Nesta direção, um dos objetivos do CAPS é incentivar as famílias a participar do cotidiano do serviço. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas importantes para o trabalho dos CAPS. Eles podem participar de diversas maneiras, incentivando o usuário a se envolver no projeto

terapêutico, participando diretamente das atividades do serviço, nas reuniões, assembléias, nas associações de usuários, técnicos e familiares, trazendo dúvidas, sugestões. A participação pode acontecer tanto nas atividades internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. (BRASIL, 2004).

A Portaria /GM nº 251/2002 constitui-se como mais um dispositivo na mudança das relações entre os serviços de saúde mental e a família à medida que prevê, no desenvolvimento dos projetos terapêuticos, o preparo para o retorno à residência/inserção domiciliar e uma abordagem dirigida à família no sentido de garantir orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento.

O atendimento aos familiares é uma das formas para que as famílias participem, conheçam o trabalho dos CAPS e passem a se envolver ativamente no processo terapêutico. Neste sentido, a família ganha visibilidade como protagonista, parceira dos serviços e co-responsável no provimento de cuidados do portador de transtorno mental.

Além disso, o avanço dos conhecimentos e entendimento de que os fenômenos humanos comportam uma multiplicidade de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos e éticos, inter-relacionados entre si, possibilitou mudanças na assistência às pessoas em estado de sofrimento psíquico. Essas puderam ser compreendidas na totalidade de sua condição existencial. E, o sofrimento, antes tomado apenas como algo individual, passou a ser visto como parte de um contexto onde outras pessoas estão envolvidas e também merecem cuidado e atenção.

No CAPS Ponta do Coral, na sua maioria, os profissionais afirmam que existe atendimento familiar, com ressalvas de um deles que referiu não existir atendimento familiar sistemático e outro que observou que existe atendimento familiar individual. As falas relacionadas expressam de que forma a família participa no tratamento do seu membro no CAPS.

A família participa não como uma preconização ou uma exigência do serviço; o que eu tenho visto é que a família participa aqui no CAPS na medida em que há uma necessidade, quando há necessidade do serviço conversar com a família ela é incluída, quando há uma necessidade da família pelo serviço ela procura, mas não é uma rotina todas as pessoas que vem aqui a família ser atendida, as vezes o usuário não quer saber da família, as vezes a família não quer saber do usuário e assim sucessivamente, ou seja, a família participa na medida que temos a clareza da necessidade, mas não é uma prática oficial do serviço (GIRASSOL, 20/3/2006).

Alguns casos sim, em alguns casos eles vem para a reunião mensal da Regional, ou vem para uma consulta com a psiquiatra, ou vem pra trazer o usuário que não consegue ainda vir sozinho, mas é muito restrita a

participação da família, normalmente ela vem mesmo quando a coisa está apertando, quando o usuário surtou, não está conseguindo segurar, quando ele está já nas últimas (LÉLI, 4/4/2006).

Os profissionais que afirmam a existência da participação da família no tratamento explicitam como esta acontece e como se dá o atendimento no serviço, observando o cuidado que existe em atender a família e o usuário juntos.

Sim, tem alguns usuários que vem acompanhado de familiares, as vezes nós chamamos a família, quando existe necessidade, e isso acontece assim no cotidiano, conforme realmente surge a necessidade; geralmente há uma relação muito conflituosa entre o usuário e família, geralmente o familiar mais próximo, referência mais próxima e aí a gente intervém, mais ou menos com dois objetivos, assim, um de pensar essa relação conflituosa, o que pode ser negociado aí pra viverem melhor, pra ter mais qualidade de vida nesse ambiente, que moram juntos, e o outro pra poder então capacitar, colocar elementos pro familiar sobre o tratamento, sobre os transtornos mentais, pra que ele possa ser um cuidador também, o que ele é, pra que ele possa se qualificar; então, uma outra coisa que eu penso é que esse atendimento familiar ele sempre tem que privilegiar a participação do usuário porque fica complicado falar do usuário sem ele estar presente (VIK, 24/3/2006).

Sim, a família participa, claro, na medida de cada caso; em geral, assim, a gente tem a disponibilidade de atender a família, então, muitas vezes, precisa de o paciente vir com a família em várias situações, e esse atendimento é dado; o grupo de família, também está tendo o grupo de família, as vezes é dado (o atendimento) a família daquele paciente; mas sempre a gente tem o cuidado de receber a família e atendê-la junto com o paciente, nunca assim..., não gerar essas fantasias perseguitórias por parte do paciente “tá falando o que de mim”; isso é mais ou menos quase uma regra aqui no CAPS, a gente atende junto com o paciente (P, 17/3/2006).

Os trechos das entrevistas relacionados a seguir descrevem as formas criadas pelo CAPS para oportunizar a participação da família no tratamento. Alguns profissionais referiram-se a um grupo de famílias que chegou a ser iniciado, mas que pela falta de adesão e outras dificuldades não funcionou mais.

Um pouco assim, o acolhimento na segunda-feira é um espaço que a família pode participar junto com o usuário pra relatar como é que foi o final de semana e pra relatar e como estão as atividades no CAPS; o outro espaço são as reuniões das Regionais de equipe, fora o trabalho individual, que, assim, eu acabo chamando muitas vezes, eu quero atender você na presença de um familiar, as vezes você precisa até forçar nesse sentido, de que a família compareça, faço cartinha, mando e aí atendo em consulta individual, mas não em grupo, não é uma abordagem psicoterápica, é mais no sentido de psicoeducação do que de terapia (J, 22/3/2006).

[...] existe um planejamento pra se atender família, um grupo de familiares a serem atendidos por psicóloga [...]; então, as formas criadas para oportunizar a participação da família é justamente quando ela vem, acompanha, que é aberto para os familiares participarem das oficinas junto com o usuário, então, sempre tem essa oportunidade e grupos específicos pra famílias que estão se tornando real (GIRASSOL, 20/3/2006).

É mais ou menos como eu te falei; então, assim, as vezes a gente chama pra um atendimento individual, e também ela participa dos eventos acontecidos aqui no CAPS, promovidos pelo CAPS, de festas, geralmente o dia nacional da Luta Antimanicomial, quando a gente comemora, que faz uma confraternização, as festas sempre tem a presença de familiares também, festa de natal, festa junina (VIK, 24/3/2006).

As reuniões das Regionais por exemplo, uma vez por mês, e tem alguns técnicos que fazem reuniões com as famílias, discutindo, por exemplo, aquele usuário em que a família está implicada diretamente, tem problema com a família, então chama a família pra trabalhar; já teve grupo de família, mas foi fechado porque as pessoas ficaram um tempo, mas as famílias, segundo as técnicas que fizeram, muito pouco se apropriavam, vinham, se utilizavam desse espaço (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre este aspecto, cabe destacar que o deslocamento do eixo da compreensão do problema individual para o familiar/social, que tem como consequência o acolhimento da família como uma unidade que necessita de cuidado tanto quanto o paciente individual, pressupõe um novo olhar sobre as possibilidades das famílias para enfrentarem suas crises e atuarem como suporte terapêutico. Nessa perspectiva, se impõe a necessidade de não só reconhecer o atendimento ao grupo familiar, mas de oferecer uma atenção singular que leve em conta, por um lado, as especificidades de cada família, considerando a história, a estrutura, a dinâmica, bem como a inserção desta no contexto social. Por outro lado, deve-se avaliar a realidade e as possibilidades das famílias para usufruírem das formas de atenção que lhes são propostas (MIOTO, 1998, pp. 25-26).

Nesta direção, dois dos participantes da pesquisa identificaram como uma das dificuldades em realizar o atendimento familiar, a falta de profissionais qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades, conforme pode ser observado nas falas a seguir.

A maior dificuldade que eu vejo é que não existe ninguém capacitado aqui dentro para lidar com a família, é claro que, assim, eu faço um atendimento com o usuário a família vai estar junto eu vou estar explicando, mas quando você vai pensar em trabalhar com a família, trabalhar no sentido psicoterápico, isso não existe, agora informar a família, tentar com que a família faça parte do planejamento, a gente

tenta e incentiva, estimula que eles venham nas reuniões das Regionais, mas o que eu percebo, assim, a equipe ela é muito pequena pra dar conta de tudo, então a maioria das vezes o paciente chega, a família está ali fora, mas todo mundo tem a sua atividade, estão todas na oficina e isso me sobrecarrega muito porque eu tenho que dar conta de tudo, inclusive da família que chegou, do atestado que está faltando, e a família que quer saber porque que o remédio..., mas não existe um espaço pra ela, não existe um espaço que acolhe a família (J, 22/3/2006).

Profissionais qualificados, eu acho que necessita de profissionais que tenha um pouco mais de experiência, de conhecimento pra estar lidando com família, que toda a família tem sempre os seus nós górdios, tem sempre questões de fundo, que as vezes precisa de um certo conhecimento, experiência pra estar lidando com isso; até que ponto é vítima ou réu, então, acredito que profissionais que tenham experiência, que tenham a qualificação teórica, [...] possa estar oportunizando uma melhor relação no atendimento CAPS com família, então, a qualidade do profissional para estar realizando essa participação (GIRASSOL, 20/3/2006).

Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que é um transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, foram relatados pelos profissionais.

Acho que tem uma junção, eu acho que tem uma coisa primeiro que é o entendimento, a família, muitos familiares, querem deixar o usuário aqui, e querem fazer sua vida, até por questão de sobrevivência; o que eles alegam muito é que eles precisam trabalhar, então não pode faltar ao trabalho uma vez semana pra poder estar aqui porque mesmo que tenha atestado pra poder estar aqui, acaba perdendo o trabalho, não tem como justificar; e a outra questão é o próprio entendimento de que é na família o espaço em que o usuário pode ser tratado, porque a idéia de tratamento é uma idéia também que se direciona, que acaba sendo entendida como médica, hospitalar ou clínica, ou então, agora tem o CAPS; e o lugar de tratamento, digamos tratamento como restituição, como reinserção, também é na família (LÉLI, 4/4/2006).

É, chega um momento que as vezes de fato a relação se esgota, assim, são tantos conflitos, são tantas brigas, tantas dificuldades de convivência, de relacionamento, que já vem desde a infância, que chega em momentos quando, geralmente, o usuário tem as primeiras crises, isso gera um isolamento, assim, o usuário fica isolado nesse ambiente, nesse contexto familiar, realmente é muito difícil; as vezes tem uma mãe muito controladora e que aí o usuário não quer muito aproximação do serviço com essa referência porque o serviço passa a ser então um lugar de acolhimento pra ele que ele não tinha até então, porém, a gente busca a família, pra que a família possa cumprir essa função da referência (VIK, 24/3/2006).

Neste sentido, deve-se considerar que no contexto brasileiro, pela própria ausência ou precariedade da intervenção estatal por meio das políticas públicas de corte social, a família torna-se a principal garantidora da reprodução da força de trabalho. As famílias, para suportar, todas as funções que lhes são atribuídas e enfrentar as situações de risco social, buscam dividir com o Estado o encargo dos cuidados com seu ente enfermo. Mesmo assim, configuram-se, para elas, condições deficitárias de atendimento, em particular no caso da atenção em saúde mental (ROSA, 2003, p. 192).

Na seqüência, o entrevistado realiza uma análise das várias situações singulares e sociais que envolvem as dificuldades do serviço, das famílias e dos usuários, em realizar um tratamento integrado na relação usuário/família/CAPS.

Então, também envolve vários aspectos, eu vou apontar alguns; assim, em primeiro lugar, a gente vê que boa parte das famílias vê o CAPS como um lugar pra poder deixar o seu familiar, é um lugar onde ela não vai precisar cuidar dele durante um certo tempo, então, eles até participam de algumas entrevistas iniciais, hoje, por exemplo, eu tenho uma (entrevista inicial) que a pessoa veio sozinha, não veio família; é bastante freqüente que venha o usuário sem acompanhante familiar algum, esse é um aspecto, a família de uma certa maneira toma o CAPS como um lugar pra deixar o seu familiar, nós por outro lado, não criamos estratégias pra fixar essa família, pra trazer essa família mais perto; tem um grupo de família que funciona de maneira meio irregular, mas que a gente vê cada vez mais a necessidade de tornar isso algo mais organizado, poder atender a família, a gente faz o acompanhamento com família, geralmente, quando há um pedido específico ou do usuário ou da própria família, aí a gente procura fazer, mas é mais individualizado, é uma questão mais individualizada, e há também, por parte dos usuários há o desejo de que a família não participe, isso ficou muito evidente na organização da associação, que é uma associação de usuários, familiares e técnicos, e quando a gente estava organizando a associação, toda vez que se falava na participação dos familiares havia uma certa resistência por parte dos próprios usuários que os familiares participassem; a gente entende isso como uma maneira de buscar uma certa autonomia, uma certa distância dessa família, que é, as vezes, bastante complicado de fato tê-los muito próximos, aí precisa de um outro tipo de abordagem, não dá pra incluir, como a gente fazia no início por exemplo, a gente fazia grupos de usuários e familiares, mas a família atrapalhava mais do que ajudava nesses grupos, aí a gente resolveu começar a separar, deixar o espaço específico para o usuário, porque a família vinha e tomava o espaço, e falava, e ficava reclamando da pessoa, do que ele não fazia, de todas as dificuldades etc..., então, a gente achou melhor botar um pouco uma barreira, botar um filtro ali pra que tivesse espaço do usuário e que ele pudesse aproveitar isso da melhor maneira possível (F, 12/4/2006).

No entanto, cabe destacar que, numa visão mais abrangente e totalizante, a família é entendida, no cerne das condições de reprodução social do portador de transtorno

mental, como um sujeito que procura reconstruir relações cotidianas, criar novos sentidos, manter e fortalecer laços de sociabilidade. É percebida, positivamente, em suas possibilidades, potencialidades e recursos, como elemento fundamental à manutenção do poder contratual, à autonomia e à emancipação do portador de transtorno mental (ROSA, 2002, pp. 152-153).

As falas relacionadas a seguir apresentam a compreensão dos entrevistados com relação às possibilidades da participação da família no tratamento, e as dificuldades do CAPS em realizar esse tipo de atendimento. Um deles argumenta que o acompanhamento à família é essencial para minimizar os efeitos da convivência com o portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Acho que o atendimento familiar assim como ele pode ter dificuldades ele também pode te ajudar um monte, então, assim, tem os dois lados, as dificuldades eu acho que é porque também ele vai estar trazendo, vai sobrecarregando com mais, digamos assim, mais queixas, vai estar trazendo.., as vezes nem está relacionado ao usuário os problemas e as situações, embora eu acredito que na maioria das vezes ela ajuda, ela ajuda porque é que está convivendo com o usuário lá fora o tempo inteiro, que tem mais os dados, quem pode inclusive, ah! ele está muito sedado, vamos tirar esse remédio, esse remédio só faz mal, então, a família se ela não é bem orientada ela acaba, assim, tentando fazer o bem ela acaba fazendo o mal pro paciente, ah! não aquela atividade lá, ficar só batendo palminha, musiquinha, aquilo lá não vai ajudar você, é melhor eu.., vou te colocar de novo na escola porque se não você não vai trabalhar nunca, então todas as ansiedades da família, que se elas forem bem trabalhadas o usuário só tem a ganhar, agora, as dificuldades é: um espaço em que essa família seja acolhida, que ela seja realmente trabalhada e uma equipe, a formação, alguém com formação pra fazer isso, isso não tem (J, 22/3/2006).

Eu acho que o acompanhamento com a família ele é extremamente necessário pra elaborar a imagem que essa pessoa acabou deixando pra essa família; a família ela ainda tem uma imagem, ela tem o imaginário social em relação o que ela de repente produziu; então, há uma necessidade de se ter um acompanhamento com os familiares pra estar elaborando as relações, o dia-a-dia que ela tem com o portador de transtorno mental; as vezes se investe muito em acompanhamento com usuário e não se investe muito no acompanhamento com a família, a família está sobrecarregada, tem que se discutir a questão dos encargos familiares, porque as vezes ter um portador de transtorno mental junto com a família é extremamente estressante, e as vezes a família acaba colocando o portador de transtorno mental no hospital pra descansar, porque as vezes é complicado, tem um portador de transtorno mental que canta o dia inteiro, ou que não dorme durante a noite, dorme de dia, ou que quer ver televisão a todo momento, ou que fica conversando com a vizinhança a todo o momento, tem o portador de transtorno mental que com o seu sofrimento incomoda muito a família, então, tem de haver um profissional articulado ou apaziguador ou que provoque alguma

resolução nessa prática; [...] se não dá pro portador de transtorno mental morar com a família então que se haja (encontre) um espaço harmônico, mas a família tem que ser acompanhada sim (GIRASSOL, 20/3/2006).

Entre as dificuldades que os profissionais identificam na (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e estigma da loucura, ainda presentes no imaginário social das pessoas. Relacionamos na seqüência as respostas dos entrevistados, nas quais é expressa a relação com alguns dos aspectos enfrentados no cotidiano da vida dessas pessoas, em suas relações com a família, as instituições e a sociedade.

Em primeiro lugar a dificuldade de a família compreender o que a pessoa tem, pelo que ela passa, muitas vezes, a idéia é de que é um vagabundo, que o cara não quer trabalhar porque é vagabundo, não quer fazer nada só quer ficar em casa fumando, na frente da televisão porque é vagabundo; então, tem essa dificuldade de poder dar ou ter um certo olhar pra essa pessoa, pra esse usuário que não seja esse da discriminação; tem também o medo, o medo de que essa pessoa venha cometer algum crime, que é um pouco o mito da loucura, é o que envolve o mito da loucura, de ser alguém que é imprevisível e violento, o mito da loucura está muito marcado por isso, muitas vezes a família vem contaminada por isso, eu atendo uma mãe, por exemplo, que apesar de ser uma pessoa que contribui muito, mas ela tem medo do filho, ela tem medo, e ela reconhece isso, diz isso claramente, ela tem medo, agora menos, depois de um tempo isso está começando a se flexibilizar, ela está começando a entender um pouco diferente, mas ela tinha muito medo do que esse filho poderia fazer com ela, então, isso é algo que é bastante comum, mas isso é uma dificuldade; o outro aspecto da resistência é a idéia de que ele se tornou uma pessoa inútil, o usuário se tornou uma pessoa inútil, porque ele não pode trabalhar, que nunca vai fazer nada a não ser ficar como um louco, ficar como uma pessoa que não pode assumir responsabilidades, que não contribui, o aspecto financeiro é um problema; o Programa de Volta pra Casa não resolve isso integralmente porque ele é destinado pra pessoas que estão no mínimo há dois anos internadas, então, aqueles que não tem internação prolongada não têm acesso a esse recurso, então, ele passa a se tornar um peso econômico pra família e aí todos os outros problemas que são decorrentes disso (F, 12/4/2006).

Muitas vezes ele acaba sendo o membro da família rejeitado, ele tem o quartinho dele no fundinho. Bom, eu acho que é o próprio estigma de ter um doente mental, tem ah ele é doente mental, deixa ele quietinho lá porque se não ele vai incomodar, vai surtar, vai xingar e, que vergonha, aí os vizinhos; então, é o estigma do usuário, do paciente com transtorno mental, como muitas famílias não entendem elas tem até crenças de que isso é o demônio, isso é um castigo, ou é porque ele era uma pessoa ruim na vida passada, então, vem com mil, vamos dizer assim, explicações, que só atrapalham e impedem que aquilo seja encarado como..., ok isso aí é uma doença, e como é que a gente vai

fazer pra ajudar e tratar isso; então, os conhecimentos, a ignorância nesse sentido, [...] uma parte eu acho que seja pelo próprio desconhecimento do que é um transtorno mental, e do estigma de que o louco é o que rasga dinheiro e, enfim, isso dificulta, e aí quando você não tem um suporte pra dar à essas famílias aqui dentro, você só reforça lá fora esse estigma; então, claro, a pessoa chama a atenção da população, os pacientes que conseguem lá fora trabalhar e não ficar só dentro do CAPS, então, as oficinas que possam vir a dar renda, que elas sejam trabalhadas lá fora, até pra lá fora você convive com eles, percebe que eles não são os loucos que rasgam dinheiro, saem quebrando tudo e matando todo mundo, esse é o medo da população e acaba sendo o medo da família (J, 22/3/2006).

A questão da diferença do “louco” para o “não louco”, que na sociedade capitalista, é determinada pela relação produtivo/não produtivo, ou seja, aquele que detém poder de consumo e aquele que não tem poder de consumo, também foi expressa pelos profissionais entrevistados como uma das dificuldades para a (re)inserção social do portador de transtorno mental, na família e na sociedade.

Eu acho que os limites do usuário; tem a coisa do preconceito, da loucura, ele, o usuário, ele não é alguém produtivo na família, ele não leva dinheiro pra casa, ele, ao contrário, ele só gasta, ainda tem que buscar remédio, ele dá mais trabalho ainda, ele não é produtivo, de maneira geral, então, isso já agrega um preconceito maior ainda, além de ter o preconceito da loucura, de ser..., enfim, alguém que tem uma “deficiência”, alguém que é muito dependente, ainda tem isso, então, ele não soma nada à família a não ser o incomodo; daí, geralmente, é uma mãe que até acolhe, ou pai, por questões afetivas, mas sempre está lidando com esse limite do usuário; tem famílias que não querem, tem muitas famílias carentes que não querem mais um problema, e quando a pessoa, então, saiu da família, que foi internada, e ficou um longo tempo fora, a família já se estruturou de forma a não contar com aquele usuário, então, já não conta mais com ele, passou três, quatro, cinco meses, aí vem uma pessoa trazendo toda uma dependência e que não é somar, ou as vezes as próprias crises dentro de casa, então, é difícil um cara que faz xixi no chão, um cara que toma um café e deixa sua xícara, um cara que quebra, que uma vez por mês quebra tudo, que bate nas pessoas dentro de casa, ninguém tem essa tolerância, tem que ser mais de uma pessoa pra suportar e, as vezes, uma pessoa, que é a mãe, suporta, mas os outros irmãos não entendem, não conseguem lidar com a questão, que é difícil mesmo, o nível de dependência, os limites, o risco que, enfim, pode correr o usuário (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Rosa (2003, p. 192), a família, apesar de procurar dividir com o Estado as demandas de cuidado do portador de transtorno mental, ainda é o principal agente responsável pelo seu provimento. Para implementá-lo, na divisão sexual do trabalho do grupo doméstico, seu ônus recai sobre a mulher. Todavia, diferente das demais

enfermidades, o transtorno mental se particulariza pelo fato de seu portador não se reconhecer como enfermo e por seu prognóstico figurar como uma incógnita, sem ter uma temporalidade previsível. Desta forma, em geral, o provimento de cuidados e o tratamento tornam-se impositivos para o portador de transtorno mental, que pouco colabora conscientemente no seu processo de recuperação. Por sua vez, o provedor de cuidado, com frequência a mulher, mãe, tem que ter uma disponibilidade de tempo, periódica ou indefinidamente, para exercer o seu papel. E, para satisfazer as necessidades individuais do portador de transtorno mental e as exigências de sua enfermidade, a mulher, mãe tem seu espaço de vida invadido, seus projetos de vida obstruídos pelas necessidades de prestar cuidado.

3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares

No contexto da Reforma Psiquiátrica, as organizações de usuários, técnicos e/ou familiares tem cumprido um importante papel na mudança do modelo assistencial em saúde mental, participando ativamente das discussões sobre os serviços e promovendo atividades que visam maior inserção social, geração de renda e trabalho e a garantia de direitos sociais. Essas associações constituem-se em importante instrumento de promoção da saúde e da cidadania de todos os envolvidos (BRASIL, 2004)

O CAPS Ponta do Coral conta com uma associação de usuários, familiares e técnicos. Apesar de estatutariamente estar prevista a participação e filiação de familiares e técnicos, atualmente, na prática, esta se tornou, efetivamente, uma associação de usuários. Em gestões anteriores, já teve em sua diretoria a participação de técnicos do serviço. Atualmente, dois técnicos acompanham as atividades desta, mas a diretoria da gestão atual (2006) é composta somente por usuários.

Com relação a participação dos usuários no planejamento das atividades do CAPS, os profissionais referem que esta acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, realizada semanalmente, na qual são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Contudo, os entrevistados observam que

existem dificuldades em realizar um processo de planejamento das ações do serviço, seja por particularidades dos usuários, seja por limitações e/ou problemas institucionais.

Assim, existem alguns espaços em que essas ações são tomadas em conjunto, a assembleia dos usuários, aqui é feita de terça-feira, em que é discutido desde a limpeza, o lanche, qual é o próximo passeio, o que vai ser de reunião, o que está sendo feito, quais são os informes em relação a saúde mental, em relação a congressos, encontros, comissões. O que eu percebo é que embora isso seja estimulado há pouca, baixíssima, aderência e quando há, em geral, são daqueles mais saudáveis no sentido de que de repente nem seriam usuários CAPS, mas eu acredito que isso seja também o próprio sintoma, de a dificuldade de lá fora conseguir um emprego, a dificuldade de iniciar uma atividade, iniciar um curso, é também pra se engajar na própria luta deles; o que eu percebo é que a família, em geral, quando pega isso vai adiante, os usuários tem poucos estímulos próprios, vamos dizer, pra continuar, pra se manter; então, na reunião da Comissão Ampliada²¹, aí participa um, mas depois a semana que vem já não vem; então, são poucos os que realmente conseguem dar conta, eu coloco a palavra no sentido de ser capaz para, tem essa dificuldade, eu acho que é própria condição (J, 22/3/2006).

Então, a gente procura estabelecer parcerias com a associação porque tem muitas coisas que pelo fato de a gente estar submetido a um organograma e a hierarquia, e aí os limites do serviço público, a gente não pode fazer; por exemplo, a questão da venda do material das oficinas, isso é algo que o CAPS não pode assumir, por conta mesmo da legislação que impede a gente de fazer esse tipo de atividade; então apesar de ter uma participação grande, o material vendido é o material das oficinas do CAPS, mas quem faz essa tarefa é a associação, é a associação que se encarrega da venda, de levar o material, de receber dinheiro etc.; além disso a associação se tornou efetivamente uma associação de usuários, apesar de o estatuto dela prever a participação e filiação de familiares e técnicos ela é uma associação de usuários na prática, e como articuladora de um projeto político e de reivindicação dos direitos do usuário dos serviços de saúde mental, como um instrumento pra viabilizar inserção no mercado de trabalho por exemplo, parece que são essas as funções da associação; com os usuários o que a gente tem é uma assembleia semanal onde são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; esse aspecto do planejamento da atividade ele de fato não tem a participação dos usuários até porque nem nós, como te falei no início, o nosso planejamento também é meio caótico, assim, a gente não tem um processo organizado de planejamento pra um ano ou mesmo pra seis meses, então, aí os usuários não chegam a participar desse planejamento, eles participam sim da discussão do funcionamento que é na assembleia,

²¹ A Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental (CPASM) é uma instância do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, criada através da Resolução N°1/CMS/2006, cuja finalidade é assessorar o plenário do conselho no que compete a formulação, implantação, implementação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas, ações e projetos em Saúde Mental, assim como prestar assessoria técnica ao gestor municipal. A CPASM é constituída por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde, e usuários e familiares da saúde mental (nota da pesquisadora).

que é toda semana, e aí se trata das coisas do dia-a-dia, é mais cotidiano (F, 12/4/2006).

A presença e participação dos usuários nas discussões e no planejamento das ações pertinentes à saúde mental vêm se ampliando progressivamente nos últimos anos. O processo de inserção inicia-se com o protagonismo dado ao sujeito na definição de seu projeto terapêutico, estende-se na organização de associações e na representatividade destas nos fóruns deliberativos (Conselhos de Saúde, Conferências, Comissões de Saúde Mental), e na participação em eventos científicos e espaços de militância política pertinentes à área da saúde mental. Essa é uma das formas em que a condição de cidadão dos portadores de transtornos mentais é resgatada. Segundo Rodrigues (2005, p. 80), “a participação política e militância de usuários e familiares em instâncias deliberativas ganham efetividade quando politicamente organizados”.

Neste sentido, a construção coletiva do protagonismo requer a saída da condição de usuário-objeto e a criação de formas concretas que produzam um usuário-ator, sujeito político. Isso vem ocorrendo através de inúmeras iniciativas de reinvenção da cidadania e *empowerment*, como atenta Vasconcelos (2000b), por meio de intervenções via associações de usuários ou de cooperativas sociais, ou ainda da participação política de tais atores nos mais importantes fóruns sociais de formulação de políticas da área, tal como nos conselhos de saúde e comissões de saúde mental.

Nas falas que seguem, os participantes da pesquisa destacam as dificuldades encontradas na organização, na articulação e no funcionamento da Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral²², bem como seus objetivos e principais lutas políticas por direitos.

Assim, eu acho que os usuários têm esse espaço da assembléia junto com os técnicos. É um espaço interessante, onde eles podem estar opinando, mais do que o da associação; o da associação é muito mais difícil de levar adiante; eu também já fiquei um tempo ajudando a associação, já fui até, uma época, da própria gestão, da própria diretoria, e a gente tem

²² Importante estudo sobre a Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral foi realizado por Rodrigues em dois trabalhos: RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral: desvelando sua significação**. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004; e RODRIGUES, J. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

que estar puxando muito como técnico, parece que deixar por conta deles a coisa não anda e, as vezes, a gente vê que fica mais um desejo nosso de que as coisas aconteçam do que deles; então, a assembléia pelo menos é um espaço que eu ainda acho que se consegue ter uma presença, agora a presença dos familiares no planejamento é muito pequena, poucos que vem, vem um ou outro, pai de alguém; dos usuários, eu acho que é mais nesse espaço da assembléia que acontece (P, 17/3/2006).

Os usuários, nós temos a assembléia dos usuários; então, na assembléia se discute algumas questões, por exemplo, as vezes o planejamento, funcionamento da casa, por outro lado nem tudo é discutido na assembléia, [...] tem uma atuação limitada, ela não é totalmente participativa. A associação, ela tem histórias de altos e baixos; teve momentos que a associação tinha uma diretoria, mas ninguém participava, não se articulava; tem momentos que a associação se integra mais, quando ela se integra a coisa fica também mais rica; nós temos aproximação, por exemplo, na questão do vale transporte, as reivindicações, sobretudo do vale transporte, de veículos pra passeio, pra participar de um evento, muito mais do que planejamento das ações, digamos assim, mais no sentido de luta por direitos e reivindicações (LÉLI, 4/4/2006).

A associação de usuários possui cinco objetivos: controle social, ajuda mútua, suporte mútuo, defesa dos direitos, geração de renda; em cima desse objetivos a associação realiza seu movimento e sua luta. Em termos do papel dos usuários no planejamento das ações do CAPS seria discutir esses objetivos em relação ao CAPS. Hoje, o que acontece, a associação de usuários acaba discutindo um pouco mais controle social; ela expressa a representatividade dos usuários na luta social, na dignidade humana, e também na geração de renda; outra coisa muito importante que a gente fala é a luta contra o preconceito, então, a associação ela participa mais nesse sentido, controle social, geração de renda e luta contra o preconceito no CAPS; esse é o papel dos usuários, realizar o controle social, participar da geração de renda e a luta contra o preconceito; a luta contra o preconceito significa realizar teatro, levar pras Academias, levar pra comunidade, mostrar que a história do louco no imaginário social das pessoas ela é transformada, pode-se reverter isso, e isso se reverte com música, cultura e arte (GIRASSOL, 20/3/2006).

O papel da associação no planejamento, é porque assim, a associação ela não é o CAPS, ela é uma entidade separada, a assembléia é uma assembléia geral do CAPS, é um mecanismo facilitador da participação dos usuários e técnicos na gestão do serviço; a associação é uma entidade, sem fins lucrativos, que foi criada e pensada pra que os usuários e familiares se organizem pela luta da política, pela luta da implantação da política de saúde mental, pela luta dos direitos, pela luta da implantação da Reforma Psiquiátrica, pela melhoria do serviço, então, assim, a associação ela caminha, mas ela é muito nova e aí se é muito nova tem uma estrutura um pouco frágil, então assim, a tua pergunta é se ela participa das ações do CAPS, ela participa sim, tem um elo de participação aí, tem um canal de participação, mas é frágil, é muito frágil, eu penso que é muito frágil porque aparece pouco (VIK, 24/3/2006).

Rodrigues (2005, pp. 81-82) destaca que as associações de usuários, enquanto dispositivos, possibilitam uma atitude política que oferece visibilidade ao usuário como ser cidadão e não apenas como portador de um transtorno. Segundo o autor, quando o usuário passa a ver, sentir, e ver sentido em suas ações associativas, sua prática organizativa torna-se efetiva e com empenho. Por isso, as associações precisam desenvolver estratégias mais amplas de adesão, visando revigorar seus quadros associativos. Nesta direção, a profissionalização e formação política dos dirigentes é vista como uma possibilidade para estimular a participação.

A compreensão das associações civis como relacionadas e condicionadas pelas associações políticas leva ao entendimento de que há uma sinergia entre a sociedade civil e a democracia política. Segundo Fleury (2004), a dimensão cívica da cidadania diz respeito à condição de inclusão ativa dos cidadãos à comunidade política, compartilhando um sistema de crenças com relação aos poderes públicos, à sociedade e ao conjunto de direitos e deveres que são atribuídos ao status de cidadão. Como dimensão pública dos indivíduos a cidadania pressupõe um modelo de integração e de sociabilidade, que transcende os interesses egoístas do indivíduo no mercado, em direção à uma atitude generosa e solidária.

A fala a seguir relaciona algumas dificuldades cotidianas vivenciadas na e pela associação de usuários do CAPS Ponta do Coral. Apresenta algumas possibilidades de atuação deste tipo de organização da sociedade civil, tanto com relação a parcerias com outras entidades, para o desenvolvimento de ações que visem a profissionalização e inserção no mundo do trabalho, quanto no processo de politização e conscientização de seus usuários com relação aos direitos de cidadania.

Eu acho que ela tem um papel relevante, a dificuldade é de incrementar esse papel relevante; os familiares vêm muito poucos; bom, talvez a gente não esteja também instigando, muitas vezes a gente convida, mas eu acho que, também, as vezes, falta um pouco de investimento da equipe para que os familiares estejam mais no CAPS; agora, a associação poderia fazer muitas coisas, desde convênios para cursos com esses órgãos que a gente tem, SENAI, SESC; poderia tentar uma penetração, mas isso seria uma outra realidade a ser criada; cada vez que entra uma gestão nova, a gente diz quem sabe agora; desde as pequenas coisas, até divulgar a lojinha aqui, é difícil, a gente uma vez fez uns folders pra distribuir aqui na vizinhança, uma vez a gente tentava vender as verduras que produzia, não conseguia muito, conseguia ali, vendia uma ou outra; agora em termos de espaço de fazer política eu acho que ela tem um peso, deveria realmente crescer, por mais que as pessoas tenham dificuldades; eu acho que tem que continuar existindo, tem que continuar batalhando para que eles possam estar assumindo um pouco

mais esse papel político, essa conexão com outras instâncias da sociedade; por exemplo, na questão até de trabalho, de poder a associação também ajudar nessa abertura de espaços de trabalho; teve uma vez que tentaram no Angeloni (supermercado), depois quando souberam que era portadores de transtorno mental não quiseram; eu acho que a gente precisava mostrar um pouco pra sociedade o que é o paciente psiquiátrico; assim, através desses recursos, não dá pra esperar vamos pra mídia, porque, assim, tem umas coisas que são boas, ótimas, mas são meio ideais, a gente tem que tentar começar com essas pequenas coisas que pode fazer: divulgar a lojinha, sei lá, fazer um contrato lá com o CIC pra fazer cursos, por exemplo, de pintura, coisas que são mais próximas da realidade exequível (P, 17/3/2006).

Para Rodrigues (2005) dois aspectos são importantes para compreender as dificuldades de falta de adesão e continuidade na participação dos membros da associação. Um deles refere-se aos elementos motivadores para a participação. Neste caso, é preciso considerar que a prática política de militância possui seus campos de conflito e tensões, que dentro da especificidade da loucura pode não conferir uma participação freqüente. O outro relaciona-se ao significado da associação na vida dos integrantes. Muitos usuários vêem a associação como possibilidade de geração de recursos financeiros, haja vista que o fator trabalho/vínculo empregatício é algo marcante na vida dos portadores de transtornos mentais, em decorrência de a maioria não possuir fonte de renda própria.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacaram o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário.

A primeira delas é a questão do controle social, a associação tem potencialmente essa função, não só dentro do serviço, mas também nas outras instâncias, conselho municipal de saúde, conselho local, aqui em Florianópolis estamos organizando uma Comissão Permanente, que é consultiva do Conselho Municipal de Saúde, é uma comissão de saúde mental, no estado (SC), a gente tem o Colegiado de Políticas Públicas e Atenção Psicossocial, que tem representação dos usuários; então, novamente, na questão da defesa dos direitos, na questão do resgate da cidadania, as vezes nem é resgate porque o cara nunca teve cidadania alguma, mas da possibilidade de instituir um certo nível de cidadania; eu vejo que a possibilidade de o usuário poder participar politicamente é algo que tem um efeito sobre a sua dinâmica, como tem efeito sobre a dinâmica de qualquer um que descobre um dia que tem essa possibilidade de participar politicamente, da vida política, e pro usuário de saúde mental isso muitas vezes é uma descoberta que representa uma guinada muito grande na sua vida, então, vamos dizer assim, tem um efeito terapêutico, um efeito clínico nesse sentido, além, obviamente, dos

efeitos políticos que isso representa, mas, mais individualmente tem esse efeito, da articulação com as outras pessoas, enfim, tem uma terapêutica aí que é função, mesmo que não reconhecida, mas é função das associações (F, 12/4/2006).

O principal papel das associações é não tornar que os serviços se tornem manicômios; a associação é a vida, é organização, é luta, é enriquecimento, é sentido de vida; tenho escutado muito de pessoas que tiveram suas vidas arruinadas que quando passaram a militar em associações de usuários passaram a ter um sentido de vida, passaram a conceber a razão da sua existência em vida; então, a principal importância das associações é não deixar que o serviço se torne manicômio, é tornar o serviço um pouco mais rico, com mais vida, é organizar a questão política, é falar em nome dos próprios usuários; então, a importância das associações de usuários é levar a boa nova aos CAPS, levar a boa nova aos serviços de saúde mental, levar a boa nova do modelo psicossocial, ou seja, discutir o controle da loucura, ou seja, a maior importância das associações é levar a discussão da liberdade, liberdade e dignidade dos portadores de transtornos mentais (GIRASSOL, 20/3/2006).

Além do tratamento e dos serviços, eu acho importante que a associação possa se fortalecer enquanto movimento popular de luta pela Reforma Psiquiátrica, que os usuários possam se conscientizar dessa importância de estarem articulados, lutando pela implantação da política, da política de saúde mental sob esse novo paradigma da Reforma Psiquiátrica; eu acho que essa é a maior importância, acho que essa é a maior tarefa da associação; claro que isso se reflete na micro política institucional no próprio CAPS; a associação vai estar lutando, a nossa associação aqui, por exemplo, já lutou pelo próprio vale transporte dos usuários, de ir até a secretaria (Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis) conversar com o secretário e reivindicar enquanto essa democracia representativa dos próprios usuários, técnicos e familiares; pela própria manutenção desta casa na época que houve a questão da construção da via de acesso ao Hospital Infantil, existia um projeto da outra via passar também por aqui, os usuários batalharam que essa casa se mantivesse aqui, que o CAPS se mantivesse aqui e conseguiram; então, acho que essa luta maior de articulação que exige uma consciência política dos líderes que estão na associação, dos usuários como um todo, é que é a grande tarefa da associação, só que isso se faz num trabalho de formiguinha, num trabalho miúdo (VIK, 24/3/2006).

Cabe destacar que o controle social compreende a participação da população na perspectiva da interferência na gestão da política pública de saúde, colocando as ações e serviços na direção dos interesses da comunidade e estabelecendo uma nova relação entre Estado e sociedade. Conforme Correia (2002, p. 212), controle social “é a atuação da sociedade civil organizada na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam às demandas e aos interesses das classes subalternas”.

A III CNSM ressalta a importância do controle social, através dos mecanismos já existentes (Conselhos, Conferências e Comissões de Saúde Mental, organizações da

sociedade civil e movimentos sociais), como forma de garantir o avanço da Reforma Psiquiátrica. Os indicativos da Referida Conferência destacam que o controle social deve constituir-se com a representação dos três segmentos – usuários, familiares e profissionais de saúde, na perspectiva de induzir uma ação de acompanhamento da construção das políticas municipais, estaduais e nacional de saúde mental. As Comissões de Saúde Mental em ação conjunta com os Conselhos de Saúde devem exercer seu papel de controle e fiscalização das políticas públicas, o que inclui o orçamento e a destinação de verbas para a saúde mental, em todos os níveis (BRASIL, 2002a).

A ação da sociedade civil e dos movimentos sociais é ressaltada visando a garantir que os programas de saúde mental não sofram descontinuidade por ocasião de mudanças de gestão administrativa e/ou política. Para tanto, devem ser criadas estratégias para a viabilização de maior envolvimento dos diferentes atores sociais com as questões da saúde mental. Entre estas, destacamos o papel das associações de usuários, técnicos e familiares e dos núcleos estaduais e/ou municipais do movimento da luta antimanicomial, na gestão dos serviços e na fiscalização das práticas de saúde mental (BRASIL, 2002a, p. 142).

3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia

A desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial são dois dos pressupostos teórico-epistemológicos orientadores das práticas assistenciais indicadas na e pela Reforma Psiquiátrica. Tendo isso em conta, perguntamos aos participantes da pesquisa se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas para a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referiram que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras.

As falas relacionadas na seqüência explicitam a percepção dos entrevistados sobre a questão e indicam algumas possibilidades que, segundo eles, poderiam favorecer o desenvolvimento de ações de reabilitação psicossocial.

Em parte sim, em parte; eu acho que como a gente não tem um sistema de avaliação a gente não consegue medir isso muito bem; a nossa intenção é essa, o que não quer dizer que as nossas ações consigam de fato alcançar; acho que a gente poderia fazer mais, a gente poderia ter uma articulação mais intensa e mais constante com outras instituições, com outros sistemas de atenção, além claro da própria rede de saúde, que não existe; em Florianópolis a gente não tem rede, até está se formando, dá pra dizer que está se formando, mas não funciona como rede ainda, efetivamente não funciona; a gente tem pouco contato com a atenção básica, com o PSF, que seria um parceiro importante, a gente tem pouco contato com os outros CAPS também em termos de troca, enfim, com outras instituições de saúde, então, acho que a gente ainda continua isolado, e aí pensar em reabilitação psicossocial com essas condições é um pouco mais complicado; a gente vê alguns efeitos, que a gente mede pelo usuário em si, que é o fato de que ele consegue evitar internação, que ele consegue muitas vezes voltar a trabalhar, sua participação nas oficinas passa a ser bastante diferente, enfim, mas são coisas que a gente não tem um instrumento pra avaliar (F, 12/4/2006).

Eu penso que sim, apesar de que hoje o programa de saúde mental não conta com uma rede completa de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, então, assim, a gente tem essa dificuldade; se existisse isso de forma mais estruturada, de forma mais incrementada seria mais fácil a reinserção social; por exemplo, a gente não tem leitos psiquiátricos no HU, um hospital geral, que já tem um ambulatório de psiquiatria, poderia ter um serviço de emergência, facilitaria, evitaria internações, um mercado protegido, um projeto de geração de renda também não temos, não temos os CAPS territorializados ainda, então, tem uma série de dificuldades colocadas aí que impedem essa reinserção social num tempo menor do que acontece hoje; acho que hoje o tempo que o usuário fica dentro do CAPS ainda é muito grande por conta de a gente não ter essa rede completa, que possa dar esse suporte extra CAPS. [...] eu não sei se isso acabaria institucionalizando, de certa forma sim, mas assim, isso está na pauta, e se isso está na pauta não está institucionalizando, você entende o que eu quero dizer? isso está sendo falado pro próprio usuário, isso está sendo dito pra ele, olha tu já está aqui muito tempo, o nosso objetivo pra ti, nosso projeto terapêutico pra ti seria de tu poder estar fazendo isso, isso e isso lá fora, então assim, não diria institucionalizado porque talvez institucionalizado seria quando a gente não se desse conta disso, ah não isso está rolando, o usuário está aqui há anos, ninguém está fazendo nada, continua na mesma, aí sim estaria cronificando, mas acho que não nesse sentido, de que isso está na perspectiva, a gente está querendo a inserção, a gente está querendo a rede extra hospitalar, a territorialização dos CAPS, só que a gente não tem uma série de elementos necessários pra fazer a reinserção, a política, o programa de saúde mental, aliás ele está sendo implantado, incrementado muito mais agora recentemente (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que sim, mas muito pouco ainda; elas se encaminham, elas têm como ideal, elas desejam, mas na prática isso é muito pouco feito; eu vejo que nesse CAPS a equipe acaba estando muito fragmentada porque faz milhões de coisas também, desde a parte administrativa, parte clínica, oficina, se divide; eu acho que deveria ter a equipe como um todo trabalhar nisso, mas ter também grupos de atuação, como a gente

chama de atuação local, então, ainda para o que necessita está muito pouco assim, muito aquém [...] A primeira proposta começaria via Regionais, nas Regionais; por exemplo, as pessoas iriam para os seus bairros, ver qual é a possibilidade, as possibilidades que existem pro usuário se inserir, mas não só a Regional, poderia ter um grupo mesmo, sair com o usuário, fazer a coisa mais concreta, ela é feita, mas é feito muito pontualmente (LÉLI, 4/4/2006).

Em geral sim, mas tem alguns pacientes que, por exemplo, circulam no CAPS e que não tem nenhuma indicação de estar no CAPS, então ele acaba sendo um lugar de institucionalização ou de capsização. Tem isso; isso acaba acontecendo, mas em geral não é isso; em geral eu acho que todas as nossas ações, o que a gente discute em equipe é até a tentativa de diminuir essa dependência, esse vínculo de dependência, que em algum momento ela pode ser muito importante, mas em outros ela é excessiva e acaba aprisionando o paciente dentro do CAPS, e aí o CAPS passa a ter o mesmo papel e a mesma função do hospital; e como isso é o que eles conhecem, esse repertório é o que se conhece, é mais fácil de se acostumar com ele do que ter uma nova postura, uma postura de que, não, aqui eu vou tomar conta do meu tratamento, eu vou lá fora procurar o que é meu...; não, (o usuário) acaba esperando, ah o que você falar está bom, e aí essa atitude bem passiva, que ela é muitas vezes muito cômoda pra todos nós em muitos momentos, pra uns mais que outros, essa atitude de comodismo, de esperar, é ótimo, e aí isso acontece, acaba acontecendo, embora as práticas, elas tem a idéia de que não seja voltada pra isso; não é o objetivo, mas a gente observa que as vezes é falho (J, 22/3/2006).

Essa pergunta é muito difícil [...]; eu acho que não mudou muito meu olhar, a gente tende a sustentar a institucionalização, a gente não consegue dar alta, o paciente não consegue ter alta, não consegue sair; assim, digo um paciente que realmente talvez esteja até mais comprometido com esse tempo aqui, tem paciente que está aqui desde o início; eu acho que a gente acaba reforçando um pouco isso por mais que a gente tem o desejo de que fosse o contrário; existe uma certa comodidade pro paciente também, aqui ele tem atenção, ele é aceito, não tem assim uma grande briga por ele ficar aqui; então, isso me preocupa muito, eu fico pensando: é uma contradição porque ao mesmo tempo que o nosso trabalho é voltado pra isso parece que a nossa ação acaba revertendo o contrário; a questão da cidadania, a questão da construção de outros laços, criação de outros espaços, eu acho que é muito precária ainda [...]; por isso que eu acho que a gente precisa também de ter formas de avaliação dos pacientes, muitas vezes fica assim um exemplo ou outro que você tem, aquela pessoa foi, está lá trabalhando, talvez ela não tenha também construído um elo tão pesado, tão forte com a instituição, que ela já veio, ficou um tempo, saiu, voltou a fazer outras coisas da vida; eu acho que a gente ainda está institucionalizando mais do que desinstitucionalizando [...] (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p. 14) observam que um dos caminhos mais importantes para o qual aponta a desinstitucionalização é o da criação de novas relações com a loucura. Estas se processam a partir da mudança das relações institucionais internas e de

desmontagem dos dispositivos da clínica e da psiquiatria, mas certamente não se restringe a isto. Novas subjetividades e um novo lugar para o sujeito louco só são produzidos em relação com o social. O trabalho de desconstrução da institucionalização, necessariamente, extravasa o contexto institucional específico, atingindo seu objetivo mais amplo de questionamento das instituições e subjetividades capitalísticas, a desconstrução como transformação cultural. Para os autores, através do trabalho no campo social a desinstitucionalização atinge seu sentido mais abrangente, como processo social amplo e complexo de participação popular, territorialização dos serviços, envolvimento de diferentes atores sociais, e mudança da relação social com o fenômeno da loucura.

Sobre este aspecto cabe destacar que a desconstrução do paradigma da institucionalização e a construção do paradigma da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial envolve um conjunto de ações teórico-epistemológicas e de práticas assistenciais, amparadas por um sistema jurídico-político capaz de criar e garantir direitos aos portadores de transtorno mental. De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (1987), a reabilitação psicossocial é o conjunto de atividade capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários (OMS 1987 apud PITTA, 2001).

Nesta direção, a formulação da política de saúde mental, orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais nos campos da educação, cultura, habitação, assistência social, esporte, trabalho, lazer e a articulação de parcerias com universidades, Ministério Público, organizações não governamentais (ONGs), visando a melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania do portador de transtorno mental (BRASIL, 2002a).

Com o objetivo de saber se existem e identificar quais são as práticas de reabilitação psicossocial desenvolvidas no e pelo CAPS Ponta do Coral, perguntamos aos participantes da pesquisa se existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer. Do total de profissionais que responderam ao formulário, a maioria (66,7%), disse não existir, dois referiram não saber responder, e dois destacaram que existem. Dentre os que responderam que não existem tais práticas, um observou não ter conhecimento, oficialmente, das parcerias, um deles destacou que existem poucas e de acordo com o planejamento terapêutico do usuário, e um outro disse que tem em momentos específicos, mas não de forma contínua. Entre os que

responderam que sim, um referiu-se a experiências muito pontuais como por exemplo o uso da quadra de esportes próxima, e outro identificou parcerias com fundações municipais e estaduais de cultura.

Neste aspecto, os indicativos aprovados na e pela III CNSM ressaltam a necessidade de se priorizar, no âmbito da assistência em saúde mental, políticas que fomentem a autonomia dos portadores de transtornos mentais, incentivando o exercício da cidadania plena. Devem-se buscar parcerias entre o poder público e organizações civis para o desenvolvimento de projetos sociais e comunitários, de geração de renda e de acesso a todos os direitos, que possam funcionar como apoio na (re)inserção social destas pessoas.

No estudo realizado, perguntamos aos profissionais se as práticas assistenciais desenvolvidas no e pelo CAPS possibilitam ao usuário a construção de sua autonomia. Os entrevistados destacaram a necessidade de refletir conceitualmente sobre o que seja a autonomia do portador de transtorno mental, como avaliar a autonomia da pessoa. Referiram que, em geral, o serviço consegue cumprir com a função de estimular o usuário à conquista de sua autonomia.

A questão é discutir o que é autonomia, eu sempre parto do princípio de que autonomia não é independência, autonomia na verdade é a possibilidade de a gente poder ampliar as dependências, que é a vida de todo mundo, ou seja, eu pra viver eu dependo de um monte de gente, um que paga meu salário, outro que falo aqui, outro com quem eu me ligo afetivamente, enfim, eu dependo de uma porção de gente e isso me dá autonomia porque eu posso depender de muitas pessoas e de muitas instituições, muitos sistemas; o problema do usuário de serviço de saúde mental, paciente psiquiátrico é que ele, geralmente, depende ou das mesmas pessoas ou das mesmas instituições, ou seja, a capacidade de autonomia dele está muito reduzida porque ele não tem como circular socialmente, ele ou está sempre dentro de casa ou de casa pra uma instituição, seja ela o CAPS ou hospital psiquiátrico; então, pra mim autonomia é isso, é essa possibilidade de você ir ampliando os vínculos pra que você possa depender de muitas pessoas ou de muitas coisas ou de muitas instituições porque afinal de contas, em última instância, essa autonomia tomada como independência ela é imaginária, ela é irreal, não existe; então, eu acho que a gente consegue isso, a gente consegue ampliar a autonomia dessa maneira, primeiro porque o CAPS acaba se tornando um centro de convivência, então, o efeito imediato é que a pessoa deixa de ficar sozinha ou só com a família e passa a conviver com outras pessoas, esse é o efeito imediato, passa a ter outras relações que muitas vezes se desdobram, saem daqui, as pessoas fazem programas juntos fora, pinta relacionamentos amorosos ou só relação sexual, que seja, mas enfim, é uma oportunidade nova que o cara não tinha, encontrar alguém mesmo que seja só pra transar, então, isso já é um ganho também, já implica na ampliação de autonomia; eu vejo que muita gente aprende a lidar com o serviço público, aprende a correr atrás dos seus direitos, aprende a lidar com outros serviços de saúde, passa a

procurar o posto de saúde onde mora ou passa a ir pegar medicação em tal lugar sozinho, por conta própria etc.; eu acho que a gente consegue essa função, a gente consegue autonomia nesse sentido, mas pode ser melhor, na medida que a gente tiver uma rede, que a gente se inserir nessa articulação com outras instituições, com outras instâncias, a gente consegue fazer isso de maneira mais eficaz (F, 12/4/2006).

Em alguns casos sim, eu acredito que alguns casos quando não há uma limitação interna eu acho que sim, que é possível, através até da participação nas oficinas, nos grupos terapêuticos, da adesão ao tratamento médico; muitos conseguem realmente; passaram por um episódio, uma crise, conseguiram ficar bem e voltar para as suas atividades diárias, eu acho que quando eles aderem ao tratamento, quando há essa adesão, quando eu digo ao tratamento é ao projeto terapêutico deles, e não tem uma limitação, vou colocar entre aspas “uma seqüela” da própria doença muito forte, há essa possibilidade; em alguns outros casos eu acho que é difícil, assim, não é tão fácil medir isso, o que, quem melhora, quem não melhora, aquele que consegue voltar, aquele que não consegue, as vezes alguém que tem até uma doença mais incapacitante consegue, outros não, depende, depende do apoio que ele tem, do externo, da família, ou da própria sociedade, da comunidade em que ele é inserido, isso tudo faz diferença, que tem o background do que ele era antes, isso também faz a diferença, ele consegue resgatar; quando já não se tem muito o que resgatar aí fica mais difícil trabalhar; é individualizada essa resposta, mas eu acredito que em alguns casos sim, consegue essa (re)inserção de uma maneira muito boa e gratificante para os dois, pro usuário e para os profissionais (J, 22/3/2006).

[...] dependendo de como o serviço é gerido, dependo de dentro de que política de saúde mental esse CAPS está inserido, ele pode ao invés de estabelecer uma autonomia, mesmo que ele tenha uma boa vontade de estabelecer autonomia, ele acaba tornando a pessoa mais dependente ainda do serviço; então, é uma grande armadilha a construção da autonomia, não só especificamente pro CAPS Ponta do Coral, mas pra todos os CAPS que eu tenho visto; então, a gente volta novamente na questão da avaliação, novamente na discussão dos termos, eu acho que a questão dos conceitos ela tem que estar muito clara, o que significa cada conceito, eu sempre tenho batido muito nisso; o que é autonomia? É a pessoa ter minimamente condição de governar a sua própria vida, gerir sua própria vida, Ok! a gente estimula a pessoa a fazer isso, trabalha nesse sentido com a questão da autonomia, agora, quais são os parâmetros que nós vamos utilizar pra avaliar essa autonomia, isso a gente não tem muito claro ainda, acho que necessita; então, o CAPS possibilita autonomia, mas ao mesmo tempo não tem uma análise crítica [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Não obstante, cabe-nos destacar que a compreensão sobre autonomia que orienta este trabalho refere-se “a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente”. Neste caso, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas

relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001, p. 57).

As falas relacionadas a seguir destacam como o atendimento no CAPS Ponta do Coral possibilita a construção da autonomia do usuário.

Eu acho que em formas gerais sim, na relação que os técnicos tem com o paciente; agora, as vezes, a gente tem uma postura muito assistencialista em muitas situações, um assistencialismo que acaba prendendo o paciente, institucionalizando; são situações, eu acho que as vezes a gente repensa sobre elas, não foi bem por aí, mas, assim, eu vejo as pessoas contando a história do CAPS, teve muitas experiências que foram positivas também, que chegaram a um resultado, assim, sem muito recurso, sem muito com que contar fora da própria equipe, fizeram coisas que são surpreendentes em relação a tantos pacientes; eu acho que essa maneira de você poder dar voz, poder valorizar aquilo que a pessoa faz, consegue fazer em uma Oficina por exemplo, eu acho que essa é uma maneira de você conferir uma posição mais sujeita, mais ativa mesmo (P, 17/3/2006).

Sim, eu acho que sim, só que eu acho que a gente possibilita em alguns casos, não tem uma história linear de possibilitar a todos, eu acho que tem um projeto de possibilitar, mas isso não acontece o tempo todo, porque também isso não é uma via de mão única; hoje, eu já fui mais ingênua em relação a isso, muitas vezes uma pessoa que ficou trinta anos, vinte anos no hospital psiquiátrico, eu não sei mais se ele quer ter mais autonomia, muitas vezes ele quer, não quer; se a gente entender autonomia como trabalhar, seja em qualquer lugar, com uma bolsa trabalho, entender autonomia como decidir ir final de semana para uma praia, autonomia como ir ao supermercado, escolher o que vai comer, até certo ponto sim; por exemplo, se tenta até que muitos usuários saiam no final de semana, a gente na reunião das Regionais combina que eles possam ir, no final de semana, para um passeio, e eles não vão, eles ficam em casa, só vão se o técnico for, no dia de semana; então, acaba ficando um outro processo de não autonomia; então, a luta, a intenção é que isso se dê de outra forma, que também não fique dependendo do CAPS; existe uma construção pra isso e isso acontece, em certa medida acontece, mas ainda não como gostaríamos, porque nós também temos uma idealização de autonomia [...] alguns casos tem sim, vão até um certo ponto da autonomia que é possível pra pessoa, e outros vão mais além, outros regridem (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre as possibilidades de construção da autonomia do portador de transtorno mental, Kinoshita (2001, pp. 56-57) considera que a contratualidade do usuário, primeiramente vai estar determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Estes podem emprestar seu poder contratual para possibilitar relações e

experiências renovadas ao usuário, através de seu prestígio, de sua delegação social, do saber reconhecido pela sociedade. O referido autor destaca que aos profissionais é dada a capacidade de elaborar projetos, isto é, ações práticas que venham a modificar as condições concretas de vida do usuário.

A entrevista citada na seqüência relaciona a construção da autonomia do usuário a ações que envolvem outros serviços e outras políticas sociais como uma possibilidade para que o portador de transtorno mental adquira sua independência econômica. No caso, a profissional refere-se a Política de Assistência Social, através do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Outro recurso financeiro que pode ser acessado pelos egressos de internações psiquiátricas prolongadas é auxílio reabilitação psicossocial instituído com o Programa de Volta Pra Casa, através da Lei Federal N° 10.708/2003.

[...] um outro elemento pra isso (autonomia) são os usuários que estão totalmente desprovidos de qualquer recurso material que conseguem o BPC e isso garante autonomia porque ele tem o mínimo pra poder dar conta das suas necessidades materiais; então, muitas vezes, ele está numa condição muito vulnerável e aí passa a poder comprar aquilo que ele deseja, minimamente, porque é muito pouco o valor, mas consegue algumas coisas e isso garante essa autonomia, porque as vezes ele fica na família, fica sendo aquele peso que só incomoda, que não tem recurso financeiro nenhum porque ele está fora do mercado de trabalho mesmo, então, aí o benefício da previdência social também é um elemento de autonomia e de reconstrução da cidadania, mas entre todos esses outro que eu falei, do próprio material que ele tem contato na oficina terapêutica que ele consegue produzir algo; aquele usuário que é egresso do hospital psiquiátrico de polireincidência nas internações que consegue produzir uma peça bonita e que essa peça é vendida e que depois recebe o dinheiro dessa venda, também confere autonomia, confere cidadania, auto-estima (VIK, 24/3/2006).

Entendemos que a possibilidade de ter recurso financeiro próprio favorece sim a independência econômica do portador de transtorno mental, possibilitando-lhe uma vida com maior autonomia. Contudo, conforme destacou a entrevistada este é só um dos elementos que compõem o rol das necessidades humanas. A reabilitação psicossocial é um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia (KINOSHITA, 2001). Neste sentido, reabilitação e construção da autonomia caminham lado a lado.

3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental

A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos entrevistados como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista jurídico-política dos direitos do portador de transtorno mental.

Eu acho que hoje a gente já tem uma rede assistencial muito mais capacitada e quantitativamente significativa; no Brasil já são 800 CAPS; o fato de que tem recurso financeiro do Ministério da Saúde destinado, especificamente, à saúde mental, isso facilita a criação do serviço no município; em termos das modificações em relação ao que seja a loucura, o que seja o transtorno psíquico, acho que apesar das dificuldades a gente já conseguiu avançar com relação a isso, a gente já conseguiu trazer a discussão pra sociedade de uma outra maneira, levantando a necessidade de olhar isso também de uma outra forma; a medida que as pessoas começam a sair dos hospitais e voltam a morar seja em residências terapêuticas, seja com a sua família, e conseguem se manter bem dessa maneira isso também vai mudando o olhar das pessoas, pelo menos daquelas que o cercam; os projetos que a gente chama de modificação da cultura, a modificação da cultura manicomial, isso eu percebo que há um avanço, gradual, lento, tem um monte de resistência, mas a gente consegue, conseguiu, tem conseguido, e isso implica também no avanço político, no sentido da garantia do direito, no sentido de ter algumas prerrogativas preservadas com relação ao direito do usuário; então, eu vejo que de uma maneira geral a gente tem avanços e avanços muito significativos se a gente compara o que era transtorno mental há vinte, trinta anos, nesse país, tem coisas muito importantes que eu identifico (F, 12/4/2006).

Acho que a própria existência de CAPS, os hospitais dia, de ambulatórios de saúde mental, próximos as casas de onde o paciente mora, o Programa de Volta pra Casa, a possibilidade de uma residência terapêutica, são todas medidas atuais e dispositivos atuais que possibilitam essa nova forma de encarar o que alguém portador de transtorno mental pode ocupar, o que eles podem ocupar; então, eles podem ocupar os espaços, eles podem começar a fazer parte daquela comunidade (J, 22/3/2006).

A fala a seguir expressa como foi, historicamente, se alterando a forma de assistência ao portador de transtorno mental e de atenção em saúde mental na política de saúde do município.

Eu acho que a questão de criar um espaço que é aberto já é uma conquista; eu acho que hoje a gente tem essas possibilidades de CAPS, no posto de saúde mesmo; [...] quando eu comecei a trabalhar na prefeitura, há 20 anos atrás, assim, era uma equipe de um psiquiatra com mais um monte de estagiários de psicologia que saía em uma Kombi velha pra fazer alguma coisa, quando pintava um problema lá com um paciente do Campeche por exemplo [...]; não tinha nada na prefeitura há 20 anos atrás de saúde mental, então, hoje já tem, está se criando uma rede, tem profissionais nos postos, tem psicólogos, se pensa em fazer treinamento de agente de saúde, treinamento de clínico geral, já se fez algumas coisas; eu acho que isso, imagino que alguém que fica confinado dentro de um espaço, ele ter a possibilidade de circular, mesmo o pessoal do HCTP, eu acho que pra eles, assim, tem uns que não querem muito mais que isso na vida, pelo menos eles não estão tendo que trabalhar duramente como trabalhavam quando eram crianças, vem aqui, circulam, comem uma comida, anda aqui, vê televisão, bom! talvez essa seja a vida que eles querem, talvez seja...., já sai lá daquela estrutura fechada (P, 17/3/2006).

Na seqüência, a entrevistada relaciona algumas formas de exercício da cidadania que o usuário pode acessar com o tratamento no CAPS.

É, se for pensar que muitos usuários eles tiveram uma história, antes do surto, de uma vida organizada socialmente, trabalhando, talvez seria a reconstrução da cidadania, mas a medida que vem todo o isolamento propiciado pelo hospital psiquiátrico, todo o estigma do transtorno mental que a própria comunidade coloca, realmente de fato foi perdida; quando ele chega no CAPS e se propõe a se beneficiar desse espaço, assim, de fato se vincula ao projeto terapêutico dele, acho que ele consegue reconstruir elementos pra essa cidadania, num primeiro momento autonomia, acho que o cartão do vale transporte, o exemplo que eu posso dar, o cartão do vale transporte que é oferecido no período que ele tem tratamento aqui é o mesmo cartão do cidadão que vai comprar lá no SETUF, então, aquele usuário que é estigmatizado, eu já presenciei essa cena, um usuário de uma comunidade de periferia que era o louco do bairro, ele entrou dentro do ônibus com o mesmo cartão que qualquer outra pessoa, passou o seu cartão, veio pro CAPS, depois foi embora pra sua casa, então, isso já é um elemento, muito pequeno, mas é um primeiro elemento talvez, que começa aí, de ele se reconhecer enquanto sujeito, enquanto cidadão, e depois aqui também, a possibilidade de participação, no momento que ele consegue produzir algo numa Oficina, no momento quando ele consegue, na clínica, se dar conta dos seus conflitos e ter mais qualidade de vida nas relações [...] (VIK, 24/3/2006).

Uma das entrevistadas fez destaque às formas de atuação que, na sua opinião, representam conquistas significativas e correspondem a práticas que favorecem o exercício da cidadania do portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Avanços, pra começar, acho que o grande avanço foi a Reforma Psiquiátrica, a construção do CAPS, dos CAPS, as portarias que fazem com que os hospitais psiquiátricos sejam substituídos por vários CAPS, esse foi o grande avanço em primeiro lugar, porque é o momento de tirada das pessoas desses castelos, dessas muralhas, não só porque ficaram ali presas, mas de todo aquele sofrimento mesmo, de miséria, enfim, como os últimos dos últimos, então, eu acho que esse é o primeiro ponto, é que os sofredores de transtorno psíquicos e mentais não ficassem segregados, mas poder estarem sendo mostrados e expostos - uma parte da sociedade, são pessoas que podem transitar, que estão aí, não necessariamente precisam ser escondidos como uma vergonha; junto aos CAPS, isso não caminha sozinho, tem a construção as redes de atenção básica também; [...] mas quando fala em cidadania acho que tem três eixos: um é a construção do CAPS, de serviços como o CAPS, outro são as residências terapêuticas e o outro a economia solidária; hoje eu vejo como isso, assim, esses três projetos, que foram feitos com luta, porque a primeira luta foi dos hospitais, então, tem as portarias que substituiu os hospitais por CAPS, progressivamente, tem toda a luta do movimento antimanicomial, tem as leis que protegem, tem esses três eixos; residência terapêutica é um lugar de resgate à cidadania porque a pessoa vai poder estar numa casa, vai poder comprar um bombril pra limpar a panela, vai poder comprar tomate e batata, vai começar a transitar no meio de outras pessoas, com a vizinhança, a se autogerir, poder fazer escolhas para sua casa, onde ele quer botar um quadro, onde ele quer botar o guarda-roupa, sua roupa, com outros colegas, mas enfim...; tem também a economia solidária que é o momento de autogestão, de fazer escolhas também, de decidir sobre sua vida, em uma certa instância, porque em última instância, em última análise ninguém daqui decide sobre a sua vida, nem eu, nem tu, a gente já nasce num sistema que te absorve e a gente é o que em última análise o capitalismo quer que a gente seja mesmo, nossa roupinha, nossa comida, nosso padrão de beleza, tudo a gente faz como é vendido; eu acho que essas iniciativas, porque a economia solidária não é só cooperativa, não é só associação, não é somente, é uma outra forma de produzir trabalho e discutir sobre esse lucro, que antes estava na mão de algumas pessoas, então, é dividir, eu também decido sobre o que é o meu trabalho, eu não me alieno dele, mas eu sei onde é que vai o meu trabalho (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Fleury (2004, p. 4), os grupos excluídos estão, em geral, impossibilitados de participar das relações econômicas predominantes no mercado, como produtores e/ou consumidores, e das relações políticas vigentes, os direitos de cidadania. Segundo a autora, esta situação é agravada pela transformação das políticas públicas de proteção social, afastando-se de um modelo de seguridade social, que buscava assegurar coletivamente o mínimo vital para todos os cidadãos, em direção à individualização da pobreza e da exclusão.

Conforme aponta Pitta (2001), o homem moderno, acriticamente, persegue formas de inclusão social pelo trabalho, desconsiderando o fato do trabalho não ser nem

tão disponível nem tão flexível para suportar as diferentes demandas individuais e coletivas que a sociedade moderna impõe. Não obstante, a tradição asilar e assistencialista das instituições psiquiátricas, historicamente, caracterizou-se pela função de excluir os marginalizados, produtos das disfunções do modo de produção capitalista e da divisão social do trabalho. Em geral, a população internada, e muitos dos egressos de hospitais psiquiátricos atendidos nos CAPS, está cronificada, com poucas chances de retorno ao mundo do trabalho capitalista.

A fala relacionada a seguir traz a compressão e reflexão, do profissional entrevistado, com relação ao conceito de cidadania e as implicações práticas deste quando se tem como parâmetro uma concepção e um modelo de cidadania pautado na lógica da racionalidade.

Eu tenho visto que está se percebendo uma maior clareza da necessidade dessa cidadania do portador de transtorno mental, porém ainda falta um pouco mais de discussão em nome de que direitos o portador de transtorno mental tem pra fazer cidadania, porque é assim, a cidadania dentro desse modelo francês - igualdade, fraternidade, liberdade, ela exige muito a questão da razão, pra você exercer cidadania você tem que falar em nome da razão, e muitas vezes o usuário, quando está em crise acaba não falando numa razão, acaba falando uma desrazão, e aí como fazer? como dar conta disso? ainda não temos resposta, em nome de que cidadania é reinventada uma cidadania para os loucos, mas tudo bem, isso é pra gente pensar; então, o avanço que tem em relação a construção da cidadania é quanto mais ter associação de usuários em que se discuta cidadania, mais vai ter cidadania, que eu não acredito que os CAPS tenham trabalhado muito nessa lógica, porque acaba não discutindo a questão da cidadania, que cidadania é essa, o que se entende por cidadania, o que é o ser cidadão [...](GIRASSOL, 20/3/2006).

A cidadania integra as exigências de justiça e exercício democrático do poder; o sentimento de pertencer a uma comunidade e de estar integrado a uma dada coletividade social, em determinado espaço territorial (FLEURY, 2004). A idéia de direitos do cidadão – civis, políticos e sociais – remete a construção dos Estados nações, em que o princípio das nacionalidades precede o ideal filosófico cidadania universal. A cidadania, definida pelos princípios da democracia, constitui-se na criação de espaços sociais de luta (movimentos sociais) e na criação de instituições permanentes para a expressão política; significa, necessariamente, conquista e consolidação social e política (VIEIRA, 2002, p. 40). Ainda, a cidadania passiva, outorgada pelo Estado, se diferencia da cidadania ativa, na qual o cidadão, portador de direitos e deveres, é essencialmente criador de direitos para abrir novos espaços de participação política.

Diversos são os obstáculos para o exercício da cidadania do portador de transtorno mental entre estes a vinculação dos direitos a racionalidade instrumental-cognitiva da ciência; a vinculação da sua prática a inclusão controlada no mundo do trabalho, modelo este que, no caso brasileiro, é denominado por Santos (1979) de cidadania regulada. Vasconcelos (2000b, p. 191) indica que, para aqueles que assumiram a proposta da desinstitucionalização e reinvenção da cidadania no campo da saúde mental, há de considerar que estamos diante de um terreno de relações de forças complexo e paradoxal, em que a manutenção do caráter democrático nas relações exige abandonar esquemas conceituais lineares, onipotentes, que queiram garantir de antemão a sua eficácia.

Fleury (2004, p. 12), observa que “a mediação entre os indivíduos e o Estado, através da igualização realizada na cidadania só é efetiva, na medida em que a sociedade civil seja capaz de realizar as funções de agregação dos interesses, reconhecimento dos sujeitos e sua inserção na esfera pública. Só assim a cidadania deixa de ser um invólucro legal e passa a ser um exercício na vida social”. Portanto, uma visão mais ativa de cidadania requer um sentido de sociedade civil como uma esfera pública onde os cidadãos se encontram em reconhecimento mútuo, e isto faz possível a sociedade plural.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referiram que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental substitutivos ao modelo tradicional/asilar. As falas a seguir identificam estas dificuldades fazendo uma análise da questão na realidade da sociedade capitalista atual.

Tem o mito de louco, do louco perigoso, do louco imprevisível, é algo que pesa muito [...], que é a lógica do mercado; pra nós, basicamente, estar inserido na sociedade é estar trabalhando, a gente se pauta muito por isso, pra poder se considerar inserido, vinculado no mundo você tem que estar no mercado de trabalho e, muitas vezes, essa lógica enlouqueceu muita gente, e as pessoas não conseguem, principalmente os usuários dos serviços de saúde mental, os psicóticos em particular, tem muita dificuldade em entrar nessa lógica, e se submeter a ela, coisa que pra qualquer um tem um custo muito alto em termos de saúde, eu digo quem está inserido mesmo no mercado de trabalho, em termos de saúde, de relação com a sua família, com as pessoas que gosta, com os amigos etc., isso tem...; viver para o trabalho é algo que pra nós é insalubre de uma certa maneira, a gente não faz outra coisa a não ser trabalhar; então, pra essas pessoas que estão fora do mercado de trabalho

é muito complicado poder voltar, o que sobra é uma rede de assistência que na nossa realidade é sempre capenga, sempre parcial, tem dificuldade em aceitar o louco por conta desses mitos, e, também, da própria resistência do usuário, da pessoa com esse tipo de dificuldade de entrar nessa lógica, no que ele de uma certa maneira faz muito bem, algo que cria outros problemas pra ele (F, 12/4/2006).

São tantas, é assim, primeiro lugar, eu vejo assim, com todo o preconceito que tem da loucura, tem uma coisa no nosso sistema capitalista que é a questão da produção, produção de capital, produção de bens, e inserção no comércio, no mercado de trabalho, então, o portador de transtorno, sofrimento mental, ele a princípio, quando ele está nesse estado, ele não é produtivo, produtivo pra esse sistema capitalista, ele não trabalha, ele não consome muito, porque ele não vai ter dinheiro, portanto, isso de maneira geral, a gente sabe que as pessoas de posse, que a loucura, o sofrimento psíquico ele atravessa qualquer classe, mas 90% tem isso; então, a princípio existe a exclusão, já existe esse preconceito também, mas muito mais que isso, que a sociedade de fato ela é dividida entre os que produzem, os que fazem a engrenagem funcionar e os que estão a margem, então, o usuário é mais um que está a margem, assim como o menino de rua, os rapazes do morro, então, ele é mais um, também, que causa incomodo, e ele no Estado, das políticas públicas do Estado ele seria como só o gasto, não seria mais uma produção; além de ser uma sociedade racionalista que tem toda a sua formação no discurso, no discurso reto, no discurso racional, na fala, a fala racional, na linguagem articulada como o único meio privilegiado de comunicação, e o usuário, muitas vezes, não tem esse instrumento, por conta da sua fragmentação, da sua história, da sua medicação, da própria coisa do delírio, muitas vezes ele não tem o tempo todo essa fala coerente, esse discurso, dessa forma já faz com que ele não seja inserido, uma vez que ele é a minoria digamos assim (LÉLI, 4/4/2006).

Hoje, a gente fala muito em rede de atenção psicossocial; eu percebo que é uma rede que ela tem que estar instituída, que são locais de proteção para o portador de transtorno mental, são as certezas, são os caminhos certos que os usuários teriam, a rede; o problema a começar é que nós não temos essa rede instituída, entendo por rede: emergência psiquiátrica ou emergência em atenção psicossocial em hospital geral, CAPS III, CAPS II, CAPS criança e adolescente, CAPS álcool e droga, associação de usuários, escritório jurídico para amparar o direito do portador de transtorno mental, atenção primária em saúde mental, equipes volantes, centros de convivência, enfim, tudo o que preconiza a rede em atenção psicossocial, esse seria o primeiro passo; então, essa dificuldade, não temos a rede em atenção psicossocial, esse é um passo; segundo, o próprio imaginário social das pessoas em relação a loucura e ao louco, isso é uma outra dificuldade, que daí entra em cena o estigma e o preconceito, onde o portador de transtorno mental passa a não ter crédito na comunidade, e isso ainda é uma dificuldade; e, claro, depois tem toda a questão do trabalho, as cooperativas de trabalho, que ainda não se discute muito em Santa Catarina, não conheço nenhuma cooperativa social de trabalho para portadores de transtorno mental, que é uma forma de gerar trabalho diferente dessa preconizada pelo modo de produção capitalista, que você tem que produzir pra receber, isso é uma outra dificuldade, a dificuldade em cima da questão do trabalho, do emprego, que muitos acabam tendo seu reconhecimento, sua valorização em cima

do dinheiro que tem no bolso, o poder contratual que a pessoa possa ter, as vezes, na sociedade, é o quanto ela tem no bolso, e a maioria dos usuários não possui isso, e é aonde muitos acabam querendo se aposentar para poder ter o seu dinheiro, que não tem outra alternativa ou clareza do que fazer pra ter dinheiro, então, esse é um problema enorme na questão da reinserção social (GIRASSOL, 20/3/2006).

Os participantes da pesquisa apontaram que uma das possibilidades para a (re)inserção familiar e social pode ser a separação das oficinas produtivas da área física do CAPS. Esta proposta e os projetos de geração de renda via economia solidária foram apontadas por alguns dos entrevistados como uma das alternativas para a realização de uma maior integração do serviço com a comunidade, bem como a melhor adequação do próprio espaço físico do CAPS.

[...] a questão do projeto de geração de renda, que eu acho que de fato está faltando, inclusive a gente já está também se mobilizando pra tentar criar um projeto nesse sentido, porque os usuários aqui, nas oficinas terapêuticas produtivas, eles conseguem ter acesso ao material específico de cada oficina produtiva, também, a técnica de produzir o artesanato, mas não tem mercado; eles conseguem vender as peças, conseguem resgatar uma grana, mas não é suficiente pra poder manter ele, manter as condições de sobrevivência; então, precisa implantar essa geração de renda, de fato acho que vai dar um gás pra essa (re)inserção dos usuários que estão sendo tratados do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Já para uma das profissionais entrevistada as dificuldades na (re)inserção social estão mais relacionadas a questões de singularidades dos portadores de transtorno mental.

Eu acredito que volta de novo pro estigma, vai voltar pra própria incapacidade, pra própria dificuldade do usuário, do paciente; muitas vezes eles poderiam fazer algo muito mais do que fazem, e aí tem o medo, o medo deles, o medo de eles terem de enfrentar a própria doença, de eles terem que enfrentar os outros, e a hora que eles conseguem fazer esse movimento aí vem o medo do outro, aí é mais fácil ficar parado, aí volta pro comodismo, mas de alguma forma se a gente consegue..., aí não precisa de grandes movimentos, eu imagino que pequenos movimentos dentro da comunidade, que seja, alguém ir conversar com o diretor da escola, ir conversar, aí a diretora consegue conversar na sala, vamos supor que tem alguns pacientes, mais jovens, que pelo surto psicótico deixaram de ir e aí não retomam, não retomam porque tem medo, porque as vezes vão rir dele porque ele é louco; então, pequenas intervenções, elas tornam possível mudar um pouco essa inserção, essa reinserção, mas a gente esbarra de novo na falta de técnicos pra fazer isso e também acho que até por uma falta de equipe, aí volta pra equipe, entende, não tem uma equipe que pense isso em conjunto, que age em conjunto e aí como fica muito personalizado, individualizado os atendimentos, cada um vai pra..., eu vou pro meu consultório, outro vai pra oficina e aí não tem a equipe (J, 22/3/2006).

Outra entrevistada referiu-se ao estigma e preconceito existente por falta de conhecimento e divulgação, exposição, seja nas universidades ou por parte dos próprios serviços de atenção, sobre saúde mental.

Bom, eu acho que entre elas a questão do estigma, do preconceito, e não é um preconceito.... a gente sabe que tem riscos em algumas situações, a gente também as vezes tem medo de algum paciente, te dizem ah fulano matou três pessoas..., não é um preconceito que nasce do nada, muitas vezes é um preconceito que de alguma forma é compreensível, mas você não pode ah então ta...; eu acho que não existe muito, você não vê muito nos meios de comunicação uma campanha em torno da desestigmatização, você vê de outras coisas, com relação a aleitamento materno, outras questões da política de saúde; com relação a saúde mental eu acho que se fala pouco na sociedade, se discute pouco; por exemplo, na universidade, até não sei se lá na saúde pública o pessoal da saúde mental tem feito mais coisa, até os alunos que vem fazer residência aqui, a primeira reação deles é: a gente está aqui e tem medo, nem eles foram preparados pra isso, então, você começa a avaliar que tem uma falta..., não se fala muito no assunto, acho que assim, não se fala no assunto na sociedade; assim como se faz grupos de mulheres lá nos postos de saúde pra tratar de questões de sexualidade, muitas vezes faz sala de espera pra tarar de questões..., não se faz uma sala de espera pra falar de saúde mental; então, eu acho que talvez assim, a gente pensar, bom! nós estamos nisso (na saúde mental) e nós nunca fomos fazer uma sala de espera no posto de saúde da Agrônômica pra falar de saúde mental, pra falar do CAPS, quem sabe a gente também precisasse fazer algumas coisas assim, começar uma divulgação maior; acho que pouca gente de fora do serviço, fora das pessoas que trabalham na saúde mental sabem da política do Ministério pra saúde mental, que existe uma política de criação residências terapêuticas; eu li relatos de pessoas no Rio (RJ) que tiveram muita dificuldade de alugar pra se fazer uma residência terapêutica, num prédio então, quando ficaram sabendo que eram pessoas que vinham de hospital psiquiátrico ninguém quis; então é muito difícil, e ao mesmo tempo tem experiências positivas, tem pessoas que estão na residência e diz que a vizinhança viu que eles não são bichos, que eles podem interagir, podem estabelecer laços de vizinhança, então, tem algumas experiências boas e algumas experiências que são difíceis (P, 17/3/2006).

No contexto do estudo foi perguntado aos profissionais entrevistados se a atual organização dos serviços de saúde mental favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais. Conforme pode ser observado nas falas relacionadas, as opiniões foram divergentes. Dois deles observaram sobre a necessidade da existência de diversas instituições e serviços articulados e integrados à proposta da rede de saúde mental para que seja possível favorecer a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental

Embora a estrutura se localize no município, pelo menos eu estou pensando em termos de utilização da rede; então, a gente tem no Brasil inteiro muita diversidade, tem cidades onde a rede está montada, foi instituída e funciona legal, não é o caso de Florianópolis, a gente tem dá pra dizer poucos serviços, são só três CAPS que deveriam estar regionalizados ou territorializados, mas não estão, e tem algumas equipes de saúde mental nas Regionais, nas sedes das regionais, então, eu vejo assim, tem uma rede a ser constituída, ela precisa criar os mecanismos pra que a pessoa possa usar isso como rede, isso em termos de atenção à saúde, quando eu falo em rede eu também não estou pensando só em serviço de saúde, estou pensando que há uma possibilidade de a gente ter uma rede que inclua outros serviços, que não sejam só os de saúde, só os especializados, que eu acho que é a nossa necessidade, você incluir outras instituições, outros programas, enfim, que tenham vinculação com a cultura, com o trabalho, com a arte, produção do conhecimento, com as universidades por exemplo, as universidades são um campo excelente, seriam um campo excelente pra gente poder trocar um monte de coisas, pelos programas de extensão que eles tem, pelos projetos comunitários etc., a gente podia estar fazendo parceria com as universidades, mas não conseguimos, não sai, não rola; [...] a saúde mental eu acho que é o melhor exemplo desse distanciamento porque é difícil encontrar uma universidade onde a Reforma Psiquiátrica esteja incluída, ou mesmo os temas da reabilitação psicossocial estejam incluídos nos currículos dos cursos de saúde, é raríssimo (F, 12/4/2006).

Então, essa rede montada de forma territorializada, principalmente, eu acho que esse aspecto da territorialização é fundamental, é chave pra conseguir a reinserção social, não só por facilitar o acesso do usuário, mas pelo fato de o serviço estar ali no seu território, isso é fundamental, além disso, o projeto de geração de renda, as vagas, os leitos psiquiátricos no hospital geral, é todo esse contexto que precisa ser implantado para de fato poder facilitar o trabalho de cada instituição dessas, seja do CAPS, seja do projeto de geração de renda, ou do próprio hospital geral, como um todo, assim, essa engrenagem funcionando bem aí sim vai ser mais rápida a reinserção social do usuário portador de transtorno mental (VIK, 24/3/2006).

A partir das colocações dos participantes da pesquisa, destaca-se a importância da rede de serviços na construção da cidadania das pessoas atendidas pelas políticas de ativação, as quais, segundo Fleury (2004), tem como objetivo a inclusão social de conjuntos populacionais definidos a partir da territorialidade. Tal proposta pretende tratar o território como um componente, tanto material como simbólico, da esfera pública. Neste sentido, a construção da cidadania passa, necessariamente, pela reconstrução das cidades e potencialização da rede de serviços na valorização das características objetivas e subjetivas da demanda local.

Na seqüência, um dos entrevistados enfatiza que a forma como são pensados e estão organizados os serviços de atenção não favorece a construção da cidadania dos usuários.

Não, não favorece, porque, primeiro, os serviços de saúde mental estão sendo construídos pra quê? Não tem muito claro ainda pra quê que se tem atenção básica em saúde mental hoje, pra quê se constrói centro de convivência, pra quê tem o CAPS? acho que o objetivo do serviço parece não estar muito claro, talvez eu esteja enganado; veja bem, a atenção básica é mais no sentido pra estar discutindo os seus conflitos, minimizando os “sintomas psiquiátricos”, e aí acaba não tendo um trabalho de reflexão sobre o contexto que a pessoa está inserida; [...] a questão da cidadania tem a haver..., quanto mais articulada for a pessoa, quanto mais ela se envolver com as lutas sociais, mais cidadania ela vai exercer, quanto mais clareza, mas crítica, mais conhecimento ela vai ter, ela vai desenvolver cidadania; então, a forma hoje como os serviços estão organizados, ela acaba não favorecendo essa questão da construção da cidadania porque ainda vem de uma lógica de modelo centrado no transtorno mental (GIRASSOL, 20/3/2006).

Uma outra profissional considerou ser difícil avaliar a questão pelo fato de a rede de serviços não estar implantada por completo, e por não ter avaliações sistemáticas dos resultados.

Olha, eu não sei se a gente já tem condições de fazer uma avaliação, a rede está meio que andando [...] assim, qualquer coisa que eu vá dizer é, assim, referente uma experiência ou outra, não sei se a gente tem condições de fazer uma avaliação enquanto rede; por exemplo, eu vi muitas experiência positivas em cidades como Campinas (SP) que eles já tem há mais tempo, por exemplo, residências terapêuticas, tem desde o começo dos anos 1990, tem muitas experiências boas de pessoas que conseguem transitar na vida, tem gente que está trabalhando; [...] eu acho que a gente precisa além de ter a política, de ter a carta de intenções, a gente precisa ter avaliações também, eu acho que uma questão dessa eu sinto que precisa ter uma forma mais sistemática de avaliar, qualquer coisa é uma coisa mais ou menos um olhar particular pra aqui pra ali, acho que no todo a gente não tem (avaliação sistemática), pelo menos eu não conheço ainda, pode ser que estão fazendo e eu não saiba ainda (P, 17/3/2006).

Já para duas das entrevistadas, a atual organização da rede de serviços na política de saúde mental favorece sim a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental.

Sim, eu acredito que sim, na teoria ela é muito importante e acho que trabalhando em todas as instâncias, se a gente for pensar naqueles mapinhas, os ambulatórios, os CAPS, hospitais dia, a escola, e os centros comunitários, os postos de saúde, todos capacitados; eu acredito que sim, a rede ela é bem estruturada e ela possibilita aos portadores de doença

mental, enfim, terem uma reinserção melhor e maior na sociedade, e também de entendimento do que ele tem, do que ele pode fazer, quais são os recursos que ele tem também pra lidar, dentro dessa rede (J, 22/3/2006).

Acho que sim, favorece, se tu me perguntasse se ela resolve, eu diria que não claro, ou até que ponto ela resolve, mas favorece sim, eu acho que tem um favorecimento relacionado a forma que as pessoas eram tratadas, acho que favorece muito mais (LÉLI, 4/4/2006).

É possível perceber nas falas relacionadas acima a preocupação com a efetiva implantação da rede de serviços em saúde. As redes, conforme proposto na política de saúde mental, possuem muitos centros, muitos nós que as compõem e as tornam complexas e resistentes. Estão embasadas na noção de território, como um sistema de relações e estruturas, muito mais que um simples espaço geográfico. O fundamental neste processo é que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento.

Neste sentido, torna-se de fundamental importância refletir sobre o exercício da cidadania no contexto das políticas públicas, cada vez mais segmentadas e focalizadas. Para Fleury (2004, p. 2), “as políticas atuais de inserção buscam reafirmar a natureza contratual do elo social em novas bases, com a revalorização do local e comunitário e a transformação do Estado em um animador e mobilizador de recursos societários. Reduzido a mantenedor da estabilidade de uma ordem econômica que produz a fragmentação e a exclusão social, o Estado, busca atuar de maneira compensatória e focalizada, atendendo aos grupos mais vulneráveis e/ou potencialmente ameaçadores da ordem social, por meio da convocatória da solidariedade lançada aos diferentes setores inseridos na ordem econômica. No entanto, a incapacidade de alterar as condições estruturais de produção da exclusão mostra os limites das políticas de ativação, cuja promessa de inserção social carece de expectativas de emancipação dos sujeitos e coletividades beneficiários”.

3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica

Os CAPS compõem o rol de serviços do modelo psicossocial de atenção em saúde mental proposto na e pela Reforma Psiquiátrica. Perguntamos aos entrevistados qual seria o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica e obtivemos como

resposta que este teria a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos ideais da própria Reforma.

Eu acho que a função imediata ela é servir como um ponto de articulação, porque a gente consegue criar um ambiente que é relativamente protegido e que dá ao usuário as condições de ele poder participar de outros circuitos; fundamentalmente é essa a função, de articulação; eu lembro de uma discussão que a gente fazia, em Brasília, uma vez, sobre essa importância excessiva que os CAPS acabaram adquirindo, como quase que o central do sistema hoje é o CAPS, mas ao mesmo tempo a necessidade de se ter um espaço como esse, principalmente, pra quem está vindo de uma internação prolongada ou pra quem sempre passou a vida dentro de um hospital psiquiátrico, se tem que ter um pólo, uma instância articuladora pra poder fazer a passagem, porque o cara não vai sair do hospital e retomar sua vida imediatamente, não vai, ele tem uma série de dificuldades que ele não consegue vencer, e o CAPS, nesse sentido, a função seria essa, de poder..., tem uma expressão que eu acho interessante que é: emprestar poder de contratualidade, ou seja, poder dá um certo aval de que esse sujeito pode participar novamente ou pode participar pela primeira vez dos circuitos sociais, pode fazer laços com outras pessoas, com outras entidade, outras instituições, esse é o aval que eu acho que um CAPS pode fornecer e essa é sua principal função (F, 12/4/2006).

É pensar o CAPS como um espaço em que o paciente vai estar usando e tendo apoio para os momentos de crise, e fora os momentos de crise, também, que não seja hospital, e aí, dentro da Reforma eu acho que o CAPS ele é fundamental, assim como os hospitais dia, é que aqui em Florianópolis a gente não tem hospital dia, mas eu acho que os moldes do CAPS (eles estão) é muito próximos, as vezes até é difícil dizer o que é um o que é outro; esse momento de transição do hospital para a sociedade, nesse momento o CAPS é algo muito importante, ele dá, é capaz de conter, dar uma continência pra o usuário, isso a gente percebe mesmo quando não tem nada, o paciente já está muito bem, eles voltam quando estão em crise, sem ter nada marcado, e só de estar aqui pra muitos já é confortante, então, a gente percebe que essa continência, esse acolhimento, e saber que ninguém vai vir aqui e amarrar e conter, porque acho que esse é o medo, de todo mundo, acho que isso já possibilita a procura, eu estou mal vou lá, vou buscar a ajuda do CAPS (J, 22/3/2006).

Eu diria que o CAPS seria o pensador da estruturação da rede de saúde mental, que via de regra o CAPS acaba sendo pra municípios de médio porte o primeiro serviço a ser instituído no território, no município, aí o CAPS acaba assumindo essa responsabilidade, a portaria fala bem disso, a 336, do que compete ao CAPS, e tem vários itens lá, entre eles organizar a rede de saúde mental no município, porém, acaba sobrecarregando os profissionais de saúde mental que atuam nesse CAPS; então, a importância do CAPS na operacionalização da Reforma, ele é importante enquanto um dispositivo crítico, ou seja, se o CAPS não ter a clareza do que seja a Reforma Psiquiátrica ele não vai

operacionalizar, ele só vai operacionalizar a Reforma Psiquiátrica quando ele entender que Reforma Psiquiátrica é o processo social complexo que se configura pelas quatro dimensões, enquanto ele não repensar, refletir a sua prática, o que ele está fazendo, o que não está fazendo, ter mais autocrítica, ele não vai conseguir operacionalizar a Reforma Psiquiátrica; ele tem importância porque tem vários atores, vários profissionais, é um time de pessoas, muito rico, envolvidas que estão no CAPS; agora, enquanto não ter claro o que é Reforma Psiquiátrica, esse processo, não vai conseguir fazer nada; ele é importante, mas se não tiver clareza de Reforma... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Na medida que o CAPS é a primeira, digamos, unidade, primeiro serviço que se propõem a substituir o hospital psiquiátrico já existe nisso por si só a sua importância; é substituição e não que a pessoa não possa ser internada, mas a idéia é que seja nos hospitais gerais, em algum leito nos hospitais gerais, então, bom, o CAPS é o primeiro ponto, é o primeiro lugar onde a pessoa vai passar o dia, onde vai ser tratado de outra forma o seu sofrimento, então, a importância dele está nisso, na importância política e clínica também (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que o CAPS, fundamentalmente, ele faz a clínica; se tem essa rede montada o CAPS faz a clínica, ele faz o atendimento psicossocial do usuário portador de transtorno mental, ele atende as questões mais subjetivas, e de fato toda esse mix de previdência social, a medicação, o atendimento psicológico, atendimento de enfermagem, mas se existe essa rede montada e aí vamos ter um projeto de geração de renda, aí ele vai fazer geração de renda, todas as Oficinas vão acontecer ali e não dentro do CAPS, o CAPS deveria estar na comunidade ele deveria estar territorializado (VIK, 24/3/2006).

Acho que todo mundo gostaria que ele pudesse ser um eixo desencadeador de todos esses ideais da Reforma Psiquiátrica, que a partir disso se experimentasse uma nova relação, que o paciente pudesse estar se soltando mais pra vida, pra construir seus projetos, seus ideais; acho que é muito importante poder retirar pessoas que estão enclausuradas há anos, criar esses mecanismos como residências, etc. pra pessoas que não vão resgatar os vínculos familiares, tem que procurar outras alternativas; acho que o CAPS ainda é uma instituição que é fundamental nessa política, ainda acho que ela pode fazer um papel importante; no dia-a-dia é um pouco mais difícil porque as vezes a gente não tem tantos mecanismos de avaliações, muitas coisas que também a gente vai capengando; quando você vê algumas experiências de pessoas que estão conseguindo dar conta da sua vida, saem, aí você vê que, bom! tem algumas coisas boas que estão acontecendo, o CAPS também está contribuindo; então, no meio dos prós e dos contras eu acho que os prós ainda são maiores, eu acho que é muito mais humano, muito mais um fator de justiça social você ter um espaço assim do que você ter uma pessoa enclausurada no hospital (P, 17/3/2006).

Neste sentido, conforme inscrito na Política Nacional de Saúde Mental, os CAPS devem assumir seu papel estratégico na articulação e no “tecimento” das redes de atenção em saúde mental. Tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da

rede de serviços, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, ONGs, empresas etc. (BRASIL, 2004, p. 12)

3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde

A proposta do progressivo deslocamento dos centros de cuidados em saúde mental para fora do hospital psiquiátrico, em direção à comunidade, colocada na e pela Reforma psiquiátrica tem nos CAPS o dispositivo estratégico desse movimento. Neste sentido, a rede básica de saúde torna-se o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os portadores de transtorno mental.

Essa rede é formada pelos centros ou unidades locais e/ou regionais de saúde, Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, que atuam na comunidade de sua área de abrangência. Os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, pois tem um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Por sua proximidade com as famílias e comunidades, as equipes de atenção básica são um recurso fundamental para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso de substâncias psicoativas e diversas formas de sofrimento psíquico. Neste sentido, é importante e necessária a integração e articulação dos CAPS com a atenção básica. Assumir esse compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção da saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo (BRASIL, 2004).

As atuais diretrizes da política de saúde mental do Ministério da Saúde orientam que, onde houver cobertura do PSF, deverá haver uma equipe de apoio matricial em saúde mental para no mínimo seis e no máximo nove equipes de PSF. E, que as ações de saúde mental na atenção básica devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2004).

No que se refere à relação existente entre o CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município e qual o tipo de relação existente, os dados coletados na

pesquisa indicam que: a maioria (91,7%) respondeu que sim, com ressalva de que é muito pouco, funciona de maneira precária e confusa, e que está num processo preliminar ainda. O profissional que respondeu não, observou que a rede está em processo de formação. Os profissionais cujas respostas foram positivas identificaram que a relação é de encaminhamentos, atendimentos em conjunto com as equipes de saúde mental das Regionais de Saúde, ajuda em atendimentos nas unidades locais de saúde, com os agentes comunitários de saúde, de referência, de acompanhamento, visitas domiciliares, encontro mensal dos trabalhadores de saúde mental da rede e encontro mensal dos psiquiatras da rede.

Sobre a relação do CAPS com as equipes de PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência alguns entrevistados observaram que a relação é pouca ou mínima, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda²³. Foram apontadas como justificativas o fato de o CAPS Ponta do Coral não estar territorializado, deste ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta do município, e a ausência de um planejamento e de estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente.

O CAPS como ele é único, então, ele é de toda a região; então, eu poderia até estar te respondendo que a gente tem um Posto aqui de cima do CAPS, que é o Posto da Agrônômica, ali tem o Programa de Saúde da Família implantado, com a presença dos residentes do Programa Saúde da Família e o contato que eu tenho, ele é meu, não existe nenhum outro programa ou vamos dizer convênio do CAPS com a Agrônômica, é meu aqui, assim como talvez seja da psicóloga em outro momento quando há essa partilha de paciente quando faz parte dos dois, então, eu só sei do que eu tenho, mas é muito pouco, eu tenho contato com alguns residentes que atendem alguns pacientes daqui, e eles precisam de algumas dicas ou, enfim, de se interar do que acontece, e eu também preciso saber como é que anda o acompanhamento deles lá, e aí entra em contato, as vezes vem aqui ou eu vou lá, mas são essas formas isoladas e depende daquele momento e da necessidade daquele usuário, não é algo que seja programado, que seja antecipado, institucionalizado, no sentido de firmar essas relações de uma forma.., não há; e, assim, o contato é com os residentes, não tem o contato com quem realmente vai ficar, porque os residentes passam depois de dois anos, eu também não tenho contato de quem é o médico, quem é o enfermeiro do Programa Saúde da Família, quem é o agente comunitário que vai na casa desses usuários, isso não tem, acho isso muito ruim, é muito falho, embora, volta pra aquela questão da equipe, que as coisas não são compartilhadas, você nunca sabe direito, é muito fragmentado, o que já foi feito, o que não está sendo feito; também não é delegado a função à ninguém de fazer, não há um planejamento pra isso (J, 22/3/2006).

²³ Em estudo sobre o CAPS de Palhoça/SC, Franco (2005) encontrou situação semelhante na relação do CAPS com o PSF e demais serviços de atenção básica municipais.

É mínima, é mínimo o contato, assim, as vezes, quando a gente necessita a gente vai atrás, tenta achar alguém que se interessa, que tenha alguma afinidade com a saúde mental, as vezes um agente de saúde que consegue se aproximar mais daquele usuário que mora lá e que resolve dá uma força, mas é assim, depende de uma série de coisas, da disponibilidade pessoal, da sorte de encontrar alguém etc., quer dizer é falta mesmo da articulação em rede, porque se a gente tivesse essa articulação o PSF automaticamente já seria acionado, e a gente não tem isso; claro, quando a gente precisa a gente até encontra uma boa resposta das equipes do PSF, mas pode não encontrar, tem um risco[...] não, isso não existe (articulação institucional CAPS – PSF), isso tem que ser construído, tem que ser proposto (F, 12/4/2006).

A relação que o CAPS tem é principalmente pra acompanhamento, a relação é essa, relação de acompanhamento, as vezes precisa realizar alguma busca ativa e não temos a possibilidade no momento, então, tem essa relação, a relação que a gente tem é mais no sentido de acompanhamento do próprio usuário; o que seria ideal, seria um pouco mais de estreitamento, discutir junto com o Programa de Saúde da Família alguns casos, nós irmos aonde os agentes comunitários estão, discutir algumas situações e isso não tem acontecido ainda; com essa lógica aí das regionalizações tem essa possibilidade; então, hoje existe uma relação, só que uma relação muito esporádica de situações isoladas e que precisa ser superada; o maior problema que existe é devido ao CAPS não ser territorializado, o CAPS II Ponta do Coral ele tem que atender uma demanda muito grande, basta ver o IBGE hoje, tem 400 e poucas mil pessoas em Florianópolis, então, é um CAPS II pra atender toda a demanda adulta do município, talvez o ideal seria um CAPS I em cada região, nas cinco regionais, e transformar esse CAPS num CAPS III no caso, e aí repensar depois toda a rede; então, a relação, ela se compromete com o Programa Saúde da Família devido a não territorialização do CAPS Ponta do Coral, a relação que existe é a relação de acompanhamentos isolados (GIRASSOL, 20/3/2006).

É uma relação ainda muito inicial ainda, um pouco precária; com os agentes comunitários a gente tem mais proximidade, no momento da visita domiciliar e no momento de fazer o resgate dos usuários que abandonaram, por algum motivo, o atendimento, mas acho que a relação poderia ser melhorada se o CAPS fosse territorializado, como a gente está aqui, é no centro pra todo o município, fica muito difícil, então, a nossa relação é muito mais com as referências regionais de saúde mental da atenção básica do que com as próprias equipes de PSF das unidades locais de saúde (VIK, 24/3/2006).

É isso que eu falei, essa perspectiva da regionalização que começou aqui visava uma maior articulação com a rede; eu acho que isso é um projeto que está ainda meio que na sua infância, ele está começando e, assim, o que eu te falei, a gente precisa sair mais daqui, no Norte (Regional Norte) a gente vai tentar essa experiência agora (realizar as reuniões da regional nos postos de saúde) de contato e incluir, por exemplo, os agentes comunitários nos processos de reunião com os pacientes daqui, tentar ver se eles podem estar acompanhando o paciente lá; tem uma paciente que está aqui que a gente esteve lá no Posto do Saco Grande pedindo pra equipe assumir alguns cuidados com essa paciente, eles se

dispuseram, mas assim, por enquanto ta muito mais alguma iniciativa aqui, ali, do que um processo mais amplo, não sei assim como isso vai caminhar com a história de já ter, por exemplo, profissionais regionalizados, isso também vai poder ser incrementado, esse é um desejo que eu tenho (P, 17/3/2006).

É muito pequena, muito, muito, muito, muito; eu não sei nem te dizer, em uma escala de um a dez acho que fica em dois, está muito pequena, está muito além do que poderia ser, eu acho que talvez com a implantação agora dos serviços na rede, nós temos em cada Regional um psiquiatra, dois psicólogos, uma média assim, está existindo mais aproximação, mas do CAPS não, muito pouco, muito pouco. [...] quando tu pergunta, hoje, qual é a relação do CAPS? eu não posso te mentir, pra mim é quase zero (LÉLI, 4/4/2006).

Buscando explorar as informações sobre a relação do CAPS com a rede municipal de serviços de saúde, perguntamos aos profissionais se o serviço realiza algum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. A maioria deles (75%) respondeu que não, dois referiram não saber responder e um respondeu que sim. Dentre os que responderam que não, um justificou que o CAPS não tem estrutura para atender mais esta demanda. Dois dos profissionais entrevistados disseram estar pensando neste tipo de trabalho. Um deles falou sobre a existência de um projeto, conforme relatado na fala que segue.

[...] a gente tem um projeto aqui que é de formação de acompanhantes terapêuticos, e no ano passado a gente formalizou esse projeto e mandamos pro Ministério da Saúde, ele foi aprovado e até hoje estamos esperando a liberação de dinheiro, mas enfim, o projeto foi aprovado, e a idéia era justamente transformar o agente comunitário de saúde num acompanhante terapêutico, e aí a gente faria a formação, uma capacitação, um curso de capacitação aqui, e depois faria o segmento com supervisões regulares, é uma forma de dar formação em saúde mental pra atenção básica e manter essa que é uma função do CAPS de dar supervisão e a formação mesmo pra esse nível da atenção; [...] a gente está esperando o dinheiro do Ministério da Saúde, ta lá pendurado, a gente olha o nome do projeto na internet, está lá, mas não tem nem empenho ainda, significa que não tem dinheiro destinado (F, 12/4/2006).

Para que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas na atenção básica é fundamental a capacitação destas equipes. A orientação é que as equipes de saúde mental de apoio á atenção básica incorporem ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. Conforme aparece na fala do profissional, são previstos recursos para o financiamento deste tipo de ações, embora, muitas vezes, a dependência de orçamento, a morosidade burocrática e/ou

ausência de decisão política, que justificam a longa demora, acabam por desestimular, dificultar, inviabilizar as iniciativas dos profissionais.

Repetidamente, temos ressaltado neste trabalho que os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico para a organização da rede de atenção em saúde mental, conforme é indicado nas diretrizes políticas da Reforma Psiquiátrica. Nesta direção, questionamos os técnicos da equipe do CAPS Ponta do Coral sobre qual o lugar que o serviço ocupa na rede municipal de atenção em saúde, em Florianópolis. As falas transcritas na seqüência destacam o fato deste não estar territorializado e, portanto, não se constituir no serviço regulador da porta de entrada para o atendimento em saúde mental. As equipes de saúde mental nas referências das Regionais de Saúde é que, atualmente, constituem-se no serviço primeiro de atenção em saúde mental. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhados pessoas com transtorno mental grave.

Seria esse serviço que articula, que regulamenta; não necessariamente ele é uma porta aberta que entra qualquer um; eu acho que ele pode até ser a articulação e a regulação, pode ser feita até capacitações nas equipes locais de unidades básicas, que a partir daí você vai poder em um caso de uma ansiedade ou uma briga com o namorado, “eu tomei 4 aspirinas”, não vai chegar aqui no CAPS; vai chegar aqui no CAPS realmente aquilo que for um caso mais grave, e só há possibilidade de isso acontecer a partir do momento em que as unidades locais estejam todas capacitadas e entendendo, até porque assim diminui o trânsito desse paciente; vamos supor: ele sai de uma cidade, vem pra Florianópolis, daí diz: onde é que eu vou num psiquiatra? Ah! vai lá no CAPS, aí alguém fala: mas tem que passar no clínico antes, aí passa no clínico, aí o clínico encaminha pro psiquiatra, daí ele não sabe onde vai procurar o psiquiátrica - vem pro CAPS, não vem pro CAPS, aí vem pro CAPS, mas é que na verdade ele toma fluoxetina há 2 anos, está em tratamento de manutenção porque ele tem um quadro de depressão recorrente, não é caso CAPS, então, isso já poderia ter sido triado lá no começo, o paciente já poderia estar tendo as consultas desde o início, todas acertadas, sem precisar ficar correndo de um lado pro outro [...]; então, eu acho que ele tem esse papel, tem essa função de regular, de saber o que está acontecendo no hospital, na Colônia, e ter esse contato, uma ligação sempre com a Colônia, e com os Postos de saúde [...]. (hoje, o CAPS faz isso?) algumas coisas, bem isoladas, de novo, é meio como um apaga fogueira; por exemplo, hoje, a gente foi fazer uma visita domiciliar lá no Saco Grande (bairro de Florianópolis) porque o paciente estava em tratamento psiquiátrico particular e parou de tomar o remédio, e aí a gente foi lá, só que o paciente não queria falar com a gente, mas, assim, eu chego lá, converso com a equipe que está lá naquele local e muitas vezes é só a psicóloga; também tem um certo descaso, no sentido de que ah! agora eu não posso falar, porque não percebe que conversando sobre aquele caso vai possibilitar que isso seja ampliado pra outros casos, pensam-se saídas semelhantes pra outro momentos, mas, assim, acaba virando um apaga fogo, e toda hora você tem que ir

apagar um fogo; então, existe um pouco, mas não de uma forma bem usada (J, 22/3/2006).

É atenção secundária como se diz; ele regula e não regula; [...] tudo vai passar muito pela clareza que os profissionais que estão na saúde mental tem em relação a própria epistemologia, tem em relação a própria política, tem em relação a própria noção de SUS, a própria noção de controle social, a própria noção dos princípios do SUS; então, tudo vai passar por isso, porque que eu estou dizendo isso, o CAPS é uma atenção secundária como a gente chama, eu acho ainda que o atendimento mais complexo, o atendimento terciário, deveria ser no território, acho que centrar as forças no território [...]; então, [...] a atenção básica é onde deveria regular isso, a regulação dessa entrada nesse sistema de saúde mental, nessa rede de saúde mental ela teria que ser prioritariamente atenção primária em saúde; então, as vezes, por necessidades especiais, por situações específicas, a pessoa acaba vindo direto pra cá, direto pro CAPS e aqui a gente atende, e, as vezes, essa pessoa não é indicada pra estar no CAPS, aí volta pra atenção básica, então, tem essa dificuldade, ou seja, o lugar que o CAPS ocupa na rede municipal de atenção em saúde é uma atenção secundária à pessoa com transtorno mental grave, já avaliada pela atenção primária em saúde, aquela pessoa que corre risco de suicídio, que acaba prejudicando a vida de outras pessoas, que está muito mal, nesse sentido (GIRASSOL, 20/3/2006).

Regulador da porta de entrada: não; como não é territorializado, a gente tem esse problema de ser serviço de referência pra onde vem os pacientes já encaminhados, ele passou pela porta de entrada do sistema lá no Posto, ele vem encaminhado pra cá ou através dos hospitais psiquiátricos, que é também uma outra forma de encaminhamento, mas a gente não faz a regulação da entrada; hoje, também, como tem equipes mínimas de saúde mental nas regionais, elas também funcionam muito mais como a reguladora do que nós; a porta de entrada é pelas equipes de saúde mental das regionais (F, 12/4/2006).

Eu acho que são várias coisas, por ser o único CAPS, pela rede não estar estruturada ainda, e pelas pessoas não conhecerem o serviço da rede, existe uma mistura, assim, o que é pra ir lá pro psiquiatra do Sul (regional de saúde), o que é pra vir pro CAPS; qual é o papel do CAPS, é a não internação, mas não tem CAPS III, então, a noite o cara não tem pra onde ir, na verdade, o CAPS ele é um espaço que regula a entrada do usuário sim, num primeiro momento sim, porque todos os que foram para a atenção básica muitos foram daqui, muito mais que a procura de fora daqui, primeiro eles vem pra cá, depois eles vão pra lá, agora o processo até está sendo inverso, já estão procurando a atenção básica porque eles já estão conhecendo, mas antes era daqui pra atenção básica, e é o único espaço, programa que acolhe o usuário psicótico, com transtornos mentais graves, porque a rede básica, ela não atende, se o cara tem um surto psicótico, está com qualquer surto, que está mal, ou ele tem um embotamento, ele não fala, está na família há anos, está lá segregado, está lá no quatinho dos fundos, não é caso de atenção básica é caso CAPS, então, ele é o único serviço de Florianópolis que se propõem a atender o usuário, o portador de sofrimento psíquico fora de hospital (LÉLI, 4/4/2006).

Ele é o primeiro serviço de saúde mental do município, primeiro serviço estruturado, credenciado no Ministério da Saúde, eu penso que ele tem um papel importante, ele serve como uma referência de atendimento em saúde mental a usuários portadores de transtornos mentais; dentro da rede, hoje, a gente tem as referências regionais de atenção em saúde mental na atenção básica, nas ULS, que são as unidades locais de saúde, então o CAPS serve como referência de atendimento a usuários com transtornos mentais graves do município de Florianópolis, é pra isso, essa é a função (VIK, 24/3/2006).

Pelas falas dos profissionais evidencia-se que Florianópolis não tem uma política municipal de saúde mental estruturada. A rede de serviços está em processo de formação e implementação. As ações ainda são muito isoladas e fragmentadas, sem uma direção comum. É notório que um único CAPS para atender a totalidade da demanda adulta do município é insuficiente. As possibilidades de atuação do serviço na prevenção e promoção da saúde mental, na capacitação e supervisão das equipes de atenção básica ficam, assim, prejudicadas e/ou inviabilizadas.

No processo de operacionalização da Reforma Psiquiátrica, conforme as orientações da Política Nacional de Saúde Mental e as propostas aprovadas na III CNSM, é necessário que os gestores estaduais e municipais estabeleçam mecanismos efetivos para o controle das internações psiquiátricas. De acordo com a Portaria GM/MS n ° 336/02, os CAPS devem possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou modulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local (BRASIL, 2002a). Com base nisto, perguntamos aos entrevistados se o CAPS tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Eles referiram que não, contudo, divergiram sobre como o serviço fica sabendo quando ocorre internação de seus usuários.

Não tem. A gente fica sabendo quando a família comunica ou quando é usuário de atenção intensiva, ou ele fez uma crise ou ele desapareceu do serviço, aí pela falta mesmo, pela ausência que ele provoca a gente vai atrás e fica sabendo que ele foi internado, mas a gente não tem instrumentos de controle sobre isso; a gente faz, no momento da internação, a gente procura manter pelo menos uma visita da equipe da Regional pra não perder o vínculo etc., mas nada formalizado, assim, no momento que aparece, que a gente fica sabendo; geralmente, a gente sabe, hoje é relativamente fácil, não acontece daquilo... fulano desapareceu e de repente aparece ele dois meses depois aqui novamente..., sai da internação ontem e tal, isso não acontece mais, geralmente a gente consegue ficar sabendo (F, 12/4/2006).

Não. Na realidade a família leva pra internar e pronto, as vezes comunica, as vezes a gente fica sabendo quando a gente vai fazer uma visita lá, muitas vezes a gente nem sabe que o paciente ficou internado, a não ser quando a gente liga, e aí o que está acontecendo, não está vindo, mas ele foi internado; então, não há esse controle e também quando é internado lá, dificilmente, alguém entra em contato, nunca vi, entra em contato olha fulano de tal está internado aqui com a gente, não tem essa comunicação (J, 22/3/2006).

Em relação ao controle das internações psiquiátricas, oficial e formal, nós não temos; estou falando enquanto profissional que atende uma determinada regional de saúde, isso nós não temos; o que poderia ser feito: um maior estreitamento com o “manicômio”, com o IPQ ou o São José (hospitais psiquiátricos), que quando internasse pessoas lá teria esse contato aqui, pra gente já ir conversando, já acompanhando juntamente com a equipe do hospital psiquiátrico essa pessoa, porque final de semana ou depois das 18 horas o serviço não atende, as vezes as pessoas entram em crise e a gente não tem como acompanhar isso, não tem como saber; o acompanhamento que tem é, as vezes, os familiares nos avisam que a pessoa está internada, quando a gente acompanha essa pessoa e fica sabendo que ela acabou internando; então, não tem uma política mais estreita de acompanhamento de internação psiquiátrica, isso não tem. (GIRASSOL, 20/3/2006).

Da área de abrangência seria toda a cidade, isso não, mas dos usuários aqui sim, atendidos aqui sim; [...] geralmente, assim, quando o usuário está iniciando um surto a gente tenta fazer o atendimento pra prevenir a internação, pra evitar de fato a internação psiquiátrica, só que nós estamos aqui até as 6 horas da tarde e não estamos final de semana, então, a gente não está nem a noite nem final de semana, e aí acontece de a família internar, isso acontece pouco, muito pouco, e quando acontece a gente faz o atendimento no próprio hospital, a gente vai até lá faz o atendimento, mas é pouco assim, agora da cidade como o todo a gente não tem (VIK, 24/3/2006).

O controle ele tem pelo prontuário, não poderia te dizer que tem um controle do ponto vista de uma escala, ah anualmente quanto a gente tinha e quantos foram internados, [...] o usuário se ele foi internado a gente não soube, se está internado, aí ele aparece aqui depois da internação, um mês ou dois meses, a gente tem escrito no prontuário, esse é digamos o que a gente fica sabendo (LÉLI, 4/4/2006).

Não, eu digo por nós, eu acho que, as vezes, a gente... ah o paciente foi internado, como acontece de a gente saber, e as vezes a gente vai lá fazer uma visita, as vezes tem a questão do carro (o CAPS tem um carro a disposição somente um dia por semana), e a gente fica...; sempre que acontece e tal, as vezes, a gente nem fica sabendo, quando vê o paciente já está de volta, as vezes acontece essa situação; eu fui tentar fazer um pequeno levantamento pra fazer essa avaliação e percebi que a gente não tem registro de quantos dias o paciente ficou internado, se ele ficou internado quantas vezes durante o tempo que está em tratamento aqui, falta um registro melhor e um acompanhamento melhor dos técnicos; (como ficam sabendo da internação) as vezes o paciente volta já depois, as vezes a família liga avisando, [...] o hospital não me lembro se eles ligaram, só se precisar de alguma coisa, em geral, eles não ligam; então,

assim, o paciente saiu aí eles trazem de novo aquele encaminhamento, ou ele vem pra cá porque, normalmente, ele já estava aqui, mas assim, a gente tenta ao máximo que ele não precise ser internado, essa política existe, segurar a crise (P, 17/3/2006).

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que a internação e a reinternação psiquiátrica deverão ocorrer após avaliação da equipe técnica de saúde mental dos serviços substitutivos, devendo ser estabelecidas formas de controle único para a emissão de AIH, assegurando que todas as internações necessárias sejam autorizadas pelo serviço público, preferencialmente de base territorial (BRASIL, 2002a).

Conforme pode ser observado nas falas dos participantes da pesquisa, a insuficiência do CAPS em exercer o controle das internações referente a sua clientela e a demanda no município refere-se ao fato de o serviço não estar territorializado, sendo inviável cumprir com tal exigência no âmbito da totalidade de uma população de aproximadamente quatrocentos mil habitantes, distribuídos numa área geográfica de 436,5 Km². Com a implantação das equipes de saúde mental nas Regionais de Saúde, estas passam a ser as responsáveis pela regulação da porta de entrada no sistema de atendimento. O CAPS II Ponta do Coral passa a ser a referência para onde são encaminhadas pessoas com transtornos mentais graves, egressos de hospitais psiquiátricos, internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). A falta de controle das internações psiquiátricas é uma realidade também de outros centros de atenção psicossocial, conforme verificado por Franco (2005), em seu estudo sobre o CAPS do município vizinho de Palhoça/SC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha deste tema de pesquisa está relacionada à minha trajetória de estudos no Curso de Graduação em Serviço Social e à minha inserção como pesquisadora no Núcleo de Estudos e Pesquisas Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas (NESPP) do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. A esta trajetória soma-se a experiência de Estágio Curricular em Serviço Social, realizada no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis, em 2003, da qual resultou o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Programa Alta Progressiva: uma contribuição para o processo de reabilitação psicossocial no HCTP de Florianópolis”. Com o referido Estágio foi possível vivenciar o contato direto com a realidade de algumas instituições como hospitais psiquiátricos e centros de atenção psicossocial da rede municipal e estadual de serviços de atenção em saúde mental, fato este que estimulou a busca de novos conhecimentos e o desejo de atuação profissional na área. A continuidade dos estudos foi possibilitada por meio da entrada como mestranda no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da mesma universidade. Sendo assim, o trabalho que apresentado nesta dissertação tem estreita relação com meu percurso profissional e meu desejo pessoal.

Conforme destacamos no decorrer do estudo, a reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

A implantação de uma nova política de atenção, com as implicações socioculturais da proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira passa pela necessidade de articulação intersetorial e por ações que contribuam para alterar as representações sociais sobre a loucura e os direitos dos portadores de transtornos mentais. A transformação do modelo assistencial e de um conceito teórico em diretrizes operacionais é um processo complexo e depende de vários fatores para que se mantenha a direcionalidade pretendida pelos diferentes atores sociais, participantes do jogo social.

Especificamente, no caso do CAPS estudado, as dificuldades de concretização dessa nova lógica de atenção em saúde mental perpassam e se inter-relacionam nos diferentes eixos que compuseram a presente pesquisa.

No que se refere a estrutura física, os profissionais indicam que o CAPS conta com espaço e equipamentos adequados às necessidades do serviço. Entre os anos de 2003 a 2004, o CAPS passou por uma reforma em suas instalações, ficando estas, adequadas aos objetivos da unidade. As condições poderiam ser melhores se as oficinas produtivas fossem realizadas em outro local, pois além de favorecer a utilização do espaço hoje ocupado para outras atividades, possibilitaria a inserção dos usuários em outro ambiente, favorecendo-lhes sua sociabilidade.

Em relação aos materiais de consumo, os problemas vão desde a ausência total de objetos e utilidades básicas à manutenção do serviço até o recorrente atraso no repasse dos materiais necessários às oficinas terapêuticas e de produtividade. As oficinas ficam prejudicadas e até mesmo paralisadas por conta das faltas de recursos e dificuldades de gestão adequada do serviço. Esta situação coloca em prejuízo o projeto terapêutico de tratamento dos usuários e a eficácia e efetividade dos propósitos da nova política de atenção em saúde mental.

No campo da gestão do CAPS, apesar da histórica escassez de recursos destinados à saúde, foram evidenciadas situações problemáticas, principalmente no processo de descentralização político-administrativa, que poderiam ser melhoradas a partir dos recursos existentes. De acordo com os resultados da pesquisa, 50% do grupo de técnicos afirmam que existe planejamento e avaliação das ações. Alguns deles observam estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação, objetiva e sistemática, dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declaram não existir processo de planejamento e avaliação das ações, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

Sobre este aspecto, cabe destacar que as técnicas disponíveis na área de planejamento e avaliação de serviços de saúde têm mostrado bons resultados quando aliadas à vontade política de mudar a situação. Apesar dos dados demonstrarem uma divisão entre os técnicos no que se refere a afirmação sobre a existência de planejamento e avaliação, destacamos que as poucas ações que acontecem giram em torno das atividades que são e aquelas que poderão ser realizadas, e na discussão sobre as dificuldades cotidianas do trabalho na unidade. As avaliações são informais, realizadas na reunião

mensal da equipe técnica e nas reuniões clínicas semanais, sendo notório a ausência de um processo de planejamento estratégico, sistemático e contínuo do projeto terapêutico do CAPS, bem como, de avaliação de indicadores.

Com relação aos recursos financeiros, os resultados da pesquisa apontam para o que já vem sendo denunciado por autores como Amarante (2003; 2005): o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. O pagamento pelo sistema de procedimentos realizados, por meio das APACs, condiciona a existência de recursos à produtividade do serviço. Quando os CAPS não estão articulados com outras políticas sociais necessárias à sobrevivência do usuário e a adesão dele ao projeto de vida que o serviço deve-lhe oferecer, a tendência é fracassar.

Para que a pessoa possa freqüentar o CAPS ela precisa de condições materiais e psicossociais básicas, como moradia, transporte, alimentação, auto-estima, estímulo, desejo, etc.. Quando o usuário não desfruta de tais condições as chances dele se vincular ao projeto terapêutico são menores e, conseqüentemente, sem a participação ativa dos usuários o CAPS não terá produtividade. Ainda, nem todas as ações realizadas no CAPS constam na tabela de procedimentos pagos pelo atual sistema do SUS, dificultando as atividades de ressocialização que envolvem trabalhos na comunidade e na sociedade.

Os profissionais afirmam que os usuários participam do planejamento das atividades do CAPS. Referem que isso acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Neste caso, foi possível perceber que a participação dos usuários em geral diz respeito mais a questões cotidianas do funcionamento do serviço. A associação participa diretamente da comercialização dos produtos confeccionados nas oficinas e na realização de alguns convênios com entidades da área da cultura, lazer, ensino, etc. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada, que abarque as especificidades da área da saúde mental e envolva os usuários, os familiares e os técnicos como sujeitos partícipes do processo de gestão do serviço.

No eixo recursos humanos e projeto terapêutico existem contradições explícitas e implícitas que perpassam o discurso e as práticas dos técnicos que prestam assistência aos usuários do serviço. Eles reconhecem e destacam a relevância do trabalho em equipe, argumentam que este traz a possibilidade de trocas entre as várias áreas do conhecimento e a conseqüente oferta de um atendimento multidimensional. Contudo, relatam dificuldades

na realização deste trabalho, devido a uma suposta diferença de formação profissional e de concepção, com relação ao que sejam os objetivos do CAPS e da Reforma Psiquiátrica. Indicam existir interdisciplinaridade no atendimento ao usuário, no entanto, percebeu-se que a concepção de interdisciplinaridade aparece muito mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade, estando ainda distante dos ideais da intertransdisciplinaridade.

Sendo assim, cabe destacar que sem a devida clareza e consciência do que exatamente deve mudar corre-se o risco de que, fundamentalmente, se modifiquem os espaços de realização do tratamento, transferindo-se e conservando-se as práticas de exclusão e discriminação. É preciso se ter em conta que toda dimensão técnica tem também uma dimensão política. Dessa forma, faz-se necessário questionar-se sobre o que se pretende com o “fazer” nos novos serviços de atenção à saúde mental e que valores estão presentes nas ações executadas. O usuário precisa ser percebido como sujeito do processo saúde-enfermidade, e não como objeto e instrumento do exercício das relações de poder disciplinar.

Com relação ao eixo participação do usuário e da família no tratamento, os participantes da pesquisa identificam dificuldades em realizar o atendimento familiar no CAPS. Os profissionais relacionam como justificativas, a falta de técnicos qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades da equipe. Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que seja o transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, também foram relatados pelos entrevistados. Entre os obstáculos para a (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e o estigma da loucura ainda presentes no imaginário social das pessoas.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacam o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário. Neste aspecto queremos destacar a necessidade de se reconhecer, no processo de implantação da Reforma e da política de saúde mental, um projeto ético-político social, capaz de reavaliar, substancialmente, o conceito tradicional de

“doença/saúde mental” e, conseqüentemente, a forma de como lidar as diferenças em sociedade.

No eixo (re)inserção social procuramos identificar se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas à desinstitucionalização e à reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referem que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras. A maioria deles afirma que não existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer.

Tais dados nos remetem ao questionamento sobre como a Reforma Psiquiátrica, em sua aplicação prática, apresenta certa inércia política. Existe uma lacuna entre o referencial teórico do novo modelo de atenção e as práticas que se efetivam no cotidiano dos serviços. Com isso, queremos chamar a atenção para a necessidade urgente de se construírem ações de atenção que favoreçam o conhecimento de si, reforcem a autonomia, o cuidado de si e a emancipação do sofredor psíquico.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referem que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental. A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos profissionais como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista político-jurídica dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico. Na visão dos participantes da pesquisa, o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica relaciona-se a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos pressupostos da própria Reforma. Não obstante, destacamos aqui a necessidade de se refletir sobre o descompasso entre a vitória no campo jurídico, o novo discurso da Reforma Psiquiátrica e um fazer prático que parecem ainda negar a emancipação do portador de transtorno mental.

No eixo integração do CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município, os dados coletados na pesquisa indicam que a relação existente é pouca, funciona de maneira precária e confusa, e que ainda está num processo preliminar. A articulação com as equipes de PSF e PACS também é insuficiente, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda. A unidade não realiza nenhum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. Apenas dois profissionais referiram estar pensando neste tipo de trabalho.

Foram apontadas como justificativas para esta situação o fato do CAPS não estar territorializado, de ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta de todo o município, e a ausência de um planejamento e estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhadas pessoas com transtorno mental grave. E, segundo os entrevistados, não tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Neste aspecto, vê-se a urgência na redefinição da abordagem em saúde mental, fazendo-se necessário a construção de estratégias de atenção integral, dentro dos princípios do SUS, que envolvam o portador de transtorno mental como cidadão, a família, o Estado e a sociedade.

De acordo com os profissionais existem diferenças no atendimento prestado no e pelo CAPS em relação aos hospitais psiquiátricos. Eles se referem às diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência do discurso médico psiquiátrico do hospital, e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e as necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial, em contraposição ao tratamento igual para todos das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Por fim, os dados coletados na presente pesquisa indicam que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes, prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a relação eficácia/efetividade dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Concluimos, com este estudo, que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é ainda um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológica, técnico-assistencial, político-jurídico e sócio-cultural.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____, P. (coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995a.

_____, P.. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. vol.11, no.3, jul./set. 1995b, p.491-494. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 14/09/2005.

_____, P. A (clínica) e a Reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. pp. 45-65.

_____, P. **A epistemologia e a Clínica da Reforma**. Conferência proferida no IV Encontro Catarinense de Saúde Mental. Florianópolis, 30 de junho a 2 de julho de 2005. (anotações manuscritas).

BASAGLIA F. (coord.) **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 3ª ed. Tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002a, 213 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em Saúde Mental 1990-2002**. 3ª ed. revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAPS II PONTA DO CORAL. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. **Projeto Terapêutico**. Florianópolis, 2004.

CORREIA, M. V.C..Que controle social na política de Assistência Social? **Revista Serviço Social & Sociedade**. N. 72. São Paulo: Cortez, nov. 2002, pp. 119-144.

COSTA, R. C. R. da.. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia e Política** Nº 18: 49-71 JUN. 2002

COSTA –ROSA, A. da; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. p. 13-44.

COSTA-ROSA, A. da.. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asialr. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. p. 141-168.

CHIZZOTTI, A.. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R.. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

DESVIAT, M.. **A Reforma Psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental**. In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

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

FLEURY, S.. **Espaço, território e cidadania: a cidade dos cidadãos**. Trabalho apresentado no VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra (16,17,18 de setembro), 2004. Disponível em: <www.ces.uc.pt/LAB2004>. Acessado em 20 de fevereiro de 2006.

_____, S.. (org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989.

FREIRE, F. H. M. de A.; UGÁ, M.A.D.; AMARANTE, P. Os centros de atenção psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

FRANCO, S. de O.. **Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de caso**. 2005. 110f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Florianópolis, 2005. 110f.

FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial**. Percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004.

GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E.. **A pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, R.. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M.. **Microfísica do poder**. Trad. de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graaal, 1979.

MINAYO, M. C. de S.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC; ABRASCO, 1994.

MIOTO, R.C.T.. Família e saúde mental: contribuições para reflexão sobre os processos familiares. **Revista Katalysis**. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico. Departamento de Serviço Social. N.2 Florianópolis: Editora da UFSC, 1998.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental: em busca da articulação e qualificação das ações em saúde**. Monografia

(Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Latu Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

OLIVEIRA, W. F.; DORNELES, P.. Patrimônio e ambiente da loucura: a formação do profissional de saúde mental e o dialogo com a vida da cidade. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

PITTTA A.. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje. In: PITTA. A.(org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral**: desvelando sua significação. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

_____. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

ROSA, L.C.dos S.. Os saberes construídos sobre a família na área da saúde mental. **Revista Serviço Social & Sociedade**. N° 71. Ano XXIII. São Paulo: Cortez, set de 2002, pp. 138-164.

_____. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, F., et. al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SANTOS, W.G.. **Cidadania e Justiça**. Rio de Janeiro: Editora Campos, 1979.

SARACENO, B.. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SOUZA, W. da S.. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. jul./ago. 2001, vol.17, no.4

p.933-939. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 19/10/2005.

SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Teses em Enfermagem, 42).

STUANI, D.. **Projeto de Estágio**. (Projeto de Estágio Curricular apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina). Florianópolis, 2005. texto digit.

TENÓRIO, F. G. (org.). **Gestão de ONGs**: principais funções gerenciais. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

TORRE, E.H. G; AMARANTE, P.. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. [online]. 2001, vol.6, no.1 [citado 05 Dezembro 2005], p.73-85. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br> >. ISSN 1413-8123.

TRIVIÑOS, A.N. S.. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. (org.). **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000a.

_____, E. M. Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000b. p. 169-194.

VIEIRA, L. **Cidadania e globalização**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Formulário a ser aplicado a todos os profissionais da equipe do CAPS.

Identificação

Nome:

Apelido:

Formação:

Ano:

Capacitação específica na área: Sim Não

Nível: residência especialização mestrado doutorado

Tempo de serviço na instituição:

Tipo de vínculo empregatício: Servidor público concursado contrato temporário

Outro. Especifique _____

Regime de trabalho: _____ (horas semanais)

Tempo de atuação na área:

Experiência de atuação profissional em outra instituição: Sim Não

Qual:

Tempo:

Principais perguntas

- 1) A área física do Caps é suficiente para o atendimento da demanda? Sim Não
- 2) As instalações são adequadas para a realização das atividades propostas? Sim Não
- 3) Os equipamentos disponíveis são suficientes? Sim Não
- 4) Estão em bom estado de utilização? Sim Não
- 5) Os materiais disponíveis são suficientes? Sim Não
- 6) Existem dificuldades na realização das atividades do Caps Sim Não. Em caso de resposta afirmativa, especifique as cinco principais? _____

- 7) O trabalho é realizado em equipe? () Sim () Não.
- 8) Existe algum tipo de supervisão de equipe ou outro recurso para acompanhar e discutir as questões do trabalho em equipe? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual?

- 9) Participa ou já participou de capacitação específica para atuar no Caps? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual? _____
- 10) Durante o tempo em que está trabalhando na instituição houve algum treinamento ou capacitação? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quando? _____(ano). De quantas horas? _____. Organizado por quem? _____
- 11) Na sua opinião, existe interdisciplinaridade no trabalho no Caps? () Sim () Não
- 12) Você conhece a política de saúde mental? () Sim () Não.
- 13) No Caps, existe disponibilidade de material didático e documentos sobre a política de saúde mental? () Sim () Não.
- 14) Existe planejamento e avaliação das ações do Caps? () Sim () Não
- 15) Existe projeto terapêutico de trabalho da instituição? () Sim () Não. Em caso afirmativo, foi planejado em equipe? () Sim () Não.
- 16) O serviço adota projeto terapêutico individualizado? () Sim () Não.
- 17) O usuário participa do planejamento do seu tratamento? () Sim () Não.
- 18) Existe atendimento familiar? () Sim () Não.
- 19) Existem ações intersetoriais do Caps e outras instituições que envolvam: educação, trabalho, esporte, cultura e lazer? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quais?

- 20) Existe relação do Caps com a rede básica de saúde municipal? () Sim () Não.
Que tipo? _____
- 21) O Caps realiza algum trabalho de educação permanente (capacitação e supervisão) sobre saúde mental em cooperação com as equipes de atenção básica? () Sim () Não.
Que tipo? _____

Outras observações:

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Entrevista a ser realizada com os profissionais da equipe do CAPS, segundo o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de nível superior entre as existentes na unidade. Em caso de mais de um profissional na área será realizado sorteio.

Identificação

Nome:

Apelido:

Temas e principais perguntas

1 Estrutura e recursos financeiros

- 1) Qual conhecimento possui sobre o repasse dos recursos financeiros para o Caps?
- 2) Conhece a forma de financiamento do serviço? O que você acha?
- 3) Como são administrados os recursos repassados? Existe planejamento?
- 4) Na sua opinião, a descentralização administrativa dos recursos possibilita o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do Caps? Quais as vantagens e desvantagens identifica?
- 5) Na sua opinião, os recursos repassados (gerados pelo serviço) são suficientes para realizar as atividades do Caps? Em caso de resposta negativa, quais atividades ficam prejudicadas e/ou poderiam ser realizadas se houvessem recursos?
- 6) Existem dificuldades no funcionamento do Caps com relação a falta de recursos financeiros? Quais identifica?

2 Recursos humanos e projeto terapêutico

- 1) Quais dificuldades identifica no trabalho em equipe no Caps?
- 2) Na sua opinião, quais vantagens o trabalho em equipe possibilita?
- 3) Considera importante a capacitação específica em saúde mental para atuar no Caps? Fale sobre.

- 4) Na sua opinião, qual a importância da interdisciplinaridade no atendimento ao usuário de saúde mental?
- 5) Considera importante conhecer sobre a política de saúde mental, seus princípios, sua estrutura e organização para o trabalho do Caps?
- 6) Como acontece o planejamento e a avaliação das ações do Caps?
- 7) Na sua opinião, em relação ao atendimento nas instituições tradicionais/asilares (hospitais psiquiátricos), como é o atendimento ao usuário no Caps?

3 Participação do usuário e da família no tratamento

- 1) Como é pensado o projeto terapêutico de tratamento do usuário?
- 2) Como o usuário participa do planejamento do seu tratamento?
- 3) Quais as formas criadas para oportunizar a participação do usuário no planejamento do seu tratamento?
- 4) A família participa do tratamento? Em caso de resposta afirmativa, de que forma? Em caso de resposta negativa, por quê?
- 5) Quais as formas criadas para oportunizar a participação da família no tratamento?
- 6) Quais dificuldades identifica com relação a realização do atendimento familiar?
- 7) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção familiar do portador de transtornos mentais?
- 8) Qual o papel dos usuários (ou da associação de usuários e familiares) no planejamento das ações do Caps?
- 9) Na sua opinião, qual a importância das associações de usuários e familiares para o tratamento do portador de transtornos mentais e para os serviços de saúde mental?

4 Inserção social

- 1) Na sua opinião, as práticas assistenciais realizadas no Caps encaminham-se na direção da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial?
- 2) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção social do portador de transtornos mentais?
- 3) Quais avanços e conquistas identifica com relação a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais?
- 4) Na sua opinião, o atendimento no Caps possibilita ao usuário a construção da sua autonomia? Como?

- 5) Na sua opinião, a organização atual dos serviços de saúde mental (da política de saúde mental) favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais? Qual a importância do caps nesse contexto?

5 Integração com a rede municipal de assistência em saúde

- 1) Qual a relação do Caps com a(s) equipe(s) de Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência?
- 2) O Caps tem controle das internações psiquiátricas no seu território? Em caso afirmativo, como ocorre este controle?
- 3) Na sua opinião, qual o lugar que o Caps ocupa na rede de atenção em saúde? Constitui-se no serviço que regula a porta de entrada para o atendimento em saúde mental?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este instrumento tem a intenção de obter o seu consentimento por escrito para participar do estudo “A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis”, durante o período de 01 a 31 de março de 2006, com o intuito de contribuir para o levantamento de dados para a elaboração do referido trabalho.

O estudo tem como objetivo geral analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Ao propormos a presente pesquisa esperamos contribuir com a produção de conhecimentos e saberes sobre as novas práticas de atenção e cuidado ao portador de transtornos mentais.

Os relatos obtidos serão confidenciais e, portanto, não será utilizado o nome dos participantes em nenhum momento, garantindo sempre o sigilo da pesquisa e os preceitos éticos da profissão. Os depoimentos serão referenciados pelo apelido a ser escolhido pelo próprio entrevistado

Certa de sua colaboração, agradeço sua disponibilidade em participar do estudo.

Eu _____,
consinto em participar desta pesquisa, desde que respeitadas as respectivas proposições contidas neste termo.

Florianópolis, março de 2006.

Assinatura do entrevistado.

ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

FERNANDA SCALZAVARA

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Serviço Social** - Área de concentração: Serviço Social, Direitos Humanos e Questão Social.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ivete Simionatto.

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de **Mestre em Serviço Social**, e aprovada na sua forma final, em 31/7/2006, atendendo as normas vigentes no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e na Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof^a Dr^a Catarina Maria Schmickler
Coordenadora do PPGSS/UFSC

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Ivete Simionatto, Dr^a.
Departamento de Serviço Social/UFSC
Presidente

Prof^o Walter Ferreira de Oliveira, Ph.D.
Departamento de Saúde Pública/UFSC
Membro

Prof^o Jonas Salomão Spricigo, Dr.
Departamento de Enfermagem/UFSC
Membro

Prof^o Mário Teixeira, Dr.
Departamento de Clínica Médica/UFSC
Membro Suplente

*Aos profissionais e aos usuários do CAPS
Ponta do Coral de Florianópolis.*

AGRADECIMENTOS

Desejo expressar meus sinceros agradecimentos aos profissionais do CAPS Ponta do Coral, pela receptividade, atenção, acolhimento e colaboração na fase mais importante desta pesquisa, assim como pela consideração ao meu trabalho profissional. Também, aos usuários desta unidade de serviço, pela forma carinhosa e acolhedora com que sempre me receberam.

À professora Ivete Simionatto por ter aceitado a orientação do trabalho; agradeço a oportunidade de poder ter desenvolvido a pesquisa de meu interesse e desejo profissional.

Aos professores Jonas Spricigo e Mário Teixeira pela atenção, disponibilidade e colaboração, essenciais na definição e elaboração do projeto de dissertação. Igualmente, ao professor Walter Ferreira de Oliveira pelas considerações e contribuições no exame de qualificação.

À sempre Mestre, amiga e professora Iliane Kohler, pela relação de ensino-aprendizado humana, saudável, mantida no decorrer de toda a minha vida acadêmica; pelas ajudas concretas nos momentos de dificuldades, pelos conselhos, orientações e *encaminhamentos* necessários nos instantes, nas horas, nas fases de incerteza, insegurança, angústia, desespero.

Aos profissionais Mara Regina de Oliveira e Antônio Heinzen Filho, pelo suporte terapêutico necessário nos últimos anos da minha vida; especialmente por terem me ajudado a transformar as dificuldades, os obstáculos, as conquistas cotidianas no *Mestrado da Vida*.

Às profissionais e amigas Maria Sirene Cordioli e Maria Inês Bernardino, pela relação profissional responsável, ética, competente, que me impulsionou para os estudos na área da saúde mental; pela amizade acolhedora, carinhosa, fraterna, pelas comemorações e pelos momentos de descontração.

Aos meus pais e à minha família, base dos meus valores ético-morais.

Às minhas amigas e aos meus amigos, que de perto ou de longe, acompanham minha trajetória, acreditam e torcem por mim.

Formalmente, agradeço as instituições públicas CAPES e UFSC, através dos programas PROF e PGSS, pelo financiamento da bolsa que permitiu a dedicação profissional integral para a realização deste trabalho.

RESUMO

O presente trabalho tem como objeto de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. Constitui-se como objetivo geral da presente pesquisa analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Os procedimentos metodológicos da pesquisa constaram de: pesquisa empírica na coleta das informações, através de entrevistas semi-estruturadas, gravadas, realizadas com um profissional de cada área de formação de nível superior, dentre as existentes no CAPS, e aplicação de formulário, com questões fechadas, a todos os profissionais que compõem a equipe. As informações coletadas foram sistematizadas e organizadas em itens correspondentes aos eixos que nortearam a coleta dos dados, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde. A análise final foi realizada com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os resultados obtidos nos permitem concluir que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a efetividade e eficácia dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial. De maneira geral, podemos afirmar que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológico, técnico assistencial, político-jurídico, social cultural.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, política de saúde mental, serviços substitutivos.

ABSTRACT

The objective of present work is to study the operationalization of the Psychiatric Reformation in the city of Florianopolis, Brazil, based on one specific institutional model - the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral. The general objective of the present research is to analyze the institutional reality at the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral, Florianopolis, related to the operational process of mental health politics, based on the requirements of the Brazilian Psychiatric Reformation. The research methodological procedures have consisted of: empirical research and data collection, through semi-structured interviews, recorded, realized under the presence and supervision of a professional of each field, plus de existing data from the CAPS, and filled application, with closed questions, to all the professionals who compose the team. The data colleted was systematized and organized in items and events that are surrounded the data collection, which are: financial structure and resources, human resources and therapeutic project, participation of the user and the family in the treatment, social insertion, and integration of the service with the municipal network of assistance in health. The final analysis was based on theoretical production on mental health and the Psychiatric Reformation. The results allowed us to conclude that in scope of management of CAPS, the limited number of studies and the difficulties to transfer and administer them harmed the functioning of the service. The contributing factors were lack of strategic planning and systematic evaluation of actions. The difficulties associated with teamwork compromised the effectiveness and efficacy of the objectives. The absence of a municipal network dedicated to structure and articulate mental health appears as an obstacle to the practice of desinstitutionalization and psychosocial rehabilitation. In general, we can affirm that the changes in the assistance model, directed for Psychiatric Reformation is one of the challenges to the concretization to mental health politics in a new interaction between society and people with psychological illnesses. The operationalizational political difficulties of mental health go through different fronts of performance which constitute the complexity of social processes associated with Reformation in its different dimensions. These dimensions are: theoretic-epistemological, technical assistance, politic-legal and socio-cultural.

Keywords: Psychiatric Reformation, mental health politics, substitute services.

LISTA DE SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
APAC - Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CPASM - Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental
CMS – Conselho Municipal de Saúde
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FNS – Fundo Nacional de Saúde
INAMPS – Instituto Nacional de Aposentadorias e Pensões
IPQ – Instituto de Psiquiatria Catarinense
MS – Ministério da Saúde
MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS – Organização Mundial para a Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF - Programa de Saúde da Família
RP – Reforma Psiquiátrica
SIH - Sistema de Informação Hospitalar
SAI – Sistema de Informação Ambulatorial
SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
SUS – Sistema Único de Saúde
TR – Terapeuta de Referência
ULS – Unidade Local de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Procedimentos metodológicos	18
2 REFORMA PSIQUIÁTRICA	222
2.1 O Modo Psicossocial	26
2.1.2 Atenção Psicossocial.....	28
2.2 Desinstitucionalização	30
2.3 Reabilitação psicossocial	32
3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA	344
3.1 Estrutura e recursos financeiros	344
3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico	45
3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental	46
3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário	51
3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações.....	59
3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento.....	65
3.3 Participação do usuário e da família no tratamento	69
3.3.1 Planejamento terapêutico individual.....	70
3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral.....	72
3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares	81
3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia.....	88
3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental.....	96
3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica	106
3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde...	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
REFERÊNCIAS.....	125
APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS.....	130
ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica.....	136

1 INTRODUÇÃO

O processo de mobilização, organização e luta pela Reforma Psiquiátrica brasileira origina-se no contexto dos movimentos sociais, no período de redemocratização do país (décadas de 1970/1980), e tem como base os pressupostos da Reforma Sanitária brasileira e da Psiquiatria Democrática italiana. Tal movimento esteve direcionado no sentido da crítica e desconstrução gradativa da assistência existente, embasada no saber psiquiátrico, que justificava as práticas decorrentes do modelo asilar e, ao mesmo tempo, buscava a construção de propostas de superação deste modelo.

Os anos de luta pela transformação do modelo assistencial tradicional (asilar), centrado na internação hospitalar, culminaram com a criação e regulamentação de leis e portarias relativas à implantação de uma rede de serviços substitutivos a este. A partir da década de 1990 um conjunto de leis, portarias, decretos, resoluções define novas exigências em relação à assistência psiquiátrica prestada aos portadores de transtorno mental¹, incluindo a adequação das condições físicas das instituições de atendimento, a existência de projeto terapêutico, equipe multidisciplinar e outros dispositivos que garantam maior qualidade assistencial.

A Reforma Psiquiátrica é um processo em construção, que envolve tanto a sociedade civil, através dos diferentes os movimentos sociais, os profissionais, os usuários, bem como os órgãos gestores das políticas públicas. Estes são os responsáveis pela operacionalização das ações com relação a mudança de paradigma e prática em saúde mental. Nessa trajetória, aos profissionais cabe exercer o papel de sujeitos e críticos do processo de implantação da Reforma Psiquiátrica; aos gestores da política de saúde compete a decisão política com vistas a assegurar as condições técnicas para a implementação e operacionalização dos serviços de atenção; aos movimentos sociais fica a luta política pela construção social de um outro sentido para lidar com a "loucura" e com o "louco", a partir de uma transformação na relação sociedade/loucura.

¹ Cabe destacar que a expressão “portador de transtorno mental” é adotada neste estudo por acreditar-se que a palavra portador traz em si um caráter mutante. Ou seja, secundariza o transtorno mental e resgata o sujeito envolvido na condição de enfermo, como um ser dinâmico. Por sua vez, o termo transtorno mental traz um caráter psicossociológico, dinâmico, mutável, diferente do termo doença mental, muito embora não seja menos controvertido do que este último (ROSA, 2003, pp. 37-38). E, também, por ser “portador de transtorno mental” a expressão utilizada na linguagem técnica constante na política de saúde mental do Ministério da Saúde.

No curso das transformações operadas na e pela Reforma Psiquiátrica destacamos como marco significativo recente a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM)². Em seu documento conclusivo reafirma-se que as políticas de saúde mental devem respeitar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das leis Federal e estaduais, priorizando a construção da rede de atenção integral em saúde mental. Tais políticas devem ter como pressupostos básicos a inclusão social e a reabilitação psicossocial, estar integradas com outras políticas sociais, como educação, trabalho, lazer, cultura, esporte e habilitação profissional, visando garantir o exercício pleno da cidadania (BRASIL, 2002a).

O mesmo documento ressalta que a reorientação do modelo assistencial deve estar direcionada para concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e de promoção da saúde. Nesse sentido, é fundamental que as novas modalidades assistenciais desenvolvam práticas pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a auto-estima, a autonomia e a cidadania, buscando superar a relação de tutela e reprodução da institucionalização e/ou cronificação (BRASIL, 2002a).

A mudança do modelo assistencial é um dos desafios da Reforma Psiquiátrica. Busca-se, no âmbito da gestão pública, a construção de um novo pacto para transferir os recursos aplicados no modelo hospitalar para uma assistência comunitária. Entretanto, a mudança da lógica de atenção em saúde mental requer, também, uma mudança de paradigma. No bojo dos novos dispositivos de cuidado necessariamente deve estar uma nova ética do cuidar, baseada na premissa básica da autonomia possível e dos direitos humanos dos portadores de sofrimento psíquico. Isso significa considerar que as possibilidades de novas práticas terapêuticas devem caminhar ao lado da preocupação com a mudança das representações simbólicas do “louco” na sociedade, e com a produção de outros saberes.

Na atualidade, todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, bem como a literatura da área, referem-se a desconstrução como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade das ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Tal proposição tem como base a

² Realizada em Brasília, de 11 a 15 de dezembro de 2001. A I Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em 1987 e a II em 1992.

incapacidade da psiquiatria em explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (TORRE; AMARANTE, 2001).

O modelo manicomial tem seu fundamento na noção de que a experiência de sofrimento psíquico diversa (delírio, alucinação) é sinônima de erro. Um dos aspectos mais importantes no processo de transformação radical deste é a superação do conceito de doença. Conforme apontam Torre e Amarante (2001, p.73-85), “não se trata, obviamente, de negar a diversidade da experiência do delírio ou da alucinação, mas de não utilizar o conceito de doença (igual a erro) na relação com o sujeito”. Nesta direção, Rotelli (1990) propõe, no lugar do objeto “doença mental”, o objeto “existência-sofrimento” do sujeito em sua relação com o corpo social.

Segundo Costa-Rosa (et. al., 2003, p. 28), “ao se buscar a superação do saber psiquiátrico, sobretudo do paradigma doença-cura, procurou-se romper com práticas identificadas com o modelo clínico, por considerá-las ineficazes, segregadoras”. Busca-se no modo psicossocial estabelecer-se “a construção de uma relação de contrato com o sujeito que substitua a relação de tutela instaurada pela psiquiatria” (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 73-85). Como oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar surge, no contexto da Reforma Psiquiátrica, a atenção psicossocial como paradigma do modo psicossocial.

A origem das práticas de atenção psicossocial, como designação de experiências significativas no contexto da saúde mental, está relacionada às contribuições das diferentes experiências históricas de reforma, que incluem as Comunidades Terapêuticas e a Antipsiquiatria, na Inglaterra, a Psicoterapia Institucional, na França, a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, nos Estados Unidos e a Psiquiatria Democrática, na Itália³. No caso brasileiro somam-se as contribuições das políticas públicas e das experiências locais pioneiras dos centros e núcleos de atenção psicossocial, em Santos, São Paulo.

O modelo psicossocial vem ganhando elementos tanto em termos teórico e técnico quanto ideológicos e éticos, aptos a constituírem um novo paradigma para as práticas em saúde mental, capaz de substituir o paradigma psiquiátrico que ainda é dominante. Costa-Rosa (et al., 2003, p.31), observa que de modo geral os elementos teóricos subjacentes a essas experiências passam principalmente pelas idéias sociológicas e psicológicas, pelo materialismo histórico, pela psicanálise e pela filosofia da diferença. Nesse sentido, é importante indicar que o lugar social da saúde mental é um lugar de

³ Estudos sobre estas experiências encontram-se em DESVIAT (1999); ROTELLI (2001).

conflito, confronto e contradição. Entender a saúde mental dessa forma implica em reconhecê-la como expressão e resultante de relações e situações sociais concretas. “Por qualquer perspectiva que se olhe, tratar-se-á sempre de um eterno confronto: pulsações de vida/pulsações mortíferas; inclusão/exclusão; tolerância/intolerância” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p. 29).

A operacionalização da Reforma Psiquiátrica, através da implantação da rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, territorializados e integrados à rede de saúde, tem sido uma construção lenta e difícil, perpassada por interesses políticos e econômicos. Muitas vezes são privilegiados procedimentos técnico-burocráticos, assistenciais, em prejuízo de um serviço que tenha como foco o tratamento da pessoa humana na sua dimensão integral. Por outras, a Reforma Psiquiátrica é entendida como sinônimo de reestruturação de serviços; introdução ou modernização de novas tecnologias de tratamento e cuidado; promulgação de uma nova legislação. Em geral, os problemas passam pela tendência de tornar a Reforma a implantação de centros de atenção psicossocial, de forma a banalizar o serviço, fazendo com que estes sejam uma extensão do hospital psiquiátrico (AMARANTE, 2005).

Não obstante, a transformação do modelo de atenção tradicional requer a construção de uma rede de atendimento ampla, com serviços diversificados e complementares, substitutivos das práticas asilares. O modelo substitutivo não significa alternativo, paralelo, complementar ou intermediário do sistema tradicional. Trata-se de um serviço forte, que comporta uma estrutura complexa em que o sentido das práticas deve ser alterado do “eixo da clínica” para o “eixo da cidadania”. Isso significa olhar para a pessoa-sujeito e não unicamente para a doença (AMARANTE, 2005).

Pensar a mudança do paradigma teórico-conceitual clássico significa provocar uma transformação na cultura da forma tradicional de ver e lidar com a loucura, buscar a construção de um outro lugar social para a loucura e a doença mental, a partir de uma transformação das relações sociedade-loucura/doença mental.

Nesse processo, os centros de atenção psicossocial (CAPS) constituem-se no “braço” do modelo psicossocial. Tornam-se serviços privilegiados para o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial e dispositivos estratégicos para a mudança da atenção em saúde mental.

De acordo com as normatizações do Ministério da Saúde, são atribuições dos CAPS: organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; prestar atendimento em regime de atenção diária; oferecer cuidado clínico eficiente e personalizado; realizar a

dispensação de medicamentos; acompanhar usuários que moram em residências terapêuticas; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, assessorando o trabalho dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território ou área de abrangência (BRASIL, 2004).

No sentido de favorecer o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, bem como estimular a mudança da lógica de ver e lidar com a “doença” e o “doente mental”, o direcionamento da Política Nacional de Saúde Mental preconiza que os projetos terapêuticos dos CAPS podem ultrapassar a estrutura física da unidade, em busca da rede de suporte social comunitária. O atendimento prestado deve ser através de projeto terapêutico individualizado, construído conjuntamente com o usuário. A preocupação principal não deve ser o estabelecimento de um diagnóstico clínico, mas sim o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2004).

Com base no exposto, a presente dissertação de mestrado tem como recorte de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - O Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. A escolha deste CAPS deve-se ao fato de ser este um serviço público de atendimento diário a portadores de transtornos mentais adultos, único nesta modalidade no município. A população de Florianópolis conta com outros dois centros de atenção psicossocial, um para atendimento de crianças e adolescentes (CAPSi) e outro para atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (CAPSad).

O CAPS Ponta do Coral constitui-se no principal serviço de atendimento extra-hospitalar na realidade local, desempenhando um papel central na assistência a portadores de transtornos mentais graves. A rede municipal de atenção em saúde mental é incipiente, com poucos recursos e o CAPS enfrenta diversas dificuldades na realização de suas atividades, concentrando uma demanda de atendimento superior a sua capacidade.

Destacamos a relevância deste estudo na medida em que está em curso no país uma reforma nos serviços de assistência em saúde mental, em que a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos pelo cuidado comunitário/ambulatorial tem sido a

diretriz básica para a reorganização da política de saúde mental, desde o nível federal aos níveis estadual e municipal.

A reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

O processo de reestruturação dos serviços de saúde mental está baseado na organização de uma rede comunitária de cuidados. Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esportes etc), culturais, religiosos e de lazer são convocados para potencializar as equipes de saúde na tarefa de realizar ações de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004).

Fazem parte desta rede de serviços de saúde mental os centros de atenção psicossocial, os núcleos de atenção psicossocial (NAPS), os serviços residenciais terapêuticos (SRTs), os hospitais gerais, os centros locais de saúde, as equipes de saúde da família e agente comunitários de saúde, entre outros. Particularmente, neste trabalho, nos interessamos por estudar os CAPS por estes assumirem um papel central na organização da rede, constituindo-se em serviços de atenção que “almejam à outra lógica, outra fundamentação teórica-técnica e outra ética, que não mais a do paradigma psiquiátrico” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.19).

Os CAPS foram criados para serem substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos, oferecendo atendimento em saúde mental à população de sua área de abrangência. São atendidas pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, incluindo aquelas que apresentam transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e crianças e adolescentes. As práticas realizadas neste tipo de serviço devem caracterizar-se por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro, na comunidade.

Oficialmente os CAPS foram instituídos pela Portaria GM/MS N°224/1992 e definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam uma população adscrita definida pelo nível local e oferecem atendimento de cuidados intermediários entre

o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (BRASIL, 2002b).

Atualmente, os CAPS são regulamentados pela Portaria GM/MS N° 336/2002 e integram a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta portaria estabelece critérios de porte/complexidade e abrangência populacional aos CAPS, classificando-os nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad⁴. A classificação dos diversos tipos de CAPS difere, basicamente, quanto ao tamanho da população pela qual se responsabilizam e quanto ao regime de funcionamento.

Os profissionais que trabalham nos CAPS integram uma equipe multiprofissional. São técnicos de nível superior e nível médio, de diferentes áreas de formação. Os profissionais de nível superior são médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física entre outros necessários para as atividades oferecidas, de acordo com o projeto terapêutico do CAPS. Os profissionais de nível médio podem ser técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores, artesãos, profissionais de limpeza e cozinha (BRASIL, 2004).

As equipes técnicas possuem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. Cabe aos profissionais a tarefa de organizar-se para realizar o acolhimento dos usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, realizar as atividades de reabilitação psicossocial, equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas.

Ao considerarmos as práticas em saúde mental de um centro de atenção psicossocial nosso objeto de estudo estamos entendemos que é a partir delas que a mudança de paradigma se torna possível, haja vista que a estruturação de uma rede de

⁴ O CAPS I tem capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e deve funcionar das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira; o CAPS II atende municípios com população entre 70.000 e 200.000, deve funcionar das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas; o CAPS III atende municípios com população acima de 200.000 habitantes, funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana. Já os CAPSi e os CAPSad possuem características diferenciadas dos demais. O CAPSi é referência para municípios com população acima de 200.000 habitantes e constitui-se em um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período até 21 horas. Os CAPSad destinam-se a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. É indicado em municípios com população acima de 100.000 habitantes, funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas (BRASIL, 2002b).

novos serviços de saúde mental não constitui por si só uma ruptura com o paradigma das práticas asilares, da segregação e da tutela do portador de transtorno mental. Contudo, sabemos que analisar uma realidade institucional é uma tarefa difícil, principalmente quando nos propomos olhar esta realidade em movimento, permeada de contradições e como fruto de um processo sócio-histórico.

Nesse sentido, elegemos como sujeitos informantes os profissionais que atuam no Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, por entendermos que a eles cabe a tarefa de realizar as atividades institucionais cotidianas. Esses profissionais integram uma equipe multiprofissional e assumem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. A nosso ver, constituem-se atores sociais centrais no processo de implementação e operacionalização da Reforma Psiquiátrica na realidade local.

Com isso queremos destacar que os profissionais de saúde mental exercem um papel relevante para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, seja como partícipes dos movimentos sociais, como gestores da política de saúde mental e/ou como trabalhadores (técnicos) nos serviços de assistência. Particularmente, aos profissionais dos CAPS cabe o compromisso de operacionalizar a mudança da lógica da assistência, na medida que estão atuando em um serviço considerado um dispositivo estratégico da rede de assistência em saúde mental. Esses profissionais estão diretamente ligados aos usuários do serviço e a implementação da política de saúde mental, função que os coloca na linha de frente de um cenário novo que vem passando por formulações e reformulações nos campos “político-jurídico, técnico-assistencial, epistemológico e sociocultural” (AMARANTE, 2003).

Torna-se pertinente ressaltar que o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) teve forte influência nos avanços ocorridos na mudança da assistência psiquiátrica. Constituído inicialmente de técnicos de saúde mental buscava a melhoria da assistência psiquiátrica e denunciava a situação precária dos manicômios. O MTSM posicionou-se em relação à assistência prestada, politizou a questão da Reforma, construiu uma linha de pensamento crítica no campo da saúde mental. Organizados, os trabalhadores criaram fóruns de discussões locais de caráter técnico e político e defenderam as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Posteriormente, o movimento ampliou-se no sentido de ultrapassar sua natureza técnico-científica, organizou sua estrutura administrativa como fórum nacional e passou a ser designado Movimento da Luta Antimanicomial, tornando-se um movimento social que passou a englobar várias entidades como associações de usuários

e familiares⁵, ONGs, entre outras (AMARANTE, 1994, 1995a; SOUZA, 2001; VASCONCELOS, 2000b, 2004).

Assim, nos parece certo que os profissionais de saúde mental são atores sociais influentes na efetivação da Reforma Psiquiátrica. Razões significativas para pesquisar e valorizar suas experiências e opiniões, na medida em que seus relatos podem indicar como vem se realizando no dia-a-dia a Reforma, bem como contribuir para a construção de novas práticas e a produção de novos saberes. E, entendemos como Foucault, que os saberes não são apenas conhecimentos acadêmicos, produções que se autodenominam científicas. Os saberes também estão onde são produzidos, pois sempre criam visões de mundo, produzem histórias e História.

Dessa forma, a presente pesquisa tem a finalidade específica de contribuir para a análise das práticas locais de saúde mental, a partir do estudo da realidade vivenciada no CAPS de Florianópolis e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Lembramos, ainda, que neste ano de 2006 o CAPS Ponta do Coral completa dez anos de atividades, fato que nos leva a destacar a importância de um estudo que identifique as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação deste serviço. No geral, busca-se fornecer subsídios para os avanços nas políticas de saúde mental e contribuir para a produção de conhecimentos sobre a realidade da prática das políticas públicas de saúde mental. Para tanto, elegemos como eixos de estudo e análise cinco pontos, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social e integração com a rede municipal de assistência em saúde.

Constitui-se como objetivo geral do presente estudo a análise da realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Para alcançarmos este definimos como objetivos específicos: 1) caracterizar a estrutura e os recursos financeiros disponibilizados

⁵ Cabe registrar que no campo da saúde mental encontram-se associações de composição variada. Há associações de usuários; associações de familiares; associações de usuários e familiares; associações de usuários, familiares e técnicos; associações de usuários e técnicos; e associações de técnicos e familiares. Em sua maior parte, o processo organizativo das associações é conduzido por elementos de constituição de laços de solidariedade e ajuda mútua. Contudo, existem associações que são favoráveis à agenda de inovações da assistência colocada pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e, outras, que se caracterizam como uma comunidade de veto em relação à mesma agenda (SOUZA, 2001).

e sua adequação às atividades do Caps; 2) conhecer as práticas assistenciais desenvolvidas pelo CAPS com relação ao projeto terapêutico e como se organiza o trabalho da equipe técnica; 3) identificar como ocorrem as práticas institucionais de participação do usuário e da família no tratamento e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica; 4) identificar se existem e quais são as ações institucionais, intersetoriais e/ou outras criadas com relação a inserção social do portador de transtornos mentais; 5) descrever e analisar a relação existente entre o CAPS e a rede municipal de assistência em saúde com relação a operacionalização da política de saúde mental e do SUS; 6) identificar quais as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação do CAPS, pontos positivos e negativos.

1.1 Procedimentos metodológicos

Para operacionalizar os objetivos do nosso estudo foi realizada uma pesquisa de caráter qualitativo, do tipo estudo de caso. Segundo Minayo (1994), a pesquisa qualitativa, nas ciências sociais, responde a questões particulares, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Isso significa considerar que trabalhamos com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que correspondem a pontos mais profundos das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser quantificáveis. E, segundo Chizzotti (2003, p. 104), em geral, a pesquisa qualitativa objetiva provocar o esclarecimento de uma situação para uma tomada de consciência pelos próprios pesquisados dos seus problemas e das condições que os geram, a fim de elaborar meios e estratégias de resolvê-los.

Dentre os tipos de pesquisa qualitativa, o estudo de caso talvez seja um dos mais relevantes. É uma modalidade que propicia retratar uma realidade de forma ampla e profunda, de forma a revelar a multiplicidade de dimensões presentes numa determinada situação e contextualizar o objeto para melhor compreendê-lo (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Nesta forma de estudo, o caso é tomado como unidade significativa do todo porque tanto retrata uma determinada realidade quanto revela a multiplicidade de aspectos globais presentes em uma dada situação (CHIZZOTTI, 2003). A principal função do estudo de caso é a explicação sistemática de fatos que ocorrem no contexto social e geralmente se

relacionam com uma multiplicidade de variáveis. Essa técnica caracteriza-se por ser um estudo intensivo, o qual deve considerar a compreensão geral do assunto investigado (FACHINI, 2001).

O local escolhido para a realização do estudo, o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, é um serviço público, municipal, cadastrado na modalidade CAPS II, situado à rua Rui Barbosa, 713 (fundos), no bairro Agronômica, Florianópolis/SC. CAPS Ponta do Coral funciona das 8h às 18hs e atende uma demanda média diária de 40 usuários. O serviço foi criado em março de 1996 e funciona neste endereço desde o mês de dezembro do mesmo ano⁶.

A principal fonte de informação da presente pesquisa constituiu-se das falas dos profissionais, de formação de nível superior, e, no resultado do formulário aplicado a todos os membros da equipe do CAPS Ponta do Coral. Utilizamos para a coleta de informações a entrevista semi-estruturada, gravada, com questões abertas, e a aplicação de formulário com questões fechadas (Apêndices A e B). As entrevistas foram orientadas por um roteiro com perguntas estruturadas e agrupadas em cinco blocos correspondentes aos eixos de estudo da pesquisa. De acordo com Trivinos (1987), a entrevista semi-estruturada geralmente parte de certos questionamentos básicos, de perguntas fundamentais derivadas da teoria que é adotada para a pesquisa e de informações que o pesquisador possui sobre o tema a ser pesquisado.

Na pesquisa qualitativa, a entrevista é uma das técnicas mais utilizadas na coleta do material empírico. No tipo de estudo escolhido, foi possível perceber que a entrevista constituiu-se na ferramenta capaz de possibilitar a obtenção de dados mais profundos da realidade, os quais só podem ser obtidos com a contribuição dos sujeitos envolvidos.

O trabalho empírico para coleta dos dados e das informações na Instituição foi realizado entre a segunda quinzena do mês de março e a primeira quinzena do mês de abril de 2006 (16/3/2006 a 13/4/2006). A coleta teve início após a apresentação e solicitação de autorização para a realização da pesquisa à coordenação da Instituição. O projeto foi encaminhado à Comissão de Ensino e Pesquisa do CAPS II Ponta do Coral e à Direção de

⁶ A implantação do serviço foi efetivada em 25/3/1996, ficando instalado, provisoriamente, junto ao Centro de Saúde II do Centro de Florianópolis (atual ULS Centro), na Avenida Rio Branco. Em dezembro do mesmo ano foi transferido para o atual endereço, passando a ser chamado NAPS Ponta do Coral. Seu credenciamento no Ministério da Saúde aconteceu ao longo do ano de 1997. Em 2002, a Portaria GM n° 336 regulamentou a denominação dos antigos NAPS para CAPS (STUANI, 2005).

Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis para parecer. Mediante o parecer favorável (Anexo A) das referidas instâncias, foi realizada, em reunião de equipe, a apresentação do projeto aos profissionais do CAPS Ponta do Coral. Concluída esta etapa, foi realizada a entrevista pré-teste. A escolha do profissional observou os critérios constantes da metodologia do projeto. A entrevistada foi uma profissional da área da psicologia (área que tem mais de um profissional no CAPS) que tinha disponibilidade para a realização da entrevista na data escolhida. A partir desta entrevista, foram realizadas pequenas alterações no roteiro, com vistas a agrupar algumas perguntas, no sentido de diminuir o tempo necessário à efetivação da mesma. A referida entrevista teve a duração aproximada de uma hora e vinte minutos, acrescida de mais quinze minutos para a aplicação do formulário, totalizando uma hora e trinta e cinco minutos.

No total, foram realizadas seis entrevistas e aplicados doze formulários, de acordo com a metodologia estabelecida, a qual privilegiou, para a entrevista, o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de ensino superior, dentre as existentes no CAPS Ponta do Coral, quais sejam: psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Os formulários foram aplicados a todos os profissionais de formação de nível superior e de formação de nível médio. Foi necessário realizar sorteio do profissional a ser entrevistado apenas com relação a área da psicologia, por esta ter quatro profissionais atuando na equipe do CAPS. Como utilizamos um deles para a realização do pré-teste, participaram do sorteio apenas os outros três. O sorteio foi realizado na presença de outras duas profissionais da equipe.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos profissionais. A aplicação dos formulários foi simultânea e obedeceu ao mesmo critério. No caso de três dos profissionais entrevistados não foi possível realizar a aplicação do formulário no momento da entrevista, a pedido dos mesmos, devido a limitações de tempo. As entrevistas foram gravadas em fitas cassete, com a autorização prévia dos entrevistados, e, posteriormente, as falas foram transcritas.

As informações e os dados coletados foram sistematizados e classificados, de acordo com os eixos de pesquisa, e posteriormente analisados com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os dados originados dos formulários foram analisados e tratados descritivamente, ou seja, reduzidos a termos descritivos. Para efeito de padronização e de comparação foi adotado o método da porcentagem.

A análise final, que, segundo Minayo (1994), corresponde a um movimento contínuo entre o empírico e o teórico e vice-versa para fazer do caos aparente das

informações revelações da sua especificidade, foi construída pela síntese das informações coletadas em cada eixo de estudo, previamente definidos.

As questões éticas foram consideradas em todas as etapas do estudo, especialmente, na relação com os entrevistados, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) e dentro do que determina a Resolução N° 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde e o Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina. Os profissionais foram informados e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa quando da apresentação do projeto em reunião de equipe e individualmente antes da realização da entrevista. Foi preservado o anonimato dos entrevistado ao se utilizar codinomes para referenciar as falas no trabalho, destacando-se que os mesmos escolheram livremente seu próprio apelido quando da realização da entrevista. Apenas uma das entrevistadas optou por deixar a cargo da pesquisadora a escolha do codinome.

O trabalho que ora apresentamos está organizado de forma a contemplar, neste primeiro capítulo, a introdução do tema e a metodologia utilizada na pesquisa; no segundo capítulo descrevemos, sistematizadamente, o norte teórico utilizado como referência para a análise dos dados e das informações coletadas; no terceiro capítulo trazemos os resultados e as análises da pesquisa. Ao final, resgatamos os principais tópicos relacionados aos eixos de estudo e expomos nossas considerações finais sobre o tema.

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA

Procuramos expor neste capítulo uma síntese das análises de alguns autores que têm contribuído para o avanço nas discussões sobre a Reforma Psiquiátrica, bem como a definição do que vem a ser este outro modelo de atenção em saúde mental – o Modo Psicossocial, tanto em seus aspectos prático-assistenciais quanto em suas exigências éticas e teóricas, no sentido de construirmos o norte teórico orientador das análises da presente pesquisa.

Todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, na atualidade, bem como a literatura da área estabelecem a categoria teórico-prática “desconstrução” como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade nas ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Reiteram, também, a incapacidade da psiquiatria de explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (BASAGLIA, 1985; ROTELLI, 1990). Neste sentido, a proposta da Reforma Psiquiátrica objetiva criar experiências alternativas ao hospital psiquiátrico e ao modelo de suas práticas, através da extinção desse tipo de instituição e sua substituição por recursos que sejam capazes de rever tanto as concepções do “objeto” quanto dos “meios” e modos da sua intervenção nessa área.

A partir das contribuições colocadas por Fleury (et. al., 1989), com relação ao conceito de Reforma Sanitária como um “processo de transformação estrutural”, e da noção de *processo social complexo* proposta por Rotelli (1990), Paulo Amarante (2003, p.49), define Reforma Psiquiátrica como:

um processo social complexo que se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade.

Nessa concepção, o autor observa que processo indica algo em permanente movimento, que não tem um fim predeterminado, nem um objetivo último ou ótimo. E, a idéia de complexidade é posta não como sinônimo de complicação, mas sim como uma atitude epistemológica no sentido de reabrir a possibilidade de recomplexificação do fenômeno, proposição oposta a naturalização/objetualização da noção de doença. Neste sentido, a doença deixaria de ser reduzida a uma alteração biológica, para tornar-se um

processo de saúde/enfermidade. Em outras palavras, “a doença não é um objeto, mas uma experiência nas vidas de sujeitos distintos” (AMARANTE, 2003, p.53).

Na continuidade de suas análises sobre a Reforma Psiquiátrica Amarante (2000, 2003) designa quatro dimensões para as transformações operadas na e pelas práticas da Reforma, quais sejam: teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural.

A dimensão teórico-conceitual ou epistemológica contempla o conjunto de questões que dizem respeito a produção de conhecimentos e saberes que irão subsidiar as práticas. É uma dimensão que vai desde a reflexão dos conceitos mais fundamentais do campo das ciências até os conceitos produzidos pela psiquiatria: alienação, doença mental, normalidade/anormalidade, terapêutica e cura. Um aspecto muito importante desta dimensão refere-se ao desafio de se repensar as relações entre conhecimento e objeto (AMARANTE, 2003).

Na interpretação de Costa-Rosa (et al., 2003, p. 32), o campo teórico-conceitual pauta-se na desconstrução de conceitos e práticas, sustentados pela psiquiatria e pela psicologia nas suas visões acerca da doença mental. Propõe-se como contrapartida a construção de noções e conceitos como “existência-sofrimento” do sujeito na sua relação com o corpo social, acolhimento, cuidado, emancipação e contratualidade social. Nesse âmbito, pode-se entender que o conceito de existência-sofrimento impulsiona a Reforma Psiquiátrica na direção de uma revolução paradigmática, uma vez que questiona a tão cara relação sujeito-objeto e o próprio paradigma doença-cura. Tal conceito aparece por contraposição ao paradigma doença-cura, expressando a exigência de se dar ao sujeito a centralidade da cena.

Como exemplo desse campo Amarante (2003, p. 50) destaca o processo de desconstrução do conceito de clínica, que deixaria de ser o isolamento terapêutico ou o tratamento moral para tornar-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades; a desconstrução do conceito de doença produzido pela psiquiatria, em que o sujeito, não mais visto como alteridade incompreensível, possibilitará outras formas de conhecimento, que produzirão novas práticas clínicas e sociais.

Cabe destacar que quando um conceito é submetido ao processo de desconstrução é possível supor que as relações entre as pessoas envolvidas também serão transformadas, assim como os serviços, os dispositivos e os espaços. Conseqüentemente, mudam, ainda, os conceitos e as práticas jurídicas que eram adotadas pelos conceitos desconstruídos.

Para Basaglia (1985) e Rotelli (1990), desconstrução está relacionada à noção de *invenção*, de construção do real, de produção da subjetividade, recolocando em discussão a ciência e a psiquiatria. Os autores referem-se a “desconstrução” do dispositivo psiquiátrico e clínico em seus paradigmas fundantes e suas técnicas de poder-saber, entendendo-a como uma ação prática de desmantelamento das incrustações institucionais que cobriam a doença. A desconstrução questiona as bases do dispositivo psiquiátrico, em sua competência para atuar frente à loucura.

Entende-se desconstrução como um processo social complexo, de desmontagem do dispositivo psiquiátrico, que não tem fim, ou não pretende constituir, um modelo ideal, mas sim dar novo significado às relações e colocar questões imanentes às situações-problema. Nesse sentido, é um processo que precisa, por definição, ser reinventado incessantemente, e questionar também o conjunto dos segmentos sociais que deveria ser [...] objeto de uma verdadeira "revolução molecular", quer dizer, de uma re-invenção permanente (GUATTARI, 1992 apud TORRE; AMARANTE, 2001, p. 14).

A dimensão político-jurídica passa pela criação e alterações na legislação com relação aos direitos e a assistência ao portador de transtornos mentais. O âmbito jurídico é decorrente do fato de a psiquiatria ter instituído a noção de relação entre loucura, periculosidade, irracionalidade, incapacidade, irresponsabilidade civil. No plano político luta-se pela extinção dos manicômios e sua substituição por instituições abertas, pela revisão das legislações sanitárias, civil e penal referente a doença mental, para possibilitar o exercício dos direitos à cidadania, ao trabalho e à inclusão social. Importa nessa dimensão rediscutir e redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais (AMARANTE, 2003, p. 53; COSTA-ROSA, et al., 2003, p. 33).

No âmbito da dimensão técnico-assistencial está o modelo assistencial. É nesse campo que, na realidade brasileira, aparecem mais visivelmente as inovações com relação as práticas assistenciais em saúde mental, concomitante a reconstrução dos conceitos. As transformações vêm acontecendo tanto na concepção de novos serviços (CAPS, oficinas terapêuticas e de reintegração sociocultural, cooperativas de trabalho) quanto na sua forma de organização e gestão (instituições abertas com participação e co-gestão com os usuários e a população).

Nos últimos anos têm-se objetivado construir uma rede de novos serviços, concebidos como espaços de sociabilidade, de trocas, em que se enfatiza a produção de saúde como produção de subjetividades. Essas mudanças indicam para uma mudança nas práticas de atenção e tem significado *colocar a doença entre parênteses*, propiciando

contato com o sujeito, rompendo com as práticas disciplinares; aumentando a possibilidade de recuperação do seu estatuto de sujeito de direitos (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 32-33; AMARANTE, 2003, p.51).

A expressão *colocar a doença entre parênteses* é atribuída a Basaglia, significa a suspensão do conceito e implica na possibilidade de novos contatos empíricos com o fenômeno em questão. Para o autor, a psiquiatria colocou o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença como fenômeno da natureza. Assim, Basaglia propõe uma inversão, isto é, colocar a doença entre parênteses para tornar-se possível lidar com o sujeito e não com a doença.

Amarante (2003) chama a atenção para o fato de a atitude epistemológica de colocar a doença entre parênteses não significa a negação da doença no sentido do não se reconhecer que experiências de sofrimento ou diversidade fazem parte da realidade concreta da saúde mental. Nas palavras do autor:

não significa a recusa em aceitar que exista uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar. Significa, isto sim, a recusa a explicação da psiquiatria, para dar conta daquela experiência, como se esta pudesse ser explicada pelo simples fato de ser nomeada como doença. A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia social e política da exclusão, e a ruptura epistemológica com o saber da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para objetivar conhecer a subjetividade (AMARANTE, 2003, p. 56).

A dimensão sociocultural expressa o objetivo maior da Reforma Psiquiátrica, haja vista que pretende transformar o *lugar social* da loucura no imaginário social, transformando as relações entre a sociedade e a loucura. Muito do imaginário social é decorrente da ideologia psiquiátrica que tornou senso comum a relação da loucura à incapacidade do sujeito de estabelecer trocas sociais e simbólicas (AMARANTE, 2003, p. 53).

Para tanto se têm estimulado uma série de práticas sociais visando transformar o imaginário social relacionado a loucura, a doença mental e a anormalidade. Está em processo de mudança a imagem da loucura e do louco, a imagem da instituição e a da relação dos usuários e a população com ela. A intencionalidade passa pela construção de uma imagem das instituições de atendimento como espaços abertos de circulação e pólos de exercício estético, e uma imagem do “louco” como cidadão que deve almejar poder de contratualidade social (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 33).

Pensar a Reforma Psiquiátrica como um processo complexo implica desconstruir, superar conceitos; pensar, refletir sobre as ações no campo da saúde mental e os efeitos de

suas práticas; criar, construir novas práticas e produzir outros saberes. Trata-se, portanto, de um processo contínuo em que os verbos transformar, produzir, desconstruir, desmontar, emancipar, reconstruir devem estar no cotidiano do fazer em saúde mental.

2.1 O Modo Psicossocial

A elaboração das práticas do modo psicossocial é tributária de diferentes movimentos sociais científicos e vários campos teóricos. Sob esse aspecto, Abílio da Costa-Rosa (2000; 2003), busca especificar elementos básicos do novo paradigma traçando um paralelo de análise entre as práticas constitutivas do modo asilar e aquelas exigidas ao modo psicossocial⁷.

As principais características do modo asilar são: ênfase na consideração de determinantes orgânicos nos problemas que se pretende tratar, o que implica que o seu meio básico seja medicamentoso; pouca ou nenhuma consideração da existência do sujeito, o que implica que não se insista na sua mobilização como participante do tratamento. O indivíduo continua sendo visto como doente, tanto em relação à família quanto em um contexto social mais amplo. Daí decorre que a intervenção seja quase exclusivamente centrada nele. As aproximações da família, quando ocorrem, costumam ter caráter apenas pedagógico e assistencial. Dessa consideração do indivíduo como centro do problema, entre outros fatores, decorre também seu isolamento em relação ao meio familiar e social.

Ainda, com relação as práticas assistenciais, no modo asilar, o trabalho é realizado sem que os profissionais se encontrem para conversar sobre a atividade comum. O prontuário é considerado o elo de interconexão entre os profissionais da equipe. Mesmo no caso em que o meio é multiprofissional, a determinação fundamental dos problemas continua, na prática, sendo biológica. Portanto, a eficácia do tratamento espera-se que venha da química. Sua instituição típica continua sendo o hospital psiquiátrico fechado,

⁷ O autor observa que esta análise tem uma dimensão histórica, na medida que inclui uma consideração dos avanços que tem ocorrido nas práticas concretas até o presente; e outra dimensão lógica, visto que decorre da dedução realizada, através do método de análise, das características imprescindíveis a um determinado dispositivo para que ele configure uma lógica contraditória com a dos dispositivos que pretende superar e substituir (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.36).

ainda que nas últimas décadas esse venha sendo alvo de reformas democratizantes, intermitentes e esteja acompanhado de dispositivos chamados extra-asilares.

No modo psicossocial a concepção do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos sustentados para lidar com esse processo requer a desinstitucionalização do paradigma “doença-cura” e sua substituição pelo “existência-sofrimento”, conjuntamente com a configuração de práticas de trabalho transdisciplinares.

Destacam-se como principais exigências ao modo psicossocial: a determinação e consistência psíquica e sociocultural dos problemas, e não orgânica; a desospitalização e a desmedicalização, o que significa desconsiderar a medicação como resposta única ou preponderante e a priori; o exercício da “clínica da escuta e da criação de si”, e não a clínica da observação e da retomada do estado anterior às crises; a horizontalização das relações intrainstitucionais; a participação dos usuários e da população em forma de autogestão e co-gestão; o livre trânsito dos usuários e da população; a ética do reposicionamento do sujeito, que significa reconhecer a implicação subjetiva como forma de singularização e não supressão sintomática.

Os dispositivos institucionais típicos do modo psicossocial são os centros e núcleos de atenção psicossocial, o Hospital-Dia, ambulatórios de saúde mental; equipes multiprofissionais de saúde mental, inseridas em Centros de Saúde; setores para tratamento em saúde mental, inseridos em hospitais gerais. Seus meios básicos de tratamento são a psicoterapia, a laboterapia, as socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural, além da medicação.

É decisiva a importância que se atribui ao sujeito, daí que se insista de maneira fundamental na sua mobilização como participante principal do tratamento. Não se deixa de considerar, por isso, a sua dimensão de indivíduo (orgânico e sócio-cultural). Dá-se ênfase à consideração da pertinência do indivíduo a um grupo familiar e social. Supõe-se que se deve trabalhar também a família e o grupo social como agentes das mudanças buscadas.

Da consideração de que não é o indivíduo o único problemático, sugere-se que se inclua no tratamento também a família e eventualmente um grupo mais ampliado. As formas de participação da família e do grupo ampliado no tratamento são várias e superam, em muito, as posturas assistencial e orientadora, características do modo asilar. As associações de usuários e familiares criadas no modo psicossocial são reflexos dessa nova postura em relação aos usuários.

No modo psicossocial, espera-se que as diferentes possibilidades de ação se estendam desde a continência do indivíduo, durante a crise, até o reconhecimento da implicação familiar e social nos mesmos problemas. Espera-se, portanto, que tanto uns quanto outros possam assumir a parte de seu compromisso na atenção e no apoio. Além disso, dá-se acentuada ênfase à reinserção social do indivíduo, sem perder de vista que, muitas vezes, não é a problemática com a qual ele chegou a responsável pela sua saída da circulação sociocultural.

Quanto às formas de organização institucional, no modo asilar estas são marcadas por estratificações de poder e saber no âmbito do pessoal da instituição, que se transladam para a relação com os usuários e a população, os quais estão excluídos de qualquer participação que não seja a do objeto inerte e o mundo. Já os dispositivos do modo psicossocial tem suas práticas fundamentadas na lógica da Psicoterapia Institucional e da Comunidade Terapêutica e, geralmente, estas são instrumentadas por meio de assembleias de usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental. Participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais no modo psicossocial, por oposição à estratificação e interdição institucionais à heterogestão e à disciplina das especialidades que dominam no modo asilar.

Neste sentido, o autor propõe designar a Atenção Psicossocial como paradigma do modo psicossocial, em oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar.

2.1.2 Atenção Psicossocial

O termo Atenção, no contexto da Reforma Psiquiátrica, assume o conceito de “dar e prestar atenção, acolher, receber com atenção, tomar em consideração, levar em conta e escutar atentamente”. Designa uma parte fundamental do contorno que se pretende imprimir às ações de Atenção Psicossocial nas práticas em saúde mental. Expressa certos princípios relativos, sobretudo, à forma das relações dos agentes institucionais e das próprias instituições como dispositivos, com os sujeitos usuários e suas demandas (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 22).

Já o conceito Psicossocial designa as práticas em Saúde Mental Coletiva que se inscrevem como transição paradigmática da psiquiatria; enquanto que o termo psicossocial

agrega ao 'objeto' das práticas em saúde mental aspectos psíquicos e sociais, e tem a função de designar experiências reformadoras em sentido amplo (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 19).

Segundo o autor, ao somatizar aspectos sociais e psíquicos aos aspectos biológicos do paradigma e do objeto da psiquiatria a Atenção Psicossocial vai promover transformações nas concepções do objeto, nos modos de conceber e estruturar a instituição como dispositivo e, sobretudo, na forma de conceber e estruturar as relações terapêuticas, que tem, por sua vez, implicações éticas radicalmente distintas das práticas asilares.

A Atenção Psicossocial subentende ações diferenciadas das contidas no paradigma asilar e psiquiátrico. Na definição de Costa-Rosa Luzio e Yasui (2003, pp. 34-36):

a Atenção Psicossocial parece configurar um campo capaz de congrega e nomear todo o conjunto das práticas substitutivas ao Modo Asilar, conservando ao mesmo tempo a abertura necessária para a inclusão das inovações que ainda estão se processando e para outras que certamente virão. [...] As práticas de Atenção Psicossocial representam a sedimentação de um vasto conjunto de variações teórico-técnicas e éticas, mais ou menos radicais, conforme o caso, em relação às práticas vigentes e dominantes, que estão no lugar estrutural de sua alteridade necessária.

Os autores argumentam que a Atenção Psicossocial tem sustentado um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas norteadas pela aspiração de substituírem o modo asilar, e algumas vezes o próprio paradigma da psiquiatria. As ações na esfera político-ideológica trabalham em sintonia com os movimentos sociais que lutam pelo resgate da dignidade humana e dos direitos individuais e coletivos de cidadania. As ações teórico-técnicas referem-se à produção de novas formas de intervenção que possibilitem a construção de novos dispositivos que trabalhem pela transformação radical dos modelos institucionalizados e da ética em que se pautam.

Atenção Psicossocial, entendida como paradigma do modo psicossocial, designa concepções contrárias ao modo asilar. Quando referida as políticas públicas de saúde mental aspira a inclusão de aspectos políticos, econômicos, sociais, culturais e outros relacionados com ações que visam a construção de práticas de emancipação para a cidadania. Neste trabalho, se refere ao modelo de atenção em saúde mental que deve nortear as práticas dos serviços substitutivos, especificamente, a dos centros de atenção psicossocial.

Dessa forma, a complexidade e amplitude das práticas de Atenção Psicossocial inclui como seus componentes necessários, os conceitos e as práticas englobadas na desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, a partir de uma perspectiva baseada no aumento da contratualidade social dos usuários das instituições.

2.2 Desinstitucionalização

A desinstitucionalização tem sua origem nas experiências desenvolvidas por Franco Rotelli (1990), na Psiquiatria Democrática italiana. Segundo o autor, o primeiro passo da desinstitucionalização consiste em desmontar a relação problema-solução, renunciando a busca da solução racional (tendencialmente ótima) que no caso da psiquiatria é a normalidade plenamente restabelecida.

“O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de “cura” mas no projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente” (ROTELLI, 1990, p.30). Neste sentido, trata-se de um processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito doente. A desinstitucionalização traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação na qual exista reciprocidade entre sujeitos - uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade.

Nas palavras do autor,

A desinstitucionalização é, sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. [...] Depois de ter descartado a ‘solução-cura’ se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento (ROTELLI, 1990, p.33).

Em sua origem, os pressupostos da desinstitucionalização encaminham-se no sentido da restituição da subjetividade do indivíduo, possibilitando-lhes a recuperação de sua contratualidade, isto é, da posse de recursos para trocas sociais e, por conseguinte, para a cidadania social. Contudo, alguns estudos sobre as mudanças operadas na assistência no

âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira apontam para a compreensão da desinstitucionalização como desospitalização⁸.

Segundo Spricigo (2001), a desinstitucionalização, não correlata da desospitalização, torna-se a um só tempo, processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito adoecido. Traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação em que exista reciprocidade entre sujeitos, uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade. Isso gera a necessidade de invenção de novas modalidades de mediação, não somente médicas, mas principalmente políticas, sociais e culturais.

Sobre esta questão, Amarante (1995b) enfatiza que a mudança desejada na assistência em saúde mental não corresponde simplesmente ao fechamento de hospitais psiquiátricos e o conseqüente abandono das pessoas em suas famílias ou nas ruas, nem no fechamento de leitos para reduzir custos, no sentido do neoliberalismo ou no sentido do enxugamento do Estado. Segundo o autor,

desinstitucionalização não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativo. Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social (AMARANTE, 1995b, p. 491-494).

⁸ Ver SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Série Teses em Enfermagem, n° 42)

Neste sentido, a proposta da desinstitucionalização está centrada em uma mudança completa do paradigma de saber em saúde mental e, do ponto de vista assistencial, na constatação de que o hospital psiquiátrico tradicional é antiterapêutico. Assim, a estratégia de conversão do sistema de cuidado deve partir da substituição do hospital psiquiátrico por um amplo rol de serviços abertos e comunitários, capazes de assistir o usuário desde a crise aguda até às necessidades mais amplas de caráter social. Nestes novos serviços, a reabilitação psicossocial vem se configurando como um lineamento para o desenvolvimento de programas, eticamente responsáveis, no sentido de dar conta da totalidade das demandas que os problemas mentais severos e persistentes requerem.

2.3 Reabilitação psicossocial

Na definição da Organização Mundial de Saúde (1987 apud PITTA, 2001) reabilitação psicossocial é o conjunto de atividade capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários.

Segundo Pitta (2001), a reabilitação psicossocial, no seu sentido instrumental, é representada por um conjunto de meios (programas e serviços) que são desenvolvidos para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes, ou seja, um processo para facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. Tal processo enfatiza as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo e a cada situação de modo personalizado.

Para Saraceno (2001), a reabilitação psicossocial prevê um processo de restituição e reconstrução de direitos políticos legais e sociais para o cidadão. Para tal, projetos de ressocialização devem promover o reconhecimento do portador de transtorno mental.

Para Kinoshita (2001), reabilitar é reconstruir valores, aumentar o poder contratual, criar condições de possibilidade para que um paciente possa, de alguma

maneira, participar do processo de trocas sociais, produzir dispositivos que, desde uma situação de desvalor quase absoluto (pressuposto), possa passar por experimentações, mediações que busquem adjudicar valores aptos para o intercâmbio, ou seja, modificar o pressuposto de desvalor natural para um pressuposto de valor possível proposto, explícito.

O autor considera que reabilitar pode ser entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia. Sendo que, a contratualidade do usuário vai estar, primeiramente, determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Se estes podem usar de seu poder para aumentar o poder do usuário ou não. Depois pela capacidade de se elaborar projetos, isto é, ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida.

Ainda, diretamente ligada a questão da reabilitação de pacientes está a necessidade de se estabelecerem diversificadas redes de relações, as quais melhor capacitariam os indivíduos a compreenderem quais determinações influenciam sua vida cotidiana, ampliando sua autonomia.

O conceito de autonomia aqui referenciado é entendido como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001).

3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Apresentamos, a seguir, os resultados e as análises da pesquisa realizada, a partir dos eixos que nortearam a coleta dos dados e das informações: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde.

3.1 Estrutura e recursos financeiros

O conjunto de serviços substitutivos ao modelo de atenção em saúde mental tradicional (manicomial/asilar), do qual os centros de atenção psicossocial fazem parte, é, atualmente, regulamentado pela Portaria GM/MS N° 336/2002. Esta portaria estabelece portes diferenciados, a partir de critérios populacionais, para abrangência, financiamento e tipo de serviço prestado, de acordo com cada modalidade de CAPS.

Com relação a estrutura física, os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender a sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado. Para tanto, devem estar equipados com consultórios individuais para consultas, entrevistas, terapias, salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitório, sanitários, área externa para oficinas, recreação e esportes (BRASIL, 2004).

Neste aspecto, O CAPS Ponta do Coral tem uma estrutura que compreende um terreno com área física total aproximada de 1.936,00m², destes, aproximadamente 421m² são de área construída. Fazem parte das instalações, uma casa com dois pavimentos, um anexo, utilizado como sala do brechó, área de lazer e estar externa, e estacionamento. O pavimento superior da casa comporta 2 varandas, sala de recepção, sala de espera, 2 áreas de circulação (corredores), sala de administração, 2 consultórios, sendo que no momento um é utilizado como sala administrativa para realização de procedimentos relacionados ao preenchimento das APACs⁹, 2 salas para atividades grupais com WC, sala de depósito de

⁹ Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo.

material, cozinha com despensa, refeitório com churrasqueira, sala ampla (auditório) equipada com multimídia, sala de enfermagem, sala de repouso, e 7 banheiros distribuídos no espaço físico do pavimento superior. No pavimento inferior encontra-se a sala utilizada pela associação de usuários, 2 salas para a realização de oficinas (com passagem de uma para outra), sala com forno, sala de depósito de material e lavanderia¹⁰.

De acordo a pesquisa realizada, 83,3% dos profissionais considera a área física do CAPS suficiente para o atendimento da demanda e 66,7% consideram as instalações adequadas para a realização das atividades propostas; apenas um profissional observou que considera a estrutura do CAPS suficiente desde que as oficinas produtivas sejam realizadas fora da unidade. A mesma porcentagem (66,7%) considera os equipamentos disponíveis suficientes. Neste âmbito, o serviço conta com computador com impressora, aparelho de telefone e fone/faz, televisão, mesas de escritório, cadeiras, quadro branco, maca para atendimento em enfermagem, camas de repouso, fogão industrial, pia, mesas e bancos no refeitório, bancos para estar e descanso, entre outros. Metade dos profissionais respondeu que os equipamentos estão em bom estado de utilização, com ressalvas para salas com pouca ventilação no pavimento inferior.

Já com relação aos materiais de consumo, 91,7%, correspondente a onze dos doze profissionais que responderam ao formulário, consideram que os materiais de consumo não são suficientes. Eles se referem à falta e irregularidade no recebimento de materiais básicos à manutenção do serviço, tais como copo descartável para água, papel higiênico, e, principalmente, material específico para uso nas oficinas terapêuticas e de produtividade. Esta situação pode ser observada nas falas dos profissionais, que identificam as dificuldades no funcionamento do CAPS com relação a falta de recursos materiais e financeiros:

[...] essa falta de recursos é isso que eu te digo, desde a parte administrativa, nós precisamos de papel, carbono, copo pra tomar água, por exemplo, agora nós somos uma Unidade Local de Saúde que não tem copo descartável, já faz quase quinze dias, vinte dias, não tem copo descartável; falta água, aí nós temos que esperar, sendo que é um lugar que transita muitos usuários, eles tomam medicação e precisam tomar água, eles tomam muita água, e acaba não tendo água potável; por exemplo, teve época que faltou papel higiênico, em um serviço onde os usuários chegam fazem lanche, almoçam, fazem lanche da tarde, eles passam o dia aqui, então precisa ter uma estrutura mínima de atendimento (LÉLI, 4/4/2006).

¹⁰ Conforme Planta Baixa da unidade constante no projeto de reforma e ampliação executado em 2003/2004.

[...] a gente tem também o problema de fornecimento de material de consumo já há algum tempo, também desde que essa administração começou (Gestão Municipal e da Secretaria de Saúde), o fornecimento de material de consumo é interrompido, a gente fica sem tinta pra impressora, sem papel, sem papel higiênico...; tem diversos itens desses que são necessários, fazem parte do funcionamento do dia-a-dia do serviço (F, 12/4/2006).

[...] as oficinas terapêuticas e produtivas, requerem um material específico que precisa de dinheiro, e aqui, na política específica do município não tem uma regularização quanto ao repasse desse dinheiro [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

[...] a falta de agilidade no fornecimento das reservas para as oficinas, tudo isso resulta em um prejuízo para o trabalho; ficou quase uns dois meses a oficina fechada por falta de material, por exemplo [...] (P, 17/3/2006).

Outra dificuldade mencionada pelos profissionais no funcionamento do serviço é o vale transporte dos usuários:

[...] o funcionamento em geral fica prejudicado porque na medida em que falta vale transporte o usuário não vem, não consegue se deslocar para vir até aqui, aí interrompe aquele projeto terapêutico que havia sido feito com o usuário [...] (VIK, 24/3/2006).

[...] a questão, por exemplo, da dificuldade que a gente tem aqui: o transporte dos pacientes, a questão do passe, é muito irregular; então, isso reduz a nossa produtividade também, porque os pacientes acabam não vindo. Muitas vezes a gente não pode, por exemplo, contar com aquele paciente que veio para uma entrevista inicial porque ele não tem como estar vindo no curto prazo, então, acho que isso, a questão do custo que é o transporte em Florianópolis, também acaba afetando o nosso trabalho, então, nesse sentido, a falta de regularidade no passe [...] (P, 17/3/2006).

A partir dessa relação entre as diversas necessidades para o funcionamento do serviço é possível perceber que os profissionais assumem como princípio uma concepção de saúde ampliada, na qual não basta somente o atendimento terapêutico. Outros fatores estão interligados e contribuem para que a assistência efetivamente ocorra. Contudo, a concepção e prática setorializada das políticas sociais brasileiras provoca situações dessa natureza, na medida em que não se trabalha a inter-relação entre elas. Esta forma de setorialização das políticas sociais, no entanto, não é característica apenas da realidade brasileira, mas uma “modalidade do Estado burguês” que traduz as expressões da questão social mediante a tipificação das políticas sociais (NETTO, 1992).

Várias iniciativas têm buscado romper com esta perspectiva como a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), que reafirmou a necessidade de se garantir e melhorar o acesso aos bens e serviços da sociedade: prover trabalho, creches, profissionalização, educação, lazer, escolas, habitação, transporte, segurança pública, saneamento básico. Também, destacou ser fundamental enfatizar a questão do transporte urbano acessível aos usuários, a fim de que seja garantido o deslocamento entre os serviços de saúde e sua moradia (BRASIL, 2002a).

Na seqüência da pesquisa realizada, dois entrevistados referiram que a falta e as dificuldades no fornecimento dos recursos materiais necessários estão mais acentuadas na atual gestão administrativa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)¹¹. Foram relacionadas, ainda, como dificuldades, a falta de um carro disponível para o CAPS, a falta de terapeuta ocupacional, de outro médico psiquiatra e outros profissionais de nível médio (auxiliar administrativo, pessoa para limpeza). Outras questões listadas estão relacionadas aos recursos humanos e as necessidades de integração do serviço na política municipal de saúde. Os profissionais relatam a existência de dificuldades de interação da equipe, falta de capacitação, supervisão institucional, falta de apoio institucional, falta de efetivação de uma rede de saúde mental e/ou a existência de uma rede de atenção ainda incipiente, em processo de formação, falta de estrutura para atenção às urgências, dificuldades do gestor em compreender a lógica da saúde mental, salários incompatíveis com as funções.

Os problemas relatados pelos profissionais aparecem diretamente relacionados à insuficiência dos recursos financeiros de custeio do serviço. Todos os entrevistados referiram que os recursos gerados pelo serviço, através das APACs, não são suficientes para a realização das atividades do CAPS. Dentre as atividades prejudicadas, o trabalho nas oficinas foi apontado como o principal, conforme aparece na fala a seguir:

o que requer mais recursos, atualmente, são as oficinas produtivas, por exemplo, houve uma paralisação de muitas das oficinas quando faltou recurso. O recurso não é exatamente suficiente. Eu acho que os R\$ 500,00 por mês é um recurso pequeno [...] acho que o recurso poderia ser maior, pelas necessidades ele acaba sendo reduzido, não é uma coisa que você possa comprar a vontade, assim, é limitado, muitas vezes, a oficina tira de uma pra passar pra outra (P, 17/3/2006).

¹¹ Gestão Municipal 2004/2008; a Gestão da Secretaria de Saúde referida é a de 2004 a abril de 2006 que teve como gestor o vereador Walter da Luz; à época da coleta dos dados empíricos houve mudança do gestor municipal de saúde, assumindo o cargo o ex-secretário estadual de saúde João José Cândido da Silva.

Um dos profissionais apontou como principal atividade prejudicada pela falta de recursos financeiros a questão do território. Segundo este, a falta de recursos interfere no atendimento prestado, no sentido de que não é possível realizar o acompanhamento, a inclusão e avaliação do usuário em seu território. De acordo com este profissional,

o dinheiro do CAPS pode ser melhor gerido se investir no território. Investir no território seria elaborar projetos, ter mais articulação com a associação de moradores, ou seja, com os recursos que o território oferece, e aí precisa aumentar a própria equipe porque vai ter equipes que vão ter que se deslocar do CAPS; vai ter que ter investimento em carro, daí vai ter que ter um motorista, os próprios agentes comunitários tem que ter essa parceria, isso tudo implica em financiamento. [...] como eu sempre digo, território é onde a vida acontece, onde a cultura é produzida, onde as manifestações de vida, elas estão mais visíveis [...], mas investir lá no território, a equipe tem que estar inserida lá, estar toda hora pensando e discutindo [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

De acordo com as recomendações da política do Ministério da Saúde, as ações de saúde mental devem obedecer a um modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas. São ações que envolvem práticas de reabilitação psicossocial, promoção da cidadania, construção da autonomia possível dos usuários no ambiente em que eles vivem, e que necessitam de uma equipe multidisciplinar capaz de trabalhar sobre a ótica da interdisciplinaridade (BRASIL, 2004).

Necessariamente, a mudança de um modelo assistencial requer a análise de sua estrutura de financiamento. Isso significa que as características singulares e diferentes dos CAPS, em relação aos modelos tradicionais de assistenciais, e a complexidade das ações desenvolvidas por estes serviços necessita vir acompanhada de uma mudança na lógica de alocação de recursos financeiros.

Atualmente, o principal órgão financiador dos CAPS é o Ministério da Saúde (MS). Com a publicação da Portaria GM/MS nº 336/2002 os CAPS passam a fazer parte das ações estratégicas do MS. Esses serviços são incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e a remuneração é através do sistema APAC/SIA¹². Baseado na fatura que o prestador de serviços de saúde apresenta ao SUS, correspondente aos seus gastos

¹² A Portaria GM/MS nº 336/2002 descreve os procedimentos objeto de remuneração, classificando-os em intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Para essas três modalidades de atendimento, a Portaria GM/MS nº 189/2002 fixou o número máximo de atendimentos mensais para cada modalidade, de acordo com cada tipo de CAPS, sendo que para cada tipo de procedimento é destinado um valor diferenciado. Nos CAPS II, um procedimento intensivo custa R\$ 25,40; um semi-intensivo, R\$ 16,30; e um não-intensivo, R\$ 14,85 (BRASIL, 2002).

mensais com a produção de atendimentos aos usuários dos CAPS, o Ministério da Saúde repassa, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, o montante equivalente à sua produção. A inovação introduzida por este modelo de pagamento refere-se à fonte de financiamento, ou seja, ao acréscimo de recursos financeiros repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estadual e Municipal de Saúde (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, pp.129-132).

Sobre este aspecto, perguntamos aos entrevistados qual conhecimento possuem sobre o repasse dos recursos financeiros para o CAPS. Na sua maioria, eles referiram saber sobre os recursos originados a partir das APACs, contudo, relataram não saber sobre o controle do uso desse recurso, conforme expresso nas falas relacionadas:

[...] tem o valor, o montante desse valor que é produzido dos atendimentos pagos pelo Ministério (MS), então, tem isso mensal, a gente tem o valor que chegou, somou, vamos dizer assim, esse montante que a gente somou dos atendimentos feitos no mês, isso a gente sabe, porque as APACs são geradas aqui no CAPS, mas o repasse disso via Fundo Municipal, esse controle eu não sei, eu sei do valor que tem que receber mensalmente (VIK, 24/3/2006).

Bom, formalmente, eu desconheço qualquer..., todas as formas de recursos. O dinheiro da produtividade referente as APACs vai para o Fundo Municipal de Saúde e nunca teve prestação de contas disso. Na verdade a gente não sabe qual é o destino que é dado nem quanto vem; tem o nosso levantamento interno da produtividade, mas não sabemos o que é feito desse recurso (F, 12/4/2006).

Alguns profissionais referiram-se ao fato de o município não ter gestão plena do SUS,

Bom, eu tenho algum, pouco do que é repassado, a gente sabe o que foi recolhido, por exemplo, através das APACs, que são os atendimentos feitos aqui, então eu sei quantos atendimentos foram, qual seria o valor que essas APACs dariam, mas eu não sei qual o valor que a gente acaba recebendo, que fica num fundo perdido, no sentido de que é um fundo único por não ser gestão plena (J, 22/3/2006).

O conhecimento que eu possuo é muito irregular e insatisfatório, assim, a relação APAC, por exemplo, o repasse do dinheiro que viria do Ministério da Saúde a gente acaba..., nós não somos gestão plena então vai pra secretaria (municipal) de saúde e ali é passado pra compra de alimento..., enfim, mas nós não temos autonomia sobre esse dinheiro, então, uma vez que você não tem autonomia o teu conhecimento fica restrito. Está na mão da secretaria mesmo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais discorreu detalhadamente sobre a forma como os recursos são gerados e repassados à unidade gestora (SMS), referindo-se que todas as diretrizes sobre financiamento do serviço são preconizadas pelo Ministério da Saúde através de portarias.

Os recursos financeiros do CAPS são obtidos através de APACs, Autorização de Procedimento de Alto Custo; pra se preencher uma APAC é necessário que haja uma organização do serviço em cima de modalidades de atendimento; as modalidades de atendimento podem ser: semi-intensivo, intensivo e não-intensivo, cada um tem um determinado valor em relação a esse procedimento, ou seja, todas as diretrizes em relação a financiamento, o Ministério preconiza isso em portaria, então, os conhecimentos que eu possuo em relação aos recursos financeiros do Caps são os conhecimentos que já estão preconizados em relação ao Ministério da Saúde; essa APAC uma vez preenchida ela é computada, ela é repassada pro governo federal e este repassa o dinheiro fundo a fundo; esse dinheiro vem pro Fundo Municipal de Saúde, e é esse dinheiro que é aplicado na saúde mental pra ter a gestão do serviço [...] aqui acontece da seguinte forma: cada gestor municipal, como a política é municipalizada, eles criam um protocolo, nesse protocolo eles colocam de que forma esse dinheiro pode ser gastado na saúde mental; então, existe um documento no município dizendo, olha na saúde mental você pode gastar tanto com a associação de usuários, tanto pra comprar materiais, tanto pra gastar em vale transporte; então, existe um protocolo dizendo no que você pode gastar esse dinheiro que vem na saúde mental; é um dinheiro que vem do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde; esse dinheiro cai nessa conta e ali existe um acordo de como se gastar; esse dinheiro é manejado pelo gestor municipal de saúde (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme apontam Freire, Ugá e Amarante (2005, pp. 131-133), o modelo de alocação de recursos dos CAPS (sistema de remuneração por APAC) trás contribuições à política nacional de saúde mental ao inserir os CAPS no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) do MS, pois proporciona maiores incentivos financeiros, haja vista a alocação de recursos municipais extra-teto para a manutenção de serviços já existentes e a implantação de novos serviços.

Contudo, os mesmos autores ressaltam que há de se perceber que a lógica da remuneração que o SUS imprime aos CAPS vincula-se, preponderantemente, à doença. Ou seja, as unidades assistenciais do SUS seguem um sistema de remuneração vinculado a um diagnóstico, mais especificamente, a um episódio de doença, internação, contidos na tabela de procedimentos hospitalares (SIH/SUS) ou a ações ambulatoriais, inscritas na tabela de procedimentos ambulatoriais (SIA/SUS). Desta forma, “o sistema de saúde encontra-se, em sua quase totalidade, voltado para a produção de atos vinculados a doença, isto é, atos

curativos, valorizando, em consequência, intervenções predominantemente individuais, que são remuneradas pela venda de procedimentos, diárias e atos médicos-assistenciais de natureza privatizante” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p 133).

Amarante (2003, pp. 62-63) considera que os CAPS, como os serviços integrantes do SUS, também foram capturados pela lógica da *inampização*, ou seja, pela lógica do pagamento por procedimento. Para o autor, “o modelo prevalente dos CAPS é o herdeiro mais autêntico e legítimo da lógica do antigo INAMPS, onde a saúde era reduzida a doença, ao mesmo tempo em que o sistema de saúde era reduzido a assistência médico-curativa”.

Portanto, o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. Pelo contrário, tente a prejudicar a complexidade de ações dos CAPS, na medida em que não é previsto financiamento das diversas relações que podem ser estabelecidas com a comunidade, com as lideranças e associações comunitárias. Tais ações, dentre muitas outras possibilidades de intervenção territorial, “são inerentes a esse tipo de serviço e objetivariam imprimir um processo de transformação cultural nos diversos segmentos da sociedade, no lidar e no acolhimento das pessoas em sofrimento mental” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 135).

Sobre a forma de repasse dos recursos financeiros ao CAPS, os profissionais entrevistados relataram não existir descentralização administrativa. Os recursos chegam ao serviço na forma de materiais. Alguns profissionais observaram que até a gestão administrativa da secretaria municipal de saúde anterior eles tinham acesso a uma verba de R\$ 500,00 que utilizavam na compra de material para as oficinas. A partir da atual gestão esse dinheiro não foi mais repassado. A compra do material passou a ser feita através de orçamento encaminhado à secretaria, que faz o pagamento, e os profissionais retiram os materiais.

Não, a gente não tem acesso a esse recurso diretamente, a gente não é uma unidade que gere o seu recurso; ele vai pra secretaria e a secretaria... por exemplo: toda a compra de... o pagamento dos almoços, lanches, etc.. é a secretaria que faz; a gente não tem autonomia; o único recurso que a gente manuseia são os R\$ 500,00, que vem para as oficinas; isso é dividido, as Oficinas fazem um rateio, cada oficina compra o seu material, mas até parece..., da última compra fui eu que comprei, ela (SMS de Florianópolis) determinou, já colocou a empresa que vai fornecer; não sei se foi mediante licitação, já fez o pagamento direto, a gente só foi lá escolher e pegar os produtos que tinham sido

solicitados; então..., de outras vezes, por exemplo, a gente pegava o cheque ia lá comprava, pagava naquele valor, agora isso não foi feito dessa forma (P, 17/3/2006).

Desde que começou essa administração (Gestão Municipal 2004-2008) acabou esse repasse; então atualmente a única vez que a gente conseguiu material pras oficinas foi através de empenho que a própria secretaria fez..., então, permanece centralizado, a única coisa que a gente teve que fazer foi ir nas lojas fazer orçamento, passar pra secretaria, a secretaria emitiu as notas, e aí a gente foi buscar o material com essas notas, mas não com o dinheiro (F, 12/4/2006).

Não, não existe, porque, na gestão passada (Gestão Municipal 2000-2004) ainda vinha uma verba de dois em dois meses, tipo quinhentos reais pra compra de material pra oficinas; nós comprávamos, apresentávamos as notas e depois eles colocavam o dinheiro; nessa gestão (Gestão Municipal 2004-2008; Gestão da Secretaria de Saúde de 2004 até abril de 2006) não existe nada, então, a pergunta se existe descentralização administrativa dos recursos financeiros, não, não existe (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais referiu-se a descentralização não apenas como repasse de recursos financeiros e funções administrativas, mas como compartilhamento de poder na gestão do serviço.

Essa descentralização, eu estou entendendo como um compartilhamento de poder; não existe esse compartilhamento de poder na hora de gerir os recursos, assim, o CAPS possui CNPJ, mas ele não possui uma conta específica pra vir dinheiro pro CAPS, não existe isso, existe esse acordo que eu te falei, que vem do fundo a fundo e esse dinheiro vai pra saúde mental e o CAPS tem uma vertente pro CAPS, o dinheiro não é só pro CAPS, ela vai pra saúde mental, e aí o CAPS acaba utilizando esse dinheiro, então, quando pergunta sobre a descentralização eu faço a avaliação de que é o compartilhamento de poder, então, não tem isso, é o gestor que acaba se apoderando desse sistema de financeiro, a gente não interfere (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ao considerarmos a questão da descentralização político-administrativa dos recursos financeiros, temos a intenção de destacar que a transferência desta prática às unidades prestadoras de serviços em saúde nos municípios poderia estar favorecendo uma melhor utilização e adequação dos recursos às necessidades reais do serviço, bem como possibilitar maior agilidade na compra dos materiais e viabilizar um processo de gestão democrática e participativa, entre técnicos trabalhadores, usuários e gestores. Essa prática traduz-se, por sua vez, em um exercício político-pedagógico de construção da democracia, objetivando uma atuação com transparência na administração da coisa pública.

Quando questionados sobre se a descentralização financeira dos recursos possibilitaria o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, os

profissionais, na sua maioria, disseram que sim, com algumas ressalvas feitas para a necessidade de mudanças na forma de gestão administrativa do serviço, conforme expresso nas falas que seguem:

Sem dúvida, sim sem dúvida, isso é um equívoco assim porque..., justamente porque a gente não sabe qual é o destino dado a esse dinheiro. A gente acredita que se a gente tivesse mais transparência nesse processo a gente poderia pelo menos priorizar certas coisas que são de fato importante e garantir que elas fossem..., que a gente conseguisse obter essas coisas, enfim, o investimento necessário (F, 12/4/2006).

A melhor utilização sim acho que o planejamento teria que ser anterior, mas sim, acredito que utilizar no sentido até..., porque muitas vezes, como vai para esse Fundo que é pra todos, pra toda a saúde, você acaba sem saber, igual agora, que a gente já tem o dinheiro da supervisão disponível na secretaria, mas não tem como a gente começar amanhã, embora o dinheiro já esteja lá., porquê? porque a gente não sabe como esse dinheiro vai sair e entrar na mão do terapeuta que vai fazer a supervisão da equipe e isso pode demorar um mês, dois meses, vai saber, seria melhor, claro (J, 22/3/2006).

Sim, com certeza, porque nos iríamos sentar e ver as necessidades, por exemplo, esse ano nós ficamos desde o ano passado até um mês atrás sem material nenhum pras oficinas e as oficinas que mais tinham, capitalizavam usuários e não tínhamos material, nós tivemos que suspender as oficinas; então nós sabemos das necessidades, as necessidades dos usuários, quais as oficinas tem mais usuários, pra gente pode administrar e vê onde pode estar investindo (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que sim porque ficaria mais próximo da própria administração do CAPS, porém, ia surgir a necessidade de ter todo um aparato administrativo pra poder gerenciar isso, mas assim, na medida que aqui no CAPS a gente tem uma gestão participativa, em que os usuários estão reunidos semanalmente pra pensar as regras do CAPS, as necessidades do CAPS, enfim, seria mais interessante talvez, esse repasse direto tu quer dizer, é... não sei assim, a princípio..., hoje a gente tem uma estrutura de conselho que prevê o controle social através do Fundo Municipal de Saúde, o Conselho Municipal tem essa ligação também, e aí a gente está lá também, de certa forma representado (VIK, 24/3/2006).

Olha, eu acho que teria que mudar um pouco a nossa dinâmica de funcionamento; não deixa de ter um lado...bom, é uma faca de dois gumes, poderia facilitar a gente fazer um processo mais rápido talvez, não faltaria coisa, porque as vezes faltam coisas básicas, agora, por exemplo, faltam copos, se você tivesse o recurso você ia ali e comprava uns pacotes de copos, não teria essa... essa falha; agora é saber que é mais uma tarefa também que acumularia em termos administrativos, financeiros, quer dizer, não sei se você não está ali também inchando o processo burocrático aqui dentro do CAPS; eu acho que pode ter vantagens, mas pode ter desvantagens; eu teria que pensar melhor, nunca pensei nessa possibilidade; assim, acho que o dinheiro da Oficina, puxa, se a gente tivesse aqui uma verba seria mais fácil, as vezes faltam coisas

pequenas que você não tem como estar repondo aqui, tem que esperar uma nova verba, de repente pra.... (P, 17/3/2006).

Um dos profissionais observou sobre as questões práticas e políticas que envolvem a descentralização no contexto do SUS:

Esse compartilhamento de poder ele só pode ser discutido dentro da lógica do SUS, universalização, integralização, etc., dentro dos preceitos do SUS tem o controle social, essa descentralização só pode ser discutida quando acontece o controle social. Hoje essa descentralização ela tem que ser discutida no Conselho Municipal de Saúde e mais precisamente no conselho gestor dentro do CAPS; agora, porque não ocorre isso? Porque não tem a clareza da necessidade; eu acredito que as pessoas que acabam estando na prática, principalmente no CAPS, se sobrecarregando com as coisas, e acabam não tendo a clareza, ou não querendo assumir mais um encargo trabalhista; então, esse é um dos grandes problemas que existe, a sobrecarga de trabalho, as condições de trabalho, aí você acaba tendo que lutar por tudo isso; isso aí eu vejo que tem muito a ver com a questão da militância, pessoas que já estão, lá na época ou do ensino médio, que já começam ir pros grêmios, depois a pessoa acaba indo pra militância no movimento estudantil, e quando vão pros serviços de saúde são profissionais mais críticos, que acabam tendo essa visão mais ampla da saúde e da política; então, as pessoas que acabam chegando no serviço com um pouco desse ideal de controle social eu diria, acabam questionando mais essa questão da descentralização; voltando a tua pergunta sobre a descentralização financeira, ela poderia sim possibilitar um melhor planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, se houver o controle social dentro dessa descentralização financeira (GIRASSOL, 20/3/2006).

Cabe destacar que a proposta da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, na regionalização e na hierarquização da rede de serviços, constante entre os princípios e diretrizes do SUS, coloca o município como lugar privilegiado para o desenvolvimento de uma política de financiamento das ações em saúde, com critérios transparentes, e que respeite as particularidades da realidade local. O Ministério da Saúde continua a ser a instância que, na administração do Fundo Nacional de Saúde (FNS), acompanha a aplicação dos recursos que são repassados aos estados e municípios. Estes, por sua vez, são obrigados a constituir os seus respectivos fundos de saúde e conselhos estaduais e municipais, elaborar planos de ação e apresentar relatórios de gestão, garantindo também a existência de contrapartida de recursos para a saúde nos seus orçamentos (COSTA, 2002).

Embora a descentralização seja uma prática com vistas a aumentar o poder decisório de aplicação dos recursos na esfera local, esta ainda apresenta muitos problemas, na medida que não consegue alcançar efetividade, dados os impasses de ordem burocrática e administrativa. Por si só a descentralização não garante maior controle social ou uma prática democrática. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada que abarque as especificidades da área da saúde mental.

Nesse sentido, a lógica fundamental da estrutura de financiamento exigida é a de que os recursos financeiros devem ser centrados nas pessoas e não nos serviços. O financiamento deve contemplar todas as ações necessárias e decorrentes da implantação, implementação e sustentação de uma nova política de saúde mental (BRASIL, 2002a). O que deve ser colocado em pauta é a viabilidade de se financiar o CAPS como um todo, envolvendo todas as suas ações e especificidades, permitindo-se que cada serviço tenha flexibilidade para realizar seu trabalho de acordo com as necessidades locais, desvinculando o financiamento da relação de compra e venda de serviços e da noção de doença (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 136).

3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico

Os profissionais que trabalham nos CAPS compõem um grupo de diferentes técnicos de formação de nível superior e nível médio, e integram uma equipe multidisciplinar. Todas as unidades de serviço devem obedecer a exigência da diversidade profissional e cada CAPS tem suas próprias características quanto ao tipo e a quantidade de profissionais. A equipe mínima indicada para os CAPS II é composta por médico psiquiatra, enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior de outras categorias profissionais entre psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro necessário ao projeto terapêutico e seis profissionais de nível médio entre técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).

O papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. As equipes devem organizar-se para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação

psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e poder equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas (BRASIL, 2004).

Neste item nos propomos a descrever e analisar a composição e perfil da equipe técnica do CAPS Ponta do Coral, bem como as dificuldades e facilidades do trabalho em equipe consideradas pelos profissionais, a existência de práticas interdisciplinares no atendimento ao usuário, de projeto terapêutico e planejamento das ações da unidade de serviço¹³. Ao final do item consideramos os apontamentos dos profissionais sobre as diferenças do atendimento prestado no CAPS em relação ao realizado nas instituições tradicionais/hospitais psiquiátricos.

3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental

O CAPS Ponta do Coral conta com uma equipe de profissionais multidisciplinar que atua diretamente no atendimento aos usuários. São profissionais com formação de nível superior nas áreas de psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Entre os de formação de nível médio estão dois técnicos em enfermagem e um auxiliar administrativo. Compõem a equipe, ainda, os profissionais de apoio, vigilantes e auxiliar de limpeza, e estagiários de psicologia, serviço social e enfermagem.

¹³ É importante destacar que o perfil bem como a opinião dos profissionais sobre o serviço varia, no decorrer do tempo histórico, de acordo com a composição da equipe naquele determinado momento. Outros trabalhos já realizados identificam o perfil da equipe, a percepção dos profissionais sobre o trabalho no CAPS, o significado e o processo de inserção no serviço, a concepção sobre o modelo assistencial e práticas de desinstitucionalização, em épocas anteriores. Entre estes ver: GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003; FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial** - percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004; NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental:** em busca da articulação e qualificação das ações em saúde. Monografia (Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Lato Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

A maioria dos técnicos de nível superior concluiu a graduação na década de 1980. Metade deles possui capacitação específica na área de saúde mental, em geral, cursos de formação e aperfeiçoamento, especialização em terapia cognitiva comportamental, saúde pública, clínica, psicoterapia, psicanálise, atenção psicossocial. Três profissionais possuem mestrado nas áreas de enfermagem, sociologia política, artes cênicas; um fez residência médica em psiquiatria e cursa mestrado na mesma área; uma profissional tem doutorado em sociologia política.

Mais da metade dos profissionais (58,3%) possuem experiências de atuação profissional em outras instituições da área de saúde mental como clínica de internação, hospital psiquiátrico, centro comunitário de saúde mental, serviços de atenção à dependentes químicos e centro de atenção psicossocial. A maioria (66,7%) atua na área de saúde mental a partir da segunda metade da década de 1990. Cinco profissionais identificaram ter experiência de atuação em outras instituições que não da área de saúde mental.

Com relação ao tempo de serviço no CAPS, quatro profissionais atuam desde a implantação do serviço, em 1996, três ingressaram na equipe entre os anos de 2001 e 2002, e quatro profissionais passaram a fazer parte da equipe recentemente, a partir de meados de 2004. Quanto ao tipo de vínculo empregatício, a maioria, 75% (9 profissionais), é servidor público concursado, dois são contrato temporário e um ingressou no serviço público municipal através de indicação técnica. Nove profissionais possuem regime de trabalho de 30 horas semanais e 3 deles trabalham 40 horas semanais.

Com relação a capacitação específica em saúde mental para atuar no CAPS, todos os entrevistados consideram esse quesito de grande importância. Entre as razões apresentadas estão: a necessidade de compreensão e entendimento comum do que é um CAPS e o entendimento do tipo de assistência que este serviço deve oferecer; a preocupação com a diferença no atendimento que o CAPS deve oferecer em relação aquele prestado em outros serviços de saúde mental; a necessidade da capacitação para suprir as defasagens da formação acadêmica, que, em geral, não abarca as especificidades do campo da saúde mental.

Na opinião dos entrevistados,

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS, não tem a qualificação pra atuar, então ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então é necessária a questão da capacitação... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ah sem dúvida, sem dúvida, principalmente porque o que a gente está propondo é uma reformulação no modo da assistência em saúde mental, então é preciso que quem venha trabalhar num CAPS entenda essa lógica, que não venha pra cá com a mesma mentalidade do que se faz no hospital psiquiátrico, do que se faz em ambulatório, é outra coisa também diferente da atenção básica, então o CAPS precisa disso, precisa que o profissional tenha essa.., esse tipo de orientação, esse tipo de compreensão da sua finalidade (F, 12/4/2006).

Muito, muito importante, justamente por isso que eu estou te falando, porque assim, o profissional que trabalha no campo psicossocial, de qualquer área, ele necessariamente precisa quebrar a prática estereotipada pra poder entrar num serviço como esse porque o assistente social de um CAPS ele não é aquele assistente social de um hospital psiquiátrico, ele muda, ele faz outras coisas, ele se coloca de outro jeito, assim também é o médico, assim também é o psicólogo, o enfermeiro, então, uma formação específica pra essa área é bastante adequado porque vai tratar especificamente das necessidades que se colocam no cotidiano (VIK, 24/3/2006).

Considero, considero sim. É interessante que cada um tenha um saber, que traga o seu saber pela sua formação, da sua prática, do seu bairro, da sua comunidade, mas trabalhar no CAPS não é trabalhar em ambulatório, trabalhar no CAPS é ter um conhecimento sim do que é uma Reforma Psiquiátrica, do que significa um CAPS num panorama hospitalocêntrico. É toda essa questão política que tem por trás, questão financeira também, que é um serviço que se propõem substituir sim progressivamente os hospitais. Em muitos lugares isso já é feito, já conseguem fazer internação zero, outros lugares não; então, uma abordagem no CAPS precisa sim ter capacitação (LÉLI, 4/4/2006).

Sim, até por que o que é o CAPS? O quê um CAPS deveria ser? Cada um tem a sua idéia do que é um CAPS, mas ela não é uma idéia homogênea, então a minha experiência do que é um CAPS em outros lugares, que eu já tive em outros lugares especificamente, é muito diferente do que eu chego aqui e encontro as pessoas falando o que é um CAPS. é claro que a capacitação para um CAPS, para o que é o trabalho em CAPS podia homogeneizar, pelo menos todo mundo iria estar falando a mesma língua (J, 22/3/2006).

Sobre este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005, p. 30), observam que “os profissionais de saúde mental são, ainda em grande parte, formados a partir da prática cotidiana que caracteriza a lógica manicomial”. Hospitais e clínicas psiquiátricas constituem-se ainda os espaços onde “são oferecidos treinamentos em serviço (sob a forma de estágios e residências) aos profissionais que irão, no futuro, tentar materializar a nova lógica dos serviços substitutivos”.

Os autores destacam que “do sucesso da forma de organização da produção e transmissão do conhecimento pode depender o sucesso da própria reforma psiquiátrica” (OLIVEIRA; DORNELES, 2005, p. 32). Neste sentido, é importante que seja colocado na

cena do debate o funcionamento das instituições de aprendizado profissional sob a ótica da reflexão sobre as práticas e não apenas sobre o discurso das propostas dos cursos de formação. Os centros de formação devem se programar, planejar e garantir aprendizado e treinamento supervisionado, em que se pratique e construa espaços de práticas genuinamente terapêutica.

Na mesma direção, um dos entrevistados expressou sua preocupação com relação a seleção dos profissionais que vão atuar no CAPS, argumentando que os resultados do trabalho também dependem desse aspecto.

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS não tem a qualificação pra atuar, então, ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então, é necessária a questão da capacitação [...]. o processo de inclusão do profissional na área da saúde mental hoje, como se dá? Ele se dá por indicação política, seleção por contrato temporário e por concurso público. A indicação política pode ofertar profissionais desqualificados, pode! O contrato temporário, se não tiver um rigor no perfil que se quer pra trabalhar em CAPS vai acontecer a mesma coisa, um profissional desqualificado, o concurso público a mesma coisa, se não tiver um perfil, se não tiver o que se gostaria realmente, qual profissional que você gostaria de estar atuando hoje no CAPS, então, enquanto não se superar a forma de inserção no trabalho do CAPS, enquanto não se superar a discussão da saúde mental nos currículos acadêmicos vai continuar sendo sempre necessária a questão da capacitação [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Com relação a formação das equipes técnicas para atuar nos CAPS, as indicações aprovadas na e pela III CNSM apontam para a necessidade de que a contratação de profissionais deva ser realizada exclusivamente por meio de concursos públicos, e em caso de urgência, através da CLT, mas com seleção pública. E, ainda, os concursos devem exigir os pré-requisitos necessários e adequados à proposta de trabalho em saúde mental, alinhada teórica e conceitualmente aos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2002a).

Assim, é necessário considerar, quando da seleção dos profissionais, o perfil para trabalhar junto ao portador de sofrimento psíquico, bem como a existência de uma dimensão subjetiva, humanizante, solidária e fraterna como componente fundamental do perfil dos trabalhadores em saúde mental. Nesta direção, uma das participantes da pesquisa destacou a questão da opção política por este tipo de trabalho, associada a necessidade de competência técnica para atuar na área.

Eu acho que a gente trabalha com situações que requerem um estudo permanente, formação permanente, [...] eu acho que este é um dos vícios da saúde pública. Muitas vezes se confunde um pouco o tratamento ético ou moralmente responsável com uma qualidade também técnica. Eu acho que as duas coisas têm que estar associadas, tem que ter uma empatia pela causa da saúde pública, que aí entra na questão ética, moral de cada um, valores que você tem quando você vem pra esse tipo de trabalho; muitas pessoas que vem pra saúde pública quase que tem uma vocação religiosa. Mas ao mesmo tempo você também tem que ter uma competência técnica; não basta você tratar bem o paciente, você acolher, você precisa saber como intervir dentro da linha de trabalho que cada um escolhe, isso é fundamental (P, 17/3/2006).

Os profissionais, na sua maioria, indicaram ter recebido capacitação para atuar no CAPS. Referiram-se, especificamente, a um treinamento/capacitação realizado em novembro de 2005, com duração aproximada de 20 horas, organizado pela Assessoria Técnica de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde¹⁴. Contudo, alguns observaram que foi um treinamento tipo encontro, de curta duração, com trocas de experiências, e que não chegou a ser muito significativo.

Com relação a política de saúde mental, a maioria dos profissionais (83,3%) afirmou ter no mínimo algum conhecimento de sua organização e diretrizes. Entre os entrevistados, todos consideram importante saber sobre os princípios, a estrutura e forma de organização da política de saúde mental para o trabalho do CAPS. Todos indicaram haver disponibilidade de material didático relativo a política na unidade de serviço.

Sim, precisa conhecer a política porque o atendimento está dentro dessa política, dessa lógica. (LÉLI, 4/4/2006).

Claro! é vital, pra poder planejar o seu trabalho, pra poder saber como é que a gente se liga com outros serviços, como é que a gente pode montar a rede, isso é fundamental porque o trabalho não se encerra aqui dentro, não pode ficar aqui dentro só, ele tem que poder justamente se expandir (F, 12/4/2006).

Sim é muito importante, até pra saber o que está acontecendo, o que pode ser feito, quais são os recursos disponíveis, o que precisa melhorar. Acredito que, fora a sua capacitação individual, eu acho que isso é uma outra premissa pra você iniciar no serviço [...] (J, 22/3/2006).

É importantíssimo conhecer, primeiro saber se ela existe, primeiro a pessoa tem que ter a curiosidade, tem que ter o desejo e a clareza de que é essencial ter os parâmetros ou diretrizes políticas de saúde mental pra

¹⁴ O município não tem o cargo de Coordenador de Saúde Mental. Em novembro de 2005 foi nomeada Assessora Técnica em Saúde Mental a enfermeira Lílian Pagliuca, que permanece na função até a data da presente pesquisa.

poder acompanhar, se orientar, e, segundo, conhecer sobre essa política (GIRASSOL, 20/3/2006).

Muito importante porque hoje a gente tem acesso a isso, aqui no CAPS a gente tem a legislação de saúde mental e pra gente poder entender porque, assim, a gente está na gestão da política também, por ser participativa, por estar junto nas decisões, então é preciso que a gente entenda, e tem muito detalhamento, são muitas portarias, o sistema de financiamento também é bastante complexo [...] (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que claro, porque a gente está dentro de um braço da política nacional de saúde; tanto pra você ter noção de qual é a perspectiva, em nome de que esse serviço está sendo mantido, também pra você poder avaliar a possibilidade desses ideais, dessas prerrogativas, que são pensadas a nível geral e nacional, serem realmente eficaz em termos práticos, porque muitas vezes você tem uma boa idéia, mas nem sempre uma boa idéia traz um bom resultado [...] (P, 17/3/2006).

Nesse sentido, a construção e consolidação de uma política de saúde mental, coerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o estabelecimento de uma política adequada de recursos humanos, que valorize e considere a importância do trabalhador de saúde mental na produção dos atos de cuidar. Para isso, deve-se garantir a capacitação e qualificação continuadas; a remuneração justa dos profissionais; a garantia de condições de trabalho e de planos de cargos, carreira e salários; a democratização das relações e das discussões em todos os níveis de gestão; a incorporação das questões de segurança, saúde e saúde mental do trabalhador; a garantia de supervisão clínica e institucional; a avaliação de desempenho e garantia da jornada de trabalho adequada para todos os profissionais de nível superior, bem como a isonomia salarial entre eles (BRASIL, 2002a).

3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário

De acordo com as indicações aprovadas na III CNSM, a política de recursos humanos para a saúde mental deve visar implantar, em todos os níveis de atenção, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, na perspectiva do rompimento dos especialismos e da construção de um novo trabalhador em saúde mental, atento e sensível

aos diversos aspectos do cuidado, ou seja, com uma visão integral e não fragmentada da saúde (BRASIL, 2002 a).

Segundo 83,3% dos profissionais o trabalho no CAPS Ponta do Coral é realizado em equipe. A maioria considera que existem dificuldades na realização das atividades. Uma delas está relacionada, conforme identificado por eles, ao fato de que nem todos compartilham das mesmas referências com relação à Reforma Psiquiátrica, à saúde pública e ao projeto do CAPS.

Bom, são várias, mas o que eu vejo de mais complicado é o fato de que nem toda a equipe compartilha das mesmas referências em relação ao que seja a Reforma Psiquiátrica, a função de um CAPS, as necessidades que o CAPS tem pra alcançar esses objetivos. Isso se deve em parte a diversidade da formação, e também às convicções pessoais. O problema não é a diversidade em termos da formação profissional em si, mas o modo, o fato de que você tem uma equipe multiprofissional por exemplo, isso gera alguma dificuldade na troca, na possibilidade de produzir um conhecimento novo a partir dessas experiências que são de diferentes disciplinas, diferentes áreas. Mas eu diria que é mais no sentido da Reforma Psiquiátrica mesmo, naquilo que ela aponta, então parece que esse é um problema a mais; outro que tem se tornado mais evidente pra mim ultimamente é a falta de formação de grande parte dos profissionais sobre o que seja saúde pública, boa parte deles não conhece o sistema de saúde pública, apesar de trabalhar num serviço de saúde pública, mas não conhece o sistema, não sabe a lógica, não sabe como é que ele funciona, então acaba tomando decisões muitas vezes administrativas que são equivocadas, que não levam em conta o modo de funcionamento da saúde pública (F, 12/4/2006).

Tem sim várias dificuldades, entre elas, existem diferenças de formação e, portanto, ideológicas. Alguns momentos a gente vê, assim, o CAPS tem um projeto de não internação, de autonomia do usuário, de gestão plena do usuário, e, as vezes, a equipe, algumas pessoas acabam esbarrando com isso. O entendimento disso é muito difícil também, as vezes é uma linha muito tênue entre o que é o assistencialismo, a autonomia, o que é dar o limite do ponto de vista terapêutico e o que é dar o limite porque você não quer se incomodar. Então, algumas pessoas não vêm de uma postura da Reforma Psiquiátrica, não sabe o que é uma Reforma Psiquiátrica, não tem uma noção, [...] é uma luta política também e algumas pessoas não sabem o que é [...] (LÉLI, 4/4/2006).

Em outras falas, foi apontada como uma das dificuldades do trabalho em equipe questões relacionadas a uma suposta divisão entre o grupo de técnicos.

A relação com a equipe tem uma certa peculiaridade, eu acho que as pessoas, a equipe que começou anteriormente, já desde a formação ou no começo do CAPS, eles se intitulam como a equipe do CAPS. Os que chegaram depois, em geral, não são bem acolhidos, ou são muito pouco,

tanto que as próprias atividades em equipe, em grupo, dificilmente, essas pessoas novas são incorporadas ao que já existe; então, acaba criando aí até a equipe da manhã, a equipe da tarde, mais ou menos, embora eu estou aqui todo o período, mas tem essa divisão... e eu acho que assim o ponto de partida é esse, a sensação é que quem não estava aqui desde o começo não fez parte da história (J, 22/3/2006).

A equipe que iniciou lá em 96 (1996) veio com algumas questões conceituais amarradas. Por quê? Porque a pessoa que estava pensando, planejando o CAPS ela vinha do Movimento da Luta Antimanicomial, era uma das representantes em nível nacional aqui em Floripa, Santa Catarina; então tinha algumas coisas amarradas na estrutura de atendimento do CAPS, que era muito pra poder implantar o sonho da Reforma Psiquiátrica aqui em Floripa, criar um serviço, do município, que de fato evitasse internação, que de fato fosse continente pros usuários com transtorno mental grave, e isso se mantém, porém, com a chegada dos técnicos que foram sendo substituídos, alguns saíram, técnicos novos entraram, a equipe de profissionais foi se modificando, a gente tem uma distância conceitual por mais que a gente pretende uma proposta multiprofissional, e a gente consegue, ao longo do tempo a gente conseguiu, é muito interessante o jeito como nós trabalhamos, porque de fato conseguimos trabalhar cada profissional lado a lado, dividindo o mesmo grupo, a mesma oficina terapêutica, então, assim, isso é possível, mas hoje, a gente, assim, tenta manter esse paradigma da Reforma Psiquiátrica, da desospitalização, do fortalecimento dos serviços territorializados, de um modelo que é um modelo multiprofissional, com a gestão participativa dos usuários, contra o modelo hospitalocêntrico, médico centrado, mas existem diferenças na questão conceitual da equipe, isso é falho, inclusive pra própria equipe (VIK, 24/3/2006).

A importância da unidade da equipe no atendimento ao usuário e na organização do trabalho recai sobre a qualidade do tratamento terapêutico ofertado. A mudança de paradigma epistemológico com relação a saúde mental não garante por si só a alteração das práticas assistenciais. Os conflitos e problemas de equipe existentes precisam ser trabalhados nas supervisões institucionais de forma que os técnicos consigam superar as dificuldades que obstaculizam a união do grupo em torno de um objetivo comum, sejam elas ideológicas, de formação, de concepção e/ou de afinidade com os colegas.

Um dos entrevistados apontou a questão das relações de poder e diferenças nos valores pessoais e nas relações interpessoais como dificuldades do trabalho em equipe.

Primeiro, a relação de poder, eu acho que é um grande problema, uma dificuldade que existe. Essa relação de poder, ela emana, que eu tenho percebido, da psicanálise, da teoria psicanalítica e da teoria psiquiátrica; então, os profissionais detentores desse conhecimento acabam, sutilmente, estabelecendo poder frente aos profissionais não-psi diria; essa relação de poder pelo saber é um dos problemas ou uma das dificuldades que eu encontro pra trabalhar em equipe no CAPS; outra

dificuldade, acho que é a própria experiência de vida das pessoas, aquelas pessoas em que parece que não estão claros os valores humanos como solidariedade, amor, justiça, sabedoria, a práxis, o repensar a prática, profissionais que não fazem a autocrítica da sua prática, pra mim, eu acho que é uma dificuldade trabalhar em equipe devido a isso; então, seria esse poder pela teoria e essa questão um pouco mais pessoal que é a relação de lidar com o outro, as relações interpessoais, são dificuldades que eu vejo em equipe (GIRASSOL, 20/3/2006).

A partir da fala profissional é possível pensar sobre as relações de poder que se estabelecem pelo saber. Conforme nos ensina Foucault (1979), os poderes se exercem em níveis variados e em pontos diferentes da vida social. Neste complexo, existem os micropoderes que estão intimamente relacionados com a produção de determinados saberes (sobre o criminoso, a sexualidade, a doença, a loucura). Assim, o poder não é algo que se detém como uma coisa, como uma propriedade, que se possui ou não. O poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona, como uma máquina social que não está situada em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda estrutura social (MACHADO, 1979 p. XIV).

De acordo com Foucault (1979), todo conhecimento, seja ele científico ou ideológico, só pode existir a partir de condições políticas, que são as condições para que se formem tanto o sujeito quanto os domínios de saber. Para o autor não há saber neutro, todo saber é político. Dessa forma, saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber. E, em contrapartida, todo saber assegura o exercício de um poder (MACHADO, 1979 p. XXI - XXII).

Na seqüência, a entrevistada aponta de forma geral algumas das questões cotidianas como dificuldade no trabalho em equipe.

Bom, eu acho que as vezes a gente é muito trefista, a gente não tem o tempo suficiente que a gente gostaria para estar parando para discutir os casos, se ater a cada paciente; tem diferenças na equipe também, tem conflitos [...] mas assim, a gente ainda tem, as vezes, coisas assim muito imediatistas, que não nos propiciam fazer realmente um estudo de caso mais integrado, ter uma intervenção, as vezes, mais articulada; a gente tem tentado em alguns momentos, mas assim, não é uma coisa que tem um peso forte como eu acho que deveria ter (P, 17/3/2006).

Dessa forma, a intensidade das demandas colocadas aos profissionais, especialmente na atualidade, provocam o desenvolvimento de ações pragmatistas, muitas

vezes sem uma reflexão maior. Isso vem acontecendo em vários contextos institucionais e com diferentes profissões. Ou seja, na medida que aumentam as necessidades humanas e as demandas para satisfazê-las, não ocorre no mesmo ritmo, o aumento da oferta de equipamentos e serviços assistenciais capazes de dar conta da complexidade dos problemas decorrentes da emergência das novas relações sociais, econômicas, culturais, advindas com a modernidade.

A precarização das condições de trabalho também foi apontada pelos entrevistados como mais um dos fatores que, por vezes, dificultam a convivência e o trabalho em equipe. Eles se referem a questão da diferença na remuneração salarial entre os profissionais que trabalham no CAPS, principalmente do médico para as outras profissões. A desproporção salarial chega a diferença de até quatro vezes mais entre o que recebe o profissional médico e o salário dos demais técnicos. Associadas a esta situação estão a diferença na carga horária de trabalho, a condição de contratação temporária, a falta de reconhecimento por parte da SMS, no apoio e incentivo à participação em eventos científicos e de militância política na área, entre outras.

Os profissionais indicaram que contam com supervisão institucional para lidar com as questões do trabalho no cotidiano. A supervisão institucional existente era, até o início deste ano (2006), paga pelos próprios profissionais, mas nem todos participavam. A partir do mês de abril do corrente esta passou a ser financiada com recursos provenientes do Ministério da Saúde. Além deste tipo de supervisão, foi relacionado como outro recurso existente para abordar essas questões as reuniões de equipe, realizadas mensalmente, as reuniões clínicas, realizadas semanalmente, e foi citada pelos técnicos em enfermagem, a supervisão realizada com profissional da área.

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que as políticas de formação e capacitação em saúde mental devem criar espaços de trocas baseados na realidade local, com valorização dos diversos saberes e metodologia participativa. A supervisão clínica e institucional permanentes deve ser estendida a todas as pessoas que trabalham com portadores de transtorno mental: equipes de PSF e PACS, trabalhadores da urgência e emergência, do hospital geral, dos serviços substitutivos e dispositivos residenciais, cuidadores de saúde mental, profissionais de nível médio e superior da rede de saúde mental. A referida Conferência destaca, ainda, a necessidade de implantação da NOB – Recursos Humanos do SUS, salientando a importância da garantia da capacitação para todos os níveis, supervisão permanente, interdisciplinaridade e isonomia salarial (BRASIL, 2002a).

Com relação as potencialidades que o trabalho em equipe possibilita os profissionais destacam a relevância deste no atendimento ao usuário, a possibilidade de trocas entre as varias áreas e a oferta de um atendimento multidimensional.

Entendo que essa é uma clínica multidisciplinar e isso (trabalho em equipe) é importante pela complexidade mesmo do tipo de fenômeno com o qual a gente trabalha, então, a gente precisa, é necessário ter uma oferta de serviços e de formas de atenção, que seja a mais diversificada possível, pra que a gente possa atender a uma série de necessidades que as profissões nas suas especialidades não dão conta; então essa é a grande vantagem, você pode fazer essa atenção multidimensional, isso é interessante (F, 12/4/2006).

A vantagem é justamente a estrutura coletiva de resposta à uma situação que chega pra você; vem a psiquiatria trazer um conhecimento, a psicanálise traz outro, [...] a enfermagem acaba dando a sua contribuição quando discute realmente a relação, vem o serviço social discute essa articulação que a pessoa tem com o social, e essas pessoas (profissionais), com seus conhecimentos, vão socializando esse conhecimento pra dar a resposta às fragilidades ou às potencialidades de vida que essa pessoa traz (GIRASSOL, 20/3/2006).

Acho que a grande vantagem é que a gente quebra a lógica hospitalocêntrica que era muito centrada no médico, na figura do médico, naquilo que o próprio médico decidia do tratamento, hoje quem decide é a equipe multiprofissional [...] (VIK, 24/3/2006).

Ah! Muitas, eu acho, em primeiro lugar, essa possibilidade da troca interdisciplinar; porque eu acho que cada um tem um tipo de contribuição diferente, um saber que te ajuda a pensar com mais amplitude o próprio trabalho, o próprio paciente, e, eu acho que quebra um pouco certas relações de poder; também, assim, o fato de a gente lidar com situações que são muito pesadas para alguém estar lidando sozinho, então quando você sente essa coisa da equipe, quando tem um paciente que está muito comprometido ou que tem risco de vida, a gente se sente muitas vezes angustiada por aquele paciente e você tem a equipe pra te dar um respaldo, pra estar pensando junto. Acho que isso é, sem duvida, algo que gratifica também (P, 17/3/2006).

Primeiro, agregar conhecimentos, se a equipe for multidisciplinar, que não quer dizer interdisciplinar, mas a princípio se ela for multidisciplinar a possibilidade de trocas de conhecimento de várias áreas realmente acaba sendo muito rica; são vários olhares sobre uma mesma questão, vários pontos de vista. Quando o trabalho de equipe é interdisciplinar, as pessoas acabam trocando mesmo, saindo, as vezes, do seu campo de formação, podendo estar se estendendo em outros campos, acaba sendo mais rico ainda. Num trabalho como o CAPS é necessário (o trabalho em equipe). Eu não consigo ver o trabalho que não seja em equipe porque pra você atender um usuário você precisa de uma equipe, pra você abordar o usuário, uma família, receber uma família precisa de vários olhares, enfim, de várias formações, vários olhares técnicos, da parte de

enfermagem, psicologia, da arte, serviço social, então, isso é importante (LÉLI, 4/4/2006).

O reconhecimento de outras dimensões no processo saúde-enfermidade, que não estritamente a biológica, traz a tona a questão da interdisciplinaridade¹⁵, pois na busca da integralidade da assistência a atuação de um único saber profissional não é suficiente. No processo da Reforma Psiquiátrica o campo da saúde mental é chamado a refazer-se por inteiro, ampliando o seu foco de abordagem e procurando romper com as delimitações dos saberes tradicionais na área. Busca-se uma nova recomposição de conhecimentos, sustentados sobre um conjunto de rupturas e novas premissas, e não apenas um novo somatório ou rearranjo simples dos saberes especializados. Desta forma, diversos campos de saber, implicados na assistência em saúde mental, são envolvidos na teorização e nas novas práticas de cuidado (VASCONCELOS, 2000a).

A pesquisa realizada indicou que 66,3% (correspondente a oito dos doze profissionais que responderam o formulário) dos profissionais consideram que existe interdisciplinaridade no atendimento ao usuário no CAPS Ponta do Coral. As falas relacionadas na seqüência apresentam a concepção dos profissionais sobre interdisciplinaridade e indicam a respectiva compreensão sobre a importância desta no atendimento ao usuário.

A gente poder ter o que a gente chama de clínica ampliada, essa multidimensionalidade que nos permite atacar o problema de várias formas e, portanto, oferecer diversas formas de atendimento, desde o medicamentoso até o serviço social, as oficinas, as oficinas expressivas, a arte, etc. (F, 12/4/2006).

Eu acho que em primeiro lugar isso, assim, é um olhar mais amplo para a condição daquele paciente. Cada profissional tem um aspecto que acentua, pela sua vida, pela sua formação; o educador artístico tem uma outra estratégia, por exemplo, pra lidar com aquela queixa do paciente, o assistente social tem uma, o psicólogo tem outro olhar, assim, eu acho que pra mim soma, eu acho que é uma forma da gente também aprender, enriquecer a nossa análise, a nossa possibilidade de intervir; sem dúvida que é rico (P, 17/3/2006).

Alguns profissionais expressaram sua concepção de interdisciplinaridade observando que esta não é sinônimo de multidisciplinaridade e que nem sempre é possível fazer práticas interdisciplinares.

É justamente isso, poder compartilhar o conhecimento que cada disciplina traz, essa inter, mas realmente compartilhar isso e não a

¹⁵ Sobre os conceitos de multi, inter e transdisciplinaridade ver, entre outros, Vasconcelos, 2000a.

multidisciplinaridade; é pensar, coletivamente, saídas pra enriquecer a vida da pessoa e aí é sempre um pensar e repensar (GIRASSOL, 20/3/2006).

Então, essa idéia dessa troca de conhecimento pra poder ajudar o usuário, pra poder a equipe ter um suporte também, pra poder, num estudo de caso, por exemplo, trocar os vários conhecimentos, os vários pontos de vista e poder estar entrelaçando; então, é importante, mas nem sempre se consegue fazer (LÉLI, 4/4/2006).

Já nas falas que seguem é possível perceber a concepção de interdisciplinaridade mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade.

Cada profissional tem a sua especialização, e ele foi formado para atender determinadas características que aquele usuário precise, ou informações, e a própria atenção, e cada um tem uma formação específica e diferenciada; então, eu acho que quanto mais ampla, mais amplamente ele for avaliado, e receber essas informações, e esse tratamento, vai ser melhor pra ele; então, desde o serviço social, desde o atendimento psicológico, o atendimento médico, enfim, até ah! eu cortei meu dedinho, o que eu faço? Então, vai poder ser atendido ali, ser acolhido pelo técnico de enfermagem (J, 22/3/2006).

É muito importante porque cada profissão tem o seu conhecimento específico e contribui aí com o seu conhecimento. É necessário que cada um de nós tenha muito claro o seu papel aqui dentro pra que não vire uma salada mista e se dilua o que cada um faz, que é específico de cada um. Então, é importante que a gente tenha boa formação técnica, específica da saúde mental pra que a gente possa chegar numa equipe que trabalha sob o paradigma do campo psicossocial, e que de fato possa ser multi, no sentido do atendimento, e aí, assim, no campo psicossocial, aqui no CAPS, por exemplo, a gente vê a necessidade de os profissionais trocarem mesmo, porque surgem muitas demandas, são muitas necessidades do usuário, é um campo novo. Então, assim, tem n coisas que vai se descobrindo, que cada área contribui diferentemente, mas ao mesmo tempo de forma conjunta. Então, o psicólogo, obviamente, ele tem mais elementos pra entender a parte clínica, o assistente social tem mais elementos pra entender a parte previdenciária, da assistência social desse usuário, que também é importante, muito importante pra ele, o médico tem o conhecimento sobre os psicofarmacos, sobre essa parte mais específica da medicação, e assim a gente vai trocando (VIK, 24/3/2006).

Com relação a este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005) observam que, no Brasil, a interdisciplinaridade faz parte do discurso politicamente correto, garantindo seu estabelecimento como princípio, traduzido na expansão cada vez maior dos territórios profissionais e na fusão dos saberes. O discurso da multi e da transdisciplinaridade é relativamente bem conhecido e aceito em nível intelectual, mas as práticas institucionais apontam, paradoxalmente, para fortes resistências, isolamento e hiperespecialização.

De acordo com os autores, para que estas ações multidisciplinares se tornem efetivas há necessidade de estratégias e planos, que visem a harmonização da convivência para que esta não seja imposta, mas compreendida e desejada pelos profissionais. Na prática, o momento é de impasse, pois multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade existem em tese e como imposição de comando, mas não se concretizam, ainda, como prática planejada, efetiva e eficaz (OLIVEIRA; DORNELES, 2005).

Ainda segundo os referidos autores, uma verdadeira transdisciplinaridade não está nem mesmo no horizonte das instituições de saúde mental brasileiras. Este é um dilema fundamental no processo da reforma psiquiátrica, que depende de ações integradas (órgãos reguladores do ensino superior, programas universitários, instituições e serviços de atendimento) para cumprir sua missão de transcender as práticas manicomial e os territórios de dominação e poder estabelecidos entre as disciplinas que formam a saúde mental.

3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações

A importância do projeto terapêutico dos CAPS recai sobre a responsabilidade de que todo o trabalho desenvolvido em cada unidade deve ser realizado em um ambiente terapêutico. Isto significa que tanto os atendimentos individuais, grupais como a convivência no serviço tem finalidade terapêutica. Cada CAPS deve ter um projeto terapêutico, que leve em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais, as iniciativas de familiares e usuários e o território onde se situa, com sua identidade, sua cultura local e regional (BRASIL, 2004).

O CAPS Ponta do Coral conta com projeto terapêutico do serviço, o qual, segundo 75% dos profissionais que responderam ao formulário, foi planejado em equipe. Três profissionais referiram não saber sobre o planejamento em equipe por não fazerem parte desta época.

O sistema atual de atendimento no CAPS Ponta do Coral difere da maioria do adotado pelos serviços desta natureza. Em geral, os CAPS realizam a assistência ao usuário

no modelo de TR¹⁶. O CAPS Ponta do Coral oferece atendimento sob a ótica da regionalização. Ou seja, como o serviço não é territorializado, é o único na modalidade, na cidade e no município, a equipe técnica foi subdividida em pequenos grupos ou mini-equipes de dois e/ou três profissionais, sendo cada uma destes responsáveis por uma das regionais, que é onde o usuário mora. Esta proposta foi pensada e implementada há quase dois anos, quando os profissionais identificaram dificuldades em atender no sistema de Terapeuta de Referência (TR) toda a demanda existente. Tal estratégia utiliza-se do sistema de divisão por regionais da Secretaria Municipal de Saúde. Ao total são cinco Regionais de Saúde, Leste, Norte, Sul, Centro, Continente, distribuídas espacialmente na área geográfica do município. Nestas regionais, foram implantadas, recentemente (a partir do final do ano de 2005 e início de 2006), equipes de atenção em saúde mental, compostas por um médico psiquiatra e duas ou três psicólogas em cada uma das Regionais de Saúde.

De acordo com o projeto terapêutico do serviço, as atividades desenvolvidas são: psicoterapia, atenção medicamentosa, atendimentos de emergência, grupo terapêutico, oficinas terapêuticas¹⁷, assembléia de técnicos, usuários e familiares, visitas domiciliares, articulação com entidade, programas e serviço, atividades de formação e pesquisa, reuniões de equipe, reuniões clínicas de casos¹⁸.

Conforme as determinações da Portaria GM/MS Nº 336/2002, a assistência prestada ao usuário no CAPS deve incluir atendimento individual, em grupo, atendimento à família, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades comunitárias, enfocando a integração do portador de transtorno mental na comunidade e sua (re)inserção familiar e

¹⁶ Este sistema de atendimento é desenvolvido na maioria dos CAPS e constitui-se do acolhimento da pessoa quando de sua chegada ao serviço por um dos profissionais da equipe. A partir daí é traçado um projeto terapêutico com o usuário e o profissional que o acolheu passará a ser uma referência para ele. O Terapeuta de Referência (TR) tem a responsabilidade de monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo as atividades e a frequência de participação. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, discutindo com o usuário e com a equipe técnica do CAPS (BRASIL, 2004, p. 16).

¹⁷ São oferecidas as seguintes oficinas: oficina de cerâmica, oficina de artes plásticas, oficina de mosaico, oficina de jogos, esportes e lazer, oficina de tapeçaria, oficina de trabalhos manuais, oficina da terra, oficina de jornal, oficina de velas, oficina de leitura, oficina de música, oficina brechó, oficina de teatro, oficina de formação política, oficina de fotografia. Destas, as oficinas de cerâmica, velas e mosaico são produtivas, ou seja, sua produção é comercializada. Cabe destacar que algumas oficinas podem estar em funcionamento ou não, em determinado período de tempo, de acordo com a disponibilidade de técnicos para acompanhar, de condições materiais para o funcionamento e da demanda de usuários.

¹⁸ A descrição e o objetivo de cada atividade pode ser consultado no Projeto Terapêutico do CAPS II Ponta do Coral (2004), ou a partir do projeto de Estágio curricular em Serviço Social de Stuaní (2005).

social. A depender do projeto terapêutico de cada usuário, o CAPS poderá oferecer as seguintes modalidades de atendimento: atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo¹⁹.

Já com relação ao planejamento das ações, 50% dos profissionais consideram que este existe. Cabe lembrar que ao questionarmos os participantes da pesquisa sobre este fator, estamos nos referindo ao planejamento estratégico, aquele voltado para uma visão ampla, global e de longo alcance da organização/instituição, baseado na análise do contexto e com a finalidade de buscar alternativas de ação. No entanto, alguns dos entrevistados observaram estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação objetivo e sistemático dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declararam não existir processo de planejamento e avaliação das ações do serviço, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

As falas relacionadas a seguir demonstram o tipo de planejamento existente no CAPS e como este acontece.

Bom, o planejamento é feito mais ou menos assim: chega uma época do ano em que a Secretaria (SMS de Florianópolis) nos pede um planejamento e aí, geralmente isso é com uma semana no máximo de antecedência, é aquela correria, a gente monta um plano básico de trabalho etc., mas é muito mais pra cumprir a obrigação. A gente tem um projeto terapêutico que é amplo, que é do serviço todo, e a gente vai, com esse projeto terapêutico a gente vai ajustando as atividades e aquilo que a gente pretende alcançar, mas não há um planejamento muito formalizado, não há um processo de planejamento, até porque é tudo muito fragmentado, o que a gente planeja aqui, boa parte depende desse recurso financeiro, depende do apoio da Secretaria, que é sempre uma coisa incerta. Então, em termos de planejamento a coisa fica sempre muito precária. Em termos de avaliação é mais precário ainda, a gente não tem indicadores; novamente, no final do ano, aí a Secretaria pede um relatório do que foi feito, a gente faz um levantamento geral, mas ele é descritivo, ele não é avaliativo, a gente não sabe de fato quais são

¹⁹*Atendimento intensivo* – atendimento diário, oferecido à pessoa que se encontra em grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento semi-intensivo - nessa modalidade, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Este tipo de atendimento é oferecido quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento não intensivo – oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até 3 dias no mês. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário (BRASIL, 2004, p. 16).

os efeitos que a nossa intervenção produz; claro, a gente tem uma certa dimensão pelo contato direto com os usuários, fulano que não interna a tanto tempo, ou fulano que voltou a trabalhar, ou que resolveu pelo menos algumas coisas que eram mais complicadas na sua vida, isso a gente tem, mas não tem um processo de avaliação estruturado que nos permita dados com visibilidade maior (F, 12/4/2006).

Neste sentido, destacamos que, a nosso entender, a função planejamento deve orientar todas as ações no dia-a-dia das organizações. O planejamento é o processo de estabelecer antecipadamente a finalidade da organização/instituição, definir os objetivos e prever as atividades e os recursos necessários para atingi-los. Planejar é uma forma de pensar o futuro da organização/instituição, definindo o que fazer, como, quando e com recursos. Nesse processo, é importante considerar que as organizações/instituições estão inseridas num contexto constituído pela sociedade, pelo Estado e por outras instituições que influenciam suas decisões (TENÓRIO, 2000).

Alguns profissionais referiram-se, especificamente, ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, reuniões clínicas e na supervisão de equipe. Segundo estes, é na reunião de equipe mensal que se planejam mais as ações, estas entendidas como a definição dos grupos terapêuticos ou oficinas que vão ter, o objetivo e a finalidade destes, a demanda etc..

Mensalmente, a gente tem uma reunião de equipe, que tem um pouco esse objetivo, de planejar e avaliar o que é feito. Além dessa reunião mensal a gente tem dois outros momentos semanais, que é um na quarta-feira outro na quinta-feira, que a gente chama de reunião técnica, [...] mas isso se dá muito no cotidiano também, na assembléia geral do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Ele acontece em reunião de equipe, uma reunião mensal, a gente planeja grupos, planeja..., então.., acontece, primeiro tem uma reunião mensal da equipe e reunião duas vezes por semana, que são os estudos de caso; agora, a avaliação, acontece em reunião de equipe mais; o planejamento, por exemplo, como abordar um determinado caso, como ajudar, de como servir a família, o trabalho, é feito durante a semana nos estudos de caso, e nós temos a supervisão, que é um espaço que também acaba se fazendo uma avaliação, a supervisão de equipe (LÉLI, 4/4/2006).

Outras falas detalharam as conseqüências da falta de um processo sistemático de planejamento e avaliação das ações, inclusive fazendo análise dessa problemática em relação as instituições públicas em geral.

Eu acho que esse é um problema, acho que falta muito; por exemplo, se você esta aqui fazendo a avaliação da política a partir do olhar dos profissionais, eu, nesse momento, tenho tido muito incomodo diante da

necessidade que eu vejo de avaliar as ações, de avaliar os pacientes, e a gente não tem uma forma sistemática de fazer isso; por exemplo, a gente não tem um instrumento de captação do trajeto do paciente dentro do CAPS, a gente não anota algumas coisas, os prontuários também deixam muito..., as vezes a gente não faz registro nos prontuários e mesmo quando a gente faz ele não tem, assim, por exemplo, uma sistematicidade, o que é que eu vou enxergar, como é que eu vou ver se aquele paciente está melhor ou está pior depois que ele está aqui, então, a gente não tem esse instrumento; e, o planejamento, é feito um planejamento terapêutico com o paciente; o planejamento do nosso serviço é mais ou menos...., funciona, assim, com as oficinas, não é um planejamento rigoroso, a cada período a gente senta e reorganiza não, tem algumas diretrizes gerais, eu acho que em termos práticos falta muito dos dois lados, planejamento das nossas atividades, por exemplo, as vezes naquele roldão a gente vai fazendo, vai fazendo, e, também, a avaliação da eficácia, do que realmente aquilo está resultando pra vida do sujeito, se ele está realmente conseguindo chegar mais próximos desses lugares que a gente apregoa como princípios da saúde mental - autonomia, dessas coisas que a gente também fala: relação com o trabalho, relações, laços sociais; então, a gente não tem esse (instrumento de planejamento e avaliação), eu acho que falta (planejamento e avaliação) [...] Na verdade eu acho que esse é um problema das instituições públicas em geral, eu acho que tem uma grande resistência no Brasil a qualquer critério de avaliação, porque, esse discurso, a retórica da igualdade, ela exatamente vai na contramão de um processo meritocrático, ou seja, você avaliar também por mérito; você tem que criar esse tipo de instrumento; a prefeitura não tem, nunca teve uma avaliação nos anos que estou aqui que medisse o desempenho profissional, principalmente aqui, que a gente lida com pessoas que estão aqui pra se tratar, e a gente não sabe se a pessoa...., a gente vai olhando um caso ou outro; não existe um processo institucional de avaliação, nesse sentido (P, 17/3/2006).

Em geral, as organizações precisam de um processo de avaliação que realize uma revisão dos objetivos e metas alcançados e daqueles a serem atingidos. O planejamento e a avaliação são a oportunidade de fazer uma pausa e examinar a situação da instituição.

Não obstante, as políticas públicas no Brasil vêm se estruturando de forma descentralizada, com responsabilidades de organização e financiamento partilhadas entre a União, Estados e Municípios, cabendo a estes últimos a execução dos serviços de atenção direta à população. Deste modo, os processos de avaliação de serviços de saúde mental devem ocorrer no âmbito municipal. Segundo Dias (2002, p. 2)²⁰, este desafio coloca no debate o aspecto de como avaliar o funcionamento de um serviço de saúde mental, que está

²⁰ A autora realizou um trabalho de construção coletiva de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental junto aos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre; uma apresentação resumida dos resultados pode ser consultada em DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental.** In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

inserido num novo patamar conceitual e tem como tarefa não reproduzir uma prática de tutela, com ênfase na patologia, mas de incluir o sujeito portador de transtorno psíquico no planejamento e na execução das ações terapêuticas, numa nova relação que garanta a viabilidade do exercício da cidadania numa sociedade desigual. Ou seja, as dimensões de mudança conceitual, realidade social e política pública de saúde de âmbito municipal, tornam complexa a adoção de processos de avaliação.

A fala descrita na seqüência especifica o processo de planejamento e avaliação no que se refere a ação interventiva profissional no tratamento ao usuário, destacando que não existe um processo sistemático de planejamento e avaliação com relação as ações do CAPS.

O planejamento e a avaliação das ações do CAPS, eles acontecem só de uma forma muito primária ainda, nós temos [...] o planejamento e avaliação da ação do profissional a título de intervenção em relação ao usuário existe de três formas: primeiro, casos clínicos, que aqui nós fazemos reuniões de casos clínicos, quarta-feira das 8 às 9 horas e quinta-feira das 11h30min às 12h30min pra discutir a questão do caso clínico de pessoas; outra forma, construção de projetos terapêuticos ou revisão dos projetos terapêuticos na reunião da regional, cada regional, que são cinco, fazem suas reuniões pra discutir o planejamento e avaliar a vida dessa pessoa nas regionais, e a outra, especificamente do CAPS, a título de gestão, é a reunião de equipe, que você presenciou semana passada, aí é um outro momento de planejar e avaliar, porém, ressalvo, não se tem algo mais fidedigno, ou academicamente falando, que nos ampare pra fazer essa avaliação; então, é extremamente necessário nós termos supervisão, termos pesquisadores, que nos ampare no sentido de avaliar o serviço, avaliar nossa prática, avaliar a autonomia do usuário; a grosso modo nós temos, mas é muito de senso comum; então, precisa cientificar ou legitimar, regularizar, tornar mais fiel esse tipo de avaliação, a grosso modo temos, agora, com mais rigor, por escrito, não temos (GIRASSOL, 20/3/2006).

Sabe-se que a ausência de um processo de planejamento estratégico e avaliação sistemática comprometem a efetividade dos objetivos propostos. Conforme destaca Dias (2002), o cenário da Reforma Psiquiátrica requer tanto uma multiplicidade de respostas à sua plena implantação como para a avaliação de seus resultados. Contudo, é importante ressaltar que a especificidade das ações em saúde mental demanda a adoção de um método participativo, com o fim de superar o caráter unidimensional, comum em avaliações tradicionais.

A avaliação participativa já é uma exigência nas políticas sociais, decorrentes da pressão social pela garantia de acesso a bens e serviços públicos. Por analogia, a

construção de indicadores de avaliação também pode ser participativa, com a contribuição dos sujeitos inseridos na esfera municipal, responsável pela execução da atenção em saúde mental. Para a autora, apesar de certa reserva científica pela adoção desta sistemática metodológica, o seu valor está no alcance social de incluir os responsáveis pela execução de determinada ação, na sua construção e sistematização (DIAS, 2002).

3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento

Conforme já destacado neste trabalho os hospitais psiquiátricos são instituições representativas do modo asilar enquanto os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico de exercício das práticas de atenção psicossocial, do modo psicossocial.

O modelo de assistência do modo psicossocial destaca-se por seus meios básicos de tratamento (rede diversificada de serviços territorializados), e pela importância decisiva que se atribui ao sujeito na sua mobilização como participante principal do tratamento. Neste, considera-se o indivíduo como pertencente a um grupo familiar e social, o que supõe que se deve trabalhar, também, a família e o grupo social, como agentes das mudanças buscadas.

Já no modo asilar a organização institucional é marcada por estratificações de poder e saber, no âmbito das relações profissionais e da instituição, as quais transladam para a relação com os usuários e a população. Estes são excluídos de qualquer forma de participação, enquanto que no modo psicossocial, participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais.

Na pesquisa realizada, a maioria dos profissionais entrevistados referiu conhecer sobre a forma de atendimento no hospital psiquiátrico, seja por visitas, atuação profissional, contatos institucionais, relato dos usuários que estiveram internados.

No que se refere as diferenças no atendimento prestado pelo CAPS em relação ao hospital psiquiátricos, os entrevistados consideraram que existem diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência de um só discurso, o médico psiquiátrico do hospital e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial em contraposição ao tratamento igual para todos

das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Eu acho que é diferente em vários aspectos, primeiro, são essas diferenças que eu digo que são de base, sobre a Reforma Psiquiátrica e a função de um CAPS nesse processo de reforma. Existe por parte da maioria da equipe uma convicção de que a nossa função é evitar a internação e de uma certa maneira poder fazer substituição a essas instituições tradicionais; deslocar a centralidade do sistema pra um serviço aberto, que seja interdisciplinar, ou seja, onde você não tenha um discurso único dando a orientação, que no caso é o discurso psiquiátrico nas instituições (tradicionais); você tem essa multidimensionalidade então você pode compartilhar o discurso; em relação ao próprio atendimento, começa na forma do acolhimento, eu acho que o nosso acolhimento é bom, ele tem condições de receber a pessoa, de entender o que ela está procurando, o que ela está precisando, quais são as suas necessidades; a gente tenta de alguma maneira envolver família embora com dificuldades, mas a gente tenta e tenta principalmente manter a vinculação ou criar novos vínculos desse usuário; o projeto terapêutico que é individualizado também é outra coisa fundamental, que aí a gente quebra com a lógica tradicional de que todos recebem o mesmo tratamento, é a mesma medicação, são os mesmos horários, são as mesmas atividades pra todo mundo, não, a gente procura justamente ao levar em consideração essas características que são mais individuais, são mais singulares, a gente procura atender e levar em conta esses aspectos, então, isso pra mim já é muito diferente, além do que a gente procura o tempo todo ou minimizar ou quebrar mesmo a hierarquia, instituindo certas formas que evitam que a hierarquia se cristalize de maneira muito brutal, pra você não ter um deslocamento de poder dentro do serviço, que seja prejudicial pra todo mundo, igual no hospital (F, 12/4/2006).

A relação entre profissional e usuário foi destacada como diferencial por todos os entrevistados, conforme pode ser observado a seguir.

A relação entre o profissional e o usuário, pra mim, a maior diferença é essa relação interinstitucional ou interpessoal; é a forma como se dá, porque as ações também são diferentes, porque existem oficinas terapêuticas, existem os grupos terapêuticos, existem os atendimentos, mas esse modelo de atendimento pode também ocorrer numa outra instituição, ou mesmo num CAPS, mas se a relação de profissional e usuário não estiver pautada no respeito, uma relação sujeito-sujeito onde se possa esse serviço, obviamente, quando ele estiver num bom nível de participação, num bom nível de reabilitação, mas também..., o fundamental é isso, é estar pra além da instituição, estar pra relação do usuário com o profissional, e claro, o espaço também, o espaço físico tem que ter qualidade, a gente vê aqui um espaço super bom aqui no caso, as propostas de atendimento, como que são colocadas, como que é olhado esse usuário, esse usuário está junto no pensar da instituição, mas a cima de tudo assim, entender como cidadão de direitos, de respeitá-lo (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que tem um maior reconhecimento da condição subjetiva do paciente, acho que um certo respeito. Hoje, a Colônia Santana tem tido mudanças, tem uma política que também..., na verdade a política do Ministério também visa atingir as instituições mais asilares, os hospitais também estão mudando..., talvez seja mais lenta, aqui, a gente já chegou com uma outra perspectiva de trabalho; eu acho que a equipe toda, de forma geral, tem uma sensibilidade pra esse respeito pelo paciente, pelo outro, procura, na medida do possível, não estabelecer uma relação de poder; eu acho que aqui, por exemplo, a recepção é muito bem feita, os vigias também são pessoas que entraram no clima, assim, talvez já seja deles, mas entraram no clima do CAPS; acho que todos têm um compromisso com isso, um valor digamos; também, talvez seja deste CAPS, eu não conheço tantos outros CAPSs; eu acho que é uma relação diferenciada, na medida que você está aqui com esse objetivo de que a pessoa assuma a própria vida, contribuir para que isso aconteça; isso implica em ter pelo menos um respeito, um reconhecimento do outro (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p.10) destacam que o papel do técnico se transforma quando ele se coloca sob outros princípios; “se ele faz funcionar a tecnologia da doença mental, fortalece o dispositivo psiquiátrico. Mas, se transforma sua forma de intervenção, trabalha no sentido da desmontagem desse dispositivo”. Segundo os autores, isso significa pôr em funcionamento um dispositivo de desinstitucionalização e reinserir a complexidade dos problemas com os quais lida. Significa ainda abrir mão das interpretações da loucura segundo erro, incapacidade, inferioridade, doença mental, e potencializá-la como diferença, um modo diferente de relação com o mundo. Enfim, não usar o saber como técnica normativa, mas como possibilidade de criação de subjetividades. A técnica deixa de ser instrumento da violência quando a prática funciona como uma desconstrução da clínica.

As falas que seguem referem-se ao atendimento aberto e as possibilidades de escolha que o CAPS oferece em contraposição ao isolamento e segregação gerados pela internação hospitalar prolongada.

Em primeiro lugar o atendimento no CAPS é um atendimento, vou usar a palavra, aberto, ou seja, pra começar o usuário ele não fica internado aqui, mesmo se em algum momento tiver o CAPS III, é diferente. Ele vem, ele faz o trabalho dele, a sua terapia, durante o dia, e ele volta, quando, no caso tem família, pra casa; então, primeiro lugar a idéia do CAPS, o trabalho do CAPS não é segregar e isolar; quando o usuário vai para o hospital, eu acho que seja ele em qualquer campo da saúde, mas vai para o hospital e fica internado trinta dias, quinze dias, ele já esta sendo isolado do convívio com a família, do convívio social, ou seja, acaba perdendo progressivamente o contato com as pessoas e com o grupo social mesmo, e acaba sendo destituído das suas práticas pequenas, como desde pegar um ônibus, fazer sua comida, ir no

supermercado; no momento em que uma pessoa é colocada em um hospital e fica um mês, ele acaba perdendo o contato com essas mínimas..., não é nem com o mundo lá fora, mas com as mínimas coisas que ele teria em casa, na sua casa, enfim, ele perde tudo isso como se fosse realmente uma pessoa que não tem possibilidade nenhuma de fazer nem um café, enquanto o CAPS possibilita isso, acho que o CAPS ele, independente dos problemas que tem, acho que ele mostra que não, você ainda, apesar da sua crise, com a sua crise, com todas as limitações que as vezes um surto pode oferecer do ponto de vista cotidiano, você ainda pode fazer algumas coisas sim, como pegar um ônibus pra ir e voltar pra casa, fazer a escolha do seu planejamento terapêutico, vem aqui escolhe, em parte, o que gostaria de participar (LÉLI, 4/4/2006).

Assim, a possibilidade do usuário no CAPS de ter voz ela é muito maior do que nas outras instituições, as outras eu não vou generalizar, mas em algumas, as asilares, esses hospitais são.., enfim, crônicos até pela dificuldade mesmo de antes você pensar em ter outra alternativa que não a trancar e deixar lá e não tem medicação, não tem nada disso, estou falando de bem bastante tempo atrás, e isso ficou e se perpetuou, então, eu acho que a possibilidade do usuário aqui, no CAPS, nos CAPS, e até mesmo nos ambulatórios, acho que hoje em dia não é só CAPS que permite isso, é fazer parte como contribuinte do próprio tratamento, então isso é o que diferencia do paciente internado, vamos dizer assim, em São Paulo, no Vera Cruz, que é um hospital e tal, diferente de outros, tem algumas dessas internações que são diferentes, mas essa relação aí de profissional e usuário ela é mais aberta, é mais ampla, além do CAPS, especificamente, oferecer algumas possibilidades; então, a possibilidade de trabalhar em uma oficina, dessa oficina ter uma renda, que, assim, é um entrave no sentido que eles se sentem muito limitados e não só se sentem como eu acho que muitas doenças incapacitam mesmo, são incapacitantes, a esquizofrenia é uma delas, e é a nossa clientela aqui, a maior parte é de pacientes com esquizofrenia; a própria esquizofrenia já altera, vamos dizer assim, na cognição, na parte de planejamento, de você conseguir realmente se estruturar para trabalhar; tem umas pessoas que não conseguem nem ter o início, a iniciativa, ela é minada com a esquizofrenia, e aqui tem uma possibilidade, mesmo que essa possibilidade seja fazer oficina e ganhar uma renda, mesmo que, assim, seja só..., não é o valor que importa, é simbólico (J,22/3/2006).

O relato a seguir explicita epistemologicamente e em termos técnico-assistencial a diferença entre o modelo de atenção tradicional/hospitalar e o modelo de atenção psicossocial.

Primeiro, em relação a concepção da pessoa e em relação a concepção dos próprios meios de trabalho; na instituição psiquiátrica predomina o modelo manicomial/asilar como a gente chama, que daí vai olhar a pessoa enquanto doença, enquanto diagnóstico, aqui, no CAPS, a gente olha os seres humanos enquanto pessoas, enquanto a existência de um sofrimento, o que podemos fazer pra minimizar esse sofrimento da pessoa, então, essa é a primeira diferença que tem, quem é essa pessoa, que no modelo manicomial acaba sendo vista mais como diagnóstico, como um doente, isso que eu sempre falo, essa iatrogênia que o modelo

manicomial acaba inserindo na pessoa, você é um doente, vai ter que tomar remédio pra vida toda, e o máximo que você pode chegar é um portador de transtorno mental em recuperação, isso é uma das diferenças, outra é a própria concepção de saúde/doença que existe; as formas de organização dos dois modelos, são modelos diferentes, um é mais centralizado no psiquiatra, na instituição psiquiátrica, o no CAPS seria mais centralizado na equipe e, principalmente, nos usuários; a forma de relação com a clientela ou com o usuário, no modelo manicomial, é sempre uma relação hierárquica, de cima pra baixo, no CAPS, sempre uma relação, ou a gente tenta sempre ter uma relação horizontal; e a própria questão do que é bom ou não é bom pra pessoa, a pessoa tem que dizer o que é bom pra ela e, as vezes, no hospital, são os profissionais que já dizem o que deva ser bom pra ela, ou seja, a grande diferença que existe é: quem decide o que? No hospital as pessoas decidem sobre a vida da pessoa, eu acho que no modelo psicossocial é a pessoa que compartilha a decisão da sua vida (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme destaca Rotelli (1990), no manicômio (modelo/tradicional) a sociabilidade é reduzida a zero. A tutela, a internação tem a única finalidade de subtração das trocas, de estabelecer relações de mera dependência pessoal. Enquanto que a emancipação terapêutica (que se torna o objetivo substituto da "cura") só pode ser (cientemente) a mobilização de ações e de comportamentos que emancipem a estrutura inteira do campo terapêutico. Assim, o problema que se coloca aos novos serviços (CAPS) não é cura (a vida produtiva), mas sim a produção de vida, de sentido, de sociabilidade.

Neste aspecto, pode-se considerar a proposta basagliana de *colocar a doença entre parênteses* para assim direcionar o olhar ao sujeito em sofrimento e não à doença. Essa é uma questão fundamental, pois é o movimento de *tomada de responsabilidade* (DELL'ACQUA, 1992) individual e coletiva que se constitui como meio para a transformação institucional e para o processo de desconstrução. A cura cede espaço à emancipação, mudando a natureza do ato terapêutico, que agora se centra em outra finalidade: produzir autonomia, cidadania ativa, desconstruindo a relação de tutela e o lugar de objeto que captura a possibilidade de ser sujeito (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3 Participação do usuário e da família no tratamento

De acordo com as diretrizes da atenção em saúde mental do modelo psicossocial, o protagonismo dos usuários é fundamental para que seja alcançado o objetivo do CAPS de se constituir como dispositivo de promoção da saúde e da reabilitação psicossocial. Os

usuários e familiares devem ser chamados a participar das discussões sobre as atividades terapêuticas do serviço. A equipe técnica deve trabalhar de forma a estimulá-los a participar de forma ativa do tratamento e da construção de laços sociais. Entre os tipos de atendimento que o CAPS pode oferecer está o atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, de lazer com familiares (BRASIL, 2004).

Na seqüência deste item analisaremos as formas criadas pelo CAPS Ponta do Coral para envolver ativamente usuários e familiares no processo terapêutico, seja com relação ao projeto terapêutico individual, ao atendimento e a participação das famílias no tratamento.

3.3.1 Planejamento terapêutico individual

Conforme as determinações da política de atenção em saúde mental, cada usuário deve ter um projeto terapêutico individual, composto por um conjunto de atendimentos personalizado, que respeite as particularidades, necessidades de cada pessoa e proponha atividades durante a permanência diária na unidade e fora dela (BRASIL, 2004).

O atendimento no CAPS oferece projeto terapêutico de tratamento individualizado, o qual é pensado e avaliado com a participação do usuário. A fala relacionada a seguir detalha como acontece o planejamento do tratamento.

O primeiro passo desse projeto terapêutico ele é feito na entrevista inicial, que é basicamente a entrada desse usuário no serviço; então, a gente pensa uma programação mínima, levando em conta as necessidades, as condições, os limites e as capacidades do usuário e, quando a gente pode contar, com a família também. Além disso, uma vez por mês, [...] tem o encontro da Regional, e os usuários dessa Regional podem reelaborar o seu projeto terapêutico, a gente faz a revisão, a gente discute como é que está sendo esse projeto, se está sendo interessante, que ganhos, se está havendo ganhos ou não, se a pessoa está se sentindo contemplada de alguma maneira e tal, e aí a gente faz as alterações que a gente discute e acha necessário (F, 12/4/2006).

Com relação a forma como o usuário participa do processo de planejamento do seu tratamento, os entrevistados colocaram que é através da manifestação das preferências,

opções e desejos dele, dentro das possibilidades que o CAPS oferece. Nas falas relacionadas é explicitado qual a participação do usuário e do profissional no planejamento do projeto terapêutico de tratamento.

Quando o usuário chega no serviço, encaminhado de algum outro (serviço), ou de um hospital, ou de uma unidade local de saúde, ou por demanda espontânea é feito o acolhimento, onde a gente usa uma entrevista inicial pra fazer uma coleta de dados, ali resgata um pouco da história que o próprio usuário vai estar contando, e, então, nesse momento é feito o projeto terapêutico; inicia-se o projeto terapêutico, não que ele tenha que se esgotar nesse momento inicial; uma pergunta que a gente sempre faz pra ele é do que ele precisa, como a gente vai poder ajudar, então, a partir daí a gente oferece o nosso leque de atendimentos, o nosso projeto terapêutico do CAPS, e aí vai se construindo dessa forma (VIK, 24/3/2006).

Em geral a gente faz isso quando ele chega, na entrevista inicial, a gente pede pra que ele diga, a gente apresenta o que a gente tem; a gente pede que ele diga o que ele gostaria de estar fazendo, o que ele fazia, quais as preferências que ele têm, se ele não sabe, em algumas situações, a gente sugere que ele venha participar de algumas oficinas para ele, por exemplo, escolher; então, assim, é feito muito respeitando o desejo do paciente, o que ele gosta mais, as preferências dele; agora, se a gente vê que o paciente está muito ansioso, se ele precisa, a gente sugere um grupo terapêutico ou as vezes o atendimento individual; assim, não tem uma uniformidade, em geral a gente age assim (P, 17/3/2006).

Ele tem, esse projeto terapêutico, ele tem um primeiro momento, quando o usuário chega e faz a entrevista inicial é colocado com ele e oferecido, mostrado as possibilidades, o que o CAPS oferece em termos de terapia, desde grupos terapêuticos, atendimento individual e oficina, mas não é só oferecido, é também feito uma avaliação do técnico, o que ele pensa que, naquele momento, poderia estar ajudando aquele usuário, e é conversado com o usuário, muitas vezes acaba o usuário escolhendo tudo, escolhendo o que ele quer e o técnico tem pouca interferência, outras vezes o usuário quer algo que talvez naquele momento, por exemplo, atendimento individual, mas não tem vaga, não tem, os técnicos estão todos..., se tem alguém fazendo atendimento individual já não tem horário, então se entra em um acordo das possibilidades, dos desejos do usuário, e das possibilidades que o serviço oferece; isso é o primeiro momento, no segundo momento, ao longo do período do usuário aqui, vão tendo transformações, muitas vezes ele abandona aquele grupo ou oficina, que não era aquilo que ele achava que era bom, que ele gostava, abandona formalmente ou informalmente, simplesmente não vai, ou ele entrou em surto não veio mais, uma série de questões, então isso tudo é retomado, a gente tenta fazer a retomada na reunião das Regionais, reunião mensal, como é que está o tempo dele aqui, o que ainda se mantém fazendo, como ele está se sentindo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos entrevistados destacou que o projeto terapêutico de tratamento do usuário

é sempre pensado a partir da necessidade dele, o que ele traz de necessidade, o que ele traz de sonho, de vontade, de sofrimento, de

tristeza, então, o projeto terapêutico é sempre pensado, repensado, analisado, refletido, em cima da necessidade da pessoa (GIRASSOL, 20/3/2006).

É importante destacar que o planejamento do projeto terapêutico deve envolver o portador de transtorno mental como sujeito deste processo. A participação ativa do usuário na escolha do que fazer e na expressão de suas necessidades favorece a adesão e continuidade no tratamento, confere-lhe o exercício da liberdade de escolha e da cidadania. Neste processo, o ato terapêutico, quando não é mais fundado sobre a doença e não provém da autoridade médica, torna-se a própria organização coletiva, convertendo-se em *tomada de responsabilidade* e produção de subjetividade (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral

No plano teórico, a relação da família com o portador de transtorno mental é construída a partir do alienismo, como produto da sociedade moderna/burguesa. No interior desta perspectiva concentram-se dois entendimentos polarizadores: “o da família ameaçada pela eclosão da enfermidade, portanto, sofrendo suas conseqüências ou causadora da emergência do transtorno mental, assim culpabilizada por sua etiologia” (ROSA, 2002, p. 139). Historicamente, o segundo entendimento foi o que prevaleceu na maioria das abordagens teóricas na área da saúde mental, com uma relativa diminuição nos anos 1970, seguido de uma complexificação da compreensão do grupo familiar e de sua dinâmica, a partir dos avanços teóricos da leitura feminista e marxista. “Contemporaneamente, a inclusão do grupo familiar nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental; a assunção de sua condição de parceira e co-responsável dos serviços e a exigência de constituição de uma nova pedagogia institucional em sua abordagem atravessam a construção de uma nova relação entre o louco e a sociedade” (ROSA, 2002, p. 139).

Nesta direção, um dos objetivos do CAPS é incentivar as famílias a participar do cotidiano do serviço. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas importantes para o trabalho dos CAPS. Eles podem participar de diversas maneiras, incentivando o usuário a se envolver no projeto

terapêutico, participando diretamente das atividades do serviço, nas reuniões, assembléias, nas associações de usuários, técnicos e familiares, trazendo dúvidas, sugestões. A participação pode acontecer tanto nas atividades internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. (BRASIL, 2004).

A Portaria /GM nº 251/2002 constitui-se como mais um dispositivo na mudança das relações entre os serviços de saúde mental e a família à medida que prevê, no desenvolvimento dos projetos terapêuticos, o preparo para o retorno à residência/inserção domiciliar e uma abordagem dirigida à família no sentido de garantir orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento.

O atendimento aos familiares é uma das formas para que as famílias participem, conheçam o trabalho dos CAPS e passem a se envolver ativamente no processo terapêutico. Neste sentido, a família ganha visibilidade como protagonista, parceira dos serviços e co-responsável no provimento de cuidados do portador de transtorno mental.

Além disso, o avanço dos conhecimentos e entendimento de que os fenômenos humanos comportam uma multiplicidade de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos e éticos, inter-relacionados entre si, possibilitou mudanças na assistência às pessoas em estado de sofrimento psíquico. Essas puderam ser compreendidas na totalidade de sua condição existencial. E, o sofrimento, antes tomado apenas como algo individual, passou a ser visto como parte de um contexto onde outras pessoas estão envolvidas e também merecem cuidado e atenção.

No CAPS Ponta do Coral, na sua maioria, os profissionais afirmam que existe atendimento familiar, com ressalvas de um deles que referiu não existir atendimento familiar sistemático e outro que observou que existe atendimento familiar individual. As falas relacionadas expressam de que forma a família participa no tratamento do seu membro no CAPS.

A família participa não como uma preconização ou uma exigência do serviço; o que eu tenho visto é que a família participa aqui no CAPS na medida em que há uma necessidade, quando há necessidade do serviço conversar com a família ela é incluída, quando há uma necessidade da família pelo serviço ela procura, mas não é uma rotina todas as pessoas que vem aqui a família ser atendida, as vezes o usuário não quer saber da família, as vezes a família não quer saber do usuário e assim sucessivamente, ou seja, a família participa na medida que temos a clareza da necessidade, mas não é uma prática oficial do serviço (GIRASSOL, 20/3/2006).

Alguns casos sim, em alguns casos eles vem para a reunião mensal da Regional, ou vem para uma consulta com a psiquiatra, ou vem pra trazer o usuário que não consegue ainda vir sozinho, mas é muito restrita a

participação da família, normalmente ela vem mesmo quando a coisa está apertando, quando o usuário surtou, não está conseguindo segurar, quando ele está já nas últimas (LÉLI, 4/4/2006).

Os profissionais que afirmam a existência da participação da família no tratamento explicitam como esta acontece e como se dá o atendimento no serviço, observando o cuidado que existe em atender a família e o usuário juntos.

Sim, tem alguns usuários que vem acompanhado de familiares, as vezes nós chamamos a família, quando existe necessidade, e isso acontece assim no cotidiano, conforme realmente surge a necessidade; geralmente há uma relação muito conflituosa entre o usuário e família, geralmente o familiar mais próximo, referência mais próxima e aí a gente intervém, mais ou menos com dois objetivos, assim, um de pensar essa relação conflituosa, o que pode ser negociado aí pra viverem melhor, pra ter mais qualidade de vida nesse ambiente, que moram juntos, e o outro pra poder então capacitar, colocar elementos pro familiar sobre o tratamento, sobre os transtornos mentais, pra que ele possa ser um cuidador também, o que ele é, pra que ele possa se qualificar; então, uma outra coisa que eu penso é que esse atendimento familiar ele sempre tem que privilegiar a participação do usuário porque fica complicado falar do usuário sem ele estar presente (VIK, 24/3/2006).

Sim, a família participa, claro, na medida de cada caso; em geral, assim, a gente tem a disponibilidade de atender a família, então, muitas vezes, precisa de o paciente vir com a família em várias situações, e esse atendimento é dado; o grupo de família, também está tendo o grupo de família, as vezes é dado (o atendimento) a família daquele paciente; mas sempre a gente tem o cuidado de receber a família e atendê-la junto com o paciente, nunca assim..., não gerar essas fantasias perseguitórias por parte do paciente “tá falando o que de mim”; isso é mais ou menos quase uma regra aqui no CAPS, a gente atende junto com o paciente (P, 17/3/2006).

Os trechos das entrevistas relacionados a seguir descrevem as formas criadas pelo CAPS para oportunizar a participação da família no tratamento. Alguns profissionais referiram-se a um grupo de famílias que chegou a ser iniciado, mas que pela falta de adesão e outras dificuldades não funcionou mais.

Um pouco assim, o acolhimento na segunda-feira é um espaço que a família pode participar junto com o usuário pra relatar como é que foi o final de semana e pra relatar e como estão as atividades no CAPS; o outro espaço são as reuniões das Regionais de equipe, fora o trabalho individual, que, assim, eu acabo chamando muitas vezes, eu quero atender você na presença de um familiar, as vezes você precisa até forçar nesse sentido, de que a família compareça, faço cartinha, mando e aí atendo em consulta individual, mas não em grupo, não é uma abordagem psicoterápica, é mais no sentido de psicoeducação do que de terapia (J, 22/3/2006).

[...] existe um planejamento pra se atender família, um grupo de familiares a serem atendidos por psicóloga [...]; então, as formas criadas para oportunizar a participação da família é justamente quando ela vem, acompanha, que é aberto para os familiares participarem das oficinas junto com o usuário, então, sempre tem essa oportunidade e grupos específicos pra famílias que estão se tornando real (GIRASSOL, 20/3/2006).

É mais ou menos como eu te falei; então, assim, as vezes a gente chama pra um atendimento individual, e também ela participa dos eventos acontecidos aqui no CAPS, promovidos pelo CAPS, de festas, geralmente o dia nacional da Luta Antimanicomial, quando a gente comemora, que faz uma confraternização, as festas sempre tem a presença de familiares também, festa de natal, festa junina (VIK, 24/3/2006).

As reuniões das Regionais por exemplo, uma vez por mês, e tem alguns técnicos que fazem reuniões com as famílias, discutindo, por exemplo, aquele usuário em que a família está implicada diretamente, tem problema com a família, então chama a família pra trabalhar; já teve grupo de família, mas foi fechado porque as pessoas ficaram um tempo, mas as famílias, segundo as técnicas que fizeram, muito pouco se apropriavam, vinham, se utilizavam desse espaço (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre este aspecto, cabe destacar que o deslocamento do eixo da compreensão do problema individual para o familiar/social, que tem como consequência o acolhimento da família como uma unidade que necessita de cuidado tanto quanto o paciente individual, pressupõe um novo olhar sobre as possibilidades das famílias para enfrentarem suas crises e atuarem como suporte terapêutico. Nessa perspectiva, se impõe a necessidade de não só reconhecer o atendimento ao grupo familiar, mas de oferecer uma atenção singular que leve em conta, por um lado, as especificidades de cada família, considerando a história, a estrutura, a dinâmica, bem como a inserção desta no contexto social. Por outro lado, deve-se avaliar a realidade e as possibilidades das famílias para usufruírem das formas de atenção que lhes são propostas (MIOTO, 1998, pp. 25-26).

Nesta direção, dois dos participantes da pesquisa identificaram como uma das dificuldades em realizar o atendimento familiar, a falta de profissionais qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades, conforme pode ser observado nas falas a seguir.

A maior dificuldade que eu vejo é que não existe ninguém capacitado aqui dentro para lidar com a família, é claro que, assim, eu faço um atendimento com o usuário a família vai estar junto eu vou estar explicando, mas quando você vai pensar em trabalhar com a família, trabalhar no sentido psicoterápico, isso não existe, agora informar a família, tentar com que a família faça parte do planejamento, a gente

tenta e incentiva, estimula que eles venham nas reuniões das Regionais, mas o que eu percebo, assim, a equipe ela é muito pequena pra dar conta de tudo, então a maioria das vezes o paciente chega, a família está ali fora, mas todo mundo tem a sua atividade, estão todas na oficina e isso me sobrecarrega muito porque eu tenho que dar conta de tudo, inclusive da família que chegou, do atestado que está faltando, e a família que quer saber porque que o remédio..., mas não existe um espaço pra ela, não existe um espaço que acolhe a família (J, 22/3/2006).

Profissionais qualificados, eu acho que necessita de profissionais que tenha um pouco mais de experiência, de conhecimento pra estar lidando com família, que toda a família tem sempre os seus nós górdios, tem sempre questões de fundo, que as vezes precisa de um certo conhecimento, experiência pra estar lidando com isso; até que ponto é vítima ou réu, então, acredito que profissionais que tenham experiência, que tenham a qualificação teórica, [...] possa estar oportunizando uma melhor relação no atendimento CAPS com família, então, a qualidade do profissional para estar realizando essa participação (GIRASSOL, 20/3/2006).

Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que é um transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, foram relatados pelos profissionais.

Acho que tem uma junção, eu acho que tem uma coisa primeiro que é o entendimento, a família, muitos familiares, querem deixar o usuário aqui, e querem fazer sua vida, até por questão de sobrevivência; o que eles alegam muito é que eles precisam trabalhar, então não pode faltar ao trabalho uma vez semana pra poder estar aqui porque mesmo que tenha atestado pra poder estar aqui, acaba perdendo o trabalho, não tem como justificar; e a outra questão é o próprio entendimento de que é na família o espaço em que o usuário pode ser tratado, porque a idéia de tratamento é uma idéia também que se direciona, que acaba sendo entendida como médica, hospitalar ou clínica, ou então, agora tem o CAPS; e o lugar de tratamento, digamos tratamento como restituição, como reinserção, também é na família (LÉLI, 4/4/2006).

É, chega um momento que as vezes de fato a relação se esgota, assim, são tantos conflitos, são tantas brigas, tantas dificuldades de convivência, de relacionamento, que já vem desde a infância, que chega em momentos quando, geralmente, o usuário tem as primeiras crises, isso gera um isolamento, assim, o usuário fica isolado nesse ambiente, nesse contexto familiar, realmente é muito difícil; as vezes tem uma mãe muito controladora e que aí o usuário não quer muito aproximação do serviço com essa referência porque o serviço passa a ser então um lugar de acolhimento pra ele que ele não tinha até então, porém, a gente busca a família, pra que a família possa cumprir essa função da referência (VIK, 24/3/2006).

Neste sentido, deve-se considerar que no contexto brasileiro, pela própria ausência ou precariedade da intervenção estatal por meio das políticas públicas de corte social, a família torna-se a principal garantidora da reprodução da força de trabalho. As famílias, para suportar, todas as funções que lhes são atribuídas e enfrentar as situações de risco social, buscam dividir com o Estado o encargo dos cuidados com seu ente enfermo. Mesmo assim, configuram-se, para elas, condições deficitárias de atendimento, em particular no caso da atenção em saúde mental (ROSA, 2003, p. 192).

Na seqüência, o entrevistado realiza uma análise das várias situações singulares e sociais que envolvem as dificuldades do serviço, das famílias e dos usuários, em realizar um tratamento integrado na relação usuário/família/CAPS.

Então, também envolve vários aspectos, eu vou apontar alguns; assim, em primeiro lugar, a gente vê que boa parte das famílias vê o CAPS como um lugar pra poder deixar o seu familiar, é um lugar onde ela não vai precisar cuidar dele durante um certo tempo, então, eles até participam de algumas entrevistas iniciais, hoje, por exemplo, eu tenho uma (entrevista inicial) que a pessoa veio sozinha, não veio família; é bastante freqüente que venha o usuário sem acompanhante familiar algum, esse é um aspecto, a família de uma certa maneira toma o CAPS como um lugar pra deixar o seu familiar, nós por outro lado, não criamos estratégias pra fixar essa família, pra trazer essa família mais perto; tem um grupo de família que funciona de maneira meio irregular, mas que a gente vê cada vez mais a necessidade de tornar isso algo mais organizado, poder atender a família, a gente faz o acompanhamento com família, geralmente, quando há um pedido específico ou do usuário ou da própria família, aí a gente procura fazer, mas é mais individualizado, é uma questão mais individualizada, e há também, por parte dos usuários há o desejo de que a família não participe, isso ficou muito evidente na organização da associação, que é uma associação de usuários, familiares e técnicos, e quando a gente estava organizando a associação, toda vez que se falava na participação dos familiares havia uma certa resistência por parte dos próprios usuários que os familiares participassem; a gente entende isso como uma maneira de buscar uma certa autonomia, uma certa distância dessa família, que é, as vezes, bastante complicado de fato tê-los muito próximos, aí precisa de um outro tipo de abordagem, não dá pra incluir, como a gente fazia no início por exemplo, a gente fazia grupos de usuários e familiares, mas a família atrapalhava mais do que ajudava nesses grupos, aí a gente resolveu começar a separar, deixar o espaço específico para o usuário, porque a família vinha e tomava o espaço, e falava, e ficava reclamando da pessoa, do que ele não fazia, de todas as dificuldades etc..., então, a gente achou melhor botar um pouco uma barreira, botar um filtro ali pra que tivesse espaço do usuário e que ele pudesse aproveitar isso da melhor maneira possível (F, 12/4/2006).

No entanto, cabe destacar que, numa visão mais abrangente e totalizante, a família é entendida, no cerne das condições de reprodução social do portador de transtorno

mental, como um sujeito que procura reconstruir relações cotidianas, criar novos sentidos, manter e fortalecer laços de sociabilidade. É percebida, positivamente, em suas possibilidades, potencialidades e recursos, como elemento fundamental à manutenção do poder contratual, à autonomia e à emancipação do portador de transtorno mental (ROSA, 2002, pp. 152-153).

As falas relacionadas a seguir apresentam a compreensão dos entrevistados com relação às possibilidades da participação da família no tratamento, e as dificuldades do CAPS em realizar esse tipo de atendimento. Um deles argumenta que o acompanhamento à família é essencial para minimizar os efeitos da convivência com o portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Acho que o atendimento familiar assim como ele pode ter dificuldades ele também pode te ajudar um monte, então, assim, tem os dois lados, as dificuldades eu acho que é porque também ele vai estar trazendo, vai sobrecarregando com mais, digamos assim, mais queixas, vai estar trazendo.., as vezes nem está relacionado ao usuário os problemas e as situações, embora eu acredito que na maioria das vezes ela ajuda, ela ajuda porque é que está convivendo com o usuário lá fora o tempo inteiro, que tem mais os dados, quem pode inclusive, ah! ele está muito sedado, vamos tirar esse remédio, esse remédio só faz mal, então, a família se ela não é bem orientada ela acaba, assim, tentando fazer o bem ela acaba fazendo o mal pro paciente, ah! não aquela atividade lá, ficar só batendo palminha, musiquinha, aquilo lá não vai ajudar você, é melhor eu.., vou te colocar de novo na escola porque se não você não vai trabalhar nunca, então todas as ansiedades da família, que se elas forem bem trabalhadas o usuário só tem a ganhar, agora, as dificuldades é: um espaço em que essa família seja acolhida, que ela seja realmente trabalhada e uma equipe, a formação, alguém com formação pra fazer isso, isso não tem (J, 22/3/2006).

Eu acho que o acompanhamento com a família ele é extremamente necessário pra elaborar a imagem que essa pessoa acabou deixando pra essa família; a família ela ainda tem uma imagem, ela tem o imaginário social em relação o que ela de repente produziu; então, há uma necessidade de se ter um acompanhamento com os familiares pra estar elaborando as relações, o dia-a-dia que ela tem com o portador de transtorno mental; as vezes se investe muito em acompanhamento com usuário e não se investe muito no acompanhamento com a família, a família está sobrecarregada, tem que se discutir a questão dos encargos familiares, porque as vezes ter um portador de transtorno mental junto com a família é extremamente estressante, e as vezes a família acaba colocando o portador de transtorno mental no hospital pra descansar, porque as vezes é complicado, tem um portador de transtorno mental que canta o dia inteiro, ou que não dorme durante a noite, dorme de dia, ou que quer ver televisão a todo momento, ou que fica conversando com a vizinhança a todo o momento, tem o portador de transtorno mental que com o seu sofrimento incomoda muito a família, então, tem de haver um profissional articulado ou apaziguador ou que provoque alguma

resolução nessa prática; [...] se não dá pro portador de transtorno mental morar com a família então que se haja (encontre) um espaço harmônico, mas a família tem que ser acompanhada sim (GIRASSOL, 20/3/2006).

Entre as dificuldades que os profissionais identificam na (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e estigma da loucura, ainda presentes no imaginário social das pessoas. Relacionamos na seqüência as respostas dos entrevistados, nas quais é expressa a relação com alguns dos aspectos enfrentados no cotidiano da vida dessas pessoas, em suas relações com a família, as instituições e a sociedade.

Em primeiro lugar a dificuldade de a família compreender o que a pessoa tem, pelo que ela passa, muitas vezes, a idéia é de que é um vagabundo, que o cara não quer trabalhar porque é vagabundo, não quer fazer nada só quer ficar em casa fumando, na frente da televisão porque é vagabundo; então, tem essa dificuldade de poder dar ou ter um certo olhar pra essa pessoa, pra esse usuário que não seja esse da discriminação; tem também o medo, o medo de que essa pessoa venha cometer algum crime, que é um pouco o mito da loucura, é o que envolve o mito da loucura, de ser alguém que é imprevisível e violento, o mito da loucura está muito marcado por isso, muitas vezes a família vem contaminada por isso, eu atendo uma mãe, por exemplo, que apesar de ser uma pessoa que contribui muito, mas ela tem medo do filho, ela tem medo, e ela reconhece isso, diz isso claramente, ela tem medo, agora menos, depois de um tempo isso está começando a se flexibilizar, ela está começando a entender um pouco diferente, mas ela tinha muito medo do que esse filho poderia fazer com ela, então, isso é algo que é bastante comum, mas isso é uma dificuldade; o outro aspecto da resistência é a idéia de que ele se tornou uma pessoa inútil, o usuário se tornou uma pessoa inútil, porque ele não pode trabalhar, que nunca vai fazer nada a não ser ficar como um louco, ficar como uma pessoa que não pode assumir responsabilidades, que não contribui, o aspecto financeiro é um problema; o Programa de Volta pra Casa não resolve isso integralmente porque ele é destinado pra pessoas que estão no mínimo há dois anos internadas, então, aqueles que não tem internação prolongada não têm acesso a esse recurso, então, ele passa a se tornar um peso econômico pra família e aí todos os outros problemas que são decorrentes disso (F, 12/4/2006).

Muitas vezes ele acaba sendo o membro da família rejeitado, ele tem o quartinho dele no fundinho. Bom, eu acho que é o próprio estigma de ter um doente mental, tem ah ele é doente mental, deixa ele quietinho lá porque se não ele vai incomodar, vai surtar, vai xingar e, que vergonha, aí os vizinhos; então, é o estigma do usuário, do paciente com transtorno mental, como muitas famílias não entendem elas tem até crenças de que isso é o demônio, isso é um castigo, ou é porque ele era uma pessoa ruim na vida passada, então, vem com mil, vamos dizer assim, explicações, que só atrapalham e impedem que aquilo seja encarado como..., ok isso aí é uma doença, e como é que a gente vai

fazer pra ajudar e tratar isso; então, os conhecimentos, a ignorância nesse sentido, [...] uma parte eu acho que seja pelo próprio desconhecimento do que é um transtorno mental, e do estigma de que o louco é o que rasga dinheiro e, enfim, isso dificulta, e aí quando você não tem um suporte pra dar à essas famílias aqui dentro, você só reforça lá fora esse estigma; então, claro, a pessoa chama a atenção da população, os pacientes que conseguem lá fora trabalhar e não ficar só dentro do CAPS, então, as oficinas que possam vir a dar renda, que elas sejam trabalhadas lá fora, até pra lá fora você convive com eles, percebe que eles não são os loucos que rasgam dinheiro, saem quebrando tudo e matando todo mundo, esse é o medo da população e acaba sendo o medo da família (J, 22/3/2006).

A questão da diferença do “louco” para o “não louco”, que na sociedade capitalista, é determinada pela relação produtivo/não produtivo, ou seja, aquele que detêm poder de consumo e aquele que não tem poder de consumo, também foi expressa pelos profissionais entrevistados como uma das dificuldades para a (re)inserção social do portador de transtorno mental, na família e na sociedade.

Eu acho que os limites do usuário; tem a coisa do preconceito, da loucura, ele, o usuário, ele não é alguém produtivo na família, ele não leva dinheiro pra casa, ele, ao contrário, ele só gasta, ainda tem que buscar remédio, ele dá mais trabalho ainda, ele não é produtivo, de maneira geral, então, isso já agrega um preconceito maior ainda, além de ter o preconceito da loucura, de ser..., enfim, alguém que tem uma “deficiência”, alguém que é muito dependente, ainda tem isso, então, ele não soma nada à família a não ser o incomodo; daí, geralmente, é uma mãe que até acolhe, ou pai, por questões afetivas, mas sempre está lidando com esse limite do usuário; tem famílias que não querem, tem muitas famílias carentes que não querem mais um problema, e quando a pessoa, então, saiu da família, que foi internada, e ficou um longo tempo fora, a família já se estruturou de forma a não contar com aquele usuário, então, já não conta mais com ele, passou três, quatro, cinco meses, aí vem uma pessoa trazendo toda uma dependência e que não é somar, ou as vezes as próprias crises dentro de casa, então, é difícil um cara que faz xixi no chão, um cara que toma um café e deixa sua xícara, um cara que quebra, que uma vez por mês quebra tudo, que bate nas pessoas dentro de casa, ninguém tem essa tolerância, tem que ser mais de uma pessoa pra suportar e, as vezes, uma pessoa, que é a mãe, suporta, mas os outros irmãos não entendem, não conseguem lidar com a questão, que é difícil mesmo, o nível de dependência, os limites, o risco que, enfim, pode correr o usuário (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Rosa (2003, p. 192), a família, apesar de procurar dividir com o Estado as demandas de cuidado do portador de transtorno mental, ainda é o principal agente responsável pelo seu provimento. Para implementá-lo, na divisão sexual do trabalho do grupo doméstico, seu ônus recai sobre a mulher. Todavia, diferente das demais

enfermidades, o transtorno mental se particulariza pelo fato de seu portador não se reconhecer como enfermo e por seu prognóstico figurar como uma incógnita, sem ter uma temporalidade previsível. Desta forma, em geral, o provimento de cuidados e o tratamento tornam-se impositivos para o portador de transtorno mental, que pouco colabora conscientemente no seu processo de recuperação. Por sua vez, o provedor de cuidado, com frequência a mulher, mãe, tem que ter uma disponibilidade de tempo, periódica ou indefinidamente, para exercer o seu papel. E, para satisfazer as necessidades individuais do portador de transtorno mental e as exigências de sua enfermidade, a mulher, mãe tem seu espaço de vida invadido, seus projetos de vida obstruídos pelas necessidades de prestar cuidado.

3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares

No contexto da Reforma Psiquiátrica, as organizações de usuários, técnicos e/ou familiares tem cumprido um importante papel na mudança do modelo assistencial em saúde mental, participando ativamente das discussões sobre os serviços e promovendo atividades que visam maior inserção social, geração de renda e trabalho e a garantia de direitos sociais. Essas associações constituem-se em importante instrumento de promoção da saúde e da cidadania de todos os envolvidos (BRASIL, 2004)

O CAPS Ponta do Coral conta com uma associação de usuários, familiares e técnicos. Apesar de estatutariamente estar prevista a participação e filiação de familiares e técnicos, atualmente, na prática, esta se tornou, efetivamente, uma associação de usuários. Em gestões anteriores, já teve em sua diretoria a participação de técnicos do serviço. Atualmente, dois técnicos acompanham as atividades desta, mas a diretoria da gestão atual (2006) é composta somente por usuários.

Com relação a participação dos usuários no planejamento das atividades do CAPS, os profissionais referem que esta acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, realizada semanalmente, na qual são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Contudo, os entrevistados observam que

existem dificuldades em realizar um processo de planejamento das ações do serviço, seja por particularidades dos usuários, seja por limitações e/ou problemas institucionais.

Assim, existem alguns espaços em que essas ações são tomadas em conjunto, a assembléia dos usuários, aqui é feita de terça-feira, em que é discutido desde a limpeza, o lanche, qual é o próximo passeio, o que vai ser de reunião, o que está sendo feito, quais são os informes em relação a saúde mental, em relação a congressos, encontros, comissões. O que eu percebo é que embora isso seja estimulado há pouca, baixíssima, aderência e quando há, em geral, são daqueles mais saudáveis no sentido de que de repente nem seriam usuários CAPS, mas eu acredito que isso seja também o próprio sintoma, de a dificuldade de lá fora conseguir um emprego, a dificuldade de iniciar uma atividade, iniciar um curso, é também pra se engajar na própria luta deles; o que eu percebo é que a família, em geral, quando pega isso vai adiante, os usuários tem poucos estímulos próprios, vamos dizer, pra continuar, pra se manter; então, na reunião da Comissão Ampliada²¹, aí participa um, mas depois a semana que vem já não vem; então, são poucos os que realmente conseguem dar conta, eu coloco a palavra no sentido de ser capaz para, tem essa dificuldade, eu acho que é própria condição (J, 22/3/2006).

Então, a gente procura estabelecer parcerias com a associação porque tem muitas coisas que pelo fato de a gente estar submetido a um organograma e a hierarquia, e aí os limites do serviço público, a gente não pode fazer; por exemplo, a questão da venda do material das oficinas, isso é algo que o CAPS não pode assumir, por conta mesmo da legislação que impede a gente de fazer esse tipo de atividade; então apesar de ter uma participação grande, o material vendido é o material das oficinas do CAPS, mas quem faz essa tarefa é a associação, é a associação que se encarrega da venda, de levar o material, de receber dinheiro etc.; além disso a associação se tornou efetivamente uma associação de usuários, apesar de o estatuto dela prever a participação e filiação de familiares e técnicos ela é uma associação de usuários na prática, e como articuladora de um projeto político e de reivindicação dos direitos do usuário dos serviços de saúde mental, como um instrumento pra viabilizar inserção no mercado de trabalho por exemplo, parece que são essas as funções da associação; com os usuários o que a gente tem é uma assembléia semanal onde são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; esse aspecto do planejamento da atividade ele de fato não tem a participação dos usuários até porque nem nós, como te falei no início, o nosso planejamento também é meio caótico, assim, a gente não tem um processo organizado de planejamento pra um ano ou mesmo pra seis meses, então, aí os usuários não chegam a participar desse planejamento, eles participam sim da discussão do funcionamento que é na assembléia,

²¹ A Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental (CPASM) é uma instância do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, criada através da Resolução N°1/CMS/2006, cuja finalidade é assessorar o plenário do conselho no que compete a formulação, implantação, implementação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas, ações e projetos em Saúde Mental, assim como prestar assessoria técnica ao gestor municipal. A CPASM é constituída por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde, e usuários e familiares da saúde mental (nota da pesquisadora).

que é toda semana, e aí se trata das coisas do dia-a-dia, é mais cotidiano (F, 12/4/2006).

A presença e participação dos usuários nas discussões e no planejamento das ações pertinentes à saúde mental vêm se ampliando progressivamente nos últimos anos. O processo de inserção inicia-se com o protagonismo dado ao sujeito na definição de seu projeto terapêutico, estende-se na organização de associações e na representatividade destas nos fóruns deliberativos (Conselhos de Saúde, Conferências, Comissões de Saúde Mental), e na participação em eventos científicos e espaços de militância política pertinentes à área da saúde mental. Essa é uma das formas em que a condição de cidadão dos portadores de transtornos mentais é resgatada. Segundo Rodrigues (2005, p. 80), “a participação política e militância de usuários e familiares em instâncias deliberativas ganham efetividade quando politicamente organizados”.

Neste sentido, a construção coletiva do protagonismo requer a saída da condição de usuário-objeto e a criação de formas concretas que produzam um usuário-ator, sujeito político. Isso vem ocorrendo através de inúmeras iniciativas de reinvenção da cidadania e *empowerment*, como atenta Vasconcelos (2000b), por meio de intervenções via associações de usuários ou de cooperativas sociais, ou ainda da participação política de tais atores nos mais importantes fóruns sociais de formulação de políticas da área, tal como nos conselhos de saúde e comissões de saúde mental.

Nas falas que seguem, os participantes da pesquisa destacam as dificuldades encontradas na organização, na articulação e no funcionamento da Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral²², bem como seus objetivos e principais lutas políticas por direitos.

Assim, eu acho que os usuários têm esse espaço da assembléia junto com os técnicos. É um espaço interessante, onde eles podem estar opinando, mais do que o da associação; o da associação é muito mais difícil de levar adiante; eu também já fiquei um tempo ajudando a associação, já fui até, uma época, da própria gestão, da própria diretoria, e a gente tem

²² Importante estudo sobre a Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral foi realizado por Rodrigues em dois trabalhos: RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral: desvelando sua significação**. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004; e RODRIGUES, J. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

que estar puxando muito como técnico, parece que deixar por conta deles a coisa não anda e, as vezes, a gente vê que fica mais um desejo nosso de que as coisas aconteçam do que deles; então, a assembléia pelo menos é um espaço que eu ainda acho que se consegue ter uma presença, agora a presença dos familiares no planejamento é muito pequena, poucos que vem, vem um ou outro, pai de alguém; dos usuários, eu acho que é mais nesse espaço da assembléia que acontece (P, 17/3/2006).

Os usuários, nós temos a assembléia dos usuários; então, na assembléia se discute algumas questões, por exemplo, as vezes o planejamento, funcionamento da casa, por outro lado nem tudo é discutido na assembléia, [...] tem uma atuação limitada, ela não é totalmente participativa. A associação, ela tem histórias de altos e baixos; teve momentos que a associação tinha uma diretoria, mas ninguém participava, não se articulava; tem momentos que a associação se integra mais, quando ela se integra a coisa fica também mais rica; nós temos aproximação, por exemplo, na questão do vale transporte, as reivindicações, sobretudo do vale transporte, de veículos pra passeio, pra participar de um evento, muito mais do que planejamento das ações, digamos assim, mais no sentido de luta por direitos e reivindicações (LÉLI, 4/4/2006).

A associação de usuários possui cinco objetivos: controle social, ajuda mútua, suporte mútuo, defesa dos direitos, geração de renda; em cima desse objetivos a associação realiza seu movimento e sua luta. Em termos do papel dos usuários no planejamento das ações do CAPS seria discutir esses objetivos em relação ao CAPS. Hoje, o que acontece, a associação de usuários acaba discutindo um pouco mais controle social; ela expressa a representatividade dos usuários na luta social, na dignidade humana, e também na geração de renda; outra coisa muito importante que a gente fala é a luta contra o preconceito, então, a associação ela participa mais nesse sentido, controle social, geração de renda e luta contra o preconceito no CAPS; esse é o papel dos usuários, realizar o controle social, participar da geração de renda e a luta contra o preconceito; a luta contra o preconceito significa realizar teatro, levar pras Academias, levar pra comunidade, mostrar que a história do louco no imaginário social das pessoas ela é transformada, pode-se reverter isso, e isso se reverte com música, cultura e arte (GIRASSOL, 20/3/2006).

O papel da associação no planejamento, é porque assim, a associação ela não é o CAPS, ela é uma entidade separada, a assembléia é uma assembléia geral do CAPS, é um mecanismo facilitador da participação dos usuários e técnicos na gestão do serviço; a associação é uma entidade, sem fins lucrativos, que foi criada e pensada pra que os usuários e familiares se organizem pela luta da política, pela luta da implantação da política de saúde mental, pela luta dos direitos, pela luta da implantação da Reforma Psiquiátrica, pela melhoria do serviço, então, assim, a associação ela caminha, mas ela é muito nova e aí se é muito nova tem uma estrutura um pouco frágil, então assim, a tua pergunta é se ela participa das ações do CAPS, ela participa sim, tem um elo de participação aí, tem um canal de participação, mas é frágil, é muito frágil, eu penso que é muito frágil porque aparece pouco (VIK, 24/3/2006).

Rodrigues (2005, pp. 81-82) destaca que as associações de usuários, enquanto dispositivos, possibilitam uma atitude política que oferece visibilidade ao usuário como ser cidadão e não apenas como portador de um transtorno. Segundo o autor, quando o usuário passa a ver, sentir, e ver sentido em suas ações associativas, sua prática organizativa torna-se efetiva e com empenho. Por isso, as associações precisam desenvolver estratégias mais amplas de adesão, visando revigorar seus quadros associativos. Nesta direção, a profissionalização e formação política dos dirigentes é vista como uma possibilidade para estimular a participação.

A compreensão das associações civis como relacionadas e condicionadas pelas associações políticas leva ao entendimento de que há uma sinergia entre a sociedade civil e a democracia política. Segundo Fleury (2004), a dimensão cívica da cidadania diz respeito à condição de inclusão ativa dos cidadãos à comunidade política, compartilhando um sistema de crenças com relação aos poderes públicos, à sociedade e ao conjunto de direitos e deveres que são atribuídos ao status de cidadão. Como dimensão pública dos indivíduos a cidadania pressupõe um modelo de integração e de sociabilidade, que transcende os interesses egoístas do indivíduo no mercado, em direção à uma atitude generosa e solidária.

A fala a seguir relaciona algumas dificuldades cotidianas vivenciadas na e pela associação de usuários do CAPS Ponta do Coral. Apresenta algumas possibilidades de atuação deste tipo de organização da sociedade civil, tanto com relação a parcerias com outras entidades, para o desenvolvimento de ações que visem a profissionalização e inserção no mundo do trabalho, quanto no processo de politização e conscientização de seus usuários com relação aos direitos de cidadania.

Eu acho que ela tem um papel relevante, a dificuldade é de incrementar esse papel relevante; os familiares vêm muito poucos; bom, talvez a gente não esteja também instigando, muitas vezes a gente convida, mas eu acho que, também, as vezes, falta um pouco de investimento da equipe para que os familiares estejam mais no CAPS; agora, a associação poderia fazer muitas coisas, desde convênios para cursos com esses órgãos que a gente tem, SENAI, SESC; poderia tentar uma penetração, mas isso seria uma outra realidade a ser criada; cada vez que entra uma gestão nova, a gente diz quem sabe agora; desde as pequenas coisas, até divulgar a lojinha aqui, é difícil, a gente uma vez fez uns folders pra distribuir aqui na vizinhança, uma vez a gente tentava vender as verduras que produzia, não conseguia muito, conseguia ali, vendia uma ou outra; agora em termos de espaço de fazer política eu acho que ela tem um peso, deveria realmente crescer, por mais que as pessoas tenham dificuldades; eu acho que tem que continuar existindo, tem que continuar batalhando para que eles possam estar assumindo um pouco

mais esse papel político, essa conexão com outras instâncias da sociedade; por exemplo, na questão até de trabalho, de poder a associação também ajudar nessa abertura de espaços de trabalho; teve uma vez que tentaram no Angeloni (supermercado), depois quando souberam que era portadores de transtorno mental não quiseram; eu acho que a gente precisava mostrar um pouco pra sociedade o que é o paciente psiquiátrico; assim, através desses recursos, não dá pra esperar vamos pra mídia, porque, assim, tem umas coisas que são boas, ótimas, mas são meio ideais, a gente tem que tentar começar com essas pequenas coisas que pode fazer: divulgar a lojinha, sei lá, fazer um contrato lá com o CIC pra fazer cursos, por exemplo, de pintura, coisas que são mais próximas da realidade exequível (P, 17/3/2006).

Para Rodrigues (2005) dois aspectos são importantes para compreender as dificuldades de falta de adesão e continuidade na participação dos membros da associação. Um deles refere-se aos elementos motivadores para a participação. Neste caso, é preciso considerar que a prática política de militância possui seus campos de conflito e tensões, que dentro da especificidade da loucura pode não conferir uma participação freqüente. O outro relaciona-se ao significado da associação na vida dos integrantes. Muitos usuários vêem a associação como possibilidade de geração de recursos financeiros, haja vista que o fator trabalho/vínculo empregatício é algo marcante na vida dos portadores de transtornos mentais, em decorrência de a maioria não possuir fonte de renda própria.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacaram o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário.

A primeira delas é a questão do controle social, a associação tem potencialmente essa função, não só dentro do serviço, mas também nas outras instâncias, conselho municipal de saúde, conselho local, aqui em Florianópolis estamos organizando uma Comissão Permanente, que é consultiva do Conselho Municipal de Saúde, é uma comissão de saúde mental, no estado (SC), a gente tem o Colegiado de Políticas Públicas e Atenção Psicossocial, que tem representação dos usuários; então, novamente, na questão da defesa dos direitos, na questão do resgate da cidadania, as vezes nem é resgate porque o cara nunca teve cidadania alguma, mas da possibilidade de instituir um certo nível de cidadania; eu vejo que a possibilidade de o usuário poder participar politicamente é algo que tem um efeito sobre a sua dinâmica, como tem efeito sobre a dinâmica de qualquer um que descobre um dia que tem essa possibilidade de participar politicamente, da vida política, e pro usuário de saúde mental isso muitas vezes é uma descoberta que representa uma guinada muito grande na sua vida, então, vamos dizer assim, tem um efeito terapêutico, um efeito clínico nesse sentido, além, obviamente, dos

efeitos políticos que isso representa, mas, mais individualmente tem esse efeito, da articulação com as outras pessoas, enfim, tem uma terapêutica aí que é função, mesmo que não reconhecida, mas é função das associações (F, 12/4/2006).

O principal papel das associações é não tornar que os serviços se tornem manicômios; a associação é a vida, é organização, é luta, é enriquecimento, é sentido de vida; tenho escutado muito de pessoas que tiveram suas vidas arruinadas que quando passaram a militar em associações de usuários passaram a ter um sentido de vida, passaram a conceber a razão da sua existência em vida; então, a principal importância das associações é não deixar que o serviço se torne manicômio, é tornar o serviço um pouco mais rico, com mais vida, é organizar a questão política, é falar em nome dos próprios usuários; então, a importância das associações de usuários é levar a boa nova aos CAPS, levar a boa nova aos serviços de saúde mental, levar a boa nova do modelo psicossocial, ou seja, discutir o controle da loucura, ou seja, a maior importância das associações é levar a discussão da liberdade, liberdade e dignidade dos portadores de transtornos mentais (GIRASSOL, 20/3/2006).

Além do tratamento e dos serviços, eu acho importante que a associação possa se fortalecer enquanto movimento popular de luta pela Reforma Psiquiátrica, que os usuários possam se conscientizar dessa importância de estarem articulados, lutando pela implantação da política, da política de saúde mental sob esse novo paradigma da Reforma Psiquiátrica; eu acho que essa é a maior importância, acho que essa é a maior tarefa da associação; claro que isso se reflete na micro política institucional no próprio CAPS; a associação vai estar lutando, a nossa associação aqui, por exemplo, já lutou pelo próprio vale transporte dos usuários, de ir até a secretaria (Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis) conversar com o secretário e reivindicar enquanto essa democracia representativa dos próprios usuários, técnicos e familiares; pela própria manutenção desta casa na época que houve a questão da construção da via de acesso ao Hospital Infantil, existia um projeto da outra via passar também por aqui, os usuários batalharam que essa casa se mantivesse aqui, que o CAPS se mantivesse aqui e conseguiram; então, acho que essa luta maior de articulação que exige uma consciência política dos líderes que estão na associação, dos usuários como um todo, é que é a grande tarefa da associação, só que isso se faz num trabalho de formiguinha, num trabalho miúdo (VIK, 24/3/2006).

Cabe destacar que o controle social compreende a participação da população na perspectiva da interferência na gestão da política pública de saúde, colocando as ações e serviços na direção dos interesses da comunidade e estabelecendo uma nova relação entre Estado e sociedade. Conforme Correia (2002, p. 212), controle social “é a atuação da sociedade civil organizada na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam às demandas e aos interesses das classes subalternas”.

A III CNSM ressalta a importância do controle social, através dos mecanismos já existentes (Conselhos, Conferências e Comissões de Saúde Mental, organizações da

sociedade civil e movimentos sociais), como forma de garantir o avanço da Reforma Psiquiátrica. Os indicativos da Referida Conferência destacam que o controle social deve constituir-se com a representação dos três segmentos – usuários, familiares e profissionais de saúde, na perspectiva de induzir uma ação de acompanhamento da construção das políticas municipais, estaduais e nacional de saúde mental. As Comissões de Saúde Mental em ação conjunta com os Conselhos de Saúde devem exercer seu papel de controle e fiscalização das políticas públicas, o que inclui o orçamento e a destinação de verbas para a saúde mental, em todos os níveis (BRASIL, 2002a).

A ação da sociedade civil e dos movimentos sociais é ressaltada visando a garantir que os programas de saúde mental não sofram descontinuidade por ocasião de mudanças de gestão administrativa e/ou política. Para tanto, devem ser criadas estratégias para a viabilização de maior envolvimento dos diferentes atores sociais com as questões da saúde mental. Entre estas, destacamos o papel das associações de usuários, técnicos e familiares e dos núcleos estaduais e/ou municipais do movimento da luta antimanicomial, na gestão dos serviços e na fiscalização das práticas de saúde mental (BRASIL, 2002a, p. 142).

3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia

A desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial são dois dos pressupostos teórico-epistemológicos orientadores das práticas assistenciais indicadas na e pela Reforma Psiquiátrica. Tendo isso em conta, perguntamos aos participantes da pesquisa se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas para a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referiram que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras.

As falas relacionadas na seqüência explicitam a percepção dos entrevistados sobre a questão e indicam algumas possibilidades que, segundo eles, poderiam favorecer o desenvolvimento de ações de reabilitação psicossocial.

Em parte sim, em parte; eu acho que como a gente não tem um sistema de avaliação a gente não consegue medir isso muito bem; a nossa intenção é essa, o que não quer dizer que as nossas ações consigam de fato alcançar; acho que a gente poderia fazer mais, a gente poderia ter uma articulação mais intensa e mais constante com outras instituições, com outros sistemas de atenção, além claro da própria rede de saúde, que não existe; em Florianópolis a gente não tem rede, até está se formando, dá pra dizer que está se formando, mas não funciona como rede ainda, efetivamente não funciona; a gente tem pouco contato com a atenção básica, com o PSF, que seria um parceiro importante, a gente tem pouco contato com os outros CAPS também em termos de troca, enfim, com outras instituições de saúde, então, acho que a gente ainda continua isolado, e aí pensar em reabilitação psicossocial com essas condições é um pouco mais complicado; a gente vê alguns efeitos, que a gente mede pelo usuário em si, que é o fato de que ele consegue evitar internação, que ele consegue muitas vezes voltar a trabalhar, sua participação nas oficinas passa a ser bastante diferente, enfim, mas são coisas que a gente não tem um instrumento pra avaliar (F, 12/4/2006).

Eu penso que sim, apesar de que hoje o programa de saúde mental não conta com uma rede completa de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, então, assim, a gente tem essa dificuldade; se existisse isso de forma mais estruturada, de forma mais incrementada seria mais fácil a reinserção social; por exemplo, a gente não tem leitos psiquiátricos no HU, um hospital geral, que já tem um ambulatório de psiquiatria, poderia ter um serviço de emergência, facilitaria, evitaria internações, um mercado protegido, um projeto de geração de renda também não temos, não temos os CAPS territorializados ainda, então, tem uma série de dificuldades colocadas aí que impedem essa reinserção social num tempo menor do que acontece hoje; acho que hoje o tempo que o usuário fica dentro do CAPS ainda é muito grande por conta de a gente não ter essa rede completa, que possa dar esse suporte extra CAPS. [...] eu não sei se isso acabaria institucionalizando, de certa forma sim, mas assim, isso está na pauta, e se isso está na pauta não está institucionalizando, você entende o que eu quero dizer? isso está sendo falado pro próprio usuário, isso está sendo dito pra ele, olha tu já está aqui muito tempo, o nosso objetivo pra ti, nosso projeto terapêutico pra ti seria de tu poder estar fazendo isso, isso e isso lá fora, então assim, não diria institucionalizado porque talvez institucionalizado seria quando a gente não se desse conta disso, ah não isso está rolando, o usuário está aqui há anos, ninguém está fazendo nada, continua na mesma, aí sim estaria cronificando, mas acho que não nesse sentido, de que isso está na perspectiva, a gente está querendo a inserção, a gente está querendo a rede extra hospitalar, a territorialização dos CAPS, só que a gente não tem uma série de elementos necessários pra fazer a reinserção, a política, o programa de saúde mental, aliás ele está sendo implantado, incrementado muito mais agora recentemente (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que sim, mas muito pouco ainda; elas se encaminham, elas têm como ideal, elas desejam, mas na prática isso é muito pouco feito; eu vejo que nesse CAPS a equipe acaba estando muito fragmentada porque faz milhões de coisas também, desde a parte administrativa, parte clínica, oficina, se divide; eu acho que deveria ter a equipe como um todo trabalhar nisso, mas ter também grupos de atuação, como a gente

chama de atuação local, então, ainda para o que necessita está muito pouco assim, muito aquém [...] A primeira proposta começaria via Regionais, nas Regionais; por exemplo, as pessoas iriam para os seus bairros, ver qual é a possibilidade, as possibilidades que existem pro usuário se inserir, mas não só a Regional, poderia ter um grupo mesmo, sair com o usuário, fazer a coisa mais concreta, ela é feita, mas é feito muito pontualmente (LÉLI, 4/4/2006).

Em geral sim, mas tem alguns pacientes que, por exemplo, circulam no CAPS e que não tem nenhuma indicação de estar no CAPS, então ele acaba sendo um lugar de institucionalização ou de capsização. Tem isso; isso acaba acontecendo, mas em geral não é isso; em geral eu acho que todas as nossas ações, o que a gente discute em equipe é até a tentativa de diminuir essa dependência, esse vínculo de dependência, que em algum momento ela pode ser muito importante, mas em outros ela é excessiva e acaba aprisionando o paciente dentro do CAPS, e aí o CAPS passa a ter o mesmo papel e a mesma função do hospital; e como isso é o que eles conhecem, esse repertório é o que se conhece, é mais fácil de se acostumar com ele do que ter uma nova postura, uma postura de que, não, aqui eu vou tomar conta do meu tratamento, eu vou lá fora procurar o que é meu...; não, (o usuário) acaba esperando, ah o que você falar está bom, e aí essa atitude bem passiva, que ela é muitas vezes muito cômoda pra todos nós em muitos momentos, pra uns mais que outros, essa atitude de comodismo, de esperar, é ótimo, e aí isso acontece, acaba acontecendo, embora as práticas, elas tem a idéia de que não seja voltada pra isso; não é o objetivo, mas a gente observa que as vezes é falho (J, 22/3/2006).

Essa pergunta é muito difícil [...]; eu acho que não mudou muito meu olhar, a gente tende a sustentar a institucionalização, a gente não consegue dar alta, o paciente não consegue ter alta, não consegue sair; assim, digo um paciente que realmente talvez esteja até mais comprometido com esse tempo aqui, tem paciente que está aqui desde o início; eu acho que a gente acaba reforçando um pouco isso por mais que a gente tem o desejo de que fosse o contrário; existe uma certa comodidade pro paciente também, aqui ele tem atenção, ele é aceito, não tem assim uma grande briga por ele ficar aqui; então, isso me preocupa muito, eu fico pensando: é uma contradição porque ao mesmo tempo que o nosso trabalho é voltado pra isso parece que a nossa ação acaba revertendo o contrário; a questão da cidadania, a questão da construção de outros laços, criação de outros espaços, eu acho que é muito precária ainda [...]; por isso que eu acho que a gente precisa também de ter formas de avaliação dos pacientes, muitas vezes fica assim um exemplo ou outro que você tem, aquela pessoa foi, está lá trabalhando, talvez ela não tenha também construído um elo tão pesado, tão forte com a instituição, que ela já veio, ficou um tempo, saiu, voltou a fazer outras coisas da vida; eu acho que a gente ainda está institucionalizando mais do que desinstitucionalizando [...] (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p. 14) observam que um dos caminhos mais importantes para o qual aponta a desinstitucionalização é o da criação de novas relações com a loucura. Estas se processam a partir da mudança das relações institucionais internas e de

desmontagem dos dispositivos da clínica e da psiquiatria, mas certamente não se restringe a isto. Novas subjetividades e um novo lugar para o sujeito louco só são produzidos em relação com o social. O trabalho de desconstrução da institucionalização, necessariamente, extravasa o contexto institucional específico, atingindo seu objetivo mais amplo de questionamento das instituições e subjetividades capitalísticas, a desconstrução como transformação cultural. Para os autores, através do trabalho no campo social a desinstitucionalização atinge seu sentido mais abrangente, como processo social amplo e complexo de participação popular, territorialização dos serviços, envolvimento de diferentes atores sociais, e mudança da relação social com o fenômeno da loucura.

Sobre este aspecto cabe destacar que a desconstrução do paradigma da institucionalização e a construção do paradigma da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial envolve um conjunto de ações teórico-epistemológicas e de práticas assistenciais, amparadas por um sistema jurídico-político capaz de criar e garantir direitos aos portadores de transtorno mental. De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (1987), a reabilitação psicossocial é o conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários (OMS 1987 apud PITTA, 2001).

Nesta direção, a formulação da política de saúde mental, orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais nos campos da educação, cultura, habitação, assistência social, esporte, trabalho, lazer e a articulação de parcerias com universidades, Ministério Público, organizações não governamentais (ONGs), visando a melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania do portador de transtorno mental (BRASIL, 2002a).

Com o objetivo de saber se existem e identificar quais são as práticas de reabilitação psicossocial desenvolvidas no e pelo CAPS Ponta do Coral, perguntamos aos participantes da pesquisa se existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer. Do total de profissionais que responderam ao formulário, a maioria (66,7%), disse não existir, dois referiram não saber responder, e dois destacaram que existem. Dentre os que responderam que não existem tais práticas, um observou não ter conhecimento, oficialmente, das parcerias, um deles destacou que existem poucas e de acordo com o planejamento terapêutico do usuário, e um outro disse que tem em momentos específicos, mas não de forma contínua. Entre os que

responderam que sim, um referiu-se a experiências muito pontuais como por exemplo o uso da quadra de esportes próxima, e outro identificou parcerias com fundações municipais e estaduais de cultura.

Neste aspecto, os indicativos aprovados na e pela III CNSM ressaltam a necessidade de se priorizar, no âmbito da assistência em saúde mental, políticas que fomentem a autonomia dos portadores de transtornos mentais, incentivando o exercício da cidadania plena. Devem-se buscar parcerias entre o poder público e organizações civis para o desenvolvimento de projetos sociais e comunitários, de geração de renda e de acesso a todos os direitos, que possam funcionar como apoio na (re)inserção social destas pessoas.

No estudo realizado, perguntamos aos profissionais se as práticas assistenciais desenvolvidas no e pelo CAPS possibilitam ao usuário a construção de sua autonomia. Os entrevistados destacaram a necessidade de refletir conceitualmente sobre o que seja a autonomia do portador de transtorno mental, como avaliar a autonomia da pessoa. Referiram que, em geral, o serviço consegue cumprir com a função de estimular o usuário à conquista de sua autonomia.

A questão é discutir o que é autonomia, eu sempre parto do princípio de que autonomia não é independência, autonomia na verdade é a possibilidade de a gente poder ampliar as dependências, que é a vida de todo mundo, ou seja, eu pra viver eu dependo de um monte de gente, um que paga meu salário, outro que falo aqui, outro com quem eu me ligo afetivamente, enfim, eu dependo de uma porção de gente e isso me dá autonomia porque eu posso depender de muitas pessoas e de muitas instituições, muitos sistemas; o problema do usuário de serviço de saúde mental, paciente psiquiátrico é que ele, geralmente, depende ou das mesmas pessoas ou das mesmas instituições, ou seja, a capacidade de autonomia dele está muito reduzida porque ele não tem como circular socialmente, ele ou está sempre dentro de casa ou de casa pra uma instituição, seja ela o CAPS ou hospital psiquiátrico; então, pra mim autonomia é isso, é essa possibilidade de você ir ampliando os vínculos pra que você possa depender de muitas pessoas ou de muitas coisas ou de muitas instituições porque afinal de contas, em última instância, essa autonomia tomada como independência ela é imaginária, ela é irreal, não existe; então, eu acho que a gente consegue isso, a gente consegue ampliar a autonomia dessa maneira, primeiro porque o CAPS acaba se tornando um centro de convivência, então, o efeito imediato é que a pessoa deixa de ficar sozinha ou só com a família e passa a conviver com outras pessoas, esse é o efeito imediato, passa a ter outras relações que muitas vezes se desdobram, saem daqui, as pessoas fazem programas juntos fora, pinta relacionamentos amorosos ou só relação sexual, que seja, mas enfim, é uma oportunidade nova que o cara não tinha, encontrar alguém mesmo que seja só pra transar, então, isso já é um ganho também, já implica na ampliação de autonomia; eu vejo que muita gente aprende a lidar com o serviço público, aprende a correr atrás dos seus direitos, aprende a lidar com outros serviços de saúde, passa a

procurar o posto de saúde onde mora ou passa a ir pegar medicação em tal lugar sozinho, por conta própria etc.; eu acho que a gente consegue essa função, a gente consegue autonomia nesse sentido, mas pode ser melhor, na medida que a gente tiver uma rede, que a gente se inserir nessa articulação com outras instituições, com outras instâncias, a gente consegue fazer isso de maneira mais eficaz (F, 12/4/2006).

Em alguns casos sim, eu acredito que alguns casos quando não há uma limitação interna eu acho que sim, que é possível, através até da participação nas oficinas, nos grupos terapêuticos, da adesão ao tratamento médico; muitos conseguem realmente; passaram por um episódio, uma crise, conseguiram ficar bem e voltar para as suas atividades diárias, eu acho que quando eles aderem ao tratamento, quando há essa adesão, quando eu digo ao tratamento é ao projeto terapêutico deles, e não tem uma limitação, vou colocar entre aspas “uma seqüela” da própria doença muito forte, há essa possibilidade; em alguns outros casos eu acho que é difícil, assim, não é tão fácil medir isso, o que, quem melhora, quem não melhora, aquele que consegue voltar, aquele que não consegue, as vezes alguém que tem até uma doença mais incapacitante consegue, outros não, depende, depende do apoio que ele tem, do externo, da família, ou da própria sociedade, da comunidade em que ele é inserido, isso tudo faz diferença, que tem o background do que ele era antes, isso também faz a diferença, ele consegue resgatar; quando já não se tem muito o que resgatar aí fica mais difícil trabalhar; é individualizada essa resposta, mas eu acredito que em alguns casos sim, consegue essa (re)inserção de uma maneira muito boa e gratificante para os dois, pro usuário e para os profissionais (J, 22/3/2006).

[...] dependendo de como o serviço é gerido, dependo de dentro de que política de saúde mental esse CAPS está inserido, ele pode ao invés de estabelecer uma autonomia, mesmo que ele tenha uma boa vontade de estabelecer autonomia, ele acaba tornando a pessoa mais dependente ainda do serviço; então, é uma grande armadilha a construção da autonomia, não só especificamente pro CAPS Ponta do Coral, mas pra todos os CAPS que eu tenho visto; então, a gente volta novamente na questão da avaliação, novamente na discussão dos termos, eu acho que a questão dos conceitos ela tem que estar muito clara, o que significa cada conceito, eu sempre tenho batido muito nisso; o que é autonomia? É a pessoa ter minimamente condição de governar a sua própria vida, gerir sua própria vida, Ok! a gente estimula a pessoa a fazer isso, trabalha nesse sentido com a questão da autonomia, agora, quais são os parâmetros que nós vamos utilizar pra avaliar essa autonomia, isso a gente não tem muito claro ainda, acho que necessita; então, o CAPS possibilita autonomia, mas ao mesmo tempo não tem uma análise crítica [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Não obstante, cabe-nos destacar que a compreensão sobre autonomia que orienta este trabalho refere-se “a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente”. Neste caso, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas

relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001, p. 57).

As falas relacionadas a seguir destacam como o atendimento no CAPS Ponta do Coral possibilita a construção da autonomia do usuário.

Eu acho que em formas gerais sim, na relação que os técnicos tem com o paciente; agora, as vezes, a gente tem uma postura muito assistencialista em muitas situações, um assistencialismo que acaba prendendo o paciente, institucionalizando; são situações, eu acho que as vezes a gente repensa sobre elas, não foi bem por aí, mas, assim, eu vejo as pessoas contando a história do CAPS, teve muitas experiências que foram positivas também, que chegaram a um resultado, assim, sem muito recurso, sem muito com que contar fora da própria equipe, fizeram coisas que são surpreendentes em relação a tantos pacientes; eu acho que essa maneira de você poder dar voz, poder valorizar aquilo que a pessoa faz, consegue fazer em uma Oficina por exemplo, eu acho que essa é uma maneira de você conferir uma posição mais sujeita, mais ativa mesmo (P, 17/3/2006).

Sim, eu acho que sim, só que eu acho que a gente possibilita em alguns casos, não tem uma história linear de possibilitar a todos, eu acho que tem um projeto de possibilitar, mas isso não acontece o tempo todo, porque também isso não é uma via de mão única; hoje, eu já fui mais ingênua em relação a isso, muitas vezes uma pessoa que ficou trinta anos, vinte anos no hospital psiquiátrico, eu não sei mais se ele quer ter mais autonomia, muitas vezes ele quer, não quer; se a gente entender autonomia como trabalhar, seja em qualquer lugar, com uma bolsa trabalho, entender autonomia como decidir ir final de semana para uma praia, autonomia como ir ao supermercado, escolher o que vai comer, até certo ponto sim; por exemplo, se tenta até que muitos usuários saiam no final de semana, a gente na reunião das Regionais combina que eles possam ir, no final de semana, para um passeio, e eles não vão, eles ficam em casa, só vão se o técnico for, no dia de semana; então, acaba ficando um outro processo de não autonomia; então, a luta, a intenção é que isso se dê de outra forma, que também não fique dependendo do CAPS; existe uma construção pra isso e isso acontece, em certa medida acontece, mas ainda não como gostaríamos, porque nós também temos uma idealização de autonomia [...] alguns casos tem sim, vão até um certo ponto da autonomia que é possível pra pessoa, e outros vão mais além, outros regridem (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre as possibilidades de construção da autonomia do portador de transtorno mental, Kinoshita (2001, pp. 56-57) considera que a contratualidade do usuário, primeiramente vai estar determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Estes podem emprestar seu poder contratual para possibilitar relações e

experiências renovadas ao usuário, através de seu prestígio, de sua delegação social, do saber reconhecido pela sociedade. O referido autor destaca que aos profissionais é dada a capacidade de elaborar projetos, isto é, ações práticas que venham a modificar as condições concretas de vida do usuário.

A entrevista citada na seqüência relaciona a construção da autonomia do usuário a ações que envolvem outros serviços e outras políticas sociais como uma possibilidade para que o portador de transtorno mental adquira sua independência econômica. No caso, a profissional refere-se a Política de Assistência Social, através do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Outro recurso financeiro que pode ser acessado pelos egressos de internações psiquiátricas prolongadas é auxílio reabilitação psicossocial instituído com o Programa de Volta Pra Casa, através da Lei Federal N° 10.708/2003.

[...] um outro elemento pra isso (autonomia) são os usuários que estão totalmente desprovidos de qualquer recurso material que conseguem o BPC e isso garante autonomia porque ele tem o mínimo pra poder dar conta das suas necessidades materiais; então, muitas vezes, ele está numa condição muito vulnerável e aí passa a poder comprar aquilo que ele deseja, minimamente, porque é muito pouco o valor, mas consegue algumas coisas e isso garante essa autonomia, porque as vezes ele fica na família, fica sendo aquele peso que só incomoda, que não tem recurso financeiro nenhum porque ele está fora do mercado de trabalho mesmo, então, aí o benefício da previdência social também é um elemento de autonomia e de reconstrução da cidadania, mas entre todos esses outro que eu falei, do próprio material que ele tem contato na oficina terapêutica que ele consegue produzir algo; aquele usuário que é egresso do hospital psiquiátrico de polireincidência nas internações que consegue produzir uma peça bonita e que essa peça é vendida e que depois recebe o dinheiro dessa venda, também confere autonomia, confere cidadania, auto-estima (VIK, 24/3/2006).

Entendemos que a possibilidade de ter recurso financeiro próprio favorece sim a independência econômica do portador de transtorno mental, possibilitando-lhe uma vida com maior autonomia. Contudo, conforme destacou a entrevistada este é só um dos elementos que compõem o rol das necessidades humanas. A reabilitação psicossocial é um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia (KINOSHITA, 2001). Neste sentido, reabilitação e construção da autonomia caminham lado a lado.

3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental

A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos entrevistados como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista jurídico-política dos direitos do portador de transtorno mental.

Eu acho que hoje a gente já tem uma rede assistencial muito mais capacitada e quantitativamente significativa; no Brasil já são 800 CAPS; o fato de que tem recurso financeiro do Ministério da Saúde destinado, especificamente, à saúde mental, isso facilita a criação do serviço no município; em termos das modificações em relação ao que seja a loucura, o que seja o transtorno psíquico, acho que apesar das dificuldades a gente já conseguiu avançar com relação a isso, a gente já conseguiu trazer a discussão pra sociedade de uma outra maneira, levantando a necessidade de olhar isso também de uma outra forma; a medida que as pessoas começam a sair dos hospitais e voltam a morar seja em residências terapêuticas, seja com a sua família, e conseguem se manter bem dessa maneira isso também vai mudando o olhar das pessoas, pelo menos daquelas que o cercam; os projetos que a gente chama de modificação da cultura, a modificação da cultura manicomial, isso eu percebo que há um avanço, gradual, lento, tem um monte de resistência, mas a gente consegue, conseguiu, tem conseguido, e isso implica também no avanço político, no sentido da garantia do direito, no sentido de ter algumas prerrogativas preservadas com relação ao direito do usuário; então, eu vejo que de uma maneira geral a gente tem avanços e avanços muito significativos se a gente compara o que era transtorno mental há vinte, trinta anos, nesse país, tem coisas muito importantes que eu identifico (F, 12/4/2006).

Acho que a própria existência de CAPS, os hospitais dia, de ambulatórios de saúde mental, próximos as casas de onde o paciente mora, o Programa de Volta pra Casa, a possibilidade de uma residência terapêutica, são todas medidas atuais e dispositivos atuais que possibilitam essa nova forma de encarar o que alguém portador de transtorno mental pode ocupar, o que eles podem ocupar; então, eles podem ocupar os espaços, eles podem começar a fazer parte daquela comunidade (J, 22/3/2006).

A fala a seguir expressa como foi, historicamente, se alterando a forma de assistência ao portador de transtorno mental e de atenção em saúde mental na política de saúde do município.

Eu acho que a questão de criar um espaço que é aberto já é uma conquista; eu acho que hoje a gente tem essas possibilidades de CAPS, no posto de saúde mesmo; [...] quando eu comecei a trabalhar na prefeitura, há 20 anos atrás, assim, era uma equipe de um psiquiatra com mais um monte de estagiários de psicologia que saía em uma Kombi velha pra fazer alguma coisa, quando pintava um problema lá com um paciente do Campeche por exemplo [...]; não tinha nada na prefeitura há 20 anos atrás de saúde mental, então, hoje já tem, está se criando uma rede, tem profissionais nos postos, tem psicólogos, se pensa em fazer treinamento de agente de saúde, treinamento de clínico geral, já se fez algumas coisas; eu acho que isso, imagino que alguém que fica confinado dentro de um espaço, ele ter a possibilidade de circular, mesmo o pessoal do HCTP, eu acho que pra eles, assim, tem uns que não querem muito mais que isso na vida, pelo menos eles não estão tendo que trabalhar duramente como trabalhavam quando eram crianças, vem aqui, circulam, comem uma comida, anda aqui, vê televisão, bom! talvez essa seja a vida que eles querem, talvez seja...., já sai lá daquela estrutura fechada (P, 17/3/2006).

Na seqüência, a entrevistada relaciona algumas formas de exercício da cidadania que o usuário pode acessar com o tratamento no CAPS.

É, se for pensar que muitos usuários eles tiveram uma história, antes do surto, de uma vida organizada socialmente, trabalhando, talvez seria a reconstrução da cidadania, mas a medida que vem todo o isolamento propiciado pelo hospital psiquiátrico, todo o estigma do transtorno mental que a própria comunidade coloca, realmente de fato foi perdida; quando ele chega no CAPS e se propõe a se beneficiar desse espaço, assim, de fato se vincula ao projeto terapêutico dele, acho que ele consegue reconstruir elementos pra essa cidadania, num primeiro momento autonomia, acho que o cartão do vale transporte, o exemplo que eu posso dar, o cartão do vale transporte que é oferecido no período que ele tem tratamento aqui é o mesmo cartão do cidadão que vai comprar lá no SETUF, então, aquele usuário que é estigmatizado, eu já presenciei essa cena, um usuário de uma comunidade de periferia que era o louco do bairro, ele entrou dentro do ônibus com o mesmo cartão que qualquer outra pessoa, passou o seu cartão, veio pro CAPS, depois foi embora pra sua casa, então, isso já é um elemento, muito pequeno, mas é um primeiro elemento talvez, que começa aí, de ele se reconhecer enquanto sujeito, enquanto cidadão, e depois aqui também, a possibilidade de participação, no momento que ele consegue produzir algo numa Oficina, no momento quando ele consegue, na clínica, se dar conta dos seus conflitos e ter mais qualidade de vida nas relações [...] (VIK, 24/3/2006).

Uma das entrevistadas fez destaque às formas de atuação que, na sua opinião, representam conquistas significativas e correspondem a práticas que favorecem o exercício da cidadania do portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Avanços, pra começar, acho que o grande avanço foi a Reforma Psiquiátrica, a construção do CAPS, dos CAPS, as portarias que fazem com que os hospitais psiquiátricos sejam substituídos por vários CAPS, esse foi o grande avanço em primeiro lugar, porque é o momento de tirada das pessoas desses castelos, dessas muralhas, não só porque ficaram ali presas, mas de todo aquele sofrimento mesmo, de miséria, enfim, como os últimos dos últimos, então, eu acho que esse é o primeiro ponto, é que os sofredores de transtorno psíquicos e mentais não ficassem segregados, mas poder estarem sendo mostrados e expostos - uma parte da sociedade, são pessoas que podem transitar, que estão aí, não necessariamente precisam ser escondidos como uma vergonha; junto aos CAPS, isso não caminha sozinho, tem a construção as redes de atenção básica também; [...] mas quando fala em cidadania acho que tem três eixos: um é a construção do CAPS, de serviços como o CAPS, outro são as residências terapêuticas e o outro a economia solidária; hoje eu vejo como isso, assim, esses três projetos, que foram feitos com luta, porque a primeira luta foi dos hospitais, então, tem as portarias que substituiu os hospitais por CAPS, progressivamente, tem toda a luta do movimento antimanicomial, tem as leis que protegem, tem esses três eixos; residência terapêutica é um lugar de resgate à cidadania porque a pessoa vai poder estar numa casa, vai poder comprar um bombril pra limpar a panela, vai poder comprar tomate e batata, vai começar a transitar no meio de outras pessoas, com a vizinhança, a se autogerir, poder fazer escolhas para sua casa, onde ele quer botar um quadro, onde ele quer botar o guarda-roupa, sua roupa, com outros colegas, mas enfim...; tem também a economia solidária que é o momento de autogestão, de fazer escolhas também, de decidir sobre sua vida, em uma certa instância, porque em última instância, em última análise ninguém daqui decide sobre a sua vida, nem eu, nem tu, a gente já nasce num sistema que te absorve e a gente é o que em última análise o capitalismo quer que a gente seja mesmo, nossa roupinha, nossa comida, nosso padrão de beleza, tudo a gente faz como é vendido; eu acho que essas iniciativas, porque a economia solidária não é só cooperativa, não é só associação, não é somente, é uma outra forma de produzir trabalho e discutir sobre esse lucro, que antes estava na mão de algumas pessoas, então, é dividir, eu também decido sobre o que é o meu trabalho, eu não me alieno dele, mas eu sei onde é que vai o meu trabalho (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Fleury (2004, p. 4), os grupos excluídos estão, em geral, impossibilitados de participar das relações econômicas predominantes no mercado, como produtores e/ou consumidores, e das relações políticas vigentes, os direitos de cidadania. Segundo a autora, esta situação é agravada pela transformação das políticas públicas de proteção social, afastando-se de um modelo de seguridade social, que buscava assegurar coletivamente o mínimo vital para todos os cidadãos, em direção à individualização da pobreza e da exclusão.

Conforme aponta Pitta (2001), o homem moderno, acriticamente, persegue formas de inclusão social pelo trabalho, desconsiderando o fato do trabalho não ser nem

tão disponível nem tão flexível para suportar as diferentes demandas individuais e coletivas que a sociedade moderna impõe. Não obstante, a tradição asilar e assistencialista das instituições psiquiátricas, historicamente, caracterizou-se pela função de excluir os marginalizados, produtos das disfunções do modo de produção capitalista e da divisão social do trabalho. Em geral, a população internada, e muitos dos egressos de hospitais psiquiátricos atendidos nos CAPS, está cronificada, com poucas chances de retorno ao mundo do trabalho capitalista.

A fala relacionada a seguir traz a compressão e reflexão, do profissional entrevistado, com relação ao conceito de cidadania e as implicações práticas deste quando se tem como parâmetro uma concepção e um modelo de cidadania pautado na lógica da racionalidade.

Eu tenho visto que está se percebendo uma maior clareza da necessidade dessa cidadania do portador de transtorno mental, porém ainda falta um pouco mais de discussão em nome de que direitos o portador de transtorno mental tem pra fazer cidadania, porque é assim, a cidadania dentro desse modelo francês - igualdade, fraternidade, liberdade, ela exige muito a questão da razão, pra você exercer cidadania você tem que falar em nome da razão, e muitas vezes o usuário, quando está em crise acaba não falando numa razão, acaba falando uma desrazão, e aí como fazer? como dar conta disso? ainda não temos resposta, em nome de que cidadania é reinventada uma cidadania para os loucos, mas tudo bem, isso é pra gente pensar; então, o avanço que tem em relação a construção da cidadania é quanto mais ter associação de usuários em que se discuta cidadania, mais vai ter cidadania, que eu não acredito que os CAPS tenham trabalhado muito nessa lógica, porque acaba não discutindo a questão da cidadania, que cidadania é essa, o que se entende por cidadania, o que é o ser cidadão [...](GIRASSOL, 20/3/2006).

A cidadania integra as exigências de justiça e exercício democrático do poder; o sentimento de pertencer a uma comunidade e de estar integrado a uma dada coletividade social, em determinado espaço territorial (FLEURY, 2004). A idéia de direitos do cidadão – civis, políticos e sociais – remete a construção dos Estados nações, em que o princípio das nacionalidades precede o ideal filosófico cidadania universal. A cidadania, definida pelos princípios da democracia, constitui-se na criação de espaços sociais de luta (movimentos sociais) e na criação de instituições permanentes para a expressão política; significa, necessariamente, conquista e consolidação social e política (VIEIRA, 2002, p. 40). Ainda, a cidadania passiva, outorgada pelo Estado, se diferencia da cidadania ativa, na qual o cidadão, portador de direitos e deveres, é essencialmente criador de direitos para abrir novos espaços de participação política.

Diversos são os obstáculos para o exercício da cidadania do portador de transtorno mental entre estes a vinculação dos direitos a racionalidade instrumental-cognitiva da ciência; a vinculação da sua prática a inclusão controlada no mundo do trabalho, modelo este que, no caso brasileiro, é denominado por Santos (1979) de cidadania regulada. Vasconcelos (2000b, p. 191) indica que, para aqueles que assumiram a proposta da desinstitucionalização e reinvenção da cidadania no campo da saúde mental, há de considerar que estamos diante de um terreno de relações de forças complexo e paradoxal, em que a manutenção do caráter democrático nas relações exige abandonar esquemas conceituais lineares, onipotentes, que queiram garantir de antemão a sua eficácia.

Fleury (2004, p. 12), observa que “a mediação entre os indivíduos e o Estado, através da igualização realizada na cidadania só é efetiva, na medida em que a sociedade civil seja capaz de realizar as funções de agregação dos interesses, reconhecimento dos sujeitos e sua inserção na esfera pública. Só assim a cidadania deixa de ser um invólucro legal e passa a ser um exercício na vida social”. Portanto, uma visão mais ativa de cidadania requer um sentido de sociedade civil como uma esfera pública onde os cidadãos se encontram em reconhecimento mútuo, e isto faz possível a sociedade plural.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referiram que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental substitutivos ao modelo tradicional/asilar. As falas a seguir identificam estas dificuldades fazendo uma análise da questão na realidade da sociedade capitalista atual.

Tem o mito de louco, do louco perigoso, do louco imprevisível, é algo que pesa muito [...], que é a lógica do mercado; pra nós, basicamente, estar inserido na sociedade é estar trabalhando, a gente se pauta muito por isso, pra poder se considerar inserido, vinculado no mundo você tem que estar no mercado de trabalho e, muitas vezes, essa lógica enlouqueceu muita gente, e as pessoas não conseguem, principalmente os usuários dos serviços de saúde mental, os psicóticos em particular, tem muita dificuldade em entrar nessa lógica, e se submeter a ela, coisa que pra qualquer um tem um custo muito alto em termos de saúde, eu digo quem está inserido mesmo no mercado de trabalho, em termos de saúde, de relação com a sua família, com as pessoas que gosta, com os amigos etc., isso tem...; viver para o trabalho é algo que pra nós é insalubre de uma certa maneira, a gente não faz outra coisa a não ser trabalhar; então, pra essas pessoas que estão fora do mercado de trabalho

é muito complicado poder voltar, o que sobra é uma rede de assistência que na nossa realidade é sempre capenga, sempre parcial, tem dificuldade em aceitar o louco por conta desses mitos, e, também, da própria resistência do usuário, da pessoa com esse tipo de dificuldade de entrar nessa lógica, no que ele de uma certa maneira faz muito bem, algo que cria outros problemas pra ele (F, 12/4/2006).

São tantas, é assim, primeiro lugar, eu vejo assim, com todo o preconceito que tem da loucura, tem uma coisa no nosso sistema capitalista que é a questão da produção, produção de capital, produção de bens, e inserção no comércio, no mercado de trabalho, então, o portador de transtorno, sofrimento mental, ele a princípio, quando ele está nesse estado, ele não é produtivo, produtivo pra esse sistema capitalista, ele não trabalha, ele não consome muito, porque ele não vai ter dinheiro, portanto, isso de maneira geral, a gente sabe que as pessoas de posse, que a loucura, o sofrimento psíquico ele atravessa qualquer classe, mas 90% tem isso; então, a princípio existe a exclusão, já existe esse preconceito também, mas muito mais que isso, que a sociedade de fato ela é dividida entre os que produzem, os que fazem a engrenagem funcionar e os que estão a margem, então, o usuário é mais um que está a margem, assim como o menino de rua, os rapazes do morro, então, ele é mais um, também, que causa incomodo, e ele no Estado, das políticas públicas do Estado ele seria como só o gasto, não seria mais uma produção; além de ser uma sociedade racionalista que tem toda a sua formação no discurso, no discurso reto, no discurso racional, na fala, a fala racional, na linguagem articulada como o único meio privilegiado de comunicação, e o usuário, muitas vezes, não tem esse instrumento, por conta da sua fragmentação, da sua história, da sua medicação, da própria coisa do delírio, muitas vezes ele não tem o tempo todo essa fala coerente, esse discurso, dessa forma já faz com que ele não seja inserido, uma vez que ele é a minoria digamos assim (LÉLI, 4/4/2006).

Hoje, a gente fala muito em rede de atenção psicossocial; eu percebo que é uma rede que ela tem que estar instituída, que são locais de proteção para o portador de transtorno mental, são as certezas, são os caminhos certos que os usuários teriam, a rede; o problema a começar é que nós não temos essa rede instituída, entendo por rede: emergência psiquiátrica ou emergência em atenção psicossocial em hospital geral, CAPS III, CAPS II, CAPS criança e adolescente, CAPS álcool e droga, associação de usuários, escritório jurídico para amparar o direito do portador de transtorno mental, atenção primária em saúde mental, equipes volantes, centros de convivência, enfim, tudo o que preconiza a rede em atenção psicossocial, esse seria o primeiro passo; então, essa dificuldade, não temos a rede em atenção psicossocial, esse é um passo; segundo, o próprio imaginário social das pessoas em relação a loucura e ao louco, isso é uma outra dificuldade, que daí entra em cena o estigma e o preconceito, onde o portador de transtorno mental passa a não ter crédito na comunidade, e isso ainda é uma dificuldade; e, claro, depois tem toda a questão do trabalho, as cooperativas de trabalho, que ainda não se discute muito em Santa Catarina, não conheço nenhuma cooperativa social de trabalho para portadores de transtorno mental, que é uma forma de gerar trabalho diferente dessa preconizada pelo modo de produção capitalista, que você tem que produzir pra receber, isso é uma outra dificuldade, a dificuldade em cima da questão do trabalho, do emprego, que muitos acabam tendo seu reconhecimento, sua valorização em cima

do dinheiro que tem no bolso, o poder contratual que a pessoa possa ter, as vezes, na sociedade, é o quanto ela tem no bolso, e a maioria dos usuários não possui isso, e é aonde muitos acabam querendo se aposentar para poder ter o seu dinheiro, que não tem outra alternativa ou clareza do que fazer pra ter dinheiro, então, esse é um problema enorme na questão da reinserção social (GIRASSOL, 20/3/2006).

Os participantes da pesquisa apontaram que uma das possibilidades para a (re)inserção familiar e social pode ser a separação das oficinas produtivas da área física do CAPS. Esta proposta e os projetos de geração de renda via economia solidária foram apontadas por alguns dos entrevistados como uma das alternativas para a realização de uma maior integração do serviço com a comunidade, bem como a melhor adequação do próprio espaço físico do CAPS.

[...] a questão do projeto de geração de renda, que eu acho que de fato está faltando, inclusive a gente já está também se mobilizando pra tentar criar um projeto nesse sentido, porque os usuários aqui, nas oficinas terapêuticas produtivas, eles conseguem ter acesso ao material específico de cada oficina produtiva, também, a técnica de produzir o artesanato, mas não tem mercado; eles conseguem vender as peças, conseguem resgatar uma grana, mas não é suficiente pra poder manter ele, manter as condições de sobrevivência; então, precisa implantar essa geração de renda, de fato acho que vai dar um gás pra essa (re)inserção dos usuários que estão sendo tratados do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Já para uma das profissionais entrevistada as dificuldades na (re)inserção social estão mais relacionadas a questões de singularidades dos portadores de transtorno mental.

Eu acredito que volta de novo pro estigma, vai voltar pra própria incapacidade, pra própria dificuldade do usuário, do paciente; muitas vezes eles poderiam fazer algo muito mais do que fazem, e aí tem o medo, o medo deles, o medo de eles terem de enfrentar a própria doença, de eles terem que enfrentar os outros, e a hora que eles conseguem fazer esse movimento aí vem o medo do outro, aí é mais fácil ficar parado, aí volta pro comodismo, mas de alguma forma se a gente consegue..., aí não precisa de grandes movimentos, eu imagino que pequenos movimentos dentro da comunidade, que seja, alguém ir conversar com o diretor da escola, ir conversar, aí a diretora consegue conversar na sala, vamos supor que tem alguns pacientes, mais jovens, que pelo surto psicótico deixaram de ir e aí não retomam, não retomam porque tem medo, porque as vezes vão rir dele porque ele é louco; então, pequenas intervenções, elas tornam possível mudar um pouco essa inserção, essa reinserção, mas a gente esbarra de novo na falta de técnicos pra fazer isso e também acho que até por uma falta de equipe, aí volta pra equipe, entende, não tem uma equipe que pense isso em conjunto, que age em conjunto e aí como fica muito personalizado, individualizado os atendimentos, cada um vai pra..., eu vou pro meu consultório, outro vai pra oficina e aí não tem a equipe (J, 22/3/2006).

Outra entrevistada referiu-se ao estigma e preconceito existente por falta de conhecimento e divulgação, exposição, seja nas universidades ou por parte dos próprios serviços de atenção, sobre saúde mental.

Bom, eu acho que entre elas a questão do estigma, do preconceito, e não é um preconceito.... a gente sabe que tem riscos em algumas situações, a gente também as vezes tem medo de algum paciente, te dizem ah fulano matou três pessoas..., não é um preconceito que nasce do nada, muitas vezes é um preconceito que de alguma forma é compreensível, mas você não pode ah então ta...; eu acho que não existe muito, você não vê muito nos meios de comunicação uma campanha em torno da desestigmatização, você vê de outras coisas, com relação a aleitamento materno, outras questões da política de saúde; com relação a saúde mental eu acho que se fala pouco na sociedade, se discute pouco; por exemplo, na universidade, até não sei se lá na saúde pública o pessoal da saúde mental tem feito mais coisa, até os alunos que vem fazer residência aqui, a primeira reação deles é: a gente está aqui e tem medo, nem eles foram preparados pra isso, então, você começa a avaliar que tem uma falta..., não se fala muito no assunto, acho que assim, não se fala no assunto na sociedade; assim como se faz grupos de mulheres lá nos postos de saúde pra tratar de questões de sexualidade, muitas vezes faz sala de espera pra tarar de questões..., não se faz uma sala de espera pra falar de saúde mental; então, eu acho que talvez assim, a gente pensar, bom! nós estamos nisso (na saúde mental) e nós nunca fomos fazer uma sala de espera no posto de saúde da Agrônômica pra falar de saúde mental, pra falar do CAPS, quem sabe a gente também precisasse fazer algumas coisas assim, começar uma divulgação maior; acho que pouca gente de fora do serviço, fora das pessoas que trabalham na saúde mental sabem da política do Ministério pra saúde mental, que existe uma política de criação residências terapêuticas; eu li relatos de pessoas no Rio (RJ) que tiveram muita dificuldade de alugar pra se fazer uma residência terapêutica, num prédio então, quando ficaram sabendo que eram pessoas que vinham de hospital psiquiátrico ninguém quis; então é muito difícil, e ao mesmo tempo tem experiências positivas, tem pessoas que estão na residência e diz que a vizinhança viu que eles não são bichos, que eles podem interagir, podem estabelecer laços de vizinhança, então, tem algumas experiências boas e algumas experiências que são difíceis (P, 17/3/2006).

No contexto do estudo foi perguntado aos profissionais entrevistados se a atual organização dos serviços de saúde mental favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais. Conforme pode ser observado nas falas relacionadas, as opiniões foram divergentes. Dois deles observaram sobre a necessidade da existência de diversas instituições e serviços articulados e integrados à proposta da rede de saúde mental para que seja possível favorecer a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental

Embora a estrutura se localize no município, pelo menos eu estou pensando em termos de utilização da rede; então, a gente tem no Brasil inteiro muita diversidade, tem cidades onde a rede está montada, foi instituída e funciona legal, não é o caso de Florianópolis, a gente tem dá pra dizer poucos serviços, são só três CAPS que deveriam estar regionalizados ou territorializados, mas não estão, e tem algumas equipes de saúde mental nas Regionais, nas sedes das regionais, então, eu vejo assim, tem uma rede a ser constituída, ela precisa criar os mecanismos pra que a pessoa possa usar isso como rede, isso em termos de atenção à saúde, quando eu falo em rede eu também não estou pensando só em serviço de saúde, estou pensando que há uma possibilidade de a gente ter uma rede que inclua outros serviços, que não sejam só os de saúde, só os especializados, que eu acho que é a nossa necessidade, você incluir outras instituições, outros programas, enfim, que tenham vinculação com a cultura, com o trabalho, com a arte, produção do conhecimento, com as universidades por exemplo, as universidades são um campo excelente, seriam um campo excelente pra gente poder trocar um monte de coisas, pelos programas de extensão que eles tem, pelos projetos comunitários etc., a gente podia estar fazendo parceria com as universidades, mas não conseguimos, não sai, não rola; [...] a saúde mental eu acho que é o melhor exemplo desse distanciamento porque é difícil encontrar uma universidade onde a Reforma Psiquiátrica esteja incluída, ou mesmo os temas da reabilitação psicossocial estejam incluídos nos currículos dos cursos de saúde, é raríssimo (F, 12/4/2006).

Então, essa rede montada de forma territorializada, principalmente, eu acho que esse aspecto da territorialização é fundamental, é chave pra conseguir a reinserção social, não só por facilitar o acesso do usuário, mas pelo fato de o serviço estar ali no seu território, isso é fundamental, além disso, o projeto de geração de renda, as vagas, os leitos psiquiátricos no hospital geral, é todo esse contexto que precisa ser implantado para de fato poder facilitar o trabalho de cada instituição dessas, seja do CAPS, seja do projeto de geração de renda, ou do próprio hospital geral, como um todo, assim, essa engrenagem funcionando bem aí sim vai ser mais rápida a reinserção social do usuário portador de transtorno mental (VIK, 24/3/2006).

A partir das colocações dos participantes da pesquisa, destaca-se a importância da rede de serviços na construção da cidadania das pessoas atendidas pelas políticas de ativação, as quais, segundo Fleury (2004), tem como objetivo a inclusão social de conjuntos populacionais definidos a partir da territorialidade. Tal proposta pretende tratar o território como um componente, tanto material como simbólico, da esfera pública. Neste sentido, a construção da cidadania passa, necessariamente, pela reconstrução das cidades e potencialização da rede de serviços na valorização das características objetivas e subjetivas da demanda local.

Na seqüência, um dos entrevistados enfatiza que a forma como são pensados e estão organizados os serviços de atenção não favorece a construção da cidadania dos usuários.

Não, não favorece, porque, primeiro, os serviços de saúde mental estão sendo construídos pra quê? Não tem muito claro ainda pra quê que se tem atenção básica em saúde mental hoje, pra quê se constrói centro de convivência, pra quê tem o CAPS? acho que o objetivo do serviço parece não estar muito claro, talvez eu esteja enganado; veja bem, a atenção básica é mais no sentido pra estar discutindo os seus conflitos, minimizando os “sintomas psiquiátricos”, e aí acaba não tendo um trabalho de reflexão sobre o contexto que a pessoa está inserida; [...] a questão da cidadania tem a haver..., quanto mais articulada for a pessoa, quanto mais ela se envolver com as lutas sociais, mais cidadania ela vai exercer, quanto mais clareza, mas crítica, mais conhecimento ela vai ter, ela vai desenvolver cidadania; então, a forma hoje como os serviços estão organizados, ela acaba não favorecendo essa questão da construção da cidadania porque ainda vem de uma lógica de modelo centrado no transtorno mental (GIRASSOL, 20/3/2006).

Uma outra profissional considerou ser difícil avaliar a questão pelo fato de a rede de serviços não estar implantada por completo, e por não ter avaliações sistemáticas dos resultados.

Olha, eu não sei se a gente já tem condições de fazer uma avaliação, a rede está meio que andando [...] assim, qualquer coisa que eu vá dizer é, assim, referente uma experiência ou outra, não sei se a gente tem condições de fazer uma avaliação enquanto rede; por exemplo, eu vi muitas experiência positivas em cidades como Campinas (SP) que eles já tem há mais tempo, por exemplo, residências terapêuticas, tem desde o começo dos anos 1990, tem muitas experiências boas de pessoas que conseguem transitar na vida, tem gente que está trabalhando; [...] eu acho que a gente precisa além de ter a política, de ter a carta de intenções, a gente precisa ter avaliações também, eu acho que uma questão dessa eu sinto que precisa ter uma forma mais sistemática de avaliar, qualquer coisa é uma coisa mais ou menos um olhar particular pra aqui pra ali, acho que no todo a gente não tem (avaliação sistemática), pelo menos eu não conheço ainda, pode ser que estão fazendo e eu não saiba ainda (P, 17/3/2006).

Já para duas das entrevistadas, a atual organização da rede de serviços na política de saúde mental favorece sim a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental.

Sim, eu acredito que sim, na teoria ela é muito importante e acho que trabalhando em todas as instâncias, se a gente for pensar naqueles mapinhas, os ambulatórios, os CAPS, hospitais dia, a escola, e os centros comunitários, os postos de saúde, todos capacitados; eu acredito que sim, a rede ela é bem estruturada e ela possibilita aos portadores de doença

mental, enfim, terem uma reinserção melhor e maior na sociedade, e também de entendimento do que ele tem, do que ele pode fazer, quais são os recursos que ele tem também pra lidar, dentro dessa rede (J, 22/3/2006).

Acho que sim, favorece, se tu me perguntasse se ela resolve, eu diria que não claro, ou até que ponto ela resolve, mas favorece sim, eu acho que tem um favorecimento relacionado a forma que as pessoas eram tratadas, acho que favorece muito mais (LÉLI, 4/4/2006).

É possível perceber nas falas relacionadas acima a preocupação com a efetiva implantação da rede de serviços em saúde. As redes, conforme proposto na política de saúde mental, possuem muitos centros, muitos nós que as compõem e as tornam complexas e resistentes. Estão embasadas na noção de território, como um sistema de relações e estruturas, muito mais que um simples espaço geográfico. O fundamental neste processo é que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento.

Neste sentido, torna-se de fundamental importância refletir sobre o exercício da cidadania no contexto das políticas públicas, cada vez mais segmentadas e focalizadas. Para Fleury (2004, p. 2), “as políticas atuais de inserção buscam reafirmar a natureza contratual do elo social em novas bases, com a revalorização do local e comunitário e a transformação do Estado em um animador e mobilizador de recursos societários. Reduzido a mantenedor da estabilidade de uma ordem econômica que produz a fragmentação e a exclusão social, o Estado, busca atuar de maneira compensatória e focalizada, atendendo aos grupos mais vulneráveis e/ou potencialmente ameaçadores da ordem social, por meio da convocatória da solidariedade lançada aos diferentes setores inseridos na ordem econômica. No entanto, a incapacidade de alterar as condições estruturais de produção da exclusão mostra os limites das políticas de ativação, cuja promessa de inserção social carece de expectativas de emancipação dos sujeitos e coletividades beneficiários”.

3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica

Os CAPS compõem o rol de serviços do modelo psicossocial de atenção em saúde mental proposto na e pela Reforma Psiquiátrica. Perguntamos aos entrevistados qual seria o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica e obtivemos como

resposta que este teria a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos ideais da própria Reforma.

Eu acho que a função imediata ela é servir como um ponto de articulação, porque a gente consegue criar um ambiente que é relativamente protegido e que dá ao usuário as condições de ele poder participar de outros circuitos; fundamentalmente é essa a função, de articulação; eu lembro de uma discussão que a gente fazia, em Brasília, uma vez, sobre essa importância excessiva que os CAPS acabaram adquirindo, como quase que o central do sistema hoje é o CAPS, mas ao mesmo tempo a necessidade de se ter um espaço como esse, principalmente, pra quem está vindo de uma internação prolongada ou pra quem sempre passou a vida dentro de um hospital psiquiátrico, se tem que ter um pólo, uma instância articuladora pra poder fazer a passagem, porque o cara não vai sair do hospital e retomar sua vida imediatamente, não vai, ele tem uma série de dificuldades que ele não consegue vencer, e o CAPS, nesse sentido, a função seria essa, de poder..., tem uma expressão que eu acho interessante que é: emprestar poder de contratualidade, ou seja, poder dá um certo aval de que esse sujeito pode participar novamente ou pode participar pela primeira vez dos circuitos sociais, pode fazer laços com outras pessoas, com outras entidade, outras instituições, esse é o aval que eu acho que um CAPS pode fornecer e essa é sua principal função (F, 12/4/2006).

É pensar o CAPS como um espaço em que o paciente vai estar usando e tendo apoio para os momentos de crise, e fora os momentos de crise, também, que não seja hospital, e aí, dentro da Reforma eu acho que o CAPS ele é fundamental, assim como os hospitais dia, é que aqui em Florianópolis a gente não tem hospital dia, mas eu acho que os moldes do CAPS (eles estão) é muito próximos, as vezes até é difícil dizer o que é um o que é outro; esse momento de transição do hospital para a sociedade, nesse momento o CAPS é algo muito importante, ele dá, é capaz de conter, dar uma continência pra o usuário, isso a gente percebe mesmo quando não tem nada, o paciente já está muito bem, eles voltam quando estão em crise, sem ter nada marcado, e só de estar aqui pra muitos já é confortante, então, a gente percebe que essa continência, esse acolhimento, e saber que ninguém vai vir aqui e amarrar e conter, porque acho que esse é o medo, de todo mundo, acho que isso já possibilita a procura, eu estou mal vou lá, vou buscar a ajuda do CAPS (J, 22/3/2006).

Eu diria que o CAPS seria o pensador da estruturação da rede de saúde mental, que via de regra o CAPS acaba sendo pra municípios de médio porte o primeiro serviço a ser instituído no território, no município, aí o CAPS acaba assumindo essa responsabilidade, a portaria fala bem disso, a 336, do que compete ao CAPS, e tem vários itens lá, entre eles organizar a rede de saúde mental no município, porém, acaba sobrecarregando os profissionais de saúde mental que atuam nesse CAPS; então, a importância do CAPS na operacionalização da Reforma, ele é importante enquanto um dispositivo crítico, ou seja, se o CAPS não ter a clareza do que seja a Reforma Psiquiátrica ele não vai

operacionalizar, ele só vai operacionalizar a Reforma Psiquiátrica quando ele entender que Reforma Psiquiátrica é o processo social complexo que se configura pelas quatro dimensões, enquanto ele não repensar, refletir a sua prática, o que ele está fazendo, o que não está fazendo, ter mais autocrítica, ele não vai conseguir operacionalizar a Reforma Psiquiátrica; ele tem importância porque tem vários atores, vários profissionais, é um time de pessoas, muito rico, envolvidas que estão no CAPS; agora, enquanto não ter claro o que é Reforma Psiquiátrica, esse processo, não vai conseguir fazer nada; ele é importante, mas se não tiver clareza de Reforma... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Na medida que o CAPS é a primeira, digamos, unidade, primeiro serviço que se propõem a substituir o hospital psiquiátrico já existe nisso por si só a sua importância; é substituição e não que a pessoa não possa ser internada, mas a idéia é que seja nos hospitais gerais, em algum leito nos hospitais gerais, então, bom, o CAPS é o primeiro ponto, é o primeiro lugar onde a pessoa vai passar o dia, onde vai ser tratado de outra forma o seu sofrimento, então, a importância dele está nisso, na importância política e clínica também (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que o CAPS, fundamentalmente, ele faz a clínica; se tem essa rede montada o CAPS faz a clínica, ele faz o atendimento psicossocial do usuário portador de transtorno mental, ele atende as questões mais subjetivas, e de fato toda esse mix de previdência social, a medicação, o atendimento psicológico, atendimento de enfermagem, mas se existe essa rede montada e aí vamos ter um projeto de geração de renda, aí ele vai fazer geração de renda, todas as Oficinas vão acontecer ali e não dentro do CAPS, o CAPS deveria estar na comunidade ele deveria estar territorializado (VIK, 24/3/2006).

Acho que todo mundo gostaria que ele pudesse ser um eixo desencadeador de todos esses ideais da Reforma Psiquiátrica, que a partir disso se experimentasse uma nova relação, que o paciente pudesse estar se soltando mais pra vida, pra construir seus projetos, seus ideais; acho que é muito importante poder retirar pessoas que estão enclausuradas há anos, criar esses mecanismos como residências, etc. pra pessoas que não vão resgatar os vínculos familiares, tem que procurar outras alternativas; acho que o CAPS ainda é uma instituição que é fundamental nessa política, ainda acho que ela pode fazer um papel importante; no dia-a-dia é um pouco mais difícil porque as vezes a gente não tem tantos mecanismos de avaliações, muitas coisas que também a gente vai capengando; quando você vê algumas experiências de pessoas que estão conseguindo dar conta da sua vida, saem, aí você vê que, bom! tem algumas coisas boas que estão acontecendo, o CAPS também está contribuindo; então, no meio dos prós e dos contras eu acho que os prós ainda são maiores, eu acho que é muito mais humano, muito mais um fator de justiça social você ter um espaço assim do que você ter uma pessoa enclausurada no hospital (P, 17/3/2006).

Neste sentido, conforme inscrito na Política Nacional de Saúde Mental, os CAPS devem assumir seu papel estratégico na articulação e no “tecimento” das redes de atenção em saúde mental. Tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da

rede de serviços, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, ONGs, empresas etc. (BRASIL, 2004, p. 12)

3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde

A proposta do progressivo deslocamento dos centros de cuidados em saúde mental para fora do hospital psiquiátrico, em direção à comunidade, colocada na e pela Reforma psiquiátrica tem nos CAPS o dispositivo estratégico desse movimento. Neste sentido, a rede básica de saúde torna-se o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os portadores de transtorno mental.

Essa rede é formada pelos centros ou unidades locais e/ou regionais de saúde, Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, que atuam na comunidade de sua área de abrangência. Os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, pois tem um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Por sua proximidade com as famílias e comunidades, as equipes de atenção básica são um recurso fundamental para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso de substâncias psicoativas e diversas formas de sofrimento psíquico. Neste sentido, é importante e necessária a integração e articulação dos CAPS com a atenção básica. Assumir esse compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção da saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo (BRASIL, 2004).

As atuais diretrizes da política de saúde mental do Ministério da Saúde orientam que, onde houver cobertura do PSF, deverá haver uma equipe de apoio matricial em saúde mental para no mínimo seis e no máximo nove equipes de PSF. E, que as ações de saúde mental na atenção básica devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2004).

No que se refere à relação existente entre o CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município e qual o tipo de relação existente, os dados coletados na

pesquisa indicam que: a maioria (91,7%) respondeu que sim, com ressalva de que é muito pouco, funciona de maneira precária e confusa, e que está num processo preliminar ainda. O profissional que respondeu não, observou que a rede está em processo de formação. Os profissionais cujas respostas foram positivas identificaram que a relação é de encaminhamentos, atendimentos em conjunto com as equipes de saúde mental das Regionais de Saúde, ajuda em atendimentos nas unidades locais de saúde, com os agentes comunitários de saúde, de referência, de acompanhamento, visitas domiciliares, encontro mensal dos trabalhadores de saúde mental da rede e encontro mensal dos psiquiatras da rede.

Sobre a relação do CAPS com as equipes de PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência alguns entrevistados observaram que a relação é pouca ou mínima, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda²³. Foram apontadas como justificativas o fato de o CAPS Ponta do Coral não estar territorializado, deste ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta do município, e a ausência de um planejamento e de estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente.

O CAPS como ele é único, então, ele é de toda a região; então, eu poderia até estar te respondendo que a gente tem um Posto aqui de cima do CAPS, que é o Posto da Agrônômica, ali tem o Programa de Saúde da Família implantado, com a presença dos residentes do Programa Saúde da Família e o contato que eu tenho, ele é meu, não existe nenhum outro programa ou vamos dizer convênio do CAPS com a Agrônômica, é meu aqui, assim como talvez seja da psicóloga em outro momento quando há essa partilha de paciente quando faz parte dos dois, então, eu só sei do que eu tenho, mas é muito pouco, eu tenho contato com alguns residentes que atendem alguns pacientes daqui, e eles precisam de algumas dicas ou, enfim, de se interar do que acontece, e eu também preciso saber como é que anda o acompanhamento deles lá, e aí entra em contato, as vezes vem aqui ou eu vou lá, mas são essas formas isoladas e depende daquele momento e da necessidade daquele usuário, não é algo que seja programado, que seja antecipado, institucionalizado, no sentido de firmar essas relações de uma forma..., não há; e, assim, o contato é com os residentes, não tem o contato com quem realmente vai ficar, porque os residentes passam depois de dois anos, eu também não tenho contato de quem é o médico, quem é o enfermeiro do Programa Saúde da Família, quem é o agente comunitário que vai na casa desses usuários, isso não tem, acho isso muito ruim, é muito falho, embora, volta pra aquela questão da equipe, que as coisas não são compartilhadas, você nunca sabe direito, é muito fragmentado, o que já foi feito, o que não está sendo feito; também não é delegado a função à ninguém de fazer, não há um planejamento pra isso (J, 22/3/2006).

²³ Em estudo sobre o CAPS de Palhoça/SC, Franco (2005) encontrou situação semelhante na relação do CAPS com o PSF e demais serviços de atenção básica municipais.

É mínima, é mínimo o contato, assim, as vezes, quando a gente necessita a gente vai atrás, tenta achar alguém que se interessa, que tenha alguma afinidade com a saúde mental, as vezes um agente de saúde que consegue se aproximar mais daquele usuário que mora lá e que resolve dá uma força, mas é assim, depende de uma série de coisas, da disponibilidade pessoal, da sorte de encontrar alguém etc., quer dizer é falta mesmo da articulação em rede, porque se a gente tivesse essa articulação o PSF automaticamente já seria acionado, e a gente não tem isso; claro, quando a gente precisa a gente até encontra uma boa resposta das equipes do PSF, mas pode não encontrar, tem um risco[...] não, isso não existe (articulação institucional CAPS – PSF), isso tem que ser construído, tem que ser proposto (F, 12/4/2006).

A relação que o CAPS tem é principalmente pra acompanhamento, a relação é essa, relação de acompanhamento, as vezes precisa realizar alguma busca ativa e não temos a possibilidade no momento, então, tem essa relação, a relação que a gente tem é mais no sentido de acompanhamento do próprio usuário; o que seria ideal, seria um pouco mais de estreitamento, discutir junto com o Programa de Saúde da Família alguns casos, nós irmos aonde os agentes comunitários estão, discutir algumas situações e isso não tem acontecido ainda; com essa lógica aí das regionalizações tem essa possibilidade; então, hoje existe uma relação, só que uma relação muito esporádica de situações isoladas e que precisa ser superada; o maior problema que existe é devido ao CAPS não ser territorializado, o CAPS II Ponta do Coral ele tem que atender uma demanda muito grande, basta ver o IBGE hoje, tem 400 e poucas mil pessoas em Florianópolis, então, é um CAPS II pra atender toda a demanda adulta do município, talvez o ideal seria um CAPS I em cada região, nas cinco regionais, e transformar esse CAPS num CAPS III no caso, e aí repensar depois toda a rede; então, a relação, ela se compromete com o Programa Saúde da Família devido a não territorialização do CAPS Ponta do Coral, a relação que existe é a relação de acompanhamentos isolados (GIRASSOL, 20/3/2006).

É uma relação ainda muito inicial ainda, um pouco precária; com os agentes comunitários a gente tem mais proximidade, no momento da visita domiciliar e no momento de fazer o resgate dos usuários que abandonaram, por algum motivo, o atendimento, mas acho que a relação poderia ser melhorada se o CAPS fosse territorializado, como a gente está aqui, é no centro pra todo o município, fica muito difícil, então, a nossa relação é muito mais com as referências regionais de saúde mental da atenção básica do que com as próprias equipes de PSF das unidades locais de saúde (VIK, 24/3/2006).

É isso que eu falei, essa perspectiva da regionalização que começou aqui visava uma maior articulação com a rede; eu acho que isso é um projeto que está ainda meio que na sua infância, ele está começando e, assim, o que eu te falei, a gente precisa sair mais daqui, no Norte (Regional Norte) a gente vai tentar essa experiência agora (realizar as reuniões da regional nos postos de saúde) de contato e incluir, por exemplo, os agentes comunitários nos processos de reunião com os pacientes daqui, tentar ver se eles podem estar acompanhando o paciente lá; tem uma paciente que está aqui que a gente esteve lá no Posto do Saco Grande pedindo pra equipe assumir alguns cuidados com essa paciente, eles se

dispuseram, mas assim, por enquanto ta muito mais alguma iniciativa aqui, ali, do que um processo mais amplo, não sei assim como isso vai caminhar com a história de já ter, por exemplo, profissionais regionalizados, isso também vai poder ser incrementado, esse é um desejo que eu tenho (P, 17/3/2006).

É muito pequena, muito, muito, muito, muito; eu não sei nem te dizer, em uma escala de um a dez acho que fica em dois, está muito pequena, está muito além do que poderia ser, eu acho que talvez com a implantação agora dos serviços na rede, nós temos em cada Regional um psiquiatra, dois psicólogos, uma média assim, está existindo mais aproximação, mas do CAPS não, muito pouco, muito pouco. [...] quando tu pergunta, hoje, qual é a relação do CAPS? eu não posso te mentir, pra mim é quase zero (LÉLI, 4/4/2006).

Buscando explorar as informações sobre a relação do CAPS com a rede municipal de serviços de saúde, perguntamos aos profissionais se o serviço realiza algum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. A maioria deles (75%) respondeu que não, dois referiram não saber responder e um respondeu que sim. Dentre os que responderam que não, um justificou que o CAPS não tem estrutura para atender mais esta demanda. Dois dos profissionais entrevistados disseram estar pensando neste tipo de trabalho. Um deles falou sobre a existência de um projeto, conforme relatado na fala que segue.

[...] a gente tem um projeto aqui que é de formação de acompanhantes terapêuticos, e no ano passado a gente formalizou esse projeto e mandamos pro Ministério da Saúde, ele foi aprovado e até hoje estamos esperando a liberação de dinheiro, mas enfim, o projeto foi aprovado, e a idéia era justamente transformar o agente comunitário de saúde num acompanhante terapêutico, e aí a gente faria a formação, uma capacitação, um curso de capacitação aqui, e depois faria o segmento com supervisões regulares, é uma forma de dar formação em saúde mental pra atenção básica e manter essa que é uma função do CAPS de dar supervisão e a formação mesmo pra esse nível da atenção; [...] a gente está esperando o dinheiro do Ministério da Saúde, ta lá pendurado, a gente olha o nome do projeto na internet, está lá, mas não tem nem empenho ainda, significa que não tem dinheiro destinado (F, 12/4/2006).

Para que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas na atenção básica é fundamental a capacitação destas equipes. A orientação é que as equipes de saúde mental de apoio á atenção básica incorporem ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. Conforme aparece na fala do profissional, são previstos recursos para o financiamento deste tipo de ações, embora, muitas vezes, a dependência de orçamento, a morosidade burocrática e/ou

ausência de decisão política, que justificam a longa demora, acabam por desestimular, dificultar, inviabilizar as iniciativas dos profissionais.

Repetidamente, temos ressaltado neste trabalho que os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico para a organização da rede de atenção em saúde mental, conforme é indicado nas diretrizes políticas da Reforma Psiquiátrica. Nesta direção, questionamos os técnicos da equipe do CAPS Ponta do Coral sobre qual o lugar que o serviço ocupa na rede municipal de atenção em saúde, em Florianópolis. As falas transcritas na seqüência destacam o fato deste não estar territorializado e, portanto, não se constituir no serviço regulador da porta de entrada para o atendimento em saúde mental. As equipes de saúde mental nas referências das Regionais de Saúde é que, atualmente, constituem-se no serviço primeiro de atenção em saúde mental. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhados pessoas com transtorno mental grave.

Seria esse serviço que articula, que regulamenta; não necessariamente ele é uma porta aberta que entra qualquer um; eu acho que ele pode até ser a articulação e a regulação, pode ser feita até capacitações nas equipes locais de unidades básicas, que a partir daí você vai poder em um caso de uma ansiedade ou uma briga com o namorado, “eu tomei 4 aspirinas”, não vai chegar aqui no CAPS; vai chegar aqui no CAPS realmente aquilo que for um caso mais grave, e só há possibilidade de isso acontecer a partir do momento em que as unidades locais estejam todas capacitadas e entendendo, até porque assim diminui o trânsito desse paciente; vamos supor: ele sai de uma cidade, vem pra Florianópolis, daí diz: onde é que eu vou num psiquiatra? Ah! vai lá no CAPS, aí alguém fala: mas tem que passar no clínico antes, aí passa no clínico, aí o clínico encaminha pro psiquiatra, daí ele não sabe onde vai procurar o psiquiátrica - vem pro CAPS, não vem pro CAPS, aí vem pro CAPS, mas é que na verdade ele toma fluoxetina há 2 anos, está em tratamento de manutenção porque ele tem um quadro de depressão recorrente, não é caso CAPS, então, isso já poderia ter sido triado lá no começo, o paciente já poderia estar tendo as consultas desde o início, todas acertadas, sem precisar ficar correndo de um lado pro outro [...]; então, eu acho que ele tem esse papel, tem essa função de regular, de saber o que está acontecendo no hospital, na Colônia, e ter esse contato, uma ligação sempre com a Colônia, e com os Postos de saúde [...]. (hoje, o CAPS faz isso?) algumas coisas, bem isoladas, de novo, é meio como um apaga fogueira; por exemplo, hoje, a gente foi fazer uma visita domiciliar lá no Saco Grande (bairro de Florianópolis) porque o paciente estava em tratamento psiquiátrico particular e parou de tomar o remédio, e aí a gente foi lá, só que o paciente não queria falar com a gente, mas, assim, eu chego lá, converso com a equipe que está lá naquele local e muitas vezes é só a psicóloga; também tem um certo descaso, no sentido de que ah! agora eu não posso falar, porque não percebe que conversando sobre aquele caso vai possibilitar que isso seja ampliado pra outros casos, pensam-se saídas semelhantes pra outro momentos, mas, assim, acaba virando um apaga fogo, e toda hora você tem que ir

apagar um fogo; então, existe um pouco, mas não de uma forma bem usada (J, 22/3/2006).

É atenção secundária como se diz; ele regula e não regula; [...] tudo vai passar muito pela clareza que os profissionais que estão na saúde mental tem em relação a própria epistemologia, tem em relação a própria política, tem em relação a própria noção de SUS, a própria noção de controle social, a própria noção dos princípios do SUS; então, tudo vai passar por isso, porque que eu estou dizendo isso, o CAPS é uma atenção secundária como a gente chama, eu acho ainda que o atendimento mais complexo, o atendimento terciário, deveria ser no território, acho que centrar as forças no território [...]; então, [...] a atenção básica é onde deveria regular isso, a regulação dessa entrada nesse sistema de saúde mental, nessa rede de saúde mental ela teria que ser prioritariamente atenção primária em saúde; então, as vezes, por necessidades especiais, por situações específicas, a pessoa acaba vindo direto pra cá, direto pro CAPS e aqui a gente atende, e, as vezes, essa pessoa não é indicada pra estar no CAPS, aí volta pra atenção básica, então, tem essa dificuldade, ou seja, o lugar que o CAPS ocupa na rede municipal de atenção em saúde é uma atenção secundária à pessoa com transtorno mental grave, já avaliada pela atenção primária em saúde, aquela pessoa que corre risco de suicídio, que acaba prejudicando a vida de outras pessoas, que está muito mal, nesse sentido (GIRASSOL, 20/3/2006).

Regulador da porta de entrada: não; como não é territorializado, a gente tem esse problema de ser serviço de referência pra onde vem os pacientes já encaminhados, ele passou pela porta de entrada do sistema lá no Posto, ele vem encaminhado pra cá ou através dos hospitais psiquiátricos, que é também uma outra forma de encaminhamento, mas a gente não faz a regulação da entrada; hoje, também, como tem equipes mínimas de saúde mental nas regionais, elas também funcionam muito mais como a reguladora do que nós; a porta de entrada é pelas equipes de saúde mental das regionais (F, 12/4/2006).

Eu acho que são várias coisas, por ser o único CAPS, pela rede não estar estruturada ainda, e pelas pessoas não conhecerem o serviço da rede, existe uma mistura, assim, o que é pra ir lá pro psiquiatra do Sul (regional de saúde), o que é pra vir pro CAPS; qual é o papel do CAPS, é a não internação, mas não tem CAPS III, então, a noite o cara não tem pra onde ir, na verdade, o CAPS ele é um espaço que regula a entrada do usuário sim, num primeiro momento sim, porque todos os que foram para a atenção básica muitos foram daqui, muito mais que a procura de fora daqui, primeiro eles vem pra cá, depois eles vão pra lá, agora o processo até está sendo inverso, já estão procurando a atenção básica porque eles já estão conhecendo, mas antes era daqui pra atenção básica, e é o único espaço, programa que acolhe o usuário psicótico, com transtornos mentais graves, porque a rede básica, ela não atende, se o cara tem um surto psicótico, está com qualquer surto, que está mal, ou ele tem um embotamento, ele não fala, está na família há anos, está lá segregado, está lá no quatinho dos fundos, não é caso de atenção básica é caso CAPS, então, ele é o único serviço de Florianópolis que se propõem a atender o usuário, o portador de sofrimento psíquico fora de hospital (LÉLI, 4/4/2006).

Ele é o primeiro serviço de saúde mental do município, primeiro serviço estruturado, credenciado no Ministério da Saúde, eu penso que ele tem um papel importante, ele serve como uma referência de atendimento em saúde mental a usuários portadores de transtornos mentais; dentro da rede, hoje, a gente tem as referências regionais de atenção em saúde mental na atenção básica, nas ULS, que são as unidades locais de saúde, então o CAPS serve como referência de atendimento a usuários com transtornos mentais graves do município de Florianópolis, é pra isso, essa é a função (VIK, 24/3/2006).

Pelas falas dos profissionais evidencia-se que Florianópolis não tem uma política municipal de saúde mental estruturada. A rede de serviços está em processo de formação e implementação. As ações ainda são muito isoladas e fragmentadas, sem uma direção comum. É notório que um único CAPS para atender a totalidade da demanda adulta do município é insuficiente. As possibilidades de atuação do serviço na prevenção e promoção da saúde mental, na capacitação e supervisão das equipes de atenção básica ficam, assim, prejudicadas e/ou inviabilizadas.

No processo de operacionalização da Reforma Psiquiátrica, conforme as orientações da Política Nacional de Saúde Mental e as propostas aprovadas na III CNSM, é necessário que os gestores estaduais e municipais estabeleçam mecanismos efetivos para o controle das internações psiquiátricas. De acordo com a Portaria GM/MS n ° 336/02, os CAPS devem possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou modulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local (BRASIL, 2002a). Com base nisto, perguntamos aos entrevistados se o CAPS tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Eles referiram que não, contudo, divergiram sobre como o serviço fica sabendo quando ocorre internação de seus usuários.

Não tem. A gente fica sabendo quando a família comunica ou quando é usuário de atenção intensiva, ou ele fez uma crise ou ele desapareceu do serviço, aí pela falta mesmo, pela ausência que ele provoca a gente vai atrás e fica sabendo que ele foi internado, mas a gente não tem instrumentos de controle sobre isso; a gente faz, no momento da internação, a gente procura manter pelo menos uma visita da equipe da Regional pra não perder o vínculo etc., mas nada formalizado, assim, no momento que aparece, que a gente fica sabendo; geralmente, a gente sabe, hoje é relativamente fácil, não acontece daquilo... fulano desapareceu e de repente aparece ele dois meses depois aqui novamente..., sai da internação ontem e tal, isso não acontece mais, geralmente a gente consegue ficar sabendo (F, 12/4/2006).

Não. Na realidade a família leva pra internar e pronto, as vezes comunica, as vezes a gente fica sabendo quando a gente vai fazer uma visita lá, muitas vezes a gente nem sabe que o paciente ficou internado, a não ser quando a gente liga, e aí o que está acontecendo, não está vindo, mas ele foi internado; então, não há esse controle e também quando é internado lá, dificilmente, alguém entra em contato, nunca vi, entra em contato olha fulano de tal está internado aqui com a gente, não tem essa comunicação (J, 22/3/2006).

Em relação ao controle das internações psiquiátricas, oficial e formal, nós não temos; estou falando enquanto profissional que atende uma determinada regional de saúde, isso nós não temos; o que poderia ser feito: um maior estreitamento com o “manicômio”, com o IPQ ou o São José (hospitais psiquiátricos), que quando internasse pessoas lá teria esse contato aqui, pra gente já ir conversando, já acompanhando juntamente com a equipe do hospital psiquiátrico essa pessoa, porque final de semana ou depois das 18 horas o serviço não atende, as vezes as pessoas entram em crise e a gente não tem como acompanhar isso, não tem como saber; o acompanhamento que tem é, as vezes, os familiares nos avisam que a pessoa está internada, quando a gente acompanha essa pessoa e fica sabendo que ela acabou internando; então, não tem uma política mais estreita de acompanhamento de internação psiquiátrica, isso não tem. (GIRASSOL, 20/3/2006).

Da área de abrangência seria toda a cidade, isso não, mas dos usuários aqui sim, atendidos aqui sim; [...] geralmente, assim, quando o usuário está iniciando um surto a gente tenta fazer o atendimento pra prevenir a internação, pra evitar de fato a internação psiquiátrica, só que nós estamos aqui até as 6 horas da tarde e não estamos final de semana, então, a gente não está nem a noite nem final de semana, e aí acontece de a família internar, isso acontece pouco, muito pouco, e quando acontece a gente faz o atendimento no próprio hospital, a gente vai até lá faz o atendimento, mas é pouco assim, agora da cidade como o todo a gente não tem (VIK, 24/3/2006).

O controle ele tem pelo prontuário, não poderia te dizer que tem um controle do ponto vista de uma escala, ah anualmente quanto a gente tinha e quantos foram internados, [...] o usuário se ele foi internado a gente não soube, se está internado, aí ele aparece aqui depois da internação, um mês ou dois meses, a gente tem escrito no prontuário, esse é digamos o que a gente fica sabendo (LÉLI, 4/4/2006).

Não, eu digo por nós, eu acho que, as vezes, a gente... ah o paciente foi internado, como acontece de a gente saber, e as vezes a gente vai lá fazer uma visita, as vezes tem a questão do carro (o CAPS tem um carro a disposição somente um dia por semana), e a gente fica...; sempre que acontece e tal, as vezes, a gente nem fica sabendo, quando vê o paciente já está de volta, as vezes acontece essa situação; eu fui tentar fazer um pequeno levantamento pra fazer essa avaliação e percebi que a gente não tem registro de quantos dias o paciente ficou internado, se ele ficou internado quantas vezes durante o tempo que está em tratamento aqui, falta um registro melhor e um acompanhamento melhor dos técnicos; (como ficam sabendo da internação) as vezes o paciente volta já depois, as vezes a família liga avisando, [...] o hospital não me lembro se eles ligaram, só se precisar de alguma coisa, em geral, eles não ligam; então,

assim, o paciente saiu aí eles trazem de novo aquele encaminhamento, ou ele vem pra cá porque, normalmente, ele já estava aqui, mas assim, a gente tenta ao máximo que ele não precise ser internado, essa política existe, segurar a crise (P, 17/3/2006).

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que a internação e a reinternação psiquiátrica deverão ocorrer após avaliação da equipe técnica de saúde mental dos serviços substitutivos, devendo ser estabelecidas formas de controle único para a emissão de AIH, assegurando que todas as internações necessárias sejam autorizadas pelo serviço público, preferencialmente de base territorial (BRASIL, 2002a).

Conforme pode ser observado nas falas dos participantes da pesquisa, a insuficiência do CAPS em exercer o controle das internações referente a sua clientela e a demanda no município refere-se ao fato de o serviço não estar territorializado, sendo inviável cumprir com tal exigência no âmbito da totalidade de uma população de aproximadamente quatrocentos mil habitantes, distribuídos numa área geográfica de 436,5 Km². Com a implantação das equipes de saúde mental nas Regionais de Saúde, estas passam a ser as responsáveis pela regulação da porta de entrada no sistema de atendimento. O CAPS II Ponta do Coral passa a ser a referência para onde são encaminhadas pessoas com transtornos mentais graves, egressos de hospitais psiquiátricos, internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). A falta de controle das internações psiquiátricas é uma realidade também de outros centros de atenção psicossocial, conforme verificado por Franco (2005), em seu estudo sobre o CAPS do município vizinho de Palhoça/SC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha deste tema de pesquisa está relacionada à minha trajetória de estudos no Curso de Graduação em Serviço Social e à minha inserção como pesquisadora no Núcleo de Estudos e Pesquisas Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas (NESPP) do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. A esta trajetória soma-se a experiência de Estágio Curricular em Serviço Social, realizada no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis, em 2003, da qual resultou o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Programa Alta Progressiva: uma contribuição para o processo de reabilitação psicossocial no HCTP de Florianópolis”. Com o referido Estágio foi possível vivenciar o contato direto com a realidade de algumas instituições como hospitais psiquiátricos e centros de atenção psicossocial da rede municipal e estadual de serviços de atenção em saúde mental, fato este que estimulou a busca de novos conhecimentos e o desejo de atuação profissional na área. A continuidade dos estudos foi possibilitada por meio da entrada como mestranda no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da mesma universidade. Sendo assim, o trabalho que apresentado nesta dissertação tem estreita relação com meu percurso profissional e meu desejo pessoal.

Conforme destacamos no decorrer do estudo, a reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

A implantação de uma nova política de atenção, com as implicações socioculturais da proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira passa pela necessidade de articulação intersetorial e por ações que contribuam para alterar as representações sociais sobre a loucura e os direitos dos portadores de transtornos mentais. A transformação do modelo assistencial e de um conceito teórico em diretrizes operacionais é um processo complexo e depende de vários fatores para que se mantenha a direcionalidade pretendida pelos diferentes atores sociais, participantes do jogo social.

Especificamente, no caso do CAPS estudado, as dificuldades de concretização dessa nova lógica de atenção em saúde mental perpassam e se inter-relacionam nos diferentes eixos que compuseram a presente pesquisa.

No que se refere a estrutura física, os profissionais indicam que o CAPS conta com espaço e equipamentos adequados às necessidades do serviço. Entre os anos de 2003 a 2004, o CAPS passou por uma reforma em suas instalações, ficando estas, adequadas aos objetivos da unidade. As condições poderiam ser melhores se as oficinas produtivas fossem realizadas em outro local, pois além de favorecer a utilização do espaço hoje ocupado para outras atividades, possibilitaria a inserção dos usuários em outro ambiente, favorecendo-lhes sua sociabilidade.

Em relação aos materiais de consumo, os problemas vão desde a ausência total de objetos e utilidades básicas à manutenção do serviço até o recorrente atraso no repasse dos materiais necessários às oficinas terapêuticas e de produtividade. As oficinas ficam prejudicadas e até mesmo paralisadas por conta das faltas de recursos e dificuldades de gestão adequada do serviço. Esta situação coloca em prejuízo o projeto terapêutico de tratamento dos usuários e a eficácia e efetividade dos propósitos da nova política de atenção em saúde mental.

No campo da gestão do CAPS, apesar da histórica escassez de recursos destinados à saúde, foram evidenciadas situações problemáticas, principalmente no processo de descentralização político-administrativa, que poderiam ser melhoradas a partir dos recursos existentes. De acordo com os resultados da pesquisa, 50% do grupo de técnicos afirmam que existe planejamento e avaliação das ações. Alguns deles observam estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação, objetiva e sistemática, dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declaram não existir processo de planejamento e avaliação das ações, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

Sobre este aspecto, cabe destacar que as técnicas disponíveis na área de planejamento e avaliação de serviços de saúde têm mostrado bons resultados quando aliadas à vontade política de mudar a situação. Apesar dos dados demonstrarem uma divisão entre os técnicos no que se refere a afirmação sobre a existência de planejamento e avaliação, destacamos que as poucas ações que acontecem giram em torno das atividades que são e aquelas que poderão ser realizadas, e na discussão sobre as dificuldades cotidianas do trabalho na unidade. As avaliações são informais, realizadas na reunião

mensal da equipe técnica e nas reuniões clínicas semanais, sendo notório a ausência de um processo de planejamento estratégico, sistemático e contínuo do projeto terapêutico do CAPS, bem como, de avaliação de indicadores.

Com relação aos recursos financeiros, os resultados da pesquisa apontam para o que já vem sendo denunciado por autores como Amarante (2003; 2005): o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. O pagamento pelo sistema de procedimentos realizados, por meio das APACs, condiciona a existência de recursos à produtividade do serviço. Quando os CAPS não estão articulados com outras políticas sociais necessárias à sobrevivência do usuário e a adesão dele ao projeto de vida que o serviço deve-lhe oferecer, a tendência é fracassar.

Para que a pessoa possa freqüentar o CAPS ela precisa de condições materiais e psicossociais básicas, como moradia, transporte, alimentação, auto-estima, estímulo, desejo, etc.. Quando o usuário não desfruta de tais condições as chances dele se vincular ao projeto terapêutico são menores e, conseqüentemente, sem a participação ativa dos usuários o CAPS não terá produtividade. Ainda, nem todas as ações realizadas no CAPS constam na tabela de procedimentos pagos pelo atual sistema do SUS, dificultando as atividades de ressocialização que envolvem trabalhos na comunidade e na sociedade.

Os profissionais afirmam que os usuários participam do planejamento das atividades do CAPS. Referem que isso acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Neste caso, foi possível perceber que a participação dos usuários em geral diz respeito mais a questões cotidianas do funcionamento do serviço. A associação participa diretamente da comercialização dos produtos confeccionados nas oficinas e na realização de alguns convênios com entidades da área da cultura, lazer, ensino, etc. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada, que abarque as especificidades da área da saúde mental e envolva os usuários, os familiares e os técnicos como sujeitos partícipes do processo de gestão do serviço.

No eixo recursos humanos e projeto terapêutico existem contradições explícitas e implícitas que perpassam o discurso e as práticas dos técnicos que prestam assistência aos usuários do serviço. Eles reconhecem e destacam a relevância do trabalho em equipe, argumentam que este traz a possibilidade de trocas entre as várias áreas do conhecimento e a conseqüente oferta de um atendimento multidimensional. Contudo, relatam dificuldades

na realização deste trabalho, devido a uma suposta diferença de formação profissional e de concepção, com relação ao que sejam os objetivos do CAPS e da Reforma Psiquiátrica. Indicam existir interdisciplinaridade no atendimento ao usuário, no entanto, percebeu-se que a concepção de interdisciplinaridade aparece muito mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade, estando ainda distante dos ideais da intertransdisciplinaridade.

Sendo assim, cabe destacar que sem a devida clareza e consciência do que exatamente deve mudar corre-se o risco de que, fundamentalmente, se modifiquem os espaços de realização do tratamento, transferindo-se e conservando-se as práticas de exclusão e discriminação. É preciso se ter em conta que toda dimensão técnica tem também uma dimensão política. Dessa forma, faz-se necessário questionar-se sobre o que se pretende com o “fazer” nos novos serviços de atenção à saúde mental e que valores estão presentes nas ações executadas. O usuário precisa ser percebido como sujeito do processo saúde-enfermidade, e não como objeto e instrumento do exercício das relações de poder disciplinar.

Com relação ao eixo participação do usuário e da família no tratamento, os participantes da pesquisa identificam dificuldades em realizar o atendimento familiar no CAPS. Os profissionais relacionam como justificativas, a falta de técnicos qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades da equipe. Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que seja o transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, também foram relatados pelos entrevistados. Entre os obstáculos para a (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e o estigma da loucura ainda presentes no imaginário social das pessoas.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacam o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário. Neste aspecto queremos destacar a necessidade de se reconhecer, no processo de implantação da Reforma e da política de saúde mental, um projeto ético-político social, capaz de reavaliar, substancialmente, o conceito tradicional de

“doença/saúde mental” e, conseqüentemente, a forma de como lidar as diferenças em sociedade.

No eixo (re)inserção social procuramos identificar se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas à desinstitucionalização e à reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referem que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras. A maioria deles afirma que não existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer.

Tais dados nos remetem ao questionamento sobre como a Reforma Psiquiátrica, em sua aplicação prática, apresenta certa inércia política. Existe uma lacuna entre o referencial teórico do novo modelo de atenção e as práticas que se efetivam no cotidiano dos serviços. Com isso, queremos chamar a atenção para a necessidade urgente de se construírem ações de atenção que favoreçam o conhecimento de si, reforcem a autonomia, o cuidado de si e a emancipação do sofredor psíquico.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referem que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental. A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos profissionais como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista político-jurídica dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico. Na visão dos participantes da pesquisa, o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica relaciona-se a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos pressupostos da própria Reforma. Não obstante, destacamos aqui a necessidade de se refletir sobre o descompasso entre a vitória no campo jurídico, o novo discurso da Reforma Psiquiátrica e um fazer prático que parecem ainda negar a emancipação do portador de transtorno mental.

No eixo integração do CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município, os dados coletados na pesquisa indicam que a relação existente é pouca, funciona de maneira precária e confusa, e que ainda está num processo preliminar. A articulação com as equipes de PSF e PACS também é insuficiente, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda. A unidade não realiza nenhum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. Apenas dois profissionais referiram estar pensando neste tipo de trabalho.

Foram apontadas como justificativas para esta situação o fato do CAPS não estar territorializado, de ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta de todo o município, e a ausência de um planejamento e estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhadas pessoas com transtorno mental grave. E, segundo os entrevistados, não tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Neste aspecto, vê-se a urgência na redefinição da abordagem em saúde mental, fazendo-se necessário a construção de estratégias de atenção integral, dentro dos princípios do SUS, que envolvam o portador de transtorno mental como cidadão, a família, o Estado e a sociedade.

De acordo com os profissionais existem diferenças no atendimento prestado no e pelo CAPS em relação aos hospitais psiquiátricos. Eles se referem às diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência do discurso médico psiquiátrico do hospital, e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e as necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial, em contraposição ao tratamento igual para todos das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Por fim, os dados coletados na presente pesquisa indicam que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes, prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a relação eficácia/efetividade dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Concluimos, com este estudo, que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é ainda um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológica, técnico-assistencial, político-jurídico e sócio-cultural.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____, P. (coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995a.

_____, P.. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. vol.11, no.3, jul./set. 1995b, p.491-494. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 14/09/2005.

_____, P. A (clínica) e a Reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. pp. 45-65.

_____, P. **A epistemologia e a Clínica da Reforma**. Conferência proferida no IV Encontro Catarinense de Saúde Mental. Florianópolis, 30 de junho a 2 de julho de 2005. (anotações manuscritas).

BASAGLIA F. (coord.) **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 3ª ed. Tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002a, 213 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em Saúde Mental 1990-2002**. 3ª ed. revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAPS II PONTA DO CORAL. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. **Projeto Terapêutico**. Florianópolis, 2004.

CORREIA, M. V.C..Que controle social na política de Assistência Social? **Revista Serviço Social & Sociedade**. N. 72. São Paulo: Cortez, nov. 2002, pp. 119-144.

COSTA, R. C. R. da.. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia e Política** Nº 18: 49-71 JUN. 2002

COSTA –ROSA, A. da; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. p. 13-44.

COSTA-ROSA, A. da.. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asialr. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. p. 141-168.

CHIZZOTTI, A.. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R.. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

DESVIAT, M.. **A Reforma Psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental**. In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

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

FLEURY, S.. **Espaço, território e cidadania: a cidade dos cidadãos**. Trabalho apresentado no VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra (16,17,18 de setembro), 2004. Disponível em: <www.ces.uc.pt/LAB2004>. Acessado em 20 de fevereiro de 2006.

_____, S.. (org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989.

FREIRE, F. H. M. de A.; UGÁ, M.A.D.; AMARANTE, P. Os centros de atenção psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

FRANCO, S. de O.. **Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de caso**. 2005. 110f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Florianópolis, 2005. 110f.

FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial**. Percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004.

GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E.. **A pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, R.. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M.. **Microfísica do poder**. Trad. de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graaal, 1979.

MINAYO, M. C. de S.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC; ABRASCO, 1994.

MIOTO, R.C.T.. Família e saúde mental: contribuições para reflexão sobre os processos familiares. **Revista Katalysis**. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico. Departamento de Serviço Social. N.2 Florianópolis: Editora da UFSC, 1998.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental: em busca da articulação e qualificação das ações em saúde**. Monografia

(Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Latu Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

OLIVEIRA, W. F.; DORNELES, P.. Patrimônio e ambiente da loucura: a formação do profissional de saúde mental e o dialogo com a vida da cidade. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

PITTTA A.. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje. In: PITTA. A.(org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral**: desvelando sua significação. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

_____. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

ROSA, L.C.dos S.. Os saberes construídos sobre a família na área da saúde mental. **Revista Serviço Social & Sociedade**. N° 71. Ano XXIII. São Paulo: Cortez, set de 2002, pp. 138-164.

_____. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, F., et. al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SANTOS, W.G.. **Cidadania e Justiça**. Rio de Janeiro: Editora Campos, 1979.

SARACENO, B.. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SOUZA, W. da S.. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. jul./ago. 2001, vol.17, no.4

p.933-939. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 19/10/2005.

SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Teses em Enfermagem, 42).

STUANI, D.. **Projeto de Estágio**. (Projeto de Estágio Curricular apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina). Florianópolis, 2005. texto digit.

TENÓRIO, F. G. (org.). **Gestão de ONGs**: principais funções gerenciais. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

TORRE, E.H. G; AMARANTE, P.. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. [online]. 2001, vol.6, no.1 [citado 05 Dezembro 2005], p.73-85. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br> >. ISSN 1413-8123.

TRIVIÑOS, A.N. S.. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. (org.). **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000a.

_____, E. M. Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000b. p. 169-194.

VIEIRA, L. **Cidadania e globalização**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Formulário a ser aplicado a todos os profissionais da equipe do CAPS.

Identificação

Nome:

Apelido:

Formação:

Ano:

Capacitação específica na área: Sim Não

Nível: residência especialização mestrado doutorado

Tempo de serviço na instituição:

Tipo de vínculo empregatício: Servidor público concursado contrato temporário

Outro. Especifique _____

Regime de trabalho: _____ (horas semanais)

Tempo de atuação na área:

Experiência de atuação profissional em outra instituição: Sim Não

Qual:

Tempo:

Principais perguntas

- 1) A área física do Caps é suficiente para o atendimento da demanda? Sim Não
- 2) As instalações são adequadas para a realização das atividades propostas? Sim Não
- 3) Os equipamentos disponíveis são suficientes? Sim Não
- 4) Estão em bom estado de utilização? Sim Não
- 5) Os materiais disponíveis são suficientes? Sim Não
- 6) Existem dificuldades na realização das atividades do Caps Sim Não. Em caso de resposta afirmativa, especifique as cinco principais? _____

- 7) O trabalho é realizado em equipe? () Sim () Não.
- 8) Existe algum tipo de supervisão de equipe ou outro recurso para acompanhar e discutir as questões do trabalho em equipe? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual?
-

9) Participa ou já participou de capacitação específica para atuar no Caps? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual? _____

10) Durante o tempo em que está trabalhando na instituição houve algum treinamento ou capacitação? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quando? _____(ano). De quantas horas? _____. Organizado por quem? _____

11) Na sua opinião, existe interdisciplinaridade no trabalho no Caps? () Sim () Não

12) Você conhece a política de saúde mental? () Sim () Não.

13) No Caps, existe disponibilidade de material didático e documentos sobre a política de saúde mental? () Sim () Não.

14) Existe planejamento e avaliação das ações do Caps? () Sim () Não

15) Existe projeto terapêutico de trabalho da instituição? () Sim () Não. Em caso afirmativo, foi planejado em equipe? () Sim () Não.

16) O serviço adota projeto terapêutico individualizado? () Sim () Não.

17) O usuário participa do planejamento do seu tratamento? () Sim () Não.

18) Existe atendimento familiar? () Sim () Não.

19) Existem ações intersetoriais do Caps e outras instituições que envolvam: educação, trabalho, esporte, cultura e lazer? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quais?

20) Existe relação do Caps com a rede básica de saúde municipal? () Sim () Não.

Que tipo? _____

21) O Caps realiza algum trabalho de educação permanente (capacitação e supervisão) sobre saúde mental em cooperação com as equipes de atenção básica? () Sim () Não.

Que tipo? _____

Outras observações:

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Entrevista a ser realizada com os profissionais da equipe do CAPS, segundo o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de nível superior entre as existentes na unidade. Em caso de mais de um profissional na área será realizado sorteio.

Identificação

Nome:

Apelido:

Temas e principais perguntas

1 Estrutura e recursos financeiros

- 1) Qual conhecimento possui sobre o repasse dos recursos financeiros para o Caps?
- 2) Conhece a forma de financiamento do serviço? O que você acha?
- 3) Como são administrados os recursos repassados? Existe planejamento?
- 4) Na sua opinião, a descentralização administrativa dos recursos possibilita o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do Caps? Quais as vantagens e desvantagens identifica?
- 5) Na sua opinião, os recursos repassados (gerados pelo serviço) são suficientes para realizar as atividades do Caps? Em caso de resposta negativa, quais atividades ficam prejudicadas e/ou poderiam ser realizadas se houvessem recursos?
- 6) Existem dificuldades no funcionamento do Caps com relação a falta de recursos financeiros? Quais identifica?

2 Recursos humanos e projeto terapêutico

- 1) Quais dificuldades identifica no trabalho em equipe no Caps?
- 2) Na sua opinião, quais vantagens o trabalho em equipe possibilita?
- 3) Considera importante a capacitação específica em saúde mental para atuar no Caps? Fale sobre.

- 4) Na sua opinião, qual a importância da interdisciplinaridade no atendimento ao usuário de saúde mental?
- 5) Considera importante conhecer sobre a política de saúde mental, seus princípios, sua estrutura e organização para o trabalho do Caps?
- 6) Como acontece o planejamento e a avaliação das ações do Caps?
- 7) Na sua opinião, em relação ao atendimento nas instituições tradicionais/asilares (hospitais psiquiátricos), como é o atendimento ao usuário no Caps?

3 Participação do usuário e da família no tratamento

- 1) Como é pensado o projeto terapêutico de tratamento do usuário?
- 2) Como o usuário participa do planejamento do seu tratamento?
- 3) Quais as formas criadas para oportunizar a participação do usuário no planejamento do seu tratamento?
- 4) A família participa do tratamento? Em caso de resposta afirmativa, de que forma? Em caso de resposta negativa, por quê?
- 5) Quais as formas criadas para oportunizar a participação da família no tratamento?
- 6) Quais dificuldades identifica com relação a realização do atendimento familiar?
- 7) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção familiar do portador de transtornos mentais?
- 8) Qual o papel dos usuários (ou da associação de usuários e familiares) no planejamento das ações do Caps?
- 9) Na sua opinião, qual a importância das associações de usuários e familiares para o tratamento do portador de transtornos mentais e para os serviços de saúde mental?

4 Inserção social

- 1) Na sua opinião, as práticas assistenciais realizadas no Caps encaminham-se na direção da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial?
- 2) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção social do portador de transtornos mentais?
- 3) Quais avanços e conquistas identifica com relação a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais?
- 4) Na sua opinião, o atendimento no Caps possibilita ao usuário a construção da sua autonomia? Como?

- 5) Na sua opinião, a organização atual dos serviços de saúde mental (da política de saúde mental) favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais? Qual a importância do caps nesse contexto?

5 Integração com a rede municipal de assistência em saúde

- 1) Qual a relação do Caps com a(s) equipe(s) de Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência?
- 2) O Caps tem controle das internações psiquiátricas no seu território? Em caso afirmativo, como ocorre este controle?
- 3) Na sua opinião, qual o lugar que o Caps ocupa na rede de atenção em saúde? Constitui-se no serviço que regula a porta de entrada para o atendimento em saúde mental?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este instrumento tem a intenção de obter o seu consentimento por escrito para participar do estudo “A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis”, durante o período de 01 a 31 de março de 2006, com o intuito de contribuir para o levantamento de dados para a elaboração do referido trabalho.

O estudo tem como objetivo geral analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Ao propormos a presente pesquisa esperamos contribuir com a produção de conhecimentos e saberes sobre as novas práticas de atenção e cuidado ao portador de transtornos mentais.

Os relatos obtidos serão confidenciais e, portanto, não será utilizado o nome dos participantes em nenhum momento, garantindo sempre o sigilo da pesquisa e os preceitos éticos da profissão. Os depoimentos serão referenciados pelo apelido a ser escolhido pelo próprio entrevistado

Certa de sua colaboração, agradeço sua disponibilidade em participar do estudo.

Eu _____,
consinto em participar desta pesquisa, desde que respeitadas as respectivas proposições contidas neste termo.

Florianópolis, março de 2006.

Assinatura do entrevistado.

ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

FERNANDA SCALZAVARA

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Serviço Social** - Área de concentração: Serviço Social, Direitos Humanos e Questão Social.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ivete Simionatto.

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de **Mestre em Serviço Social**, e aprovada na sua forma final, em 31/7/2006, atendendo as normas vigentes no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e na Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof^a Dr^a Catarina Maria Schmickler
Coordenadora do PPGSS/UFSC

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Ivete Simionatto, Dr^a.
Departamento de Serviço Social/UFSC
Presidente

Prof^o Walter Ferreira de Oliveira, Ph.D.
Departamento de Saúde Pública/UFSC
Membro

Prof^o Jonas Salomão Spricigo, Dr.
Departamento de Enfermagem/UFSC
Membro

Prof^o Mário Teixeira, Dr.
Departamento de Clínica Médica/UFSC
Membro Suplente

*Aos profissionais e aos usuários do CAPS
Ponta do Coral de Florianópolis.*

AGRADECIMENTOS

Desejo expressar meus sinceros agradecimentos aos profissionais do CAPS Ponta do Coral, pela receptividade, atenção, acolhimento e colaboração na fase mais importante desta pesquisa, assim como pela consideração ao meu trabalho profissional. Também, aos usuários desta unidade de serviço, pela forma carinhosa e acolhedora com que sempre me receberam.

À professora Ivete Simionatto por ter aceitado a orientação do trabalho; agradeço a oportunidade de poder ter desenvolvido a pesquisa de meu interesse e desejo profissional.

Aos professores Jonas Spricigo e Mário Teixeira pela atenção, disponibilidade e colaboração, essenciais na definição e elaboração do projeto de dissertação. Igualmente, ao professor Walter Ferreira de Oliveira pelas considerações e contribuições no exame de qualificação.

À sempre Mestre, amiga e professora Iliane Kohler, pela relação de ensino-aprendizado humana, saudável, mantida no decorrer de toda a minha vida acadêmica; pelas ajudas concretas nos momentos de dificuldades, pelos conselhos, orientações e *encaminhamentos* necessários nos instantes, nas horas, nas fases de incerteza, insegurança, angústia, desespero.

Aos profissionais Mara Regina de Oliveira e Antônio Heinzen Filho, pelo suporte terapêutico necessário nos últimos anos da minha vida; especialmente por terem me ajudado a transformar as dificuldades, os obstáculos, as conquistas cotidianas no *Mestrado da Vida*.

Às profissionais e amigas Maria Sirene Cordioli e Maria Inês Bernardino, pela relação profissional responsável, ética, competente, que me impulsionou para os estudos na área da saúde mental; pela amizade acolhedora, carinhosa, fraterna, pelas comemorações e pelos momentos de descontração.

Aos meus pais e à minha família, base dos meus valores ético-morais.

Às minhas amigas e aos meus amigos, que de perto ou de longe, acompanham minha trajetória, acreditam e torcem por mim.

Formalmente, agradeço as instituições públicas CAPES e UFSC, através dos programas PROF e PGSS, pelo financiamento da bolsa que permitiu a dedicação profissional integral para a realização deste trabalho.

RESUMO

O presente trabalho tem como objeto de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. Constitui-se como objetivo geral da presente pesquisa analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Os procedimentos metodológicos da pesquisa constaram de: pesquisa empírica na coleta das informações, através de entrevistas semi-estruturadas, gravadas, realizadas com um profissional de cada área de formação de nível superior, dentre as existentes no CAPS, e aplicação de formulário, com questões fechadas, a todos os profissionais que compõem a equipe. As informações coletadas foram sistematizadas e organizadas em itens correspondentes aos eixos que nortearam a coleta dos dados, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde. A análise final foi realizada com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os resultados obtidos nos permitem concluir que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a efetividade e eficácia dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial. De maneira geral, podemos afirmar que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológico, técnico assistencial, político-jurídico, social cultural.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, política de saúde mental, serviços substitutivos.

ABSTRACT

The objective of present work is to study the operationalization of the Psychiatric Reformation in the city of Florianopolis, Brazil, based on one specific institutional model - the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral. The general objective of the present research is to analyze the institutional reality at the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral, Florianopolis, related to the operational process of mental health politics, based on the requirements of the Brazilian Psychiatric Reformation. The research methodological procedures have consisted of: empirical research and data collection, through semi-structured interviews, recorded, realized under the presence and supervision of a professional of each field, plus de existing data from the CAPS, and filled application, with closed questions, to all the professionals who compose the team. The data colleted was systematized and organized in items and events that are surrounded the data collection, which are: financial structure and resources, human resources and therapeutic project, participation of the user and the family in the treatment, social insertion, and integration of the service with the municipal network of assistance in health. The final analysis was based on theoretical production on mental health and the Psychiatric Reformation. The results allowed us to conclude that in scope of management of CAPS, the limited number of studies and the difficulties to transfer and administer them harmed the functioning of the service. The contributing factors were lack of strategic planning and systematic evaluation of actions. The difficulties associated with teamwork compromised the effectiveness and efficacy of the objectives. The absence of a municipal network dedicated to structure and articulate mental health appears as an obstacle to the practice of desinstitutionalization and psychosocial rehabilitation. In general, we can affirm that the changes in the assistance model, directed for Psychiatric Reformation is one of the challenges to the concretization to mental health politics in a new interaction between society and people with psychological illnesses. The operationalizational political difficulties of mental health go through different fronts of performance which constitute the complexity of social processes associated with Reformation in its different dimensions. These dimensions are: theoretic-epistemological, technical assistance, politic-legal and socio-cultural.

Keywords: Psychiatric Reformation, mental health politics, substitute services.

LISTA DE SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
APAC - Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CPASM - Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental
CMS – Conselho Municipal de Saúde
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FNS – Fundo Nacional de Saúde
INAMPS – Instituto Nacional de Aposentadorias e Pensões
IPQ – Instituto de Psiquiatria Catarinense
MS – Ministério da Saúde
MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS – Organização Mundial para a Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF - Programa de Saúde da Família
RP – Reforma Psiquiátrica
SIH - Sistema de Informação Hospitalar
SAI – Sistema de Informação Ambulatorial
SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
SUS – Sistema Único de Saúde
TR – Terapeuta de Referência
ULS – Unidade Local de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Procedimentos metodológicos	18
2 REFORMA PSIQUIÁTRICA	222
2.1 O Modo Psicossocial	26
2.1.2 Atenção Psicossocial.....	28
2.2 Desinstitucionalização	30
2.3 Reabilitação psicossocial	32
3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA	344
3.1 Estrutura e recursos financeiros	344
3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico	45
3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental	46
3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário	51
3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações.....	59
3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento.....	65
3.3 Participação do usuário e da família no tratamento	69
3.3.1 Planejamento terapêutico individual.....	70
3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral.....	72
3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares	81
3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia.....	88
3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental.....	96
3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica	106
3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde...	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
REFERÊNCIAS.....	125
APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS.....	130
ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica.....	136

1 INTRODUÇÃO

O processo de mobilização, organização e luta pela Reforma Psiquiátrica brasileira origina-se no contexto dos movimentos sociais, no período de redemocratização do país (décadas de 1970/1980), e tem como base os pressupostos da Reforma Sanitária brasileira e da Psiquiatria Democrática italiana. Tal movimento esteve direcionado no sentido da crítica e desconstrução gradativa da assistência existente, embasada no saber psiquiátrico, que justificava as práticas decorrentes do modelo asilar e, ao mesmo tempo, buscava a construção de propostas de superação deste modelo.

Os anos de luta pela transformação do modelo assistencial tradicional (asilar), centrado na internação hospitalar, culminaram com a criação e regulamentação de leis e portarias relativas à implantação de uma rede de serviços substitutivos a este. A partir da década de 1990 um conjunto de leis, portarias, decretos, resoluções define novas exigências em relação à assistência psiquiátrica prestada aos portadores de transtorno mental¹, incluindo a adequação das condições físicas das instituições de atendimento, a existência de projeto terapêutico, equipe multidisciplinar e outros dispositivos que garantam maior qualidade assistencial.

A Reforma Psiquiátrica é um processo em construção, que envolve tanto a sociedade civil, através dos diferentes os movimentos sociais, os profissionais, os usuários, bem como os órgãos gestores das políticas públicas. Estes são os responsáveis pela operacionalização das ações com relação a mudança de paradigma e prática em saúde mental. Nessa trajetória, aos profissionais cabe exercer o papel de sujeitos e críticos do processo de implantação da Reforma Psiquiátrica; aos gestores da política de saúde compete a decisão política com vistas a assegurar as condições técnicas para a implementação e operacionalização dos serviços de atenção; aos movimentos sociais fica a luta política pela construção social de um outro sentido para lidar com a "loucura" e com o "louco", a partir de uma transformação na relação sociedade/loucura.

¹ Cabe destacar que a expressão “portador de transtorno mental” é adotada neste estudo por acreditar-se que a palavra portador traz em si um caráter mutante. Ou seja, secundariza o transtorno mental e resgata o sujeito envolvido na condição de enfermo, como um ser dinâmico. Por sua vez, o termo transtorno mental traz um caráter psicossociológico, dinâmico, mutável, diferente do termo doença mental, muito embora não seja menos controvertido do que este último (ROSA, 2003, pp. 37-38). E, também, por ser “portador de transtorno mental” a expressão utilizada na linguagem técnica constante na política de saúde mental do Ministério da Saúde.

No curso das transformações operadas na e pela Reforma Psiquiátrica destacamos como marco significativo recente a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM)². Em seu documento conclusivo reafirma-se que as políticas de saúde mental devem respeitar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das leis Federal e estaduais, priorizando a construção da rede de atenção integral em saúde mental. Tais políticas devem ter como pressupostos básicos a inclusão social e a reabilitação psicossocial, estar integradas com outras políticas sociais, como educação, trabalho, lazer, cultura, esporte e habilitação profissional, visando garantir o exercício pleno da cidadania (BRASIL, 2002a).

O mesmo documento ressalta que a reorientação do modelo assistencial deve estar direcionada para concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e de promoção da saúde. Nesse sentido, é fundamental que as novas modalidades assistenciais desenvolvam práticas pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a auto-estima, a autonomia e a cidadania, buscando superar a relação de tutela e reprodução da institucionalização e/ou cronificação (BRASIL, 2002a).

A mudança do modelo assistencial é um dos desafios da Reforma Psiquiátrica. Busca-se, no âmbito da gestão pública, a construção de um novo pacto para transferir os recursos aplicados no modelo hospitalar para uma assistência comunitária. Entretanto, a mudança da lógica de atenção em saúde mental requer, também, uma mudança de paradigma. No bojo dos novos dispositivos de cuidado necessariamente deve estar uma nova ética do cuidar, baseada na premissa básica da autonomia possível e dos direitos humanos dos portadores de sofrimento psíquico. Isso significa considerar que as possibilidades de novas práticas terapêuticas devem caminhar ao lado da preocupação com a mudança das representações simbólicas do “louco” na sociedade, e com a produção de outros saberes.

Na atualidade, todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, bem como a literatura da área, referem-se a desconstrução como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade das ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Tal proposição tem como base a

² Realizada em Brasília, de 11 a 15 de dezembro de 2001. A I Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em 1987 e a II em 1992.

incapacidade da psiquiatria em explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (TORRE; AMARANTE, 2001).

O modelo manicomial tem seu fundamento na noção de que a experiência de sofrimento psíquico diversa (delírio, alucinação) é sinônima de erro. Um dos aspectos mais importantes no processo de transformação radical deste é a superação do conceito de doença. Conforme apontam Torre e Amarante (2001, p.73-85), “não se trata, obviamente, de negar a diversidade da experiência do delírio ou da alucinação, mas de não utilizar o conceito de doença (igual a erro) na relação com o sujeito”. Nesta direção, Rotelli (1990) propõe, no lugar do objeto “doença mental”, o objeto “existência-sofrimento” do sujeito em sua relação com o corpo social.

Segundo Costa-Rosa (et. al., 2003, p. 28), “ao se buscar a superação do saber psiquiátrico, sobretudo do paradigma doença-cura, procurou-se romper com práticas identificadas com o modelo clínico, por considerá-las ineficazes, segregadoras”. Busca-se no modo psicossocial estabelecer-se “a construção de uma relação de contrato com o sujeito que substitua a relação de tutela instaurada pela psiquiatria” (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 73-85). Como oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar surge, no contexto da Reforma Psiquiátrica, a atenção psicossocial como paradigma do modo psicossocial.

A origem das práticas de atenção psicossocial, como designação de experiências significativas no contexto da saúde mental, está relacionada às contribuições das diferentes experiências históricas de reforma, que incluem as Comunidades Terapêuticas e a Antipsiquiatria, na Inglaterra, a Psicoterapia Institucional, na França, a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, nos Estados Unidos e a Psiquiatria Democrática, na Itália³. No caso brasileiro somam-se as contribuições das políticas públicas e das experiências locais pioneiras dos centros e núcleos de atenção psicossocial, em Santos, São Paulo.

O modelo psicossocial vem ganhando elementos tanto em termos teórico e técnico quanto ideológicos e éticos, aptos a constituírem um novo paradigma para as práticas em saúde mental, capaz de substituir o paradigma psiquiátrico que ainda é dominante. Costa-Rosa (et al., 2003, p.31), observa que de modo geral os elementos teóricos subjacentes a essas experiências passam principalmente pelas idéias sociológicas e psicológicas, pelo materialismo histórico, pela psicanálise e pela filosofia da diferença. Nesse sentido, é importante indicar que o lugar social da saúde mental é um lugar de

³ Estudos sobre estas experiências encontram-se em DESVIAT (1999); ROTELLI (2001).

conflito, confronto e contradição. Entender a saúde mental dessa forma implica em reconhecê-la como expressão e resultante de relações e situações sociais concretas. “Por qualquer perspectiva que se olhe, tratar-se-á sempre de um eterno confronto: pulsações de vida/pulsações mortíferas; inclusão/exclusão; tolerância/intolerância” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p. 29).

A operacionalização da Reforma Psiquiátrica, através da implantação da rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, territorializados e integrados à rede de saúde, tem sido uma construção lenta e difícil, perpassada por interesses políticos e econômicos. Muitas vezes são privilegiados procedimentos técnico-burocráticos, assistenciais, em prejuízo de um serviço que tenha como foco o tratamento da pessoa humana na sua dimensão integral. Por outras, a Reforma Psiquiátrica é entendida como sinônimo de reestruturação de serviços; introdução ou modernização de novas tecnologias de tratamento e cuidado; promulgação de uma nova legislação. Em geral, os problemas passam pela tendência de tornar a Reforma a implantação de centros de atenção psicossocial, de forma a banalizar o serviço, fazendo com que estes sejam uma extensão do hospital psiquiátrico (AMARANTE, 2005).

Não obstante, a transformação do modelo de atenção tradicional requer a construção de uma rede de atendimento ampla, com serviços diversificados e complementares, substitutivos das práticas asilares. O modelo substitutivo não significa alternativo, paralelo, complementar ou intermediário do sistema tradicional. Trata-se de um serviço forte, que comporta uma estrutura complexa em que o sentido das práticas deve ser alterado do “eixo da clínica” para o “eixo da cidadania”. Isso significa olhar para a pessoa-sujeito e não unicamente para a doença (AMARANTE, 2005).

Pensar a mudança do paradigma teórico-conceitual clássico significa provocar uma transformação na cultura da forma tradicional de ver e lidar com a loucura, buscar a construção de um outro lugar social para a loucura e a doença mental, a partir de uma transformação das relações sociedade-loucura/doença mental.

Nesse processo, os centros de atenção psicossocial (CAPS) constituem-se no “braço” do modelo psicossocial. Tornam-se serviços privilegiados para o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial e dispositivos estratégicos para a mudança da atenção em saúde mental.

De acordo com as normatizações do Ministério da Saúde, são atribuições dos CAPS: organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; prestar atendimento em regime de atenção diária; oferecer cuidado clínico eficiente e personalizado; realizar a

dispensação de medicamentos; acompanhar usuários que moram em residências terapêuticas; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, assessorando o trabalho dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território ou área de abrangência (BRASIL, 2004).

No sentido de favorecer o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, bem como estimular a mudança da lógica de ver e lidar com a “doença” e o “doente mental”, o direcionamento da Política Nacional de Saúde Mental preconiza que os projetos terapêuticos dos CAPS podem ultrapassar a estrutura física da unidade, em busca da rede de suporte social comunitária. O atendimento prestado deve ser através de projeto terapêutico individualizado, construído conjuntamente com o usuário. A preocupação principal não deve ser o estabelecimento de um diagnóstico clínico, mas sim o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2004).

Com base no exposto, a presente dissertação de mestrado tem como recorte de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - O Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. A escolha deste CAPS deve-se ao fato de ser este um serviço público de atendimento diário a portadores de transtornos mentais adultos, único nesta modalidade no município. A população de Florianópolis conta com outros dois centros de atenção psicossocial, um para atendimento de crianças e adolescentes (CAPSi) e outro para atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (CAPSad).

O CAPS Ponta do Coral constitui-se no principal serviço de atendimento extra-hospitalar na realidade local, desempenhando um papel central na assistência a portadores de transtornos mentais graves. A rede municipal de atenção em saúde mental é incipiente, com poucos recursos e o CAPS enfrenta diversas dificuldades na realização de suas atividades, concentrando uma demanda de atendimento superior a sua capacidade.

Destacamos a relevância deste estudo na medida em que está em curso no país uma reforma nos serviços de assistência em saúde mental, em que a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos pelo cuidado comunitário/ambulatorial tem sido a

diretriz básica para a reorganização da política de saúde mental, desde o nível federal aos níveis estadual e municipal.

A reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

O processo de reestruturação dos serviços de saúde mental está baseado na organização de uma rede comunitária de cuidados. Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esportes etc), culturais, religiosos e de lazer são convocados para potencializar as equipes de saúde na tarefa de realizar ações de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004).

Fazem parte desta rede de serviços de saúde mental os centros de atenção psicossocial, os núcleos de atenção psicossocial (NAPS), os serviços residenciais terapêuticos (SRTs), os hospitais gerais, os centros locais de saúde, as equipes de saúde da família e agente comunitários de saúde, entre outros. Particularmente, neste trabalho, nos interessamos por estudar os CAPS por estes assumirem um papel central na organização da rede, constituindo-se em serviços de atenção que “almejam à outra lógica, outra fundamentação teórica-técnica e outra ética, que não mais a do paradigma psiquiátrico” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.19).

Os CAPS foram criados para serem substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos, oferecendo atendimento em saúde mental à população de sua área de abrangência. São atendidas pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, incluindo aquelas que apresentam transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e crianças e adolescentes. As práticas realizadas neste tipo de serviço devem caracterizar-se por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro, na comunidade.

Oficialmente os CAPS foram instituídos pela Portaria GM/MS N°224/1992 e definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam uma população adscrita definida pelo nível local e oferecem atendimento de cuidados intermediários entre

o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (BRASIL, 2002b).

Atualmente, os CAPS são regulamentados pela Portaria GM/MS N° 336/2002 e integram a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta portaria estabelece critérios de porte/complexidade e abrangência populacional aos CAPS, classificando-os nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad⁴. A classificação dos diversos tipos de CAPS difere, basicamente, quanto ao tamanho da população pela qual se responsabilizam e quanto ao regime de funcionamento.

Os profissionais que trabalham nos CAPS integram uma equipe multiprofissional. São técnicos de nível superior e nível médio, de diferentes áreas de formação. Os profissionais de nível superior são médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física entre outros necessários para as atividades oferecidas, de acordo com o projeto terapêutico do CAPS. Os profissionais de nível médio podem ser técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores, artesãos, profissionais de limpeza e cozinha (BRASIL, 2004).

As equipes técnicas possuem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. Cabe aos profissionais a tarefa de organizar-se para realizar o acolhimento dos usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, realizar as atividades de reabilitação psicossocial, equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas.

Ao considerarmos as práticas em saúde mental de um centro de atenção psicossocial nosso objeto de estudo estamos entendemos que é a partir delas que a mudança de paradigma se torna possível, haja vista que a estruturação de uma rede de

⁴ O CAPS I tem capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e deve funcionar das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira; o CAPS II atende municípios com população entre 70.000 e 200.000, deve funcionar das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas; o CAPS III atende municípios com população acima de 200.000 habitantes, funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana. Já os CAPSi e os CAPSad possuem características diferenciadas dos demais. O CAPSi é referência para municípios com população acima de 200.000 habitantes e constitui-se em um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período até 21 horas. Os CAPSad destinam-se a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. É indicado em municípios com população acima de 100.000 habitantes, funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas (BRASIL, 2002b).

novos serviços de saúde mental não constitui por si só uma ruptura com o paradigma das práticas asilares, da segregação e da tutela do portador de transtorno mental. Contudo, sabemos que analisar uma realidade institucional é uma tarefa difícil, principalmente quando nos propomos olhar esta realidade em movimento, permeada de contradições e como fruto de um processo sócio-histórico.

Nesse sentido, elegemos como sujeitos informantes os profissionais que atuam no Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, por entendermos que a eles cabe a tarefa de realizar as atividades institucionais cotidianas. Esses profissionais integram uma equipe multiprofissional e assumem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. A nosso ver, constituem-se atores sociais centrais no processo de implementação e operacionalização da Reforma Psiquiátrica na realidade local.

Com isso queremos destacar que os profissionais de saúde mental exercem um papel relevante para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, seja como partícipes dos movimentos sociais, como gestores da política de saúde mental e/ou como trabalhadores (técnicos) nos serviços de assistência. Particularmente, aos profissionais dos CAPS cabe o compromisso de operacionalizar a mudança da lógica da assistência, na medida que estão atuando em um serviço considerado um dispositivo estratégico da rede de assistência em saúde mental. Esses profissionais estão diretamente ligados aos usuários do serviço e a implementação da política de saúde mental, função que os coloca na linha de frente de um cenário novo que vem passando por formulações e reformulações nos campos “político-jurídico, técnico-assistencial, epistemológico e sociocultural” (AMARANTE, 2003).

Torna-se pertinente ressaltar que o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) teve forte influência nos avanços ocorridos na mudança da assistência psiquiátrica. Constituído inicialmente de técnicos de saúde mental buscava a melhoria da assistência psiquiátrica e denunciava a situação precária dos manicômios. O MTSM posicionou-se em relação à assistência prestada, politizou a questão da Reforma, construiu uma linha de pensamento crítica no campo da saúde mental. Organizados, os trabalhadores criaram fóruns de discussões locais de caráter técnico e político e defenderam as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Posteriormente, o movimento ampliou-se no sentido de ultrapassar sua natureza técnico-científica, organizou sua estrutura administrativa como fórum nacional e passou a ser designado Movimento da Luta Antimanicomial, tornando-se um movimento social que passou a englobar várias entidades como associações de usuários

e familiares⁵, ONGs, entre outras (AMARANTE, 1994, 1995a; SOUZA, 2001; VASCONCELOS, 2000b, 2004).

Assim, nos parece certo que os profissionais de saúde mental são atores sociais influentes na efetivação da Reforma Psiquiátrica. Razões significativas para pesquisar e valorizar suas experiências e opiniões, na medida em que seus relatos podem indicar como vem se realizando no dia-a-dia a Reforma, bem como contribuir para a construção de novas práticas e a produção de novos saberes. E, entendemos como Foucault, que os saberes não são apenas conhecimentos acadêmicos, produções que se autodenominam científicas. Os saberes também estão onde são produzidos, pois sempre criam visões de mundo, produzem histórias e História.

Dessa forma, a presente pesquisa tem a finalidade específica de contribuir para a análise das práticas locais de saúde mental, a partir do estudo da realidade vivenciada no CAPS de Florianópolis e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Lembramos, ainda, que neste ano de 2006 o CAPS Ponta do Coral completa dez anos de atividades, fato que nos leva a destacar a importância de um estudo que identifique as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação deste serviço. No geral, busca-se fornecer subsídios para os avanços nas políticas de saúde mental e contribuir para a produção de conhecimentos sobre a realidade da prática das políticas públicas de saúde mental. Para tanto, elegemos como eixos de estudo e análise cinco pontos, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social e integração com a rede municipal de assistência em saúde.

Constitui-se como objetivo geral do presente estudo a análise da realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Para alcançarmos este definimos como objetivos específicos: 1) caracterizar a estrutura e os recursos financeiros disponibilizados

⁵ Cabe registrar que no campo da saúde mental encontram-se associações de composição variada. Há associações de usuários; associações de familiares; associações de usuários e familiares; associações de usuários, familiares e técnicos; associações de usuários e técnicos; e associações de técnicos e familiares. Em sua maior parte, o processo organizativo das associações é conduzido por elementos de constituição de laços de solidariedade e ajuda mútua. Contudo, existem associações que são favoráveis à agenda de inovações da assistência colocada pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e, outras, que se caracterizam como uma comunidade de veto em relação à mesma agenda (SOUZA, 2001).

e sua adequação às atividades do Caps; 2) conhecer as práticas assistenciais desenvolvidas pelo CAPS com relação ao projeto terapêutico e como se organiza o trabalho da equipe técnica; 3) identificar como ocorrem as práticas institucionais de participação do usuário e da família no tratamento e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica; 4) identificar se existem e quais são as ações institucionais, intersetoriais e/ou outras criadas com relação a inserção social do portador de transtornos mentais; 5) descrever e analisar a relação existente entre o CAPS e a rede municipal de assistência em saúde com relação a operacionalização da política de saúde mental e do SUS; 6) identificar quais as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação do CAPS, pontos positivos e negativos.

1.1 Procedimentos metodológicos

Para operacionalizar os objetivos do nosso estudo foi realizada uma pesquisa de caráter qualitativo, do tipo estudo de caso. Segundo Minayo (1994), a pesquisa qualitativa, nas ciências sociais, responde a questões particulares, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Isso significa considerar que trabalhamos com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que correspondem a pontos mais profundos das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser quantificáveis. E, segundo Chizzotti (2003, p. 104), em geral, a pesquisa qualitativa objetiva provocar o esclarecimento de uma situação para uma tomada de consciência pelos próprios pesquisados dos seus problemas e das condições que os geram, a fim de elaborar meios e estratégias de resolvê-los.

Dentre os tipos de pesquisa qualitativa, o estudo de caso talvez seja um dos mais relevantes. É uma modalidade que propicia retratar uma realidade de forma ampla e profunda, de forma a revelar a multiplicidade de dimensões presentes numa determinada situação e contextualizar o objeto para melhor compreendê-lo (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Nesta forma de estudo, o caso é tomado como unidade significativa do todo porque tanto retrata uma determinada realidade quanto revela a multiplicidade de aspectos globais presentes em uma dada situação (CHIZZOTTI, 2003). A principal função do estudo de caso é a explicação sistemática de fatos que ocorrem no contexto social e geralmente se

relacionam com uma multiplicidade de variáveis. Essa técnica caracteriza-se por ser um estudo intensivo, o qual deve considerar a compreensão geral do assunto investigado (FACHINI, 2001).

O local escolhido para a realização do estudo, o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, é um serviço público, municipal, cadastrado na modalidade CAPS II, situado à rua Rui Barbosa, 713 (fundos), no bairro Agronômica, Florianópolis/SC. CAPS Ponta do Coral funciona das 8h às 18hs e atende uma demanda média diária de 40 usuários. O serviço foi criado em março de 1996 e funciona neste endereço desde o mês de dezembro do mesmo ano⁶.

A principal fonte de informação da presente pesquisa constituiu-se das falas dos profissionais, de formação de nível superior, e, no resultado do formulário aplicado a todos os membros da equipe do CAPS Ponta do Coral. Utilizamos para a coleta de informações a entrevista semi-estruturada, gravada, com questões abertas, e a aplicação de formulário com questões fechadas (Apêndices A e B). As entrevistas foram orientadas por um roteiro com perguntas estruturadas e agrupadas em cinco blocos correspondentes aos eixos de estudo da pesquisa. De acordo com Trivinos (1987), a entrevista semi-estruturada geralmente parte de certos questionamentos básicos, de perguntas fundamentais derivadas da teoria que é adotada para a pesquisa e de informações que o pesquisador possui sobre o tema a ser pesquisado.

Na pesquisa qualitativa, a entrevista é uma das técnicas mais utilizadas na coleta do material empírico. No tipo de estudo escolhido, foi possível perceber que a entrevista constituiu-se na ferramenta capaz de possibilitar a obtenção de dados mais profundos da realidade, os quais só podem ser obtidos com a contribuição dos sujeitos envolvidos.

O trabalho empírico para coleta dos dados e das informações na Instituição foi realizado entre a segunda quinzena do mês de março e a primeira quinzena do mês de abril de 2006 (16/3/2006 a 13/4/2006). A coleta teve início após a apresentação e solicitação de autorização para a realização da pesquisa à coordenação da Instituição. O projeto foi encaminhado à Comissão de Ensino e Pesquisa do CAPS II Ponta do Coral e à Direção de

⁶ A implantação do serviço foi efetivada em 25/3/1996, ficando instalado, provisoriamente, junto ao Centro de Saúde II do Centro de Florianópolis (atual ULS Centro), na Avenida Rio Branco. Em dezembro do mesmo ano foi transferido para o atual endereço, passando a ser chamado NAPS Ponta do Coral. Seu credenciamento no Ministério da Saúde aconteceu ao longo do ano de 1997. Em 2002, a Portaria GM n° 336 regulamentou a denominação dos antigos NAPS para CAPS (STUANI, 2005).

Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis para parecer. Mediante o parecer favorável (Anexo A) das referidas instâncias, foi realizada, em reunião de equipe, a apresentação do projeto aos profissionais do CAPS Ponta do Coral. Concluída esta etapa, foi realizada a entrevista pré-teste. A escolha do profissional observou os critérios constantes da metodologia do projeto. A entrevistada foi uma profissional da área da psicologia (área que tem mais de um profissional no CAPS) que tinha disponibilidade para a realização da entrevista na data escolhida. A partir desta entrevista, foram realizadas pequenas alterações no roteiro, com vistas a agrupar algumas perguntas, no sentido de diminuir o tempo necessário à efetivação da mesma. A referida entrevista teve a duração aproximada de uma hora e vinte minutos, acrescida de mais quinze minutos para a aplicação do formulário, totalizando uma hora e trinta e cinco minutos.

No total, foram realizadas seis entrevistas e aplicados doze formulários, de acordo com a metodologia estabelecida, a qual privilegiou, para a entrevista, o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de ensino superior, dentre as existentes no CAPS Ponta do Coral, quais sejam: psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Os formulários foram aplicados a todos os profissionais de formação de nível superior e de formação de nível médio. Foi necessário realizar sorteio do profissional a ser entrevistado apenas com relação a área da psicologia, por esta ter quatro profissionais atuando na equipe do CAPS. Como utilizamos um deles para a realização do pré-teste, participaram do sorteio apenas os outros três. O sorteio foi realizado na presença de outras duas profissionais da equipe.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos profissionais. A aplicação dos formulários foi simultânea e obedeceu ao mesmo critério. No caso de três dos profissionais entrevistados não foi possível realizar a aplicação do formulário no momento da entrevista, a pedido dos mesmos, devido a limitações de tempo. As entrevistas foram gravadas em fitas cassete, com a autorização prévia dos entrevistados, e, posteriormente, as falas foram transcritas.

As informações e os dados coletados foram sistematizados e classificados, de acordo com os eixos de pesquisa, e posteriormente analisados com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os dados originados dos formulários foram analisados e tratados descritivamente, ou seja, reduzidos a termos descritivos. Para efeito de padronização e de comparação foi adotado o método da porcentagem.

A análise final, que, segundo Minayo (1994), corresponde a um movimento contínuo entre o empírico e o teórico e vice-versa para fazer do caos aparente das

informações revelações da sua especificidade, foi construída pela síntese das informações coletadas em cada eixo de estudo, previamente definidos.

As questões éticas foram consideradas em todas as etapas do estudo, especialmente, na relação com os entrevistados, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) e dentro do que determina a Resolução N° 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde e o Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina. Os profissionais foram informados e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa quando da apresentação do projeto em reunião de equipe e individualmente antes da realização da entrevista. Foi preservado o anonimato dos entrevistado ao se utilizar codinomes para referenciar as falas no trabalho, destacando-se que os mesmos escolheram livremente seu próprio apelido quando da realização da entrevista. Apenas uma das entrevistadas optou por deixar a cargo da pesquisadora a escolha do codinome.

O trabalho que ora apresentamos está organizado de forma a contemplar, neste primeiro capítulo, a introdução do tema e a metodologia utilizada na pesquisa; no segundo capítulo descrevemos, sistematizadamente, o norte teórico utilizado como referência para a análise dos dados e das informações coletadas; no terceiro capítulo trazemos os resultados e as análises da pesquisa. Ao final, resgatamos os principais tópicos relacionados aos eixos de estudo e expomos nossas considerações finais sobre o tema.

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA

Procuramos expor neste capítulo uma síntese das análises de alguns autores que têm contribuído para o avanço nas discussões sobre a Reforma Psiquiátrica, bem como a definição do que vem a ser este outro modelo de atenção em saúde mental – o Modo Psicossocial, tanto em seus aspectos prático-assistenciais quanto em suas exigências éticas e teóricas, no sentido de construirmos o norte teórico orientador das análises da presente pesquisa.

Todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, na atualidade, bem como a literatura da área estabelecem a categoria teórico-prática “desconstrução” como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade nas ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Reiteram, também, a incapacidade da psiquiatria de explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (BASAGLIA, 1985; ROTELLI, 1990). Neste sentido, a proposta da Reforma Psiquiátrica objetiva criar experiências alternativas ao hospital psiquiátrico e ao modelo de suas práticas, através da extinção desse tipo de instituição e sua substituição por recursos que sejam capazes de rever tanto as concepções do “objeto” quanto dos “meios” e modos da sua intervenção nessa área.

A partir das contribuições colocadas por Fleury (et. al., 1989), com relação ao conceito de Reforma Sanitária como um “processo de transformação estrutural”, e da noção de *processo social complexo* proposta por Rotelli (1990), Paulo Amarante (2003, p.49), define Reforma Psiquiátrica como:

um processo social complexo que se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade.

Nessa concepção, o autor observa que processo indica algo em permanente movimento, que não tem um fim predeterminado, nem um objetivo último ou ótimo. E, a idéia de complexidade é posta não como sinônimo de complicação, mas sim como uma atitude epistemológica no sentido de reabrir a possibilidade de recomplexificação do fenômeno, proposição oposta a naturalização/objetualização da noção de doença. Neste sentido, a doença deixaria de ser reduzida a uma alteração biológica, para tornar-se um

processo de saúde/enfermidade. Em outras palavras, “a doença não é um objeto, mas uma experiência nas vidas de sujeitos distintos” (AMARANTE, 2003, p.53).

Na continuidade de suas análises sobre a Reforma Psiquiátrica Amarante (2000, 2003) designa quatro dimensões para as transformações operadas na e pelas práticas da Reforma, quais sejam: teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural.

A dimensão teórico-conceitual ou epistemológica contempla o conjunto de questões que dizem respeito a produção de conhecimentos e saberes que irão subsidiar as práticas. É uma dimensão que vai desde a reflexão dos conceitos mais fundamentais do campo das ciências até os conceitos produzidos pela psiquiatria: alienação, doença mental, normalidade/anormalidade, terapêutica e cura. Um aspecto muito importante desta dimensão refere-se ao desafio de se repensar as relações entre conhecimento e objeto (AMARANTE, 2003).

Na interpretação de Costa-Rosa (et al., 2003, p. 32), o campo teórico-conceitual pauta-se na desconstrução de conceitos e práticas, sustentados pela psiquiatria e pela psicologia nas suas visões acerca da doença mental. Propõe-se como contrapartida a construção de noções e conceitos como “existência-sofrimento” do sujeito na sua relação com o corpo social, acolhimento, cuidado, emancipação e contratualidade social. Nesse âmbito, pode-se entender que o conceito de existência-sofrimento impulsiona a Reforma Psiquiátrica na direção de uma revolução paradigmática, uma vez que questiona a tão cara relação sujeito-objeto e o próprio paradigma doença-cura. Tal conceito aparece por contraposição ao paradigma doença-cura, expressando a exigência de se dar ao sujeito a centralidade da cena.

Como exemplo desse campo Amarante (2003, p. 50) destaca o processo de desconstrução do conceito de clínica, que deixaria de ser o isolamento terapêutico ou o tratamento moral para tornar-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades; a desconstrução do conceito de doença produzido pela psiquiatria, em que o sujeito, não mais visto como alteridade incompreensível, possibilitará outras formas de conhecimento, que produzirão novas práticas clínicas e sociais.

Cabe destacar que quando um conceito é submetido ao processo de desconstrução é possível supor que as relações entre as pessoas envolvidas também serão transformadas, assim como os serviços, os dispositivos e os espaços. Conseqüentemente, mudam, ainda, os conceitos e as práticas jurídicas que eram adotadas pelos conceitos desconstruídos.

Para Basaglia (1985) e Rotelli (1990), desconstrução está relacionada à noção de *invenção*, de construção do real, de produção da subjetividade, recolocando em discussão a ciência e a psiquiatria. Os autores referem-se a “desconstrução” do dispositivo psiquiátrico e clínico em seus paradigmas fundantes e suas técnicas de poder-saber, entendendo-a como uma ação prática de desmantelamento das incrustações institucionais que cobriam a doença. A desconstrução questiona as bases do dispositivo psiquiátrico, em sua competência para atuar frente à loucura.

Entende-se desconstrução como um processo social complexo, de desmontagem do dispositivo psiquiátrico, que não tem fim, ou não pretende constituir, um modelo ideal, mas sim dar novo significado às relações e colocar questões imanentes às situações-problema. Nesse sentido, é um processo que precisa, por definição, ser reinventado incessantemente, e questionar também o conjunto dos segmentos sociais que deveria ser [...] objeto de uma verdadeira "revolução molecular", quer dizer, de uma re-invenção permanente (GUATTARI, 1992 apud TORRE; AMARANTE, 2001, p. 14).

A dimensão político-jurídica passa pela criação e alterações na legislação com relação aos direitos e a assistência ao portador de transtornos mentais. O âmbito jurídico é decorrente do fato de a psiquiatria ter instituído a noção de relação entre loucura, periculosidade, irracionalidade, incapacidade, irresponsabilidade civil. No plano político luta-se pela extinção dos manicômios e sua substituição por instituições abertas, pela revisão das legislações sanitárias, civil e penal referente a doença mental, para possibilitar o exercício dos direitos à cidadania, ao trabalho e à inclusão social. Importa nessa dimensão rediscutir e redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais (AMARANTE, 2003, p. 53; COSTA-ROSA, et al., 2003, p. 33).

No âmbito da dimensão técnico-assistencial está o modelo assistencial. É nesse campo que, na realidade brasileira, aparecem mais visivelmente as inovações com relação as práticas assistenciais em saúde mental, concomitante a reconstrução dos conceitos. As transformações vêm acontecendo tanto na concepção de novos serviços (CAPS, oficinas terapêuticas e de reintegração sociocultural, cooperativas de trabalho) quanto na sua forma de organização e gestão (instituições abertas com participação e co-gestão com os usuários e a população).

Nos últimos anos têm-se objetivado construir uma rede de novos serviços, concebidos como espaços de sociabilidade, de trocas, em que se enfatiza a produção de saúde como produção de subjetividades. Essas mudanças indicam para uma mudança nas práticas de atenção e tem significado *colocar a doença entre parênteses*, propiciando

contato com o sujeito, rompendo com as práticas disciplinares; aumentando a possibilidade de recuperação do seu estatuto de sujeito de direitos (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 32-33; AMARANTE, 2003, p.51).

A expressão *colocar a doença entre parênteses* é atribuída a Basaglia, significa a suspensão do conceito e implica na possibilidade de novos contatos empíricos com o fenômeno em questão. Para o autor, a psiquiatria colocou o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença como fenômeno da natureza. Assim, Basaglia propõe uma inversão, isto é, colocar a doença entre parênteses para tornar-se possível lidar com o sujeito e não com a doença.

Amarante (2003) chama a atenção para o fato de a atitude epistemológica de colocar a doença entre parênteses não significa a negação da doença no sentido do não se reconhecer que experiências de sofrimento ou diversidade fazem parte da realidade concreta da saúde mental. Nas palavras do autor:

não significa a recusa em aceitar que exista uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar. Significa, isto sim, a recusa a explicação da psiquiatria, para dar conta daquela experiência, como se esta pudesse ser explicada pelo simples fato de ser nomeada como doença. A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia social e política da exclusão, e a ruptura epistemológica com o saber da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para objetivar conhecer a subjetividade (AMARANTE, 2003, p. 56).

A dimensão sociocultural expressa o objetivo maior da Reforma Psiquiátrica, haja vista que pretende transformar o *lugar social* da loucura no imaginário social, transformando as relações entre a sociedade e a loucura. Muito do imaginário social é decorrente da ideologia psiquiátrica que tornou senso comum a relação da loucura à incapacidade do sujeito de estabelecer trocas sociais e simbólicas (AMARANTE, 2003, p. 53).

Para tanto se têm estimulado uma série de práticas sociais visando transformar o imaginário social relacionado a loucura, a doença mental e a anormalidade. Está em processo de mudança a imagem da loucura e do louco, a imagem da instituição e a da relação dos usuários e a população com ela. A intencionalidade passa pela construção de uma imagem das instituições de atendimento como espaços abertos de circulação e pólos de exercício estético, e uma imagem do “louco” como cidadão que deve almejar poder de contratualidade social (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 33).

Pensar a Reforma Psiquiátrica como um processo complexo implica desconstruir, superar conceitos; pensar, refletir sobre as ações no campo da saúde mental e os efeitos de

suas práticas; criar, construir novas práticas e produzir outros saberes. Trata-se, portanto, de um processo contínuo em que os verbos transformar, produzir, desconstruir, desmontar, emancipar, reconstruir devem estar no cotidiano do fazer em saúde mental.

2.1 O Modo Psicossocial

A elaboração das práticas do modo psicossocial é tributária de diferentes movimentos sociais científicos e vários campos teóricos. Sob esse aspecto, Abílio da Costa-Rosa (2000; 2003), busca especificar elementos básicos do novo paradigma traçando um paralelo de análise entre as práticas constitutivas do modo asilar e aquelas exigidas ao modo psicossocial⁷.

As principais características do modo asilar são: ênfase na consideração de determinantes orgânicos nos problemas que se pretende tratar, o que implica que o seu meio básico seja medicamentoso; pouca ou nenhuma consideração da existência do sujeito, o que implica que não se insista na sua mobilização como participante do tratamento. O indivíduo continua sendo visto como doente, tanto em relação à família quanto em um contexto social mais amplo. Daí decorre que a intervenção seja quase exclusivamente centrada nele. As aproximações da família, quando ocorrem, costumam ter caráter apenas pedagógico e assistencial. Dessa consideração do indivíduo como centro do problema, entre outros fatores, decorre também seu isolamento em relação ao meio familiar e social.

Ainda, com relação as práticas assistenciais, no modo asilar, o trabalho é realizado sem que os profissionais se encontrem para conversar sobre a atividade comum. O prontuário é considerado o elo de interconexão entre os profissionais da equipe. Mesmo no caso em que o meio é multiprofissional, a determinação fundamental dos problemas continua, na prática, sendo biológica. Portanto, a eficácia do tratamento espera-se que venha da química. Sua instituição típica continua sendo o hospital psiquiátrico fechado,

⁷ O autor observa que esta análise tem uma dimensão histórica, na medida que inclui uma consideração dos avanços que tem ocorrido nas práticas concretas até o presente; e outra dimensão lógica, visto que decorre da dedução realizada, através do método de análise, das características imprescindíveis a um determinado dispositivo para que ele configure uma lógica contraditória com a dos dispositivos que pretende superar e substituir (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.36).

ainda que nas últimas décadas esse venha sendo alvo de reformas democratizantes, intermitentes e esteja acompanhado de dispositivos chamados extra-asilares.

No modo psicossocial a concepção do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos sustentados para lidar com esse processo requer a desinstitucionalização do paradigma “doença-cura” e sua substituição pelo “existência-sofrimento”, conjuntamente com a configuração de práticas de trabalho transdisciplinares.

Destacam-se como principais exigências ao modo psicossocial: a determinação e consistência psíquica e sociocultural dos problemas, e não orgânica; a desospitalização e a desmedicalização, o que significa desconsiderar a medicação como resposta única ou preponderante e a priori; o exercício da “clínica da escuta e da criação de si”, e não a clínica da observação e da retomada do estado anterior às crises; a horizontalização das relações intrainstitucionais; a participação dos usuários e da população em forma de autogestão e co-gestão; o livre trânsito dos usuários e da população; a ética do reposicionamento do sujeito, que significa reconhecer a implicação subjetiva como forma de singularização e não supressão sintomática.

Os dispositivos institucionais típicos do modo psicossocial são os centros e núcleos de atenção psicossocial, o Hospital-Dia, ambulatórios de saúde mental; equipes multiprofissionais de saúde mental, inseridas em Centros de Saúde; setores para tratamento em saúde mental, inseridos em hospitais gerais. Seus meios básicos de tratamento são a psicoterapia, a laboterapia, as socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural, além da medicação.

É decisiva a importância que se atribui ao sujeito, daí que se insista de maneira fundamental na sua mobilização como participante principal do tratamento. Não se deixa de considerar, por isso, a sua dimensão de indivíduo (orgânico e sócio-cultural). Dá-se ênfase à consideração da pertinência do indivíduo a um grupo familiar e social. Supõe-se que se deve trabalhar também a família e o grupo social como agentes das mudanças buscadas.

Da consideração de que não é o indivíduo o único problemático, sugere-se que se inclua no tratamento também a família e eventualmente um grupo mais ampliado. As formas de participação da família e do grupo ampliado no tratamento são várias e superam, em muito, as posturas assistencial e orientadora, características do modo asilar. As associações de usuários e familiares criadas no modo psicossocial são reflexos dessa nova postura em relação aos usuários.

No modo psicossocial, espera-se que as diferentes possibilidades de ação se estendam desde a continência do indivíduo, durante a crise, até o reconhecimento da implicação familiar e social nos mesmos problemas. Espera-se, portanto, que tanto uns quanto outros possam assumir a parte de seu compromisso na atenção e no apoio. Além disso, dá-se acentuada ênfase à reinserção social do indivíduo, sem perder de vista que, muitas vezes, não é a problemática com a qual ele chegou a responsável pela sua saída da circulação sociocultural.

Quanto às formas de organização institucional, no modo asilar estas são marcadas por estratificações de poder e saber no âmbito do pessoal da instituição, que se transladam para a relação com os usuários e a população, os quais estão excluídos de qualquer participação que não seja a do objeto inerte e o mundo. Já os dispositivos do modo psicossocial tem suas práticas fundamentadas na lógica da Psicoterapia Institucional e da Comunidade Terapêutica e, geralmente, estas são instrumentadas por meio de assembleias de usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental. Participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais no modo psicossocial, por oposição à estratificação e interdição institucionais à heterogestão e à disciplina das especialidades que dominam no modo asilar.

Neste sentido, o autor propõe designar a Atenção Psicossocial como paradigma do modo psicossocial, em oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar.

2.1.2 Atenção Psicossocial

O termo Atenção, no contexto da Reforma Psiquiátrica, assume o conceito de “dar e prestar atenção, acolher, receber com atenção, tomar em consideração, levar em conta e escutar atentamente”. Designa uma parte fundamental do contorno que se pretende imprimir às ações de Atenção Psicossocial nas práticas em saúde mental. Expressa certos princípios relativos, sobretudo, à forma das relações dos agentes institucionais e das próprias instituições como dispositivos, com os sujeitos usuários e suas demandas (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 22).

Já o conceito Psicossocial designa as práticas em Saúde Mental Coletiva que se inscrevem como transição paradigmática da psiquiatria; enquanto que o termo psicossocial

agrega ao 'objeto' das práticas em saúde mental aspectos psíquicos e sociais, e tem a função de designar experiências reformadoras em sentido amplo (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 19).

Segundo o autor, ao somatizar aspectos sociais e psíquicos aos aspectos biológicos do paradigma e do objeto da psiquiatria a Atenção Psicossocial vai promover transformações nas concepções do objeto, nos modos de conceber e estruturar a instituição como dispositivo e, sobretudo, na forma de conceber e estruturar as relações terapêuticas, que tem, por sua vez, implicações éticas radicalmente distintas das práticas asilares.

A Atenção Psicossocial subentende ações diferenciadas das contidas no paradigma asilar e psiquiátrico. Na definição de Costa-Rosa Luzio e Yasui (2003, pp. 34-36):

a Atenção Psicossocial parece configurar um campo capaz de congrega e nomear todo o conjunto das práticas substitutivas ao Modo Asilar, conservando ao mesmo tempo a abertura necessária para a inclusão das inovações que ainda estão se processando e para outras que certamente virão. [...] As práticas de Atenção Psicossocial representam a sedimentação de um vasto conjunto de variações teórico-técnicas e éticas, mais ou menos radicais, conforme o caso, em relação às práticas vigentes e dominantes, que estão no lugar estrutural de sua alteridade necessária.

Os autores argumentam que a Atenção Psicossocial tem sustentado um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas norteadas pela aspiração de substituírem o modo asilar, e algumas vezes o próprio paradigma da psiquiatria. As ações na esfera político-ideológica trabalham em sintonia com os movimentos sociais que lutam pelo resgate da dignidade humana e dos direitos individuais e coletivos de cidadania. As ações teórico-técnicas referem-se à produção de novas formas de intervenção que possibilitem a construção de novos dispositivos que trabalhem pela transformação radical dos modelos institucionalizados e da ética em que se pautam.

Atenção Psicossocial, entendida como paradigma do modo psicossocial, designa concepções contrárias ao modo asilar. Quando referida as políticas públicas de saúde mental aspira a inclusão de aspectos políticos, econômicos, sociais, culturais e outros relacionados com ações que visam a construção de práticas de emancipação para a cidadania. Neste trabalho, se refere ao modelo de atenção em saúde mental que deve nortear as práticas dos serviços substitutivos, especificamente, a dos centros de atenção psicossocial.

Dessa forma, a complexidade e amplitude das práticas de Atenção Psicossocial inclui como seus componentes necessários, os conceitos e as práticas englobadas na desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, a partir de uma perspectiva baseada no aumento da contratualidade social dos usuários das instituições.

2.2 Desinstitucionalização

A desinstitucionalização tem sua origem nas experiências desenvolvidas por Franco Rotelli (1990), na Psiquiatria Democrática italiana. Segundo o autor, o primeiro passo da desinstitucionalização consiste em desmontar a relação problema-solução, renunciando a busca da solução racional (tendencialmente ótima) que no caso da psiquiatria é a normalidade plenamente restabelecida.

“O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de “cura” mas no projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente” (ROTELLI, 1990, p.30). Neste sentido, trata-se de um processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito doente. A desinstitucionalização traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação na qual exista reciprocidade entre sujeitos - uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade.

Nas palavras do autor,

A desinstitucionalização é, sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. [...] Depois de ter descartado a ‘solução-cura’ se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento (ROTELLI, 1990, p.33).

Em sua origem, os pressupostos da desinstitucionalização encaminham-se no sentido da restituição da subjetividade do indivíduo, possibilitando-lhes a recuperação de sua contratualidade, isto é, da posse de recursos para trocas sociais e, por conseguinte, para a cidadania social. Contudo, alguns estudos sobre as mudanças operadas na assistência no

âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira apontam para a compreensão da desinstitucionalização como desospitalização⁸.

Segundo Spricigo (2001), a desinstitucionalização, não correlata da desospitalização, torna-se a um só tempo, processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito adoecido. Traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação em que exista reciprocidade entre sujeitos, uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade. Isso gera a necessidade de invenção de novas modalidades de mediação, não somente médicas, mas principalmente políticas, sociais e culturais.

Sobre esta questão, Amarante (1995b) enfatiza que a mudança desejada na assistência em saúde mental não corresponde simplesmente ao fechamento de hospitais psiquiátricos e o conseqüente abandono das pessoas em suas famílias ou nas ruas, nem no fechamento de leitos para reduzir custos, no sentido do neoliberalismo ou no sentido do enxugamento do Estado. Segundo o autor,

desinstitucionalização não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativo. Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social (AMARANTE, 1995b, p. 491-494).

⁸ Ver SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Série Teses em Enfermagem, n° 42)

Neste sentido, a proposta da desinstitucionalização está centrada em uma mudança completa do paradigma de saber em saúde mental e, do ponto de vista assistencial, na constatação de que o hospital psiquiátrico tradicional é antiterapêutico. Assim, a estratégia de conversão do sistema de cuidado deve partir da substituição do hospital psiquiátrico por um amplo rol de serviços abertos e comunitários, capazes de assistir o usuário desde a crise aguda até às necessidades mais amplas de caráter social. Nestes novos serviços, a reabilitação psicossocial vem se configurando como um lineamento para o desenvolvimento de programas, eticamente responsáveis, no sentido de dar conta da totalidade das demandas que os problemas mentais severos e persistentes requerem.

2.3 Reabilitação psicossocial

Na definição da Organização Mundial de Saúde (1987 apud PITTA, 2001) reabilitação psicossocial é o conjunto de atividade capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários.

Segundo Pitta (2001), a reabilitação psicossocial, no seu sentido instrumental, é representada por um conjunto de meios (programas e serviços) que são desenvolvidos para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes, ou seja, um processo para facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. Tal processo enfatiza as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo e a cada situação de modo personalizado.

Para Saraceno (2001), a reabilitação psicossocial prevê um processo de restituição e reconstrução de direitos políticos legais e sociais para o cidadão. Para tal, projetos de ressocialização devem promover o reconhecimento do portador de transtorno mental.

Para Kinoshita (2001), reabilitar é reconstruir valores, aumentar o poder contratual, criar condições de possibilidade para que um paciente possa, de alguma

maneira, participar do processo de trocas sociais, produzir dispositivos que, desde uma situação de desvalor quase absoluto (pressuposto), possa passar por experimentações, mediações que busquem adjudicar valores aptos para o intercâmbio, ou seja, modificar o pressuposto de desvalor natural para um pressuposto de valor possível proposto, explícito.

O autor considera que reabilitar pode ser entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia. Sendo que, a contratualidade do usuário vai estar, primeiramente, determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Se estes podem usar de seu poder para aumentar o poder do usuário ou não. Depois pela capacidade de se elaborar projetos, isto é, ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida.

Ainda, diretamente ligada a questão da reabilitação de pacientes está a necessidade de se estabelecerem diversificadas redes de relações, as quais melhor capacitariam os indivíduos a compreenderem quais determinações influenciam sua vida cotidiana, ampliando sua autonomia.

O conceito de autonomia aqui referenciado é entendido como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001).

3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Apresentamos, a seguir, os resultados e as análises da pesquisa realizada, a partir dos eixos que nortearam a coleta dos dados e das informações: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde.

3.1 Estrutura e recursos financeiros

O conjunto de serviços substitutivos ao modelo de atenção em saúde mental tradicional (manicomial/asilar), do qual os centros de atenção psicossocial fazem parte, é, atualmente, regulamentado pela Portaria GM/MS N° 336/2002. Esta portaria estabelece portes diferenciados, a partir de critérios populacionais, para abrangência, financiamento e tipo de serviço prestado, de acordo com cada modalidade de CAPS.

Com relação a estrutura física, os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender a sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado. Para tanto, devem estar equipados com consultórios individuais para consultas, entrevistas, terapias, salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitório, sanitários, área externa para oficinas, recreação e esportes (BRASIL, 2004).

Neste aspecto, O CAPS Ponta do Coral tem uma estrutura que compreende um terreno com área física total aproximada de 1.936,00m², destes, aproximadamente 421m² são de área construída. Fazem parte das instalações, uma casa com dois pavimentos, um anexo, utilizado como sala do brechó, área de lazer e estar externa, e estacionamento. O pavimento superior da casa comporta 2 varandas, sala de recepção, sala de espera, 2 áreas de circulação (corredores), sala de administração, 2 consultórios, sendo que no momento um é utilizado como sala administrativa para realização de procedimentos relacionados ao preenchimento das APACs⁹, 2 salas para atividades grupais com WC, sala de depósito de

⁹ Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo.

material, cozinha com despensa, refeitório com churrasqueira, sala ampla (auditório) equipada com multimídia, sala de enfermagem, sala de repouso, e 7 banheiros distribuídos no espaço físico do pavimento superior. No pavimento inferior encontra-se a sala utilizada pela associação de usuários, 2 salas para a realização de oficinas (com passagem de uma para outra), sala com forno, sala de depósito de material e lavanderia¹⁰.

De acordo a pesquisa realizada, 83,3% dos profissionais considera a área física do CAPS suficiente para o atendimento da demanda e 66,7% consideram as instalações adequadas para a realização das atividades propostas; apenas um profissional observou que considera a estrutura do CAPS suficiente desde que as oficinas produtivas sejam realizadas fora da unidade. A mesma porcentagem (66,7%) considera os equipamentos disponíveis suficientes. Neste âmbito, o serviço conta com computador com impressora, aparelho de telefone e fone/faz, televisão, mesas de escritório, cadeiras, quadro branco, maca para atendimento em enfermagem, camas de repouso, fogão industrial, pia, mesas e bancos no refeitório, bancos para estar e descanso, entre outros. Metade dos profissionais respondeu que os equipamentos estão em bom estado de utilização, com ressalvas para salas com pouca ventilação no pavimento inferior.

Já com relação aos materiais de consumo, 91,7%, correspondente a onze dos doze profissionais que responderam ao formulário, consideram que os materiais de consumo não são suficientes. Eles se referem à falta e irregularidade no recebimento de materiais básicos à manutenção do serviço, tais como copo descartável para água, papel higiênico, e, principalmente, material específico para uso nas oficinas terapêuticas e de produtividade. Esta situação pode ser observada nas falas dos profissionais, que identificam as dificuldades no funcionamento do CAPS com relação a falta de recursos materiais e financeiros:

[...] essa falta de recursos é isso que eu te digo, desde a parte administrativa, nós precisamos de papel, carbono, copo pra tomar água, por exemplo, agora nós somos uma Unidade Local de Saúde que não tem copo descartável, já faz quase quinze dias, vinte dias, não tem copo descartável; falta água, aí nós temos que esperar, sendo que é um lugar que transita muitos usuários, eles tomam medicação e precisam tomar água, eles tomam muita água, e acaba não tendo água potável; por exemplo, teve época que faltou papel higiênico, em um serviço onde os usuários chegam fazem lanche, almoçam, fazem lanche da tarde, eles passam o dia aqui, então precisa ter uma estrutura mínima de atendimento (LÉLI, 4/4/2006).

¹⁰ Conforme Planta Baixa da unidade constante no projeto de reforma e ampliação executado em 2003/2004.

[...] a gente tem também o problema de fornecimento de material de consumo já há algum tempo, também desde que essa administração começou (Gestão Municipal e da Secretaria de Saúde), o fornecimento de material de consumo é interrompido, a gente fica sem tinta pra impressora, sem papel, sem papel higiênico...; tem diversos itens desses que são necessários, fazem parte do funcionamento do dia-a-dia do serviço (F, 12/4/2006).

[...] as oficinas terapêuticas e produtivas, requerem um material específico que precisa de dinheiro, e aqui, na política específica do município não tem uma regularização quanto ao repasse desse dinheiro [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

[...] a falta de agilidade no fornecimento das reservas para as oficinas, tudo isso resulta em um prejuízo para o trabalho; ficou quase uns dois meses a oficina fechada por falta de material, por exemplo [...] (P, 17/3/2006).

Outra dificuldade mencionada pelos profissionais no funcionamento do serviço é o vale transporte dos usuários:

[...] o funcionamento em geral fica prejudicado porque na medida em que falta vale transporte o usuário não vem, não consegue se deslocar para vir até aqui, aí interrompe aquele projeto terapêutico que havia sido feito com o usuário [...] (VIK, 24/3/2006).

[...] a questão, por exemplo, da dificuldade que a gente tem aqui: o transporte dos pacientes, a questão do passe, é muito irregular; então, isso reduz a nossa produtividade também, porque os pacientes acabam não vindo. Muitas vezes a gente não pode, por exemplo, contar com aquele paciente que veio para uma entrevista inicial porque ele não tem como estar vindo no curto prazo, então, acho que isso, a questão do custo que é o transporte em Florianópolis, também acaba afetando o nosso trabalho, então, nesse sentido, a falta de regularidade no passe [...] (P, 17/3/2006).

A partir dessa relação entre as diversas necessidades para o funcionamento do serviço é possível perceber que os profissionais assumem como princípio uma concepção de saúde ampliada, na qual não basta somente o atendimento terapêutico. Outros fatores estão interligados e contribuem para que a assistência efetivamente ocorra. Contudo, a concepção e prática setorializada das políticas sociais brasileiras provoca situações dessa natureza, na medida em que não se trabalha a inter-relação entre elas. Esta forma de setorialização das políticas sociais, no entanto, não é característica apenas da realidade brasileira, mas uma “modalidade do Estado burguês” que traduz as expressões da questão social mediante a tipificação das políticas sociais (NETTO, 1992).

Várias iniciativas têm buscado romper com esta perspectiva como a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), que reafirmou a necessidade de se garantir e melhorar o acesso aos bens e serviços da sociedade: prover trabalho, creches, profissionalização, educação, lazer, escolas, habitação, transporte, segurança pública, saneamento básico. Também, destacou ser fundamental enfatizar a questão do transporte urbano acessível aos usuários, a fim de que seja garantido o deslocamento entre os serviços de saúde e sua moradia (BRASIL, 2002a).

Na seqüência da pesquisa realizada, dois entrevistados referiram que a falta e as dificuldades no fornecimento dos recursos materiais necessários estão mais acentuadas na atual gestão administrativa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)¹¹. Foram relacionadas, ainda, como dificuldades, a falta de um carro disponível para o CAPS, a falta de terapeuta ocupacional, de outro médico psiquiatra e outros profissionais de nível médio (auxiliar administrativo, pessoa para limpeza). Outras questões listadas estão relacionadas aos recursos humanos e as necessidades de integração do serviço na política municipal de saúde. Os profissionais relatam a existência de dificuldades de interação da equipe, falta de capacitação, supervisão institucional, falta de apoio institucional, falta de efetivação de uma rede de saúde mental e/ou a existência de uma rede de atenção ainda incipiente, em processo de formação, falta de estrutura para atenção às urgências, dificuldades do gestor em compreender a lógica da saúde mental, salários incompatíveis com as funções.

Os problemas relatados pelos profissionais aparecem diretamente relacionados à insuficiência dos recursos financeiros de custeio do serviço. Todos os entrevistados referiram que os recursos gerados pelo serviço, através das APACs, não são suficientes para a realização das atividades do CAPS. Dentre as atividades prejudicadas, o trabalho nas oficinas foi apontado como o principal, conforme aparece na fala a seguir:

o que requer mais recursos, atualmente, são as oficinas produtivas, por exemplo, houve uma paralisação de muitas das oficinas quando faltou recurso. O recurso não é exatamente suficiente. Eu acho que os R\$ 500,00 por mês é um recurso pequeno [...] acho que o recurso poderia ser maior, pelas necessidades ele acaba sendo reduzido, não é uma coisa que você possa comprar a vontade, assim, é limitado, muitas vezes, a oficina tira de uma pra passar pra outra (P, 17/3/2006).

¹¹ Gestão Municipal 2004/2008; a Gestão da Secretaria de Saúde referida é a de 2004 a abril de 2006 que teve como gestor o vereador Walter da Luz; à época da coleta dos dados empíricos houve mudança do gestor municipal de saúde, assumindo o cargo o ex-secretário estadual de saúde João José Cândido da Silva.

Um dos profissionais apontou como principal atividade prejudicada pela falta de recursos financeiros a questão do território. Segundo este, a falta de recursos interfere no atendimento prestado, no sentido de que não é possível realizar o acompanhamento, a inclusão e avaliação do usuário em seu território. De acordo com este profissional,

o dinheiro do CAPS pode ser melhor gerido se investir no território. Investir no território seria elaborar projetos, ter mais articulação com a associação de moradores, ou seja, com os recursos que o território oferece, e aí precisa aumentar a própria equipe porque vai ter equipes que vão ter que se deslocar do CAPS; vai ter que ter investimento em carro, daí vai ter que ter um motorista, os próprios agentes comunitários tem que ter essa parceria, isso tudo implica em financiamento. [...] como eu sempre digo, território é onde a vida acontece, onde a cultura é produzida, onde as manifestações de vida, elas estão mais visíveis [...], mas investir lá no território, a equipe tem que estar inserida lá, estar toda hora pensando e discutindo [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

De acordo com as recomendações da política do Ministério da Saúde, as ações de saúde mental devem obedecer a um modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas. São ações que envolvem práticas de reabilitação psicossocial, promoção da cidadania, construção da autonomia possível dos usuários no ambiente em que eles vivem, e que necessitam de uma equipe multidisciplinar capaz de trabalhar sobre a ótica da interdisciplinaridade (BRASIL, 2004).

Necessariamente, a mudança de um modelo assistencial requer a análise de sua estrutura de financiamento. Isso significa que as características singulares e diferentes dos CAPS, em relação aos modelos tradicionais de assistenciais, e a complexidade das ações desenvolvidas por estes serviços necessita vir acompanhada de uma mudança na lógica de alocação de recursos financeiros.

Atualmente, o principal órgão financiador dos CAPS é o Ministério da Saúde (MS). Com a publicação da Portaria GM/MS nº 336/2002 os CAPS passam a fazer parte das ações estratégicas do MS. Esses serviços são incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e a remuneração é através do sistema APAC/SIA¹². Baseado na fatura que o prestador de serviços de saúde apresenta ao SUS, correspondente aos seus gastos

¹² A Portaria GM/MS nº 336/2002 descreve os procedimentos objeto de remuneração, classificando-os em intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Para essas três modalidades de atendimento, a Portaria GM/MS nº 189/2002 fixou o número máximo de atendimentos mensais para cada modalidade, de acordo com cada tipo de CAPS, sendo que para cada tipo de procedimento é destinado um valor diferenciado. Nos CAPS II, um procedimento intensivo custa R\$ 25,40; um semi-intensivo, R\$ 16,30; e um não-intensivo, R\$ 14,85 (BRASIL, 2002).

mensais com a produção de atendimentos aos usuários dos CAPS, o Ministério da Saúde repassa, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, o montante equivalente à sua produção. A inovação introduzida por este modelo de pagamento refere-se à fonte de financiamento, ou seja, ao acréscimo de recursos financeiros repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estadual e Municipal de Saúde (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, pp.129-132).

Sobre este aspecto, perguntamos aos entrevistados qual conhecimento possuem sobre o repasse dos recursos financeiros para o CAPS. Na sua maioria, eles referiram saber sobre os recursos originados a partir das APACs, contudo, relataram não saber sobre o controle do uso desse recurso, conforme expresso nas falas relacionadas:

[...] tem o valor, o montante desse valor que é produzido dos atendimentos pagos pelo Ministério (MS), então, tem isso mensal, a gente tem o valor que chegou, somou, vamos dizer assim, esse montante que a gente somou dos atendimentos feitos no mês, isso a gente sabe, porque as APACs são geradas aqui no CAPS, mas o repasse disso via Fundo Municipal, esse controle eu não sei, eu sei do valor que tem que receber mensalmente (VIK, 24/3/2006).

Bom, formalmente, eu desconheço qualquer..., todas as formas de recursos. O dinheiro da produtividade referente as APACs vai para o Fundo Municipal de Saúde e nunca teve prestação de contas disso. Na verdade a gente não sabe qual é o destino que é dado nem quanto vem; tem o nosso levantamento interno da produtividade, mas não sabemos o que é feito desse recurso (F, 12/4/2006).

Alguns profissionais referiram-se ao fato de o município não ter gestão plena do SUS,

Bom, eu tenho algum, pouco do que é repassado, a gente sabe o que foi recolhido, por exemplo, através das APACs, que são os atendimentos feitos aqui, então eu sei quantos atendimentos foram, qual seria o valor que essas APACs dariam, mas eu não sei qual o valor que a gente acaba recebendo, que fica num fundo perdido, no sentido de que é um fundo único por não ser gestão plena (J, 22/3/2006).

O conhecimento que eu possuo é muito irregular e insatisfatório, assim, a relação APAC, por exemplo, o repasse do dinheiro que viria do Ministério da Saúde a gente acaba..., nós não somos gestão plena então vai pra secretaria (municipal) de saúde e ali é passado pra compra de alimento..., enfim, mas nós não temos autonomia sobre esse dinheiro, então, uma vez que você não tem autonomia o teu conhecimento fica restrito. Está na mão da secretaria mesmo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais discorreu detalhadamente sobre a forma como os recursos são gerados e repassados à unidade gestora (SMS), referindo-se que todas as diretrizes sobre financiamento do serviço são preconizadas pelo Ministério da Saúde através de portarias.

Os recursos financeiros do CAPS são obtidos através de APACs, Autorização de Procedimento de Alto Custo; pra se preencher uma APAC é necessário que haja uma organização do serviço em cima de modalidades de atendimento; as modalidades de atendimento podem ser: semi-intensivo, intensivo e não-intensivo, cada um tem um determinado valor em relação a esse procedimento, ou seja, todas as diretrizes em relação a financiamento, o Ministério preconiza isso em portaria, então, os conhecimentos que eu possuo em relação aos recursos financeiros do Caps são os conhecimentos que já estão preconizados em relação ao Ministério da Saúde; essa APAC uma vez preenchida ela é computada, ela é repassada pro governo federal e este repassa o dinheiro fundo a fundo; esse dinheiro vem pro Fundo Municipal de Saúde, e é esse dinheiro que é aplicado na saúde mental pra ter a gestão do serviço [...] aqui acontece da seguinte forma: cada gestor municipal, como a política é municipalizada, eles criam um protocolo, nesse protocolo eles colocam de que forma esse dinheiro pode ser gastado na saúde mental; então, existe um documento no município dizendo, olha na saúde mental você pode gastar tanto com a associação de usuários, tanto pra comprar materiais, tanto pra gastar em vale transporte; então, existe um protocolo dizendo no que você pode gastar esse dinheiro que vem na saúde mental; é um dinheiro que vem do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde; esse dinheiro cai nessa conta e ali existe um acordo de como se gastar; esse dinheiro é manejado pelo gestor municipal de saúde (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme apontam Freire, Ugá e Amarante (2005, pp. 131-133), o modelo de alocação de recursos dos CAPS (sistema de remuneração por APAC) trás contribuições à política nacional de saúde mental ao inserir os CAPS no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) do MS, pois proporciona maiores incentivos financeiros, haja vista a alocação de recursos municipais extra-teto para a manutenção de serviços já existentes e a implantação de novos serviços.

Contudo, os mesmos autores ressaltam que há de se perceber que a lógica da remuneração que o SUS imprime aos CAPS vincula-se, preponderantemente, à doença. Ou seja, as unidades assistenciais do SUS seguem um sistema de remuneração vinculado a um diagnóstico, mais especificamente, a um episódio de doença, internação, contidos na tabela de procedimentos hospitalares (SIH/SUS) ou a ações ambulatoriais, inscritas na tabela de procedimentos ambulatoriais (SIA/SUS). Desta forma, “o sistema de saúde encontra-se, em sua quase totalidade, voltado para a produção de atos vinculados a doença, isto é, atos

curativos, valorizando, em conseqüência, intervenções predominantemente individuais, que são remuneradas pela venda de procedimentos, diárias e atos médicos-assistenciais de natureza privatizante” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p 133).

Amarante (2003, pp. 62-63) considera que os CAPS, como os serviços integrantes do SUS, também foram capturados pela lógica da *inampização*, ou seja, pela lógica do pagamento por procedimento. Para o autor, “o modelo prevalente dos CAPS é o herdeiro mais autêntico e legítimo da lógica do antigo INAMPS, onde a saúde era reduzida a doença, ao mesmo tempo em que o sistema de saúde era reduzido a assistência médico-curativa”.

Portanto, o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. Pelo contrário, tente a prejudicar a complexidade de ações dos CAPS, na medida em que não é previsto financiamento das diversas relações que podem ser estabelecidas com a comunidade, com as lideranças e associações comunitárias. Tais ações, dentre muitas outras possibilidades de intervenção territorial, “são inerentes a esse tipo de serviço e objetivariam imprimir um processo de transformação cultural nos diversos segmentos da sociedade, no lidar e no acolhimento das pessoas em sofrimento mental” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 135).

Sobre a forma de repasse dos recursos financeiros ao CAPS, os profissionais entrevistados relataram não existir descentralização administrativa. Os recursos chegam ao serviço na forma de materiais. Alguns profissionais observaram que até a gestão administrativa da secretaria municipal de saúde anterior eles tinham acesso a uma verba de R\$ 500,00 que utilizavam na compra de material para as oficinas. A partir da atual gestão esse dinheiro não foi mais repassado. A compra do material passou a ser feita através de orçamento encaminhado à secretaria, que faz o pagamento, e os profissionais retiram os materiais.

Não, a gente não tem acesso a esse recurso diretamente, a gente não é uma unidade que gere o seu recurso; ele vai pra secretaria e a secretaria... por exemplo: toda a compra de... o pagamento dos almoços, lanches, etc.. é a secretaria que faz; a gente não tem autonomia; o único recurso que a gente manuseia são os R\$ 500,00, que vem para as oficinas; isso é dividido, as Oficinas fazem um rateio, cada oficina compra o seu material, mas até parece..., da última compra fui eu que comprei, ela (SMS de Florianópolis) determinou, já colocou a empresa que vai fornecer; não sei se foi mediante licitação, já fez o pagamento direto, a gente só foi lá escolher e pegar os produtos que tinham sido

solicitados; então..., de outras vezes, por exemplo, a gente pegava o cheque ia lá comprava, pagava naquele valor, agora isso não foi feito dessa forma (P, 17/3/2006).

Desde que começou essa administração (Gestão Municipal 2004-2008) acabou esse repasse; então atualmente a única vez que a gente conseguiu material pras oficinas foi através de empenho que a própria secretaria fez..., então, permanece centralizado, a única coisa que a gente teve que fazer foi ir nas lojas fazer orçamento, passar pra secretaria, a secretaria emitiu as notas, e aí a gente foi buscar o material com essas notas, mas não com o dinheiro (F, 12/4/2006).

Não, não existe, porque, na gestão passada (Gestão Municipal 2000-2004) ainda vinha uma verba de dois em dois meses, tipo quinhentos reais pra compra de material pra oficinas; nós comprávamos, apresentávamos as notas e depois eles colocavam o dinheiro; nessa gestão (Gestão Municipal 2004-2008; Gestão da Secretaria de Saúde de 2004 até abril de 2006) não existe nada, então, a pergunta se existe descentralização administrativa dos recursos financeiros, não, não existe (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais referiu-se a descentralização não apenas como repasse de recursos financeiros e funções administrativas, mas como compartilhamento de poder na gestão do serviço.

Essa descentralização, eu estou entendendo como um compartilhamento de poder; não existe esse compartilhamento de poder na hora de gerir os recursos, assim, o CAPS possui CNPJ, mas ele não possui uma conta específica pra vir dinheiro pro CAPS, não existe isso, existe esse acordo que eu te falei, que vem do fundo a fundo e esse dinheiro vai pra saúde mental e o CAPS tem uma vertente pro CAPS, o dinheiro não é só pro CAPS, ela vai pra saúde mental, e aí o CAPS acaba utilizando esse dinheiro, então, quando pergunta sobre a descentralização eu faço a avaliação de que é o compartilhamento de poder, então, não tem isso, é o gestor que acaba se apoderando desse sistema de financeiro, a gente não interfere (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ao considerarmos a questão da descentralização político-administrativa dos recursos financeiros, temos a intenção de destacar que a transferência desta prática às unidades prestadoras de serviços em saúde nos municípios poderia estar favorecendo uma melhor utilização e adequação dos recursos às necessidades reais do serviço, bem como possibilitar maior agilidade na compra dos materiais e viabilizar um processo de gestão democrática e participativa, entre técnicos trabalhadores, usuários e gestores. Essa prática traduz-se, por sua vez, em um exercício político-pedagógico de construção da democracia, objetivando uma atuação com transparência na administração da coisa pública.

Quando questionados sobre se a descentralização financeira dos recursos possibilitaria o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, os

profissionais, na sua maioria, disseram que sim, com algumas ressalvas feitas para a necessidade de mudanças na forma de gestão administrativa do serviço, conforme expresso nas falas que seguem:

Sem dúvida, sim sem dúvida, isso é um equívoco assim porque..., justamente porque a gente não sabe qual é o destino dado a esse dinheiro. A gente acredita que se a gente tivesse mais transparência nesse processo a gente poderia pelo menos priorizar certas coisas que são de fato importante e garantir que elas fossem..., que a gente conseguisse obter essas coisas, enfim, o investimento necessário (F, 12/4/2006).

A melhor utilização sim acho que o planejamento teria que ser anterior, mas sim, acredito que utilizar no sentido até..., porque muitas vezes, como vai para esse Fundo que é pra todos, pra toda a saúde, você acaba sem saber, igual agora, que a gente já tem o dinheiro da supervisão disponível na secretaria, mas não tem como a gente começar amanhã, embora o dinheiro já esteja lá., porquê? porque a gente não sabe como esse dinheiro vai sair e entrar na mão do terapeuta que vai fazer a supervisão da equipe e isso pode demorar um mês, dois meses, vai saber, seria melhor, claro (J, 22/3/2006).

Sim, com certeza, porque nos iríamos sentar e ver as necessidades, por exemplo, esse ano nós ficamos desde o ano passado até um mês atrás sem material nenhum pras oficinas e as oficinas que mais tinham, capitalizavam usuários e não tínhamos material, nós tivemos que suspender as oficinas; então nós sabemos das necessidades, as necessidades dos usuários, quais as oficinas tem mais usuários, pra gente pode administrar e vê onde pode estar investindo (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que sim porque ficaria mais próximo da própria administração do CAPS, porém, ia surgir a necessidade de ter todo um aparato administrativo pra poder gerenciar isso, mas assim, na medida que aqui no CAPS a gente tem uma gestão participativa, em que os usuários estão reunidos semanalmente pra pensar as regras do CAPS, as necessidades do CAPS, enfim, seria mais interessante talvez, esse repasse direto tu quer dizer, é... não sei assim, a princípio..., hoje a gente tem uma estrutura de conselho que prevê o controle social através do Fundo Municipal de Saúde, o Conselho Municipal tem essa ligação também, e aí a gente está lá também, de certa forma representado (VIK, 24/3/2006).

Olha, eu acho que teria que mudar um pouco a nossa dinâmica de funcionamento; não deixa de ter um lado...bom, é uma faca de dois gumes, poderia facilitar a gente fazer um processo mais rápido talvez, não faltaria coisa, porque as vezes faltam coisas básicas, agora, por exemplo, faltam copos, se você tivesse o recurso você ia ali e comprava uns pacotes de copos, não teria essa... essa falha; agora é saber que é mais uma tarefa também que acumularia em termos administrativos, financeiros, quer dizer, não sei se você não está ali também inchando o processo burocrático aqui dentro do CAPS; eu acho que pode ter vantagens, mas pode ter desvantagens; eu teria que pensar melhor, nunca pensei nessa possibilidade; assim, acho que o dinheiro da Oficina, puxa, se a gente tivesse aqui uma verba seria mais fácil, as vezes faltam coisas

pequenas que você não tem como estar repondo aqui, tem que esperar uma nova verba, de repente pra.... (P, 17/3/2006).

Um dos profissionais observou sobre as questões práticas e políticas que envolvem a descentralização no contexto do SUS:

Esse compartilhamento de poder ele só pode ser discutido dentro da lógica do SUS, universalização, integralização, etc., dentro dos preceitos do SUS tem o controle social, essa descentralização só pode ser discutida quando acontece o controle social. Hoje essa descentralização ela tem que ser discutida no Conselho Municipal de Saúde e mais precisamente no conselho gestor dentro do CAPS; agora, porque não ocorre isso? Porque não tem a clareza da necessidade; eu acredito que as pessoas que acabam estando na prática, principalmente no CAPS, se sobrecarregando com as coisas, e acabam não tendo a clareza, ou não querendo assumir mais um encargo trabalhista; então, esse é um dos grandes problemas que existe, a sobrecarga de trabalho, as condições de trabalho, aí você acaba tendo que lutar por tudo isso; isso aí eu vejo que tem muito a ver com a questão da militância, pessoas que já estão, lá na época ou do ensino médio, que já começam ir pros grêmios, depois a pessoa acaba indo pra militância no movimento estudantil, e quando vão pros serviços de saúde são profissionais mais críticos, que acabam tendo essa visão mais ampla da saúde e da política; então, as pessoas que acabam chegando no serviço com um pouco desse ideal de controle social eu diria, acabam questionando mais essa questão da descentralização; voltando a tua pergunta sobre a descentralização financeira, ela poderia sim possibilitar um melhor planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, se houver o controle social dentro dessa descentralização financeira (GIRASSOL, 20/3/2006).

Cabe destacar que a proposta da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, na regionalização e na hierarquização da rede de serviços, constante entre os princípios e diretrizes do SUS, coloca o município como lugar privilegiado para o desenvolvimento de uma política de financiamento das ações em saúde, com critérios transparentes, e que respeite as particularidades da realidade local. O Ministério da Saúde continua a ser a instância que, na administração do Fundo Nacional de Saúde (FNS), acompanha a aplicação dos recursos que são repassados aos estados e municípios. Estes, por sua vez, são obrigados a constituir os seus respectivos fundos de saúde e conselhos estaduais e municipais, elaborar planos de ação e apresentar relatórios de gestão, garantindo também a existência de contrapartida de recursos para a saúde nos seus orçamentos (COSTA, 2002).

Embora a descentralização seja uma prática com vistas a aumentar o poder decisório de aplicação dos recursos na esfera local, esta ainda apresenta muitos problemas, na medida que não consegue alcançar efetividade, dados os impasses de ordem burocrática e administrativa. Por si só a descentralização não garante maior controle social ou uma prática democrática. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada que abarque as especificidades da área da saúde mental.

Nesse sentido, a lógica fundamental da estrutura de financiamento exigida é a de que os recursos financeiros devem ser centrados nas pessoas e não nos serviços. O financiamento deve contemplar todas as ações necessárias e decorrentes da implantação, implementação e sustentação de uma nova política de saúde mental (BRASIL, 2002a). O que deve ser colocado em pauta é a viabilidade de se financiar o CAPS como um todo, envolvendo todas as suas ações e especificidades, permitindo-se que cada serviço tenha flexibilidade para realizar seu trabalho de acordo com as necessidades locais, desvinculando o financiamento da relação de compra e venda de serviços e da noção de doença (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 136).

3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico

Os profissionais que trabalham nos CAPS compõem um grupo de diferentes técnicos de formação de nível superior e nível médio, e integram uma equipe multidisciplinar. Todas as unidades de serviço devem obedecer a exigência da diversidade profissional e cada CAPS tem suas próprias características quanto ao tipo e a quantidade de profissionais. A equipe mínima indicada para os CAPS II é composta por médico psiquiatra, enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior de outras categorias profissionais entre psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro necessário ao projeto terapêutico e seis profissionais de nível médio entre técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).

O papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. As equipes devem organizar-se para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação

psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e poder equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas (BRASIL, 2004).

Neste item nos propomos a descrever e analisar a composição e perfil da equipe técnica do CAPS Ponta do Coral, bem como as dificuldades e facilidades do trabalho em equipe consideradas pelos profissionais, a existência de práticas interdisciplinares no atendimento ao usuário, de projeto terapêutico e planejamento das ações da unidade de serviço¹³. Ao final do item consideramos os apontamentos dos profissionais sobre as diferenças do atendimento prestado no CAPS em relação ao realizado nas instituições tradicionais/hospitais psiquiátricos.

3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental

O CAPS Ponta do Coral conta com uma equipe de profissionais multidisciplinar que atua diretamente no atendimento aos usuários. São profissionais com formação de nível superior nas áreas de psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Entre os de formação de nível médio estão dois técnicos em enfermagem e um auxiliar administrativo. Compõem a equipe, ainda, os profissionais de apoio, vigilantes e auxiliar de limpeza, e estagiários de psicologia, serviço social e enfermagem.

¹³ É importante destacar que o perfil bem como a opinião dos profissionais sobre o serviço varia, no decorrer do tempo histórico, de acordo com a composição da equipe naquele determinado momento. Outros trabalhos já realizados identificam o perfil da equipe, a percepção dos profissionais sobre o trabalho no CAPS, o significado e o processo de inserção no serviço, a concepção sobre o modelo assistencial e práticas de desinstitucionalização, em épocas anteriores. Entre estes ver: GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003; FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial** - percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004; NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental:** em busca da articulação e qualificação das ações em saúde. Monografia (Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Lato Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

A maioria dos técnicos de nível superior concluiu a graduação na década de 1980. Metade deles possui capacitação específica na área de saúde mental, em geral, cursos de formação e aperfeiçoamento, especialização em terapia cognitiva comportamental, saúde pública, clínica, psicoterapia, psicanálise, atenção psicossocial. Três profissionais possuem mestrado nas áreas de enfermagem, sociologia política, artes cênicas; um fez residência médica em psiquiatria e cursa mestrado na mesma área; uma profissional tem doutorado em sociologia política.

Mais da metade dos profissionais (58,3%) possuem experiências de atuação profissional em outras instituições da área de saúde mental como clínica de internação, hospital psiquiátrico, centro comunitário de saúde mental, serviços de atenção à dependentes químicos e centro de atenção psicossocial. A maioria (66,7%) atua na área de saúde mental a partir da segunda metade da década de 1990. Cinco profissionais identificaram ter experiência de atuação em outras instituições que não da área de saúde mental.

Com relação ao tempo de serviço no CAPS, quatro profissionais atuam desde a implantação do serviço, em 1996, três ingressaram na equipe entre os anos de 2001 e 2002, e quatro profissionais passaram a fazer parte da equipe recentemente, a partir de meados de 2004. Quanto ao tipo de vínculo empregatício, a maioria, 75% (9 profissionais), é servidor público concursado, dois são contrato temporário e um ingressou no serviço público municipal através de indicação técnica. Nove profissionais possuem regime de trabalho de 30 horas semanais e 3 deles trabalham 40 horas semanais.

Com relação a capacitação específica em saúde mental para atuar no CAPS, todos os entrevistados consideram esse quesito de grande importância. Entre as razões apresentadas estão: a necessidade de compreensão e entendimento comum do que é um CAPS e o entendimento do tipo de assistência que este serviço deve oferecer; a preocupação com a diferença no atendimento que o CAPS deve oferecer em relação aquele prestado em outros serviços de saúde mental; a necessidade da capacitação para suprir as defasagens da formação acadêmica, que, em geral, não abarca as especificidades do campo da saúde mental.

Na opinião dos entrevistados,

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS, não tem a qualificação pra atuar, então ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então é necessária a questão da capacitação... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ah sem dúvida, sem dúvida, principalmente porque o que a gente está propondo é uma reformulação no modo da assistência em saúde mental, então é preciso que quem venha trabalhar num CAPS entenda essa lógica, que não venha pra cá com a mesma mentalidade do que se faz no hospital psiquiátrico, do que se faz em ambulatório, é outra coisa também diferente da atenção básica, então o CAPS precisa disso, precisa que o profissional tenha essa.., esse tipo de orientação, esse tipo de compreensão da sua finalidade (F, 12/4/2006).

Muito, muito importante, justamente por isso que eu estou te falando, porque assim, o profissional que trabalha no campo psicossocial, de qualquer área, ele necessariamente precisa quebrar a prática estereotipada pra poder entrar num serviço como esse porque o assistente social de um CAPS ele não é aquele assistente social de um hospital psiquiátrico, ele muda, ele faz outras coisas, ele se coloca de outro jeito, assim também é o médico, assim também é o psicólogo, o enfermeiro, então, uma formação específica pra essa área é bastante adequado porque vai tratar especificamente das necessidades que se colocam no cotidiano (VIK, 24/3/2006).

Considero, considero sim. É interessante que cada um tenha um saber, que traga o seu saber pela sua formação, da sua prática, do seu bairro, da sua comunidade, mas trabalhar no CAPS não é trabalhar em ambulatório, trabalhar no CAPS é ter um conhecimento sim do que é uma Reforma Psiquiátrica, do que significa um CAPS num panorama hospitalocêntrico. É toda essa questão política que tem por trás, questão financeira também, que é um serviço que se propõem substituir sim progressivamente os hospitais. Em muitos lugares isso já é feito, já conseguem fazer internação zero, outros lugares não; então, uma abordagem no CAPS precisa sim ter capacitação (LÉLI, 4/4/2006).

Sim, até por que o que é o CAPS? O quê um CAPS deveria ser? Cada um tem a sua idéia do que é um CAPS, mas ela não é uma idéia homogênea, então a minha experiência do que é um CAPS em outros lugares, que eu já tive em outros lugares especificamente, é muito diferente do que eu chego aqui e encontro as pessoas falando o que é um CAPS. é claro que a capacitação para um CAPS, para o que é o trabalho em CAPS podia homogeneizar, pelo menos todo mundo iria estar falando a mesma língua (J, 22/3/2006).

Sobre este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005, p. 30), observam que “os profissionais de saúde mental são, ainda em grande parte, formados a partir da prática cotidiana que caracteriza a lógica manicomial”. Hospitais e clínicas psiquiátricas constituem-se ainda os espaços onde “são oferecidos treinamentos em serviço (sob a forma de estágios e residências) aos profissionais que irão, no futuro, tentar materializar a nova lógica dos serviços substitutivos”.

Os autores destacam que “do sucesso da forma de organização da produção e transmissão do conhecimento pode depender o sucesso da própria reforma psiquiátrica” (OLIVEIRA; DORNELES, 2005, p. 32). Neste sentido, é importante que seja colocado na

cena do debate o funcionamento das instituições de aprendizado profissional sob a ótica da reflexão sobre as práticas e não apenas sobre o discurso das propostas dos cursos de formação. Os centros de formação devem se programar, planejar e garantir aprendizado e treinamento supervisionado, em que se pratique e construa espaços de práticas genuinamente terapêutica.

Na mesma direção, um dos entrevistados expressou sua preocupação com relação a seleção dos profissionais que vão atuar no CAPS, argumentando que os resultados do trabalho também dependem desse aspecto.

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS não tem a qualificação pra atuar, então, ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então, é necessária a questão da capacitação [...]. o processo de inclusão do profissional na área da saúde mental hoje, como se dá? Ele se dá por indicação política, seleção por contrato temporário e por concurso público. A indicação política pode ofertar profissionais desqualificados, pode! O contrato temporário, se não tiver um rigor no perfil que se quer pra trabalhar em CAPS vai acontecer a mesma coisa, um profissional desqualificado, o concurso público a mesma coisa, se não tiver um perfil, se não tiver o que se gostaria realmente, qual profissional que você gostaria de estar atuando hoje no CAPS, então, enquanto não se superar a forma de inserção no trabalho do CAPS, enquanto não se superar a discussão da saúde mental nos currículos acadêmicos vai continuar sendo sempre necessária a questão da capacitação [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Com relação a formação das equipes técnicas para atuar nos CAPS, as indicações aprovadas na e pela III CNSM apontam para a necessidade de que a contratação de profissionais deva ser realizada exclusivamente por meio de concursos públicos, e em caso de urgência, através da CLT, mas com seleção pública. E, ainda, os concursos devem exigir os pré-requisitos necessários e adequados à proposta de trabalho em saúde mental, alinhada teórica e conceitualmente aos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2002a).

Assim, é necessário considerar, quando da seleção dos profissionais, o perfil para trabalhar junto ao portador de sofrimento psíquico, bem como a existência de uma dimensão subjetiva, humanizante, solidária e fraterna como componente fundamental do perfil dos trabalhadores em saúde mental. Nesta direção, uma das participantes da pesquisa destacou a questão da opção política por este tipo de trabalho, associada a necessidade de competência técnica para atuar na área.

Eu acho que a gente trabalha com situações que requerem um estudo permanente, formação permanente, [...] eu acho que este é um dos vícios da saúde pública. Muitas vezes se confunde um pouco o tratamento ético ou moralmente responsável com uma qualidade também técnica. Eu acho que as duas coisas têm que estar associadas, tem que ter uma empatia pela causa da saúde pública, que aí entra na questão ética, moral de cada um, valores que você tem quando você vem pra esse tipo de trabalho; muitas pessoas que vem pra saúde pública quase que tem uma vocação religiosa. Mas ao mesmo tempo você também tem que ter uma competência técnica; não basta você tratar bem o paciente, você acolher, você precisa saber como intervir dentro da linha de trabalho que cada um escolhe, isso é fundamental (P, 17/3/2006).

Os profissionais, na sua maioria, indicaram ter recebido capacitação para atuar no CAPS. Referiram-se, especificamente, a um treinamento/capacitação realizado em novembro de 2005, com duração aproximada de 20 horas, organizado pela Assessoria Técnica de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde¹⁴. Contudo, alguns observaram que foi um treinamento tipo encontro, de curta duração, com trocas de experiências, e que não chegou a ser muito significativo.

Com relação a política de saúde mental, a maioria dos profissionais (83,3%) afirmou ter no mínimo algum conhecimento de sua organização e diretrizes. Entre os entrevistados, todos consideraram importante saber sobre os princípios, a estrutura e forma de organização da política de saúde mental para o trabalho do CAPS. Todos indicaram haver disponibilidade de material didático relativo a política na unidade de serviço.

Sim, precisa conhecer a política porque o atendimento está dentro dessa política, dessa lógica. (LÉLI, 4/4/2006).

Claro! é vital, pra poder planejar o seu trabalho, pra poder saber como é que a gente se liga com outros serviços, como é que a gente pode montar a rede, isso é fundamental porque o trabalho não se encerra aqui dentro, não pode ficar aqui dentro só, ele tem que poder justamente se expandir (F, 12/4/2006).

Sim é muito importante, até pra saber o que está acontecendo, o que pode ser feito, quais são os recursos disponíveis, o que precisa melhorar. Acredito que, fora a sua capacitação individual, eu acho que isso é uma outra premissa pra você iniciar no serviço [...] (J, 22/3/2006).

É importantíssimo conhecer, primeiro saber se ela existe, primeiro a pessoa tem que ter a curiosidade, tem que ter o desejo e a clareza de que é essencial ter os parâmetros ou diretrizes políticas de saúde mental pra

¹⁴ O município não tem o cargo de Coordenador de Saúde Mental. Em novembro de 2005 foi nomeada Assessora Técnica em Saúde Mental a enfermeira Lílian Pagliuca, que permanece na função até a data da presente pesquisa.

poder acompanhar, se orientar, e, segundo, conhecer sobre essa política (GIRASSOL, 20/3/2006).

Muito importante porque hoje a gente tem acesso a isso, aqui no CAPS a gente tem a legislação de saúde mental e pra gente poder entender porque, assim, a gente está na gestão da política também, por ser participativa, por estar junto nas decisões, então é preciso que a gente entenda, e tem muito detalhamento, são muitas portarias, o sistema de financiamento também é bastante complexo [...] (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que claro, porque a gente está dentro de um braço da política nacional de saúde; tanto pra você ter noção de qual é a perspectiva, em nome de que esse serviço está sendo mantido, também pra você poder avaliar a possibilidade desse ideais, dessas prerrogativas, que são pensadas a nível geral e nacional, serem realmente eficaz em termos práticos, porque muitas vezes você tem uma boa idéia, mas nem sempre uma boa idéia traz um bom resultado [...] (P, 17/3/2006).

Nesse sentido, a construção e consolidação de uma política de saúde mental, coerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o estabelecimento de uma política adequada de recursos humanos, que valorize e considere a importância do trabalhador de saúde mental na produção dos atos de cuidar. Para isso, deve-se garantir a capacitação e qualificação continuadas; a remuneração justa dos profissionais; a garantia de condições de trabalho e de planos de cargos, carreira e salários; a democratização das relações e das discussões em todos os níveis de gestão; a incorporação das questões de segurança, saúde e saúde mental do trabalhador; a garantia de supervisão clínica e institucional; a avaliação de desempenho e garantia da jornada de trabalho adequada para todos os profissionais de nível superior, bem como a isonomia salarial entre eles (BRASIL, 2002a).

3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário

De acordo com as indicações aprovadas na III CNSM, a política de recursos humanos para a saúde mental deve visar implantar, em todos os níveis de atenção, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, na perspectiva do rompimento dos especialismos e da construção de um novo trabalhador em saúde mental, atento e sensível

aos diversos aspectos do cuidado, ou seja, com uma visão integral e não fragmentada da saúde (BRASIL, 2002 a).

Segundo 83,3% dos profissionais o trabalho no CAPS Ponta do Coral é realizado em equipe. A maioria considera que existem dificuldades na realização das atividades. Uma delas está relacionada, conforme identificado por eles, ao fato de que nem todos compartilham das mesmas referências com relação à Reforma Psiquiátrica, à saúde pública e ao projeto do CAPS.

Bom, são várias, mas o que eu vejo de mais complicado é o fato de que nem toda a equipe compartilha das mesmas referências em relação ao que seja a Reforma Psiquiátrica, a função de um CAPS, as necessidades que o CAPS tem pra alcançar esses objetivos. Isso se deve em parte a diversidade da formação, e também às convicções pessoais. O problema não é a diversidade em termos da formação profissional em si, mas o modo, o fato de que você tem uma equipe multiprofissional por exemplo, isso gera alguma dificuldade na troca, na possibilidade de produzir um conhecimento novo a partir dessas experiências que são de diferentes disciplinas, diferentes áreas. Mas eu diria que é mais no sentido da Reforma Psiquiátrica mesmo, naquilo que ela aponta, então parece que esse é um problema a mais; outro que tem se tornado mais evidente pra mim ultimamente é a falta de formação de grande parte dos profissionais sobre o que seja saúde pública, boa parte deles não conhece o sistema de saúde pública, apesar de trabalhar num serviço de saúde pública, mas não conhece o sistema, não sabe a lógica, não sabe como é que ele funciona, então acaba tomando decisões muitas vezes administrativas que são equivocadas, que não levam em conta o modo de funcionamento da saúde pública (F, 12/4/2006).

Tem sim várias dificuldades, entre elas, existem diferenças de formação e, portanto, ideológicas. Alguns momentos a gente vê, assim, o CAPS tem um projeto de não internação, de autonomia do usuário, de gestão plena do usuário, e, as vezes, a equipe, algumas pessoas acabam esbarrando com isso. O entendimento disso é muito difícil também, as vezes é uma linha muito tênue entre o que é o assistencialismo, a autonomia, o que é dar o limite do ponto de vista terapêutico e o que é dar o limite porque você não quer se incomodar. Então, algumas pessoas não vêm de uma postura da Reforma Psiquiátrica, não sabe o que é uma Reforma Psiquiátrica, não tem uma noção, [...] é uma luta política também e algumas pessoas não sabem o que é [...] (LÉLI, 4/4/2006).

Em outras falas, foi apontada como uma das dificuldades do trabalho em equipe questões relacionadas a uma suposta divisão entre o grupo de técnicos.

A relação com a equipe tem uma certa peculiaridade, eu acho que as pessoas, a equipe que começou anteriormente, já desde a formação ou no começo do CAPS, eles se intitulam como a equipe do CAPS. Os que chegaram depois, em geral, não são bem acolhidos, ou são muito pouco,

tanto que as próprias atividades em equipe, em grupo, dificilmente, essas pessoas novas são incorporadas ao que já existe; então, acaba criando aí até a equipe da manhã, a equipe da tarde, mais ou menos, embora eu estou aqui todo o período, mas tem essa divisão... e eu acho que assim o ponto de partida é esse, a sensação é que quem não estava aqui desde o começo não fez parte da história (J, 22/3/2006).

A equipe que iniciou lá em 96 (1996) veio com algumas questões conceituais amarradas. Por quê? Porque a pessoa que estava pensando, planejando o CAPS ela vinha do Movimento da Luta Antimanicomial, era uma das representantes em nível nacional aqui em Floripa, Santa Catarina; então tinha algumas coisas amarradas na estrutura de atendimento do CAPS, que era muito pra poder implantar o sonho da Reforma Psiquiátrica aqui em Floripa, criar um serviço, do município, que de fato evitasse internação, que de fato fosse continente pros usuários com transtorno mental grave, e isso se mantém, porém, com a chegada dos técnicos que foram sendo substituídos, alguns saíram, técnicos novos entraram, a equipe de profissionais foi se modificando, a gente tem uma distância conceitual por mais que a gente pretende uma proposta multiprofissional, e a gente consegue, ao longo do tempo a gente conseguiu, é muito interessante o jeito como nós trabalhamos, porque de fato conseguimos trabalhar cada profissional lado a lado, dividindo o mesmo grupo, a mesma oficina terapêutica, então, assim, isso é possível, mas hoje, a gente, assim, tenta manter esse paradigma da Reforma Psiquiátrica, da desospitalização, do fortalecimento dos serviços territorializados, de um modelo que é um modelo multiprofissional, com a gestão participativa dos usuários, contra o modelo hospitalocêntrico, médico centrado, mas existem diferenças na questão conceitual da equipe, isso é falho, inclusive pra própria equipe (VIK, 24/3/2006).

A importância da unidade da equipe no atendimento ao usuário e na organização do trabalho recai sobre a qualidade do tratamento terapêutico ofertado. A mudança de paradigma epistemológico com relação a saúde mental não garante por si só a alteração das práticas assistenciais. Os conflitos e problemas de equipe existentes precisam ser trabalhados nas supervisões institucionais de forma que os técnicos consigam superar as dificuldades que obstaculizam a união do grupo em torno de um objetivo comum, sejam elas ideológicas, de formação, de concepção e/ou de afinidade com os colegas.

Um dos entrevistados apontou a questão das relações de poder e diferenças nos valores pessoais e nas relações interpessoais como dificuldades do trabalho em equipe.

Primeiro, a relação de poder, eu acho que é um grande problema, uma dificuldade que existe. Essa relação de poder, ela emana, que eu tenho percebido, da psicanálise, da teoria psicanalítica e da teoria psiquiátrica; então, os profissionais detentores desse conhecimento acabam, sutilmente, estabelecendo poder frente aos profissionais não-psi diria; essa relação de poder pelo saber é um dos problemas ou uma das dificuldades que eu encontro pra trabalhar em equipe no CAPS; outra

dificuldade, acho que é a própria experiência de vida das pessoas, aquelas pessoas em que parece que não estão claros os valores humanos como solidariedade, amor, justiça, sabedoria, a práxis, o repensar a prática, profissionais que não fazem a autocrítica da sua prática, pra mim, eu acho que é uma dificuldade trabalhar em equipe devido a isso; então, seria esse poder pela teoria e essa questão um pouco mais pessoal que é a relação de lidar com o outro, as relações interpessoais, são dificuldades que eu vejo em equipe (GIRASSOL, 20/3/2006).

A partir da fala profissional é possível pensar sobre as relações de poder que se estabelecem pelo saber. Conforme nos ensina Foucault (1979), os poderes se exercem em níveis variados e em pontos diferentes da vida social. Neste complexo, existem os micropoderes que estão intimamente relacionados com a produção de determinados saberes (sobre o criminoso, a sexualidade, a doença, a loucura). Assim, o poder não é algo que se detém como uma coisa, como uma propriedade, que se possui ou não. O poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona, como uma máquina social que não está situada em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda estrutura social (MACHADO, 1979 p. XIV).

De acordo com Foucault (1979), todo conhecimento, seja ele científico ou ideológico, só pode existir a partir de condições políticas, que são as condições para que se formem tanto o sujeito quanto os domínios de saber. Para o autor não há saber neutro, todo saber é político. Dessa forma, saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber. E, em contrapartida, todo saber assegura o exercício de um poder (MACHADO, 1979 p. XXI - XXII).

Na seqüência, a entrevistada aponta de forma geral algumas das questões cotidianas como dificuldade no trabalho em equipe.

Bom, eu acho que as vezes a gente é muito trefista, a gente não tem o tempo suficiente que a gente gostaria para estar parando para discutir os casos, se ater a cada paciente; tem diferenças na equipe também, tem conflitos [...] mas assim, a gente ainda tem, as vezes, coisas assim muito imediatistas, que não nos propiciam fazer realmente um estudo de caso mais integrado, ter uma intervenção, as vezes, mais articulada; a gente tem tentado em alguns momentos, mas assim, não é uma coisa que tem um peso forte como eu acho que deveria ter (P, 17/3/2006).

Dessa forma, a intensidade das demandas colocadas aos profissionais, especialmente na atualidade, provocam o desenvolvimento de ações pragmatistas, muitas

vezes sem uma reflexão maior. Isso vem acontecendo em vários contextos institucionais e com diferentes profissões. Ou seja, na medida que aumentam as necessidades humanas e as demandas para satisfazê-las, não ocorre no mesmo ritmo, o aumento da oferta de equipamentos e serviços assistenciais capazes de dar conta da complexidade dos problemas decorrentes da emergência das novas relações sociais, econômicas, culturais, advindas com a modernidade.

A precarização das condições de trabalho também foi apontada pelos entrevistados como mais um dos fatores que, por vezes, dificultam a convivência e o trabalho em equipe. Eles se referem a questão da diferença na remuneração salarial entre os profissionais que trabalham no CAPS, principalmente do médico para as outras profissões. A desproporção salarial chega a diferença de até quatro vezes mais entre o que recebe o profissional médico e o salário dos demais técnicos. Associadas a esta situação estão a diferença na carga horária de trabalho, a condição de contratação temporária, a falta de reconhecimento por parte da SMS, no apoio e incentivo à participação em eventos científicos e de militância política na área, entre outras.

Os profissionais indicaram que contam com supervisão institucional para lidar com as questões do trabalho no cotidiano. A supervisão institucional existente era, até o início deste ano (2006), paga pelos próprios profissionais, mas nem todos participavam. A partir do mês de abril do corrente esta passou a ser financiada com recursos provenientes do Ministério da Saúde. Além deste tipo de supervisão, foi relacionado como outro recurso existente para abordar essas questões as reuniões de equipe, realizadas mensalmente, as reuniões clínicas, realizadas semanalmente, e foi citada pelos técnicos em enfermagem, a supervisão realizada com profissional da área.

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que as políticas de formação e capacitação em saúde mental devem criar espaços de trocas baseados na realidade local, com valorização dos diversos saberes e metodologia participativa. A supervisão clínica e institucional permanentes deve ser estendida a todas as pessoas que trabalham com portadores de transtorno mental: equipes de PSF e PACS, trabalhadores da urgência e emergência, do hospital geral, dos serviços substitutivos e dispositivos residenciais, cuidadores de saúde mental, profissionais de nível médio e superior da rede de saúde mental. A referida Conferência destaca, ainda, a necessidade de implantação da NOB – Recursos Humanos do SUS, salientando a importância da garantia da capacitação para todos os níveis, supervisão permanente, interdisciplinaridade e isonomia salarial (BRASIL, 2002a).

Com relação as potencialidades que o trabalho em equipe possibilita os profissionais destacam a relevância deste no atendimento ao usuário, a possibilidade de trocas entre as varias áreas e a oferta de um atendimento multidimensional.

Entendo que essa é uma clínica multidisciplinar e isso (trabalho em equipe) é importante pela complexidade mesmo do tipo de fenômeno com o qual a gente trabalha, então, a gente precisa, é necessário ter uma oferta de serviços e de formas de atenção, que seja a mais diversificada possível, pra que a gente possa atender a uma série de necessidades que as profissões nas suas especialidades não dão conta; então essa é a grande vantagem, você pode fazer essa atenção multidimensional, isso é interessante (F, 12/4/2006).

A vantagem é justamente a estrutura coletiva de resposta à uma situação que chega pra você; vem a psiquiatria trazer um conhecimento, a psicanálise traz outro, [...] a enfermagem acaba dando a sua contribuição quando discute realmente a relação, vem o serviço social discute essa articulação que a pessoa tem com o social, e essas pessoas (profissionais), com seus conhecimentos, vão socializando esse conhecimento pra dar a resposta às fragilidades ou às potencialidades de vida que essa pessoa traz (GIRASSOL, 20/3/2006).

Acho que a grande vantagem é que a gente quebra a lógica hospitalocêntrica que era muito centrada no médico, na figura do médico, naquilo que o próprio médico decidia do tratamento, hoje quem decide é a equipe multiprofissional [...] (VIK, 24/3/2006).

Ah! Muitas, eu acho, em primeiro lugar, essa possibilidade da troca interdisciplinar; porque eu acho que cada um tem um tipo de contribuição diferente, um saber que te ajuda a pensar com mais amplitude o próprio trabalho, o próprio paciente, e, eu acho que quebra um pouco certas relações de poder; também, assim, o fato de a gente lidar com situações que são muito pesadas para alguém estar lidando sozinho, então quando você sente essa coisa da equipe, quando tem um paciente que está muito comprometido ou que tem risco de vida, a gente se sente muitas vezes angustiada por aquele paciente e você tem a equipe pra te dar um respaldo, pra estar pensando junto. Acho que isso é, sem duvida, algo que gratifica também (P, 17/3/2006).

Primeiro, agregar conhecimentos, se a equipe for multidisciplinar, que não quer dizer interdisciplinar, mas a princípio se ela for multidisciplinar a possibilidade de trocas de conhecimento de várias áreas realmente acaba sendo muito rica; são vários olhares sobre uma mesma questão, vários pontos de vista. Quando o trabalho de equipe é interdisciplinar, as pessoas acabam trocando mesmo, saindo, as vezes, do seu campo de formação, podendo estar se estendendo em outros campos, acaba sendo mais rico ainda. Num trabalho como o CAPS é necessário (o trabalho em equipe). Eu não consigo ver o trabalho que não seja em equipe porque pra você atender um usuário você precisa de uma equipe, pra você abordar o usuário, uma família, receber uma família precisa de vários olhares, enfim, de várias formações, vários olhares técnicos, da parte de

enfermagem, psicologia, da arte, serviço social, então, isso é importante (LÉLI, 4/4/2006).

O reconhecimento de outras dimensões no processo saúde-enfermidade, que não estritamente a biológica, traz a tona a questão da interdisciplinaridade¹⁵, pois na busca da integralidade da assistência a atuação de um único saber profissional não é suficiente. No processo da Reforma Psiquiátrica o campo da saúde mental é chamado a refazer-se por inteiro, ampliando o seu foco de abordagem e procurando romper com as delimitações dos saberes tradicionais na área. Busca-se uma nova recomposição de conhecimentos, sustentados sobre um conjunto de rupturas e novas premissas, e não apenas um novo somatório ou rearranjo simples dos saberes especializados. Desta forma, diversos campos de saber, implicados na assistência em saúde mental, são envolvidos na teorização e nas novas práticas de cuidado (VASCONCELOS, 2000a).

A pesquisa realizada indicou que 66,3% (correspondente a oito dos doze profissionais que responderam o formulário) dos profissionais consideram que existe interdisciplinaridade no atendimento ao usuário no CAPS Ponta do Coral. As falas relacionadas na seqüência apresentam a concepção dos profissionais sobre interdisciplinaridade e indicam a respectiva compreensão sobre a importância desta no atendimento ao usuário.

A gente poder ter o que a gente chama de clínica ampliada, essa multidimensionalidade que nos permite atacar o problema de várias formas e, portanto, oferecer diversas formas de atendimento, desde o medicamentoso até o serviço social, as oficinas, as oficinas expressivas, a arte, etc. (F, 12/4/2006).

Eu acho que em primeiro lugar isso, assim, é um olhar mais amplo para a condição daquele paciente. Cada profissional tem um aspecto que acentua, pela sua vida, pela sua formação; o educador artístico tem uma outra estratégia, por exemplo, pra lidar com aquela queixa do paciente, o assistente social tem uma, o psicólogo tem outro olhar, assim, eu acho que pra mim soma, eu acho que é uma forma da gente também aprender, enriquecer a nossa análise, a nossa possibilidade de intervir; sem dúvida que é rico (P, 17/3/2006).

Alguns profissionais expressaram sua concepção de interdisciplinaridade observando que esta não é sinônimo de multidisciplinaridade e que nem sempre é possível fazer práticas interdisciplinares.

É justamente isso, poder compartilhar o conhecimento que cada disciplina traz, essa inter, mas realmente compartilhar isso e não a

¹⁵ Sobre os conceitos de multi, inter e transdisciplinaridade ver, entre outros, Vasconcelos, 2000a.

multidisciplinaridade; é pensar, coletivamente, saídas pra enriquecer a vida da pessoa e aí é sempre um pensar e repensar (GIRASSOL, 20/3/2006).

Então, essa idéia dessa troca de conhecimento pra poder ajudar o usuário, pra poder a equipe ter um suporte também, pra poder, num estudo de caso, por exemplo, trocar os vários conhecimentos, os vários pontos de vista e poder estar entrelaçando; então, é importante, mas nem sempre se consegue fazer (LÉLI, 4/4/2006).

Já nas falas que seguem é possível perceber a concepção de interdisciplinaridade mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade.

Cada profissional tem a sua especialização, e ele foi formado para atender determinadas características que aquele usuário precise, ou informações, e a própria atenção, e cada um tem uma formação específica e diferenciada; então, eu acho que quanto mais ampla, mais amplamente ele for avaliado, e receber essas informações, e esse tratamento, vai ser melhor pra ele; então, desde o serviço social, desde o atendimento psicológico, o atendimento médico, enfim, até ah! eu cortei meu dedinho, o que eu faço? Então, vai poder ser atendido ali, ser acolhido pelo técnico de enfermagem (J, 22/3/2006).

É muito importante porque cada profissão tem o seu conhecimento específico e contribui aí com o seu conhecimento. É necessário que cada um de nós tenha muito claro o seu papel aqui dentro pra que não vire uma salada mista e se dilua o que cada um faz, que é específico de cada um. Então, é importante que a gente tenha boa formação técnica, específica da saúde mental pra que a gente possa chegar numa equipe que trabalha sob o paradigma do campo psicossocial, e que de fato possa ser multi, no sentido do atendimento, e aí, assim, no campo psicossocial, aqui no CAPS, por exemplo, a gente vê a necessidade de os profissionais trocarem mesmo, porque surgem muitas demandas, são muitas necessidades do usuário, é um campo novo. Então, assim, tem n coisas que vai se descobrindo, que cada área contribui diferentemente, mas ao mesmo tempo de forma conjunta. Então, o psicólogo, obviamente, ele tem mais elementos pra entender a parte clínica, o assistente social tem mais elementos pra entender a parte previdenciária, da assistência social desse usuário, que também é importante, muito importante pra ele, o médico tem o conhecimento sobre os psicofarmacos, sobre essa parte mais específica da medicação, e assim a gente vai trocando (VIK, 24/3/2006).

Com relação a este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005) observam que, no Brasil, a interdisciplinaridade faz parte do discurso politicamente correto, garantindo seu estabelecimento como princípio, traduzido na expansão cada vez maior dos territórios profissionais e na fusão dos saberes. O discurso da multi e da transdisciplinaridade é relativamente bem conhecido e aceito em nível intelectual, mas as práticas institucionais apontam, paradoxalmente, para fortes resistências, isolamento e hiperespecialização.

De acordo com os autores, para que estas ações multidisciplinares se tornem efetivas há necessidade de estratégias e planos, que visem a harmonização da convivência para que esta não seja imposta, mas compreendida e desejada pelos profissionais. Na prática, o momento é de impasse, pois multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade existem em tese e como imposição de comando, mas não se concretizam, ainda, como prática planejada, efetiva e eficaz (OLIVEIRA; DORNELES, 2005).

Ainda segundo os referidos autores, uma verdadeira transdisciplinaridade não está nem mesmo no horizonte das instituições de saúde mental brasileiras. Este é um dilema fundamental no processo da reforma psiquiátrica, que depende de ações integradas (órgãos reguladores do ensino superior, programas universitários, instituições e serviços de atendimento) para cumprir sua missão de transcender as práticas manicomial e os territórios de dominação e poder estabelecidos entre as disciplinas que formam a saúde mental.

3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações

A importância do projeto terapêutico dos CAPS recai sobre a responsabilidade de que todo o trabalho desenvolvido em cada unidade deve ser realizado em um ambiente terapêutico. Isto significa que tanto os atendimentos individuais, grupais como a convivência no serviço tem finalidade terapêutica. Cada CAPS deve ter um projeto terapêutico, que leve em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais, as iniciativas de familiares e usuários e o território onde se situa, com sua identidade, sua cultura local e regional (BRASIL, 2004).

O CAPS Ponta do Coral conta com projeto terapêutico do serviço, o qual, segundo 75% dos profissionais que responderam ao formulário, foi planejado em equipe. Três profissionais referiram não saber sobre o planejamento em equipe por não fazerem parte desta a época.

O sistema atual de atendimento no CAPS Ponta do Coral difere da maioria do adotado pelos serviços desta natureza. Em geral, os CAPS realizam a assistência ao usuário

no modelo de TR¹⁶. O CAPS Ponta do Coral oferece atendimento sob a ótica da regionalização. Ou seja, como o serviço não é territorializado, é o único na modalidade, na cidade e no município, a equipe técnica foi subdividida em pequenos grupos ou mini-equipes de dois e/ou três profissionais, sendo cada uma destes responsáveis por uma das regionais, que é onde o usuário mora. Esta proposta foi pensada e implementada há quase dois anos, quando os profissionais identificaram dificuldades em atender no sistema de Terapeuta de Referência (TR) toda a demanda existente. Tal estratégia utiliza-se do sistema de divisão por regionais da Secretaria Municipal de Saúde. Ao total são cinco Regionais de Saúde, Leste, Norte, Sul, Centro, Continente, distribuídas espacialmente na área geográfica do município. Nestas regionais, foram implantadas, recentemente (a partir do final do ano de 2005 e início de 2006), equipes de atenção em saúde mental, compostas por um médico psiquiatra e duas ou três psicólogas em cada uma das Regionais de Saúde.

De acordo com o projeto terapêutico do serviço, as atividades desenvolvidas são: psicoterapia, atenção medicamentosa, atendimentos de emergência, grupo terapêutico, oficinas terapêuticas¹⁷, assembléia de técnicos, usuários e familiares, visitas domiciliares, articulação com entidade, programas e serviço, atividades de formação e pesquisa, reuniões de equipe, reuniões clínicas de casos¹⁸.

Conforme as determinações da Portaria GM/MS Nº 336/2002, a assistência prestada ao usuário no CAPS deve incluir atendimento individual, em grupo, atendimento à família, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades comunitárias, enfocando a integração do portador de transtorno mental na comunidade e sua (re)inserção familiar e

¹⁶ Este sistema de atendimento é desenvolvido na maioria dos CAPS e constitui-se do acolhimento da pessoa quando de sua chegada ao serviço por um dos profissionais da equipe. A partir daí é traçado um projeto terapêutico com o usuário e o profissional que o acolheu passará a ser uma referência para ele. O Terapeuta de Referência (TR) tem a responsabilidade de monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo as atividades e a frequência de participação. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, discutindo com o usuário e com a equipe técnica do CAPS (BRASIL, 2004, p. 16).

¹⁷ São oferecidas as seguintes oficinas: oficina de cerâmica, oficina de artes plásticas, oficina de mosaico, oficina de jogos, esportes e lazer, oficina de tapeçaria, oficina de trabalhos manuais, oficina da terra, oficina de jornal, oficina de velas, oficina de leitura, oficina de música, oficina brechó, oficina de teatro, oficina de formação política, oficina de fotografia. Destas, as oficinas de cerâmica, velas e mosaico são produtivas, ou seja, sua produção é comercializada. Cabe destacar que algumas oficinas podem estar em funcionamento ou não, em determinado período de tempo, de acordo com a disponibilidade de técnicos para acompanhar, de condições materiais para o funcionamento e da demanda de usuários.

¹⁸ A descrição e o objetivo de cada atividade pode ser consultado no Projeto Terapêutico do CAPS II Ponta do Coral (2004), ou a partir do projeto de Estágio curricular em Serviço Social de Stuaní (2005).

social. A depender do projeto terapêutico de cada usuário, o CAPS poderá oferecer as seguintes modalidades de atendimento: atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo¹⁹.

Já com relação ao planejamento das ações, 50% dos profissionais consideram que este existe. Cabe lembrar que ao questionarmos os participantes da pesquisa sobre este fator, estamos nos referindo ao planejamento estratégico, aquele voltado para uma visão ampla, global e de longo alcance da organização/instituição, baseado na análise do contexto e com a finalidade de buscar alternativas de ação. No entanto, alguns dos entrevistados observaram estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação objetivo e sistemático dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declararam não existir processo de planejamento e avaliação das ações do serviço, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

As falas relacionadas a seguir demonstram o tipo de planejamento existente no CAPS e como este acontece.

Bom, o planejamento é feito mais ou menos assim: chega uma época do ano em que a Secretaria (SMS de Florianópolis) nos pede um planejamento e aí, geralmente isso é com uma semana no máximo de antecedência, é aquela correria, a gente monta um plano básico de trabalho etc., mas é muito mais pra cumprir a obrigação. A gente tem um projeto terapêutico que é amplo, que é do serviço todo, e a gente vai, com esse projeto terapêutico a gente vai ajustando as atividades e aquilo que a gente pretende alcançar, mas não há um planejamento muito formalizado, não há um processo de planejamento, até porque é tudo muito fragmentado, o que a gente planeja aqui, boa parte depende desse recurso financeiro, depende do apoio da Secretaria, que é sempre uma coisa incerta. Então, em termos de planejamento a coisa fica sempre muito precária. Em termos de avaliação é mais precário ainda, a gente não tem indicadores; novamente, no final do ano, aí a Secretaria pede um relatório do que foi feito, a gente faz um levantamento geral, mas ele é descritivo, ele não é avaliativo, a gente não sabe de fato quais são

¹⁹*Atendimento intensivo* – atendimento diário, oferecido à pessoa que se encontra em grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento semi-intensivo - nessa modalidade, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Este tipo de atendimento é oferecido quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento não intensivo – oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até 3 dias no mês. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário (BRASIL, 2004, p. 16).

os efeitos que a nossa intervenção produz; claro, a gente tem uma certa dimensão pelo contato direto com os usuários, fulano que não interna a tanto tempo, ou fulano que voltou a trabalhar, ou que resolveu pelo menos algumas coisas que eram mais complicadas na sua vida, isso a gente tem, mas não tem um processo de avaliação estruturado que nos permita dados com visibilidade maior (F, 12/4/2006).

Neste sentido, destacamos que, a nosso entender, a função planejamento deve orientar todas as ações no dia-a-dia das organizações. O planejamento é o processo de estabelecer antecipadamente a finalidade da organização/instituição, definir os objetivos e prever as atividades e os recursos necessários para atingi-los. Planejar é uma forma de pensar o futuro da organização/instituição, definindo o que fazer, como, quando e com recursos. Nesse processo, é importante considerar que as organizações/instituições estão inseridas num contexto constituído pela sociedade, pelo Estado e por outras instituições que influenciam suas decisões (TENÓRIO, 2000).

Alguns profissionais referiram-se, especificamente, ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, reuniões clínicas e na supervisão de equipe. Segundo estes, é na reunião de equipe mensal que se planejam mais as ações, estas entendidas como a definição dos grupos terapêuticos ou oficinas que vão ter, o objetivo e a finalidade destes, a demanda etc..

Mensalmente, a gente tem uma reunião de equipe, que tem um pouco esse objetivo, de planejar e avaliar o que é feito. Além dessa reunião mensal a gente tem dois outros momentos semanais, que é um na quarta-feira outro na quinta-feira, que a gente chama de reunião técnica, [...] mas isso se dá muito no cotidiano também, na assembléia geral do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Ele acontece em reunião de equipe, uma reunião mensal, a gente planeja grupos, planeja..., então.., acontece, primeiro tem uma reunião mensal da equipe e reunião duas vezes por semana, que são os estudos de caso; agora, a avaliação, acontece em reunião de equipe mais; o planejamento, por exemplo, como abordar um determinado caso, como ajudar, de como servir a família, o trabalho, é feito durante a semana nos estudos de caso, e nós temos a supervisão, que é um espaço que também acaba se fazendo uma avaliação, a supervisão de equipe (LÉLI, 4/4/2006).

Outras falas detalharam as conseqüências da falta de um processo sistemático de planejamento e avaliação das ações, inclusive fazendo análise dessa problemática em relação as instituições públicas em geral.

Eu acho que esse é um problema, acho que falta muito; por exemplo, se você esta aqui fazendo a avaliação da política a partir do olhar dos profissionais, eu, nesse momento, tenho tido muito incomodo diante da

necessidade que eu vejo de avaliar as ações, de avaliar os pacientes, e a gente não tem uma forma sistemática de fazer isso; por exemplo, a gente não tem um instrumento de captação do trajeto do paciente dentro do CAPS, a gente não anota algumas coisas, os prontuários também deixam muito..., as vezes a gente não faz registro nos prontuários e mesmo quando a gente faz ele não tem, assim, por exemplo, uma sistematicidade, o que é que eu vou enxergar, como é que eu vou ver se aquele paciente está melhor ou está pior depois que ele está aqui, então, a gente não tem esse instrumento; e, o planejamento, é feito um planejamento terapêutico com o paciente; o planejamento do nosso serviço é mais ou menos...., funciona, assim, com as oficinas, não é um planejamento rigoroso, a cada período a gente senta e reorganiza não, tem algumas diretrizes gerais, eu acho que em termos práticos falta muito dos dois lados, planejamento das nossas atividades, por exemplo, as vezes naquele roldão a gente vai fazendo, vai fazendo, e, também, a avaliação da eficácia, do que realmente aquilo está resultando pra vida do sujeito, se ele está realmente conseguindo chegar mais próximos desses lugares que a gente apregoa como princípios da saúde mental - autonomia, dessas coisas que a gente também fala: relação com o trabalho, relações, laços sociais; então, a gente não tem esse (instrumento de planejamento e avaliação), eu acho que falta (planejamento e avaliação) [...] Na verdade eu acho que esse é um problema das instituições públicas em geral, eu acho que tem uma grande resistência no Brasil a qualquer critério de avaliação, porque, esse discurso, a retórica da igualdade, ela exatamente vai na contramão de um processo meritocrático, ou seja, você avaliar também por mérito; você tem que criar esse tipo de instrumento; a prefeitura não tem, nunca teve uma avaliação nos anos que estou aqui que medisse o desempenho profissional, principalmente aqui, que a gente lida com pessoas que estão aqui pra se tratar, e a gente não sabe se a pessoa...., a gente vai olhando um caso ou outro; não existe um processo institucional de avaliação, nesse sentido (P, 17/3/2006).

Em geral, as organizações precisam de um processo de avaliação que realize uma revisão dos objetivos e metas alcançados e daqueles a serem atingidos. O planejamento e a avaliação são a oportunidade de fazer uma pausa e examinar a situação da instituição.

Não obstante, as políticas públicas no Brasil vêm se estruturando de forma descentralizada, com responsabilidades de organização e financiamento partilhadas entre a União, Estados e Municípios, cabendo a estes últimos a execução dos serviços de atenção direta à população. Deste modo, os processos de avaliação de serviços de saúde mental devem ocorrer no âmbito municipal. Segundo Dias (2002, p. 2)²⁰, este desafio coloca no debate o aspecto de como avaliar o funcionamento de um serviço de saúde mental, que está

²⁰ A autora realizou um trabalho de construção coletiva de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental junto aos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre; uma apresentação resumida dos resultados pode ser consultada em DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental.** In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

inserido num novo patamar conceitual e tem como tarefa não reproduzir uma prática de tutela, com ênfase na patologia, mas de incluir o sujeito portador de transtorno psíquico no planejamento e na execução das ações terapêuticas, numa nova relação que garanta a viabilidade do exercício da cidadania numa sociedade desigual. Ou seja, as dimensões de mudança conceitual, realidade social e política pública de saúde de âmbito municipal, tornam complexa a adoção de processos de avaliação.

A fala descrita na seqüência especifica o processo de planejamento e avaliação no que se refere a ação interventiva profissional no tratamento ao usuário, destacando que não existe um processo sistemático de planejamento e avaliação com relação as ações do CAPS.

O planejamento e a avaliação das ações do CAPS, eles acontecem só de uma forma muito primária ainda, nós temos [...] o planejamento e avaliação da ação do profissional a título de intervenção em relação ao usuário existe de três formas: primeiro, casos clínicos, que aqui nós fazemos reuniões de casos clínicos, quarta-feira das 8 às 9 horas e quinta-feira das 11h30min às 12h30min pra discutir a questão do caso clínico de pessoas; outra forma, construção de projetos terapêuticos ou revisão dos projetos terapêuticos na reunião da regional, cada regional, que são cinco, fazem suas reuniões pra discutir o planejamento e avaliar a vida dessa pessoa nas regionais, e a outra, especificamente do CAPS, a título de gestão, é a reunião de equipe, que você presenciou semana passada, aí é um outro momento de planejar e avaliar, porém, ressalvo, não se tem algo mais fidedigno, ou academicamente falando, que nos ampare pra fazer essa avaliação; então, é extremamente necessário nós termos supervisão, termos pesquisadores, que nos ampare no sentido de avaliar o serviço, avaliar nossa prática, avaliar a autonomia do usuário; a grosso modo nós temos, mas é muito de senso comum; então, precisa cientificar ou legitimar, regularizar, tornar mais fiel esse tipo de avaliação, a grosso modo temos, agora, com mais rigor, por escrito, não temos (GIRASSOL, 20/3/2006).

Sabe-se que a ausência de um processo de planejamento estratégico e avaliação sistemática comprometem a efetividade dos objetivos propostos. Conforme destaca Dias (2002), o cenário da Reforma Psiquiátrica requer tanto uma multiplicidade de respostas à sua plena implantação como para a avaliação de seus resultados. Contudo, é importante ressaltar que a especificidade das ações em saúde mental demanda a adoção de um método participativo, com o fim de superar o caráter unidimensional, comum em avaliações tradicionais.

A avaliação participativa já é uma exigência nas políticas sociais, decorrentes da pressão social pela garantia de acesso a bens e serviços públicos. Por analogia, a

construção de indicadores de avaliação também pode ser participativa, com a contribuição dos sujeitos inseridos na esfera municipal, responsável pela execução da atenção em saúde mental. Para a autora, apesar de certa reserva científica pela adoção desta sistemática metodológica, o seu valor está no alcance social de incluir os responsáveis pela execução de determinada ação, na sua construção e sistematização (DIAS, 2002).

3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento

Conforme já destacado neste trabalho os hospitais psiquiátricos são instituições representativas do modo asilar enquanto os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico de exercício das práticas de atenção psicossocial, do modo psicossocial.

O modelo de assistência do modo psicossocial destaca-se por seus meios básicos de tratamento (rede diversificada de serviços territorializados), e pela importância decisiva que se atribui ao sujeito na sua mobilização como participante principal do tratamento. Neste, considera-se o indivíduo como pertencente a um grupo familiar e social, o que supõe que se deve trabalhar, também, a família e o grupo social, como agentes das mudanças buscadas.

Já no modo asilar a organização institucional é marcada por estratificações de poder e saber, no âmbito das relações profissionais e da instituição, as quais transladam para a relação com os usuários e a população. Estes são excluídos de qualquer forma de participação, enquanto que no modo psicossocial, participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais.

Na pesquisa realizada, a maioria dos profissionais entrevistados referiu conhecer sobre a forma de atendimento no hospital psiquiátrico, seja por visitas, atuação profissional, contatos institucionais, relato dos usuários que estiveram internados.

No que se refere as diferenças no atendimento prestado pelo CAPS em relação ao hospital psiquiátricos, os entrevistados consideraram que existem diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência de um só discurso, o médico psiquiátrico do hospital e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial em contraposição ao tratamento igual para todos

das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Eu acho que é diferente em vários aspectos, primeiro, são essas diferenças que eu digo que são de base, sobre a Reforma Psiquiátrica e a função de um CAPS nesse processo de reforma. Existe por parte da maioria da equipe uma convicção de que a nossa função é evitar a internação e de uma certa maneira poder fazer substituição a essas instituições tradicionais; deslocar a centralidade do sistema pra um serviço aberto, que seja interdisciplinar, ou seja, onde você não tenha um discurso único dando a orientação, que no caso é o discurso psiquiátrico nas instituições (tradicionais); você tem essa multidimensionalidade então você pode compartilhar o discurso; em relação ao próprio atendimento, começa na forma do acolhimento, eu acho que o nosso acolhimento é bom, ele tem condições de receber a pessoa, de entender o que ela está procurando, o que ela está precisando, quais são as suas necessidades; a gente tenta de alguma maneira envolver família embora com dificuldades, mas a gente tenta e tenta principalmente manter a vinculação ou criar novos vínculos desse usuário; o projeto terapêutico que é individualizado também é outra coisa fundamental, que aí a gente quebra com a lógica tradicional de que todos recebem o mesmo tratamento, é a mesma medicação, são os mesmos horários, são as mesmas atividades pra todo mundo, não, a gente procura justamente ao levar em consideração essas características que são mais individuais, são mais singulares, a gente procura atender e levar em conta esses aspectos, então, isso pra mim já é muito diferente, além do que a gente procura o tempo todo ou minimizar ou quebrar mesmo a hierarquia, instituindo certas formas que evitam que a hierarquia se cristalize de maneira muito brutal, pra você não ter um deslocamento de poder dentro do serviço, que seja prejudicial pra todo mundo, igual no hospital (F, 12/4/2006).

A relação entre profissional e usuário foi destacada como diferencial por todos os entrevistados, conforme pode ser observado a seguir.

A relação entre o profissional e o usuário, pra mim, a maior diferença é essa relação interinstitucional ou interpessoal; é a forma como se dá, porque as ações também são diferentes, porque existem oficinas terapêuticas, existem os grupos terapêuticos, existem os atendimentos, mas esse modelo de atendimento pode também ocorrer numa outra instituição, ou mesmo num CAPS, mas se a relação de profissional e usuário não estiver pautada no respeito, uma relação sujeito-sujeito onde se possa esse serviço, obviamente, quando ele estiver num bom nível de participação, num bom nível de reabilitação, mas também..., o fundamental é isso, é estar pra além da instituição, estar pra relação do usuário com o profissional, e claro, o espaço também, o espaço físico tem que ter qualidade, a gente vê aqui um espaço super bom aqui no caso, as propostas de atendimento, como que são colocadas, como que é olhado esse usuário, esse usuário está junto no pensar da instituição, mas a cima de tudo assim, entender como cidadão de direitos, de respeitá-lo (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que tem um maior reconhecimento da condição subjetiva do paciente, acho que um certo respeito. Hoje, a Colônia Santana tem tido mudanças, tem uma política que também..., na verdade a política do Ministério também visa atingir as instituições mais asilares, os hospitais também estão mudando..., talvez seja mais lenta, aqui, a gente já chegou com uma outra perspectiva de trabalho; eu acho que a equipe toda, de forma geral, tem uma sensibilidade pra esse respeito pelo paciente, pelo outro, procura, na medida do possível, não estabelecer uma relação de poder; eu acho que aqui, por exemplo, a recepção é muito bem feita, os vigias também são pessoas que entraram no clima, assim, talvez já seja deles, mas entraram no clima do CAPS; acho que todos têm um compromisso com isso, um valor digamos; também, talvez seja deste CAPS, eu não conheço tantos outros CAPSs; eu acho que é uma relação diferenciada, na medida que você está aqui com esse objetivo de que a pessoa assuma a própria vida, contribuir para que isso aconteça; isso implica em ter pelo menos um respeito, um reconhecimento do outro (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p.10) destacam que o papel do técnico se transforma quando ele se coloca sob outros princípios; “se ele faz funcionar a tecnologia da doença mental, fortalece o dispositivo psiquiátrico. Mas, se transforma sua forma de intervenção, trabalha no sentido da desmontagem desse dispositivo”. Segundo os autores, isso significa pôr em funcionamento um dispositivo de desinstitucionalização e reinserir a complexidade dos problemas com os quais lida. Significa ainda abrir mão das interpretações da loucura segundo erro, incapacidade, inferioridade, doença mental, e potencializá-la como diferença, um modo diferente de relação com o mundo. Enfim, não usar o saber como técnica normativa, mas como possibilidade de criação de subjetividades. A técnica deixa de ser instrumento da violência quando a prática funciona como uma desconstrução da clínica.

As falas que seguem referem-se ao atendimento aberto e as possibilidades de escolha que o CAPS oferece em contraposição ao isolamento e segregação gerados pela internação hospitalar prolongada.

Em primeiro lugar o atendimento no CAPS é um atendimento, vou usar a palavra, aberto, ou seja, pra começar o usuário ele não fica internado aqui, mesmo se em algum momento tiver o CAPS III, é diferente. Ele vem, ele faz o trabalho dele, a sua terapia, durante o dia, e ele volta, quando, no caso tem família, pra casa; então, primeiro lugar a idéia do CAPS, o trabalho do CAPS não é segregar e isolar; quando o usuário vai para o hospital, eu acho que seja ele em qualquer campo da saúde, mas vai para o hospital e fica internado trinta dias, quinze dias, ele já esta sendo isolado do convívio com a família, do convívio social, ou seja, acaba perdendo progressivamente o contato com as pessoas e com o grupo social mesmo, e acaba sendo destituído das suas práticas pequenas, como desde pegar um ônibus, fazer sua comida, ir no

supermercado; no momento em que uma pessoa é colocada em um hospital e fica um mês, ele acaba perdendo o contato com essas mínimas..., não é nem com o mundo lá fora, mas com as mínimas coisas que ele teria em casa, na sua casa, enfim, ele perde tudo isso como se fosse realmente uma pessoa que não tem possibilidade nenhuma de fazer nem um café, enquanto o CAPS possibilita isso, acho que o CAPS ele, independente dos problemas que tem, acho que ele mostra que não, você ainda, apesar da sua crise, com a sua crise, com todas as limitações que as vezes um surto pode oferecer do ponto de vista cotidiano, você ainda pode fazer algumas coisas sim, como pegar um ônibus pra ir e voltar pra casa, fazer a escolha do seu planejamento terapêutico, vem aqui escolhe, em parte, o que gostaria de participar (LÉLI, 4/4/2006).

Assim, a possibilidade do usuário no CAPS de ter voz ela é muito maior do que nas outras instituições, as outras eu não vou generalizar, mas em algumas, as asilares, esses hospitais são.., enfim, crônicos até pela dificuldade mesmo de antes você pensar em ter outra alternativa que não a trancar e deixar lá e não tem medicação, não tem nada disso, estou falando de bem bastante tempo atrás, e isso ficou e se perpetuou, então, eu acho que a possibilidade do usuário aqui, no CAPS, nos CAPS, e até mesmo nos ambulatórios, acho que hoje em dia não é só CAPS que permite isso, é fazer parte como contribuinte do próprio tratamento, então isso é o que diferencia do paciente internado, vamos dizer assim, em São Paulo, no Vera Cruz, que é um hospital e tal, diferente de outros, tem algumas dessas internações que são diferentes, mas essa relação aí de profissional e usuário ela é mais aberta, é mais ampla, além do CAPS, especificamente, oferecer algumas possibilidades; então, a possibilidade de trabalhar em uma oficina, dessa oficina ter uma renda, que, assim, é um entrave no sentido que eles se sentem muito limitados e não só se sentem como eu acho que muitas doenças incapacitam mesmo, são incapacitantes, a esquizofrenia é uma delas, e é a nossa clientela aqui, a maior parte é de pacientes com esquizofrenia; a própria esquizofrenia já altera, vamos dizer assim, na cognição, na parte de planejamento, de você conseguir realmente se estruturar para trabalhar; tem umas pessoas que não conseguem nem ter o início, a iniciativa, ela é minada com a esquizofrenia, e aqui tem uma possibilidade, mesmo que essa possibilidade seja fazer oficina e ganhar uma renda, mesmo que, assim, seja só..., não é o valor que importa, é simbólico (J,22/3/2006).

O relato a seguir explicita epistemologicamente e em termos técnico-assistencial a diferença entre o modelo de atenção tradicional/hospitalar e o modelo de atenção psicossocial.

Primeiro, em relação a concepção da pessoa e em relação a concepção dos próprios meios de trabalho; na instituição psiquiátrica predomina o modelo manicomial/asilar como a gente chama, que daí vai olhar a pessoa enquanto doença, enquanto diagnóstico, aqui, no CAPS, a gente olha os seres humanos enquanto pessoas, enquanto a existência de um sofrimento, o que podemos fazer pra minimizar esse sofrimento da pessoa, então, essa é a primeira diferença que tem, quem é essa pessoa, que no modelo manicomial acaba sendo vista mais como diagnóstico, como um doente, isso que eu sempre falo, essa iatrogênia que o modelo

manicomial acaba inserindo na pessoa, você é um doente, vai ter que tomar remédio pra vida toda, e o máximo que você pode chegar é um portador de transtorno mental em recuperação, isso é uma das diferenças, outra é a própria concepção de saúde/doença que existe; as formas de organização dos dois modelos, são modelos diferentes, um é mais centralizado no psiquiatra, na instituição psiquiátrica, o no CAPS seria mais centralizado na equipe e, principalmente, nos usuários; a forma de relação com a clientela ou com o usuário, no modelo manicomial, é sempre uma relação hierárquica, de cima pra baixo, no CAPS, sempre uma relação, ou a gente tenta sempre ter uma relação horizontal; e a própria questão do que é bom ou não é bom pra pessoa, a pessoa tem que dizer o que é bom pra ela e, as vezes, no hospital, são os profissionais que já dizem o que deva ser bom pra ela, ou seja, a grande diferença que existe é: quem decide o que? No hospital as pessoas decidem sobre a vida da pessoa, eu acho que no modelo psicossocial é a pessoa que compartilha a decisão da sua vida (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme destaca Rotelli (1990), no manicômio (modelo/tradicional) a sociabilidade é reduzida a zero. A tutela, a internação tem a única finalidade de subtração das trocas, de estabelecer relações de mera dependência pessoal. Enquanto que a emancipação terapêutica (que se torna o objetivo substituto da "cura") só pode ser (cientemente) a mobilização de ações e de comportamentos que emancipem a estrutura inteira do campo terapêutico. Assim, o problema que se coloca aos novos serviços (CAPS) não é cura (a vida produtiva), mas sim a produção de vida, de sentido, de sociabilidade.

Neste aspecto, pode-se considerar a proposta basagliana de *colocar a doença entre parênteses* para assim direcionar o olhar ao sujeito em sofrimento e não à doença. Essa é uma questão fundamental, pois é o movimento de *tomada de responsabilidade* (DELL'ACQUA, 1992) individual e coletiva que se constitui como meio para a transformação institucional e para o processo de desconstrução. A cura cede espaço à emancipação, mudando a natureza do ato terapêutico, que agora se centra em outra finalidade: produzir autonomia, cidadania ativa, desconstruindo a relação de tutela e o lugar de objeto que captura a possibilidade de ser sujeito (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3 Participação do usuário e da família no tratamento

De acordo com as diretrizes da atenção em saúde mental do modelo psicossocial, o protagonismo dos usuários é fundamental para que seja alcançado o objetivo do CAPS de se constituir como dispositivo de promoção da saúde e da reabilitação psicossocial. Os

usuários e familiares devem ser chamados a participar das discussões sobre as atividades terapêuticas do serviço. A equipe técnica deve trabalhar de forma a estimulá-los a participar de forma ativa do tratamento e da construção de laços sociais. Entre os tipos de atendimento que o CAPS pode oferecer está o atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, de lazer com familiares (BRASIL, 2004).

Na seqüência deste item analisaremos as formas criadas pelo CAPS Ponta do Coral para envolver ativamente usuários e familiares no processo terapêutico, seja com relação ao projeto terapêutico individual, ao atendimento e a participação das famílias no tratamento.

3.3.1 Planejamento terapêutico individual

Conforme as determinações da política de atenção em saúde mental, cada usuário deve ter um projeto terapêutico individual, composto por um conjunto de atendimentos personalizado, que respeite as particularidades, necessidades de cada pessoa e proponha atividades durante a permanência diária na unidade e fora dela (BRASIL, 2004).

O atendimento no CAPS oferece projeto terapêutico de tratamento individualizado, o qual é pensado e avaliado com a participação do usuário. A fala relacionada a seguir detalha como acontece o planejamento do tratamento.

O primeiro passo desse projeto terapêutico ele é feito na entrevista inicial, que é basicamente a entrada desse usuário no serviço; então, a gente pensa uma programação mínima, levando em conta as necessidades, as condições, os limites e as capacidades do usuário e, quando a gente pode contar, com a família também. Além disso, uma vez por mês, [...] tem o encontro da Regional, e os usuários dessa Regional podem reelaborar o seu projeto terapêutico, a gente faz a revisão, a gente discute como é que está sendo esse projeto, se está sendo interessante, que ganhos, se está havendo ganhos ou não, se a pessoa está se sentindo contemplada de alguma maneira e tal, e aí a gente faz as alterações que a gente discute e acha necessário (F, 12/4/2006).

Com relação a forma como o usuário participa do processo de planejamento do seu tratamento, os entrevistados colocaram que é através da manifestação das preferências,

opções e desejos dele, dentro das possibilidades que o CAPS oferece. Nas falas relacionadas é explicitado qual a participação do usuário e do profissional no planejamento do projeto terapêutico de tratamento.

Quando o usuário chega no serviço, encaminhado de algum outro (serviço), ou de um hospital, ou de uma unidade local de saúde, ou por demanda espontânea é feito o acolhimento, onde a gente usa uma entrevista inicial pra fazer uma coleta de dados, ali resgata um pouco da história que o próprio usuário vai estar contando, e, então, nesse momento é feito o projeto terapêutico; inicia-se o projeto terapêutico, não que ele tenha que se esgotar nesse momento inicial; uma pergunta que a gente sempre faz pra ele é do que ele precisa, como a gente vai poder ajudar, então, a partir daí a gente oferece o nosso leque de atendimentos, o nosso projeto terapêutico do CAPS, e aí vai se construindo dessa forma (VIK, 24/3/2006).

Em geral a gente faz isso quando ele chega, na entrevista inicial, a gente pede pra que ele diga, a gente apresenta o que a gente tem; a gente pede que ele diga o que ele gostaria de estar fazendo, o que ele fazia, quais as preferências que ele têm, se ele não sabe, em algumas situações, a gente sugere que ele venha participar de algumas oficinas para ele, por exemplo, escolher; então, assim, é feito muito respeitando o desejo do paciente, o que ele gosta mais, as preferências dele; agora, se a gente vê que o paciente está muito ansioso, se ele precisa, a gente sugere um grupo terapêutico ou as vezes o atendimento individual; assim, não tem uma uniformidade, em geral a gente age assim (P, 17/3/2006).

Ele tem, esse projeto terapêutico, ele tem um primeiro momento, quando o usuário chega e faz a entrevista inicial é colocado com ele e oferecido, mostrado as possibilidades, o que o CAPS oferece em termos de terapia, desde grupos terapêuticos, atendimento individual e oficina, mas não é só oferecido, é também feito uma avaliação do técnico, o que ele pensa que, naquele momento, poderia estar ajudando aquele usuário, e é conversado com o usuário, muitas vezes acaba o usuário escolhendo tudo, escolhendo o que ele quer e o técnico tem pouca interferência, outras vezes o usuário quer algo que talvez naquele momento, por exemplo, atendimento individual, mas não tem vaga, não tem, os técnicos estão todos..., se tem alguém fazendo atendimento individual já não tem horário, então se entra em um acordo das possibilidades, dos desejos do usuário, e das possibilidades que o serviço oferece; isso é o primeiro momento, no segundo momento, ao longo do período do usuário aqui, vão tendo transformações, muitas vezes ele abandona aquele grupo ou oficina, que não era aquilo que ele achava que era bom, que ele gostava, abandona formalmente ou informalmente, simplesmente não vai, ou ele entrou em surto não veio mais, uma série de questões, então isso tudo é retomado, a gente tenta fazer a retomada na reunião das Regionais, reunião mensal, como é que está o tempo dele aqui, o que ainda se mantém fazendo, como ele está se sentindo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos entrevistados destacou que o projeto terapêutico de tratamento do usuário

é sempre pensado a partir da necessidade dele, o que ele traz de necessidade, o que ele traz de sonho, de vontade, de sofrimento, de

tristeza, então, o projeto terapêutico é sempre pensado, repensado, analisado, refletido, em cima da necessidade da pessoa (GIRASSOL, 20/3/2006).

É importante destacar que o planejamento do projeto terapêutico deve envolver o portador de transtorno mental como sujeito deste processo. A participação ativa do usuário na escolha do que fazer e na expressão de suas necessidades favorece a adesão e continuidade no tratamento, confere-lhe o exercício da liberdade de escolha e da cidadania. Neste processo, o ato terapêutico, quando não é mais fundado sobre a doença e não provém da autoridade médica, torna-se a própria organização coletiva, convertendo-se em *tomada de responsabilidade* e produção de subjetividade (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral

No plano teórico, a relação da família com o portador de transtorno mental é construída a partir do alienismo, como produto da sociedade moderna/burguesa. No interior desta perspectiva concentram-se dois entendimentos polarizadores: “o da família ameaçada pela eclosão da enfermidade, portanto, sofrendo suas conseqüências ou causadora da emergência do transtorno mental, assim culpabilizada por sua etiologia” (ROSA, 2002, p. 139). Historicamente, o segundo entendimento foi o que prevaleceu na maioria das abordagens teóricas na área da saúde mental, com uma relativa diminuição nos anos 1970, seguido de uma complexificação da compreensão do grupo familiar e de sua dinâmica, a partir dos avanços teóricos da leitura feminista e marxista. “Contemporaneamente, a inclusão do grupo familiar nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental; a assunção de sua condição de parceira e co-responsável dos serviços e a exigência de constituição de uma nova pedagogia institucional em sua abordagem atravessam a construção de uma nova relação entre o louco e a sociedade” (ROSA, 2002, p. 139).

Nesta direção, um dos objetivos do CAPS é incentivar as famílias a participar do cotidiano do serviço. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas importantes para o trabalho dos CAPS. Eles podem participar de diversas maneiras, incentivando o usuário a se envolver no projeto

terapêutico, participando diretamente das atividades do serviço, nas reuniões, assembléias, nas associações de usuários, técnicos e familiares, trazendo dúvidas, sugestões. A participação pode acontecer tanto nas atividades internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. (BRASIL, 2004).

A Portaria /GM nº 251/2002 constitui-se como mais um dispositivo na mudança das relações entre os serviços de saúde mental e a família à medida que prevê, no desenvolvimento dos projetos terapêuticos, o preparo para o retorno à residência/inserção domiciliar e uma abordagem dirigida à família no sentido de garantir orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento.

O atendimento aos familiares é uma das formas para que as famílias participem, conheçam o trabalho dos CAPS e passem a se envolver ativamente no processo terapêutico. Neste sentido, a família ganha visibilidade como protagonista, parceira dos serviços e co-responsável no provimento de cuidados do portador de transtorno mental.

Além disso, o avanço dos conhecimentos e entendimento de que os fenômenos humanos comportam uma multiplicidade de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos e éticos, inter-relacionados entre si, possibilitou mudanças na assistência às pessoas em estado de sofrimento psíquico. Essas puderam ser compreendidas na totalidade de sua condição existencial. E, o sofrimento, antes tomado apenas como algo individual, passou a ser visto como parte de um contexto onde outras pessoas estão envolvidas e também merecem cuidado e atenção.

No CAPS Ponta do Coral, na sua maioria, os profissionais afirmam que existe atendimento familiar, com ressalvas de um deles que referiu não existir atendimento familiar sistemático e outro que observou que existe atendimento familiar individual. As falas relacionadas expressam de que forma a família participa no tratamento do seu membro no CAPS.

A família participa não como uma preconização ou uma exigência do serviço; o que eu tenho visto é que a família participa aqui no CAPS na medida em que há uma necessidade, quando há necessidade do serviço conversar com a família ela é incluída, quando há uma necessidade da família pelo serviço ela procura, mas não é uma rotina todas as pessoas que vem aqui a família ser atendida, as vezes o usuário não quer saber da família, as vezes a família não quer saber do usuário e assim sucessivamente, ou seja, a família participa na medida que temos a clareza da necessidade, mas não é uma prática oficial do serviço (GIRASSOL, 20/3/2006).

Alguns casos sim, em alguns casos eles vem para a reunião mensal da Regional, ou vem para uma consulta com a psiquiatra, ou vem pra trazer o usuário que não consegue ainda vir sozinho, mas é muito restrita a

participação da família, normalmente ela vem mesmo quando a coisa está apertando, quando o usuário surtou, não está conseguindo segurar, quando ele está já nas últimas (LÉLI, 4/4/2006).

Os profissionais que afirmam a existência da participação da família no tratamento explicitam como esta acontece e como se dá o atendimento no serviço, observando o cuidado que existe em atender a família e o usuário juntos.

Sim, tem alguns usuários que vem acompanhado de familiares, as vezes nós chamamos a família, quando existe necessidade, e isso acontece assim no cotidiano, conforme realmente surge a necessidade; geralmente há uma relação muito conflituosa entre o usuário e família, geralmente o familiar mais próximo, referência mais próxima e aí a gente intervém, mais ou menos com dois objetivos, assim, um de pensar essa relação conflituosa, o que pode ser negociado aí pra viverem melhor, pra ter mais qualidade de vida nesse ambiente, que moram juntos, e o outro pra poder então capacitar, colocar elementos pro familiar sobre o tratamento, sobre os transtornos mentais, pra que ele possa ser um cuidador também, o que ele é, pra que ele possa se qualificar; então, uma outra coisa que eu penso é que esse atendimento familiar ele sempre tem que privilegiar a participação do usuário porque fica complicado falar do usuário sem ele estar presente (VIK, 24/3/2006).

Sim, a família participa, claro, na medida de cada caso; em geral, assim, a gente tem a disponibilidade de atender a família, então, muitas vezes, precisa de o paciente vir com a família em várias situações, e esse atendimento é dado; o grupo de família, também está tendo o grupo de família, as vezes é dado (o atendimento) a família daquele paciente; mas sempre a gente tem o cuidado de receber a família e atendê-la junto com o paciente, nunca assim..., não gerar essas fantasias perseguitórias por parte do paciente “tá falando o que de mim”; isso é mais ou menos quase uma regra aqui no CAPS, a gente atende junto com o paciente (P, 17/3/2006).

Os trechos das entrevistas relacionados a seguir descrevem as formas criadas pelo CAPS para oportunizar a participação da família no tratamento. Alguns profissionais referiram-se a um grupo de famílias que chegou a ser iniciado, mas que pela falta de adesão e outras dificuldades não funcionou mais.

Um pouco assim, o acolhimento na segunda-feira é um espaço que a família pode participar junto com o usuário pra relatar como é que foi o final de semana e pra relatar e como estão as atividades no CAPS; o outro espaço são as reuniões das Regionais de equipe, fora o trabalho individual, que, assim, eu acabo chamando muitas vezes, eu quero atender você na presença de um familiar, as vezes você precisa até forçar nesse sentido, de que a família compareça, faço cartinha, mando e aí atendo em consulta individual, mas não em grupo, não é uma abordagem psicoterápica, é mais no sentido de psicoeducação do que de terapia (J, 22/3/2006).

[...] existe um planejamento pra se atender família, um grupo de familiares a serem atendidos por psicóloga [...]; então, as formas criadas para oportunizar a participação da família é justamente quando ela vem, acompanha, que é aberto para os familiares participarem das oficinas junto com o usuário, então, sempre tem essa oportunidade e grupos específicos pra famílias que estão se tornando real (GIRASSOL, 20/3/2006).

É mais ou menos como eu te falei; então, assim, as vezes a gente chama pra um atendimento individual, e também ela participa dos eventos acontecidos aqui no CAPS, promovidos pelo CAPS, de festas, geralmente o dia nacional da Luta Antimanicomial, quando a gente comemora, que faz uma confraternização, as festas sempre tem a presença de familiares também, festa de natal, festa junina (VIK, 24/3/2006).

As reuniões das Regionais por exemplo, uma vez por mês, e tem alguns técnicos que fazem reuniões com as famílias, discutindo, por exemplo, aquele usuário em que a família está implicada diretamente, tem problema com a família, então chama a família pra trabalhar; já teve grupo de família, mas foi fechado porque as pessoas ficaram um tempo, mas as famílias, segundo as técnicas que fizeram, muito pouco se apropriavam, vinham, se utilizavam desse espaço (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre este aspecto, cabe destacar que o deslocamento do eixo da compreensão do problema individual para o familiar/social, que tem como consequência o acolhimento da família como uma unidade que necessita de cuidado tanto quanto o paciente individual, pressupõe um novo olhar sobre as possibilidades das famílias para enfrentarem suas crises e atuarem como suporte terapêutico. Nessa perspectiva, se impõe a necessidade de não só reconhecer o atendimento ao grupo familiar, mas de oferecer uma atenção singular que leve em conta, por um lado, as especificidades de cada família, considerando a história, a estrutura, a dinâmica, bem como a inserção desta no contexto social. Por outro lado, deve-se avaliar a realidade e as possibilidades das famílias para usufruírem das formas de atenção que lhes são propostas (MIOTO, 1998, pp. 25-26).

Nesta direção, dois dos participantes da pesquisa identificaram como uma das dificuldades em realizar o atendimento familiar, a falta de profissionais qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades, conforme pode ser observado nas falas a seguir.

A maior dificuldade que eu vejo é que não existe ninguém capacitado aqui dentro para lidar com a família, é claro que, assim, eu faço um atendimento com o usuário a família vai estar junto eu vou estar explicando, mas quando você vai pensar em trabalhar com a família, trabalhar no sentido psicoterápico, isso não existe, agora informar a família, tentar com que a família faça parte do planejamento, a gente

tenta e incentiva, estimula que eles venham nas reuniões das Regionais, mas o que eu percebo, assim, a equipe ela é muito pequena pra dar conta de tudo, então a maioria das vezes o paciente chega, a família está ali fora, mas todo mundo tem a sua atividade, estão todas na oficina e isso me sobrecarrega muito porque eu tenho que dar conta de tudo, inclusive da família que chegou, do atestado que está faltando, e a família que quer saber porque que o remédio..., mas não existe um espaço pra ela, não existe um espaço que acolhe a família (J, 22/3/2006).

Profissionais qualificados, eu acho que necessita de profissionais que tenha um pouco mais de experiência, de conhecimento pra estar lidando com família, que toda a família tem sempre os seus nós górdios, tem sempre questões de fundo, que as vezes precisa de um certo conhecimento, experiência pra estar lidando com isso; até que ponto é vítima ou réu, então, acredito que profissionais que tenham experiência, que tenham a qualificação teórica, [...] possa estar oportunizando uma melhor relação no atendimento CAPS com família, então, a qualidade do profissional para estar realizando essa participação (GIRASSOL, 20/3/2006).

Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que é um transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, foram relatados pelos profissionais.

Acho que tem uma junção, eu acho que tem uma coisa primeiro que é o entendimento, a família, muitos familiares, querem deixar o usuário aqui, e querem fazer sua vida, até por questão de sobrevivência; o que eles alegam muito é que eles precisam trabalhar, então não pode faltar ao trabalho uma vez semana pra poder estar aqui porque mesmo que tenha atestado pra poder estar aqui, acaba perdendo o trabalho, não tem como justificar; e a outra questão é o próprio entendimento de que é na família o espaço em que o usuário pode ser tratado, porque a idéia de tratamento é uma idéia também que se direciona, que acaba sendo entendida como médica, hospitalar ou clínica, ou então, agora tem o CAPS; e o lugar de tratamento, digamos tratamento como restituição, como reinserção, também é na família (LÉLI, 4/4/2006).

É, chega um momento que as vezes de fato a relação se esgota, assim, são tantos conflitos, são tantas brigas, tantas dificuldades de convivência, de relacionamento, que já vem desde a infância, que chega em momentos quando, geralmente, o usuário tem as primeiras crises, isso gera um isolamento, assim, o usuário fica isolado nesse ambiente, nesse contexto familiar, realmente é muito difícil; as vezes tem uma mãe muito controladora e que aí o usuário não quer muito aproximação do serviço com essa referência porque o serviço passa a ser então um lugar de acolhimento pra ele que ele não tinha até então, porém, a gente busca a família, pra que a família possa cumprir essa função da referência (VIK, 24/3/2006).

Neste sentido, deve-se considerar que no contexto brasileiro, pela própria ausência ou precariedade da intervenção estatal por meio das políticas públicas de corte social, a família torna-se a principal garantidora da reprodução da força de trabalho. As famílias, para suportar, todas as funções que lhes são atribuídas e enfrentar as situações de risco social, buscam dividir com o Estado o encargo dos cuidados com seu ente enfermo. Mesmo assim, configuram-se, para elas, condições deficitárias de atendimento, em particular no caso da atenção em saúde mental (ROSA, 2003, p. 192).

Na seqüência, o entrevistado realiza uma análise das várias situações singulares e sociais que envolvem as dificuldades do serviço, das famílias e dos usuários, em realizar um tratamento integrado na relação usuário/família/CAPS.

Então, também envolve vários aspectos, eu vou apontar alguns; assim, em primeiro lugar, a gente vê que boa parte das famílias vê o CAPS como um lugar pra poder deixar o seu familiar, é um lugar onde ela não vai precisar cuidar dele durante um certo tempo, então, eles até participam de algumas entrevistas iniciais, hoje, por exemplo, eu tenho uma (entrevista inicial) que a pessoa veio sozinha, não veio família; é bastante freqüente que venha o usuário sem acompanhante familiar algum, esse é um aspecto, a família de uma certa maneira toma o CAPS como um lugar pra deixar o seu familiar, nós por outro lado, não criamos estratégias pra fixar essa família, pra trazer essa família mais perto; tem um grupo de família que funciona de maneira meio irregular, mas que a gente vê cada vez mais a necessidade de tornar isso algo mais organizado, poder atender a família, a gente faz o acompanhamento com família, geralmente, quando há um pedido específico ou do usuário ou da própria família, aí a gente procura fazer, mas é mais individualizado, é uma questão mais individualizada, e há também, por parte dos usuários há o desejo de que a família não participe, isso ficou muito evidente na organização da associação, que é uma associação de usuários, familiares e técnicos, e quando a gente estava organizando a associação, toda vez que se falava na participação dos familiares havia uma certa resistência por parte dos próprios usuários que os familiares participassem; a gente entende isso como uma maneira de buscar uma certa autonomia, uma certa distância dessa família, que é, as vezes, bastante complicado de fato tê-los muito próximos, aí precisa de um outro tipo de abordagem, não dá pra incluir, como a gente fazia no início por exemplo, a gente fazia grupos de usuários e familiares, mas a família atrapalhava mais do que ajudava nesses grupos, aí a gente resolveu começar a separar, deixar o espaço específico para o usuário, porque a família vinha e tomava o espaço, e falava, e ficava reclamando da pessoa, do que ele não fazia, de todas as dificuldades etc..., então, a gente achou melhor botar um pouco uma barreira, botar um filtro ali pra que tivesse espaço do usuário e que ele pudesse aproveitar isso da melhor maneira possível (F, 12/4/2006).

No entanto, cabe destacar que, numa visão mais abrangente e totalizante, a família é entendida, no cerne das condições de reprodução social do portador de transtorno

mental, como um sujeito que procura reconstruir relações cotidianas, criar novos sentidos, manter e fortalecer laços de sociabilidade. É percebida, positivamente, em suas possibilidades, potencialidades e recursos, como elemento fundamental à manutenção do poder contratual, à autonomia e à emancipação do portador de transtorno mental (ROSA, 2002, pp. 152-153).

As falas relacionadas a seguir apresentam a compreensão dos entrevistados com relação às possibilidades da participação da família no tratamento, e as dificuldades do CAPS em realizar esse tipo de atendimento. Um deles argumenta que o acompanhamento à família é essencial para minimizar os efeitos da convivência com o portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Acho que o atendimento familiar assim como ele pode ter dificuldades ele também pode te ajudar um monte, então, assim, tem os dois lados, as dificuldades eu acho que é porque também ele vai estar trazendo, vai sobrecarregando com mais, digamos assim, mais queixas, vai estar trazendo.., as vezes nem está relacionado ao usuário os problemas e as situações, embora eu acredito que na maioria das vezes ela ajuda, ela ajuda porque é que está convivendo com o usuário lá fora o tempo inteiro, que tem mais os dados, quem pode inclusive, ah! ele está muito sedado, vamos tirar esse remédio, esse remédio só faz mal, então, a família se ela não é bem orientada ela acaba, assim, tentando fazer o bem ela acaba fazendo o mal pro paciente, ah! não aquela atividade lá, ficar só batendo palminha, musiquinha, aquilo lá não vai ajudar você, é melhor eu.., vou te colocar de novo na escola porque se não você não vai trabalhar nunca, então todas as ansiedades da família, que se elas forem bem trabalhadas o usuário só tem a ganhar, agora, as dificuldades é: um espaço em que essa família seja acolhida, que ela seja realmente trabalhada e uma equipe, a formação, alguém com formação pra fazer isso, isso não tem (J, 22/3/2006).

Eu acho que o acompanhamento com a família ele é extremamente necessário pra elaborar a imagem que essa pessoa acabou deixando pra essa família; a família ela ainda tem uma imagem, ela tem o imaginário social em relação o que ela de repente produziu; então, há uma necessidade de se ter um acompanhamento com os familiares pra estar elaborando as relações, o dia-a-dia que ela tem com o portador de transtorno mental; as vezes se investe muito em acompanhamento com usuário e não se investe muito no acompanhamento com a família, a família está sobrecarregada, tem que se discutir a questão dos encargos familiares, porque as vezes ter um portador de transtorno mental junto com a família é extremamente estressante, e as vezes a família acaba colocando o portador de transtorno mental no hospital pra descansar, porque as vezes é complicado, tem um portador de transtorno mental que canta o dia inteiro, ou que não dorme durante a noite, dorme de dia, ou que quer ver televisão a todo momento, ou que fica conversando com a vizinhança a todo o momento, tem o portador de transtorno mental que com o seu sofrimento incomoda muito a família, então, tem de haver um profissional articulado ou apaziguador ou que provoque alguma

resolução nessa prática; [...] se não dá pro portador de transtorno mental morar com a família então que se haja (encontre) um espaço harmônico, mas a família tem que ser acompanhada sim (GIRASSOL, 20/3/2006).

Entre as dificuldades que os profissionais identificam na (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e estigma da loucura, ainda presentes no imaginário social das pessoas. Relacionamos na seqüência as respostas dos entrevistados, nas quais é expressa a relação com alguns dos aspectos enfrentados no cotidiano da vida dessas pessoas, em suas relações com a família, as instituições e a sociedade.

Em primeiro lugar a dificuldade de a família compreender o que a pessoa tem, pelo que ela passa, muitas vezes, a idéia é de que é um vagabundo, que o cara não quer trabalhar porque é vagabundo, não quer fazer nada só quer ficar em casa fumando, na frente da televisão porque é vagabundo; então, tem essa dificuldade de poder dar ou ter um certo olhar pra essa pessoa, pra esse usuário que não seja esse da discriminação; tem também o medo, o medo de que essa pessoa venha cometer algum crime, que é um pouco o mito da loucura, é o que envolve o mito da loucura, de ser alguém que é imprevisível e violento, o mito da loucura está muito marcado por isso, muitas vezes a família vem contaminada por isso, eu atendo uma mãe, por exemplo, que apesar de ser uma pessoa que contribui muito, mas ela tem medo do filho, ela tem medo, e ela reconhece isso, diz isso claramente, ela tem medo, agora menos, depois de um tempo isso está começando a se flexibilizar, ela está começando a entender um pouco diferente, mas ela tinha muito medo do que esse filho poderia fazer com ela, então, isso é algo que é bastante comum, mas isso é uma dificuldade; o outro aspecto da resistência é a idéia de que ele se tornou uma pessoa inútil, o usuário se tornou uma pessoa inútil, porque ele não pode trabalhar, que nunca vai fazer nada a não ser ficar como um louco, ficar como uma pessoa que não pode assumir responsabilidades, que não contribui, o aspecto financeiro é um problema; o Programa de Volta pra Casa não resolve isso integralmente porque ele é destinado pra pessoas que estão no mínimo há dois anos internadas, então, aqueles que não tem internação prolongada não têm acesso a esse recurso, então, ele passa a se tornar um peso econômico pra família e aí todos os outros problemas que são decorrentes disso (F, 12/4/2006).

Muitas vezes ele acaba sendo o membro da família rejeitado, ele tem o quartinho dele no fundinho. Bom, eu acho que é o próprio estigma de ter um doente mental, tem ah ele é doente mental, deixa ele quietinho lá porque se não ele vai incomodar, vai surtar, vai xingar e, que vergonha, aí os vizinhos; então, é o estigma do usuário, do paciente com transtorno mental, como muitas famílias não entendem elas tem até crenças de que isso é o demônio, isso é um castigo, ou é porque ele era uma pessoa ruim na vida passada, então, vem com mil, vamos dizer assim, explicações, que só atrapalham e impedem que aquilo seja encarado como..., ok isso aí é uma doença, e como é que a gente vai

fazer pra ajudar e tratar isso; então, os conhecimentos, a ignorância nesse sentido, [...] uma parte eu acho que seja pelo próprio desconhecimento do que é um transtorno mental, e do estigma de que o louco é o que rasga dinheiro e, enfim, isso dificulta, e aí quando você não tem um suporte pra dar à essas famílias aqui dentro, você só reforça lá fora esse estigma; então, claro, a pessoa chama a atenção da população, os pacientes que conseguem lá fora trabalhar e não ficar só dentro do CAPS, então, as oficinas que possam vir a dar renda, que elas sejam trabalhadas lá fora, até pra lá fora você convive com eles, percebe que eles não são os loucos que rasgam dinheiro, saem quebrando tudo e matando todo mundo, esse é o medo da população e acaba sendo o medo da família (J, 22/3/2006).

A questão da diferença do “louco” para o “não louco”, que na sociedade capitalista, é determinada pela relação produtivo/não produtivo, ou seja, aquele que detêm poder de consumo e aquele que não tem poder de consumo, também foi expressa pelos profissionais entrevistados como uma das dificuldades para a (re)inserção social do portador de transtorno mental, na família e na sociedade.

Eu acho que os limites do usuário; tem a coisa do preconceito, da loucura, ele, o usuário, ele não é alguém produtivo na família, ele não leva dinheiro pra casa, ele, ao contrário, ele só gasta, ainda tem que buscar remédio, ele dá mais trabalho ainda, ele não é produtivo, de maneira geral, então, isso já agrega um preconceito maior ainda, além de ter o preconceito da loucura, de ser..., enfim, alguém que tem uma “deficiência”, alguém que é muito dependente, ainda tem isso, então, ele não soma nada à família a não ser o incomodo; daí, geralmente, é uma mãe que até acolhe, ou pai, por questões afetivas, mas sempre está lidando com esse limite do usuário; tem famílias que não querem, tem muitas famílias carentes que não querem mais um problema, e quando a pessoa, então, saiu da família, que foi internada, e ficou um longo tempo fora, a família já se estruturou de forma a não contar com aquele usuário, então, já não conta mais com ele, passou três, quatro, cinco meses, aí vem uma pessoa trazendo toda uma dependência e que não é somar, ou as vezes as próprias crises dentro de casa, então, é difícil um cara que faz xixi no chão, um cara que toma um café e deixa sua xícara, um cara que quebra, que uma vez por mês quebra tudo, que bate nas pessoas dentro de casa, ninguém tem essa tolerância, tem que ser mais de uma pessoa pra suportar e, as vezes, uma pessoa, que é a mãe, suporta, mas os outros irmãos não entendem, não conseguem lidar com a questão, que é difícil mesmo, o nível de dependência, os limites, o risco que, enfim, pode correr o usuário (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Rosa (2003, p. 192), a família, apesar de procurar dividir com o Estado as demandas de cuidado do portador de transtorno mental, ainda é o principal agente responsável pelo seu provimento. Para implementá-lo, na divisão sexual do trabalho do grupo doméstico, seu ônus recai sobre a mulher. Todavia, diferente das demais

enfermidades, o transtorno mental se particulariza pelo fato de seu portador não se reconhecer como enfermo e por seu prognóstico figurar como uma incógnita, sem ter uma temporalidade previsível. Desta forma, em geral, o provimento de cuidados e o tratamento tornam-se impositivos para o portador de transtorno mental, que pouco colabora conscientemente no seu processo de recuperação. Por sua vez, o provedor de cuidado, com frequência a mulher, mãe, tem que ter uma disponibilidade de tempo, periódica ou indefinidamente, para exercer o seu papel. E, para satisfazer as necessidades individuais do portador de transtorno mental e as exigências de sua enfermidade, a mulher, mãe tem seu espaço de vida invadido, seus projetos de vida obstruídos pelas necessidades de prestar cuidado.

3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares

No contexto da Reforma Psiquiátrica, as organizações de usuários, técnicos e/ou familiares tem cumprido um importante papel na mudança do modelo assistencial em saúde mental, participando ativamente das discussões sobre os serviços e promovendo atividades que visam maior inserção social, geração de renda e trabalho e a garantia de direitos sociais. Essas associações constituem-se em importante instrumento de promoção da saúde e da cidadania de todos os envolvidos (BRASIL, 2004)

O CAPS Ponta do Coral conta com uma associação de usuários, familiares e técnicos. Apesar de estatutariamente estar prevista a participação e filiação de familiares e técnicos, atualmente, na prática, esta se tornou, efetivamente, uma associação de usuários. Em gestões anteriores, já teve em sua diretoria a participação de técnicos do serviço. Atualmente, dois técnicos acompanham as atividades desta, mas a diretoria da gestão atual (2006) é composta somente por usuários.

Com relação a participação dos usuários no planejamento das atividades do CAPS, os profissionais referem que esta acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, realizada semanalmente, na qual são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Contudo, os entrevistados observam que

existem dificuldades em realizar um processo de planejamento das ações do serviço, seja por particularidades dos usuários, seja por limitações e/ou problemas institucionais.

Assim, existem alguns espaços em que essas ações são tomadas em conjunto, a assembléia dos usuários, aqui é feita de terça-feira, em que é discutido desde a limpeza, o lanche, qual é o próximo passeio, o que vai ser de reunião, o que está sendo feito, quais são os informes em relação a saúde mental, em relação a congressos, encontros, comissões. O que eu percebo é que embora isso seja estimulado há pouca, baixíssima, aderência e quando há, em geral, são daqueles mais saudáveis no sentido de que de repente nem seriam usuários CAPS, mas eu acredito que isso seja também o próprio sintoma, de a dificuldade de lá fora conseguir um emprego, a dificuldade de iniciar uma atividade, iniciar um curso, é também pra se engajar na própria luta deles; o que eu percebo é que a família, em geral, quando pega isso vai adiante, os usuários tem poucos estímulos próprios, vamos dizer, pra continuar, pra se manter; então, na reunião da Comissão Ampliada²¹, aí participa um, mas depois a semana que vem já não vem; então, são poucos os que realmente conseguem dar conta, eu coloco a palavra no sentido de ser capaz para, tem essa dificuldade, eu acho que é própria condição (J, 22/3/2006).

Então, a gente procura estabelecer parcerias com a associação porque tem muitas coisas que pelo fato de a gente estar submetido a um organograma e a hierarquia, e aí os limites do serviço público, a gente não pode fazer; por exemplo, a questão da venda do material das oficinas, isso é algo que o CAPS não pode assumir, por conta mesmo da legislação que impede a gente de fazer esse tipo de atividade; então apesar de ter uma participação grande, o material vendido é o material das oficinas do CAPS, mas quem faz essa tarefa é a associação, é a associação que se encarrega da venda, de levar o material, de receber dinheiro etc.; além disso a associação se tornou efetivamente uma associação de usuários, apesar de o estatuto dela prever a participação e filiação de familiares e técnicos ela é uma associação de usuários na prática, e como articuladora de um projeto político e de reivindicação dos direitos do usuário dos serviços de saúde mental, como um instrumento pra viabilizar inserção no mercado de trabalho por exemplo, parece que são essas as funções da associação; com os usuários o que a gente tem é uma assembléia semanal onde são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; esse aspecto do planejamento da atividade ele de fato não tem a participação dos usuários até porque nem nós, como te falei no início, o nosso planejamento também é meio caótico, assim, a gente não tem um processo organizado de planejamento pra um ano ou mesmo pra seis meses, então, aí os usuários não chegam a participar desse planejamento, eles participam sim da discussão do funcionamento que é na assembléia,

²¹ A Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental (CPASM) é uma instância do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, criada através da Resolução N°1/CMS/2006, cuja finalidade é assessorar o plenário do conselho no que compete a formulação, implantação, implementação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas, ações e projetos em Saúde Mental, assim como prestar assessoria técnica ao gestor municipal. A CPASM é constituída por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde, e usuários e familiares da saúde mental (nota da pesquisadora).

que é toda semana, e aí se trata das coisas do dia-a-dia, é mais cotidiano (F, 12/4/2006).

A presença e participação dos usuários nas discussões e no planejamento das ações pertinentes à saúde mental vêm se ampliando progressivamente nos últimos anos. O processo de inserção inicia-se com o protagonismo dado ao sujeito na definição de seu projeto terapêutico, estende-se na organização de associações e na representatividade destas nos fóruns deliberativos (Conselhos de Saúde, Conferências, Comissões de Saúde Mental), e na participação em eventos científicos e espaços de militância política pertinentes à área da saúde mental. Essa é uma das formas em que a condição de cidadão dos portadores de transtornos mentais é resgatada. Segundo Rodrigues (2005, p. 80), “a participação política e militância de usuários e familiares em instâncias deliberativas ganham efetividade quando politicamente organizados”.

Neste sentido, a construção coletiva do protagonismo requer a saída da condição de usuário-objeto e a criação de formas concretas que produzam um usuário-ator, sujeito político. Isso vem ocorrendo através de inúmeras iniciativas de reinvenção da cidadania e *empowerment*, como atenta Vasconcelos (2000b), por meio de intervenções via associações de usuários ou de cooperativas sociais, ou ainda da participação política de tais atores nos mais importantes fóruns sociais de formulação de políticas da área, tal como nos conselhos de saúde e comissões de saúde mental.

Nas falas que seguem, os participantes da pesquisa destacam as dificuldades encontradas na organização, na articulação e no funcionamento da Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral²², bem como seus objetivos e principais lutas políticas por direitos.

Assim, eu acho que os usuários têm esse espaço da assembléia junto com os técnicos. É um espaço interessante, onde eles podem estar opinando, mais do que o da associação; o da associação é muito mais difícil de levar adiante; eu também já fiquei um tempo ajudando a associação, já fui até, uma época, da própria gestão, da própria diretoria, e a gente tem

²² Importante estudo sobre a Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral foi realizado por Rodrigues em dois trabalhos: RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral: desvelando sua significação**. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004; e RODRIGUES, J. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

que estar puxando muito como técnico, parece que deixar por conta deles a coisa não anda e, as vezes, a gente vê que fica mais um desejo nosso de que as coisas aconteçam do que deles; então, a assembléia pelo menos é um espaço que eu ainda acho que se consegue ter uma presença, agora a presença dos familiares no planejamento é muito pequena, poucos que vem, vem um ou outro, pai de alguém; dos usuários, eu acho que é mais nesse espaço da assembléia que acontece (P, 17/3/2006).

Os usuários, nós temos a assembléia dos usuários; então, na assembléia se discute algumas questões, por exemplo, as vezes o planejamento, funcionamento da casa, por outro lado nem tudo é discutido na assembléia, [...] tem uma atuação limitada, ela não é totalmente participativa. A associação, ela tem histórias de altos e baixos; teve momentos que a associação tinha uma diretoria, mas ninguém participava, não se articulava; tem momentos que a associação se integra mais, quando ela se integra a coisa fica também mais rica; nós temos aproximação, por exemplo, na questão do vale transporte, as reivindicações, sobretudo do vale transporte, de veículos pra passeio, pra participar de um evento, muito mais do que planejamento das ações, digamos assim, mais no sentido de luta por direitos e reivindicações (LÉLI, 4/4/2006).

A associação de usuários possui cinco objetivos: controle social, ajuda mútua, suporte mútuo, defesa dos direitos, geração de renda; em cima desse objetivos a associação realiza seu movimento e sua luta. Em termos do papel dos usuários no planejamento das ações do CAPS seria discutir esses objetivos em relação ao CAPS. Hoje, o que acontece, a associação de usuários acaba discutindo um pouco mais controle social; ela expressa a representatividade dos usuários na luta social, na dignidade humana, e também na geração de renda; outra coisa muito importante que a gente fala é a luta contra o preconceito, então, a associação ela participa mais nesse sentido, controle social, geração de renda e luta contra o preconceito no CAPS; esse é o papel dos usuários, realizar o controle social, participar da geração de renda e a luta contra o preconceito; a luta contra o preconceito significa realizar teatro, levar pras Academias, levar pra comunidade, mostrar que a história do louco no imaginário social das pessoas ela é transformada, pode-se reverter isso, e isso se reverte com música, cultura e arte (GIRASSOL, 20/3/2006).

O papel da associação no planejamento, é porque assim, a associação ela não é o CAPS, ela é uma entidade separada, a assembléia é uma assembléia geral do CAPS, é um mecanismo facilitador da participação dos usuários e técnicos na gestão do serviço; a associação é uma entidade, sem fins lucrativos, que foi criada e pensada pra que os usuários e familiares se organizem pela luta da política, pela luta da implantação da política de saúde mental, pela luta dos direitos, pela luta da implantação da Reforma Psiquiátrica, pela melhoria do serviço, então, assim, a associação ela caminha, mas ela é muito nova e aí se é muito nova tem uma estrutura um pouco frágil, então assim, a tua pergunta é se ela participa das ações do CAPS, ela participa sim, tem um elo de participação aí, tem um canal de participação, mas é frágil, é muito frágil, eu penso que é muito frágil porque aparece pouco (VIK, 24/3/2006).

Rodrigues (2005, pp. 81-82) destaca que as associações de usuários, enquanto dispositivos, possibilitam uma atitude política que oferece visibilidade ao usuário como ser cidadão e não apenas como portador de um transtorno. Segundo o autor, quando o usuário passa a ver, sentir, e ver sentido em suas ações associativas, sua prática organizativa torna-se efetiva e com empenho. Por isso, as associações precisam desenvolver estratégias mais amplas de adesão, visando revigorar seus quadros associativos. Nesta direção, a profissionalização e formação política dos dirigentes é vista como uma possibilidade para estimular a participação.

A compreensão das associações civis como relacionadas e condicionadas pelas associações políticas leva ao entendimento de que há uma sinergia entre a sociedade civil e a democracia política. Segundo Fleury (2004), a dimensão cívica da cidadania diz respeito à condição de inclusão ativa dos cidadãos à comunidade política, compartilhando um sistema de crenças com relação aos poderes públicos, à sociedade e ao conjunto de direitos e deveres que são atribuídos ao status de cidadão. Como dimensão pública dos indivíduos a cidadania pressupõe um modelo de integração e de sociabilidade, que transcende os interesses egoístas do indivíduo no mercado, em direção à uma atitude generosa e solidária.

A fala a seguir relaciona algumas dificuldades cotidianas vivenciadas na e pela associação de usuários do CAPS Ponta do Coral. Apresenta algumas possibilidades de atuação deste tipo de organização da sociedade civil, tanto com relação a parcerias com outras entidades, para o desenvolvimento de ações que visem a profissionalização e inserção no mundo do trabalho, quanto no processo de politização e conscientização de seus usuários com relação aos direitos de cidadania.

Eu acho que ela tem um papel relevante, a dificuldade é de incrementar esse papel relevante; os familiares vêm muito poucos; bom, talvez a gente não esteja também instigando, muitas vezes a gente convida, mas eu acho que, também, as vezes, falta um pouco de investimento da equipe para que os familiares estejam mais no CAPS; agora, a associação poderia fazer muitas coisas, desde convênios para cursos com esses órgãos que a gente tem, SENAI, SESC; poderia tentar uma penetração, mas isso seria uma outra realidade a ser criada; cada vez que entra uma gestão nova, a gente diz quem sabe agora; desde as pequenas coisas, até divulgar a lojinha aqui, é difícil, a gente uma vez fez uns folders pra distribuir aqui na vizinhança, uma vez a gente tentava vender as verduras que produzia, não conseguia muito, conseguia ali, vendia uma ou outra; agora em termos de espaço de fazer política eu acho que ela tem um peso, deveria realmente crescer, por mais que as pessoas tenham dificuldades; eu acho que tem que continuar existindo, tem que continuar batalhando para que eles possam estar assumindo um pouco

mais esse papel político, essa conexão com outras instâncias da sociedade; por exemplo, na questão até de trabalho, de poder a associação também ajudar nessa abertura de espaços de trabalho; teve uma vez que tentaram no Angeloni (supermercado), depois quando souberam que era portadores de transtorno mental não quiseram; eu acho que a gente precisava mostrar um pouco pra sociedade o que é o paciente psiquiátrico; assim, através desses recursos, não dá pra esperar vamos pra mídia, porque, assim, tem umas coisas que são boas, ótimas, mas são meio ideais, a gente tem que tentar começar com essas pequenas coisas que pode fazer: divulgar a lojinha, sei lá, fazer um contrato lá com o CIC pra fazer cursos, por exemplo, de pintura, coisas que são mais próximas da realidade exequível (P, 17/3/2006).

Para Rodrigues (2005) dois aspectos são importantes para compreender as dificuldades de falta de adesão e continuidade na participação dos membros da associação. Um deles refere-se aos elementos motivadores para a participação. Neste caso, é preciso considerar que a prática política de militância possui seus campos de conflito e tensões, que dentro da especificidade da loucura pode não conferir uma participação freqüente. O outro relaciona-se ao significado da associação na vida dos integrantes. Muitos usuários vêem a associação como possibilidade de geração de recursos financeiros, haja vista que o fator trabalho/vínculo empregatício é algo marcante na vida dos portadores de transtornos mentais, em decorrência de a maioria não possuir fonte de renda própria.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacaram o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário.

A primeira delas é a questão do controle social, a associação tem potencialmente essa função, não só dentro do serviço, mas também nas outras instâncias, conselho municipal de saúde, conselho local, aqui em Florianópolis estamos organizando uma Comissão Permanente, que é consultiva do Conselho Municipal de Saúde, é uma comissão de saúde mental, no estado (SC), a gente tem o Colegiado de Políticas Públicas e Atenção Psicossocial, que tem representação dos usuários; então, novamente, na questão da defesa dos direitos, na questão do resgate da cidadania, as vezes nem é resgate porque o cara nunca teve cidadania alguma, mas da possibilidade de instituir um certo nível de cidadania; eu vejo que a possibilidade de o usuário poder participar politicamente é algo que tem um efeito sobre a sua dinâmica, como tem efeito sobre a dinâmica de qualquer um que descobre um dia que tem essa possibilidade de participar politicamente, da vida política, e pro usuário de saúde mental isso muitas vezes é uma descoberta que representa uma guinada muito grande na sua vida, então, vamos dizer assim, tem um efeito terapêutico, um efeito clínico nesse sentido, além, obviamente, dos

efeitos políticos que isso representa, mas, mais individualmente tem esse efeito, da articulação com as outras pessoas, enfim, tem uma terapêutica aí que é função, mesmo que não reconhecida, mas é função das associações (F, 12/4/2006).

O principal papel das associações é não tornar que os serviços se tornem manicômios; a associação é a vida, é organização, é luta, é enriquecimento, é sentido de vida; tenho escutado muito de pessoas que tiveram suas vidas arruinadas que quando passaram a militar em associações de usuários passaram a ter um sentido de vida, passaram a conceber a razão da sua existência em vida; então, a principal importância das associações é não deixar que o serviço se torne manicômio, é tornar o serviço um pouco mais rico, com mais vida, é organizar a questão política, é falar em nome dos próprios usuários; então, a importância das associações de usuários é levar a boa nova aos CAPS, levar a boa nova aos serviços de saúde mental, levar a boa nova do modelo psicossocial, ou seja, discutir o controle da loucura, ou seja, a maior importância das associações é levar a discussão da liberdade, liberdade e dignidade dos portadores de transtornos mentais (GIRASSOL, 20/3/2006).

Além do tratamento e dos serviços, eu acho importante que a associação possa se fortalecer enquanto movimento popular de luta pela Reforma Psiquiátrica, que os usuários possam se conscientizar dessa importância de estarem articulados, lutando pela implantação da política, da política de saúde mental sob esse novo paradigma da Reforma Psiquiátrica; eu acho que essa é a maior importância, acho que essa é a maior tarefa da associação; claro que isso se reflete na micro política institucional no próprio CAPS; a associação vai estar lutando, a nossa associação aqui, por exemplo, já lutou pelo próprio vale transporte dos usuários, de ir até a secretaria (Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis) conversar com o secretário e reivindicar enquanto essa democracia representativa dos próprios usuários, técnicos e familiares; pela própria manutenção desta casa na época que houve a questão da construção da via de acesso ao Hospital Infantil, existia um projeto da outra via passar também por aqui, os usuários batalharam que essa casa se mantivesse aqui, que o CAPS se mantivesse aqui e conseguiram; então, acho que essa luta maior de articulação que exige uma consciência política dos líderes que estão na associação, dos usuários como um todo, é que é a grande tarefa da associação, só que isso se faz num trabalho de formiguinha, num trabalho miúdo (VIK, 24/3/2006).

Cabe destacar que o controle social compreende a participação da população na perspectiva da interferência na gestão da política pública de saúde, colocando as ações e serviços na direção dos interesses da comunidade e estabelecendo uma nova relação entre Estado e sociedade. Conforme Correia (2002, p. 212), controle social “é a atuação da sociedade civil organizada na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam às demandas e aos interesses das classes subalternas”.

A III CNSM ressalta a importância do controle social, através dos mecanismos já existentes (Conselhos, Conferências e Comissões de Saúde Mental, organizações da

sociedade civil e movimentos sociais), como forma de garantir o avanço da Reforma Psiquiátrica. Os indicativos da Referida Conferência destacam que o controle social deve constituir-se com a representação dos três segmentos – usuários, familiares e profissionais de saúde, na perspectiva de induzir uma ação de acompanhamento da construção das políticas municipais, estaduais e nacional de saúde mental. As Comissões de Saúde Mental em ação conjunta com os Conselhos de Saúde devem exercer seu papel de controle e fiscalização das políticas públicas, o que inclui o orçamento e a destinação de verbas para a saúde mental, em todos os níveis (BRASIL, 2002a).

A ação da sociedade civil e dos movimentos sociais é ressaltada visando a garantir que os programas de saúde mental não sofram descontinuidade por ocasião de mudanças de gestão administrativa e/ou política. Para tanto, devem ser criadas estratégias para a viabilização de maior envolvimento dos diferentes atores sociais com as questões da saúde mental. Entre estas, destacamos o papel das associações de usuários, técnicos e familiares e dos núcleos estaduais e/ou municipais do movimento da luta antimanicomial, na gestão dos serviços e na fiscalização das práticas de saúde mental (BRASIL, 2002a, p. 142).

3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia

A desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial são dois dos pressupostos teórico-epistemológicos orientadores das práticas assistenciais indicadas na e pela Reforma Psiquiátrica. Tendo isso em conta, perguntamos aos participantes da pesquisa se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas para a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referiram que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras.

As falas relacionadas na seqüência explicitam a percepção dos entrevistados sobre a questão e indicam algumas possibilidades que, segundo eles, poderiam favorecer o desenvolvimento de ações de reabilitação psicossocial.

Em parte sim, em parte; eu acho que como a gente não tem um sistema de avaliação a gente não consegue medir isso muito bem; a nossa intenção é essa, o que não quer dizer que as nossas ações consigam de fato alcançar; acho que a gente poderia fazer mais, a gente poderia ter uma articulação mais intensa e mais constante com outras instituições, com outros sistemas de atenção, além claro da própria rede de saúde, que não existe; em Florianópolis a gente não tem rede, até está se formando, dá pra dizer que está se formando, mas não funciona como rede ainda, efetivamente não funciona; a gente tem pouco contato com a atenção básica, com o PSF, que seria um parceiro importante, a gente tem pouco contato com os outros CAPS também em termos de troca, enfim, com outras instituições de saúde, então, acho que a gente ainda continua isolado, e aí pensar em reabilitação psicossocial com essas condições é um pouco mais complicado; a gente vê alguns efeitos, que a gente mede pelo usuário em si, que é o fato de que ele consegue evitar internação, que ele consegue muitas vezes voltar a trabalhar, sua participação nas oficinas passa a ser bastante diferente, enfim, mas são coisas que a gente não tem um instrumento pra avaliar (F, 12/4/2006).

Eu penso que sim, apesar de que hoje o programa de saúde mental não conta com uma rede completa de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, então, assim, a gente tem essa dificuldade; se existisse isso de forma mais estruturada, de forma mais incrementada seria mais fácil a reinserção social; por exemplo, a gente não tem leitos psiquiátricos no HU, um hospital geral, que já tem um ambulatório de psiquiatria, poderia ter um serviço de emergência, facilitaria, evitaria internações, um mercado protegido, um projeto de geração de renda também não temos, não temos os CAPS territorializados ainda, então, tem uma série de dificuldades colocadas aí que impedem essa reinserção social num tempo menor do que acontece hoje; acho que hoje o tempo que o usuário fica dentro do CAPS ainda é muito grande por conta de a gente não ter essa rede completa, que possa dar esse suporte extra CAPS. [...] eu não sei se isso acabaria institucionalizando, de certa forma sim, mas assim, isso está na pauta, e se isso está na pauta não está institucionalizando, você entende o que eu quero dizer? isso está sendo falado pro próprio usuário, isso está sendo dito pra ele, olha tu já está aqui muito tempo, o nosso objetivo pra ti, nosso projeto terapêutico pra ti seria de tu poder estar fazendo isso, isso e isso lá fora, então assim, não diria institucionalizado porque talvez institucionalizado seria quando a gente não se desse conta disso, ah não isso está rolando, o usuário está aqui há anos, ninguém está fazendo nada, continua na mesma, aí sim estaria cronificando, mas acho que não nesse sentido, de que isso está na perspectiva, a gente está querendo a inserção, a gente está querendo a rede extra hospitalar, a territorialização dos CAPS, só que a gente não tem uma série de elementos necessários pra fazer a reinserção, a política, o programa de saúde mental, aliás ele está sendo implantado, incrementado muito mais agora recentemente (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que sim, mas muito pouco ainda; elas se encaminham, elas têm como ideal, elas desejam, mas na prática isso é muito pouco feito; eu vejo que nesse CAPS a equipe acaba estando muito fragmentada porque faz milhões de coisas também, desde a parte administrativa, parte clínica, oficina, se divide; eu acho que deveria ter a equipe como um todo trabalhar nisso, mas ter também grupos de atuação, como a gente

chama de atuação local, então, ainda para o que necessita está muito pouco assim, muito aquém [...] A primeira proposta começaria via Regionais, nas Regionais; por exemplo, as pessoas iriam para os seus bairros, ver qual é a possibilidade, as possibilidades que existem pro usuário se inserir, mas não só a Regional, poderia ter um grupo mesmo, sair com o usuário, fazer a coisa mais concreta, ela é feita, mas é feito muito pontualmente (LÉLI, 4/4/2006).

Em geral sim, mas tem alguns pacientes que, por exemplo, circulam no CAPS e que não tem nenhuma indicação de estar no CAPS, então ele acaba sendo um lugar de institucionalização ou de capsização. Tem isso; isso acaba acontecendo, mas em geral não é isso; em geral eu acho que todas as nossas ações, o que a gente discute em equipe é até a tentativa de diminuir essa dependência, esse vínculo de dependência, que em algum momento ela pode ser muito importante, mas em outros ela é excessiva e acaba aprisionando o paciente dentro do CAPS, e aí o CAPS passa a ter o mesmo papel e a mesma função do hospital; e como isso é o que eles conhecem, esse repertório é o que se conhece, é mais fácil de se acostumar com ele do que ter uma nova postura, uma postura de que, não, aqui eu vou tomar conta do meu tratamento, eu vou lá fora procurar o que é meu...; não, (o usuário) acaba esperando, ah o que você falar está bom, e aí essa atitude bem passiva, que ela é muitas vezes muito cômoda pra todos nós em muitos momentos, pra uns mais que outros, essa atitude de comodismo, de esperar, é ótimo, e aí isso acontece, acaba acontecendo, embora as práticas, elas tem a idéia de que não seja voltada pra isso; não é o objetivo, mas a gente observa que as vezes é falho (J, 22/3/2006).

Essa pergunta é muito difícil [...]; eu acho que não mudou muito meu olhar, a gente tende a sustentar a institucionalização, a gente não consegue dar alta, o paciente não consegue ter alta, não consegue sair; assim, digo um paciente que realmente talvez esteja até mais comprometido com esse tempo aqui, tem paciente que está aqui desde o início; eu acho que a gente acaba reforçando um pouco isso por mais que a gente tem o desejo de que fosse o contrário; existe uma certa comodidade pro paciente também, aqui ele tem atenção, ele é aceito, não tem assim uma grande briga por ele ficar aqui; então, isso me preocupa muito, eu fico pensando: é uma contradição porque ao mesmo tempo que o nosso trabalho é voltado pra isso parece que a nossa ação acaba revertendo o contrário; a questão da cidadania, a questão da construção de outros laços, criação de outros espaços, eu acho que é muito precária ainda [...]; por isso que eu acho que a gente precisa também de ter formas de avaliação dos pacientes, muitas vezes fica assim um exemplo ou outro que você tem, aquela pessoa foi, está lá trabalhando, talvez ela não tenha também construído um elo tão pesado, tão forte com a instituição, que ela já veio, ficou um tempo, saiu, voltou a fazer outras coisas da vida; eu acho que a gente ainda está institucionalizando mais do que desinstitucionalizando [...] (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p. 14) observam que um dos caminhos mais importantes para o qual aponta a desinstitucionalização é o da criação de novas relações com a loucura. Estas se processam a partir da mudança das relações institucionais internas e de

desmontagem dos dispositivos da clínica e da psiquiatria, mas certamente não se restringe a isto. Novas subjetividades e um novo lugar para o sujeito louco só são produzidos em relação com o social. O trabalho de desconstrução da institucionalização, necessariamente, extravasa o contexto institucional específico, atingindo seu objetivo mais amplo de questionamento das instituições e subjetividades capitalísticas, a desconstrução como transformação cultural. Para os autores, através do trabalho no campo social a desinstitucionalização atinge seu sentido mais abrangente, como processo social amplo e complexo de participação popular, territorialização dos serviços, envolvimento de diferentes atores sociais, e mudança da relação social com o fenômeno da loucura.

Sobre este aspecto cabe destacar que a desconstrução do paradigma da institucionalização e a construção do paradigma da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial envolve um conjunto de ações teórico-epistemológicas e de práticas assistenciais, amparadas por um sistema jurídico-político capaz de criar e garantir direitos aos portadores de transtorno mental. De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (1987), a reabilitação psicossocial é o conjunto de atividade capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários (OMS 1987 apud PITTA, 2001).

Nesta direção, a formulação da política de saúde mental, orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais nos campos da educação, cultura, habitação, assistência social, esporte, trabalho, lazer e a articulação de parcerias com universidades, Ministério Público, organizações não governamentais (ONGs), visando a melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania do portador de transtorno mental (BRASIL, 2002a).

Com o objetivo de saber se existem e identificar quais são as práticas de reabilitação psicossocial desenvolvidas no e pelo CAPS Ponta do Coral, perguntamos aos participantes da pesquisa se existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer. Do total de profissionais que responderam ao formulário, a maioria (66,7%), disse não existir, dois referiram não saber responder, e dois destacaram que existem. Dentre os que responderam que não existem tais práticas, um observou não ter conhecimento, oficialmente, das parcerias, um deles destacou que existem poucas e de acordo com o planejamento terapêutico do usuário, e um outro disse que tem em momentos específicos, mas não de forma contínua. Entre os que

responderam que sim, um referiu-se a experiências muito pontuais como por exemplo o uso da quadra de esportes próxima, e outro identificou parcerias com fundações municipais e estaduais de cultura.

Neste aspecto, os indicativos aprovados na e pela III CNSM ressaltam a necessidade de se priorizar, no âmbito da assistência em saúde mental, políticas que fomentem a autonomia dos portadores de transtornos mentais, incentivando o exercício da cidadania plena. Devem-se buscar parcerias entre o poder público e organizações civis para o desenvolvimento de projetos sociais e comunitários, de geração de renda e de acesso a todos os direitos, que possam funcionar como apoio na (re)inserção social destas pessoas.

No estudo realizado, perguntamos aos profissionais se as práticas assistenciais desenvolvidas no e pelo CAPS possibilitam ao usuário a construção de sua autonomia. Os entrevistados destacaram a necessidade de refletir conceitualmente sobre o que seja a autonomia do portador de transtorno mental, como avaliar a autonomia da pessoa. Referiram que, em geral, o serviço consegue cumprir com a função de estimular o usuário à conquista de sua autonomia.

A questão é discutir o que é autonomia, eu sempre parto do princípio de que autonomia não é independência, autonomia na verdade é a possibilidade de a gente poder ampliar as dependências, que é a vida de todo mundo, ou seja, eu pra viver eu dependo de um monte de gente, um que paga meu salário, outro que falo aqui, outro com quem eu me ligo afetivamente, enfim, eu dependo de uma porção de gente e isso me dá autonomia porque eu posso depender de muitas pessoas e de muitas instituições, muitos sistemas; o problema do usuário de serviço de saúde mental, paciente psiquiátrico é que ele, geralmente, depende ou das mesmas pessoas ou das mesmas instituições, ou seja, a capacidade de autonomia dele está muito reduzida porque ele não tem como circular socialmente, ele ou está sempre dentro de casa ou de casa pra uma instituição, seja ela o CAPS ou hospital psiquiátrico; então, pra mim autonomia é isso, é essa possibilidade de você ir ampliando os vínculos pra que você possa depender de muitas pessoas ou de muitas coisas ou de muitas instituições porque afinal de contas, em última instância, essa autonomia tomada como independência ela é imaginária, ela é irreal, não existe; então, eu acho que a gente consegue isso, a gente consegue ampliar a autonomia dessa maneira, primeiro porque o CAPS acaba se tornando um centro de convivência, então, o efeito imediato é que a pessoa deixa de ficar sozinha ou só com a família e passa a conviver com outras pessoas, esse é o efeito imediato, passa a ter outras relações que muitas vezes se desdobram, saem daqui, as pessoas fazem programas juntos fora, pinta relacionamentos amorosos ou só relação sexual, que seja, mas enfim, é uma oportunidade nova que o cara não tinha, encontrar alguém mesmo que seja só pra transar, então, isso já é um ganho também, já implica na ampliação de autonomia; eu vejo que muita gente aprende a lidar com o serviço público, aprende a correr atrás dos seus direitos, aprende a lidar com outros serviços de saúde, passa a

procurar o posto de saúde onde mora ou passa a ir pegar medicação em tal lugar sozinho, por conta própria etc.; eu acho que a gente consegue essa função, a gente consegue autonomia nesse sentido, mas pode ser melhor, na medida que a gente tiver uma rede, que a gente se inserir nessa articulação com outras instituições, com outras instâncias, a gente consegue fazer isso de maneira mais eficaz (F, 12/4/2006).

Em alguns casos sim, eu acredito que alguns casos quando não há uma limitação interna eu acho que sim, que é possível, através até da participação nas oficinas, nos grupos terapêuticos, da adesão ao tratamento médico; muitos conseguem realmente; passaram por um episódio, uma crise, conseguiram ficar bem e voltar para as suas atividades diárias, eu acho que quando eles aderem ao tratamento, quando há essa adesão, quando eu digo ao tratamento é ao projeto terapêutico deles, e não tem uma limitação, vou colocar entre aspas “uma seqüela” da própria doença muito forte, há essa possibilidade; em alguns outros casos eu acho que é difícil, assim, não é tão fácil medir isso, o que, quem melhora, quem não melhora, aquele que consegue voltar, aquele que não consegue, as vezes alguém que tem até uma doença mais incapacitante consegue, outros não, depende, depende do apoio que ele tem, do externo, da família, ou da própria sociedade, da comunidade em que ele é inserido, isso tudo faz diferença, que tem o background do que ele era antes, isso também faz a diferença, ele consegue resgatar; quando já não se tem muito o que resgatar aí fica mais difícil trabalhar; é individualizada essa resposta, mas eu acredito que em alguns casos sim, consegue essa (re)inserção de uma maneira muito boa e gratificante para os dois, pro usuário e para os profissionais (J, 22/3/2006).

[...] dependendo de como o serviço é gerido, dependo de dentro de que política de saúde mental esse CAPS está inserido, ele pode ao invés de estabelecer uma autonomia, mesmo que ele tenha uma boa vontade de estabelecer autonomia, ele acaba tornando a pessoa mais dependente ainda do serviço; então, é uma grande armadilha a construção da autonomia, não só especificamente pro CAPS Ponta do Coral, mas pra todos os CAPS que eu tenho visto; então, a gente volta novamente na questão da avaliação, novamente na discussão dos termos, eu acho que a questão dos conceitos ela tem que estar muito clara, o que significa cada conceito, eu sempre tenho batido muito nisso; o que é autonomia? É a pessoa ter minimamente condição de governar a sua própria vida, gerir sua própria vida, Ok! a gente estimula a pessoa a fazer isso, trabalha nesse sentido com a questão da autonomia, agora, quais são os parâmetros que nós vamos utilizar pra avaliar essa autonomia, isso a gente não tem muito claro ainda, acho que necessita; então, o CAPS possibilita autonomia, mas ao mesmo tempo não tem uma análise crítica [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Não obstante, cabe-nos destacar que a compreensão sobre autonomia que orienta este trabalho refere-se “a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente”. Neste caso, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas

relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001, p. 57).

As falas relacionadas a seguir destacam como o atendimento no CAPS Ponta do Coral possibilita a construção da autonomia do usuário.

Eu acho que em formas gerais sim, na relação que os técnicos tem com o paciente; agora, as vezes, a gente tem uma postura muito assistencialista em muitas situações, um assistencialismo que acaba prendendo o paciente, institucionalizando; são situações, eu acho que as vezes a gente repensa sobre elas, não foi bem por aí, mas, assim, eu vejo as pessoas contando a história do CAPS, teve muitas experiências que foram positivas também, que chegaram a um resultado, assim, sem muito recurso, sem muito com que contar fora da própria equipe, fizeram coisas que são surpreendentes em relação a tantos pacientes; eu acho que essa maneira de você poder dar voz, poder valorizar aquilo que a pessoa faz, consegue fazer em uma Oficina por exemplo, eu acho que essa é uma maneira de você conferir uma posição mais sujeita, mais ativa mesmo (P, 17/3/2006).

Sim, eu acho que sim, só que eu acho que a gente possibilita em alguns casos, não tem uma história linear de possibilitar a todos, eu acho que tem um projeto de possibilitar, mas isso não acontece o tempo todo, porque também isso não é uma via de mão única; hoje, eu já fui mais ingênua em relação a isso, muitas vezes uma pessoa que ficou trinta anos, vinte anos no hospital psiquiátrico, eu não sei mais se ele quer ter mais autonomia, muitas vezes ele quer, não quer; se a gente entender autonomia como trabalhar, seja em qualquer lugar, com uma bolsa trabalho, entender autonomia como decidir ir final de semana para uma praia, autonomia como ir ao supermercado, escolher o que vai comer, até certo ponto sim; por exemplo, se tenta até que muitos usuários saiam no final de semana, a gente na reunião das Regionais combina que eles possam ir, no final de semana, para um passeio, e eles não vão, eles ficam em casa, só vão se o técnico for, no dia de semana; então, acaba ficando um outro processo de não autonomia; então, a luta, a intenção é que isso se dê de outra forma, que também não fique dependendo do CAPS; existe uma construção pra isso e isso acontece, em certa medida acontece, mas ainda não como gostaríamos, porque nós também temos uma idealização de autonomia [...] alguns casos tem sim, vão até um certo ponto da autonomia que é possível pra pessoa, e outros vão mais além, outros regridem (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre as possibilidades de construção da autonomia do portador de transtorno mental, Kinoshita (2001, pp. 56-57) considera que a contratualidade do usuário, primeiramente vai estar determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Estes podem emprestar seu poder contratual para possibilitar relações e

experiências renovadas ao usuário, através de seu prestígio, de sua delegação social, do saber reconhecido pela sociedade. O referido autor destaca que aos profissionais é dada a capacidade de elaborar projetos, isto é, ações práticas que venham a modificar as condições concretas de vida do usuário.

A entrevista citada na seqüência relaciona a construção da autonomia do usuário a ações que envolvem outros serviços e outras políticas sociais como uma possibilidade para que o portador de transtorno mental adquira sua independência econômica. No caso, a profissional refere-se a Política de Assistência Social, através do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Outro recurso financeiro que pode ser acessado pelos egressos de internações psiquiátricas prolongadas é auxílio reabilitação psicossocial instituído com o Programa de Volta Pra Casa, através da Lei Federal N° 10.708/2003.

[...] um outro elemento pra isso (autonomia) são os usuários que estão totalmente desprovidos de qualquer recurso material que conseguem o BPC e isso garante autonomia porque ele tem o mínimo pra poder dar conta das suas necessidades materiais; então, muitas vezes, ele está numa condição muito vulnerável e aí passa a poder comprar aquilo que ele deseja, minimamente, porque é muito pouco o valor, mas consegue algumas coisas e isso garante essa autonomia, porque as vezes ele fica na família, fica sendo aquele peso que só incomoda, que não tem recurso financeiro nenhum porque ele está fora do mercado de trabalho mesmo, então, aí o benefício da previdência social também é um elemento de autonomia e de reconstrução da cidadania, mas entre todos esses outro que eu falei, do próprio material que ele tem contato na oficina terapêutica que ele consegue produzir algo; aquele usuário que é egresso do hospital psiquiátrico de polireincidência nas internações que consegue produzir uma peça bonita e que essa peça é vendida e que depois recebe o dinheiro dessa venda, também confere autonomia, confere cidadania, auto-estima (VIK, 24/3/2006).

Entendemos que a possibilidade de ter recurso financeiro próprio favorece sim a independência econômica do portador de transtorno mental, possibilitando-lhe uma vida com maior autonomia. Contudo, conforme destacou a entrevistada este é só um dos elementos que compõem o rol das necessidades humanas. A reabilitação psicossocial é um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia (KINOSHITA, 2001). Neste sentido, reabilitação e construção da autonomia caminham lado a lado.

3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental

A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos entrevistados como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista jurídico-política dos direitos do portador de transtorno mental.

Eu acho que hoje a gente já tem uma rede assistencial muito mais capacitada e quantitativamente significativa; no Brasil já são 800 CAPS; o fato de que tem recurso financeiro do Ministério da Saúde destinado, especificamente, à saúde mental, isso facilita a criação do serviço no município; em termos das modificações em relação ao que seja a loucura, o que seja o transtorno psíquico, acho que apesar das dificuldades a gente já conseguiu avançar com relação a isso, a gente já conseguiu trazer a discussão pra sociedade de uma outra maneira, levantando a necessidade de olhar isso também de uma outra forma; a medida que as pessoas começam a sair dos hospitais e voltam a morar seja em residências terapêuticas, seja com a sua família, e conseguem se manter bem dessa maneira isso também vai mudando o olhar das pessoas, pelo menos daquelas que o cercam; os projetos que a gente chama de modificação da cultura, a modificação da cultura manicomial, isso eu percebo que há um avanço, gradual, lento, tem um monte de resistência, mas a gente consegue, conseguiu, tem conseguido, e isso implica também no avanço político, no sentido da garantia do direito, no sentido de ter algumas prerrogativas preservadas com relação ao direito do usuário; então, eu vejo que de uma maneira geral a gente tem avanços e avanços muito significativos se a gente compara o que era transtorno mental há vinte, trinta anos, nesse país, tem coisas muito importantes que eu identifico (F, 12/4/2006).

Acho que a própria existência de CAPS, os hospitais dia, de ambulatórios de saúde mental, próximos as casas de onde o paciente mora, o Programa de Volta pra Casa, a possibilidade de uma residência terapêutica, são todas medidas atuais e dispositivos atuais que possibilitam essa nova forma de encarar o que alguém portador de transtorno mental pode ocupar, o que eles podem ocupar; então, eles podem ocupar os espaços, eles podem começar a fazer parte daquela comunidade (J, 22/3/2006).

A fala a seguir expressa como foi, historicamente, se alterando a forma de assistência ao portador de transtorno mental e de atenção em saúde mental na política de saúde do município.

Eu acho que a questão de criar um espaço que é aberto já é uma conquista; eu acho que hoje a gente tem essas possibilidades de CAPS, no posto de saúde mesmo; [...] quando eu comecei a trabalhar na prefeitura, há 20 anos atrás, assim, era uma equipe de um psiquiatra com mais um monte de estagiários de psicologia que saía em uma Kombi velha pra fazer alguma coisa, quando pintava um problema lá com um paciente do Campeche por exemplo [...]; não tinha nada na prefeitura há 20 anos atrás de saúde mental, então, hoje já tem, está se criando uma rede, tem profissionais nos postos, tem psicólogos, se pensa em fazer treinamento de agente de saúde, treinamento de clínico geral, já se fez algumas coisas; eu acho que isso, imagino que alguém que fica confinado dentro de um espaço, ele ter a possibilidade de circular, mesmo o pessoal do HCTP, eu acho que pra eles, assim, tem uns que não querem muito mais que isso na vida, pelo menos eles não estão tendo que trabalhar duramente como trabalhavam quando eram crianças, vem aqui, circulam, comem uma comida, anda aqui, vê televisão, bom! talvez essa seja a vida que eles querem, talvez seja...., já sai lá daquela estrutura fechada (P, 17/3/2006).

Na seqüência, a entrevistada relaciona algumas formas de exercício da cidadania que o usuário pode acessar com o tratamento no CAPS.

É, se for pensar que muitos usuários eles tiveram uma história, antes do surto, de uma vida organizada socialmente, trabalhando, talvez seria a reconstrução da cidadania, mas a medida que vem todo o isolamento propiciado pelo hospital psiquiátrico, todo o estigma do transtorno mental que a própria comunidade coloca, realmente de fato foi perdida; quando ele chega no CAPS e se propõe a se beneficiar desse espaço, assim, de fato se vincula ao projeto terapêutico dele, acho que ele consegue reconstruir elementos pra essa cidadania, num primeiro momento autonomia, acho que o cartão do vale transporte, o exemplo que eu posso dar, o cartão do vale transporte que é oferecido no período que ele tem tratamento aqui é o mesmo cartão do cidadão que vai comprar lá no SETUF, então, aquele usuário que é estigmatizado, eu já presenciei essa cena, um usuário de uma comunidade de periferia que era o louco do bairro, ele entrou dentro do ônibus com o mesmo cartão que qualquer outra pessoa, passou o seu cartão, veio pro CAPS, depois foi embora pra sua casa, então, isso já é um elemento, muito pequeno, mas é um primeiro elemento talvez, que começa aí, de ele se reconhecer enquanto sujeito, enquanto cidadão, e depois aqui também, a possibilidade de participação, no momento que ele consegue produzir algo numa Oficina, no momento quando ele consegue, na clínica, se dar conta dos seus conflitos e ter mais qualidade de vida nas relações [...] (VIK, 24/3/2006).

Uma das entrevistadas fez destaque às formas de atuação que, na sua opinião, representam conquistas significativas e correspondem a práticas que favorecem o exercício da cidadania do portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Avanços, pra começar, acho que o grande avanço foi a Reforma Psiquiátrica, a construção do CAPS, dos CAPS, as portarias que fazem com que os hospitais psiquiátricos sejam substituídos por vários CAPS, esse foi o grande avanço em primeiro lugar, porque é o momento de tirada das pessoas desses castelos, dessas muralhas, não só porque ficaram ali presas, mas de todo aquele sofrimento mesmo, de miséria, enfim, como os últimos dos últimos, então, eu acho que esse é o primeiro ponto, é que os sofredores de transtorno psíquicos e mentais não ficassem segregados, mas poder estarem sendo mostrados e expostos - uma parte da sociedade, são pessoas que podem transitar, que estão aí, não necessariamente precisam ser escondidos como uma vergonha; junto aos CAPS, isso não caminha sozinho, tem a construção as redes de atenção básica também; [...] mas quando fala em cidadania acho que tem três eixos: um é a construção do CAPS, de serviços como o CAPS, outro são as residências terapêuticas e o outro a economia solidária; hoje eu vejo como isso, assim, esses três projetos, que foram feitos com luta, porque a primeira luta foi dos hospitais, então, tem as portarias que substituiu os hospitais por CAPS, progressivamente, tem toda a luta do movimento antimanicomial, tem as leis que protegem, tem esses três eixos; residência terapêutica é um lugar de resgate à cidadania porque a pessoa vai poder estar numa casa, vai poder comprar um bombril pra limpar a panela, vai poder comprar tomate e batata, vai começar a transitar no meio de outras pessoas, com a vizinhança, a se autogerir, poder fazer escolhas para sua casa, onde ele quer botar um quadro, onde ele quer botar o guarda-roupa, sua roupa, com outros colegas, mas enfim...; tem também a economia solidária que é o momento de autogestão, de fazer escolhas também, de decidir sobre sua vida, em uma certa instância, porque em última instância, em última análise ninguém daqui decide sobre a sua vida, nem eu, nem tu, a gente já nasce num sistema que te absorve e a gente é o que em última análise o capitalismo quer que a gente seja mesmo, nossa roupinha, nossa comida, nosso padrão de beleza, tudo a gente faz como é vendido; eu acho que essas iniciativas, porque a economia solidária não é só cooperativa, não é só associação, não é somente, é uma outra forma de produzir trabalho e discutir sobre esse lucro, que antes estava na mão de algumas pessoas, então, é dividir, eu também decido sobre o que é o meu trabalho, eu não me alieno dele, mas eu sei onde é que vai o meu trabalho (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Fleury (2004, p. 4), os grupos excluídos estão, em geral, impossibilitados de participar das relações econômicas predominantes no mercado, como produtores e/ou consumidores, e das relações políticas vigentes, os direitos de cidadania. Segundo a autora, esta situação é agravada pela transformação das políticas públicas de proteção social, afastando-se de um modelo de seguridade social, que buscava assegurar coletivamente o mínimo vital para todos os cidadãos, em direção à individualização da pobreza e da exclusão.

Conforme aponta Pitta (2001), o homem moderno, acriticamente, persegue formas de inclusão social pelo trabalho, desconsiderando o fato do trabalho não ser nem

tão disponível nem tão flexível para suportar as diferentes demandas individuais e coletivas que a sociedade moderna impõe. Não obstante, a tradição asilar e assistencialista das instituições psiquiátricas, historicamente, caracterizou-se pela função de excluir os marginalizados, produtos das disfunções do modo de produção capitalista e da divisão social do trabalho. Em geral, a população internada, e muitos dos egressos de hospitais psiquiátricos atendidos nos CAPS, está cronificada, com poucas chances de retorno ao mundo do trabalho capitalista.

A fala relacionada a seguir traz a compressão e reflexão, do profissional entrevistado, com relação ao conceito de cidadania e as implicações práticas deste quando se tem como parâmetro uma concepção e um modelo de cidadania pautado na lógica da racionalidade.

Eu tenho visto que está se percebendo uma maior clareza da necessidade dessa cidadania do portador de transtorno mental, porém ainda falta um pouco mais de discussão em nome de que direitos o portador de transtorno mental tem pra fazer cidadania, porque é assim, a cidadania dentro desse modelo francês - igualdade, fraternidade, liberdade, ela exige muito a questão da razão, pra você exercer cidadania você tem que falar em nome da razão, e muitas vezes o usuário, quando está em crise acaba não falando numa razão, acaba falando uma desrazão, e aí como fazer? como dar conta disso? ainda não temos resposta, em nome de que cidadania é reinventada uma cidadania para os loucos, mas tudo bem, isso é pra gente pensar; então, o avanço que tem em relação a construção da cidadania é quanto mais ter associação de usuários em que se discuta cidadania, mais vai ter cidadania, que eu não acredito que os CAPS tenham trabalhado muito nessa lógica, porque acaba não discutindo a questão da cidadania, que cidadania é essa, o que se entende por cidadania, o que é o ser cidadão [...](GIRASSOL, 20/3/2006).

A cidadania integra as exigências de justiça e exercício democrático do poder; o sentimento de pertencer a uma comunidade e de estar integrado a uma dada coletividade social, em determinado espaço territorial (FLEURY, 2004). A idéia de direitos do cidadão – civis, políticos e sociais – remete a construção dos Estados nações, em que o princípio das nacionalidades precede o ideal filosófico cidadania universal. A cidadania, definida pelos princípios da democracia, constitui-se na criação de espaços sociais de luta (movimentos sociais) e na criação de instituições permanentes para a expressão política; significa, necessariamente, conquista e consolidação social e política (VIEIRA, 2002, p. 40). Ainda, a cidadania passiva, outorgada pelo Estado, se diferencia da cidadania ativa, na qual o cidadão, portador de direitos e deveres, é essencialmente criador de direitos para abrir novos espaços de participação política.

Diversos são os obstáculos para o exercício da cidadania do portador de transtorno mental entre estes a vinculação dos direitos a racionalidade instrumental-cognitiva da ciência; a vinculação da sua prática a inclusão controlada no mundo do trabalho, modelo este que, no caso brasileiro, é denominado por Santos (1979) de cidadania regulada. Vasconcelos (2000b, p. 191) indica que, para aqueles que assumiram a proposta da desinstitucionalização e reinvenção da cidadania no campo da saúde mental, há de considerar que estamos diante de um terreno de relações de forças complexo e paradoxal, em que a manutenção do caráter democrático nas relações exige abandonar esquemas conceituais lineares, onipotentes, que queiram garantir de antemão a sua eficácia.

Fleury (2004, p. 12), observa que “a mediação entre os indivíduos e o Estado, através da igualização realizada na cidadania só é efetiva, na medida em que a sociedade civil seja capaz de realizar as funções de agregação dos interesses, reconhecimento dos sujeitos e sua inserção na esfera pública. Só assim a cidadania deixa de ser um invólucro legal e passa a ser um exercício na vida social”. Portanto, uma visão mais ativa de cidadania requer um sentido de sociedade civil como uma esfera pública onde os cidadãos se encontram em reconhecimento mútuo, e isto faz possível a sociedade plural.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referiram que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental substitutivos ao modelo tradicional/asilar. As falas a seguir identificam estas dificuldades fazendo uma análise da questão na realidade da sociedade capitalista atual.

Tem o mito de louco, do louco perigoso, do louco imprevisível, é algo que pesa muito [...], que é a lógica do mercado; pra nós, basicamente, estar inserido na sociedade é estar trabalhando, a gente se pauta muito por isso, pra poder se considerar inserido, vinculado no mundo você tem que estar no mercado de trabalho e, muitas vezes, essa lógica enlouqueceu muita gente, e as pessoas não conseguem, principalmente os usuários dos serviços de saúde mental, os psicóticos em particular, tem muita dificuldade em entrar nessa lógica, e se submeter a ela, coisa que pra qualquer um tem um custo muito alto em termos de saúde, eu digo quem está inserido mesmo no mercado de trabalho, em termos de saúde, de relação com a sua família, com as pessoas que gosta, com os amigos etc., isso tem...; viver para o trabalho é algo que pra nós é insalubre de uma certa maneira, a gente não faz outra coisa a não ser trabalhar; então, pra essas pessoas que estão fora do mercado de trabalho

é muito complicado poder voltar, o que sobra é uma rede de assistência que na nossa realidade é sempre capenga, sempre parcial, tem dificuldade em aceitar o louco por conta desses mitos, e, também, da própria resistência do usuário, da pessoa com esse tipo de dificuldade de entrar nessa lógica, no que ele de uma certa maneira faz muito bem, algo que cria outros problemas pra ele (F, 12/4/2006).

São tantas, é assim, primeiro lugar, eu vejo assim, com todo o preconceito que tem da loucura, tem uma coisa no nosso sistema capitalista que é a questão da produção, produção de capital, produção de bens, e inserção no comércio, no mercado de trabalho, então, o portador de transtorno, sofrimento mental, ele a princípio, quando ele está nesse estado, ele não é produtivo, produtivo pra esse sistema capitalista, ele não trabalha, ele não consome muito, porque ele não vai ter dinheiro, portanto, isso de maneira geral, a gente sabe que as pessoas de posse, que a loucura, o sofrimento psíquico ele atravessa qualquer classe, mas 90% tem isso; então, a princípio existe a exclusão, já existe esse preconceito também, mas muito mais que isso, que a sociedade de fato ela é dividida entre os que produzem, os que fazem a engrenagem funcionar e os que estão a margem, então, o usuário é mais um que está a margem, assim como o menino de rua, os rapazes do morro, então, ele é mais um, também, que causa incomodo, e ele no Estado, das políticas públicas do Estado ele seria como só o gasto, não seria mais uma produção; além de ser uma sociedade racionalista que tem toda a sua formação no discurso, no discurso reto, no discurso racional, na fala, a fala racional, na linguagem articulada como o único meio privilegiado de comunicação, e o usuário, muitas vezes, não tem esse instrumento, por conta da sua fragmentação, da sua história, da sua medicação, da própria coisa do delírio, muitas vezes ele não tem o tempo todo essa fala coerente, esse discurso, dessa forma já faz com que ele não seja inserido, uma vez que ele é a minoria digamos assim (LÉLI, 4/4/2006).

Hoje, a gente fala muito em rede de atenção psicossocial; eu percebo que é uma rede que ela tem que estar instituída, que são locais de proteção para o portador de transtorno mental, são as certezas, são os caminhos certos que os usuários teriam, a rede; o problema a começar é que nós não temos essa rede instituída, entendo por rede: emergência psiquiátrica ou emergência em atenção psicossocial em hospital geral, CAPS III, CAPS II, CAPS criança e adolescente, CAPS álcool e droga, associação de usuários, escritório jurídico para amparar o direito do portador de transtorno mental, atenção primária em saúde mental, equipes volantes, centros de convivência, enfim, tudo o que preconiza a rede em atenção psicossocial, esse seria o primeiro passo; então, essa dificuldade, não temos a rede em atenção psicossocial, esse é um passo; segundo, o próprio imaginário social das pessoas em relação a loucura e ao louco, isso é uma outra dificuldade, que daí entra em cena o estigma e o preconceito, onde o portador de transtorno mental passa a não ter crédito na comunidade, e isso ainda é uma dificuldade; e, claro, depois tem toda a questão do trabalho, as cooperativas de trabalho, que ainda não se discute muito em Santa Catarina, não conheço nenhuma cooperativa social de trabalho para portadores de transtorno mental, que é uma forma de gerar trabalho diferente dessa preconizada pelo modo de produção capitalista, que você tem que produzir pra receber, isso é uma outra dificuldade, a dificuldade em cima da questão do trabalho, do emprego, que muitos acabam tendo seu reconhecimento, sua valorização em cima

do dinheiro que tem no bolso, o poder contratual que a pessoa possa ter, as vezes, na sociedade, é o quanto ela tem no bolso, e a maioria dos usuários não possui isso, e é aonde muitos acabam querendo se aposentar para poder ter o seu dinheiro, que não tem outra alternativa ou clareza do que fazer pra ter dinheiro, então, esse é um problema enorme na questão da reinserção social (GIRASSOL, 20/3/2006).

Os participantes da pesquisa apontaram que uma das possibilidades para a (re)inserção familiar e social pode ser a separação das oficinas produtivas da área física do CAPS. Esta proposta e os projetos de geração de renda via economia solidária foram apontadas por alguns dos entrevistados como uma das alternativas para a realização de uma maior integração do serviço com a comunidade, bem como a melhor adequação do próprio espaço físico do CAPS.

[...] a questão do projeto de geração de renda, que eu acho que de fato está faltando, inclusive a gente já está também se mobilizando pra tentar criar um projeto nesse sentido, porque os usuários aqui, nas oficinas terapêuticas produtivas, eles conseguem ter acesso ao material específico de cada oficina produtiva, também, a técnica de produzir o artesanato, mas não tem mercado; eles conseguem vender as peças, conseguem resgatar uma grana, mas não é suficiente pra poder manter ele, manter as condições de sobrevivência; então, precisa implantar essa geração de renda, de fato acho que vai dar um gás pra essa (re)inserção dos usuários que estão sendo tratados do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Já para uma das profissionais entrevistada as dificuldades na (re)inserção social estão mais relacionadas a questões de singularidades dos portadores de transtorno mental.

Eu acredito que volta de novo pro estigma, vai voltar pra própria incapacidade, pra própria dificuldade do usuário, do paciente; muitas vezes eles poderiam fazer algo muito mais do que fazem, e aí tem o medo, o medo deles, o medo de eles terem de enfrentar a própria doença, de eles terem que enfrentar os outros, e a hora que eles conseguem fazer esse movimento aí vem o medo do outro, aí é mais fácil ficar parado, aí volta pro comodismo, mas de alguma forma se a gente consegue..., aí não precisa de grandes movimentos, eu imagino que pequenos movimentos dentro da comunidade, que seja, alguém ir conversar com o diretor da escola, ir conversar, aí a diretora consegue conversar na sala, vamos supor que tem alguns pacientes, mais jovens, que pelo surto psicótico deixaram de ir e aí não retomam, não retomam porque tem medo, porque as vezes vão rir dele porque ele é louco; então, pequenas intervenções, elas tornam possível mudar um pouco essa inserção, essa reinserção, mas a gente esbarra de novo na falta de técnicos pra fazer isso e também acho que até por uma falta de equipe, aí volta pra equipe, entende, não tem uma equipe que pense isso em conjunto, que age em conjunto e aí como fica muito personalizado, individualizado os atendimentos, cada um vai pra..., eu vou pro meu consultório, outro vai pra oficina e aí não tem a equipe (J, 22/3/2006).

Outra entrevistada referiu-se ao estigma e preconceito existente por falta de conhecimento e divulgação, exposição, seja nas universidades ou por parte dos próprios serviços de atenção, sobre saúde mental.

Bom, eu acho que entre elas a questão do estigma, do preconceito, e não é um preconceito.... a gente sabe que tem riscos em algumas situações, a gente também as vezes tem medo de algum paciente, te dizem ah fulano matou três pessoas..., não é um preconceito que nasce do nada, muitas vezes é um preconceito que de alguma forma é compreensível, mas você não pode ah então ta...; eu acho que não existe muito, você não vê muito nos meios de comunicação uma campanha em torno da desestigmatização, você vê de outras coisas, com relação a aleitamento materno, outras questões da política de saúde; com relação a saúde mental eu acho que se fala pouco na sociedade, se discute pouco; por exemplo, na universidade, até não sei se lá na saúde pública o pessoal da saúde mental tem feito mais coisa, até os alunos que vem fazer residência aqui, a primeira reação deles é: a gente está aqui e tem medo, nem eles foram preparados pra isso, então, você começa a avaliar que tem uma falta..., não se fala muito no assunto, acho que assim, não se fala no assunto na sociedade; assim como se faz grupos de mulheres lá nos postos de saúde pra tratar de questões de sexualidade, muitas vezes faz sala de espera pra tarar de questões..., não se faz uma sala de espera pra falar de saúde mental; então, eu acho que talvez assim, a gente pensar, bom! nós estamos nisso (na saúde mental) e nós nunca fomos fazer uma sala de espera no posto de saúde da Agrônômica pra falar de saúde mental, pra falar do CAPS, quem sabe a gente também precisasse fazer algumas coisas assim, começar uma divulgação maior; acho que pouca gente de fora do serviço, fora das pessoas que trabalham na saúde mental sabem da política do Ministério pra saúde mental, que existe uma política de criação residências terapêuticas; eu li relatos de pessoas no Rio (RJ) que tiveram muita dificuldade de alugar pra se fazer uma residência terapêutica, num prédio então, quando ficaram sabendo que eram pessoas que vinham de hospital psiquiátrico ninguém quis; então é muito difícil, e ao mesmo tempo tem experiências positivas, tem pessoas que estão na residência e diz que a vizinhança viu que eles não são bichos, que eles podem interagir, podem estabelecer laços de vizinhança, então, tem algumas experiências boas e algumas experiências que são difíceis (P, 17/3/2006).

No contexto do estudo foi perguntado aos profissionais entrevistados se a atual organização dos serviços de saúde mental favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais. Conforme pode ser observado nas falas relacionadas, as opiniões foram divergentes. Dois deles observaram sobre a necessidade da existência de diversas instituições e serviços articulados e integrados à proposta da rede de saúde mental para que seja possível favorecer a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental

Embora a estrutura se localize no município, pelo menos eu estou pensando em termos de utilização da rede; então, a gente tem no Brasil inteiro muita diversidade, tem cidades onde a rede está montada, foi instituída e funciona legal, não é o caso de Florianópolis, a gente tem dá pra dizer poucos serviços, são só três CAPS que deveriam estar regionalizados ou territorializados, mas não estão, e tem algumas equipes de saúde mental nas Regionais, nas sedes das regionais, então, eu vejo assim, tem uma rede a ser constituída, ela precisa criar os mecanismos pra que a pessoa possa usar isso como rede, isso em termos de atenção à saúde, quando eu falo em rede eu também não estou pensando só em serviço de saúde, estou pensando que há uma possibilidade de a gente ter uma rede que inclua outros serviços, que não sejam só os de saúde, só os especializados, que eu acho que é a nossa necessidade, você incluir outras instituições, outros programas, enfim, que tenham vinculação com a cultura, com o trabalho, com a arte, produção do conhecimento, com as universidades por exemplo, as universidades são um campo excelente, seriam um campo excelente pra gente poder trocar um monte de coisas, pelos programas de extensão que eles tem, pelos projetos comunitários etc., a gente podia estar fazendo parceria com as universidades, mas não conseguimos, não sai, não rola; [...] a saúde mental eu acho que é o melhor exemplo desse distanciamento porque é difícil encontrar uma universidade onde a Reforma Psiquiátrica esteja incluída, ou mesmo os temas da reabilitação psicossocial estejam incluídos nos currículos dos cursos de saúde, é raríssimo (F, 12/4/2006).

Então, essa rede montada de forma territorializada, principalmente, eu acho que esse aspecto da territorialização é fundamental, é chave pra conseguir a reinserção social, não só por facilitar o acesso do usuário, mas pelo fato de o serviço estar ali no seu território, isso é fundamental, além disso, o projeto de geração de renda, as vagas, os leitos psiquiátricos no hospital geral, é todo esse contexto que precisa ser implantado para de fato poder facilitar o trabalho de cada instituição dessas, seja do CAPS, seja do projeto de geração de renda, ou do próprio hospital geral, como um todo, assim, essa engrenagem funcionando bem aí sim vai ser mais rápida a reinserção social do usuário portador de transtorno mental (VIK, 24/3/2006).

A partir das colocações dos participantes da pesquisa, destaca-se a importância da rede de serviços na construção da cidadania das pessoas atendidas pelas políticas de ativação, as quais, segundo Fleury (2004), tem como objetivo a inclusão social de conjuntos populacionais definidos a partir da territorialidade. Tal proposta pretende tratar o território como um componente, tanto material como simbólico, da esfera pública. Neste sentido, a construção da cidadania passa, necessariamente, pela reconstrução das cidades e potencialização da rede de serviços na valorização das características objetivas e subjetivas da demanda local.

Na seqüência, um dos entrevistados enfatiza que a forma como são pensados e estão organizados os serviços de atenção não favorece a construção da cidadania dos usuários.

Não, não favorece, porque, primeiro, os serviços de saúde mental estão sendo construídos pra quê? Não tem muito claro ainda pra quê que se tem atenção básica em saúde mental hoje, pra quê se constrói centro de convivência, pra quê tem o CAPS? acho que o objetivo do serviço parece não estar muito claro, talvez eu esteja enganado; veja bem, a atenção básica é mais no sentido pra estar discutindo os seus conflitos, minimizando os “sintomas psiquiátricos”, e aí acaba não tendo um trabalho de reflexão sobre o contexto que a pessoa está inserida; [...] a questão da cidadania tem a haver..., quanto mais articulada for a pessoa, quanto mais ela se envolver com as lutas sociais, mais cidadania ela vai exercer, quanto mais clareza, mas crítica, mais conhecimento ela vai ter, ela vai desenvolver cidadania; então, a forma hoje como os serviços estão organizados, ela acaba não favorecendo essa questão da construção da cidadania porque ainda vem de uma lógica de modelo centrado no transtorno mental (GIRASSOL, 20/3/2006).

Uma outra profissional considerou ser difícil avaliar a questão pelo fato de a rede de serviços não estar implantada por completo, e por não ter avaliações sistemáticas dos resultados.

Olha, eu não sei se a gente já tem condições de fazer uma avaliação, a rede está meio que andando [...] assim, qualquer coisa que eu vá dizer é, assim, referente uma experiência ou outra, não sei se a gente tem condições de fazer uma avaliação enquanto rede; por exemplo, eu vi muitas experiência positivas em cidades como Campinas (SP) que eles já tem há mais tempo, por exemplo, residências terapêuticas, tem desde o começo dos anos 1990, tem muitas experiências boas de pessoas que conseguem transitar na vida, tem gente que está trabalhando; [...] eu acho que a gente precisa além de ter a política, de ter a carta de intenções, a gente precisa ter avaliações também, eu acho que uma questão dessa eu sinto que precisa ter uma forma mais sistemática de avaliar, qualquer coisa é uma coisa mais ou menos um olhar particular pra aqui pra ali, acho que no todo a gente não tem (avaliação sistemática), pelo menos eu não conheço ainda, pode ser que estão fazendo e eu não saiba ainda (P, 17/3/2006).

Já para duas das entrevistadas, a atual organização da rede de serviços na política de saúde mental favorece sim a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental.

Sim, eu acredito que sim, na teoria ela é muito importante e acho que trabalhando em todas as instâncias, se a gente for pensar naqueles mapinhas, os ambulatórios, os CAPS, hospitais dia, a escola, e os centros comunitários, os postos de saúde, todos capacitados; eu acredito que sim, a rede ela é bem estruturada e ela possibilita aos portadores de doença

mental, enfim, terem uma reinserção melhor e maior na sociedade, e também de entendimento do que ele tem, do que ele pode fazer, quais são os recursos que ele tem também pra lidar, dentro dessa rede (J, 22/3/2006).

Acho que sim, favorece, se tu me perguntasse se ela resolve, eu diria que não claro, ou até que ponto ela resolve, mas favorece sim, eu acho que tem um favorecimento relacionado a forma que as pessoas eram tratadas, acho que favorece muito mais (LÉLI, 4/4/2006).

É possível perceber nas falas relacionadas acima a preocupação com a efetiva implantação da rede de serviços em saúde. As redes, conforme proposto na política de saúde mental, possuem muitos centros, muitos nós que as compõem e as tornam complexas e resistentes. Estão embasadas na noção de território, como um sistema de relações e estruturas, muito mais que um simples espaço geográfico. O fundamental neste processo é que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento.

Neste sentido, torna-se de fundamental importância refletir sobre o exercício da cidadania no contexto das políticas públicas, cada vez mais segmentadas e focalizadas. Para Fleury (2004, p. 2), “as políticas atuais de inserção buscam reafirmar a natureza contratual do elo social em novas bases, com a revalorização do local e comunitário e a transformação do Estado em um animador e mobilizador de recursos societários. Reduzido a mantenedor da estabilidade de uma ordem econômica que produz a fragmentação e a exclusão social, o Estado, busca atuar de maneira compensatória e focalizada, atendendo aos grupos mais vulneráveis e/ou potencialmente ameaçadores da ordem social, por meio da convocatória da solidariedade lançada aos diferentes setores inseridos na ordem econômica. No entanto, a incapacidade de alterar as condições estruturais de produção da exclusão mostra os limites das políticas de ativação, cuja promessa de inserção social carece de expectativas de emancipação dos sujeitos e coletividades beneficiários”.

3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica

Os CAPS compõem o rol de serviços do modelo psicossocial de atenção em saúde mental proposto na e pela Reforma Psiquiátrica. Perguntamos aos entrevistados qual seria o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica e obtivemos como

resposta que este teria a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos ideais da própria Reforma.

Eu acho que a função imediata ela é servir como um ponto de articulação, porque a gente consegue criar um ambiente que é relativamente protegido e que dá ao usuário as condições de ele poder participar de outros circuitos; fundamentalmente é essa a função, de articulação; eu lembro de uma discussão que a gente fazia, em Brasília, uma vez, sobre essa importância excessiva que os CAPS acabaram adquirindo, como quase que o central do sistema hoje é o CAPS, mas ao mesmo tempo a necessidade de se ter um espaço como esse, principalmente, pra quem está vindo de uma internação prolongada ou pra quem sempre passou a vida dentro de um hospital psiquiátrico, se tem que ter um pólo, uma instância articuladora pra poder fazer a passagem, porque o cara não vai sair do hospital e retomar sua vida imediatamente, não vai, ele tem uma série de dificuldades que ele não consegue vencer, e o CAPS, nesse sentido, a função seria essa, de poder..., tem uma expressão que eu acho interessante que é: emprestar poder de contratualidade, ou seja, poder dá um certo aval de que esse sujeito pode participar novamente ou pode participar pela primeira vez dos circuitos sociais, pode fazer laços com outras pessoas, com outras entidade, outras instituições, esse é o aval que eu acho que um CAPS pode fornecer e essa é sua principal função (F, 12/4/2006).

É pensar o CAPS como um espaço em que o paciente vai estar usando e tendo apoio para os momentos de crise, e fora os momentos de crise, também, que não seja hospital, e aí, dentro da Reforma eu acho que o CAPS ele é fundamental, assim como os hospitais dia, é que aqui em Florianópolis a gente não tem hospital dia, mas eu acho que os moldes do CAPS (eles estão) é muito próximos, as vezes até é difícil dizer o que é um o que é outro; esse momento de transição do hospital para a sociedade, nesse momento o CAPS é algo muito importante, ele dá, é capaz de conter, dar uma continência pra o usuário, isso a gente percebe mesmo quando não tem nada, o paciente já está muito bem, eles voltam quando estão em crise, sem ter nada marcado, e só de estar aqui pra muitos já é confortante, então, a gente percebe que essa continência, esse acolhimento, e saber que ninguém vai vir aqui e amarrar e conter, porque acho que esse é o medo, de todo mundo, acho que isso já possibilita a procura, eu estou mal vou lá, vou buscar a ajuda do CAPS (J, 22/3/2006).

Eu diria que o CAPS seria o pensador da estruturação da rede de saúde mental, que via de regra o CAPS acaba sendo pra municípios de médio porte o primeiro serviço a ser instituído no território, no município, aí o CAPS acaba assumindo essa responsabilidade, a portaria fala bem disso, a 336, do que compete ao CAPS, e tem vários itens lá, entre eles organizar a rede de saúde mental no município, porém, acaba sobrecarregando os profissionais de saúde mental que atuam nesse CAPS; então, a importância do CAPS na operacionalização da Reforma, ele é importante enquanto um dispositivo crítico, ou seja, se o CAPS não ter a clareza do que seja a Reforma Psiquiátrica ele não vai

operacionalizar, ele só vai operacionalizar a Reforma Psiquiátrica quando ele entender que Reforma Psiquiátrica é o processo social complexo que se configura pelas quatro dimensões, enquanto ele não repensar, refletir a sua prática, o que ele está fazendo, o que não está fazendo, ter mais autocrítica, ele não vai conseguir operacionalizar a Reforma Psiquiátrica; ele tem importância porque tem vários atores, vários profissionais, é um time de pessoas, muito rico, envolvidas que estão no CAPS; agora, enquanto não ter claro o que é Reforma Psiquiátrica, esse processo, não vai conseguir fazer nada; ele é importante, mas se não tiver clareza de Reforma... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Na medida que o CAPS é a primeira, digamos, unidade, primeiro serviço que se propõem a substituir o hospital psiquiátrico já existe nisso por si só a sua importância; é substituição e não que a pessoa não possa ser internada, mas a idéia é que seja nos hospitais gerais, em algum leito nos hospitais gerais, então, bom, o CAPS é o primeiro ponto, é o primeiro lugar onde a pessoa vai passar o dia, onde vai ser tratado de outra forma o seu sofrimento, então, a importância dele está nisso, na importância política e clínica também (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que o CAPS, fundamentalmente, ele faz a clínica; se tem essa rede montada o CAPS faz a clínica, ele faz o atendimento psicossocial do usuário portador de transtorno mental, ele atende as questões mais subjetivas, e de fato toda esse mix de previdência social, a medicação, o atendimento psicológico, atendimento de enfermagem, mas se existe essa rede montada e aí vamos ter um projeto de geração de renda, aí ele vai fazer geração de renda, todas as Oficinas vão acontecer ali e não dentro do CAPS, o CAPS deveria estar na comunidade ele deveria estar territorializado (VIK, 24/3/2006).

Acho que todo mundo gostaria que ele pudesse ser um eixo desencadeador de todos esses ideais da Reforma Psiquiátrica, que a partir disso se experimentasse uma nova relação, que o paciente pudesse estar se soltando mais pra vida, pra construir seus projetos, seus ideais; acho que é muito importante poder retirar pessoas que estão enclausuradas há anos, criar esses mecanismos como residências, etc. pra pessoas que não vão resgatar os vínculos familiares, tem que procurar outras alternativas; acho que o CAPS ainda é uma instituição que é fundamental nessa política, ainda acho que ela pode fazer um papel importante; no dia-a-dia é um pouco mais difícil porque as vezes a gente não tem tantos mecanismos de avaliações, muitas coisas que também a gente vai capengando; quando você vê algumas experiências de pessoas que estão conseguindo dar conta da sua vida, saem, aí você vê que, bom! tem algumas coisas boas que estão acontecendo, o CAPS também está contribuindo; então, no meio dos prós e dos contras eu acho que os prós ainda são maiores, eu acho que é muito mais humano, muito mais um fator de justiça social você ter um espaço assim do que você ter uma pessoa enclausurada no hospital (P, 17/3/2006).

Neste sentido, conforme inscrito na Política Nacional de Saúde Mental, os CAPS devem assumir seu papel estratégico na articulação e no “tecimento” das redes de atenção em saúde mental. Tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da

rede de serviços, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, ONGs, empresas etc. (BRASIL, 2004, p. 12)

3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde

A proposta do progressivo deslocamento dos centros de cuidados em saúde mental para fora do hospital psiquiátrico, em direção à comunidade, colocada na e pela Reforma psiquiátrica tem nos CAPS o dispositivo estratégico desse movimento. Neste sentido, a rede básica de saúde torna-se o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os portadores de transtorno mental.

Essa rede é formada pelos centros ou unidades locais e/ou regionais de saúde, Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, que atuam na comunidade de sua área de abrangência. Os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, pois tem um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Por sua proximidade com as famílias e comunidades, as equipes de atenção básica são um recurso fundamental para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso de substâncias psicoativas e diversas formas de sofrimento psíquico. Neste sentido, é importante e necessária a integração e articulação dos CAPS com a atenção básica. Assumir esse compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção da saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo (BRASIL, 2004).

As atuais diretrizes da política de saúde mental do Ministério da Saúde orientam que, onde houver cobertura do PSF, deverá haver uma equipe de apoio matricial em saúde mental para no mínimo seis e no máximo nove equipes de PSF. E, que as ações de saúde mental na atenção básica devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2004).

No que se refere à relação existente entre o CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município e qual o tipo de relação existente, os dados coletados na

pesquisa indicam que: a maioria (91,7%) respondeu que sim, com ressalva de que é muito pouco, funciona de maneira precária e confusa, e que está num processo preliminar ainda. O profissional que respondeu não, observou que a rede está em processo de formação. Os profissionais cujas respostas foram positivas identificaram que a relação é de encaminhamentos, atendimentos em conjunto com as equipes de saúde mental das Regionais de Saúde, ajuda em atendimentos nas unidades locais de saúde, com os agentes comunitários de saúde, de referência, de acompanhamento, visitas domiciliares, encontro mensal dos trabalhadores de saúde mental da rede e encontro mensal dos psiquiatras da rede.

Sobre a relação do CAPS com as equipes de PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência alguns entrevistados observaram que a relação é pouca ou mínima, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda²³. Foram apontadas como justificativas o fato de o CAPS Ponta do Coral não estar territorializado, deste ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta do município, e a ausência de um planejamento e de estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente.

O CAPS como ele é único, então, ele é de toda a região; então, eu poderia até estar te respondendo que a gente tem um Posto aqui de cima do CAPS, que é o Posto da Agrônômica, ali tem o Programa de Saúde da Família implantado, com a presença dos residentes do Programa Saúde da Família e o contato que eu tenho, ele é meu, não existe nenhum outro programa ou vamos dizer convênio do CAPS com a Agrônômica, é meu aqui, assim como talvez seja da psicóloga em outro momento quando há essa partilha de paciente quando faz parte dos dois, então, eu só sei do que eu tenho, mas é muito pouco, eu tenho contato com alguns residentes que atendem alguns pacientes daqui, e eles precisam de algumas dicas ou, enfim, de se interar do que acontece, e eu também preciso saber como é que anda o acompanhamento deles lá, e aí entra em contato, as vezes vem aqui ou eu vou lá, mas são essas formas isoladas e depende daquele momento e da necessidade daquele usuário, não é algo que seja programado, que seja antecipado, institucionalizado, no sentido de firmar essas relações de uma forma..., não há; e, assim, o contato é com os residentes, não tem o contato com quem realmente vai ficar, porque os residentes passam depois de dois anos, eu também não tenho contato de quem é o médico, quem é o enfermeiro do Programa Saúde da Família, quem é o agente comunitário que vai na casa desses usuários, isso não tem, acho isso muito ruim, é muito falho, embora, volta pra aquela questão da equipe, que as coisas não são compartilhadas, você nunca sabe direito, é muito fragmentado, o que já foi feito, o que não está sendo feito; também não é delegado a função à ninguém de fazer, não há um planejamento pra isso (J, 22/3/2006).

²³ Em estudo sobre o CAPS de Palhoça/SC, Franco (2005) encontrou situação semelhante na relação do CAPS com o PSF e demais serviços de atenção básica municipais.

É mínima, é mínimo o contato, assim, as vezes, quando a gente necessita a gente vai atrás, tenta achar alguém que se interessa, que tenha alguma afinidade com a saúde mental, as vezes um agente de saúde que consegue se aproximar mais daquele usuário que mora lá e que resolve dá uma força, mas é assim, depende de uma série de coisas, da disponibilidade pessoal, da sorte de encontrar alguém etc., quer dizer é falta mesmo da articulação em rede, porque se a gente tivesse essa articulação o PSF automaticamente já seria acionado, e a gente não tem isso; claro, quando a gente precisa a gente até encontra uma boa resposta das equipes do PSF, mas pode não encontrar, tem um risco[...] não, isso não existe (articulação institucional CAPS – PSF), isso tem que ser construído, tem que ser proposto (F, 12/4/2006).

A relação que o CAPS tem é principalmente pra acompanhamento, a relação é essa, relação de acompanhamento, as vezes precisa realizar alguma busca ativa e não temos a possibilidade no momento, então, tem essa relação, a relação que a gente tem é mais no sentido de acompanhamento do próprio usuário; o que seria ideal, seria um pouco mais de estreitamento, discutir junto com o Programa de Saúde da Família alguns casos, nós irmos aonde os agentes comunitários estão, discutir algumas situações e isso não tem acontecido ainda; com essa lógica aí das regionalizações tem essa possibilidade; então, hoje existe uma relação, só que uma relação muito esporádica de situações isoladas e que precisa ser superada; o maior problema que existe é devido ao CAPS não ser territorializado, o CAPS II Ponta do Coral ele tem que atender uma demanda muito grande, basta ver o IBGE hoje, tem 400 e poucas mil pessoas em Florianópolis, então, é um CAPS II pra atender toda a demanda adulta do município, talvez o ideal seria um CAPS I em cada região, nas cinco regionais, e transformar esse CAPS num CAPS III no caso, e aí repensar depois toda a rede; então, a relação, ela se compromete com o Programa Saúde da Família devido a não territorialização do CAPS Ponta do Coral, a relação que existe é a relação de acompanhamentos isolados (GIRASSOL, 20/3/2006).

É uma relação ainda muito inicial ainda, um pouco precária; com os agentes comunitários a gente tem mais proximidade, no momento da visita domiciliar e no momento de fazer o resgate dos usuários que abandonaram, por algum motivo, o atendimento, mas acho que a relação poderia ser melhorada se o CAPS fosse territorializado, como a gente está aqui, é no centro pra todo o município, fica muito difícil, então, a nossa relação é muito mais com as referências regionais de saúde mental da atenção básica do que com as próprias equipes de PSF das unidades locais de saúde (VIK, 24/3/2006).

É isso que eu falei, essa perspectiva da regionalização que começou aqui visava uma maior articulação com a rede; eu acho que isso é um projeto que está ainda meio que na sua infância, ele está começando e, assim, o que eu te falei, a gente precisa sair mais daqui, no Norte (Regional Norte) a gente vai tentar essa experiência agora (realizar as reuniões da regional nos postos de saúde) de contato e incluir, por exemplo, os agentes comunitários nos processos de reunião com os pacientes daqui, tentar ver se eles podem estar acompanhando o paciente lá; tem uma paciente que está aqui que a gente esteve lá no Posto do Saco Grande pedindo pra equipe assumir alguns cuidados com essa paciente, eles se

dispuseram, mas assim, por enquanto ta muito mais alguma iniciativa aqui, ali, do que um processo mais amplo, não sei assim como isso vai caminhar com a história de já ter, por exemplo, profissionais regionalizados, isso também vai poder ser incrementado, esse é um desejo que eu tenho (P, 17/3/2006).

É muito pequena, muito, muito, muito, muito; eu não sei nem te dizer, em uma escala de um a dez acho que fica em dois, está muito pequena, está muito além do que poderia ser, eu acho que talvez com a implantação agora dos serviços na rede, nós temos em cada Regional um psiquiatra, dois psicólogos, uma média assim, está existindo mais aproximação, mas do CAPS não, muito pouco, muito pouco. [...] quando tu pergunta, hoje, qual é a relação do CAPS? eu não posso te mentir, pra mim é quase zero (LÉLI, 4/4/2006).

Buscando explorar as informações sobre a relação do CAPS com a rede municipal de serviços de saúde, perguntamos aos profissionais se o serviço realiza algum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. A maioria deles (75%) respondeu que não, dois referiram não saber responder e um respondeu que sim. Dentre os que responderam que não, um justificou que o CAPS não tem estrutura para atender mais esta demanda. Dois dos profissionais entrevistados disseram estar pensando neste tipo de trabalho. Um deles falou sobre a existência de um projeto, conforme relatado na fala que segue.

[...] a gente tem um projeto aqui que é de formação de acompanhantes terapêuticos, e no ano passado a gente formalizou esse projeto e mandamos pro Ministério da Saúde, ele foi aprovado e até hoje estamos esperando a liberação de dinheiro, mas enfim, o projeto foi aprovado, e a idéia era justamente transformar o agente comunitário de saúde num acompanhante terapêutico, e aí a gente faria a formação, uma capacitação, um curso de capacitação aqui, e depois faria o segmento com supervisões regulares, é uma forma de dar formação em saúde mental pra atenção básica e manter essa que é uma função do CAPS de dar supervisão e a formação mesmo pra esse nível da atenção; [...] a gente está esperando o dinheiro do Ministério da Saúde, ta lá pendurado, a gente olha o nome do projeto na internet, está lá, mas não tem nem empenho ainda, significa que não tem dinheiro destinado (F, 12/4/2006).

Para que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas na atenção básica é fundamental a capacitação destas equipes. A orientação é que as equipes de saúde mental de apoio á atenção básica incorporem ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. Conforme aparece na fala do profissional, são previstos recursos para o financiamento deste tipo de ações, embora, muitas vezes, a dependência de orçamento, a morosidade burocrática e/ou

ausência de decisão política, que justificam a longa demora, acabam por desestimular, dificultar, inviabilizar as iniciativas dos profissionais.

Repetidamente, temos ressaltado neste trabalho que os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico para a organização da rede de atenção em saúde mental, conforme é indicado nas diretrizes políticas da Reforma Psiquiátrica. Nesta direção, questionamos os técnicos da equipe do CAPS Ponta do Coral sobre qual o lugar que o serviço ocupa na rede municipal de atenção em saúde, em Florianópolis. As falas transcritas na seqüência destacam o fato deste não estar territorializado e, portanto, não se constituir no serviço regulador da porta de entrada para o atendimento em saúde mental. As equipes de saúde mental nas referências das Regionais de Saúde é que, atualmente, constituem-se no serviço primeiro de atenção em saúde mental. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhados pessoas com transtorno mental grave.

Seria esse serviço que articula, que regulamenta; não necessariamente ele é uma porta aberta que entra qualquer um; eu acho que ele pode até ser a articulação e a regulação, pode ser feita até capacitações nas equipes locais de unidades básicas, que a partir daí você vai poder em um caso de uma ansiedade ou uma briga com o namorado, “eu tomei 4 aspirinas”, não vai chegar aqui no CAPS; vai chegar aqui no CAPS realmente aquilo que for um caso mais grave, e só há possibilidade de isso acontecer a partir do momento em que as unidades locais estejam todas capacitadas e entendendo, até porque assim diminui o trânsito desse paciente; vamos supor: ele sai de uma cidade, vem pra Florianópolis, daí diz: onde é que eu vou num psiquiatra? Ah! vai lá no CAPS, aí alguém fala: mas tem que passar no clínico antes, aí passa no clínico, aí o clínico encaminha pro psiquiatra, daí ele não sabe onde vai procurar o psiquiátrica - vem pro CAPS, não vem pro CAPS, aí vem pro CAPS, mas é que na verdade ele toma fluoxetina há 2 anos, está em tratamento de manutenção porque ele tem um quadro de depressão recorrente, não é caso CAPS, então, isso já poderia ter sido triado lá no começo, o paciente já poderia estar tendo as consultas desde o início, todas acertadas, sem precisar ficar correndo de um lado pro outro [...]; então, eu acho que ele tem esse papel, tem essa função de regular, de saber o que está acontecendo no hospital, na Colônia, e ter esse contato, uma ligação sempre com a Colônia, e com os Postos de saúde [...]. (hoje, o CAPS faz isso?) algumas coisas, bem isoladas, de novo, é meio como um apaga fogueira; por exemplo, hoje, a gente foi fazer uma visita domiciliar lá no Saco Grande (bairro de Florianópolis) porque o paciente estava em tratamento psiquiátrico particular e parou de tomar o remédio, e aí a gente foi lá, só que o paciente não queria falar com a gente, mas, assim, eu chego lá, converso com a equipe que está lá naquele local e muitas vezes é só a psicóloga; também tem um certo descaso, no sentido de que ah! agora eu não posso falar, porque não percebe que conversando sobre aquele caso vai possibilitar que isso seja ampliado pra outros casos, pensam-se saídas semelhantes pra outro momentos, mas, assim, acaba virando um apaga fogo, e toda hora você tem que ir

apagar um fogo; então, existe um pouco, mas não de uma forma bem usada (J, 22/3/2006).

É atenção secundária como se diz; ele regula e não regula; [...] tudo vai passar muito pela clareza que os profissionais que estão na saúde mental tem em relação a própria epistemologia, tem em relação a própria política, tem em relação a própria noção de SUS, a própria noção de controle social, a própria noção dos princípios do SUS; então, tudo vai passar por isso, porque que eu estou dizendo isso, o CAPS é uma atenção secundária como a gente chama, eu acho ainda que o atendimento mais complexo, o atendimento terciário, deveria ser no território, acho que centrar as forças no território [...]; então, [...] a atenção básica é onde deveria regular isso, a regulação dessa entrada nesse sistema de saúde mental, nessa rede de saúde mental ela teria que ser prioritariamente atenção primária em saúde; então, as vezes, por necessidades especiais, por situações específicas, a pessoa acaba vindo direto pra cá, direto pro CAPS e aqui a gente atende, e, as vezes, essa pessoa não é indicada pra estar no CAPS, aí volta pra atenção básica, então, tem essa dificuldade, ou seja, o lugar que o CAPS ocupa na rede municipal de atenção em saúde é uma atenção secundária à pessoa com transtorno mental grave, já avaliada pela atenção primária em saúde, aquela pessoa que corre risco de suicídio, que acaba prejudicando a vida de outras pessoas, que está muito mal, nesse sentido (GIRASSOL, 20/3/2006).

Regulador da porta de entrada: não; como não é territorializado, a gente tem esse problema de ser serviço de referência pra onde vem os pacientes já encaminhados, ele passou pela porta de entrada do sistema lá no Posto, ele vem encaminhado pra cá ou através dos hospitais psiquiátricos, que é também uma outra forma de encaminhamento, mas a gente não faz a regulação da entrada; hoje, também, como tem equipes mínimas de saúde mental nas regionais, elas também funcionam muito mais como a reguladora do que nós; a porta de entrada é pelas equipes de saúde mental das regionais (F, 12/4/2006).

Eu acho que são várias coisas, por ser o único CAPS, pela rede não estar estruturada ainda, e pelas pessoas não conhecerem o serviço da rede, existe uma mistura, assim, o que é pra ir lá pro psiquiatra do Sul (regional de saúde), o que é pra vir pro CAPS; qual é o papel do CAPS, é a não internação, mas não tem CAPS III, então, a noite o cara não tem pra onde ir, na verdade, o CAPS ele é um espaço que regula a entrada do usuário sim, num primeiro momento sim, porque todos os que foram para a atenção básica muitos foram daqui, muito mais que a procura de fora daqui, primeiro eles vem pra cá, depois eles vão pra lá, agora o processo até está sendo inverso, já estão procurando a atenção básica porque eles já estão conhecendo, mas antes era daqui pra atenção básica, e é o único espaço, programa que acolhe o usuário psicótico, com transtornos mentais graves, porque a rede básica, ela não atende, se o cara tem um surto psicótico, está com qualquer surto, que está mal, ou ele tem um embotamento, ele não fala, está na família há anos, está lá segregado, está lá no quatinho dos fundos, não é caso de atenção básica é caso CAPS, então, ele é o único serviço de Florianópolis que se propõem a atender o usuário, o portador de sofrimento psíquico fora de hospital (LÉLI, 4/4/2006).

Ele é o primeiro serviço de saúde mental do município, primeiro serviço estruturado, credenciado no Ministério da Saúde, eu penso que ele tem um papel importante, ele serve como uma referência de atendimento em saúde mental a usuários portadores de transtornos mentais; dentro da rede, hoje, a gente tem as referências regionais de atenção em saúde mental na atenção básica, nas ULS, que são as unidades locais de saúde, então o CAPS serve como referência de atendimento a usuários com transtornos mentais graves do município de Florianópolis, é pra isso, essa é a função (VIK, 24/3/2006).

Pelas falas dos profissionais evidencia-se que Florianópolis não tem uma política municipal de saúde mental estruturada. A rede de serviços está em processo de formação e implementação. As ações ainda são muito isoladas e fragmentadas, sem uma direção comum. É notório que um único CAPS para atender a totalidade da demanda adulta do município é insuficiente. As possibilidades de atuação do serviço na prevenção e promoção da saúde mental, na capacitação e supervisão das equipes de atenção básica ficam, assim, prejudicadas e/ou inviabilizadas.

No processo de operacionalização da Reforma Psiquiátrica, conforme as orientações da Política Nacional de Saúde Mental e as propostas aprovadas na III CNSM, é necessário que os gestores estaduais e municipais estabeleçam mecanismos efetivos para o controle das internações psiquiátricas. De acordo com a Portaria GM/MS n ° 336/02, os CAPS devem possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou modulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local (BRASIL, 2002a). Com base nisto, perguntamos aos entrevistados se o CAPS tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Eles referiram que não, contudo, divergiram sobre como o serviço fica sabendo quando ocorre internação de seus usuários.

Não tem. A gente fica sabendo quando a família comunica ou quando é usuário de atenção intensiva, ou ele fez uma crise ou ele desapareceu do serviço, aí pela falta mesmo, pela ausência que ele provoca a gente vai atrás e fica sabendo que ele foi internado, mas a gente não tem instrumentos de controle sobre isso; a gente faz, no momento da internação, a gente procura manter pelo menos uma visita da equipe da Regional pra não perder o vínculo etc., mas nada formalizado, assim, no momento que aparece, que a gente fica sabendo; geralmente, a gente sabe, hoje é relativamente fácil, não acontece daquilo... fulano desapareceu e de repente aparece ele dois meses depois aqui novamente..., sai da internação ontem e tal, isso não acontece mais, geralmente a gente consegue ficar sabendo (F, 12/4/2006).

Não. Na realidade a família leva pra internar e pronto, as vezes comunica, as vezes a gente fica sabendo quando a gente vai fazer uma visita lá, muitas vezes a gente nem sabe que o paciente ficou internado, a não ser quando a gente liga, e aí o que está acontecendo, não está vindo, mas ele foi internado; então, não há esse controle e também quando é internado lá, dificilmente, alguém entra em contato, nunca vi, entra em contato olha fulano de tal está internado aqui com a gente, não tem essa comunicação (J, 22/3/2006).

Em relação ao controle das internações psiquiátricas, oficial e formal, nós não temos; estou falando enquanto profissional que atende uma determinada regional de saúde, isso nós não temos; o que poderia ser feito: um maior estreitamento com o “manicômio”, com o IPQ ou o São José (hospitais psiquiátricos), que quando internasse pessoas lá teria esse contato aqui, pra gente já ir conversando, já acompanhando juntamente com a equipe do hospital psiquiátrico essa pessoa, porque final de semana ou depois das 18 horas o serviço não atende, as vezes as pessoas entram em crise e a gente não tem como acompanhar isso, não tem como saber; o acompanhamento que tem é, as vezes, os familiares nos avisam que a pessoa está internada, quando a gente acompanha essa pessoa e fica sabendo que ela acabou internando; então, não tem uma política mais estreita de acompanhamento de internação psiquiátrica, isso não tem. (GIRASSOL, 20/3/2006).

Da área de abrangência seria toda a cidade, isso não, mas dos usuários aqui sim, atendidos aqui sim; [...] geralmente, assim, quando o usuário está iniciando um surto a gente tenta fazer o atendimento pra prevenir a internação, pra evitar de fato a internação psiquiátrica, só que nós estamos aqui até as 6 horas da tarde e não estamos final de semana, então, a gente não está nem a noite nem final de semana, e aí acontece de a família internar, isso acontece pouco, muito pouco, e quando acontece a gente faz o atendimento no próprio hospital, a gente vai até lá faz o atendimento, mas é pouco assim, agora da cidade como o todo a gente não tem (VIK, 24/3/2006).

O controle ele tem pelo prontuário, não poderia te dizer que tem um controle do ponto vista de uma escala, ah anualmente quanto a gente tinha e quantos foram internados, [...] o usuário se ele foi internado a gente não soube, se está internado, aí ele aparece aqui depois da internação, um mês ou dois meses, a gente tem escrito no prontuário, esse é digamos o que a gente fica sabendo (LÉLI, 4/4/2006).

Não, eu digo por nós, eu acho que, as vezes, a gente... ah o paciente foi internado, como acontece de a gente saber, e as vezes a gente vai lá fazer uma visita, as vezes tem a questão do carro (o CAPS tem um carro a disposição somente um dia por semana), e a gente fica...; sempre que acontece e tal, as vezes, a gente nem fica sabendo, quando vê o paciente já está de volta, as vezes acontece essa situação; eu fui tentar fazer um pequeno levantamento pra fazer essa avaliação e percebi que a gente não tem registro de quantos dias o paciente ficou internado, se ele ficou internado quantas vezes durante o tempo que está em tratamento aqui, falta um registro melhor e um acompanhamento melhor dos técnicos; (como ficam sabendo da internação) as vezes o paciente volta já depois, as vezes a família liga avisando, [...] o hospital não me lembro se eles ligaram, só se precisar de alguma coisa, em geral, eles não ligam; então,

assim, o paciente saiu aí eles trazem de novo aquele encaminhamento, ou ele vem pra cá porque, normalmente, ele já estava aqui, mas assim, a gente tenta ao máximo que ele não precise ser internado, essa política existe, segurar a crise (P, 17/3/2006).

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que a internação e a reinternação psiquiátrica deverão ocorrer após avaliação da equipe técnica de saúde mental dos serviços substitutivos, devendo ser estabelecidas formas de controle único para a emissão de AIH, assegurando que todas as internações necessárias sejam autorizadas pelo serviço público, preferencialmente de base territorial (BRASIL, 2002a).

Conforme pode ser observado nas falas dos participantes da pesquisa, a insuficiência do CAPS em exercer o controle das internações referente a sua clientela e a demanda no município refere-se ao fato de o serviço não estar territorializado, sendo inviável cumprir com tal exigência no âmbito da totalidade de uma população de aproximadamente quatrocentos mil habitantes, distribuídos numa área geográfica de 436,5 Km². Com a implantação das equipes de saúde mental nas Regionais de Saúde, estas passam a ser as responsáveis pela regulação da porta de entrada no sistema de atendimento. O CAPS II Ponta do Coral passa a ser a referência para onde são encaminhadas pessoas com transtornos mentais graves, egressos de hospitais psiquiátricos, internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). A falta de controle das internações psiquiátricas é uma realidade também de outros centros de atenção psicossocial, conforme verificado por Franco (2005), em seu estudo sobre o CAPS do município vizinho de Palhoça/SC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha deste tema de pesquisa está relacionada à minha trajetória de estudos no Curso de Graduação em Serviço Social e à minha inserção como pesquisadora no Núcleo de Estudos e Pesquisas Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas (NESPP) do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. A esta trajetória soma-se a experiência de Estágio Curricular em Serviço Social, realizada no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis, em 2003, da qual resultou o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Programa Alta Progressiva: uma contribuição para o processo de reabilitação psicossocial no HCTP de Florianópolis”. Com o referido Estágio foi possível vivenciar o contato direto com a realidade de algumas instituições como hospitais psiquiátricos e centros de atenção psicossocial da rede municipal e estadual de serviços de atenção em saúde mental, fato este que estimulou a busca de novos conhecimentos e o desejo de atuação profissional na área. A continuidade dos estudos foi possibilitada por meio da entrada como mestranda no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da mesma universidade. Sendo assim, o trabalho que apresentado nesta dissertação tem estreita relação com meu percurso profissional e meu desejo pessoal.

Conforme destacamos no decorrer do estudo, a reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

A implantação de uma nova política de atenção, com as implicações socioculturais da proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira passa pela necessidade de articulação intersetorial e por ações que contribuam para alterar as representações sociais sobre a loucura e os direitos dos portadores de transtornos mentais. A transformação do modelo assistencial e de um conceito teórico em diretrizes operacionais é um processo complexo e depende de vários fatores para que se mantenha a direcionalidade pretendida pelos diferentes atores sociais, participantes do jogo social.

Especificamente, no caso do CAPS estudado, as dificuldades de concretização dessa nova lógica de atenção em saúde mental perpassam e se inter-relacionam nos diferentes eixos que compuseram a presente pesquisa.

No que se refere a estrutura física, os profissionais indicam que o CAPS conta com espaço e equipamentos adequados às necessidades do serviço. Entre os anos de 2003 a 2004, o CAPS passou por uma reforma em suas instalações, ficando estas, adequadas aos objetivos da unidade. As condições poderiam ser melhores se as oficinas produtivas fossem realizadas em outro local, pois além de favorecer a utilização do espaço hoje ocupado para outras atividades, possibilitaria a inserção dos usuários em outro ambiente, favorecendo-lhes sua sociabilidade.

Em relação aos materiais de consumo, os problemas vão desde a ausência total de objetos e utilidades básicas à manutenção do serviço até o recorrente atraso no repasse dos materiais necessários às oficinas terapêuticas e de produtividade. As oficinas ficam prejudicadas e até mesmo paralisadas por conta das faltas de recursos e dificuldades de gestão adequada do serviço. Esta situação coloca em prejuízo o projeto terapêutico de tratamento dos usuários e a eficácia e efetividade dos propósitos da nova política de atenção em saúde mental.

No campo da gestão do CAPS, apesar da histórica escassez de recursos destinados à saúde, foram evidenciadas situações problemáticas, principalmente no processo de descentralização político-administrativa, que poderiam ser melhoradas a partir dos recursos existentes. De acordo com os resultados da pesquisa, 50% do grupo de técnicos afirmam que existe planejamento e avaliação das ações. Alguns deles observam estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação, objetiva e sistemática, dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declaram não existir processo de planejamento e avaliação das ações, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

Sobre este aspecto, cabe destacar que as técnicas disponíveis na área de planejamento e avaliação de serviços de saúde têm mostrado bons resultados quando aliadas à vontade política de mudar a situação. Apesar dos dados demonstrarem uma divisão entre os técnicos no que se refere a afirmação sobre a existência de planejamento e avaliação, destacamos que as poucas ações que acontecem giram em torno das atividades que são e aquelas que poderão ser realizadas, e na discussão sobre as dificuldades cotidianas do trabalho na unidade. As avaliações são informais, realizadas na reunião

mensal da equipe técnica e nas reuniões clínicas semanais, sendo notório a ausência de um processo de planejamento estratégico, sistemático e contínuo do projeto terapêutico do CAPS, bem como, de avaliação de indicadores.

Com relação aos recursos financeiros, os resultados da pesquisa apontam para o que já vem sendo denunciado por autores como Amarante (2003; 2005): o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. O pagamento pelo sistema de procedimentos realizados, por meio das APACs, condiciona a existência de recursos à produtividade do serviço. Quando os CAPS não estão articulados com outras políticas sociais necessárias à sobrevivência do usuário e a adesão dele ao projeto de vida que o serviço deve-lhe oferecer, a tendência é fracassar.

Para que a pessoa possa freqüentar o CAPS ela precisa de condições materiais e psicossociais básicas, como moradia, transporte, alimentação, auto-estima, estímulo, desejo, etc.. Quando o usuário não desfruta de tais condições as chances dele se vincular ao projeto terapêutico são menores e, conseqüentemente, sem a participação ativa dos usuários o CAPS não terá produtividade. Ainda, nem todas as ações realizadas no CAPS constam na tabela de procedimentos pagos pelo atual sistema do SUS, dificultando as atividades de ressocialização que envolvem trabalhos na comunidade e na sociedade.

Os profissionais afirmam que os usuários participam do planejamento das atividades do CAPS. Referem que isso acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Neste caso, foi possível perceber que a participação dos usuários em geral diz respeito mais a questões cotidianas do funcionamento do serviço. A associação participa diretamente da comercialização dos produtos confeccionados nas oficinas e na realização de alguns convênios com entidades da área da cultura, lazer, ensino, etc. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada, que abarque as especificidades da área da saúde mental e envolva os usuários, os familiares e os técnicos como sujeitos partícipes do processo de gestão do serviço.

No eixo recursos humanos e projeto terapêutico existem contradições explícitas e implícitas que perpassam o discurso e as práticas dos técnicos que prestam assistência aos usuários do serviço. Eles reconhecem e destacam a relevância do trabalho em equipe, argumentam que este traz a possibilidade de trocas entre as várias áreas do conhecimento e a conseqüente oferta de um atendimento multidimensional. Contudo, relatam dificuldades

na realização deste trabalho, devido a uma suposta diferença de formação profissional e de concepção, com relação ao que sejam os objetivos do CAPS e da Reforma Psiquiátrica. Indicam existir interdisciplinaridade no atendimento ao usuário, no entanto, percebeu-se que a concepção de interdisciplinaridade aparece muito mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade, estando ainda distante dos ideais da intertransdisciplinaridade.

Sendo assim, cabe destacar que sem a devida clareza e consciência do que exatamente deve mudar corre-se o risco de que, fundamentalmente, se modifiquem os espaços de realização do tratamento, transferindo-se e conservando-se as práticas de exclusão e discriminação. É preciso se ter em conta que toda dimensão técnica tem também uma dimensão política. Dessa forma, faz-se necessário questionar-se sobre o que se pretende com o “fazer” nos novos serviços de atenção à saúde mental e que valores estão presentes nas ações executadas. O usuário precisa ser percebido como sujeito do processo saúde-enfermidade, e não como objeto e instrumento do exercício das relações de poder disciplinar.

Com relação ao eixo participação do usuário e da família no tratamento, os participantes da pesquisa identificam dificuldades em realizar o atendimento familiar no CAPS. Os profissionais relacionam como justificativas, a falta de técnicos qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades da equipe. Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que seja o transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, também foram relatados pelos entrevistados. Entre os obstáculos para a (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e o estigma da loucura ainda presentes no imaginário social das pessoas.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacam o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário. Neste aspecto queremos destacar a necessidade de se reconhecer, no processo de implantação da Reforma e da política de saúde mental, um projeto ético-político social, capaz de reavaliar, substancialmente, o conceito tradicional de

“doença/saúde mental” e, conseqüentemente, a forma de como lidar as diferenças em sociedade.

No eixo (re)inserção social procuramos identificar se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas à desinstitucionalização e à reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referem que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras. A maioria deles afirma que não existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer.

Tais dados nos remetem ao questionamento sobre como a Reforma Psiquiátrica, em sua aplicação prática, apresenta certa inércia política. Existe uma lacuna entre o referencial teórico do novo modelo de atenção e as práticas que se efetivam no cotidiano dos serviços. Com isso, queremos chamar a atenção para a necessidade urgente de se construírem ações de atenção que favoreçam o conhecimento de si, reforcem a autonomia, o cuidado de si e a emancipação do sofredor psíquico.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referem que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental. A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos profissionais como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista político-jurídica dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico. Na visão dos participantes da pesquisa, o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica relaciona-se a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos pressupostos da própria Reforma. Não obstante, destacamos aqui a necessidade de se refletir sobre o descompasso entre a vitória no campo jurídico, o novo discurso da Reforma Psiquiátrica e um fazer prático que parecem ainda negar a emancipação do portador de transtorno mental.

No eixo integração do CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município, os dados coletados na pesquisa indicam que a relação existente é pouca, funciona de maneira precária e confusa, e que ainda está num processo preliminar. A articulação com as equipes de PSF e PACS também é insuficiente, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda. A unidade não realiza nenhum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. Apenas dois profissionais referiram estar pensando neste tipo de trabalho.

Foram apontadas como justificativas para esta situação o fato do CAPS não estar territorializado, de ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta de todo o município, e a ausência de um planejamento e estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhadas pessoas com transtorno mental grave. E, segundo os entrevistados, não tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Neste aspecto, vê-se a urgência na redefinição da abordagem em saúde mental, fazendo-se necessário a construção de estratégias de atenção integral, dentro dos princípios do SUS, que envolvam o portador de transtorno mental como cidadão, a família, o Estado e a sociedade.

De acordo com os profissionais existem diferenças no atendimento prestado no e pelo CAPS em relação aos hospitais psiquiátricos. Eles se referem às diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência do discurso médico psiquiátrico do hospital, e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e as necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial, em contraposição ao tratamento igual para todos das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Por fim, os dados coletados na presente pesquisa indicam que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes, prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a relação eficácia/efetividade dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Concluimos, com este estudo, que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é ainda um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológica, técnico-assistencial, político-jurídico e sócio-cultural.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____, P. (coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995a.

_____, P.. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. vol.11, no.3, jul./set. 1995b, p.491-494. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 14/09/2005.

_____, P. A (clínica) e a Reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. pp. 45-65.

_____, P. **A epistemologia e a Clínica da Reforma**. Conferência proferida no IV Encontro Catarinense de Saúde Mental. Florianópolis, 30 de junho a 2 de julho de 2005. (anotações manuscritas).

BASAGLIA F. (coord.) **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 3ª ed. Tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002a, 213 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em Saúde Mental 1990-2002**. 3ª ed. revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAPS II PONTA DO CORAL. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. **Projeto Terapêutico**. Florianópolis, 2004.

CORREIA, M. V.C..Que controle social na política de Assistência Social? **Revista Serviço Social & Sociedade**. N. 72. São Paulo: Cortez, nov. 2002, pp. 119-144.

COSTA, R. C. R. da.. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia e Política** Nº 18: 49-71 JUN. 2002

COSTA –ROSA, A. da; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. p. 13-44.

COSTA-ROSA, A. da.. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asialr. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. p. 141-168.

CHIZZOTTI, A.. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R.. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

DESVIAT, M.. **A Reforma Psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental**. In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

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

FLEURY, S.. **Espaço, território e cidadania: a cidade dos cidadãos**. Trabalho apresentado no VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra (16,17,18 de setembro), 2004. Disponível em: <www.ces.uc.pt/LAB2004>. Acessado em 20 de fevereiro de 2006.

_____, S.. (org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989.

FREIRE, F. H. M. de A.; UGÁ, M.A.D.; AMARANTE, P. Os centros de atenção psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

FRANCO, S. de O.. **Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de caso**. 2005. 110f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Florianópolis, 2005. 110f.

FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial**. Percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004.

GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E.. **A pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, R.. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M.. **Microfísica do poder**. Trad. de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graaal, 1979.

MINAYO, M. C. de S.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC; ABRASCO, 1994.

MIOTO, R.C.T.. Família e saúde mental: contribuições para reflexão sobre os processos familiares. **Revista Katalysis**. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico. Departamento de Serviço Social. N.2 Florianópolis: Editora da UFSC, 1998.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental: em busca da articulação e qualificação das ações em saúde**. Monografia

(Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Latu Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

OLIVEIRA, W. F.; DORNELES, P.. Patrimônio e ambiente da loucura: a formação do profissional de saúde mental e o dialogo com a vida da cidade. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

PITTTA A.. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje. In: PITTA. A.(org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral**: desvelando sua significação. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

_____. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

ROSA, L.C.dos S.. Os saberes construídos sobre a família na área da saúde mental. **Revista Serviço Social & Sociedade**. N° 71. Ano XXIII. São Paulo: Cortez, set de 2002, pp. 138-164.

_____. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, F., et. al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SANTOS, W.G.. **Cidadania e Justiça**. Rio de Janeiro: Editora Campos, 1979.

SARACENO, B.. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SOUZA, W. da S.. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. jul./ago. 2001, vol.17, no.4

p.933-939. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 19/10/2005.

SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Teses em Enfermagem, 42).

STUANI, D.. **Projeto de Estágio**. (Projeto de Estágio Curricular apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina). Florianópolis, 2005. texto digit.

TENÓRIO, F. G. (org.). **Gestão de ONGs**: principais funções gerenciais. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

TORRE, E.H. G; AMARANTE, P.. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. [online]. 2001, vol.6, no.1 [citado 05 Dezembro 2005], p.73-85. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br> >. ISSN 1413-8123.

TRIVIÑOS, A.N. S.. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. (org.). **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000a.

_____, E. M. Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000b. p. 169-194.

VIEIRA, L. **Cidadania e globalização**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Formulário a ser aplicado a todos os profissionais da equipe do CAPS.

Identificação

Nome:

Apelido:

Formação:

Ano:

Capacitação específica na área: Sim Não

Nível: residência especialização mestrado doutorado

Tempo de serviço na instituição:

Tipo de vínculo empregatício: Servidor público concursado contrato temporário

Outro. Especifique _____

Regime de trabalho: _____ (horas semanais)

Tempo de atuação na área:

Experiência de atuação profissional em outra instituição: Sim Não

Qual:

Tempo:

Principais perguntas

- 1) A área física do Caps é suficiente para o atendimento da demanda? Sim Não
- 2) As instalações são adequadas para a realização das atividades propostas? Sim Não
- 3) Os equipamentos disponíveis são suficientes? Sim Não
- 4) Estão em bom estado de utilização? Sim Não
- 5) Os materiais disponíveis são suficientes? Sim Não
- 6) Existem dificuldades na realização das atividades do Caps Sim Não. Em caso de resposta afirmativa, especifique as cinco principais? _____

- 7) O trabalho é realizado em equipe? () Sim () Não.
- 8) Existe algum tipo de supervisão de equipe ou outro recurso para acompanhar e discutir as questões do trabalho em equipe? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual?
-

9) Participa ou já participou de capacitação específica para atuar no Caps? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual? _____

10) Durante o tempo em que está trabalhando na instituição houve algum treinamento ou capacitação? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quando? _____(ano). De quantas horas? _____. Organizado por quem? _____

11) Na sua opinião, existe interdisciplinaridade no trabalho no Caps? () Sim () Não

12) Você conhece a política de saúde mental? () Sim () Não.

13) No Caps, existe disponibilidade de material didático e documentos sobre a política de saúde mental? () Sim () Não.

14) Existe planejamento e avaliação das ações do Caps? () Sim () Não

15) Existe projeto terapêutico de trabalho da instituição? () Sim () Não. Em caso afirmativo, foi planejado em equipe? () Sim () Não.

16) O serviço adota projeto terapêutico individualizado? () Sim () Não.

17) O usuário participa do planejamento do seu tratamento? () Sim () Não.

18) Existe atendimento familiar? () Sim () Não.

19) Existem ações intersetoriais do Caps e outras instituições que envolvam: educação, trabalho, esporte, cultura e lazer? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quais?

20) Existe relação do Caps com a rede básica de saúde municipal? () Sim () Não.

Que tipo? _____

21) O Caps realiza algum trabalho de educação permanente (capacitação e supervisão) sobre saúde mental em cooperação com as equipes de atenção básica? () Sim () Não.

Que tipo? _____

Outras observações:

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Entrevista a ser realizada com os profissionais da equipe do CAPS, segundo o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de nível superior entre as existentes na unidade. Em caso de mais de um profissional na área será realizado sorteio.

Identificação

Nome:

Apelido:

Temas e principais perguntas

1 Estrutura e recursos financeiros

- 1) Qual conhecimento possui sobre o repasse dos recursos financeiros para o Caps?
- 2) Conhece a forma de financiamento do serviço? O que você acha?
- 3) Como são administrados os recursos repassados? Existe planejamento?
- 4) Na sua opinião, a descentralização administrativa dos recursos possibilita o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do Caps? Quais as vantagens e desvantagens identifica?
- 5) Na sua opinião, os recursos repassados (gerados pelo serviço) são suficientes para realizar as atividades do Caps? Em caso de resposta negativa, quais atividades ficam prejudicadas e/ou poderiam ser realizadas se houvessem recursos?
- 6) Existem dificuldades no funcionamento do Caps com relação a falta de recursos financeiros? Quais identifica?

2 Recursos humanos e projeto terapêutico

- 1) Quais dificuldades identifica no trabalho em equipe no Caps?
- 2) Na sua opinião, quais vantagens o trabalho em equipe possibilita?
- 3) Considera importante a capacitação específica em saúde mental para atuar no Caps? Fale sobre.

- 4) Na sua opinião, qual a importância da interdisciplinaridade no atendimento ao usuário de saúde mental?
- 5) Considera importante conhecer sobre a política de saúde mental, seus princípios, sua estrutura e organização para o trabalho do Caps?
- 6) Como acontece o planejamento e a avaliação das ações do Caps?
- 7) Na sua opinião, em relação ao atendimento nas instituições tradicionais/asilares (hospitais psiquiátricos), como é o atendimento ao usuário no Caps?

3 Participação do usuário e da família no tratamento

- 1) Como é pensado o projeto terapêutico de tratamento do usuário?
- 2) Como o usuário participa do planejamento do seu tratamento?
- 3) Quais as formas criadas para oportunizar a participação do usuário no planejamento do seu tratamento?
- 4) A família participa do tratamento? Em caso de resposta afirmativa, de que forma? Em caso de resposta negativa, por quê?
- 5) Quais as formas criadas para oportunizar a participação da família no tratamento?
- 6) Quais dificuldades identifica com relação a realização do atendimento familiar?
- 7) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção familiar do portador de transtornos mentais?
- 8) Qual o papel dos usuários (ou da associação de usuários e familiares) no planejamento das ações do Caps?
- 9) Na sua opinião, qual a importância das associações de usuários e familiares para o tratamento do portador de transtornos mentais e para os serviços de saúde mental?

4 Inserção social

- 1) Na sua opinião, as práticas assistenciais realizadas no Caps encaminham-se na direção da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial?
- 2) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção social do portador de transtornos mentais?
- 3) Quais avanços e conquistas identifica com relação a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais?
- 4) Na sua opinião, o atendimento no Caps possibilita ao usuário a construção da sua autonomia? Como?

- 5) Na sua opinião, a organização atual dos serviços de saúde mental (da política de saúde mental) favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais? Qual a importância do caps nesse contexto?

5 Integração com a rede municipal de assistência em saúde

- 1) Qual a relação do Caps com a(s) equipe(s) de Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência?
- 2) O Caps tem controle das internações psiquiátricas no seu território? Em caso afirmativo, como ocorre este controle?
- 3) Na sua opinião, qual o lugar que o Caps ocupa na rede de atenção em saúde? Constitui-se no serviço que regula a porta de entrada para o atendimento em saúde mental?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este instrumento tem a intenção de obter o seu consentimento por escrito para participar do estudo “A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis”, durante o período de 01 a 31 de março de 2006, com o intuito de contribuir para o levantamento de dados para a elaboração do referido trabalho.

O estudo tem como objetivo geral analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Ao propormos a presente pesquisa esperamos contribuir com a produção de conhecimentos e saberes sobre as novas práticas de atenção e cuidado ao portador de transtornos mentais.

Os relatos obtidos serão confidenciais e, portanto, não será utilizado o nome dos participantes em nenhum momento, garantindo sempre o sigilo da pesquisa e os preceitos éticos da profissão. Os depoimentos serão referenciados pelo apelido a ser escolhido pelo próprio entrevistado

Certa de sua colaboração, agradeço sua disponibilidade em participar do estudo.

Eu _____,
consinto em participar desta pesquisa, desde que respeitadas as respectivas proposições contidas neste termo.

Florianópolis, março de 2006.

Assinatura do entrevistado.

ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

FERNANDA SCALZAVARA

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Serviço Social** - Área de concentração: Serviço Social, Direitos Humanos e Questão Social.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ivete Simionatto.

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de **Mestre em Serviço Social**, e aprovada na sua forma final, em 31/7/2006, atendendo as normas vigentes no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e na Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof^a Dr^a Catarina Maria Schmickler
Coordenadora do PPGSS/UFSC

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Ivete Simionatto, Dr^a.
Departamento de Serviço Social/UFSC
Presidente

Prof^o Walter Ferreira de Oliveira, Ph.D.
Departamento de Saúde Pública/UFSC
Membro

Prof^o Jonas Salomão Spricigo, Dr.
Departamento de Enfermagem/UFSC
Membro

Prof^o Mário Teixeira, Dr.
Departamento de Clínica Médica/UFSC
Membro Suplente

*Aos profissionais e aos usuários do CAPS
Ponta do Coral de Florianópolis.*

AGRADECIMENTOS

Desejo expressar meus sinceros agradecimentos aos profissionais do CAPS Ponta do Coral, pela receptividade, atenção, acolhimento e colaboração na fase mais importante desta pesquisa, assim como pela consideração ao meu trabalho profissional. Também, aos usuários desta unidade de serviço, pela forma carinhosa e acolhedora com que sempre me receberam.

À professora Ivete Simionatto por ter aceitado a orientação do trabalho; agradeço a oportunidade de poder ter desenvolvido a pesquisa de meu interesse e desejo profissional.

Aos professores Jonas Spricigo e Mário Teixeira pela atenção, disponibilidade e colaboração, essenciais na definição e elaboração do projeto de dissertação. Igualmente, ao professor Walter Ferreira de Oliveira pelas considerações e contribuições no exame de qualificação.

À sempre Mestre, amiga e professora Iliane Kohler, pela relação de ensino-aprendizado humana, saudável, mantida no decorrer de toda a minha vida acadêmica; pelas ajudas concretas nos momentos de dificuldades, pelos conselhos, orientações e *encaminhamentos* necessários nos instantes, nas horas, nas fases de incerteza, insegurança, angústia, desespero.

Aos profissionais Mara Regina de Oliveira e Antônio Heinzen Filho, pelo suporte terapêutico necessário nos últimos anos da minha vida; especialmente por terem me ajudado a transformar as dificuldades, os obstáculos, as conquistas cotidianas no *Mestrado da Vida*.

Às profissionais e amigas Maria Sirene Cordioli e Maria Inês Bernardino, pela relação profissional responsável, ética, competente, que me impulsionou para os estudos na área da saúde mental; pela amizade acolhedora, carinhosa, fraterna, pelas comemorações e pelos momentos de descontração.

Aos meus pais e à minha família, base dos meus valores ético-morais.

Às minhas amigas e aos meus amigos, que de perto ou de longe, acompanham minha trajetória, acreditam e torcem por mim.

Formalmente, agradeço as instituições públicas CAPES e UFSC, através dos programas PROF e PGSS, pelo financiamento da bolsa que permitiu a dedicação profissional integral para a realização deste trabalho.

RESUMO

O presente trabalho tem como objeto de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. Constitui-se como objetivo geral da presente pesquisa analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Os procedimentos metodológicos da pesquisa constaram de: pesquisa empírica na coleta das informações, através de entrevistas semi-estruturadas, gravadas, realizadas com um profissional de cada área de formação de nível superior, dentre as existentes no CAPS, e aplicação de formulário, com questões fechadas, a todos os profissionais que compõem a equipe. As informações coletadas foram sistematizadas e organizadas em itens correspondentes aos eixos que nortearam a coleta dos dados, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde. A análise final foi realizada com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os resultados obtidos nos permitem concluir que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a efetividade e eficácia dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial. De maneira geral, podemos afirmar que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológico, técnico assistencial, político-jurídico, social cultural.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, política de saúde mental, serviços substitutivos.

ABSTRACT

The objective of present work is to study the operationalization of the Psychiatric Reformation in the city of Florianopolis, Brazil, based on one specific institutional model - the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral. The general objective of the present research is to analyze the institutional reality at the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral, Florianopolis, related to the operational process of mental health politics, based on the requirements of the Brazilian Psychiatric Reformation. The research methodological procedures have consisted of: empirical research and data collection, through semi-structured interviews, recorded, realized under the presence and supervision of a professional of each field, plus de existing data from the CAPS, and filled application, with closed questions, to all the professionals who compose the team. The data colleted was systematized and organized in items and events that are surrounded the data collection, which are: financial structure and resources, human resources and therapeutic project, participation of the user and the family in the treatment, social insertion, and integration of the service with the municipal network of assistance in health. The final analysis was based on theoretical production on mental health and the Psychiatric Reformation. The results allowed us to conclude that in scope of management of CAPS, the limited number of studies and the difficulties to transfer and administer them harmed the functioning of the service. The contributing factors were lack of strategic planning and systematic evaluation of actions. The difficulties associated with teamwork compromised the effectiveness and efficacy of the objectives. The absence of a municipal network dedicated to structure and articulate mental health appears as an obstacle to the practice of desinstitutionalization and psychosocial rehabilitation. In general, we can affirm that the changes in the assistance model, directed for Psychiatric Reformation is one of the challenges to the concretization to mental health politics in a new interaction between society and people with psychological illnesses. The operationalizational political difficulties of mental health go through different fronts of performance which constitute the complexity of social processes associated with Reformation in its different dimensions. These dimensions are: theoretic-epistemological, technical assistance, politic-legal and socio-cultural.

Keywords: Psychiatric Reformation, mental health politics, substitute services.

LISTA DE SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
APAC - Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CPASM - Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental
CMS – Conselho Municipal de Saúde
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FNS – Fundo Nacional de Saúde
INAMPS – Instituto Nacional de Aposentadorias e Pensões
IPQ – Instituto de Psiquiatria Catarinense
MS – Ministério da Saúde
MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS – Organização Mundial para a Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF - Programa de Saúde da Família
RP – Reforma Psiquiátrica
SIH - Sistema de Informação Hospitalar
SAI – Sistema de Informação Ambulatorial
SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
SUS – Sistema Único de Saúde
TR – Terapeuta de Referência
ULS – Unidade Local de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Procedimentos metodológicos	18
2 REFORMA PSIQUIÁTRICA	222
2.1 O Modo Psicossocial	26
2.1.2 Atenção Psicossocial.....	28
2.2 Desinstitucionalização	30
2.3 Reabilitação psicossocial	32
3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA	344
3.1 Estrutura e recursos financeiros	344
3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico	45
3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental	46
3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário	51
3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações.....	59
3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento.....	65
3.3 Participação do usuário e da família no tratamento	69
3.3.1 Planejamento terapêutico individual.....	70
3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral.....	72
3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares	81
3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia.....	88
3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental.....	96
3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica	106
3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde...	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
REFERÊNCIAS.....	125
APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS.....	130
ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica.....	136

1 INTRODUÇÃO

O processo de mobilização, organização e luta pela Reforma Psiquiátrica brasileira origina-se no contexto dos movimentos sociais, no período de redemocratização do país (décadas de 1970/1980), e tem como base os pressupostos da Reforma Sanitária brasileira e da Psiquiatria Democrática italiana. Tal movimento esteve direcionado no sentido da crítica e desconstrução gradativa da assistência existente, embasada no saber psiquiátrico, que justificava as práticas decorrentes do modelo asilar e, ao mesmo tempo, buscava a construção de propostas de superação deste modelo.

Os anos de luta pela transformação do modelo assistencial tradicional (asilar), centrado na internação hospitalar, culminaram com a criação e regulamentação de leis e portarias relativas à implantação de uma rede de serviços substitutivos a este. A partir da década de 1990 um conjunto de leis, portarias, decretos, resoluções define novas exigências em relação à assistência psiquiátrica prestada aos portadores de transtorno mental¹, incluindo a adequação das condições físicas das instituições de atendimento, a existência de projeto terapêutico, equipe multidisciplinar e outros dispositivos que garantam maior qualidade assistencial.

A Reforma Psiquiátrica é um processo em construção, que envolve tanto a sociedade civil, através dos diferentes os movimentos sociais, os profissionais, os usuários, bem como os órgãos gestores das políticas públicas. Estes são os responsáveis pela operacionalização das ações com relação a mudança de paradigma e prática em saúde mental. Nessa trajetória, aos profissionais cabe exercer o papel de sujeitos e críticos do processo de implantação da Reforma Psiquiátrica; aos gestores da política de saúde compete a decisão política com vistas a assegurar as condições técnicas para a implementação e operacionalização dos serviços de atenção; aos movimentos sociais fica a luta política pela construção social de um outro sentido para lidar com a "loucura" e com o "louco", a partir de uma transformação na relação sociedade/loucura.

¹ Cabe destacar que a expressão “portador de transtorno mental” é adotada neste estudo por acreditar-se que a palavra portador traz em si um caráter mutante. Ou seja, secundariza o transtorno mental e resgata o sujeito envolvido na condição de enfermo, como um ser dinâmico. Por sua vez, o termo transtorno mental traz um caráter psicossociológico, dinâmico, mutável, diferente do termo doença mental, muito embora não seja menos controvertido do que este último (ROSA, 2003, pp. 37-38). E, também, por ser “portador de transtorno mental” a expressão utilizada na linguagem técnica constante na política de saúde mental do Ministério da Saúde.

No curso das transformações operadas na e pela Reforma Psiquiátrica destacamos como marco significativo recente a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM)². Em seu documento conclusivo reafirma-se que as políticas de saúde mental devem respeitar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das leis Federal e estaduais, priorizando a construção da rede de atenção integral em saúde mental. Tais políticas devem ter como pressupostos básicos a inclusão social e a reabilitação psicossocial, estar integradas com outras políticas sociais, como educação, trabalho, lazer, cultura, esporte e habilitação profissional, visando garantir o exercício pleno da cidadania (BRASIL, 2002a).

O mesmo documento ressalta que a reorientação do modelo assistencial deve estar direcionada para concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e de promoção da saúde. Nesse sentido, é fundamental que as novas modalidades assistenciais desenvolvam práticas pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a auto-estima, a autonomia e a cidadania, buscando superar a relação de tutela e reprodução da institucionalização e/ou cronificação (BRASIL, 2002a).

A mudança do modelo assistencial é um dos desafios da Reforma Psiquiátrica. Busca-se, no âmbito da gestão pública, a construção de um novo pacto para transferir os recursos aplicados no modelo hospitalar para uma assistência comunitária. Entretanto, a mudança da lógica de atenção em saúde mental requer, também, uma mudança de paradigma. No bojo dos novos dispositivos de cuidado necessariamente deve estar uma nova ética do cuidar, baseada na premissa básica da autonomia possível e dos direitos humanos dos portadores de sofrimento psíquico. Isso significa considerar que as possibilidades de novas práticas terapêuticas devem caminhar ao lado da preocupação com a mudança das representações simbólicas do “louco” na sociedade, e com a produção de outros saberes.

Na atualidade, todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, bem como a literatura da área, referem-se a desconstrução como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade das ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Tal proposição tem como base a

² Realizada em Brasília, de 11 a 15 de dezembro de 2001. A I Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em 1987 e a II em 1992.

incapacidade da psiquiatria em explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (TORRE; AMARANTE, 2001).

O modelo manicomial tem seu fundamento na noção de que a experiência de sofrimento psíquico diversa (delírio, alucinação) é sinônima de erro. Um dos aspectos mais importantes no processo de transformação radical deste é a superação do conceito de doença. Conforme apontam Torre e Amarante (2001, p.73-85), “não se trata, obviamente, de negar a diversidade da experiência do delírio ou da alucinação, mas de não utilizar o conceito de doença (igual a erro) na relação com o sujeito”. Nesta direção, Rotelli (1990) propõe, no lugar do objeto “doença mental”, o objeto “existência-sofrimento” do sujeito em sua relação com o corpo social.

Segundo Costa-Rosa (et. al., 2003, p. 28), “ao se buscar a superação do saber psiquiátrico, sobretudo do paradigma doença-cura, procurou-se romper com práticas identificadas com o modelo clínico, por considerá-las ineficazes, segregadoras”. Busca-se no modo psicossocial estabelecer-se “a construção de uma relação de contrato com o sujeito que substitua a relação de tutela instaurada pela psiquiatria” (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 73-85). Como oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar surge, no contexto da Reforma Psiquiátrica, a atenção psicossocial como paradigma do modo psicossocial.

A origem das práticas de atenção psicossocial, como designação de experiências significativas no contexto da saúde mental, está relacionada às contribuições das diferentes experiências históricas de reforma, que incluem as Comunidades Terapêuticas e a Antipsiquiatria, na Inglaterra, a Psicoterapia Institucional, na França, a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, nos Estados Unidos e a Psiquiatria Democrática, na Itália³. No caso brasileiro somam-se as contribuições das políticas públicas e das experiências locais pioneiras dos centros e núcleos de atenção psicossocial, em Santos, São Paulo.

O modelo psicossocial vem ganhando elementos tanto em termos teórico e técnico quanto ideológicos e éticos, aptos a constituírem um novo paradigma para as práticas em saúde mental, capaz de substituir o paradigma psiquiátrico que ainda é dominante. Costa-Rosa (et al., 2003, p.31), observa que de modo geral os elementos teóricos subjacentes a essas experiências passam principalmente pelas idéias sociológicas e psicológicas, pelo materialismo histórico, pela psicanálise e pela filosofia da diferença. Nesse sentido, é importante indicar que o lugar social da saúde mental é um lugar de

³ Estudos sobre estas experiências encontram-se em DESVIAT (1999); ROTELLI (2001).

conflito, confronto e contradição. Entender a saúde mental dessa forma implica em reconhecê-la como expressão e resultante de relações e situações sociais concretas. “Por qualquer perspectiva que se olhe, tratar-se-á sempre de um eterno confronto: pulsações de vida/pulsações mortíferas; inclusão/exclusão; tolerância/intolerância” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p. 29).

A operacionalização da Reforma Psiquiátrica, através da implantação da rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, territorializados e integrados à rede de saúde, tem sido uma construção lenta e difícil, perpassada por interesses políticos e econômicos. Muitas vezes são privilegiados procedimentos técnico-burocráticos, assistenciais, em prejuízo de um serviço que tenha como foco o tratamento da pessoa humana na sua dimensão integral. Por outras, a Reforma Psiquiátrica é entendida como sinônimo de reestruturação de serviços; introdução ou modernização de novas tecnologias de tratamento e cuidado; promulgação de uma nova legislação. Em geral, os problemas passam pela tendência de tornar a Reforma a implantação de centros de atenção psicossocial, de forma a banalizar o serviço, fazendo com que estes sejam uma extensão do hospital psiquiátrico (AMARANTE, 2005).

Não obstante, a transformação do modelo de atenção tradicional requer a construção de uma rede de atendimento ampla, com serviços diversificados e complementares, substitutivos das práticas asilares. O modelo substitutivo não significa alternativo, paralelo, complementar ou intermediário do sistema tradicional. Trata-se de um serviço forte, que comporta uma estrutura complexa em que o sentido das práticas deve ser alterado do “eixo da clínica” para o “eixo da cidadania”. Isso significa olhar para a pessoa-sujeito e não unicamente para a doença (AMARANTE, 2005).

Pensar a mudança do paradigma teórico-conceitual clássico significa provocar uma transformação na cultura da forma tradicional de ver e lidar com a loucura, buscar a construção de um outro lugar social para a loucura e a doença mental, a partir de uma transformação das relações sociedade-loucura/doença mental.

Nesse processo, os centros de atenção psicossocial (CAPS) constituem-se no “braço” do modelo psicossocial. Tornam-se serviços privilegiados para o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial e dispositivos estratégicos para a mudança da atenção em saúde mental.

De acordo com as normatizações do Ministério da Saúde, são atribuições dos CAPS: organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; prestar atendimento em regime de atenção diária; oferecer cuidado clínico eficiente e personalizado; realizar a

dispensação de medicamentos; acompanhar usuários que moram em residências terapêuticas; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, assessorando o trabalho dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território ou área de abrangência (BRASIL, 2004).

No sentido de favorecer o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, bem como estimular a mudança da lógica de ver e lidar com a “doença” e o “doente mental”, o direcionamento da Política Nacional de Saúde Mental preconiza que os projetos terapêuticos dos CAPS podem ultrapassar a estrutura física da unidade, em busca da rede de suporte social comunitária. O atendimento prestado deve ser através de projeto terapêutico individualizado, construído conjuntamente com o usuário. A preocupação principal não deve ser o estabelecimento de um diagnóstico clínico, mas sim o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2004).

Com base no exposto, a presente dissertação de mestrado tem como recorte de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - O Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. A escolha deste CAPS deve-se ao fato de ser este um serviço público de atendimento diário a portadores de transtornos mentais adultos, único nesta modalidade no município. A população de Florianópolis conta com outros dois centros de atenção psicossocial, um para atendimento de crianças e adolescentes (CAPSi) e outro para atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (CAPSad).

O CAPS Ponta do Coral constitui-se no principal serviço de atendimento extra-hospitalar na realidade local, desempenhando um papel central na assistência a portadores de transtornos mentais graves. A rede municipal de atenção em saúde mental é incipiente, com poucos recursos e o CAPS enfrenta diversas dificuldades na realização de suas atividades, concentrando uma demanda de atendimento superior a sua capacidade.

Destacamos a relevância deste estudo na medida em que está em curso no país uma reforma nos serviços de assistência em saúde mental, em que a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos pelo cuidado comunitário/ambulatorial tem sido a

diretriz básica para a reorganização da política de saúde mental, desde o nível federal aos níveis estadual e municipal.

A reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

O processo de reestruturação dos serviços de saúde mental está baseado na organização de uma rede comunitária de cuidados. Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esportes etc), culturais, religiosos e de lazer são convocados para potencializar as equipes de saúde na tarefa de realizar ações de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004).

Fazem parte desta rede de serviços de saúde mental os centros de atenção psicossocial, os núcleos de atenção psicossocial (NAPS), os serviços residenciais terapêuticos (SRTs), os hospitais gerais, os centros locais de saúde, as equipes de saúde da família e agente comunitários de saúde, entre outros. Particularmente, neste trabalho, nos interessamos por estudar os CAPS por estes assumirem um papel central na organização da rede, constituindo-se em serviços de atenção que “almejam à outra lógica, outra fundamentação teórica-técnica e outra ética, que não mais a do paradigma psiquiátrico” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.19).

Os CAPS foram criados para serem substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos, oferecendo atendimento em saúde mental à população de sua área de abrangência. São atendidas pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, incluindo aquelas que apresentam transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e crianças e adolescentes. As práticas realizadas neste tipo de serviço devem caracterizar-se por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro, na comunidade.

Oficialmente os CAPS foram instituídos pela Portaria GM/MS N°224/1992 e definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam uma população adscrita definida pelo nível local e oferecem atendimento de cuidados intermediários entre

o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (BRASIL, 2002b).

Atualmente, os CAPS são regulamentados pela Portaria GM/MS N° 336/2002 e integram a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta portaria estabelece critérios de porte/complexidade e abrangência populacional aos CAPS, classificando-os nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad⁴. A classificação dos diversos tipos de CAPS difere, basicamente, quanto ao tamanho da população pela qual se responsabilizam e quanto ao regime de funcionamento.

Os profissionais que trabalham nos CAPS integram uma equipe multiprofissional. São técnicos de nível superior e nível médio, de diferentes áreas de formação. Os profissionais de nível superior são médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física entre outros necessários para as atividades oferecidas, de acordo com o projeto terapêutico do CAPS. Os profissionais de nível médio podem ser técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores, artesãos, profissionais de limpeza e cozinha (BRASIL, 2004).

As equipes técnicas possuem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. Cabe aos profissionais a tarefa de organizar-se para realizar o acolhimento dos usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, realizar as atividades de reabilitação psicossocial, equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas.

Ao considerarmos as práticas em saúde mental de um centro de atenção psicossocial nosso objeto de estudo estamos entendemos que é a partir delas que a mudança de paradigma se torna possível, haja vista que a estruturação de uma rede de

⁴ O CAPS I tem capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e deve funcionar das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira; o CAPS II atende municípios com população entre 70.000 e 200.000, deve funcionar das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas; o CAPS III atende municípios com população acima de 200.000 habitantes, funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana. Já os CAPSi e os CAPSad possuem características diferenciadas dos demais. O CAPSi é referência para municípios com população acima de 200.000 habitantes e constitui-se em um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período até 21 horas. Os CAPSad destinam-se a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. É indicado em municípios com população acima de 100.000 habitantes, funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas (BRASIL, 2002b).

novos serviços de saúde mental não constitui por si só uma ruptura com o paradigma das práticas asilares, da segregação e da tutela do portador de transtorno mental. Contudo, sabemos que analisar uma realidade institucional é uma tarefa difícil, principalmente quando nos propomos olhar esta realidade em movimento, permeada de contradições e como fruto de um processo sócio-histórico.

Nesse sentido, elegemos como sujeitos informantes os profissionais que atuam no Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, por entendermos que a eles cabe a tarefa de realizar as atividades institucionais cotidianas. Esses profissionais integram uma equipe multiprofissional e assumem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. A nosso ver, constituem-se atores sociais centrais no processo de implementação e operacionalização da Reforma Psiquiátrica na realidade local.

Com isso queremos destacar que os profissionais de saúde mental exercem um papel relevante para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, seja como partícipes dos movimentos sociais, como gestores da política de saúde mental e/ou como trabalhadores (técnicos) nos serviços de assistência. Particularmente, aos profissionais dos CAPS cabe o compromisso de operacionalizar a mudança da lógica da assistência, na medida que estão atuando em um serviço considerado um dispositivo estratégico da rede de assistência em saúde mental. Esses profissionais estão diretamente ligados aos usuários do serviço e a implementação da política de saúde mental, função que os coloca na linha de frente de um cenário novo que vem passando por formulações e reformulações nos campos “político-jurídico, técnico-assistencial, epistemológico e sociocultural” (AMARANTE, 2003).

Torna-se pertinente ressaltar que o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) teve forte influência nos avanços ocorridos na mudança da assistência psiquiátrica. Constituído inicialmente de técnicos de saúde mental buscava a melhoria da assistência psiquiátrica e denunciava a situação precária dos manicômios. O MTSM posicionou-se em relação à assistência prestada, politizou a questão da Reforma, construiu uma linha de pensamento crítica no campo da saúde mental. Organizados, os trabalhadores criaram fóruns de discussões locais de caráter técnico e político e defenderam as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Posteriormente, o movimento ampliou-se no sentido de ultrapassar sua natureza técnico-científica, organizou sua estrutura administrativa como fórum nacional e passou a ser designado Movimento da Luta Antimanicomial, tornando-se um movimento social que passou a englobar várias entidades como associações de usuários

e familiares⁵, ONGs, entre outras (AMARANTE, 1994, 1995a; SOUZA, 2001; VASCONCELOS, 2000b, 2004).

Assim, nos parece certo que os profissionais de saúde mental são atores sociais influentes na efetivação da Reforma Psiquiátrica. Razões significativas para pesquisar e valorizar suas experiências e opiniões, na medida em que seus relatos podem indicar como vem se realizando no dia-a-dia a Reforma, bem como contribuir para a construção de novas práticas e a produção de novos saberes. E, entendemos como Foucault, que os saberes não são apenas conhecimentos acadêmicos, produções que se autodenominam científicas. Os saberes também estão onde são produzidos, pois sempre criam visões de mundo, produzem histórias e História.

Dessa forma, a presente pesquisa tem a finalidade específica de contribuir para a análise das práticas locais de saúde mental, a partir do estudo da realidade vivenciada no CAPS de Florianópolis e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Lembramos, ainda, que neste ano de 2006 o CAPS Ponta do Coral completa dez anos de atividades, fato que nos leva a destacar a importância de um estudo que identifique as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação deste serviço. No geral, busca-se fornecer subsídios para os avanços nas políticas de saúde mental e contribuir para a produção de conhecimentos sobre a realidade da prática das políticas públicas de saúde mental. Para tanto, elegemos como eixos de estudo e análise cinco pontos, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social e integração com a rede municipal de assistência em saúde.

Constitui-se como objetivo geral do presente estudo a análise da realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Para alcançarmos este definimos como objetivos específicos: 1) caracterizar a estrutura e os recursos financeiros disponibilizados

⁵ Cabe registrar que no campo da saúde mental encontram-se associações de composição variada. Há associações de usuários; associações de familiares; associações de usuários e familiares; associações de usuários, familiares e técnicos; associações de usuários e técnicos; e associações de técnicos e familiares. Em sua maior parte, o processo organizativo das associações é conduzido por elementos de constituição de laços de solidariedade e ajuda mútua. Contudo, existem associações que são favoráveis à agenda de inovações da assistência colocada pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e, outras, que se caracterizam como uma comunidade de veto em relação à mesma agenda (SOUZA, 2001).

e sua adequação às atividades do Caps; 2) conhecer as práticas assistenciais desenvolvidas pelo CAPS com relação ao projeto terapêutico e como se organiza o trabalho da equipe técnica; 3) identificar como ocorrem as práticas institucionais de participação do usuário e da família no tratamento e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica; 4) identificar se existem e quais são as ações institucionais, intersetoriais e/ou outras criadas com relação a inserção social do portador de transtornos mentais; 5) descrever e analisar a relação existente entre o CAPS e a rede municipal de assistência em saúde com relação a operacionalização da política de saúde mental e do SUS; 6) identificar quais as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação do CAPS, pontos positivos e negativos.

1.1 Procedimentos metodológicos

Para operacionalizar os objetivos do nosso estudo foi realizada uma pesquisa de caráter qualitativo, do tipo estudo de caso. Segundo Minayo (1994), a pesquisa qualitativa, nas ciências sociais, responde a questões particulares, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Isso significa considerar que trabalhamos com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que correspondem a pontos mais profundos das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser quantificáveis. E, segundo Chizzotti (2003, p. 104), em geral, a pesquisa qualitativa objetiva provocar o esclarecimento de uma situação para uma tomada de consciência pelos próprios pesquisados dos seus problemas e das condições que os geram, a fim de elaborar meios e estratégias de resolvê-los.

Dentre os tipos de pesquisa qualitativa, o estudo de caso talvez seja um dos mais relevantes. É uma modalidade que propicia retratar uma realidade de forma ampla e profunda, de forma a revelar a multiplicidade de dimensões presentes numa determinada situação e contextualizar o objeto para melhor compreendê-lo (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Nesta forma de estudo, o caso é tomado como unidade significativa do todo porque tanto retrata uma determinada realidade quanto revela a multiplicidade de aspectos globais presentes em uma dada situação (CHIZZOTTI, 2003). A principal função do estudo de caso é a explicação sistemática de fatos que ocorrem no contexto social e geralmente se

relacionam com uma multiplicidade de variáveis. Essa técnica caracteriza-se por ser um estudo intensivo, o qual deve considerar a compreensão geral do assunto investigado (FACHINI, 2001).

O local escolhido para a realização do estudo, o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, é um serviço público, municipal, cadastrado na modalidade CAPS II, situado à rua Rui Barbosa, 713 (fundos), no bairro Agrônômica, Florianópolis/SC. CAPS Ponta do Coral funciona das 8h às 18hs e atende uma demanda média diária de 40 usuários. O serviço foi criado em março de 1996 e funciona neste endereço desde o mês de dezembro do mesmo ano⁶.

A principal fonte de informação da presente pesquisa constituiu-se das falas dos profissionais, de formação de nível superior, e, no resultado do formulário aplicado a todos os membros da equipe do CAPS Ponta do Coral. Utilizamos para a coleta de informações a entrevista semi-estruturada, gravada, com questões abertas, e a aplicação de formulário com questões fechadas (Apêndices A e B). As entrevistas foram orientadas por um roteiro com perguntas estruturadas e agrupadas em cinco blocos correspondentes aos eixos de estudo da pesquisa. De acordo com Trivinos (1987), a entrevista semi-estruturada geralmente parte de certos questionamentos básicos, de perguntas fundamentais derivadas da teoria que é adotada para a pesquisa e de informações que o pesquisador possui sobre o tema a ser pesquisado.

Na pesquisa qualitativa, a entrevista é uma das técnicas mais utilizadas na coleta do material empírico. No tipo de estudo escolhido, foi possível perceber que a entrevista constituiu-se na ferramenta capaz de possibilitar a obtenção de dados mais profundos da realidade, os quais só podem ser obtidos com a contribuição dos sujeitos envolvidos.

O trabalho empírico para coleta dos dados e das informações na Instituição foi realizado entre a segunda quinzena do mês de março e a primeira quinzena do mês de abril de 2006 (16/3/2006 a 13/4/2006). A coleta teve início após a apresentação e solicitação de autorização para a realização da pesquisa à coordenação da Instituição. O projeto foi encaminhado à Comissão de Ensino e Pesquisa do CAPS II Ponta do Coral e à Direção de

⁶ A implantação do serviço foi efetivada em 25/3/1996, ficando instalado, provisoriamente, junto ao Centro de Saúde II do Centro de Florianópolis (atual ULS Centro), na Avenida Rio Branco. Em dezembro do mesmo ano foi transferido para o atual endereço, passando a ser chamado NAPS Ponta do Coral. Seu credenciamento no Ministério da Saúde aconteceu ao longo do ano de 1997. Em 2002, a Portaria GM n° 336 regulamentou a denominação dos antigos NAPS para CAPS (STUANI, 2005).

Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis para parecer. Mediante o parecer favorável (Anexo A) das referidas instâncias, foi realizada, em reunião de equipe, a apresentação do projeto aos profissionais do CAPS Ponta do Coral. Concluída esta etapa, foi realizada a entrevista pré-teste. A escolha do profissional observou os critérios constantes da metodologia do projeto. A entrevistada foi uma profissional da área da psicologia (área que tem mais de um profissional no CAPS) que tinha disponibilidade para a realização da entrevista na data escolhida. A partir desta entrevista, foram realizadas pequenas alterações no roteiro, com vistas a agrupar algumas perguntas, no sentido de diminuir o tempo necessário à efetivação da mesma. A referida entrevista teve a duração aproximada de uma hora e vinte minutos, acrescida de mais quinze minutos para a aplicação do formulário, totalizando uma hora e trinta e cinco minutos.

No total, foram realizadas seis entrevistas e aplicados doze formulários, de acordo com a metodologia estabelecida, a qual privilegiou, para a entrevista, o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de ensino superior, dentre as existentes no CAPS Ponta do Coral, quais sejam: psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Os formulários foram aplicados a todos os profissionais de formação de nível superior e de formação de nível médio. Foi necessário realizar sorteio do profissional a ser entrevistado apenas com relação a área da psicologia, por esta ter quatro profissionais atuando na equipe do CAPS. Como utilizamos um deles para a realização do pré-teste, participaram do sorteio apenas os outros três. O sorteio foi realizado na presença de outras duas profissionais da equipe.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos profissionais. A aplicação dos formulários foi simultânea e obedeceu ao mesmo critério. No caso de três dos profissionais entrevistados não foi possível realizar a aplicação do formulário no momento da entrevista, a pedido dos mesmos, devido a limitações de tempo. As entrevistas foram gravadas em fitas cassete, com a autorização prévia dos entrevistados, e, posteriormente, as falas foram transcritas.

As informações e os dados coletados foram sistematizados e classificados, de acordo com os eixos de pesquisa, e posteriormente analisados com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os dados originados dos formulários foram analisados e tratados descritivamente, ou seja, reduzidos a termos descritivos. Para efeito de padronização e de comparação foi adotado o método da porcentagem.

A análise final, que, segundo Minayo (1994), corresponde a um movimento contínuo entre o empírico e o teórico e vice-versa para fazer do caos aparente das

informações revelações da sua especificidade, foi construída pela síntese das informações coletadas em cada eixo de estudo, previamente definidos.

As questões éticas foram consideradas em todas as etapas do estudo, especialmente, na relação com os entrevistados, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) e dentro do que determina a Resolução N° 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde e o Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina. Os profissionais foram informados e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa quando da apresentação do projeto em reunião de equipe e individualmente antes da realização da entrevista. Foi preservado o anonimato dos entrevistado ao se utilizar codinomes para referenciar as falas no trabalho, destacando-se que os mesmos escolheram livremente seu próprio apelido quando da realização da entrevista. Apenas uma das entrevistadas optou por deixar a cargo da pesquisadora a escolha do codinome.

O trabalho que ora apresentamos está organizado de forma a contemplar, neste primeiro capítulo, a introdução do tema e a metodologia utilizada na pesquisa; no segundo capítulo descrevemos, sistematizadamente, o norte teórico utilizado como referência para a análise dos dados e das informações coletadas; no terceiro capítulo trazemos os resultados e as análises da pesquisa. Ao final, resgatamos os principais tópicos relacionados aos eixos de estudo e expomos nossas considerações finais sobre o tema.

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA

Procuramos expor neste capítulo uma síntese das análises de alguns autores que têm contribuído para o avanço nas discussões sobre a Reforma Psiquiátrica, bem como a definição do que vem a ser este outro modelo de atenção em saúde mental – o Modo Psicossocial, tanto em seus aspectos prático-assistenciais quanto em suas exigências éticas e teóricas, no sentido de construirmos o norte teórico orientador das análises da presente pesquisa.

Todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, na atualidade, bem como a literatura da área estabelecem a categoria teórico-prática “desconstrução” como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade nas ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Reiteram, também, a incapacidade da psiquiatria de explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (BASAGLIA, 1985; ROTELLI, 1990). Neste sentido, a proposta da Reforma Psiquiátrica objetiva criar experiências alternativas ao hospital psiquiátrico e ao modelo de suas práticas, através da extinção desse tipo de instituição e sua substituição por recursos que sejam capazes de rever tanto as concepções do “objeto” quanto dos “meios” e modos da sua intervenção nessa área.

A partir das contribuições colocadas por Fleury (et. al., 1989), com relação ao conceito de Reforma Sanitária como um “processo de transformação estrutural”, e da noção de *processo social complexo* proposta por Rotelli (1990), Paulo Amarante (2003, p.49), define Reforma Psiquiátrica como:

um processo social complexo que se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade.

Nessa concepção, o autor observa que processo indica algo em permanente movimento, que não tem um fim predeterminado, nem um objetivo último ou ótimo. E, a idéia de complexidade é posta não como sinônimo de complicação, mas sim como uma atitude epistemológica no sentido de reabrir a possibilidade de recomplexificação do fenômeno, proposição oposta a naturalização/objetualização da noção de doença. Neste sentido, a doença deixaria de ser reduzida a uma alteração biológica, para tornar-se um

processo de saúde/enfermidade. Em outras palavras, “a doença não é um objeto, mas uma experiência nas vidas de sujeitos distintos” (AMARANTE, 2003, p.53).

Na continuidade de suas análises sobre a Reforma Psiquiátrica Amarante (2000, 2003) designa quatro dimensões para as transformações operadas na e pelas práticas da Reforma, quais sejam: teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural.

A dimensão teórico-conceitual ou epistemológica contempla o conjunto de questões que dizem respeito a produção de conhecimentos e saberes que irão subsidiar as práticas. É uma dimensão que vai desde a reflexão dos conceitos mais fundamentais do campo das ciências até os conceitos produzidos pela psiquiatria: alienação, doença mental, normalidade/anormalidade, terapêutica e cura. Um aspecto muito importante desta dimensão refere-se ao desafio de se repensar as relações entre conhecimento e objeto (AMARANTE, 2003).

Na interpretação de Costa-Rosa (et al., 2003, p. 32), o campo teórico-conceitual pauta-se na desconstrução de conceitos e práticas, sustentados pela psiquiatria e pela psicologia nas suas visões acerca da doença mental. Propõe-se como contrapartida a construção de noções e conceitos como “existência-sofrimento” do sujeito na sua relação com o corpo social, acolhimento, cuidado, emancipação e contratualidade social. Nesse âmbito, pode-se entender que o conceito de existência-sofrimento impulsiona a Reforma Psiquiátrica na direção de uma revolução paradigmática, uma vez que questiona a tão cara relação sujeito-objeto e o próprio paradigma doença-cura. Tal conceito aparece por contraposição ao paradigma doença-cura, expressando a exigência de se dar ao sujeito a centralidade da cena.

Como exemplo desse campo Amarante (2003, p. 50) destaca o processo de desconstrução do conceito de clínica, que deixaria de ser o isolamento terapêutico ou o tratamento moral para tornar-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades; a desconstrução do conceito de doença produzido pela psiquiatria, em que o sujeito, não mais visto como alteridade incompreensível, possibilitará outras formas de conhecimento, que produzirão novas práticas clínicas e sociais.

Cabe destacar que quando um conceito é submetido ao processo de desconstrução é possível supor que as relações entre as pessoas envolvidas também serão transformadas, assim como os serviços, os dispositivos e os espaços. Conseqüentemente, mudam, ainda, os conceitos e as práticas jurídicas que eram adotadas pelos conceitos desconstruídos.

Para Basaglia (1985) e Rotelli (1990), desconstrução está relacionada à noção de *invenção*, de construção do real, de produção da subjetividade, recolocando em discussão a ciência e a psiquiatria. Os autores referem-se a “desconstrução” do dispositivo psiquiátrico e clínico em seus paradigmas fundantes e suas técnicas de poder-saber, entendendo-a como uma ação prática de desmantelamento das incrustações institucionais que cobriam a doença. A desconstrução questiona as bases do dispositivo psiquiátrico, em sua competência para atuar frente à loucura.

Entende-se desconstrução como um processo social complexo, de desmontagem do dispositivo psiquiátrico, que não tem fim, ou não pretende constituir, um modelo ideal, mas sim dar novo significado às relações e colocar questões imanentes às situações-problema. Nesse sentido, é um processo que precisa, por definição, ser reinventado incessantemente, e questionar também o conjunto dos segmentos sociais que deveria ser [...] objeto de uma verdadeira "revolução molecular", quer dizer, de uma re-invenção permanente (GUATTARI, 1992 apud TORRE; AMARANTE, 2001, p. 14).

A dimensão político-jurídica passa pela criação e alterações na legislação com relação aos direitos e a assistência ao portador de transtornos mentais. O âmbito jurídico é decorrente do fato de a psiquiatria ter instituído a noção de relação entre loucura, periculosidade, irracionalidade, incapacidade, irresponsabilidade civil. No plano político luta-se pela extinção dos manicômios e sua substituição por instituições abertas, pela revisão das legislações sanitárias, civil e penal referente a doença mental, para possibilitar o exercício dos direitos à cidadania, ao trabalho e à inclusão social. Importa nessa dimensão rediscutir e redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais (AMARANTE, 2003, p. 53; COSTA-ROSA, et al., 2003, p. 33).

No âmbito da dimensão técnico-assistencial está o modelo assistencial. É nesse campo que, na realidade brasileira, aparecem mais visivelmente as inovações com relação as práticas assistenciais em saúde mental, concomitante a reconstrução dos conceitos. As transformações vêm acontecendo tanto na concepção de novos serviços (CAPS, oficinas terapêuticas e de reintegração sociocultural, cooperativas de trabalho) quanto na sua forma de organização e gestão (instituições abertas com participação e co-gestão com os usuários e a população).

Nos últimos anos têm-se objetivado construir uma rede de novos serviços, concebidos como espaços de sociabilidade, de trocas, em que se enfatiza a produção de saúde como produção de subjetividades. Essas mudanças indicam para uma mudança nas práticas de atenção e tem significado *colocar a doença entre parênteses*, propiciando

contato com o sujeito, rompendo com as práticas disciplinares; aumentando a possibilidade de recuperação do seu estatuto de sujeito de direitos (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 32-33; AMARANTE, 2003, p.51).

A expressão *colocar a doença entre parênteses* é atribuída a Basaglia, significa a suspensão do conceito e implica na possibilidade de novos contatos empíricos com o fenômeno em questão. Para o autor, a psiquiatria colocou o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença como fenômeno da natureza. Assim, Basaglia propõe uma inversão, isto é, colocar a doença entre parênteses para tornar-se possível lidar com o sujeito e não com a doença.

Amarante (2003) chama a atenção para o fato de a atitude epistemológica de colocar a doença entre parênteses não significa a negação da doença no sentido do não se reconhecer que experiências de sofrimento ou diversidade fazem parte da realidade concreta da saúde mental. Nas palavras do autor:

não significa a recusa em aceitar que exista uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar. Significa, isto sim, a recusa a explicação da psiquiatria, para dar conta daquela experiência, como se esta pudesse ser explicada pelo simples fato de ser nomeada como doença. A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia social e política da exclusão, e a ruptura epistemológica com o saber da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para objetivar conhecer a subjetividade (AMARANTE, 2003, p. 56).

A dimensão sociocultural expressa o objetivo maior da Reforma Psiquiátrica, haja vista que pretende transformar o *lugar social* da loucura no imaginário social, transformando as relações entre a sociedade e a loucura. Muito do imaginário social é decorrente da ideologia psiquiátrica que tornou senso comum a relação da loucura à incapacidade do sujeito de estabelecer trocas sociais e simbólicas (AMARANTE, 2003, p. 53).

Para tanto se têm estimulado uma série de práticas sociais visando transformar o imaginário social relacionado a loucura, a doença mental e a anormalidade. Está em processo de mudança a imagem da loucura e do louco, a imagem da instituição e a da relação dos usuários e a população com ela. A intencionalidade passa pela construção de uma imagem das instituições de atendimento como espaços abertos de circulação e pólos de exercício estético, e uma imagem do “louco” como cidadão que deve almejar poder de contratualidade social (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 33).

Pensar a Reforma Psiquiátrica como um processo complexo implica desconstruir, superar conceitos; pensar, refletir sobre as ações no campo da saúde mental e os efeitos de

suas práticas; criar, construir novas práticas e produzir outros saberes. Trata-se, portanto, de um processo contínuo em que os verbos transformar, produzir, desconstruir, desmontar, emancipar, reconstruir devem estar no cotidiano do fazer em saúde mental.

2.1 O Modo Psicossocial

A elaboração das práticas do modo psicossocial é tributária de diferentes movimentos sociais científicos e vários campos teóricos. Sob esse aspecto, Abílio da Costa-Rosa (2000; 2003), busca especificar elementos básicos do novo paradigma traçando um paralelo de análise entre as práticas constitutivas do modo asilar e aquelas exigidas ao modo psicossocial⁷.

As principais características do modo asilar são: ênfase na consideração de determinantes orgânicos nos problemas que se pretende tratar, o que implica que o seu meio básico seja medicamentoso; pouca ou nenhuma consideração da existência do sujeito, o que implica que não se insista na sua mobilização como participante do tratamento. O indivíduo continua sendo visto como doente, tanto em relação à família quanto em um contexto social mais amplo. Daí decorre que a intervenção seja quase exclusivamente centrada nele. As aproximações da família, quando ocorrem, costumam ter caráter apenas pedagógico e assistencial. Dessa consideração do indivíduo como centro do problema, entre outros fatores, decorre também seu isolamento em relação ao meio familiar e social.

Ainda, com relação as práticas assistenciais, no modo asilar, o trabalho é realizado sem que os profissionais se encontrem para conversar sobre a atividade comum. O prontuário é considerado o elo de interconexão entre os profissionais da equipe. Mesmo no caso em que o meio é multiprofissional, a determinação fundamental dos problemas continua, na prática, sendo biológica. Portanto, a eficácia do tratamento espera-se que venha da química. Sua instituição típica continua sendo o hospital psiquiátrico fechado,

⁷ O autor observa que esta análise tem uma dimensão histórica, na medida que inclui uma consideração dos avanços que tem ocorrido nas práticas concretas até o presente; e outra dimensão lógica, visto que decorre da dedução realizada, através do método de análise, das características imprescindíveis a um determinado dispositivo para que ele configure uma lógica contraditória com a dos dispositivos que pretende superar e substituir (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.36).

ainda que nas últimas décadas esse venha sendo alvo de reformas democratizantes, intermitentes e esteja acompanhado de dispositivos chamados extra-asilares.

No modo psicossocial a concepção do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos sustentados para lidar com esse processo requer a desinstitucionalização do paradigma “doença-cura” e sua substituição pelo “existência-sofrimento”, conjuntamente com a configuração de práticas de trabalho transdisciplinares.

Destacam-se como principais exigências ao modo psicossocial: a determinação e consistência psíquica e sociocultural dos problemas, e não orgânica; a desospitalização e a desmedicalização, o que significa desconsiderar a medicação como resposta única ou preponderante e a priori; o exercício da “clínica da escuta e da criação de si”, e não a clínica da observação e da retomada do estado anterior às crises; a horizontalização das relações intrainstitucionais; a participação dos usuários e da população em forma de autogestão e co-gestão; o livre trânsito dos usuários e da população; a ética do reposicionamento do sujeito, que significa reconhecer a implicação subjetiva como forma de singularização e não supressão sintomática.

Os dispositivos institucionais típicos do modo psicossocial são os centros e núcleos de atenção psicossocial, o Hospital-Dia, ambulatórios de saúde mental; equipes multiprofissionais de saúde mental, inseridas em Centros de Saúde; setores para tratamento em saúde mental, inseridos em hospitais gerais. Seus meios básicos de tratamento são a psicoterapia, a laboterapia, as socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural, além da medicação.

É decisiva a importância que se atribui ao sujeito, daí que se insista de maneira fundamental na sua mobilização como participante principal do tratamento. Não se deixa de considerar, por isso, a sua dimensão de indivíduo (orgânico e sócio-cultural). Dá-se ênfase à consideração da pertinência do indivíduo a um grupo familiar e social. Supõe-se que se deve trabalhar também a família e o grupo social como agentes das mudanças buscadas.

Da consideração de que não é o indivíduo o único problemático, sugere-se que se inclua no tratamento também a família e eventualmente um grupo mais ampliado. As formas de participação da família e do grupo ampliado no tratamento são várias e superam, em muito, as posturas assistencial e orientadora, características do modo asilar. As associações de usuários e familiares criadas no modo psicossocial são reflexos dessa nova postura em relação aos usuários.

No modo psicossocial, espera-se que as diferentes possibilidades de ação se estendam desde a continência do indivíduo, durante a crise, até o reconhecimento da implicação familiar e social nos mesmos problemas. Espera-se, portanto, que tanto uns quanto outros possam assumir a parte de seu compromisso na atenção e no apoio. Além disso, dá-se acentuada ênfase à reinserção social do indivíduo, sem perder de vista que, muitas vezes, não é a problemática com a qual ele chegou a responsável pela sua saída da circulação sociocultural.

Quanto às formas de organização institucional, no modo asilar estas são marcadas por estratificações de poder e saber no âmbito do pessoal da instituição, que se transladam para a relação com os usuários e a população, os quais estão excluídos de qualquer participação que não seja a do objeto inerte e o mundo. Já os dispositivos do modo psicossocial tem suas práticas fundamentadas na lógica da Psicoterapia Institucional e da Comunidade Terapêutica e, geralmente, estas são instrumentadas por meio de assembleias de usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental. Participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais no modo psicossocial, por oposição à estratificação e interdição institucionais à heterogestão e à disciplina das especialidades que dominam no modo asilar.

Neste sentido, o autor propõe designar a Atenção Psicossocial como paradigma do modo psicossocial, em oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar.

2.1.2 Atenção Psicossocial

O termo Atenção, no contexto da Reforma Psiquiátrica, assume o conceito de “dar e prestar atenção, acolher, receber com atenção, tomar em consideração, levar em conta e escutar atentamente”. Designa uma parte fundamental do contorno que se pretende imprimir às ações de Atenção Psicossocial nas práticas em saúde mental. Expressa certos princípios relativos, sobretudo, à forma das relações dos agentes institucionais e das próprias instituições como dispositivos, com os sujeitos usuários e suas demandas (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 22).

Já o conceito Psicossocial designa as práticas em Saúde Mental Coletiva que se inscrevem como transição paradigmática da psiquiatria; enquanto que o termo psicossocial

agrega ao 'objeto' das práticas em saúde mental aspectos psíquicos e sociais, e tem a função de designar experiências reformadoras em sentido amplo (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 19).

Segundo o autor, ao somatizar aspectos sociais e psíquicos aos aspectos biológicos do paradigma e do objeto da psiquiatria a Atenção Psicossocial vai promover transformações nas concepções do objeto, nos modos de conceber e estruturar a instituição como dispositivo e, sobretudo, na forma de conceber e estruturar as relações terapêuticas, que tem, por sua vez, implicações éticas radicalmente distintas das práticas asilares.

A Atenção Psicossocial subentende ações diferenciadas das contidas no paradigma asilar e psiquiátrico. Na definição de Costa-Rosa Luzio e Yasui (2003, pp. 34-36):

a Atenção Psicossocial parece configurar um campo capaz de congrega e nomear todo o conjunto das práticas substitutivas ao Modo Asilar, conservando ao mesmo tempo a abertura necessária para a inclusão das inovações que ainda estão se processando e para outras que certamente virão. [...] As práticas de Atenção Psicossocial representam a sedimentação de um vasto conjunto de variações teórico-técnicas e éticas, mais ou menos radicais, conforme o caso, em relação às práticas vigentes e dominantes, que estão no lugar estrutural de sua alteridade necessária.

Os autores argumentam que a Atenção Psicossocial tem sustentado um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas norteadas pela aspiração de substituírem o modo asilar, e algumas vezes o próprio paradigma da psiquiatria. As ações na esfera político-ideológica trabalham em sintonia com os movimentos sociais que lutam pelo resgate da dignidade humana e dos direitos individuais e coletivos de cidadania. As ações teórico-técnicas referem-se à produção de novas formas de intervenção que possibilitem a construção de novos dispositivos que trabalhem pela transformação radical dos modelos institucionalizados e da ética em que se pautam.

Atenção Psicossocial, entendida como paradigma do modo psicossocial, designa concepções contrárias ao modo asilar. Quando referida as políticas públicas de saúde mental aspira a inclusão de aspectos políticos, econômicos, sociais, culturais e outros relacionados com ações que visam a construção de práticas de emancipação para a cidadania. Neste trabalho, se refere ao modelo de atenção em saúde mental que deve nortear as práticas dos serviços substitutivos, especificamente, a dos centros de atenção psicossocial.

Dessa forma, a complexidade e amplitude das práticas de Atenção Psicossocial inclui como seus componentes necessários, os conceitos e as práticas englobadas na desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, a partir de uma perspectiva baseada no aumento da contratualidade social dos usuários das instituições.

2.2 Desinstitucionalização

A desinstitucionalização tem sua origem nas experiências desenvolvidas por Franco Rotelli (1990), na Psiquiatria Democrática italiana. Segundo o autor, o primeiro passo da desinstitucionalização consiste em desmontar a relação problema-solução, renunciando a busca da solução racional (tendencialmente ótima) que no caso da psiquiatria é a normalidade plenamente restabelecida.

“O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de “cura” mas no projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente” (ROTELLI, 1990, p.30). Neste sentido, trata-se de um processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito doente. A desinstitucionalização traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação na qual exista reciprocidade entre sujeitos - uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade.

Nas palavras do autor,

A desinstitucionalização é, sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. [...] Depois de ter descartado a ‘solução-cura’ se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento (ROTELLI, 1990, p.33).

Em sua origem, os pressupostos da desinstitucionalização encaminham-se no sentido da restituição da subjetividade do indivíduo, possibilitando-lhes a recuperação de sua contratualidade, isto é, da posse de recursos para trocas sociais e, por conseguinte, para a cidadania social. Contudo, alguns estudos sobre as mudanças operadas na assistência no

âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira apontam para a compreensão da desinstitucionalização como desospitalização⁸.

Segundo Spricigo (2001), a desinstitucionalização, não correlata da desospitalização, torna-se a um só tempo, processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito adoecido. Traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação em que exista reciprocidade entre sujeitos, uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade. Isso gera a necessidade de invenção de novas modalidades de mediação, não somente médicas, mas principalmente políticas, sociais e culturais.

Sobre esta questão, Amarante (1995b) enfatiza que a mudança desejada na assistência em saúde mental não corresponde simplesmente ao fechamento de hospitais psiquiátricos e o conseqüente abandono das pessoas em suas famílias ou nas ruas, nem no fechamento de leitos para reduzir custos, no sentido do neoliberalismo ou no sentido do enxugamento do Estado. Segundo o autor,

desinstitucionalização não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativo. Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social (AMARANTE, 1995b, p. 491-494).

⁸ Ver SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Série Teses em Enfermagem, n° 42)

Neste sentido, a proposta da desinstitucionalização está centrada em uma mudança completa do paradigma de saber em saúde mental e, do ponto de vista assistencial, na constatação de que o hospital psiquiátrico tradicional é antiterapêutico. Assim, a estratégia de conversão do sistema de cuidado deve partir da substituição do hospital psiquiátrico por um amplo rol de serviços abertos e comunitários, capazes de assistir o usuário desde a crise aguda até às necessidades mais amplas de caráter social. Nestes novos serviços, a reabilitação psicossocial vem se configurando como um lineamento para o desenvolvimento de programas, eticamente responsáveis, no sentido de dar conta da totalidade das demandas que os problemas mentais severos e persistentes requerem.

2.3 Reabilitação psicossocial

Na definição da Organização Mundial de Saúde (1987 apud PITTA, 2001) reabilitação psicossocial é o conjunto de atividade capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários.

Segundo Pitta (2001), a reabilitação psicossocial, no seu sentido instrumental, é representada por um conjunto de meios (programas e serviços) que são desenvolvidos para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes, ou seja, um processo para facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. Tal processo enfatiza as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo e a cada situação de modo personalizado.

Para Saraceno (2001), a reabilitação psicossocial prevê um processo de restituição e reconstrução de direitos políticos legais e sociais para o cidadão. Para tal, projetos de ressocialização devem promover o reconhecimento do portador de transtorno mental.

Para Kinoshita (2001), reabilitar é reconstruir valores, aumentar o poder contratual, criar condições de possibilidade para que um paciente possa, de alguma

maneira, participar do processo de trocas sociais, produzir dispositivos que, desde uma situação de desvalor quase absoluto (pressuposto), possa passar por experimentações, mediações que busquem adjudicar valores aptos para o intercâmbio, ou seja, modificar o pressuposto de desvalor natural para um pressuposto de valor possível proposto, explícito.

O autor considera que reabilitar pode ser entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia. Sendo que, a contratualidade do usuário vai estar, primeiramente, determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Se estes podem usar de seu poder para aumentar o poder do usuário ou não. Depois pela capacidade de se elaborar projetos, isto é, ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida.

Ainda, diretamente ligada a questão da reabilitação de pacientes está a necessidade de se estabelecerem diversificadas redes de relações, as quais melhor capacitariam os indivíduos a compreenderem quais determinações influenciam sua vida cotidiana, ampliando sua autonomia.

O conceito de autonomia aqui referenciado é entendido como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001).

3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Apresentamos, a seguir, os resultados e as análises da pesquisa realizada, a partir dos eixos que nortearam a coleta dos dados e das informações: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde.

3.1 Estrutura e recursos financeiros

O conjunto de serviços substitutivos ao modelo de atenção em saúde mental tradicional (manicomial/asilar), do qual os centros de atenção psicossocial fazem parte, é, atualmente, regulamentado pela Portaria GM/MS N° 336/2002. Esta portaria estabelece portes diferenciados, a partir de critérios populacionais, para abrangência, financiamento e tipo de serviço prestado, de acordo com cada modalidade de CAPS.

Com relação a estrutura física, os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender a sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado. Para tanto, devem estar equipados com consultórios individuais para consultas, entrevistas, terapias, salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitório, sanitários, área externa para oficinas, recreação e esportes (BRASIL, 2004).

Neste aspecto, O CAPS Ponta do Coral tem uma estrutura que compreende um terreno com área física total aproximada de 1.936,00m², destes, aproximadamente 421m² são de área construída. Fazem parte das instalações, uma casa com dois pavimentos, um anexo, utilizado como sala do brechó, área de lazer e estar externa, e estacionamento. O pavimento superior da casa comporta 2 varandas, sala de recepção, sala de espera, 2 áreas de circulação (corredores), sala de administração, 2 consultórios, sendo que no momento um é utilizado como sala administrativa para realização de procedimentos relacionados ao preenchimento das APACs⁹, 2 salas para atividades grupais com WC, sala de depósito de

⁹ Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo.

material, cozinha com despensa, refeitório com churrasqueira, sala ampla (auditório) equipada com multimídia, sala de enfermagem, sala de repouso, e 7 banheiros distribuídos no espaço físico do pavimento superior. No pavimento inferior encontra-se a sala utilizada pela associação de usuários, 2 salas para a realização de oficinas (com passagem de uma para outra), sala com forno, sala de depósito de material e lavanderia¹⁰.

De acordo a pesquisa realizada, 83,3% dos profissionais considera a área física do CAPS suficiente para o atendimento da demanda e 66,7% consideram as instalações adequadas para a realização das atividades propostas; apenas um profissional observou que considera a estrutura do CAPS suficiente desde que as oficinas produtivas sejam realizadas fora da unidade. A mesma porcentagem (66,7%) considera os equipamentos disponíveis suficientes. Neste âmbito, o serviço conta com computador com impressora, aparelho de telefone e fone/faz, televisão, mesas de escritório, cadeiras, quadro branco, maca para atendimento em enfermagem, camas de repouso, fogão industrial, pia, mesas e bancos no refeitório, bancos para estar e descanso, entre outros. Metade dos profissionais respondeu que os equipamentos estão em bom estado de utilização, com ressalvas para salas com pouca ventilação no pavimento inferior.

Já com relação aos materiais de consumo, 91,7%, correspondente a onze dos doze profissionais que responderam ao formulário, consideram que os materiais de consumo não são suficientes. Eles se referem à falta e irregularidade no recebimento de materiais básicos à manutenção do serviço, tais como copo descartável para água, papel higiênico, e, principalmente, material específico para uso nas oficinas terapêuticas e de produtividade. Esta situação pode ser observada nas falas dos profissionais, que identificam as dificuldades no funcionamento do CAPS com relação a falta de recursos materiais e financeiros:

[...] essa falta de recursos é isso que eu te digo, desde a parte administrativa, nós precisamos de papel, carbono, copo pra tomar água, por exemplo, agora nós somos uma Unidade Local de Saúde que não tem copo descartável, já faz quase quinze dias, vinte dias, não tem copo descartável; falta água, aí nós temos que esperar, sendo que é um lugar que transita muitos usuários, eles tomam medicação e precisam tomar água, eles tomam muita água, e acaba não tendo água potável; por exemplo, teve época que faltou papel higiênico, em um serviço onde os usuários chegam fazem lanche, almoçam, fazem lanche da tarde, eles passam o dia aqui, então precisa ter uma estrutura mínima de atendimento (LÉLI, 4/4/2006).

¹⁰ Conforme Planta Baixa da unidade constante no projeto de reforma e ampliação executado em 2003/2004.

[...] a gente tem também o problema de fornecimento de material de consumo já há algum tempo, também desde que essa administração começou (Gestão Municipal e da Secretaria de Saúde), o fornecimento de material de consumo é interrompido, a gente fica sem tinta pra impressora, sem papel, sem papel higiênico...; tem diversos itens desses que são necessários, fazem parte do funcionamento do dia-a-dia do serviço (F, 12/4/2006).

[...] as oficinas terapêuticas e produtivas, requerem um material específico que precisa de dinheiro, e aqui, na política específica do município não tem uma regularização quanto ao repasse desse dinheiro [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

[...] a falta de agilidade no fornecimento das reservas para as oficinas, tudo isso resulta em um prejuízo para o trabalho; ficou quase uns dois meses a oficina fechada por falta de material, por exemplo [...] (P, 17/3/2006).

Outra dificuldade mencionada pelos profissionais no funcionamento do serviço é o vale transporte dos usuários:

[...] o funcionamento em geral fica prejudicado porque na medida em que falta vale transporte o usuário não vem, não consegue se deslocar para vir até aqui, aí interrompe aquele projeto terapêutico que havia sido feito com o usuário [...] (VIK, 24/3/2006).

[...] a questão, por exemplo, da dificuldade que a gente tem aqui: o transporte dos pacientes, a questão do passe, é muito irregular; então, isso reduz a nossa produtividade também, porque os pacientes acabam não vindo. Muitas vezes a gente não pode, por exemplo, contar com aquele paciente que veio para uma entrevista inicial porque ele não tem como estar vindo no curto prazo, então, acho que isso, a questão do custo que é o transporte em Florianópolis, também acaba afetando o nosso trabalho, então, nesse sentido, a falta de regularidade no passe [...] (P, 17/3/2006).

A partir dessa relação entre as diversas necessidades para o funcionamento do serviço é possível perceber que os profissionais assumem como princípio uma concepção de saúde ampliada, na qual não basta somente o atendimento terapêutico. Outros fatores estão interligados e contribuem para que a assistência efetivamente ocorra. Contudo, a concepção e prática setorializada das políticas sociais brasileiras provoca situações dessa natureza, na medida em que não se trabalha a inter-relação entre elas. Esta forma de setorialização das políticas sociais, no entanto, não é característica apenas da realidade brasileira, mas uma “modalidade do Estado burguês” que traduz as expressões da questão social mediante a tipificação das políticas sociais (NETTO, 1992).

Várias iniciativas têm buscado romper com esta perspectiva como a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), que reafirmou a necessidade de se garantir e melhorar o acesso aos bens e serviços da sociedade: prover trabalho, creches, profissionalização, educação, lazer, escolas, habitação, transporte, segurança pública, saneamento básico. Também, destacou ser fundamental enfatizar a questão do transporte urbano acessível aos usuários, a fim de que seja garantido o deslocamento entre os serviços de saúde e sua moradia (BRASIL, 2002a).

Na seqüência da pesquisa realizada, dois entrevistados referiram que a falta e as dificuldades no fornecimento dos recursos materiais necessários estão mais acentuadas na atual gestão administrativa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)¹¹. Foram relacionadas, ainda, como dificuldades, a falta de um carro disponível para o CAPS, a falta de terapeuta ocupacional, de outro médico psiquiatra e outros profissionais de nível médio (auxiliar administrativo, pessoa para limpeza). Outras questões listadas estão relacionadas aos recursos humanos e as necessidades de integração do serviço na política municipal de saúde. Os profissionais relatam a existência de dificuldades de interação da equipe, falta de capacitação, supervisão institucional, falta de apoio institucional, falta de efetivação de uma rede de saúde mental e/ou a existência de uma rede de atenção ainda incipiente, em processo de formação, falta de estrutura para atenção às urgências, dificuldades do gestor em compreender a lógica da saúde mental, salários incompatíveis com as funções.

Os problemas relatados pelos profissionais aparecem diretamente relacionados à insuficiência dos recursos financeiros de custeio do serviço. Todos os entrevistados referiram que os recursos gerados pelo serviço, através das APACs, não são suficientes para a realização das atividades do CAPS. Dentre as atividades prejudicadas, o trabalho nas oficinas foi apontado como o principal, conforme aparece na fala a seguir:

o que requer mais recursos, atualmente, são as oficinas produtivas, por exemplo, houve uma paralisação de muitas das oficinas quando faltou recurso. O recurso não é exatamente suficiente. Eu acho que os R\$ 500,00 por mês é um recurso pequeno [...] acho que o recurso poderia ser maior, pelas necessidades ele acaba sendo reduzido, não é uma coisa que você possa comprar a vontade, assim, é limitado, muitas vezes, a oficina tira de uma pra passar pra outra (P, 17/3/2006).

¹¹ Gestão Municipal 2004/2008; a Gestão da Secretaria de Saúde referida é a de 2004 a abril de 2006 que teve como gestor o vereador Walter da Luz; à época da coleta dos dados empíricos houve mudança do gestor municipal de saúde, assumindo o cargo o ex-secretário estadual de saúde João José Cândido da Silva.

Um dos profissionais apontou como principal atividade prejudicada pela falta de recursos financeiros a questão do território. Segundo este, a falta de recursos interfere no atendimento prestado, no sentido de que não é possível realizar o acompanhamento, a inclusão e avaliação do usuário em seu território. De acordo com este profissional,

o dinheiro do CAPS pode ser melhor gerido se investir no território. Investir no território seria elaborar projetos, ter mais articulação com a associação de moradores, ou seja, com os recursos que o território oferece, e aí precisa aumentar a própria equipe porque vai ter equipes que vão ter que se deslocar do CAPS; vai ter que ter investimento em carro, daí vai ter que ter um motorista, os próprios agentes comunitários tem que ter essa parceria, isso tudo implica em financiamento. [...] como eu sempre digo, território é onde a vida acontece, onde a cultura é produzida, onde as manifestações de vida, elas estão mais visíveis [...], mas investir lá no território, a equipe tem que estar inserida lá, estar toda hora pensando e discutindo [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

De acordo com as recomendações da política do Ministério da Saúde, as ações de saúde mental devem obedecer a um modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas. São ações que envolvem práticas de reabilitação psicossocial, promoção da cidadania, construção da autonomia possível dos usuários no ambiente em que eles vivem, e que necessitam de uma equipe multidisciplinar capaz de trabalhar sobre a ótica da interdisciplinaridade (BRASIL, 2004).

Necessariamente, a mudança de um modelo assistencial requer a análise de sua estrutura de financiamento. Isso significa que as características singulares e diferentes dos CAPS, em relação aos modelos tradicionais de assistenciais, e a complexidade das ações desenvolvidas por estes serviços necessita vir acompanhada de uma mudança na lógica de alocação de recursos financeiros.

Atualmente, o principal órgão financiador dos CAPS é o Ministério da Saúde (MS). Com a publicação da Portaria GM/MS nº 336/2002 os CAPS passam a fazer parte das ações estratégicas do MS. Esses serviços são incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e a remuneração é através do sistema APAC/SIA¹². Baseado na fatura que o prestador de serviços de saúde apresenta ao SUS, correspondente aos seus gastos

¹² A Portaria GM/MS nº 336/2002 descreve os procedimentos objeto de remuneração, classificando-os em intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Para essas três modalidades de atendimento, a Portaria GM/MS nº 189/2002 fixou o número máximo de atendimentos mensais para cada modalidade, de acordo com cada tipo de CAPS, sendo que para cada tipo de procedimento é destinado um valor diferenciado. Nos CAPS II, um procedimento intensivo custa R\$ 25,40; um semi-intensivo, R\$ 16,30; e um não-intensivo, R\$ 14,85 (BRASIL, 2002).

mensais com a produção de atendimentos aos usuários dos CAPS, o Ministério da Saúde repassa, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, o montante equivalente à sua produção. A inovação introduzida por este modelo de pagamento refere-se à fonte de financiamento, ou seja, ao acréscimo de recursos financeiros repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estadual e Municipal de Saúde (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, pp.129-132).

Sobre este aspecto, perguntamos aos entrevistados qual conhecimento possuem sobre o repasse dos recursos financeiros para o CAPS. Na sua maioria, eles referiram saber sobre os recursos originados a partir das APACs, contudo, relataram não saber sobre o controle do uso desse recurso, conforme expresso nas falas relacionadas:

[...] tem o valor, o montante desse valor que é produzido dos atendimentos pagos pelo Ministério (MS), então, tem isso mensal, a gente tem o valor que chegou, somou, vamos dizer assim, esse montante que a gente somou dos atendimentos feitos no mês, isso a gente sabe, porque as APACs são geradas aqui no CAPS, mas o repasse disso via Fundo Municipal, esse controle eu não sei, eu sei do valor que tem que receber mensalmente (VIK, 24/3/2006).

Bom, formalmente, eu desconheço qualquer..., todas as formas de recursos. O dinheiro da produtividade referente as APACs vai para o Fundo Municipal de Saúde e nunca teve prestação de contas disso. Na verdade a gente não sabe qual é o destino que é dado nem quanto vem; tem o nosso levantamento interno da produtividade, mas não sabemos o que é feito desse recurso (F, 12/4/2006).

Alguns profissionais referiram-se ao fato de o município não ter gestão plena do SUS,

Bom, eu tenho algum, pouco do que é repassado, a gente sabe o que foi recolhido, por exemplo, através das APACs, que são os atendimentos feitos aqui, então eu sei quantos atendimentos foram, qual seria o valor que essas APACs dariam, mas eu não sei qual o valor que a gente acaba recebendo, que fica num fundo perdido, no sentido de que é um fundo único por não ser gestão plena (J, 22/3/2006).

O conhecimento que eu possuo é muito irregular e insatisfatório, assim, a relação APAC, por exemplo, o repasse do dinheiro que viria do Ministério da Saúde a gente acaba..., nós não somos gestão plena então vai pra secretaria (municipal) de saúde e ali é passado pra compra de alimento..., enfim, mas nós não temos autonomia sobre esse dinheiro, então, uma vez que você não tem autonomia o teu conhecimento fica restrito. Está na mão da secretaria mesmo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais discorreu detalhadamente sobre a forma como os recursos são gerados e repassados à unidade gestora (SMS), referindo-se que todas as diretrizes sobre financiamento do serviço são preconizadas pelo Ministério da Saúde através de portarias.

Os recursos financeiros do CAPS são obtidos através de APACs, Autorização de Procedimento de Alto Custo; pra se preencher uma APAC é necessário que haja uma organização do serviço em cima de modalidades de atendimento; as modalidades de atendimento podem ser: semi-intensivo, intensivo e não-intensivo, cada um tem um determinado valor em relação a esse procedimento, ou seja, todas as diretrizes em relação a financiamento, o Ministério preconiza isso em portaria, então, os conhecimentos que eu possuo em relação aos recursos financeiros do Caps são os conhecimentos que já estão preconizados em relação ao Ministério da Saúde; essa APAC uma vez preenchida ela é computada, ela é repassada pro governo federal e este repassa o dinheiro fundo a fundo; esse dinheiro vem pro Fundo Municipal de Saúde, e é esse dinheiro que é aplicado na saúde mental pra ter a gestão do serviço [...] aqui acontece da seguinte forma: cada gestor municipal, como a política é municipalizada, eles criam um protocolo, nesse protocolo eles colocam de que forma esse dinheiro pode ser gastado na saúde mental; então, existe um documento no município dizendo, olha na saúde mental você pode gastar tanto com a associação de usuários, tanto pra comprar materiais, tanto pra gastar em vale transporte; então, existe um protocolo dizendo no que você pode gastar esse dinheiro que vem na saúde mental; é um dinheiro que vem do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde; esse dinheiro cai nessa conta e ali existe um acordo de como se gastar; esse dinheiro é manejado pelo gestor municipal de saúde (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme apontam Freire, Ugá e Amarante (2005, pp. 131-133), o modelo de alocação de recursos dos CAPS (sistema de remuneração por APAC) trás contribuições à política nacional de saúde mental ao inserir os CAPS no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) do MS, pois proporciona maiores incentivos financeiros, haja vista a alocação de recursos municipais extra-teto para a manutenção de serviços já existentes e a implantação de novos serviços.

Contudo, os mesmos autores ressaltam que há de se perceber que a lógica da remuneração que o SUS imprime aos CAPS vincula-se, preponderantemente, à doença. Ou seja, as unidades assistenciais do SUS seguem um sistema de remuneração vinculado a um diagnóstico, mais especificamente, a um episódio de doença, internação, contidos na tabela de procedimentos hospitalares (SIH/SUS) ou a ações ambulatoriais, inscritas na tabela de procedimentos ambulatoriais (SIA/SUS). Desta forma, “o sistema de saúde encontra-se, em sua quase totalidade, voltado para a produção de atos vinculados a doença, isto é, atos

curativos, valorizando, em consequência, intervenções predominantemente individuais, que são remuneradas pela venda de procedimentos, diárias e atos médicos-assistenciais de natureza privatizante” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p 133).

Amarante (2003, pp. 62-63) considera que os CAPS, como os serviços integrantes do SUS, também foram capturados pela lógica da *inampização*, ou seja, pela lógica do pagamento por procedimento. Para o autor, “o modelo prevalente dos CAPS é o herdeiro mais autêntico e legítimo da lógica do antigo INAMPS, onde a saúde era reduzida a doença, ao mesmo tempo em que o sistema de saúde era reduzido a assistência médico-curativa”.

Portanto, o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. Pelo contrário, tente a prejudicar a complexidade de ações dos CAPS, na medida em que não é previsto financiamento das diversas relações que podem ser estabelecidas com a comunidade, com as lideranças e associações comunitárias. Tais ações, dentre muitas outras possibilidades de intervenção territorial, “são inerentes a esse tipo de serviço e objetivariam imprimir um processo de transformação cultural nos diversos segmentos da sociedade, no lidar e no acolhimento das pessoas em sofrimento mental” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 135).

Sobre a forma de repasse dos recursos financeiros ao CAPS, os profissionais entrevistados relataram não existir descentralização administrativa. Os recursos chegam ao serviço na forma de materiais. Alguns profissionais observaram que até a gestão administrativa da secretaria municipal de saúde anterior eles tinham acesso a uma verba de R\$ 500,00 que utilizavam na compra de material para as oficinas. A partir da atual gestão esse dinheiro não foi mais repassado. A compra do material passou a ser feita através de orçamento encaminhado à secretaria, que faz o pagamento, e os profissionais retiram os materiais.

Não, a gente não tem acesso a esse recurso diretamente, a gente não é uma unidade que gere o seu recurso; ele vai pra secretaria e a secretaria... por exemplo: toda a compra de... o pagamento dos almoços, lanches, etc.. é a secretaria que faz; a gente não tem autonomia; o único recurso que a gente manuseia são os R\$ 500,00, que vem para as oficinas; isso é dividido, as Oficinas fazem um rateio, cada oficina compra o seu material, mas até parece..., da última compra fui eu que comprei, ela (SMS de Florianópolis) determinou, já colocou a empresa que vai fornecer; não sei se foi mediante licitação, já fez o pagamento direto, a gente só foi lá escolher e pegar os produtos que tinham sido

solicitados; então..., de outras vezes, por exemplo, a gente pegava o cheque ia lá comprava, pagava naquele valor, agora isso não foi feito dessa forma (P, 17/3/2006).

Desde que começou essa administração (Gestão Municipal 2004-2008) acabou esse repasse; então atualmente a única vez que a gente conseguiu material pras oficinas foi através de empenho que a própria secretaria fez..., então, permanece centralizado, a única coisa que a gente teve que fazer foi ir nas lojas fazer orçamento, passar pra secretaria, a secretaria emitiu as notas, e aí a gente foi buscar o material com essas notas, mas não com o dinheiro (F, 12/4/2006).

Não, não existe, porque, na gestão passada (Gestão Municipal 2000-2004) ainda vinha uma verba de dois em dois meses, tipo quinhentos reais pra compra de material pra oficinas; nós comprávamos, apresentávamos as notas e depois eles colocavam o dinheiro; nessa gestão (Gestão Municipal 2004-2008; Gestão da Secretaria de Saúde de 2004 até abril de 2006) não existe nada, então, a pergunta se existe descentralização administrativa dos recursos financeiros, não, não existe (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais referiu-se a descentralização não apenas como repasse de recursos financeiros e funções administrativas, mas como compartilhamento de poder na gestão do serviço.

Essa descentralização, eu estou entendendo como um compartilhamento de poder; não existe esse compartilhamento de poder na hora de gerir os recursos, assim, o CAPS possui CNPJ, mas ele não possui uma conta específica pra vir dinheiro pro CAPS, não existe isso, existe esse acordo que eu te falei, que vem do fundo a fundo e esse dinheiro vai pra saúde mental e o CAPS tem uma vertente pro CAPS, o dinheiro não é só pro CAPS, ela vai pra saúde mental, e aí o CAPS acaba utilizando esse dinheiro, então, quando pergunta sobre a descentralização eu faço a avaliação de que é o compartilhamento de poder, então, não tem isso, é o gestor que acaba se apoderando desse sistema de financeiro, a gente não interfere (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ao considerarmos a questão da descentralização político-administrativa dos recursos financeiros, temos a intenção de destacar que a transferência desta prática às unidades prestadoras de serviços em saúde nos municípios poderia estar favorecendo uma melhor utilização e adequação dos recursos às necessidades reais do serviço, bem como possibilitar maior agilidade na compra dos materiais e viabilizar um processo de gestão democrática e participativa, entre técnicos trabalhadores, usuários e gestores. Essa prática traduz-se, por sua vez, em um exercício político-pedagógico de construção da democracia, objetivando uma atuação com transparência na administração da coisa pública.

Quando questionados sobre se a descentralização financeira dos recursos possibilitaria o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, os

profissionais, na sua maioria, disseram que sim, com algumas ressalvas feitas para a necessidade de mudanças na forma de gestão administrativa do serviço, conforme expresso nas falas que seguem:

Sem dúvida, sim sem dúvida, isso é um equívoco assim porque..., justamente porque a gente não sabe qual é o destino dado a esse dinheiro. A gente acredita que se a gente tivesse mais transparência nesse processo a gente poderia pelo menos priorizar certas coisas que são de fato importante e garantir que elas fossem..., que a gente conseguisse obter essas coisas, enfim, o investimento necessário (F, 12/4/2006).

A melhor utilização sim acho que o planejamento teria que ser anterior, mas sim, acredito que utilizar no sentido até..., porque muitas vezes, como vai para esse Fundo que é pra todos, pra toda a saúde, você acaba sem saber, igual agora, que a gente já tem o dinheiro da supervisão disponível na secretaria, mas não tem como a gente começar amanhã, embora o dinheiro já esteja lá., porquê? porque a gente não sabe como esse dinheiro vai sair e entrar na mão do terapeuta que vai fazer a supervisão da equipe e isso pode demorar um mês, dois meses, vai saber, seria melhor, claro (J, 22/3/2006).

Sim, com certeza, porque nos iríamos sentar e ver as necessidades, por exemplo, esse ano nós ficamos desde o ano passado até um mês atrás sem material nenhum pras oficinas e as oficinas que mais tinham, capitalizavam usuários e não tínhamos material, nós tivemos que suspender as oficinas; então nós sabemos das necessidades, as necessidades dos usuários, quais as oficinas tem mais usuários, pra gente pode administrar e vê onde pode estar investindo (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que sim porque ficaria mais próximo da própria administração do CAPS, porém, ia surgir a necessidade de ter todo um aparato administrativo pra poder gerenciar isso, mas assim, na medida que aqui no CAPS a gente tem uma gestão participativa, em que os usuários estão reunidos semanalmente pra pensar as regras do CAPS, as necessidades do CAPS, enfim, seria mais interessante talvez, esse repasse direto tu quer dizer, é... não sei assim, a princípio..., hoje a gente tem uma estrutura de conselho que prevê o controle social através do Fundo Municipal de Saúde, o Conselho Municipal tem essa ligação também, e aí a gente está lá também, de certa forma representado (VIK, 24/3/2006).

Olha, eu acho que teria que mudar um pouco a nossa dinâmica de funcionamento; não deixa de ter um lado...bom, é uma faca de dois gumes, poderia facilitar a gente fazer um processo mais rápido talvez, não faltaria coisa, porque as vezes faltam coisas básicas, agora, por exemplo, faltam copos, se você tivesse o recurso você ia ali e comprava uns pacotes de copos, não teria essa... essa falha; agora é saber que é mais uma tarefa também que acumularia em termos administrativos, financeiros, quer dizer, não sei se você não está ali também inchando o processo burocrático aqui dentro do CAPS; eu acho que pode ter vantagens, mas pode ter desvantagens; eu teria que pensar melhor, nunca pensei nessa possibilidade; assim, acho que o dinheiro da Oficina, puxa, se a gente tivesse aqui uma verba seria mais fácil, as vezes faltam coisas

pequenas que você não tem como estar repondo aqui, tem que esperar uma nova verba, de repente pra.... (P, 17/3/2006).

Um dos profissionais observou sobre as questões práticas e políticas que envolvem a descentralização no contexto do SUS:

Esse compartilhamento de poder ele só pode ser discutido dentro da lógica do SUS, universalização, integralização, etc., dentro dos preceitos do SUS tem o controle social, essa descentralização só pode ser discutida quando acontece o controle social. Hoje essa descentralização ela tem que ser discutida no Conselho Municipal de Saúde e mais precisamente no conselho gestor dentro do CAPS; agora, porque não ocorre isso? Porque não tem a clareza da necessidade; eu acredito que as pessoas que acabam estando na prática, principalmente no CAPS, se sobrecarregando com as coisas, e acabam não tendo a clareza, ou não querendo assumir mais um encargo trabalhista; então, esse é um dos grandes problemas que existe, a sobrecarga de trabalho, as condições de trabalho, aí você acaba tendo que lutar por tudo isso; isso aí eu vejo que tem muito a ver com a questão da militância, pessoas que já estão, lá na época ou do ensino médio, que já começam ir pros grêmios, depois a pessoa acaba indo pra militância no movimento estudantil, e quando vão pros serviços de saúde são profissionais mais críticos, que acabam tendo essa visão mais ampla da saúde e da política; então, as pessoas que acabam chegando no serviço com um pouco desse ideal de controle social eu diria, acabam questionando mais essa questão da descentralização; voltando a tua pergunta sobre a descentralização financeira, ela poderia sim possibilitar um melhor planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, se houver o controle social dentro dessa descentralização financeira (GIRASSOL, 20/3/2006).

Cabe destacar que a proposta da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, na regionalização e na hierarquização da rede de serviços, constante entre os princípios e diretrizes do SUS, coloca o município como lugar privilegiado para o desenvolvimento de uma política de financiamento das ações em saúde, com critérios transparentes, e que respeite as particularidades da realidade local. O Ministério da Saúde continua a ser a instância que, na administração do Fundo Nacional de Saúde (FNS), acompanha a aplicação dos recursos que são repassados aos estados e municípios. Estes, por sua vez, são obrigados a constituir os seus respectivos fundos de saúde e conselhos estaduais e municipais, elaborar planos de ação e apresentar relatórios de gestão, garantindo também a existência de contrapartida de recursos para a saúde nos seus orçamentos (COSTA, 2002).

Embora a descentralização seja uma prática com vistas a aumentar o poder decisório de aplicação dos recursos na esfera local, esta ainda apresenta muitos problemas, na medida que não consegue alcançar efetividade, dados os impasses de ordem burocrática e administrativa. Por si só a descentralização não garante maior controle social ou uma prática democrática. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada que abarque as especificidades da área da saúde mental.

Nesse sentido, a lógica fundamental da estrutura de financiamento exigida é a de que os recursos financeiros devem ser centrados nas pessoas e não nos serviços. O financiamento deve contemplar todas as ações necessárias e decorrentes da implantação, implementação e sustentação de uma nova política de saúde mental (BRASIL, 2002a). O que deve ser colocado em pauta é a viabilidade de se financiar o CAPS como um todo, envolvendo todas as suas ações e especificidades, permitindo-se que cada serviço tenha flexibilidade para realizar seu trabalho de acordo com as necessidades locais, desvinculando o financiamento da relação de compra e venda de serviços e da noção de doença (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 136).

3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico

Os profissionais que trabalham nos CAPS compõem um grupo de diferentes técnicos de formação de nível superior e nível médio, e integram uma equipe multidisciplinar. Todas as unidades de serviço devem obedecer a exigência da diversidade profissional e cada CAPS tem suas próprias características quanto ao tipo e a quantidade de profissionais. A equipe mínima indicada para os CAPS II é composta por médico psiquiatra, enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior de outras categorias profissionais entre psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro necessário ao projeto terapêutico e seis profissionais de nível médio entre técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).

O papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. As equipes devem organizar-se para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação

psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e poder equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas (BRASIL, 2004).

Neste item nos propomos a descrever e analisar a composição e perfil da equipe técnica do CAPS Ponta do Coral, bem como as dificuldades e facilidades do trabalho em equipe consideradas pelos profissionais, a existência de práticas interdisciplinares no atendimento ao usuário, de projeto terapêutico e planejamento das ações da unidade de serviço¹³. Ao final do item consideramos os apontamentos dos profissionais sobre as diferenças do atendimento prestado no CAPS em relação ao realizado nas instituições tradicionais/hospitais psiquiátricos.

3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental

O CAPS Ponta do Coral conta com uma equipe de profissionais multidisciplinar que atua diretamente no atendimento aos usuários. São profissionais com formação de nível superior nas áreas de psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Entre os de formação de nível médio estão dois técnicos em enfermagem e um auxiliar administrativo. Compõem a equipe, ainda, os profissionais de apoio, vigilantes e auxiliar de limpeza, e estagiários de psicologia, serviço social e enfermagem.

¹³ É importante destacar que o perfil bem como a opinião dos profissionais sobre o serviço varia, no decorrer do tempo histórico, de acordo com a composição da equipe naquele determinado momento. Outros trabalhos já realizados identificam o perfil da equipe, a percepção dos profissionais sobre o trabalho no CAPS, o significado e o processo de inserção no serviço, a concepção sobre o modelo assistencial e práticas de desinstitucionalização, em épocas anteriores. Entre estes ver: GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003; FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial** - percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004; NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental:** em busca da articulação e qualificação das ações em saúde. Monografia (Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Lato Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

A maioria dos técnicos de nível superior concluiu a graduação na década de 1980. Metade deles possui capacitação específica na área de saúde mental, em geral, cursos de formação e aperfeiçoamento, especialização em terapia cognitiva comportamental, saúde pública, clínica, psicoterapia, psicanálise, atenção psicossocial. Três profissionais possuem mestrado nas áreas de enfermagem, sociologia política, artes cênicas; um fez residência médica em psiquiatria e cursa mestrado na mesma área; uma profissional tem doutorado em sociologia política.

Mais da metade dos profissionais (58,3%) possuem experiências de atuação profissional em outras instituições da área de saúde mental como clínica de internação, hospital psiquiátrico, centro comunitário de saúde mental, serviços de atenção à dependentes químicos e centro de atenção psicossocial. A maioria (66,7%) atua na área de saúde mental a partir da segunda metade da década de 1990. Cinco profissionais identificaram ter experiência de atuação em outras instituições que não da área de saúde mental.

Com relação ao tempo de serviço no CAPS, quatro profissionais atuam desde a implantação do serviço, em 1996, três ingressaram na equipe entre os anos de 2001 e 2002, e quatro profissionais passaram a fazer parte da equipe recentemente, a partir de meados de 2004. Quanto ao tipo de vínculo empregatício, a maioria, 75% (9 profissionais), é servidor público concursado, dois são contrato temporário e um ingressou no serviço público municipal através de indicação técnica. Nove profissionais possuem regime de trabalho de 30 horas semanais e 3 deles trabalham 40 horas semanais.

Com relação a capacitação específica em saúde mental para atuar no CAPS, todos os entrevistados consideram esse quesito de grande importância. Entre as razões apresentadas estão: a necessidade de compreensão e entendimento comum do que é um CAPS e o entendimento do tipo de assistência que este serviço deve oferecer; a preocupação com a diferença no atendimento que o CAPS deve oferecer em relação aquele prestado em outros serviços de saúde mental; a necessidade da capacitação para suprir as defasagens da formação acadêmica, que, em geral, não abarca as especificidades do campo da saúde mental.

Na opinião dos entrevistados,

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS, não tem a qualificação pra atuar, então ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então é necessária a questão da capacitação... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ah sem dúvida, sem dúvida, principalmente porque o que a gente está propondo é uma reformulação no modo da assistência em saúde mental, então é preciso que quem venha trabalhar num CAPS entenda essa lógica, que não venha pra cá com a mesma mentalidade do que se faz no hospital psiquiátrico, do que se faz em ambulatório, é outra coisa também diferente da atenção básica, então o CAPS precisa disso, precisa que o profissional tenha essa.., esse tipo de orientação, esse tipo de compreensão da sua finalidade (F, 12/4/2006).

Muito, muito importante, justamente por isso que eu estou te falando, porque assim, o profissional que trabalha no campo psicossocial, de qualquer área, ele necessariamente precisa quebrar a prática estereotipada pra poder entrar num serviço como esse porque o assistente social de um CAPS ele não é aquele assistente social de um hospital psiquiátrico, ele muda, ele faz outras coisas, ele se coloca de outro jeito, assim também é o médico, assim também é o psicólogo, o enfermeiro, então, uma formação específica pra essa área é bastante adequado porque vai tratar especificamente das necessidades que se colocam no cotidiano (VIK, 24/3/2006).

Considero, considero sim. É interessante que cada um tenha um saber, que traga o seu saber pela sua formação, da sua prática, do seu bairro, da sua comunidade, mas trabalhar no CAPS não é trabalhar em ambulatório, trabalhar no CAPS é ter um conhecimento sim do que é uma Reforma Psiquiátrica, do que significa um CAPS num panorama hospitalocêntrico. É toda essa questão política que tem por trás, questão financeira também, que é um serviço que se propõem substituir sim progressivamente os hospitais. Em muitos lugares isso já é feito, já conseguem fazer internação zero, outros lugares não; então, uma abordagem no CAPS precisa sim ter capacitação (LÉLI, 4/4/2006).

Sim, até por que o que é o CAPS? O quê um CAPS deveria ser? Cada um tem a sua idéia do que é um CAPS, mas ela não é uma idéia homogênea, então a minha experiência do que é um CAPS em outros lugares, que eu já tive em outros lugares especificamente, é muito diferente do que eu chego aqui e encontro as pessoas falando o que é um CAPS. é claro que a capacitação para um CAPS, para o que é o trabalho em CAPS podia homogeneizar, pelo menos todo mundo iria estar falando a mesma língua (J, 22/3/2006).

Sobre este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005, p. 30), observam que “os profissionais de saúde mental são, ainda em grande parte, formados a partir da prática cotidiana que caracteriza a lógica manicomial”. Hospitais e clínicas psiquiátricas constituem-se ainda os espaços onde “são oferecidos treinamentos em serviço (sob a forma de estágios e residências) aos profissionais que irão, no futuro, tentar materializar a nova lógica dos serviços substitutivos”.

Os autores destacam que “do sucesso da forma de organização da produção e transmissão do conhecimento pode depender o sucesso da própria reforma psiquiátrica” (OLIVEIRA; DORNELES, 2005, p. 32). Neste sentido, é importante que seja colocado na

cena do debate o funcionamento das instituições de aprendizado profissional sob a ótica da reflexão sobre as práticas e não apenas sobre o discurso das propostas dos cursos de formação. Os centros de formação devem se programar, planejar e garantir aprendizado e treinamento supervisionado, em que se pratique e construa espaços de práticas genuinamente terapêutica.

Na mesma direção, um dos entrevistados expressou sua preocupação com relação a seleção dos profissionais que vão atuar no CAPS, argumentando que os resultados do trabalho também dependem desse aspecto.

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS não tem a qualificação pra atuar, então, ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então, é necessária a questão da capacitação [...]. o processo de inclusão do profissional na área da saúde mental hoje, como se dá? Ele se dá por indicação política, seleção por contrato temporário e por concurso público. A indicação política pode ofertar profissionais desqualificados, pode! O contrato temporário, se não tiver um rigor no perfil que se quer pra trabalhar em CAPS vai acontecer a mesma coisa, um profissional desqualificado, o concurso público a mesma coisa, se não tiver um perfil, se não tiver o que se gostaria realmente, qual profissional que você gostaria de estar atuando hoje no CAPS, então, enquanto não se superar a forma de inserção no trabalho do CAPS, enquanto não se superar a discussão da saúde mental nos currículos acadêmicos vai continuar sendo sempre necessária a questão da capacitação [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Com relação a formação das equipes técnicas para atuar nos CAPS, as indicações aprovadas na e pela III CNSM apontam para a necessidade de que a contratação de profissionais deva ser realizada exclusivamente por meio de concursos públicos, e em caso de urgência, através da CLT, mas com seleção pública. E, ainda, os concursos devem exigir os pré-requisitos necessários e adequados à proposta de trabalho em saúde mental, alinhada teórica e conceitualmente aos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2002a).

Assim, é necessário considerar, quando da seleção dos profissionais, o perfil para trabalhar junto ao portador de sofrimento psíquico, bem como a existência de uma dimensão subjetiva, humanizante, solidária e fraterna como componente fundamental do perfil dos trabalhadores em saúde mental. Nesta direção, uma das participantes da pesquisa destacou a questão da opção política por este tipo de trabalho, associada a necessidade de competência técnica para atuar na área.

Eu acho que a gente trabalha com situações que requerem um estudo permanente, formação permanente, [...] eu acho que este é um dos vícios da saúde pública. Muitas vezes se confunde um pouco o tratamento ético ou moralmente responsável com uma qualidade também técnica. Eu acho que as duas coisas têm que estar associadas, tem que ter uma empatia pela causa da saúde pública, que aí entra na questão ética, moral de cada um, valores que você tem quando você vem pra esse tipo de trabalho; muitas pessoas que vem pra saúde pública quase que tem uma vocação religiosa. Mas ao mesmo tempo você também tem que ter uma competência técnica; não basta você tratar bem o paciente, você acolher, você precisa saber como intervir dentro da linha de trabalho que cada um escolhe, isso é fundamental (P, 17/3/2006).

Os profissionais, na sua maioria, indicaram ter recebido capacitação para atuar no CAPS. Referiram-se, especificamente, a um treinamento/capacitação realizado em novembro de 2005, com duração aproximada de 20 horas, organizado pela Assessoria Técnica de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde¹⁴. Contudo, alguns observaram que foi um treinamento tipo encontro, de curta duração, com trocas de experiências, e que não chegou a ser muito significativo.

Com relação a política de saúde mental, a maioria dos profissionais (83,3%) afirmou ter no mínimo algum conhecimento de sua organização e diretrizes. Entre os entrevistados, todos consideraram importante saber sobre os princípios, a estrutura e forma de organização da política de saúde mental para o trabalho do CAPS. Todos indicaram haver disponibilidade de material didático relativo a política na unidade de serviço.

Sim, precisa conhecer a política porque o atendimento está dentro dessa política, dessa lógica. (LÉLI, 4/4/2006).

Claro! é vital, pra poder planejar o seu trabalho, pra poder saber como é que a gente se liga com outros serviços, como é que a gente pode montar a rede, isso é fundamental porque o trabalho não se encerra aqui dentro, não pode ficar aqui dentro só, ele tem que poder justamente se expandir (F, 12/4/2006).

Sim é muito importante, até pra saber o que está acontecendo, o que pode ser feito, quais são os recursos disponíveis, o que precisa melhorar. Acredito que, fora a sua capacitação individual, eu acho que isso é uma outra premissa pra você iniciar no serviço [...] (J, 22/3/2006).

É importantíssimo conhecer, primeiro saber se ela existe, primeiro a pessoa tem que ter a curiosidade, tem que ter o desejo e a clareza de que é essencial ter os parâmetros ou diretrizes políticas de saúde mental pra

¹⁴ O município não tem o cargo de Coordenador de Saúde Mental. Em novembro de 2005 foi nomeada Assessora Técnica em Saúde Mental a enfermeira Lílian Pagliuca, que permanece na função até a data da presente pesquisa.

poder acompanhar, se orientar, e, segundo, conhecer sobre essa política (GIRASSOL, 20/3/2006).

Muito importante porque hoje a gente tem acesso a isso, aqui no CAPS a gente tem a legislação de saúde mental e pra gente poder entender porque, assim, a gente está na gestão da política também, por ser participativa, por estar junto nas decisões, então é preciso que a gente entenda, e tem muito detalhamento, são muitas portarias, o sistema de financiamento também é bastante complexo [...] (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que claro, porque a gente está dentro de um braço da política nacional de saúde; tanto pra você ter noção de qual é a perspectiva, em nome de que esse serviço está sendo mantido, também pra você poder avaliar a possibilidade desses ideais, dessas prerrogativas, que são pensadas a nível geral e nacional, serem realmente eficaz em termos práticos, porque muitas vezes você tem uma boa idéia, mas nem sempre uma boa idéia traz um bom resultado [...] (P, 17/3/2006).

Nesse sentido, a construção e consolidação de uma política de saúde mental, coerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o estabelecimento de uma política adequada de recursos humanos, que valorize e considere a importância do trabalhador de saúde mental na produção dos atos de cuidar. Para isso, deve-se garantir a capacitação e qualificação continuadas; a remuneração justa dos profissionais; a garantia de condições de trabalho e de planos de cargos, carreira e salários; a democratização das relações e das discussões em todos os níveis de gestão; a incorporação das questões de segurança, saúde e saúde mental do trabalhador; a garantia de supervisão clínica e institucional; a avaliação de desempenho e garantia da jornada de trabalho adequada para todos os profissionais de nível superior, bem como a isonomia salarial entre eles (BRASIL, 2002a).

3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário

De acordo com as indicações aprovadas na III CNSM, a política de recursos humanos para a saúde mental deve visar implantar, em todos os níveis de atenção, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, na perspectiva do rompimento dos especialismos e da construção de um novo trabalhador em saúde mental, atento e sensível

aos diversos aspectos do cuidado, ou seja, com uma visão integral e não fragmentada da saúde (BRASIL, 2002 a).

Segundo 83,3% dos profissionais o trabalho no CAPS Ponta do Coral é realizado em equipe. A maioria considera que existem dificuldades na realização das atividades. Uma delas está relacionada, conforme identificado por eles, ao fato de que nem todos compartilham das mesmas referências com relação à Reforma Psiquiátrica, à saúde pública e ao projeto do CAPS.

Bom, são várias, mas o que eu vejo de mais complicado é o fato de que nem toda a equipe compartilha das mesmas referências em relação ao que seja a Reforma Psiquiátrica, a função de um CAPS, as necessidades que o CAPS tem pra alcançar esses objetivos. Isso se deve em parte a diversidade da formação, e também às convicções pessoais. O problema não é a diversidade em termos da formação profissional em si, mas o modo, o fato de que você tem uma equipe multiprofissional por exemplo, isso gera alguma dificuldade na troca, na possibilidade de produzir um conhecimento novo a partir dessas experiências que são de diferentes disciplinas, diferentes áreas. Mas eu diria que é mais no sentido da Reforma Psiquiátrica mesmo, naquilo que ela aponta, então parece que esse é um problema a mais; outro que tem se tornado mais evidente pra mim ultimamente é a falta de formação de grande parte dos profissionais sobre o que seja saúde pública, boa parte deles não conhece o sistema de saúde pública, apesar de trabalhar num serviço de saúde pública, mas não conhece o sistema, não sabe a lógica, não sabe como é que ele funciona, então acaba tomando decisões muitas vezes administrativas que são equivocadas, que não levam em conta o modo de funcionamento da saúde pública (F, 12/4/2006).

Tem sim várias dificuldades, entre elas, existem diferenças de formação e, portanto, ideológicas. Alguns momentos a gente vê, assim, o CAPS tem um projeto de não internação, de autonomia do usuário, de gestão plena do usuário, e, as vezes, a equipe, algumas pessoas acabam esbarrando com isso. O entendimento disso é muito difícil também, as vezes é uma linha muito tênue entre o que é o assistencialismo, a autonomia, o que é dar o limite do ponto de vista terapêutico e o que é dar o limite porque você não quer se incomodar. Então, algumas pessoas não vêm de uma postura da Reforma Psiquiátrica, não sabe o que é uma Reforma Psiquiátrica, não tem uma noção, [...] é uma luta política também e algumas pessoas não sabem o que é [...] (LÉLI, 4/4/2006).

Em outras falas, foi apontada como uma das dificuldades do trabalho em equipe questões relacionadas a uma suposta divisão entre o grupo de técnicos.

A relação com a equipe tem uma certa peculiaridade, eu acho que as pessoas, a equipe que começou anteriormente, já desde a formação ou no começo do CAPS, eles se intitulam como a equipe do CAPS. Os que chegaram depois, em geral, não são bem acolhidos, ou são muito pouco,

tanto que as próprias atividades em equipe, em grupo, dificilmente, essas pessoas novas são incorporadas ao que já existe; então, acaba criando aí até a equipe da manhã, a equipe da tarde, mais ou menos, embora eu estou aqui todo o período, mas tem essa divisão... e eu acho que assim o ponto de partida é esse, a sensação é que quem não estava aqui desde o começo não fez parte da história (J, 22/3/2006).

A equipe que iniciou lá em 96 (1996) veio com algumas questões conceituais amarradas. Por quê? Porque a pessoa que estava pensando, planejando o CAPS ela vinha do Movimento da Luta Antimanicomial, era uma das representantes em nível nacional aqui em Floripa, Santa Catarina; então tinha algumas coisas amarradas na estrutura de atendimento do CAPS, que era muito pra poder implantar o sonho da Reforma Psiquiátrica aqui em Floripa, criar um serviço, do município, que de fato evitasse internação, que de fato fosse continente pros usuários com transtorno mental grave, e isso se mantém, porém, com a chegada dos técnicos que foram sendo substituídos, alguns saíram, técnicos novos entraram, a equipe de profissionais foi se modificando, a gente tem uma distância conceitual por mais que a gente pretende uma proposta multiprofissional, e a gente consegue, ao longo do tempo a gente conseguiu, é muito interessante o jeito como nós trabalhamos, porque de fato conseguimos trabalhar cada profissional lado a lado, dividindo o mesmo grupo, a mesma oficina terapêutica, então, assim, isso é possível, mas hoje, a gente, assim, tenta manter esse paradigma da Reforma Psiquiátrica, da desospitalização, do fortalecimento dos serviços territorializados, de um modelo que é um modelo multiprofissional, com a gestão participativa dos usuários, contra o modelo hospitalocêntrico, médico centrado, mas existem diferenças na questão conceitual da equipe, isso é falho, inclusive pra própria equipe (VIK, 24/3/2006).

A importância da unidade da equipe no atendimento ao usuário e na organização do trabalho recai sobre a qualidade do tratamento terapêutico ofertado. A mudança de paradigma epistemológico com relação a saúde mental não garante por si só a alteração das práticas assistenciais. Os conflitos e problemas de equipe existentes precisam ser trabalhados nas supervisões institucionais de forma que os técnicos consigam superar as dificuldades que obstaculizam a união do grupo em torno de um objetivo comum, sejam elas ideológicas, de formação, de concepção e/ou de afinidade com os colegas.

Um dos entrevistados apontou a questão das relações de poder e diferenças nos valores pessoais e nas relações interpessoais como dificuldades do trabalho em equipe.

Primeiro, a relação de poder, eu acho que é um grande problema, uma dificuldade que existe. Essa relação de poder, ela emana, que eu tenho percebido, da psicanálise, da teoria psicanalítica e da teoria psiquiátrica; então, os profissionais detentores desse conhecimento acabam, sutilmente, estabelecendo poder frente aos profissionais não-psi diria; essa relação de poder pelo saber é um dos problemas ou uma das dificuldades que eu encontro pra trabalhar em equipe no CAPS; outra

dificuldade, acho que é a própria experiência de vida das pessoas, aquelas pessoas em que parece que não estão claros os valores humanos como solidariedade, amor, justiça, sabedoria, a práxis, o repensar a prática, profissionais que não fazem a autocrítica da sua prática, pra mim, eu acho que é uma dificuldade trabalhar em equipe devido a isso; então, seria esse poder pela teoria e essa questão um pouco mais pessoal que é a relação de lidar com o outro, as relações interpessoais, são dificuldades que eu vejo em equipe (GIRASSOL, 20/3/2006).

A partir da fala profissional é possível pensar sobre as relações de poder que se estabelecem pelo saber. Conforme nos ensina Foucault (1979), os poderes se exercem em níveis variados e em pontos diferentes da vida social. Neste complexo, existem os micropoderes que estão intimamente relacionados com a produção de determinados saberes (sobre o criminoso, a sexualidade, a doença, a loucura). Assim, o poder não é algo que se detém como uma coisa, como uma propriedade, que se possui ou não. O poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona, como uma máquina social que não está situada em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda estrutura social (MACHADO, 1979 p. XIV).

De acordo com Foucault (1979), todo conhecimento, seja ele científico ou ideológico, só pode existir a partir de condições políticas, que são as condições para que se formem tanto o sujeito quanto os domínios de saber. Para o autor não há saber neutro, todo saber é político. Dessa forma, saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber. E, em contrapartida, todo saber assegura o exercício de um poder (MACHADO, 1979 p. XXI - XXII).

Na seqüência, a entrevistada aponta de forma geral algumas das questões cotidianas como dificuldade no trabalho em equipe.

Bom, eu acho que as vezes a gente é muito trefista, a gente não tem o tempo suficiente que a gente gostaria para estar parando para discutir os casos, se ater a cada paciente; tem diferenças na equipe também, tem conflitos [...] mas assim, a gente ainda tem, as vezes, coisas assim muito imediatistas, que não nos propiciam fazer realmente um estudo de caso mais integrado, ter uma intervenção, as vezes, mais articulada; a gente tem tentado em alguns momentos, mas assim, não é uma coisa que tem um peso forte como eu acho que deveria ter (P, 17/3/2006).

Dessa forma, a intensidade das demandas colocadas aos profissionais, especialmente na atualidade, provocam o desenvolvimento de ações pragmatistas, muitas

vezes sem uma reflexão maior. Isso vem acontecendo em vários contextos institucionais e com diferentes profissões. Ou seja, na medida que aumentam as necessidades humanas e as demandas para satisfazê-las, não ocorre no mesmo ritmo, o aumento da oferta de equipamentos e serviços assistenciais capazes de dar conta da complexidade dos problemas decorrentes da emergência das novas relações sociais, econômicas, culturais, advindas com a modernidade.

A precarização das condições de trabalho também foi apontada pelos entrevistados como mais um dos fatores que, por vezes, dificultam a convivência e o trabalho em equipe. Eles se referem a questão da diferença na remuneração salarial entre os profissionais que trabalham no CAPS, principalmente do médico para as outras profissões. A desproporção salarial chega a diferença de até quatro vezes mais entre o que recebe o profissional médico e o salário dos demais técnicos. Associadas a esta situação estão a diferença na carga horária de trabalho, a condição de contratação temporária, a falta de reconhecimento por parte da SMS, no apoio e incentivo à participação em eventos científicos e de militância política na área, entre outras.

Os profissionais indicaram que contam com supervisão institucional para lidar com as questões do trabalho no cotidiano. A supervisão institucional existente era, até o início deste ano (2006), paga pelos próprios profissionais, mas nem todos participavam. A partir do mês de abril do corrente esta passou a ser financiada com recursos provenientes do Ministério da Saúde. Além deste tipo de supervisão, foi relacionado como outro recurso existente para abordar essas questões as reuniões de equipe, realizadas mensalmente, as reuniões clínicas, realizadas semanalmente, e foi citada pelos técnicos em enfermagem, a supervisão realizada com profissional da área.

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que as políticas de formação e capacitação em saúde mental devem criar espaços de trocas baseados na realidade local, com valorização dos diversos saberes e metodologia participativa. A supervisão clínica e institucional permanentes deve ser estendida a todas as pessoas que trabalham com portadores de transtorno mental: equipes de PSF e PACS, trabalhadores da urgência e emergência, do hospital geral, dos serviços substitutivos e dispositivos residenciais, cuidadores de saúde mental, profissionais de nível médio e superior da rede de saúde mental. A referida Conferência destaca, ainda, a necessidade de implantação da NOB – Recursos Humanos do SUS, salientando a importância da garantia da capacitação para todos os níveis, supervisão permanente, interdisciplinaridade e isonomia salarial (BRASIL, 2002a).

Com relação as potencialidades que o trabalho em equipe possibilita os profissionais destacam a relevância deste no atendimento ao usuário, a possibilidade de trocas entre as varias áreas e a oferta de um atendimento multidimensional.

Entendo que essa é uma clínica multidisciplinar e isso (trabalho em equipe) é importante pela complexidade mesmo do tipo de fenômeno com o qual a gente trabalha, então, a gente precisa, é necessário ter uma oferta de serviços e de formas de atenção, que seja a mais diversificada possível, pra que a gente possa atender a uma série de necessidades que as profissões nas suas especialidades não dão conta; então essa é a grande vantagem, você pode fazer essa atenção multidimensional, isso é interessante (F, 12/4/2006).

A vantagem é justamente a estrutura coletiva de resposta à uma situação que chega pra você; vem a psiquiatria trazer um conhecimento, a psicanálise traz outro, [...] a enfermagem acaba dando a sua contribuição quando discute realmente a relação, vem o serviço social discute essa articulação que a pessoa tem com o social, e essas pessoas (profissionais), com seus conhecimentos, vão socializando esse conhecimento pra dar a resposta às fragilidades ou às potencialidades de vida que essa pessoa traz (GIRASSOL, 20/3/2006).

Acho que a grande vantagem é que a gente quebra a lógica hospitalocêntrica que era muito centrada no médico, na figura do médico, naquilo que o próprio médico decidia do tratamento, hoje quem decide é a equipe multiprofissional [...] (VIK, 24/3/2006).

Ah! Muitas, eu acho, em primeiro lugar, essa possibilidade da troca interdisciplinar; porque eu acho que cada um tem um tipo de contribuição diferente, um saber que te ajuda a pensar com mais amplitude o próprio trabalho, o próprio paciente, e, eu acho que quebra um pouco certas relações de poder; também, assim, o fato de a gente lidar com situações que são muito pesadas para alguém estar lidando sozinho, então quando você sente essa coisa da equipe, quando tem um paciente que está muito comprometido ou que tem risco de vida, a gente se sente muitas vezes angustiada por aquele paciente e você tem a equipe pra te dar um respaldo, pra estar pensando junto. Acho que isso é, sem duvida, algo que gratifica também (P, 17/3/2006).

Primeiro, agregar conhecimentos, se a equipe for multidisciplinar, que não quer dizer interdisciplinar, mas a princípio se ela for multidisciplinar a possibilidade de trocas de conhecimento de várias áreas realmente acaba sendo muito rica; são vários olhares sobre uma mesma questão, vários pontos de vista. Quando o trabalho de equipe é interdisciplinar, as pessoas acabam trocando mesmo, saindo, as vezes, do seu campo de formação, podendo estar se estendendo em outros campos, acaba sendo mais rico ainda. Num trabalho como o CAPS é necessário (o trabalho em equipe). Eu não consigo ver o trabalho que não seja em equipe porque pra você atender um usuário você precisa de uma equipe, pra você abordar o usuário, uma família, receber uma família precisa de vários olhares, enfim, de várias formações, vários olhares técnicos, da parte de

enfermagem, psicologia, da arte, serviço social, então, isso é importante (LÉLI, 4/4/2006).

O reconhecimento de outras dimensões no processo saúde-enfermidade, que não estritamente a biológica, traz a tona a questão da interdisciplinaridade¹⁵, pois na busca da integralidade da assistência a atuação de um único saber profissional não é suficiente. No processo da Reforma Psiquiátrica o campo da saúde mental é chamado a refazer-se por inteiro, ampliando o seu foco de abordagem e procurando romper com as delimitações dos saberes tradicionais na área. Busca-se uma nova recomposição de conhecimentos, sustentados sobre um conjunto de rupturas e novas premissas, e não apenas um novo somatório ou rearranjo simples dos saberes especializados. Desta forma, diversos campos de saber, implicados na assistência em saúde mental, são envolvidos na teorização e nas novas práticas de cuidado (VASCONCELOS, 2000a).

A pesquisa realizada indicou que 66,3% (correspondente a oito dos doze profissionais que responderam o formulário) dos profissionais consideram que existe interdisciplinaridade no atendimento ao usuário no CAPS Ponta do Coral. As falas relacionadas na seqüência apresentam a concepção dos profissionais sobre interdisciplinaridade e indicam a respectiva compreensão sobre a importância desta no atendimento ao usuário.

A gente poder ter o que a gente chama de clínica ampliada, essa multidimensionalidade que nos permite atacar o problema de várias formas e, portanto, oferecer diversas formas de atendimento, desde o medicamentoso até o serviço social, as oficinas, as oficinas expressivas, a arte, etc. (F, 12/4/2006).

Eu acho que em primeiro lugar isso, assim, é um olhar mais amplo para a condição daquele paciente. Cada profissional tem um aspecto que acentua, pela sua vida, pela sua formação; o educador artístico tem uma outra estratégia, por exemplo, pra lidar com aquela queixa do paciente, o assistente social tem uma, o psicólogo tem outro olhar, assim, eu acho que pra mim soma, eu acho que é uma forma da gente também aprender, enriquecer a nossa análise, a nossa possibilidade de intervir; sem dúvida que é rico (P, 17/3/2006).

Alguns profissionais expressaram sua concepção de interdisciplinaridade observando que esta não é sinônimo de multidisciplinaridade e que nem sempre é possível fazer práticas interdisciplinares.

É justamente isso, poder compartilhar o conhecimento que cada disciplina traz, essa inter, mas realmente compartilhar isso e não a

¹⁵ Sobre os conceitos de multi, inter e transdisciplinaridade ver, entre outros, Vasconcelos, 2000a.

multidisciplinaridade; é pensar, coletivamente, saídas pra enriquecer a vida da pessoa e aí é sempre um pensar e repensar (GIRASSOL, 20/3/2006).

Então, essa idéia dessa troca de conhecimento pra poder ajudar o usuário, pra poder a equipe ter um suporte também, pra poder, num estudo de caso, por exemplo, trocar os vários conhecimentos, os vários pontos de vista e poder estar entrelaçando; então, é importante, mas nem sempre se consegue fazer (LÉLI, 4/4/2006).

Já nas falas que seguem é possível perceber a concepção de interdisciplinaridade mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade.

Cada profissional tem a sua especialização, e ele foi formado para atender determinadas características que aquele usuário precise, ou informações, e a própria atenção, e cada um tem uma formação específica e diferenciada; então, eu acho que quanto mais ampla, mais amplamente ele for avaliado, e receber essas informações, e esse tratamento, vai ser melhor pra ele; então, desde o serviço social, desde o atendimento psicológico, o atendimento médico, enfim, até ah! eu cortei meu dedinho, o que eu faço? Então, vai poder ser atendido ali, ser acolhido pelo técnico de enfermagem (J, 22/3/2006).

É muito importante porque cada profissão tem o seu conhecimento específico e contribui aí com o seu conhecimento. É necessário que cada um de nós tenha muito claro o seu papel aqui dentro pra que não vire uma salada mista e se dilua o que cada um faz, que é específico de cada um. Então, é importante que a gente tenha boa formação técnica, específica da saúde mental pra que a gente possa chegar numa equipe que trabalha sob o paradigma do campo psicossocial, e que de fato possa ser multi, no sentido do atendimento, e aí, assim, no campo psicossocial, aqui no CAPS, por exemplo, a gente vê a necessidade de os profissionais trocarem mesmo, porque surgem muitas demandas, são muitas necessidades do usuário, é um campo novo. Então, assim, tem n coisas que vai se descobrindo, que cada área contribui diferentemente, mas ao mesmo tempo de forma conjunta. Então, o psicólogo, obviamente, ele tem mais elementos pra entender a parte clínica, o assistente social tem mais elementos pra entender a parte previdenciária, da assistência social desse usuário, que também é importante, muito importante pra ele, o médico tem o conhecimento sobre os psicofarmacos, sobre essa parte mais específica da medicação, e assim a gente vai trocando (VIK, 24/3/2006).

Com relação a este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005) observam que, no Brasil, a interdisciplinaridade faz parte do discurso politicamente correto, garantindo seu estabelecimento como princípio, traduzido na expansão cada vez maior dos territórios profissionais e na fusão dos saberes. O discurso da multi e da transdisciplinaridade é relativamente bem conhecido e aceito em nível intelectual, mas as práticas institucionais apontam, paradoxalmente, para fortes resistências, isolamento e hiperespecialização.

De acordo com os autores, para que estas ações multidisciplinares se tornem efetivas há necessidade de estratégias e planos, que visem a harmonização da convivência para que esta não seja imposta, mas compreendida e desejada pelos profissionais. Na prática, o momento é de impasse, pois multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade existem em tese e como imposição de comando, mas não se concretizam, ainda, como prática planejada, efetiva e eficaz (OLIVEIRA; DORNELES, 2005).

Ainda segundo os referidos autores, uma verdadeira transdisciplinaridade não está nem mesmo no horizonte das instituições de saúde mental brasileiras. Este é um dilema fundamental no processo da reforma psiquiátrica, que depende de ações integradas (órgãos reguladores do ensino superior, programas universitários, instituições e serviços de atendimento) para cumprir sua missão de transcender as práticas manicomial e os territórios de dominação e poder estabelecidos entre as disciplinas que formam a saúde mental.

3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações

A importância do projeto terapêutico dos CAPS recai sobre a responsabilidade de que todo o trabalho desenvolvido em cada unidade deve ser realizado em um ambiente terapêutico. Isto significa que tanto os atendimentos individuais, grupais como a convivência no serviço tem finalidade terapêutica. Cada CAPS deve ter um projeto terapêutico, que leve em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais, as iniciativas de familiares e usuários e o território onde se situa, com sua identidade, sua cultura local e regional (BRASIL, 2004).

O CAPS Ponta do Coral conta com projeto terapêutico do serviço, o qual, segundo 75% dos profissionais que responderam ao formulário, foi planejado em equipe. Três profissionais referiram não saber sobre o planejamento em equipe por não fazerem parte desta a época.

O sistema atual de atendimento no CAPS Ponta do Coral difere da maioria do adotado pelos serviços desta natureza. Em geral, os CAPS realizam a assistência ao usuário

no modelo de TR¹⁶. O CAPS Ponta do Coral oferece atendimento sob a ótica da regionalização. Ou seja, como o serviço não é territorializado, é o único na modalidade, na cidade e no município, a equipe técnica foi subdividida em pequenos grupos ou mini-equipes de dois e/ou três profissionais, sendo cada uma destes responsáveis por uma das regionais, que é onde o usuário mora. Esta proposta foi pensada e implementada há quase dois anos, quando os profissionais identificaram dificuldades em atender no sistema de Terapeuta de Referência (TR) toda a demanda existente. Tal estratégia utiliza-se do sistema de divisão por regionais da Secretaria Municipal de Saúde. Ao total são cinco Regionais de Saúde, Leste, Norte, Sul, Centro, Continente, distribuídas espacialmente na área geográfica do município. Nestas regionais, foram implantadas, recentemente (a partir do final do ano de 2005 e início de 2006), equipes de atenção em saúde mental, compostas por um médico psiquiatra e duas ou três psicólogas em cada uma das Regionais de Saúde.

De acordo com o projeto terapêutico do serviço, as atividades desenvolvidas são: psicoterapia, atenção medicamentosa, atendimentos de emergência, grupo terapêutico, oficinas terapêuticas¹⁷, assembléia de técnicos, usuários e familiares, visitas domiciliares, articulação com entidade, programas e serviço, atividades de formação e pesquisa, reuniões de equipe, reuniões clínicas de casos¹⁸.

Conforme as determinações da Portaria GM/MS Nº 336/2002, a assistência prestada ao usuário no CAPS deve incluir atendimento individual, em grupo, atendimento à família, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades comunitárias, enfocando a integração do portador de transtorno mental na comunidade e sua (re)inserção familiar e

¹⁶ Este sistema de atendimento é desenvolvido na maioria dos CAPS e constitui-se do acolhimento da pessoa quando de sua chegada ao serviço por um dos profissionais da equipe. A partir daí é traçado um projeto terapêutico com o usuário e o profissional que o acolheu passará a ser uma referência para ele. O Terapeuta de Referência (TR) tem a responsabilidade de monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo as atividades e a frequência de participação. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, discutindo com o usuário e com a equipe técnica do CAPS (BRASIL, 2004, p. 16).

¹⁷ São oferecidas as seguintes oficinas: oficina de cerâmica, oficina de artes plásticas, oficina de mosaico, oficina de jogos, esportes e lazer, oficina de tapeçaria, oficina de trabalhos manuais, oficina da terra, oficina de jornal, oficina de velas, oficina de leitura, oficina de música, oficina brechó, oficina de teatro, oficina de formação política, oficina de fotografia. Destas, as oficinas de cerâmica, velas e mosaico são produtivas, ou seja, sua produção é comercializada. Cabe destacar que algumas oficinas podem estar em funcionamento ou não, em determinado período de tempo, de acordo com a disponibilidade de técnicos para acompanhar, de condições materiais para o funcionamento e da demanda de usuários.

¹⁸ A descrição e o objetivo de cada atividade pode ser consultado no Projeto Terapêutico do CAPS II Ponta do Coral (2004), ou a partir do projeto de Estágio curricular em Serviço Social de Stuaní (2005).

social. A depender do projeto terapêutico de cada usuário, o CAPS poderá oferecer as seguintes modalidades de atendimento: atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo¹⁹.

Já com relação ao planejamento das ações, 50% dos profissionais consideram que este existe. Cabe lembrar que ao questionarmos os participantes da pesquisa sobre este fator, estamos nos referindo ao planejamento estratégico, aquele voltado para uma visão ampla, global e de longo alcance da organização/instituição, baseado na análise do contexto e com a finalidade de buscar alternativas de ação. No entanto, alguns dos entrevistados observaram estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação objetivo e sistemático dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declararam não existir processo de planejamento e avaliação das ações do serviço, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

As falas relacionadas a seguir demonstram o tipo de planejamento existente no CAPS e como este acontece.

Bom, o planejamento é feito mais ou menos assim: chega uma época do ano em que a Secretaria (SMS de Florianópolis) nos pede um planejamento e aí, geralmente isso é com uma semana no máximo de antecedência, é aquela correria, a gente monta um plano básico de trabalho etc., mas é muito mais pra cumprir a obrigação. A gente tem um projeto terapêutico que é amplo, que é do serviço todo, e a gente vai, com esse projeto terapêutico a gente vai ajustando as atividades e aquilo que a gente pretende alcançar, mas não há um planejamento muito formalizado, não há um processo de planejamento, até porque é tudo muito fragmentado, o que a gente planeja aqui, boa parte depende desse recurso financeiro, depende do apoio da Secretaria, que é sempre uma coisa incerta. Então, em termos de planejamento a coisa fica sempre muito precária. Em termos de avaliação é mais precário ainda, a gente não tem indicadores; novamente, no final do ano, aí a Secretaria pede um relatório do que foi feito, a gente faz um levantamento geral, mas ele é descritivo, ele não é avaliativo, a gente não sabe de fato quais são

¹⁹*Atendimento intensivo* – atendimento diário, oferecido à pessoa que se encontra em grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento semi-intensivo - nessa modalidade, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Este tipo de atendimento é oferecido quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento não intensivo – oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até 3 dias no mês. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário (BRASIL, 2004, p. 16).

os efeitos que a nossa intervenção produz; claro, a gente tem uma certa dimensão pelo contato direto com os usuários, fulano que não interna a tanto tempo, ou fulano que voltou a trabalhar, ou que resolveu pelo menos algumas coisas que eram mais complicadas na sua vida, isso a gente tem, mas não tem um processo de avaliação estruturado que nos permita dados com visibilidade maior (F, 12/4/2006).

Neste sentido, destacamos que, a nosso entender, a função planejamento deve orientar todas as ações no dia-a-dia das organizações. O planejamento é o processo de estabelecer antecipadamente a finalidade da organização/instituição, definir os objetivos e prever as atividades e os recursos necessários para atingi-los. Planejar é uma forma de pensar o futuro da organização/instituição, definindo o que fazer, como, quando e com recursos. Nesse processo, é importante considerar que as organizações/instituições estão inseridas num contexto constituído pela sociedade, pelo Estado e por outras instituições que influenciam suas decisões (TENÓRIO, 2000).

Alguns profissionais referiram-se, especificamente, ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, reuniões clínicas e na supervisão de equipe. Segundo estes, é na reunião de equipe mensal que se planejam mais as ações, estas entendidas como a definição dos grupos terapêuticos ou oficinas que vão ter, o objetivo e a finalidade destes, a demanda etc..

Mensalmente, a gente tem uma reunião de equipe, que tem um pouco esse objetivo, de planejar e avaliar o que é feito. Além dessa reunião mensal a gente tem dois outros momentos semanais, que é um na quarta-feira outro na quinta-feira, que a gente chama de reunião técnica, [...] mas isso se dá muito no cotidiano também, na assembléia geral do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Ele acontece em reunião de equipe, uma reunião mensal, a gente planeja grupos, planeja..., então.., acontece, primeiro tem uma reunião mensal da equipe e reunião duas vezes por semana, que são os estudos de caso; agora, a avaliação, acontece em reunião de equipe mais; o planejamento, por exemplo, como abordar um determinado caso, como ajudar, de como servir a família, o trabalho, é feito durante a semana nos estudos de caso, e nós temos a supervisão, que é um espaço que também acaba se fazendo uma avaliação, a supervisão de equipe (LÉLI, 4/4/2006).

Outras falas detalharam as conseqüências da falta de um processo sistemático de planejamento e avaliação das ações, inclusive fazendo análise dessa problemática em relação as instituições públicas em geral.

Eu acho que esse é um problema, acho que falta muito; por exemplo, se você esta aqui fazendo a avaliação da política a partir do olhar dos profissionais, eu, nesse momento, tenho tido muito incomodo diante da

necessidade que eu vejo de avaliar as ações, de avaliar os pacientes, e a gente não tem uma forma sistemática de fazer isso; por exemplo, a gente não tem um instrumento de captação do trajeto do paciente dentro do CAPS, a gente não anota algumas coisas, os prontuários também deixam muito..., as vezes a gente não faz registro nos prontuários e mesmo quando a gente faz ele não tem, assim, por exemplo, uma sistematicidade, o que é que eu vou enxergar, como é que eu vou ver se aquele paciente está melhor ou está pior depois que ele está aqui, então, a gente não tem esse instrumento; e, o planejamento, é feito um planejamento terapêutico com o paciente; o planejamento do nosso serviço é mais ou menos...., funciona, assim, com as oficinas, não é um planejamento rigoroso, a cada período a gente senta e reorganiza não, tem algumas diretrizes gerais, eu acho que em termos práticos falta muito dos dois lados, planejamento das nossas atividades, por exemplo, as vezes naquele roldão a gente vai fazendo, vai fazendo, e, também, a avaliação da eficácia, do que realmente aquilo está resultando pra vida do sujeito, se ele está realmente conseguindo chegar mais próximos desses lugares que a gente apregoa como princípios da saúde mental - autonomia, dessas coisas que a gente também fala: relação com o trabalho, relações, laços sociais; então, a gente não tem esse (instrumento de planejamento e avaliação), eu acho que falta (planejamento e avaliação) [...] Na verdade eu acho que esse é um problema das instituições públicas em geral, eu acho que tem uma grande resistência no Brasil a qualquer critério de avaliação, porque, esse discurso, a retórica da igualdade, ela exatamente vai na contramão de um processo meritocrático, ou seja, você avaliar também por mérito; você tem que criar esse tipo de instrumento; a prefeitura não tem, nunca teve uma avaliação nos anos que estou aqui que medisse o desempenho profissional, principalmente aqui, que a gente lida com pessoas que estão aqui pra se tratar, e a gente não sabe se a pessoa...., a gente vai olhando um caso ou outro; não existe um processo institucional de avaliação, nesse sentido (P, 17/3/2006).

Em geral, as organizações precisam de um processo de avaliação que realize uma revisão dos objetivos e metas alcançados e daqueles a serem atingidos. O planejamento e a avaliação são a oportunidade de fazer uma pausa e examinar a situação da instituição.

Não obstante, as políticas públicas no Brasil vêm se estruturando de forma descentralizada, com responsabilidades de organização e financiamento partilhadas entre a União, Estados e Municípios, cabendo a estes últimos a execução dos serviços de atenção direta à população. Deste modo, os processos de avaliação de serviços de saúde mental devem ocorrer no âmbito municipal. Segundo Dias (2002, p. 2)²⁰, este desafio coloca no debate o aspecto de como avaliar o funcionamento de um serviço de saúde mental, que está

²⁰ A autora realizou um trabalho de construção coletiva de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental junto aos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre; uma apresentação resumida dos resultados pode ser consultada em DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental.** In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

inserido num novo patamar conceitual e tem como tarefa não reproduzir uma prática de tutela, com ênfase na patologia, mas de incluir o sujeito portador de transtorno psíquico no planejamento e na execução das ações terapêuticas, numa nova relação que garanta a viabilidade do exercício da cidadania numa sociedade desigual. Ou seja, as dimensões de mudança conceitual, realidade social e política pública de saúde de âmbito municipal, tornam complexa a adoção de processos de avaliação.

A fala descrita na seqüência especifica o processo de planejamento e avaliação no que se refere a ação interventiva profissional no tratamento ao usuário, destacando que não existe um processo sistemático de planejamento e avaliação com relação as ações do CAPS.

O planejamento e a avaliação das ações do CAPS, eles acontecem só de uma forma muito primária ainda, nós temos [...] o planejamento e avaliação da ação do profissional a título de intervenção em relação ao usuário existe de três formas: primeiro, casos clínicos, que aqui nós fazemos reuniões de casos clínicos, quarta-feira das 8 às 9 horas e quinta-feira das 11h30min às 12h30min pra discutir a questão do caso clínico de pessoas; outra forma, construção de projetos terapêuticos ou revisão dos projetos terapêuticos na reunião da regional, cada regional, que são cinco, fazem suas reuniões pra discutir o planejamento e avaliar a vida dessa pessoa nas regionais, e a outra, especificamente do CAPS, a título de gestão, é a reunião de equipe, que você presenciou semana passada, aí é um outro momento de planejar e avaliar, porém, ressalvo, não se tem algo mais fidedigno, ou academicamente falando, que nos ampare pra fazer essa avaliação; então, é extremamente necessário nós termos supervisão, termos pesquisadores, que nos ampare no sentido de avaliar o serviço, avaliar nossa prática, avaliar a autonomia do usuário; a grosso modo nós temos, mas é muito de senso comum; então, precisa cientificar ou legitimar, regularizar, tornar mais fiel esse tipo de avaliação, a grosso modo temos, agora, com mais rigor, por escrito, não temos (GIRASSOL, 20/3/2006).

Sabe-se que a ausência de um processo de planejamento estratégico e avaliação sistemática comprometem a efetividade dos objetivos propostos. Conforme destaca Dias (2002), o cenário da Reforma Psiquiátrica requer tanto uma multiplicidade de respostas à sua plena implantação como para a avaliação de seus resultados. Contudo, é importante ressaltar que a especificidade das ações em saúde mental demanda a adoção de um método participativo, com o fim de superar o caráter unidimensional, comum em avaliações tradicionais.

A avaliação participativa já é uma exigência nas políticas sociais, decorrentes da pressão social pela garantia de acesso a bens e serviços públicos. Por analogia, a

construção de indicadores de avaliação também pode ser participativa, com a contribuição dos sujeitos inseridos na esfera municipal, responsável pela execução da atenção em saúde mental. Para a autora, apesar de certa reserva científica pela adoção desta sistemática metodológica, o seu valor está no alcance social de incluir os responsáveis pela execução de determinada ação, na sua construção e sistematização (DIAS, 2002).

3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento

Conforme já destacado neste trabalho os hospitais psiquiátricos são instituições representativas do modo asilar enquanto os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico de exercício das práticas de atenção psicossocial, do modo psicossocial.

O modelo de assistência do modo psicossocial destaca-se por seus meios básicos de tratamento (rede diversificada de serviços territorializados), e pela importância decisiva que se atribui ao sujeito na sua mobilização como participante principal do tratamento. Neste, considera-se o indivíduo como pertencente a um grupo familiar e social, o que supõe que se deve trabalhar, também, a família e o grupo social, como agentes das mudanças buscadas.

Já no modo asilar a organização institucional é marcada por estratificações de poder e saber, no âmbito das relações profissionais e da instituição, as quais transladam para a relação com os usuários e a população. Estes são excluídos de qualquer forma de participação, enquanto que no modo psicossocial, participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais.

Na pesquisa realizada, a maioria dos profissionais entrevistados referiu conhecer sobre a forma de atendimento no hospital psiquiátrico, seja por visitas, atuação profissional, contatos institucionais, relato dos usuários que estiveram internados.

No que se refere as diferenças no atendimento prestado pelo CAPS em relação ao hospital psiquiátricos, os entrevistados consideraram que existem diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência de um só discurso, o médico psiquiátrico do hospital e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial em contraposição ao tratamento igual para todos

das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Eu acho que é diferente em vários aspectos, primeiro, são essas diferenças que eu digo que são de base, sobre a Reforma Psiquiátrica e a função de um CAPS nesse processo de reforma. Existe por parte da maioria da equipe uma convicção de que a nossa função é evitar a internação e de uma certa maneira poder fazer substituição a essas instituições tradicionais; deslocar a centralidade do sistema pra um serviço aberto, que seja interdisciplinar, ou seja, onde você não tenha um discurso único dando a orientação, que no caso é o discurso psiquiátrico nas instituições (tradicionais); você tem essa multidimensionalidade então você pode compartilhar o discurso; em relação ao próprio atendimento, começa na forma do acolhimento, eu acho que o nosso acolhimento é bom, ele tem condições de receber a pessoa, de entender o que ela está procurando, o que ela está precisando, quais são as suas necessidades; a gente tenta de alguma maneira envolver família embora com dificuldades, mas a gente tenta e tenta principalmente manter a vinculação ou criar novos vínculos desse usuário; o projeto terapêutico que é individualizado também é outra coisa fundamental, que aí a gente quebra com a lógica tradicional de que todos recebem o mesmo tratamento, é a mesma medicação, são os mesmos horários, são as mesmas atividades pra todo mundo, não, a gente procura justamente ao levar em consideração essas características que são mais individuais, são mais singulares, a gente procura atender e levar em conta esses aspectos, então, isso pra mim já é muito diferente, além do que a gente procura o tempo todo ou minimizar ou quebrar mesmo a hierarquia, instituindo certas formas que evitam que a hierarquia se cristalize de maneira muito brutal, pra você não ter um deslocamento de poder dentro do serviço, que seja prejudicial pra todo mundo, igual no hospital (F, 12/4/2006).

A relação entre profissional e usuário foi destacada como diferencial por todos os entrevistados, conforme pode ser observado a seguir.

A relação entre o profissional e o usuário, pra mim, a maior diferença é essa relação interinstitucional ou interpessoal; é a forma como se dá, porque as ações também são diferentes, porque existem oficinas terapêuticas, existem os grupos terapêuticos, existem os atendimentos, mas esse modelo de atendimento pode também ocorrer numa outra instituição, ou mesmo num CAPS, mas se a relação de profissional e usuário não estiver pautada no respeito, uma relação sujeito-sujeito onde se possa esse serviço, obviamente, quando ele estiver num bom nível de participação, num bom nível de reabilitação, mas também..., o fundamental é isso, é estar pra além da instituição, estar pra relação do usuário com o profissional, e claro, o espaço também, o espaço físico tem que ter qualidade, a gente vê aqui um espaço super bom aqui no caso, as propostas de atendimento, como que são colocadas, como que é olhado esse usuário, esse usuário está junto no pensar da instituição, mas a cima de tudo assim, entender como cidadão de direitos, de respeitá-lo (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que tem um maior reconhecimento da condição subjetiva do paciente, acho que um certo respeito. Hoje, a Colônia Santana tem tido mudanças, tem uma política que também..., na verdade a política do Ministério também visa atingir as instituições mais asilares, os hospitais também estão mudando..., talvez seja mais lenta, aqui, a gente já chegou com uma outra perspectiva de trabalho; eu acho que a equipe toda, de forma geral, tem uma sensibilidade pra esse respeito pelo paciente, pelo outro, procura, na medida do possível, não estabelecer uma relação de poder; eu acho que aqui, por exemplo, a recepção é muito bem feita, os vigias também são pessoas que entraram no clima, assim, talvez já seja deles, mas entraram no clima do CAPS; acho que todos têm um compromisso com isso, um valor digamos; também, talvez seja deste CAPS, eu não conheço tantos outros CAPSs; eu acho que é uma relação diferenciada, na medida que você está aqui com esse objetivo de que a pessoa assuma a própria vida, contribuir para que isso aconteça; isso implica em ter pelo menos um respeito, um reconhecimento do outro (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p.10) destacam que o papel do técnico se transforma quando ele se coloca sob outros princípios; “se ele faz funcionar a tecnologia da doença mental, fortalece o dispositivo psiquiátrico. Mas, se transforma sua forma de intervenção, trabalha no sentido da desmontagem desse dispositivo”. Segundo os autores, isso significa pôr em funcionamento um dispositivo de desinstitucionalização e reinserir a complexidade dos problemas com os quais lida. Significa ainda abrir mão das interpretações da loucura segundo erro, incapacidade, inferioridade, doença mental, e potencializá-la como diferença, um modo diferente de relação com o mundo. Enfim, não usar o saber como técnica normativa, mas como possibilidade de criação de subjetividades. A técnica deixa de ser instrumento da violência quando a prática funciona como uma desconstrução da clínica.

As falas que seguem referem-se ao atendimento aberto e as possibilidades de escolha que o CAPS oferece em contraposição ao isolamento e segregação gerados pela internação hospitalar prolongada.

Em primeiro lugar o atendimento no CAPS é um atendimento, vou usar a palavra, aberto, ou seja, pra começar o usuário ele não fica internado aqui, mesmo se em algum momento tiver o CAPS III, é diferente. Ele vem, ele faz o trabalho dele, a sua terapia, durante o dia, e ele volta, quando, no caso tem família, pra casa; então, primeiro lugar a idéia do CAPS, o trabalho do CAPS não é segregar e isolar; quando o usuário vai para o hospital, eu acho que seja ele em qualquer campo da saúde, mas vai para o hospital e fica internado trinta dias, quinze dias, ele já esta sendo isolado do convívio com a família, do convívio social, ou seja, acaba perdendo progressivamente o contato com as pessoas e com o grupo social mesmo, e acaba sendo destituído das suas práticas pequenas, como desde pegar um ônibus, fazer sua comida, ir no

supermercado; no momento em que uma pessoa é colocada em um hospital e fica um mês, ele acaba perdendo o contato com essas mínimas..., não é nem com o mundo lá fora, mas com as mínimas coisas que ele teria em casa, na sua casa, enfim, ele perde tudo isso como se fosse realmente uma pessoa que não tem possibilidade nenhuma de fazer nem um café, enquanto o CAPS possibilita isso, acho que o CAPS ele, independente dos problemas que tem, acho que ele mostra que não, você ainda, apesar da sua crise, com a sua crise, com todas as limitações que as vezes um surto pode oferecer do ponto de vista cotidiano, você ainda pode fazer algumas coisas sim, como pegar um ônibus pra ir e voltar pra casa, fazer a escolha do seu planejamento terapêutico, vem aqui escolhe, em parte, o que gostaria de participar (LÉLI, 4/4/2006).

Assim, a possibilidade do usuário no CAPS de ter voz ela é muito maior do que nas outras instituições, as outras eu não vou generalizar, mas em algumas, as asilares, esses hospitais são..., enfim, crônicos até pela dificuldade mesmo de antes você pensar em ter outra alternativa que não a trancar e deixar lá e não tem medicação, não tem nada disso, estou falando de bem bastante tempo atrás, e isso ficou e se perpetuou, então, eu acho que a possibilidade do usuário aqui, no CAPS, nos CAPS, e até mesmo nos ambulatórios, acho que hoje em dia não é só CAPS que permite isso, é fazer parte como contribuinte do próprio tratamento, então isso é o que diferencia do paciente internado, vamos dizer assim, em São Paulo, no Vera Cruz, que é um hospital e tal, diferente de outros, tem algumas dessas internações que são diferentes, mas essa relação aí de profissional e usuário ela é mais aberta, é mais ampla, além do CAPS, especificamente, oferecer algumas possibilidades; então, a possibilidade de trabalhar em uma oficina, dessa oficina ter uma renda, que, assim, é um entrave no sentido que eles se sentem muito limitados e não só se sentem como eu acho que muitas doenças incapacitam mesmo, são incapacitantes, a esquizofrenia é uma delas, e é a nossa clientela aqui, a maior parte é de pacientes com esquizofrenia; a própria esquizofrenia já altera, vamos dizer assim, na cognição, na parte de planejamento, de você conseguir realmente se estruturar para trabalhar; tem umas pessoas que não conseguem nem ter o início, a iniciativa, ela é minada com a esquizofrenia, e aqui tem uma possibilidade, mesmo que essa possibilidade seja fazer oficina e ganhar uma renda, mesmo que, assim, seja só..., não é o valor que importa, é simbólico (J,22/3/2006).

O relato a seguir explicita epistemologicamente e em termos técnico-assistencial a diferença entre o modelo de atenção tradicional/hospitalar e o modelo de atenção psicossocial.

Primeiro, em relação a concepção da pessoa e em relação a concepção dos próprios meios de trabalho; na instituição psiquiátrica predomina o modelo manicomial/asilar como a gente chama, que daí vai olhar a pessoa enquanto doença, enquanto diagnóstico, aqui, no CAPS, a gente olha os seres humanos enquanto pessoas, enquanto a existência de um sofrimento, o que podemos fazer pra minimizar esse sofrimento da pessoa, então, essa é a primeira diferença que tem, quem é essa pessoa, que no modelo manicomial acaba sendo vista mais como diagnóstico, como um doente, isso que eu sempre falo, essa iatrogênia que o modelo

manicomial acaba inserindo na pessoa, você é um doente, vai ter que tomar remédio pra vida toda, e o máximo que você pode chegar é um portador de transtorno mental em recuperação, isso é uma das diferenças, outra é a própria concepção de saúde/doença que existe; as formas de organização dos dois modelos, são modelos diferentes, um é mais centralizado no psiquiatra, na instituição psiquiátrica, o no CAPS seria mais centralizado na equipe e, principalmente, nos usuários; a forma de relação com a clientela ou com o usuário, no modelo manicomial, é sempre uma relação hierárquica, de cima pra baixo, no CAPS, sempre uma relação, ou a gente tenta sempre ter uma relação horizontal; e a própria questão do que é bom ou não é bom pra pessoa, a pessoa tem que dizer o que é bom pra ela e, as vezes, no hospital, são os profissionais que já dizem o que deva ser bom pra ela, ou seja, a grande diferença que existe é: quem decide o que? No hospital as pessoas decidem sobre a vida da pessoa, eu acho que no modelo psicossocial é a pessoa que compartilha a decisão da sua vida (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme destaca Rotelli (1990), no manicômio (modelo/tradicional) a sociabilidade é reduzida a zero. A tutela, a internação tem a única finalidade de subtração das trocas, de estabelecer relações de mera dependência pessoal. Enquanto que a emancipação terapêutica (que se torna o objetivo substituto da "cura") só pode ser (cientemente) a mobilização de ações e de comportamentos que emancipem a estrutura inteira do campo terapêutico. Assim, o problema que se coloca aos novos serviços (CAPS) não é cura (a vida produtiva), mas sim a produção de vida, de sentido, de sociabilidade.

Neste aspecto, pode-se considerar a proposta basagliana de *colocar a doença entre parênteses* para assim direcionar o olhar ao sujeito em sofrimento e não à doença. Essa é uma questão fundamental, pois é o movimento de *tomada de responsabilidade* (DELL'ACQUA, 1992) individual e coletiva que se constitui como meio para a transformação institucional e para o processo de desconstrução. A cura cede espaço à emancipação, mudando a natureza do ato terapêutico, que agora se centra em outra finalidade: produzir autonomia, cidadania ativa, desconstruindo a relação de tutela e o lugar de objeto que captura a possibilidade de ser sujeito (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3 Participação do usuário e da família no tratamento

De acordo com as diretrizes da atenção em saúde mental do modelo psicossocial, o protagonismo dos usuários é fundamental para que seja alcançado o objetivo do CAPS de se constituir como dispositivo de promoção da saúde e da reabilitação psicossocial. Os

usuários e familiares devem ser chamados a participar das discussões sobre as atividades terapêuticas do serviço. A equipe técnica deve trabalhar de forma a estimulá-los a participar de forma ativa do tratamento e da construção de laços sociais. Entre os tipos de atendimento que o CAPS pode oferecer está o atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, de lazer com familiares (BRASIL, 2004).

Na seqüência deste item analisaremos as formas criadas pelo CAPS Ponta do Coral para envolver ativamente usuários e familiares no processo terapêutico, seja com relação ao projeto terapêutico individual, ao atendimento e a participação das famílias no tratamento.

3.3.1 Planejamento terapêutico individual

Conforme as determinações da política de atenção em saúde mental, cada usuário deve ter um projeto terapêutico individual, composto por um conjunto de atendimentos personalizado, que respeite as particularidades, necessidades de cada pessoa e proponha atividades durante a permanência diária na unidade e fora dela (BRASIL, 2004).

O atendimento no CAPS oferece projeto terapêutico de tratamento individualizado, o qual é pensado e avaliado com a participação do usuário. A fala relacionada a seguir detalha como acontece o planejamento do tratamento.

O primeiro passo desse projeto terapêutico ele é feito na entrevista inicial, que é basicamente a entrada desse usuário no serviço; então, a gente pensa uma programação mínima, levando em conta as necessidades, as condições, os limites e as capacidades do usuário e, quando a gente pode contar, com a família também. Além disso, uma vez por mês, [...] tem o encontro da Regional, e os usuários dessa Regional podem reelaborar o seu projeto terapêutico, a gente faz a revisão, a gente discute como é que está sendo esse projeto, se está sendo interessante, que ganhos, se está havendo ganhos ou não, se a pessoa está se sentindo contemplada de alguma maneira e tal, e aí a gente faz as alterações que a gente discute e acha necessário (F, 12/4/2006).

Com relação a forma como o usuário participa do processo de planejamento do seu tratamento, os entrevistados colocaram que é através da manifestação das preferências,

opções e desejos dele, dentro das possibilidades que o CAPS oferece. Nas falas relacionadas é explicitado qual a participação do usuário e do profissional no planejamento do projeto terapêutico de tratamento.

Quando o usuário chega no serviço, encaminhado de algum outro (serviço), ou de um hospital, ou de uma unidade local de saúde, ou por demanda espontânea é feito o acolhimento, onde a gente usa uma entrevista inicial pra fazer uma coleta de dados, ali resgata um pouco da história que o próprio usuário vai estar contando, e, então, nesse momento é feito o projeto terapêutico; inicia-se o projeto terapêutico, não que ele tenha que se esgotar nesse momento inicial; uma pergunta que a gente sempre faz pra ele é do que ele precisa, como a gente vai poder ajudar, então, a partir daí a gente oferece o nosso leque de atendimentos, o nosso projeto terapêutico do CAPS, e aí vai se construindo dessa forma (VIK, 24/3/2006).

Em geral a gente faz isso quando ele chega, na entrevista inicial, a gente pede pra que ele diga, a gente apresenta o que a gente tem; a gente pede que ele diga o que ele gostaria de estar fazendo, o que ele fazia, quais as preferências que ele têm, se ele não sabe, em algumas situações, a gente sugere que ele venha participar de algumas oficinas para ele, por exemplo, escolher; então, assim, é feito muito respeitando o desejo do paciente, o que ele gosta mais, as preferências dele; agora, se a gente vê que o paciente está muito ansioso, se ele precisa, a gente sugere um grupo terapêutico ou as vezes o atendimento individual; assim, não tem uma uniformidade, em geral a gente age assim (P, 17/3/2006).

Ele tem, esse projeto terapêutico, ele tem um primeiro momento, quando o usuário chega e faz a entrevista inicial é colocado com ele e oferecido, mostrado as possibilidades, o que o CAPS oferece em termos de terapia, desde grupos terapêuticos, atendimento individual e oficina, mas não é só oferecido, é também feito uma avaliação do técnico, o que ele pensa que, naquele momento, poderia estar ajudando aquele usuário, e é conversado com o usuário, muitas vezes acaba o usuário escolhendo tudo, escolhendo o que ele quer e o técnico tem pouca interferência, outras vezes o usuário quer algo que talvez naquele momento, por exemplo, atendimento individual, mas não tem vaga, não tem, os técnicos estão todos..., se tem alguém fazendo atendimento individual já não tem horário, então se entra em um acordo das possibilidades, dos desejos do usuário, e das possibilidades que o serviço oferece; isso é o primeiro momento, no segundo momento, ao longo do período do usuário aqui, vão tendo transformações, muitas vezes ele abandona aquele grupo ou oficina, que não era aquilo que ele achava que era bom, que ele gostava, abandona formalmente ou informalmente, simplesmente não vai, ou ele entrou em surto não veio mais, uma série de questões, então isso tudo é retomado, a gente tenta fazer a retomada na reunião das Regionais, reunião mensal, como é que está o tempo dele aqui, o que ainda se mantém fazendo, como ele está se sentindo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos entrevistados destacou que o projeto terapêutico de tratamento do usuário

é sempre pensado a partir da necessidade dele, o que ele traz de necessidade, o que ele traz de sonho, de vontade, de sofrimento, de

tristeza, então, o projeto terapêutico é sempre pensado, repensado, analisado, refletido, em cima da necessidade da pessoa (GIRASSOL, 20/3/2006).

É importante destacar que o planejamento do projeto terapêutico deve envolver o portador de transtorno mental como sujeito deste processo. A participação ativa do usuário na escolha do que fazer e na expressão de suas necessidades favorece a adesão e continuidade no tratamento, confere-lhe o exercício da liberdade de escolha e da cidadania. Neste processo, o ato terapêutico, quando não é mais fundado sobre a doença e não provém da autoridade médica, torna-se a própria organização coletiva, convertendo-se em *tomada de responsabilidade* e produção de subjetividade (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral

No plano teórico, a relação da família com o portador de transtorno mental é construída a partir do alienismo, como produto da sociedade moderna/burguesa. No interior desta perspectiva concentram-se dois entendimentos polarizadores: “o da família ameaçada pela eclosão da enfermidade, portanto, sofrendo suas conseqüências ou causadora da emergência do transtorno mental, assim culpabilizada por sua etiologia” (ROSA, 2002, p. 139). Historicamente, o segundo entendimento foi o que prevaleceu na maioria das abordagens teóricas na área da saúde mental, com uma relativa diminuição nos anos 1970, seguido de uma complexificação da compreensão do grupo familiar e de sua dinâmica, a partir dos avanços teóricos da leitura feminista e marxista. “Contemporaneamente, a inclusão do grupo familiar nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental; a assunção de sua condição de parceira e co-responsável dos serviços e a exigência de constituição de uma nova pedagogia institucional em sua abordagem atravessam a construção de uma nova relação entre o louco e a sociedade” (ROSA, 2002, p. 139).

Nesta direção, um dos objetivos do CAPS é incentivar as famílias a participar do cotidiano do serviço. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas importantes para o trabalho dos CAPS. Eles podem participar de diversas maneiras, incentivando o usuário a se envolver no projeto

terapêutico, participando diretamente das atividades do serviço, nas reuniões, assembléias, nas associações de usuários, técnicos e familiares, trazendo dúvidas, sugestões. A participação pode acontecer tanto nas atividades internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. (BRASIL, 2004).

A Portaria /GM nº 251/2002 constitui-se como mais um dispositivo na mudança das relações entre os serviços de saúde mental e a família à medida que prevê, no desenvolvimento dos projetos terapêuticos, o preparo para o retorno à residência/inserção domiciliar e uma abordagem dirigida à família no sentido de garantir orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento.

O atendimento aos familiares é uma das formas para que as famílias participem, conheçam o trabalho dos CAPS e passem a se envolver ativamente no processo terapêutico. Neste sentido, a família ganha visibilidade como protagonista, parceira dos serviços e co-responsável no provimento de cuidados do portador de transtorno mental.

Além disso, o avanço dos conhecimentos e entendimento de que os fenômenos humanos comportam uma multiplicidade de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos e éticos, inter-relacionados entre si, possibilitou mudanças na assistência às pessoas em estado de sofrimento psíquico. Essas puderam ser compreendidas na totalidade de sua condição existencial. E, o sofrimento, antes tomado apenas como algo individual, passou a ser visto como parte de um contexto onde outras pessoas estão envolvidas e também merecem cuidado e atenção.

No CAPS Ponta do Coral, na sua maioria, os profissionais afirmam que existe atendimento familiar, com ressalvas de um deles que referiu não existir atendimento familiar sistemático e outro que observou que existe atendimento familiar individual. As falas relacionadas expressam de que forma a família participa no tratamento do seu membro no CAPS.

A família participa não como uma preconização ou uma exigência do serviço; o que eu tenho visto é que a família participa aqui no CAPS na medida em que há uma necessidade, quando há necessidade do serviço conversar com a família ela é incluída, quando há uma necessidade da família pelo serviço ela procura, mas não é uma rotina todas as pessoas que vem aqui a família ser atendida, as vezes o usuário não quer saber da família, as vezes a família não quer saber do usuário e assim sucessivamente, ou seja, a família participa na medida que temos a clareza da necessidade, mas não é uma prática oficial do serviço (GIRASSOL, 20/3/2006).

Alguns casos sim, em alguns casos eles vem para a reunião mensal da Regional, ou vem para uma consulta com a psiquiatra, ou vem pra trazer o usuário que não consegue ainda vir sozinho, mas é muito restrita a

participação da família, normalmente ela vem mesmo quando a coisa está apertando, quando o usuário surtou, não está conseguindo segurar, quando ele está já nas últimas (LÉLI, 4/4/2006).

Os profissionais que afirmam a existência da participação da família no tratamento explicitam como esta acontece e como se dá o atendimento no serviço, observando o cuidado que existe em atender a família e o usuário juntos.

Sim, tem alguns usuários que vem acompanhado de familiares, as vezes nós chamamos a família, quando existe necessidade, e isso acontece assim no cotidiano, conforme realmente surge a necessidade; geralmente há uma relação muito conflituosa entre o usuário e família, geralmente o familiar mais próximo, referência mais próxima e aí a gente intervém, mais ou menos com dois objetivos, assim, um de pensar essa relação conflituosa, o que pode ser negociado aí pra viverem melhor, pra ter mais qualidade de vida nesse ambiente, que moram juntos, e o outro pra poder então capacitar, colocar elementos pro familiar sobre o tratamento, sobre os transtornos mentais, pra que ele possa ser um cuidador também, o que ele é, pra que ele possa se qualificar; então, uma outra coisa que eu penso é que esse atendimento familiar ele sempre tem que privilegiar a participação do usuário porque fica complicado falar do usuário sem ele estar presente (VIK, 24/3/2006).

Sim, a família participa, claro, na medida de cada caso; em geral, assim, a gente tem a disponibilidade de atender a família, então, muitas vezes, precisa de o paciente vir com a família em várias situações, e esse atendimento é dado; o grupo de família, também está tendo o grupo de família, as vezes é dado (o atendimento) a família daquele paciente; mas sempre a gente tem o cuidado de receber a família e atendê-la junto com o paciente, nunca assim..., não gerar essas fantasias perseguitórias por parte do paciente “tá falando o que de mim”; isso é mais ou menos quase uma regra aqui no CAPS, a gente atende junto com o paciente (P, 17/3/2006).

Os trechos das entrevistas relacionados a seguir descrevem as formas criadas pelo CAPS para oportunizar a participação da família no tratamento. Alguns profissionais referiram-se a um grupo de famílias que chegou a ser iniciado, mas que pela falta de adesão e outras dificuldades não funcionou mais.

Um pouco assim, o acolhimento na segunda-feira é um espaço que a família pode participar junto com o usuário pra relatar como é que foi o final de semana e pra relatar e como estão as atividades no CAPS; o outro espaço são as reuniões das Regionais de equipe, fora o trabalho individual, que, assim, eu acabo chamando muitas vezes, eu quero atender você na presença de um familiar, as vezes você precisa até forçar nesse sentido, de que a família compareça, faço cartinha, mando e aí atendo em consulta individual, mas não em grupo, não é uma abordagem psicoterápica, é mais no sentido de psicoeducação do que de terapia (J, 22/3/2006).

[...] existe um planejamento pra se atender família, um grupo de familiares a serem atendidos por psicóloga [...]; então, as formas criadas para oportunizar a participação da família é justamente quando ela vem, acompanha, que é aberto para os familiares participarem das oficinas junto com o usuário, então, sempre tem essa oportunidade e grupos específicos pra famílias que estão se tornando real (GIRASSOL, 20/3/2006).

É mais ou menos como eu te falei; então, assim, as vezes a gente chama pra um atendimento individual, e também ela participa dos eventos acontecidos aqui no CAPS, promovidos pelo CAPS, de festas, geralmente o dia nacional da Luta Antimanicomial, quando a gente comemora, que faz uma confraternização, as festas sempre tem a presença de familiares também, festa de natal, festa junina (VIK, 24/3/2006).

As reuniões das Regionais por exemplo, uma vez por mês, e tem alguns técnicos que fazem reuniões com as famílias, discutindo, por exemplo, aquele usuário em que a família está implicada diretamente, tem problema com a família, então chama a família pra trabalhar; já teve grupo de família, mas foi fechado porque as pessoas ficaram um tempo, mas as famílias, segundo as técnicas que fizeram, muito pouco se apropriavam, vinham, se utilizavam desse espaço (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre este aspecto, cabe destacar que o deslocamento do eixo da compreensão do problema individual para o familiar/social, que tem como consequência o acolhimento da família como uma unidade que necessita de cuidado tanto quanto o paciente individual, pressupõe um novo olhar sobre as possibilidades das famílias para enfrentarem suas crises e atuarem como suporte terapêutico. Nessa perspectiva, se impõe a necessidade de não só reconhecer o atendimento ao grupo familiar, mas de oferecer uma atenção singular que leve em conta, por um lado, as especificidades de cada família, considerando a história, a estrutura, a dinâmica, bem como a inserção desta no contexto social. Por outro lado, deve-se avaliar a realidade e as possibilidades das famílias para usufruírem das formas de atenção que lhes são propostas (MIOTO, 1998, pp. 25-26).

Nesta direção, dois dos participantes da pesquisa identificaram como uma das dificuldades em realizar o atendimento familiar, a falta de profissionais qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades, conforme pode ser observado nas falas a seguir.

A maior dificuldade que eu vejo é que não existe ninguém capacitado aqui dentro para lidar com a família, é claro que, assim, eu faço um atendimento com o usuário a família vai estar junto eu vou estar explicando, mas quando você vai pensar em trabalhar com a família, trabalhar no sentido psicoterápico, isso não existe, agora informar a família, tentar com que a família faça parte do planejamento, a gente

tenta e incentiva, estimula que eles venham nas reuniões das Regionais, mas o que eu percebo, assim, a equipe ela é muito pequena pra dar conta de tudo, então a maioria das vezes o paciente chega, a família está ali fora, mas todo mundo tem a sua atividade, estão todas na oficina e isso me sobrecarrega muito porque eu tenho que dar conta de tudo, inclusive da família que chegou, do atestado que está faltando, e a família que quer saber porque que o remédio..., mas não existe um espaço pra ela, não existe um espaço que acolhe a família (J, 22/3/2006).

Profissionais qualificados, eu acho que necessita de profissionais que tenha um pouco mais de experiência, de conhecimento pra estar lidando com família, que toda a família tem sempre os seus nós górdios, tem sempre questões de fundo, que as vezes precisa de um certo conhecimento, experiência pra estar lidando com isso; até que ponto é vítima ou réu, então, acredito que profissionais que tenham experiência, que tenham a qualificação teórica, [...] possa estar oportunizando uma melhor relação no atendimento CAPS com família, então, a qualidade do profissional para estar realizando essa participação (GIRASSOL, 20/3/2006).

Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que é um transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, foram relatados pelos profissionais.

Acho que tem uma junção, eu acho que tem uma coisa primeiro que é o entendimento, a família, muitos familiares, querem deixar o usuário aqui, e querem fazer sua vida, até por questão de sobrevivência; o que eles alegam muito é que eles precisam trabalhar, então não pode faltar ao trabalho uma vez semana pra poder estar aqui porque mesmo que tenha atestado pra poder estar aqui, acaba perdendo o trabalho, não tem como justificar; e a outra questão é o próprio entendimento de que é na família o espaço em que o usuário pode ser tratado, porque a idéia de tratamento é uma idéia também que se direciona, que acaba sendo entendida como médica, hospitalar ou clínica, ou então, agora tem o CAPS; e o lugar de tratamento, digamos tratamento como restituição, como reinserção, também é na família (LÉLI, 4/4/2006).

É, chega um momento que as vezes de fato a relação se esgota, assim, são tantos conflitos, são tantas brigas, tantas dificuldades de convivência, de relacionamento, que já vem desde a infância, que chega em momentos quando, geralmente, o usuário tem as primeiras crises, isso gera um isolamento, assim, o usuário fica isolado nesse ambiente, nesse contexto familiar, realmente é muito difícil; as vezes tem uma mãe muito controladora e que aí o usuário não quer muito aproximação do serviço com essa referência porque o serviço passa a ser então um lugar de acolhimento pra ele que ele não tinha até então, porém, a gente busca a família, pra que a família possa cumprir essa função da referência (VIK, 24/3/2006).

Neste sentido, deve-se considerar que no contexto brasileiro, pela própria ausência ou precariedade da intervenção estatal por meio das políticas públicas de corte social, a família torna-se a principal garantidora da reprodução da força de trabalho. As famílias, para suportar, todas as funções que lhes são atribuídas e enfrentar as situações de risco social, buscam dividir com o Estado o encargo dos cuidados com seu ente enfermo. Mesmo assim, configuram-se, para elas, condições deficitárias de atendimento, em particular no caso da atenção em saúde mental (ROSA, 2003, p. 192).

Na seqüência, o entrevistado realiza uma análise das várias situações singulares e sociais que envolvem as dificuldades do serviço, das famílias e dos usuários, em realizar um tratamento integrado na relação usuário/família/CAPS.

Então, também envolve vários aspectos, eu vou apontar alguns; assim, em primeiro lugar, a gente vê que boa parte das famílias vê o CAPS como um lugar pra poder deixar o seu familiar, é um lugar onde ela não vai precisar cuidar dele durante um certo tempo, então, eles até participam de algumas entrevistas iniciais, hoje, por exemplo, eu tenho uma (entrevista inicial) que a pessoa veio sozinha, não veio família; é bastante freqüente que venha o usuário sem acompanhante familiar algum, esse é um aspecto, a família de uma certa maneira toma o CAPS como um lugar pra deixar o seu familiar, nós por outro lado, não criamos estratégias pra fixar essa família, pra trazer essa família mais perto; tem um grupo de família que funciona de maneira meio irregular, mas que a gente vê cada vez mais a necessidade de tornar isso algo mais organizado, poder atender a família, a gente faz o acompanhamento com família, geralmente, quando há um pedido específico ou do usuário ou da própria família, aí a gente procura fazer, mas é mais individualizado, é uma questão mais individualizada, e há também, por parte dos usuários há o desejo de que a família não participe, isso ficou muito evidente na organização da associação, que é uma associação de usuários, familiares e técnicos, e quando a gente estava organizando a associação, toda vez que se falava na participação dos familiares havia uma certa resistência por parte dos próprios usuários que os familiares participassem; a gente entende isso como uma maneira de buscar uma certa autonomia, uma certa distância dessa família, que é, as vezes, bastante complicado de fato tê-los muito próximos, aí precisa de um outro tipo de abordagem, não dá pra incluir, como a gente fazia no início por exemplo, a gente fazia grupos de usuários e familiares, mas a família atrapalhava mais do que ajudava nesses grupos, aí a gente resolveu começar a separar, deixar o espaço específico para o usuário, porque a família vinha e tomava o espaço, e falava, e ficava reclamando da pessoa, do que ele não fazia, de todas as dificuldades etc..., então, a gente achou melhor botar um pouco uma barreira, botar um filtro ali pra que tivesse espaço do usuário e que ele pudesse aproveitar isso da melhor maneira possível (F, 12/4/2006).

No entanto, cabe destacar que, numa visão mais abrangente e totalizante, a família é entendida, no cerne das condições de reprodução social do portador de transtorno

mental, como um sujeito que procura reconstruir relações cotidianas, criar novos sentidos, manter e fortalecer laços de sociabilidade. É percebida, positivamente, em suas possibilidades, potencialidades e recursos, como elemento fundamental à manutenção do poder contratual, à autonomia e à emancipação do portador de transtorno mental (ROSA, 2002, pp. 152-153).

As falas relacionadas a seguir apresentam a compreensão dos entrevistados com relação às possibilidades da participação da família no tratamento, e as dificuldades do CAPS em realizar esse tipo de atendimento. Um deles argumenta que o acompanhamento à família é essencial para minimizar os efeitos da convivência com o portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Acho que o atendimento familiar assim como ele pode ter dificuldades ele também pode te ajudar um monte, então, assim, tem os dois lados, as dificuldades eu acho que é porque também ele vai estar trazendo, vai sobrecarregando com mais, digamos assim, mais queixas, vai estar trazendo.., as vezes nem está relacionado ao usuário os problemas e as situações, embora eu acredito que na maioria das vezes ela ajuda, ela ajuda porque é que está convivendo com o usuário lá fora o tempo inteiro, que tem mais os dados, quem pode inclusive, ah! ele está muito sedado, vamos tirar esse remédio, esse remédio só faz mal, então, a família se ela não é bem orientada ela acaba, assim, tentando fazer o bem ela acaba fazendo o mal pro paciente, ah! não aquela atividade lá, ficar só batendo palminha, musiquinha, aquilo lá não vai ajudar você, é melhor eu.., vou te colocar de novo na escola porque se não você não vai trabalhar nunca, então todas as ansiedades da família, que se elas forem bem trabalhadas o usuário só tem a ganhar, agora, as dificuldades é: um espaço em que essa família seja acolhida, que ela seja realmente trabalhada e uma equipe, a formação, alguém com formação pra fazer isso, isso não tem (J, 22/3/2006).

Eu acho que o acompanhamento com a família ele é extremamente necessário pra elaborar a imagem que essa pessoa acabou deixando pra essa família; a família ela ainda tem uma imagem, ela tem o imaginário social em relação o que ela de repente produziu; então, há uma necessidade de se ter um acompanhamento com os familiares pra estar elaborando as relações, o dia-a-dia que ela tem com o portador de transtorno mental; as vezes se investe muito em acompanhamento com usuário e não se investe muito no acompanhamento com a família, a família está sobrecarregada, tem que se discutir a questão dos encargos familiares, porque as vezes ter um portador de transtorno mental junto com a família é extremamente estressante, e as vezes a família acaba colocando o portador de transtorno mental no hospital pra descansar, porque as vezes é complicado, tem um portador de transtorno mental que canta o dia inteiro, ou que não dorme durante a noite, dorme de dia, ou que quer ver televisão a todo momento, ou que fica conversando com a vizinhança a todo o momento, tem o portador de transtorno mental que com o seu sofrimento incomoda muito a família, então, tem de haver um profissional articulado ou apaziguador ou que provoque alguma

resolução nessa prática; [...] se não dá pro portador de transtorno mental morar com a família então que se haja (encontre) um espaço harmônico, mas a família tem que ser acompanhada sim (GIRASSOL, 20/3/2006).

Entre as dificuldades que os profissionais identificam na (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e estigma da loucura, ainda presentes no imaginário social das pessoas. Relacionamos na seqüência as respostas dos entrevistados, nas quais é expressa a relação com alguns dos aspectos enfrentados no cotidiano da vida dessas pessoas, em suas relações com a família, as instituições e a sociedade.

Em primeiro lugar a dificuldade de a família compreender o que a pessoa tem, pelo que ela passa, muitas vezes, a idéia é de que é um vagabundo, que o cara não quer trabalhar porque é vagabundo, não quer fazer nada só quer ficar em casa fumando, na frente da televisão porque é vagabundo; então, tem essa dificuldade de poder dar ou ter um certo olhar pra essa pessoa, pra esse usuário que não seja esse da discriminação; tem também o medo, o medo de que essa pessoa venha cometer algum crime, que é um pouco o mito da loucura, é o que envolve o mito da loucura, de ser alguém que é imprevisível e violento, o mito da loucura está muito marcado por isso, muitas vezes a família vem contaminada por isso, eu atendo uma mãe, por exemplo, que apesar de ser uma pessoa que contribui muito, mas ela tem medo do filho, ela tem medo, e ela reconhece isso, diz isso claramente, ela tem medo, agora menos, depois de um tempo isso está começando a se flexibilizar, ela está começando a entender um pouco diferente, mas ela tinha muito medo do que esse filho poderia fazer com ela, então, isso é algo que é bastante comum, mas isso é uma dificuldade; o outro aspecto da resistência é a idéia de que ele se tornou uma pessoa inútil, o usuário se tornou uma pessoa inútil, porque ele não pode trabalhar, que nunca vai fazer nada a não ser ficar como um louco, ficar como uma pessoa que não pode assumir responsabilidades, que não contribui, o aspecto financeiro é um problema; o Programa de Volta pra Casa não resolve isso integralmente porque ele é destinado pra pessoas que estão no mínimo há dois anos internadas, então, aqueles que não tem internação prolongada não têm acesso a esse recurso, então, ele passa a se tornar um peso econômico pra família e aí todos os outros problemas que são decorrentes disso (F, 12/4/2006).

Muitas vezes ele acaba sendo o membro da família rejeitado, ele tem o quartinho dele no fundinho. Bom, eu acho que é o próprio estigma de ter um doente mental, tem ah ele é doente mental, deixa ele quietinho lá porque se não ele vai incomodar, vai surtar, vai xingar e, que vergonha, aí os vizinhos; então, é o estigma do usuário, do paciente com transtorno mental, como muitas famílias não entendem elas tem até crenças de que isso é o demônio, isso é um castigo, ou é porque ele era uma pessoa ruim na vida passada, então, vem com mil, vamos dizer assim, explicações, que só atrapalham e impedem que aquilo seja encarado como..., ok isso aí é uma doença, e como é que a gente vai

fazer pra ajudar e tratar isso; então, os conhecimentos, a ignorância nesse sentido, [...] uma parte eu acho que seja pelo próprio desconhecimento do que é um transtorno mental, e do estigma de que o louco é o que rasga dinheiro e, enfim, isso dificulta, e aí quando você não tem um suporte pra dar à essas famílias aqui dentro, você só reforça lá fora esse estigma; então, claro, a pessoa chama a atenção da população, os pacientes que conseguem lá fora trabalhar e não ficar só dentro do CAPS, então, as oficinas que possam vir a dar renda, que elas sejam trabalhadas lá fora, até pra lá fora você convive com eles, percebe que eles não são os loucos que rasgam dinheiro, saem quebrando tudo e matando todo mundo, esse é o medo da população e acaba sendo o medo da família (J, 22/3/2006).

A questão da diferença do “louco” para o “não louco”, que na sociedade capitalista, é determinada pela relação produtivo/não produtivo, ou seja, aquele que detêm poder de consumo e aquele que não tem poder de consumo, também foi expressa pelos profissionais entrevistados como uma das dificuldades para a (re)inserção social do portador de transtorno mental, na família e na sociedade.

Eu acho que os limites do usuário; tem a coisa do preconceito, da loucura, ele, o usuário, ele não é alguém produtivo na família, ele não leva dinheiro pra casa, ele, ao contrário, ele só gasta, ainda tem que buscar remédio, ele dá mais trabalho ainda, ele não é produtivo, de maneira geral, então, isso já agrega um preconceito maior ainda, além de ter o preconceito da loucura, de ser..., enfim, alguém que tem uma “deficiência”, alguém que é muito dependente, ainda tem isso, então, ele não soma nada à família a não ser o incomodo; daí, geralmente, é uma mãe que até acolhe, ou pai, por questões afetivas, mas sempre está lidando com esse limite do usuário; tem famílias que não querem, tem muitas famílias carentes que não querem mais um problema, e quando a pessoa, então, saiu da família, que foi internada, e ficou um longo tempo fora, a família já se estruturou de forma a não contar com aquele usuário, então, já não conta mais com ele, passou três, quatro, cinco meses, aí vem uma pessoa trazendo toda uma dependência e que não é somar, ou as vezes as próprias crises dentro de casa, então, é difícil um cara que faz xixi no chão, um cara que toma um café e deixa sua xícara, um cara que quebra, que uma vez por mês quebra tudo, que bate nas pessoas dentro de casa, ninguém tem essa tolerância, tem que ser mais de uma pessoa pra suportar e, as vezes, uma pessoa, que é a mãe, suporta, mas os outros irmãos não entendem, não conseguem lidar com a questão, que é difícil mesmo, o nível de dependência, os limites, o risco que, enfim, pode correr o usuário (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Rosa (2003, p. 192), a família, apesar de procurar dividir com o Estado as demandas de cuidado do portador de transtorno mental, ainda é o principal agente responsável pelo seu provimento. Para implementá-lo, na divisão sexual do trabalho do grupo doméstico, seu ônus recai sobre a mulher. Todavia, diferente das demais

enfermidades, o transtorno mental se particulariza pelo fato de seu portador não se reconhecer como enfermo e por seu prognóstico figurar como uma incógnita, sem ter uma temporalidade previsível. Desta forma, em geral, o provimento de cuidados e o tratamento tornam-se impositivos para o portador de transtorno mental, que pouco colabora conscientemente no seu processo de recuperação. Por sua vez, o provedor de cuidado, com frequência a mulher, mãe, tem que ter uma disponibilidade de tempo, periódica ou indefinidamente, para exercer o seu papel. E, para satisfazer as necessidades individuais do portador de transtorno mental e as exigências de sua enfermidade, a mulher, mãe tem seu espaço de vida invadido, seus projetos de vida obstruídos pelas necessidades de prestar cuidado.

3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares

No contexto da Reforma Psiquiátrica, as organizações de usuários, técnicos e/ou familiares tem cumprido um importante papel na mudança do modelo assistencial em saúde mental, participando ativamente das discussões sobre os serviços e promovendo atividades que visam maior inserção social, geração de renda e trabalho e a garantia de direitos sociais. Essas associações constituem-se em importante instrumento de promoção da saúde e da cidadania de todos os envolvidos (BRASIL, 2004)

O CAPS Ponta do Coral conta com uma associação de usuários, familiares e técnicos. Apesar de estatutariamente estar prevista a participação e filiação de familiares e técnicos, atualmente, na prática, esta se tornou, efetivamente, uma associação de usuários. Em gestões anteriores, já teve em sua diretoria a participação de técnicos do serviço. Atualmente, dois técnicos acompanham as atividades desta, mas a diretoria da gestão atual (2006) é composta somente por usuários.

Com relação a participação dos usuários no planejamento das atividades do CAPS, os profissionais referem que esta acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, realizada semanalmente, na qual são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Contudo, os entrevistados observam que

existem dificuldades em realizar um processo de planejamento das ações do serviço, seja por particularidades dos usuários, seja por limitações e/ou problemas institucionais.

Assim, existem alguns espaços em que essas ações são tomadas em conjunto, a assembléia dos usuários, aqui é feita de terça-feira, em que é discutido desde a limpeza, o lanche, qual é o próximo passeio, o que vai ser de reunião, o que está sendo feito, quais são os informes em relação a saúde mental, em relação a congressos, encontros, comissões. O que eu percebo é que embora isso seja estimulado há pouca, baixíssima, aderência e quando há, em geral, são daqueles mais saudáveis no sentido de que de repente nem seriam usuários CAPS, mas eu acredito que isso seja também o próprio sintoma, de a dificuldade de lá fora conseguir um emprego, a dificuldade de iniciar uma atividade, iniciar um curso, é também pra se engajar na própria luta deles; o que eu percebo é que a família, em geral, quando pega isso vai adiante, os usuários tem poucos estímulos próprios, vamos dizer, pra continuar, pra se manter; então, na reunião da Comissão Ampliada²¹, aí participa um, mas depois a semana que vem já não vem; então, são poucos os que realmente conseguem dar conta, eu coloco a palavra no sentido de ser capaz para, tem essa dificuldade, eu acho que é própria condição (J, 22/3/2006).

Então, a gente procura estabelecer parcerias com a associação porque tem muitas coisas que pelo fato de a gente estar submetido a um organograma e a hierarquia, e aí os limites do serviço público, a gente não pode fazer; por exemplo, a questão da venda do material das oficinas, isso é algo que o CAPS não pode assumir, por conta mesmo da legislação que impede a gente de fazer esse tipo de atividade; então apesar de ter uma participação grande, o material vendido é o material das oficinas do CAPS, mas quem faz essa tarefa é a associação, é a associação que se encarrega da venda, de levar o material, de receber dinheiro etc.; além disso a associação se tornou efetivamente uma associação de usuários, apesar de o estatuto dela prever a participação e filiação de familiares e técnicos ela é uma associação de usuários na prática, e como articuladora de um projeto político e de reivindicação dos direitos do usuário dos serviços de saúde mental, como um instrumento pra viabilizar inserção no mercado de trabalho por exemplo, parece que são essas as funções da associação; com os usuários o que a gente tem é uma assembléia semanal onde são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; esse aspecto do planejamento da atividade ele de fato não tem a participação dos usuários até porque nem nós, como te falei no início, o nosso planejamento também é meio caótico, assim, a gente não tem um processo organizado de planejamento pra um ano ou mesmo pra seis meses, então, aí os usuários não chegam a participar desse planejamento, eles participam sim da discussão do funcionamento que é na assembléia,

²¹ A Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental (CPASM) é uma instância do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, criada através da Resolução N°1/CMS/2006, cuja finalidade é assessorar o plenário do conselho no que compete a formulação, implantação, implementação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas, ações e projetos em Saúde Mental, assim como prestar assessoria técnica ao gestor municipal. A CPASM é constituída por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde, e usuários e familiares da saúde mental (nota da pesquisadora).

que é toda semana, e aí se trata das coisas do dia-a-dia, é mais cotidiano (F, 12/4/2006).

A presença e participação dos usuários nas discussões e no planejamento das ações pertinentes à saúde mental vêm se ampliando progressivamente nos últimos anos. O processo de inserção inicia-se com o protagonismo dado ao sujeito na definição de seu projeto terapêutico, estende-se na organização de associações e na representatividade destas nos fóruns deliberativos (Conselhos de Saúde, Conferências, Comissões de Saúde Mental), e na participação em eventos científicos e espaços de militância política pertinentes à área da saúde mental. Essa é uma das formas em que a condição de cidadão dos portadores de transtornos mentais é resgatada. Segundo Rodrigues (2005, p. 80), “a participação política e militância de usuários e familiares em instâncias deliberativas ganham efetividade quando politicamente organizados”.

Neste sentido, a construção coletiva do protagonismo requer a saída da condição de usuário-objeto e a criação de formas concretas que produzam um usuário-ator, sujeito político. Isso vem ocorrendo através de inúmeras iniciativas de reinvenção da cidadania e *empowerment*, como atenta Vasconcelos (2000b), por meio de intervenções via associações de usuários ou de cooperativas sociais, ou ainda da participação política de tais atores nos mais importantes fóruns sociais de formulação de políticas da área, tal como nos conselhos de saúde e comissões de saúde mental.

Nas falas que seguem, os participantes da pesquisa destacam as dificuldades encontradas na organização, na articulação e no funcionamento da Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral²², bem como seus objetivos e principais lutas políticas por direitos.

Assim, eu acho que os usuários têm esse espaço da assembleia junto com os técnicos. É um espaço interessante, onde eles podem estar opinando, mais do que o da associação; o da associação é muito mais difícil de levar adiante; eu também já fiquei um tempo ajudando a associação, já fui até, uma época, da própria gestão, da própria diretoria, e a gente tem

²² Importante estudo sobre a Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral foi realizado por Rodrigues em dois trabalhos: RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral: desvelando sua significação**. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004; e RODRIGUES, J. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

que estar puxando muito como técnico, parece que deixar por conta deles a coisa não anda e, as vezes, a gente vê que fica mais um desejo nosso de que as coisas aconteçam do que deles; então, a assembléia pelo menos é um espaço que eu ainda acho que se consegue ter uma presença, agora a presença dos familiares no planejamento é muito pequena, poucos que vem, vem um ou outro, pai de alguém; dos usuários, eu acho que é mais nesse espaço da assembléia que acontece (P, 17/3/2006).

Os usuários, nós temos a assembléia dos usuários; então, na assembléia se discute algumas questões, por exemplo, as vezes o planejamento, funcionamento da casa, por outro lado nem tudo é discutido na assembléia, [...] tem uma atuação limitada, ela não é totalmente participativa. A associação, ela tem histórias de altos e baixos; teve momentos que a associação tinha uma diretoria, mas ninguém participava, não se articulava; tem momentos que a associação se integra mais, quando ela se integra a coisa fica também mais rica; nós temos aproximação, por exemplo, na questão do vale transporte, as reivindicações, sobretudo do vale transporte, de veículos pra passeio, pra participar de um evento, muito mais do que planejamento das ações, digamos assim, mais no sentido de luta por direitos e reivindicações (LÉLI, 4/4/2006).

A associação de usuários possui cinco objetivos: controle social, ajuda mútua, suporte mútuo, defesa dos direitos, geração de renda; em cima desse objetivos a associação realiza seu movimento e sua luta. Em termos do papel dos usuários no planejamento das ações do CAPS seria discutir esses objetivos em relação ao CAPS. Hoje, o que acontece, a associação de usuários acaba discutindo um pouco mais controle social; ela expressa a representatividade dos usuários na luta social, na dignidade humana, e também na geração de renda; outra coisa muito importante que a gente fala é a luta contra o preconceito, então, a associação ela participa mais nesse sentido, controle social, geração de renda e luta contra o preconceito no CAPS; esse é o papel dos usuários, realizar o controle social, participar da geração de renda e a luta contra o preconceito; a luta contra o preconceito significa realizar teatro, levar pras Academias, levar pra comunidade, mostrar que a história do louco no imaginário social das pessoas ela é transformada, pode-se reverter isso, e isso se reverte com música, cultura e arte (GIRASSOL, 20/3/2006).

O papel da associação no planejamento, é porque assim, a associação ela não é o CAPS, ela é uma entidade separada, a assembléia é uma assembléia geral do CAPS, é um mecanismo facilitador da participação dos usuários e técnicos na gestão do serviço; a associação é uma entidade, sem fins lucrativos, que foi criada e pensada pra que os usuários e familiares se organizem pela luta da política, pela luta da implantação da política de saúde mental, pela luta dos direitos, pela luta da implantação da Reforma Psiquiátrica, pela melhoria do serviço, então, assim, a associação ela caminha, mas ela é muito nova e aí se é muito nova tem uma estrutura um pouco frágil, então assim, a tua pergunta é se ela participa das ações do CAPS, ela participa sim, tem um elo de participação aí, tem um canal de participação, mas é frágil, é muito frágil, eu penso que é muito frágil porque aparece pouco (VIK, 24/3/2006).

Rodrigues (2005, pp. 81-82) destaca que as associações de usuários, enquanto dispositivos, possibilitam uma atitude política que oferece visibilidade ao usuário como ser cidadão e não apenas como portador de um transtorno. Segundo o autor, quando o usuário passa a ver, sentir, e ver sentido em suas ações associativas, sua prática organizativa torna-se efetiva e com empenho. Por isso, as associações precisam desenvolver estratégias mais amplas de adesão, visando revigorar seus quadros associativos. Nesta direção, a profissionalização e formação política dos dirigentes é vista como uma possibilidade para estimular a participação.

A compreensão das associações civis como relacionadas e condicionadas pelas associações políticas leva ao entendimento de que há uma sinergia entre a sociedade civil e a democracia política. Segundo Fleury (2004), a dimensão cívica da cidadania diz respeito à condição de inclusão ativa dos cidadãos à comunidade política, compartilhando um sistema de crenças com relação aos poderes públicos, à sociedade e ao conjunto de direitos e deveres que são atribuídos ao status de cidadão. Como dimensão pública dos indivíduos a cidadania pressupõe um modelo de integração e de sociabilidade, que transcende os interesses egoístas do indivíduo no mercado, em direção à uma atitude generosa e solidária.

A fala a seguir relaciona algumas dificuldades cotidianas vivenciadas na e pela associação de usuários do CAPS Ponta do Coral. Apresenta algumas possibilidades de atuação deste tipo de organização da sociedade civil, tanto com relação a parcerias com outras entidades, para o desenvolvimento de ações que visem a profissionalização e inserção no mundo do trabalho, quanto no processo de politização e conscientização de seus usuários com relação aos direitos de cidadania.

Eu acho que ela tem um papel relevante, a dificuldade é de incrementar esse papel relevante; os familiares vêm muito poucos; bom, talvez a gente não esteja também instigando, muitas vezes a gente convida, mas eu acho que, também, as vezes, falta um pouco de investimento da equipe para que os familiares estejam mais no CAPS; agora, a associação poderia fazer muitas coisas, desde convênios para cursos com esses órgãos que a gente tem, SENAI, SESC; poderia tentar uma penetração, mas isso seria uma outra realidade a ser criada; cada vez que entra uma gestão nova, a gente diz quem sabe agora; desde as pequenas coisas, até divulgar a lojinha aqui, é difícil, a gente uma vez fez uns folders pra distribuir aqui na vizinhança, uma vez a gente tentava vender as verduras que produzia, não conseguia muito, conseguia ali, vendia uma ou outra; agora em termos de espaço de fazer política eu acho que ela tem um peso, deveria realmente crescer, por mais que as pessoas tenham dificuldades; eu acho que tem que continuar existindo, tem que continuar batalhando para que eles possam estar assumindo um pouco

mais esse papel político, essa conexão com outras instâncias da sociedade; por exemplo, na questão até de trabalho, de poder a associação também ajudar nessa abertura de espaços de trabalho; teve uma vez que tentaram no Angeloni (supermercado), depois quando souberam que era portadores de transtorno mental não quiseram; eu acho que a gente precisava mostrar um pouco pra sociedade o que é o paciente psiquiátrico; assim, através desses recursos, não dá pra esperar vamos pra mídia, porque, assim, tem umas coisas que são boas, ótimas, mas são meio ideais, a gente tem que tentar começar com essas pequenas coisas que pode fazer: divulgar a lojinha, sei lá, fazer um contrato lá com o CIC pra fazer cursos, por exemplo, de pintura, coisas que são mais próximas da realidade exequível (P, 17/3/2006).

Para Rodrigues (2005) dois aspectos são importantes para compreender as dificuldades de falta de adesão e continuidade na participação dos membros da associação. Um deles refere-se aos elementos motivadores para a participação. Neste caso, é preciso considerar que a prática política de militância possui seus campos de conflito e tensões, que dentro da especificidade da loucura pode não conferir uma participação freqüente. O outro relaciona-se ao significado da associação na vida dos integrantes. Muitos usuários vêem a associação como possibilidade de geração de recursos financeiros, haja vista que o fator trabalho/vínculo empregatício é algo marcante na vida dos portadores de transtornos mentais, em decorrência de a maioria não possuir fonte de renda própria.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacaram o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário.

A primeira delas é a questão do controle social, a associação tem potencialmente essa função, não só dentro do serviço, mas também nas outras instâncias, conselho municipal de saúde, conselho local, aqui em Florianópolis estamos organizando uma Comissão Permanente, que é consultiva do Conselho Municipal de Saúde, é uma comissão de saúde mental, no estado (SC), a gente tem o Colegiado de Políticas Públicas e Atenção Psicossocial, que tem representação dos usuários; então, novamente, na questão da defesa dos direitos, na questão do resgate da cidadania, as vezes nem é resgate porque o cara nunca teve cidadania alguma, mas da possibilidade de instituir um certo nível de cidadania; eu vejo que a possibilidade de o usuário poder participar politicamente é algo que tem um efeito sobre a sua dinâmica, como tem efeito sobre a dinâmica de qualquer um que descobre um dia que tem essa possibilidade de participar politicamente, da vida política, e pro usuário de saúde mental isso muitas vezes é uma descoberta que representa uma guinada muito grande na sua vida, então, vamos dizer assim, tem um efeito terapêutico, um efeito clínico nesse sentido, além, obviamente, dos

efeitos políticos que isso representa, mas, mais individualmente tem esse efeito, da articulação com as outras pessoas, enfim, tem uma terapêutica aí que é função, mesmo que não reconhecida, mas é função das associações (F, 12/4/2006).

O principal papel das associações é não tornar que os serviços se tornem manicômios; a associação é a vida, é organização, é luta, é enriquecimento, é sentido de vida; tenho escutado muito de pessoas que tiveram suas vidas arruinadas que quando passaram a militar em associações de usuários passaram a ter um sentido de vida, passaram a conceber a razão da sua existência em vida; então, a principal importância das associações é não deixar que o serviço se torne manicômio, é tornar o serviço um pouco mais rico, com mais vida, é organizar a questão política, é falar em nome dos próprios usuários; então, a importância das associações de usuários é levar a boa nova aos CAPS, levar a boa nova aos serviços de saúde mental, levar a boa nova do modelo psicossocial, ou seja, discutir o controle da loucura, ou seja, a maior importância das associações é levar a discussão da liberdade, liberdade e dignidade dos portadores de transtornos mentais (GIRASSOL, 20/3/2006).

Além do tratamento e dos serviços, eu acho importante que a associação possa se fortalecer enquanto movimento popular de luta pela Reforma Psiquiátrica, que os usuários possam se conscientizar dessa importância de estarem articulados, lutando pela implantação da política, da política de saúde mental sob esse novo paradigma da Reforma Psiquiátrica; eu acho que essa é a maior importância, acho que essa é a maior tarefa da associação; claro que isso se reflete na micro política institucional no próprio CAPS; a associação vai estar lutando, a nossa associação aqui, por exemplo, já lutou pelo próprio vale transporte dos usuários, de ir até a secretaria (Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis) conversar com o secretário e reivindicar enquanto essa democracia representativa dos próprios usuários, técnicos e familiares; pela própria manutenção desta casa na época que houve a questão da construção da via de acesso ao Hospital Infantil, existia um projeto da outra via passar também por aqui, os usuários batalharam que essa casa se mantivesse aqui, que o CAPS se mantivesse aqui e conseguiram; então, acho que essa luta maior de articulação que exige uma consciência política dos líderes que estão na associação, dos usuários como um todo, é que é a grande tarefa da associação, só que isso se faz num trabalho de formiguinha, num trabalho miúdo (VIK, 24/3/2006).

Cabe destacar que o controle social compreende a participação da população na perspectiva da interferência na gestão da política pública de saúde, colocando as ações e serviços na direção dos interesses da comunidade e estabelecendo uma nova relação entre Estado e sociedade. Conforme Correia (2002, p. 212), controle social “é a atuação da sociedade civil organizada na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam às demandas e aos interesses das classes subalternas”.

A III CNSM ressalta a importância do controle social, através dos mecanismos já existentes (Conselhos, Conferências e Comissões de Saúde Mental, organizações da

sociedade civil e movimentos sociais), como forma de garantir o avanço da Reforma Psiquiátrica. Os indicativos da Referida Conferência destacam que o controle social deve constituir-se com a representação dos três segmentos – usuários, familiares e profissionais de saúde, na perspectiva de induzir uma ação de acompanhamento da construção das políticas municipais, estaduais e nacional de saúde mental. As Comissões de Saúde Mental em ação conjunta com os Conselhos de Saúde devem exercer seu papel de controle e fiscalização das políticas públicas, o que inclui o orçamento e a destinação de verbas para a saúde mental, em todos os níveis (BRASIL, 2002a).

A ação da sociedade civil e dos movimentos sociais é ressaltada visando a garantir que os programas de saúde mental não sofram descontinuidade por ocasião de mudanças de gestão administrativa e/ou política. Para tanto, devem ser criadas estratégias para a viabilização de maior envolvimento dos diferentes atores sociais com as questões da saúde mental. Entre estas, destacamos o papel das associações de usuários, técnicos e familiares e dos núcleos estaduais e/ou municipais do movimento da luta antimanicomial, na gestão dos serviços e na fiscalização das práticas de saúde mental (BRASIL, 2002a, p. 142).

3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia

A desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial são dois dos pressupostos teórico-epistemológicos orientadores das práticas assistenciais indicadas na e pela Reforma Psiquiátrica. Tendo isso em conta, perguntamos aos participantes da pesquisa se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas para a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referiram que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras.

As falas relacionadas na seqüência explicitam a percepção dos entrevistados sobre a questão e indicam algumas possibilidades que, segundo eles, poderiam favorecer o desenvolvimento de ações de reabilitação psicossocial.

Em parte sim, em parte; eu acho que como a gente não tem um sistema de avaliação a gente não consegue medir isso muito bem; a nossa intenção é essa, o que não quer dizer que as nossas ações consigam de fato alcançar; acho que a gente poderia fazer mais, a gente poderia ter uma articulação mais intensa e mais constante com outras instituições, com outros sistemas de atenção, além claro da própria rede de saúde, que não existe; em Florianópolis a gente não tem rede, até está se formando, dá pra dizer que está se formando, mas não funciona como rede ainda, efetivamente não funciona; a gente tem pouco contato com a atenção básica, com o PSF, que seria um parceiro importante, a gente tem pouco contato com os outros CAPS também em termos de troca, enfim, com outras instituições de saúde, então, acho que a gente ainda continua isolado, e aí pensar em reabilitação psicossocial com essas condições é um pouco mais complicado; a gente vê alguns efeitos, que a gente mede pelo usuário em si, que é o fato de que ele consegue evitar internação, que ele consegue muitas vezes voltar a trabalhar, sua participação nas oficinas passa a ser bastante diferente, enfim, mas são coisas que a gente não tem um instrumento pra avaliar (F, 12/4/2006).

Eu penso que sim, apesar de que hoje o programa de saúde mental não conta com uma rede completa de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, então, assim, a gente tem essa dificuldade; se existisse isso de forma mais estruturada, de forma mais incrementada seria mais fácil a reinserção social; por exemplo, a gente não tem leitos psiquiátricos no HU, um hospital geral, que já tem um ambulatório de psiquiatria, poderia ter um serviço de emergência, facilitaria, evitaria internações, um mercado protegido, um projeto de geração de renda também não temos, não temos os CAPS territorializados ainda, então, tem uma série de dificuldades colocadas aí que impedem essa reinserção social num tempo menor do que acontece hoje; acho que hoje o tempo que o usuário fica dentro do CAPS ainda é muito grande por conta de a gente não ter essa rede completa, que possa dar esse suporte extra CAPS. [...] eu não sei se isso acabaria institucionalizando, de certa forma sim, mas assim, isso está na pauta, e se isso está na pauta não está institucionalizando, você entende o que eu quero dizer? isso está sendo falado pro próprio usuário, isso está sendo dito pra ele, olha tu já está aqui muito tempo, o nosso objetivo pra ti, nosso projeto terapêutico pra ti seria de tu poder estar fazendo isso, isso e isso lá fora, então assim, não diria institucionalizado porque talvez institucionalizado seria quando a gente não se desse conta disso, ah não isso está rolando, o usuário está aqui há anos, ninguém está fazendo nada, continua na mesma, aí sim estaria cronificando, mas acho que não nesse sentido, de que isso está na perspectiva, a gente está querendo a inserção, a gente está querendo a rede extra hospitalar, a territorialização dos CAPS, só que a gente não tem uma série de elementos necessários pra fazer a reinserção, a política, o programa de saúde mental, aliás ele está sendo implantado, incrementado muito mais agora recentemente (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que sim, mas muito pouco ainda; elas se encaminham, elas têm como ideal, elas desejam, mas na prática isso é muito pouco feito; eu vejo que nesse CAPS a equipe acaba estando muito fragmentada porque faz milhões de coisas também, desde a parte administrativa, parte clínica, oficina, se divide; eu acho que deveria ter a equipe como um todo trabalhar nisso, mas ter também grupos de atuação, como a gente

chama de atuação local, então, ainda para o que necessita está muito pouco assim, muito aquém [...] A primeira proposta começaria via Regionais, nas Regionais; por exemplo, as pessoas iriam para os seus bairros, ver qual é a possibilidade, as possibilidades que existem pro usuário se inserir, mas não só a Regional, poderia ter um grupo mesmo, sair com o usuário, fazer a coisa mais concreta, ela é feita, mas é feito muito pontualmente (LÉLI, 4/4/2006).

Em geral sim, mas tem alguns pacientes que, por exemplo, circulam no CAPS e que não tem nenhuma indicação de estar no CAPS, então ele acaba sendo um lugar de institucionalização ou de capsização. Tem isso; isso acaba acontecendo, mas em geral não é isso; em geral eu acho que todas as nossas ações, o que a gente discute em equipe é até a tentativa de diminuir essa dependência, esse vínculo de dependência, que em algum momento ela pode ser muito importante, mas em outros ela é excessiva e acaba aprisionando o paciente dentro do CAPS, e aí o CAPS passa a ter o mesmo papel e a mesma função do hospital; e como isso é o que eles conhecem, esse repertório é o que se conhece, é mais fácil de se acostumar com ele do que ter uma nova postura, uma postura de que, não, aqui eu vou tomar conta do meu tratamento, eu vou lá fora procurar o que é meu...; não, (o usuário) acaba esperando, ah o que você falar está bom, e aí essa atitude bem passiva, que ela é muitas vezes muito cômoda pra todos nós em muitos momentos, pra uns mais que outros, essa atitude de comodismo, de esperar, é ótimo, e aí isso acontece, acaba acontecendo, embora as práticas, elas tem a idéia de que não seja voltada pra isso; não é o objetivo, mas a gente observa que as vezes é falho (J, 22/3/2006).

Essa pergunta é muito difícil [...]; eu acho que não mudou muito meu olhar, a gente tende a sustentar a institucionalização, a gente não consegue dar alta, o paciente não consegue ter alta, não consegue sair; assim, digo um paciente que realmente talvez esteja até mais comprometido com esse tempo aqui, tem paciente que está aqui desde o início; eu acho que a gente acaba reforçando um pouco isso por mais que a gente tem o desejo de que fosse o contrário; existe uma certa comodidade pro paciente também, aqui ele tem atenção, ele é aceito, não tem assim uma grande briga por ele ficar aqui; então, isso me preocupa muito, eu fico pensando: é uma contradição porque ao mesmo tempo que o nosso trabalho é voltado pra isso parece que a nossa ação acaba revertendo o contrário; a questão da cidadania, a questão da construção de outros laços, criação de outros espaços, eu acho que é muito precária ainda [...]; por isso que eu acho que a gente precisa também de ter formas de avaliação dos pacientes, muitas vezes fica assim um exemplo ou outro que você tem, aquela pessoa foi, está lá trabalhando, talvez ela não tenha também construído um elo tão pesado, tão forte com a instituição, que ela já veio, ficou um tempo, saiu, voltou a fazer outras coisas da vida; eu acho que a gente ainda está institucionalizando mais do que desinstitucionalizando [...] (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p. 14) observam que um dos caminhos mais importantes para o qual aponta a desinstitucionalização é o da criação de novas relações com a loucura. Estas se processam a partir da mudança das relações institucionais internas e de

desmontagem dos dispositivos da clínica e da psiquiatria, mas certamente não se restringe a isto. Novas subjetividades e um novo lugar para o sujeito louco só são produzidos em relação com o social. O trabalho de desconstrução da institucionalização, necessariamente, extravasa o contexto institucional específico, atingindo seu objetivo mais amplo de questionamento das instituições e subjetividades capitalísticas, a desconstrução como transformação cultural. Para os autores, através do trabalho no campo social a desinstitucionalização atinge seu sentido mais abrangente, como processo social amplo e complexo de participação popular, territorialização dos serviços, envolvimento de diferentes atores sociais, e mudança da relação social com o fenômeno da loucura.

Sobre este aspecto cabe destacar que a desconstrução do paradigma da institucionalização e a construção do paradigma da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial envolve um conjunto de ações teórico-epistemológicas e de práticas assistenciais, amparadas por um sistema jurídico-político capaz de criar e garantir direitos aos portadores de transtorno mental. De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (1987), a reabilitação psicossocial é o conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários (OMS 1987 apud PITTA, 2001).

Nesta direção, a formulação da política de saúde mental, orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais nos campos da educação, cultura, habitação, assistência social, esporte, trabalho, lazer e a articulação de parcerias com universidades, Ministério Público, organizações não governamentais (ONGs), visando a melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania do portador de transtorno mental (BRASIL, 2002a).

Com o objetivo de saber se existem e identificar quais são as práticas de reabilitação psicossocial desenvolvidas no e pelo CAPS Ponta do Coral, perguntamos aos participantes da pesquisa se existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer. Do total de profissionais que responderam ao formulário, a maioria (66,7%), disse não existir, dois referiram não saber responder, e dois destacaram que existem. Dentre os que responderam que não existem tais práticas, um observou não ter conhecimento, oficialmente, das parcerias, um deles destacou que existem poucas e de acordo com o planejamento terapêutico do usuário, e um outro disse que tem em momentos específicos, mas não de forma contínua. Entre os que

responderam que sim, um referiu-se a experiências muito pontuais como por exemplo o uso da quadra de esportes próxima, e outro identificou parcerias com fundações municipais e estaduais de cultura.

Neste aspecto, os indicativos aprovados na e pela III CNSM ressaltam a necessidade de se priorizar, no âmbito da assistência em saúde mental, políticas que fomentem a autonomia dos portadores de transtornos mentais, incentivando o exercício da cidadania plena. Devem-se buscar parcerias entre o poder público e organizações civis para o desenvolvimento de projetos sociais e comunitários, de geração de renda e de acesso a todos os direitos, que possam funcionar como apoio na (re)inserção social destas pessoas.

No estudo realizado, perguntamos aos profissionais se as práticas assistenciais desenvolvidas no e pelo CAPS possibilitam ao usuário a construção de sua autonomia. Os entrevistados destacaram a necessidade de refletir conceitualmente sobre o que seja a autonomia do portador de transtorno mental, como avaliar a autonomia da pessoa. Referiram que, em geral, o serviço consegue cumprir com a função de estimular o usuário à conquista de sua autonomia.

A questão é discutir o que é autonomia, eu sempre parto do princípio de que autonomia não é independência, autonomia na verdade é a possibilidade de a gente poder ampliar as dependências, que é a vida de todo mundo, ou seja, eu pra viver eu dependo de um monte de gente, um que paga meu salário, outro que falo aqui, outro com quem eu me ligo afetivamente, enfim, eu dependo de uma porção de gente e isso me dá autonomia porque eu posso depender de muitas pessoas e de muitas instituições, muitos sistemas; o problema do usuário de serviço de saúde mental, paciente psiquiátrico é que ele, geralmente, depende ou das mesmas pessoas ou das mesmas instituições, ou seja, a capacidade de autonomia dele está muito reduzida porque ele não tem como circular socialmente, ele ou está sempre dentro de casa ou de casa pra uma instituição, seja ela o CAPS ou hospital psiquiátrico; então, pra mim autonomia é isso, é essa possibilidade de você ir ampliando os vínculos pra que você possa depender de muitas pessoas ou de muitas coisas ou de muitas instituições porque afinal de contas, em última instância, essa autonomia tomada como independência ela é imaginária, ela é irreal, não existe; então, eu acho que a gente consegue isso, a gente consegue ampliar a autonomia dessa maneira, primeiro porque o CAPS acaba se tornando um centro de convivência, então, o efeito imediato é que a pessoa deixa de ficar sozinha ou só com a família e passa a conviver com outras pessoas, esse é o efeito imediato, passa a ter outras relações que muitas vezes se desdobram, saem daqui, as pessoas fazem programas juntos fora, pinta relacionamentos amorosos ou só relação sexual, que seja, mas enfim, é uma oportunidade nova que o cara não tinha, encontrar alguém mesmo que seja só pra transar, então, isso já é um ganho também, já implica na ampliação de autonomia; eu vejo que muita gente aprende a lidar com o serviço público, aprende a correr atrás dos seus direitos, aprende a lidar com outros serviços de saúde, passa a

procurar o posto de saúde onde mora ou passa a ir pegar medicação em tal lugar sozinho, por conta própria etc.; eu acho que a gente consegue essa função, a gente consegue autonomia nesse sentido, mas pode ser melhor, na medida que a gente tiver uma rede, que a gente se inserir nessa articulação com outras instituições, com outras instâncias, a gente consegue fazer isso de maneira mais eficaz (F, 12/4/2006).

Em alguns casos sim, eu acredito que alguns casos quando não há uma limitação interna eu acho que sim, que é possível, através até da participação nas oficinas, nos grupos terapêuticos, da adesão ao tratamento médico; muitos conseguem realmente; passaram por um episódio, uma crise, conseguiram ficar bem e voltar para as suas atividades diárias, eu acho que quando eles aderem ao tratamento, quando há essa adesão, quando eu digo ao tratamento é ao projeto terapêutico deles, e não tem uma limitação, vou colocar entre aspas “uma seqüela” da própria doença muito forte, há essa possibilidade; em alguns outros casos eu acho que é difícil, assim, não é tão fácil medir isso, o que, quem melhora, quem não melhora, aquele que consegue voltar, aquele que não consegue, as vezes alguém que tem até uma doença mais incapacitante consegue, outros não, depende, depende do apoio que ele tem, do externo, da família, ou da própria sociedade, da comunidade em que ele é inserido, isso tudo faz diferença, que tem o background do que ele era antes, isso também faz a diferença, ele consegue resgatar; quando já não se tem muito o que resgatar aí fica mais difícil trabalhar; é individualizada essa resposta, mas eu acredito que em alguns casos sim, consegue essa (re)inserção de uma maneira muito boa e gratificante para os dois, pro usuário e para os profissionais (J, 22/3/2006).

[...] dependendo de como o serviço é gerido, dependo de dentro de que política de saúde mental esse CAPS está inserido, ele pode ao invés de estabelecer uma autonomia, mesmo que ele tenha uma boa vontade de estabelecer autonomia, ele acaba tornando a pessoa mais dependente ainda do serviço; então, é uma grande armadilha a construção da autonomia, não só especificamente pro CAPS Ponta do Coral, mas pra todos os CAPS que eu tenho visto; então, a gente volta novamente na questão da avaliação, novamente na discussão dos termos, eu acho que a questão dos conceitos ela tem que estar muito clara, o que significa cada conceito, eu sempre tenho batido muito nisso; o que é autonomia? É a pessoa ter minimamente condição de governar a sua própria vida, gerir sua própria vida, Ok! a gente estimula a pessoa a fazer isso, trabalha nesse sentido com a questão da autonomia, agora, quais são os parâmetros que nós vamos utilizar pra avaliar essa autonomia, isso a gente não tem muito claro ainda, acho que necessita; então, o CAPS possibilita autonomia, mas ao mesmo tempo não tem uma análise crítica [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Não obstante, cabe-nos destacar que a compreensão sobre autonomia que orienta este trabalho refere-se “a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente”. Neste caso, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas

relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001, p. 57).

As falas relacionadas a seguir destacam como o atendimento no CAPS Ponta do Coral possibilita a construção da autonomia do usuário.

Eu acho que em formas gerais sim, na relação que os técnicos tem com o paciente; agora, as vezes, a gente tem uma postura muito assistencialista em muitas situações, um assistencialismo que acaba prendendo o paciente, institucionalizando; são situações, eu acho que as vezes a gente repensa sobre elas, não foi bem por aí, mas, assim, eu vejo as pessoas contando a história do CAPS, teve muitas experiências que foram positivas também, que chegaram a um resultado, assim, sem muito recurso, sem muito com que contar fora da própria equipe, fizeram coisas que são surpreendentes em relação a tantos pacientes; eu acho que essa maneira de você poder dar voz, poder valorizar aquilo que a pessoa faz, consegue fazer em uma Oficina por exemplo, eu acho que essa é uma maneira de você conferir uma posição mais sujeita, mais ativa mesmo (P, 17/3/2006).

Sim, eu acho que sim, só que eu acho que a gente possibilita em alguns casos, não tem uma história linear de possibilitar a todos, eu acho que tem um projeto de possibilitar, mas isso não acontece o tempo todo, porque também isso não é uma via de mão única; hoje, eu já fui mais ingênua em relação a isso, muitas vezes uma pessoa que ficou trinta anos, vinte anos no hospital psiquiátrico, eu não sei mais se ele quer ter mais autonomia, muitas vezes ele quer, não quer; se a gente entender autonomia como trabalhar, seja em qualquer lugar, com uma bolsa trabalho, entender autonomia como decidir ir final de semana para uma praia, autonomia como ir ao supermercado, escolher o que vai comer, até certo ponto sim; por exemplo, se tenta até que muitos usuários saiam no final de semana, a gente na reunião das Regionais combina que eles possam ir, no final de semana, para um passeio, e eles não vão, eles ficam em casa, só vão se o técnico for, no dia de semana; então, acaba ficando um outro processo de não autonomia; então, a luta, a intenção é que isso se dê de outra forma, que também não fique dependendo do CAPS; existe uma construção pra isso e isso acontece, em certa medida acontece, mas ainda não como gostaríamos, porque nós também temos uma idealização de autonomia [...] alguns casos tem sim, vão até um certo ponto da autonomia que é possível pra pessoa, e outros vão mais além, outros regridem (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre as possibilidades de construção da autonomia do portador de transtorno mental, Kinoshita (2001, pp. 56-57) considera que a contratualidade do usuário, primeiramente vai estar determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Estes podem emprestar seu poder contratual para possibilitar relações e

experiências renovadas ao usuário, através de seu prestígio, de sua delegação social, do saber reconhecido pela sociedade. O referido autor destaca que aos profissionais é dada a capacidade de elaborar projetos, isto é, ações práticas que venham a modificar as condições concretas de vida do usuário.

A entrevista citada na seqüência relaciona a construção da autonomia do usuário a ações que envolvem outros serviços e outras políticas sociais como uma possibilidade para que o portador de transtorno mental adquira sua independência econômica. No caso, a profissional refere-se a Política de Assistência Social, através do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Outro recurso financeiro que pode ser acessado pelos egressos de internações psiquiátricas prolongadas é auxílio reabilitação psicossocial instituído com o Programa de Volta Pra Casa, através da Lei Federal N° 10.708/2003.

[...] um outro elemento pra isso (autonomia) são os usuários que estão totalmente desprovidos de qualquer recurso material que conseguem o BPC e isso garante autonomia porque ele tem o mínimo pra poder dar conta das suas necessidades materiais; então, muitas vezes, ele está numa condição muito vulnerável e aí passa a poder comprar aquilo que ele deseja, minimamente, porque é muito pouco o valor, mas consegue algumas coisas e isso garante essa autonomia, porque as vezes ele fica na família, fica sendo aquele peso que só incomoda, que não tem recurso financeiro nenhum porque ele está fora do mercado de trabalho mesmo, então, aí o benefício da previdência social também é um elemento de autonomia e de reconstrução da cidadania, mas entre todos esses outro que eu falei, do próprio material que ele tem contato na oficina terapêutica que ele consegue produzir algo; aquele usuário que é egresso do hospital psiquiátrico de polireincidência nas internações que consegue produzir uma peça bonita e que essa peça é vendida e que depois recebe o dinheiro dessa venda, também confere autonomia, confere cidadania, auto-estima (VIK, 24/3/2006).

Entendemos que a possibilidade de ter recurso financeiro próprio favorece sim a independência econômica do portador de transtorno mental, possibilitando-lhe uma vida com maior autonomia. Contudo, conforme destacou a entrevistada este é só um dos elementos que compõem o rol das necessidades humanas. A reabilitação psicossocial é um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia (KINOSHITA, 2001). Neste sentido, reabilitação e construção da autonomia caminham lado a lado.

3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental

A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos entrevistados como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista jurídico-política dos direitos do portador de transtorno mental.

Eu acho que hoje a gente já tem uma rede assistencial muito mais capacitada e quantitativamente significativa; no Brasil já são 800 CAPS; o fato de que tem recurso financeiro do Ministério da Saúde destinado, especificamente, à saúde mental, isso facilita a criação do serviço no município; em termos das modificações em relação ao que seja a loucura, o que seja o transtorno psíquico, acho que apesar das dificuldades a gente já conseguiu avançar com relação a isso, a gente já conseguiu trazer a discussão pra sociedade de uma outra maneira, levantando a necessidade de olhar isso também de uma outra forma; a medida que as pessoas começam a sair dos hospitais e voltam a morar seja em residências terapêuticas, seja com a sua família, e conseguem se manter bem dessa maneira isso também vai mudando o olhar das pessoas, pelo menos daquelas que o cercam; os projetos que a gente chama de modificação da cultura, a modificação da cultura manicomial, isso eu percebo que há um avanço, gradual, lento, tem um monte de resistência, mas a gente consegue, conseguiu, tem conseguido, e isso implica também no avanço político, no sentido da garantia do direito, no sentido de ter algumas prerrogativas preservadas com relação ao direito do usuário; então, eu vejo que de uma maneira geral a gente tem avanços e avanços muito significativos se a gente compara o que era transtorno mental há vinte, trinta anos, nesse país, tem coisas muito importantes que eu identifico (F, 12/4/2006).

Acho que a própria existência de CAPS, os hospitais dia, de ambulatórios de saúde mental, próximos as casas de onde o paciente mora, o Programa de Volta pra Casa, a possibilidade de uma residência terapêutica, são todas medidas atuais e dispositivos atuais que possibilitam essa nova forma de encarar o que alguém portador de transtorno mental pode ocupar, o que eles podem ocupar; então, eles podem ocupar os espaços, eles podem começar a fazer parte daquela comunidade (J, 22/3/2006).

A fala a seguir expressa como foi, historicamente, se alterando a forma de assistência ao portador de transtorno mental e de atenção em saúde mental na política de saúde do município.

Eu acho que a questão de criar um espaço que é aberto já é uma conquista; eu acho que hoje a gente tem essas possibilidades de CAPS, no posto de saúde mesmo; [...] quando eu comecei a trabalhar na prefeitura, há 20 anos atrás, assim, era uma equipe de um psiquiatra com mais um monte de estagiários de psicologia que saía em uma Kombi velha pra fazer alguma coisa, quando pintava um problema lá com um paciente do Campeche por exemplo [...]; não tinha nada na prefeitura há 20 anos atrás de saúde mental, então, hoje já tem, está se criando uma rede, tem profissionais nos postos, tem psicólogos, se pensa em fazer treinamento de agente de saúde, treinamento de clínico geral, já se fez algumas coisas; eu acho que isso, imagino que alguém que fica confinado dentro de um espaço, ele ter a possibilidade de circular, mesmo o pessoal do HCTP, eu acho que pra eles, assim, tem uns que não querem muito mais que isso na vida, pelo menos eles não estão tendo que trabalhar duramente como trabalhavam quando eram crianças, vem aqui, circulam, comem uma comida, anda aqui, vê televisão, bom! talvez essa seja a vida que eles querem, talvez seja...., já sai lá daquela estrutura fechada (P, 17/3/2006).

Na seqüência, a entrevistada relaciona algumas formas de exercício da cidadania que o usuário pode acessar com o tratamento no CAPS.

É, se for pensar que muitos usuários eles tiveram uma história, antes do surto, de uma vida organizada socialmente, trabalhando, talvez seria a reconstrução da cidadania, mas a medida que vem todo o isolamento propiciado pelo hospital psiquiátrico, todo o estigma do transtorno mental que a própria comunidade coloca, realmente de fato foi perdida; quando ele chega no CAPS e se propõe a se beneficiar desse espaço, assim, de fato se vincula ao projeto terapêutico dele, acho que ele consegue reconstruir elementos pra essa cidadania, num primeiro momento autonomia, acho que o cartão do vale transporte, o exemplo que eu posso dar, o cartão do vale transporte que é oferecido no período que ele tem tratamento aqui é o mesmo cartão do cidadão que vai comprar lá no SETUF, então, aquele usuário que é estigmatizado, eu já presenciei essa cena, um usuário de uma comunidade de periferia que era o louco do bairro, ele entrou dentro do ônibus com o mesmo cartão que qualquer outra pessoa, passou o seu cartão, veio pro CAPS, depois foi embora pra sua casa, então, isso já é um elemento, muito pequeno, mas é um primeiro elemento talvez, que começa aí, de ele se reconhecer enquanto sujeito, enquanto cidadão, e depois aqui também, a possibilidade de participação, no momento que ele consegue produzir algo numa Oficina, no momento quando ele consegue, na clínica, se dar conta dos seus conflitos e ter mais qualidade de vida nas relações [...] (VIK, 24/3/2006).

Uma das entrevistadas fez destaque às formas de atuação que, na sua opinião, representam conquistas significativas e correspondem a práticas que favorecem o exercício da cidadania do portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Avanços, pra começar, acho que o grande avanço foi a Reforma Psiquiátrica, a construção do CAPS, dos CAPS, as portarias que fazem com que os hospitais psiquiátricos sejam substituídos por vários CAPS, esse foi o grande avanço em primeiro lugar, porque é o momento de tirada das pessoas desses castelos, dessas muralhas, não só porque ficaram ali presas, mas de todo aquele sofrimento mesmo, de miséria, enfim, como os últimos dos últimos, então, eu acho que esse é o primeiro ponto, é que os sofredores de transtorno psíquicos e mentais não ficassem segregados, mas poder estarem sendo mostrados e expostos - uma parte da sociedade, são pessoas que podem transitar, que estão aí, não necessariamente precisam ser escondidos como uma vergonha; junto aos CAPS, isso não caminha sozinho, tem a construção as redes de atenção básica também; [...] mas quando fala em cidadania acho que tem três eixos: um é a construção do CAPS, de serviços como o CAPS, outro são as residências terapêuticas e o outro a economia solidária; hoje eu vejo como isso, assim, esses três projetos, que foram feitos com luta, porque a primeira luta foi dos hospitais, então, tem as portarias que substituiu os hospitais por CAPS, progressivamente, tem toda a luta do movimento antimanicomial, tem as leis que protegem, tem esses três eixos; residência terapêutica é um lugar de resgate à cidadania porque a pessoa vai poder estar numa casa, vai poder comprar um bombril pra limpar a panela, vai poder comprar tomate e batata, vai começar a transitar no meio de outras pessoas, com a vizinhança, a se autogerir, poder fazer escolhas para sua casa, onde ele quer botar um quadro, onde ele quer botar o guarda-roupa, sua roupa, com outros colegas, mas enfim...; tem também a economia solidária que é o momento de autogestão, de fazer escolhas também, de decidir sobre sua vida, em uma certa instância, porque em última instância, em última análise ninguém daqui decide sobre a sua vida, nem eu, nem tu, a gente já nasce num sistema que te absorve e a gente é o que em última análise o capitalismo quer que a gente seja mesmo, nossa roupinha, nossa comida, nosso padrão de beleza, tudo a gente faz como é vendido; eu acho que essas iniciativas, porque a economia solidária não é só cooperativa, não é só associação, não é somente, é uma outra forma de produzir trabalho e discutir sobre esse lucro, que antes estava na mão de algumas pessoas, então, é dividir, eu também decido sobre o que é o meu trabalho, eu não me alieno dele, mas eu sei onde é que vai o meu trabalho (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Fleury (2004, p. 4), os grupos excluídos estão, em geral, impossibilitados de participar das relações econômicas predominantes no mercado, como produtores e/ou consumidores, e das relações políticas vigentes, os direitos de cidadania. Segundo a autora, esta situação é agravada pela transformação das políticas públicas de proteção social, afastando-se de um modelo de seguridade social, que buscava assegurar coletivamente o mínimo vital para todos os cidadãos, em direção à individualização da pobreza e da exclusão.

Conforme aponta Pitta (2001), o homem moderno, acriticamente, persegue formas de inclusão social pelo trabalho, desconsiderando o fato do trabalho não ser nem

tão disponível nem tão flexível para suportar as diferentes demandas individuais e coletivas que a sociedade moderna impõe. Não obstante, a tradição asilar e assistencialista das instituições psiquiátricas, historicamente, caracterizou-se pela função de excluir os marginalizados, produtos das disfunções do modo de produção capitalista e da divisão social do trabalho. Em geral, a população internada, e muitos dos egressos de hospitais psiquiátricos atendidos nos CAPS, está cronificada, com poucas chances de retorno ao mundo do trabalho capitalista.

A fala relacionada a seguir traz a compressão e reflexão, do profissional entrevistado, com relação ao conceito de cidadania e as implicações práticas deste quando se tem como parâmetro uma concepção e um modelo de cidadania pautado na lógica da racionalidade.

Eu tenho visto que está se percebendo uma maior clareza da necessidade dessa cidadania do portador de transtorno mental, porém ainda falta um pouco mais de discussão em nome de que direitos o portador de transtorno mental tem pra fazer cidadania, porque é assim, a cidadania dentro desse modelo francês - igualdade, fraternidade, liberdade, ela exige muito a questão da razão, pra você exercer cidadania você tem que falar em nome da razão, e muitas vezes o usuário, quando está em crise acaba não falando numa razão, acaba falando uma desrazão, e aí como fazer? como dar conta disso? ainda não temos resposta, em nome de que cidadania é reinventada uma cidadania para os loucos, mas tudo bem, isso é pra gente pensar; então, o avanço que tem em relação a construção da cidadania é quanto mais ter associação de usuários em que se discuta cidadania, mais vai ter cidadania, que eu não acredito que os CAPS tenham trabalhado muito nessa lógica, porque acaba não discutindo a questão da cidadania, que cidadania é essa, o que se entende por cidadania, o que é o ser cidadão [...](GIRASSOL, 20/3/2006).

A cidadania integra as exigências de justiça e exercício democrático do poder; o sentimento de pertencer a uma comunidade e de estar integrado a uma dada coletividade social, em determinado espaço territorial (FLEURY, 2004). A idéia de direitos do cidadão – civis, políticos e sociais – remete a construção dos Estados nações, em que o princípio das nacionalidades precede o ideal filosófico cidadania universal. A cidadania, definida pelos princípios da democracia, constitui-se na criação de espaços sociais de luta (movimentos sociais) e na criação de instituições permanentes para a expressão política; significa, necessariamente, conquista e consolidação social e política (VIEIRA, 2002, p. 40). Ainda, a cidadania passiva, outorgada pelo Estado, se diferencia da cidadania ativa, na qual o cidadão, portador de direitos e deveres, é essencialmente criador de direitos para abrir novos espaços de participação política.

Diversos são os obstáculos para o exercício da cidadania do portador de transtorno mental entre estes a vinculação dos direitos a racionalidade instrumental-cognitiva da ciência; a vinculação da sua prática a inclusão controlada no mundo do trabalho, modelo este que, no caso brasileiro, é denominado por Santos (1979) de cidadania regulada. Vasconcelos (2000b, p. 191) indica que, para aqueles que assumiram a proposta da desinstitucionalização e reinvenção da cidadania no campo da saúde mental, há de considerar que estamos diante de um terreno de relações de forças complexo e paradoxal, em que a manutenção do caráter democrático nas relações exige abandonar esquemas conceituais lineares, onipotentes, que queiram garantir de antemão a sua eficácia.

Fleury (2004, p. 12), observa que “a mediação entre os indivíduos e o Estado, através da igualização realizada na cidadania só é efetiva, na medida em que a sociedade civil seja capaz de realizar as funções de agregação dos interesses, reconhecimento dos sujeitos e sua inserção na esfera pública. Só assim a cidadania deixa de ser um invólucro legal e passa a ser um exercício na vida social”. Portanto, uma visão mais ativa de cidadania requer um sentido de sociedade civil como uma esfera pública onde os cidadãos se encontram em reconhecimento mútuo, e isto faz possível a sociedade plural.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referiram que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental substitutivos ao modelo tradicional/asilar. As falas a seguir identificam estas dificuldades fazendo uma análise da questão na realidade da sociedade capitalista atual.

Tem o mito de louco, do louco perigoso, do louco imprevisível, é algo que pesa muito [...], que é a lógica do mercado; pra nós, basicamente, estar inserido na sociedade é estar trabalhando, a gente se pauta muito por isso, pra poder se considerar inserido, vinculado no mundo você tem que estar no mercado de trabalho e, muitas vezes, essa lógica enlouqueceu muita gente, e as pessoas não conseguem, principalmente os usuários dos serviços de saúde mental, os psicóticos em particular, tem muita dificuldade em entrar nessa lógica, e se submeter a ela, coisa que pra qualquer um tem um custo muito alto em termos de saúde, eu digo quem está inserido mesmo no mercado de trabalho, em termos de saúde, de relação com a sua família, com as pessoas que gosta, com os amigos etc., isso tem...; viver para o trabalho é algo que pra nós é insalubre de uma certa maneira, a gente não faz outra coisa a não ser trabalhar; então, pra essas pessoas que estão fora do mercado de trabalho

é muito complicado poder voltar, o que sobra é uma rede de assistência que na nossa realidade é sempre capenga, sempre parcial, tem dificuldade em aceitar o louco por conta desses mitos, e, também, da própria resistência do usuário, da pessoa com esse tipo de dificuldade de entrar nessa lógica, no que ele de uma certa maneira faz muito bem, algo que cria outros problemas pra ele (F, 12/4/2006).

São tantas, é assim, primeiro lugar, eu vejo assim, com todo o preconceito que tem da loucura, tem uma coisa no nosso sistema capitalista que é a questão da produção, produção de capital, produção de bens, e inserção no comércio, no mercado de trabalho, então, o portador de transtorno, sofrimento mental, ele a princípio, quando ele está nesse estado, ele não é produtivo, produtivo pra esse sistema capitalista, ele não trabalha, ele não consome muito, porque ele não vai ter dinheiro, portanto, isso de maneira geral, a gente sabe que as pessoas de posse, que a loucura, o sofrimento psíquico ele atravessa qualquer classe, mas 90% tem isso; então, a princípio existe a exclusão, já existe esse preconceito também, mas muito mais que isso, que a sociedade de fato ela é dividida entre os que produzem, os que fazem a engrenagem funcionar e os que estão a margem, então, o usuário é mais um que está a margem, assim como o menino de rua, os rapazes do morro, então, ele é mais um, também, que causa incomodo, e ele no Estado, das políticas públicas do Estado ele seria como só o gasto, não seria mais uma produção; além de ser uma sociedade racionalista que tem toda a sua formação no discurso, no discurso reto, no discurso racional, na fala, a fala racional, na linguagem articulada como o único meio privilegiado de comunicação, e o usuário, muitas vezes, não tem esse instrumento, por conta da sua fragmentação, da sua história, da sua medicação, da própria coisa do delírio, muitas vezes ele não tem o tempo todo essa fala coerente, esse discurso, dessa forma já faz com que ele não seja inserido, uma vez que ele é a minoria digamos assim (LÉLI, 4/4/2006).

Hoje, a gente fala muito em rede de atenção psicossocial; eu percebo que é uma rede que ela tem que estar instituída, que são locais de proteção para o portador de transtorno mental, são as certezas, são os caminhos certos que os usuários teriam, a rede; o problema a começar é que nós não temos essa rede instituída, entendo por rede: emergência psiquiátrica ou emergência em atenção psicossocial em hospital geral, CAPS III, CAPS II, CAPS criança e adolescente, CAPS álcool e droga, associação de usuários, escritório jurídico para amparar o direito do portador de transtorno mental, atenção primária em saúde mental, equipes volantes, centros de convivência, enfim, tudo o que preconiza a rede em atenção psicossocial, esse seria o primeiro passo; então, essa dificuldade, não temos a rede em atenção psicossocial, esse é um passo; segundo, o próprio imaginário social das pessoas em relação a loucura e ao louco, isso é uma outra dificuldade, que daí entra em cena o estigma e o preconceito, onde o portador de transtorno mental passa a não ter crédito na comunidade, e isso ainda é uma dificuldade; e, claro, depois tem toda a questão do trabalho, as cooperativas de trabalho, que ainda não se discute muito em Santa Catarina, não conheço nenhuma cooperativa social de trabalho para portadores de transtorno mental, que é uma forma de gerar trabalho diferente dessa preconizada pelo modo de produção capitalista, que você tem que produzir pra receber, isso é uma outra dificuldade, a dificuldade em cima da questão do trabalho, do emprego, que muitos acabam tendo seu reconhecimento, sua valorização em cima

do dinheiro que tem no bolso, o poder contratual que a pessoa possa ter, as vezes, na sociedade, é o quanto ela tem no bolso, e a maioria dos usuários não possui isso, e é aonde muitos acabam querendo se aposentar para poder ter o seu dinheiro, que não tem outra alternativa ou clareza do que fazer pra ter dinheiro, então, esse é um problema enorme na questão da reinserção social (GIRASSOL, 20/3/2006).

Os participantes da pesquisa apontaram que uma das possibilidades para a (re)inserção familiar e social pode ser a separação das oficinas produtivas da área física do CAPS. Esta proposta e os projetos de geração de renda via economia solidária foram apontadas por alguns dos entrevistados como uma das alternativas para a realização de uma maior integração do serviço com a comunidade, bem como a melhor adequação do próprio espaço físico do CAPS.

[...] a questão do projeto de geração de renda, que eu acho que de fato está faltando, inclusive a gente já está também se mobilizando pra tentar criar um projeto nesse sentido, porque os usuários aqui, nas oficinas terapêuticas produtivas, eles conseguem ter acesso ao material específico de cada oficina produtiva, também, a técnica de produzir o artesanato, mas não tem mercado; eles conseguem vender as peças, conseguem resgatar uma grana, mas não é suficiente pra poder manter ele, manter as condições de sobrevivência; então, precisa implantar essa geração de renda, de fato acho que vai dar um gás pra essa (re)inserção dos usuários que estão sendo tratados do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Já para uma das profissionais entrevistada as dificuldades na (re)inserção social estão mais relacionadas a questões de singularidades dos portadores de transtorno mental.

Eu acredito que volta de novo pro estigma, vai voltar pra própria incapacidade, pra própria dificuldade do usuário, do paciente; muitas vezes eles poderiam fazer algo muito mais do que fazem, e aí tem o medo, o medo deles, o medo de eles terem de enfrentar a própria doença, de eles terem que enfrentar os outros, e a hora que eles conseguem fazer esse movimento aí vem o medo do outro, aí é mais fácil ficar parado, aí volta pro comodismo, mas de alguma forma se a gente consegue..., aí não precisa de grandes movimentos, eu imagino que pequenos movimentos dentro da comunidade, que seja, alguém ir conversar com o diretor da escola, ir conversar, aí a diretora consegue conversar na sala, vamos supor que tem alguns pacientes, mais jovens, que pelo surto psicótico deixaram de ir e aí não retomam, não retomam porque tem medo, porque as vezes vão rir dele porque ele é louco; então, pequenas intervenções, elas tornam possível mudar um pouco essa inserção, essa reinserção, mas a gente esbarra de novo na falta de técnicos pra fazer isso e também acho que até por uma falta de equipe, aí volta pra equipe, entende, não tem uma equipe que pense isso em conjunto, que age em conjunto e aí como fica muito personalizado, individualizado os atendimentos, cada um vai pra..., eu vou pro meu consultório, outro vai pra oficina e aí não tem a equipe (J, 22/3/2006).

Outra entrevistada referiu-se ao estigma e preconceito existente por falta de conhecimento e divulgação, exposição, seja nas universidades ou por parte dos próprios serviços de atenção, sobre saúde mental.

Bom, eu acho que entre elas a questão do estigma, do preconceito, e não é um preconceito.... a gente sabe que tem riscos em algumas situações, a gente também as vezes tem medo de algum paciente, te dizem ah fulano matou três pessoas..., não é um preconceito que nasce do nada, muitas vezes é um preconceito que de alguma forma é compreensível, mas você não pode ah então ta...; eu acho que não existe muito, você não vê muito nos meios de comunicação uma campanha em torno da desestigmatização, você vê de outras coisas, com relação a aleitamento materno, outras questões da política de saúde; com relação a saúde mental eu acho que se fala pouco na sociedade, se discute pouco; por exemplo, na universidade, até não sei se lá na saúde pública o pessoal da saúde mental tem feito mais coisa, até os alunos que vem fazer residência aqui, a primeira reação deles é: a gente está aqui e tem medo, nem eles foram preparados pra isso, então, você começa a avaliar que tem uma falta..., não se fala muito no assunto, acho que assim, não se fala no assunto na sociedade; assim como se faz grupos de mulheres lá nos postos de saúde pra tratar de questões de sexualidade, muitas vezes faz sala de espera pra tarar de questões..., não se faz uma sala de espera pra falar de saúde mental; então, eu acho que talvez assim, a gente pensar, bom! nós estamos nisso (na saúde mental) e nós nunca fomos fazer uma sala de espera no posto de saúde da Agrônômica pra falar de saúde mental, pra falar do CAPS, quem sabe a gente também precisasse fazer algumas coisas assim, começar uma divulgação maior; acho que pouca gente de fora do serviço, fora das pessoas que trabalham na saúde mental sabem da política do Ministério pra saúde mental, que existe uma política de criação residências terapêuticas; eu li relatos de pessoas no Rio (RJ) que tiveram muita dificuldade de alugar pra se fazer uma residência terapêutica, num prédio então, quando ficaram sabendo que eram pessoas que vinham de hospital psiquiátrico ninguém quis; então é muito difícil, e ao mesmo tempo tem experiências positivas, tem pessoas que estão na residência e diz que a vizinhança viu que eles não são bichos, que eles podem interagir, podem estabelecer laços de vizinhança, então, tem algumas experiências boas e algumas experiências que são difíceis (P, 17/3/2006).

No contexto do estudo foi perguntado aos profissionais entrevistados se a atual organização dos serviços de saúde mental favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais. Conforme pode ser observado nas falas relacionadas, as opiniões foram divergentes. Dois deles observaram sobre a necessidade da existência de diversas instituições e serviços articulados e integrados à proposta da rede de saúde mental para que seja possível favorecer a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental

Embora a estrutura se localize no município, pelo menos eu estou pensando em termos de utilização da rede; então, a gente tem no Brasil inteiro muita diversidade, tem cidades onde a rede está montada, foi instituída e funciona legal, não é o caso de Florianópolis, a gente tem dá pra dizer poucos serviços, são só três CAPS que deveriam estar regionalizados ou territorializados, mas não estão, e tem algumas equipes de saúde mental nas Regionais, nas sedes das regionais, então, eu vejo assim, tem uma rede a ser constituída, ela precisa criar os mecanismos pra que a pessoa possa usar isso como rede, isso em termos de atenção à saúde, quando eu falo em rede eu também não estou pensando só em serviço de saúde, estou pensando que há uma possibilidade de a gente ter uma rede que inclua outros serviços, que não sejam só os de saúde, só os especializados, que eu acho que é a nossa necessidade, você incluir outras instituições, outros programas, enfim, que tenham vinculação com a cultura, com o trabalho, com a arte, produção do conhecimento, com as universidades por exemplo, as universidades são um campo excelente, seriam um campo excelente pra gente poder trocar um monte de coisas, pelos programas de extensão que eles tem, pelos projetos comunitários etc., a gente podia estar fazendo parceria com as universidades, mas não conseguimos, não sai, não rola; [...] a saúde mental eu acho que é o melhor exemplo desse distanciamento porque é difícil encontrar uma universidade onde a Reforma Psiquiátrica esteja incluída, ou mesmo os temas da reabilitação psicossocial estejam incluídos nos currículos dos cursos de saúde, é raríssimo (F, 12/4/2006).

Então, essa rede montada de forma territorializada, principalmente, eu acho que esse aspecto da territorialização é fundamental, é chave pra conseguir a reinserção social, não só por facilitar o acesso do usuário, mas pelo fato de o serviço estar ali no seu território, isso é fundamental, além disso, o projeto de geração de renda, as vagas, os leitos psiquiátricos no hospital geral, é todo esse contexto que precisa ser implantado para de fato poder facilitar o trabalho de cada instituição dessas, seja do CAPS, seja do projeto de geração de renda, ou do próprio hospital geral, como um todo, assim, essa engrenagem funcionando bem aí sim vai ser mais rápida a reinserção social do usuário portador de transtorno mental (VIK, 24/3/2006).

A partir das colocações dos participantes da pesquisa, destaca-se a importância da rede de serviços na construção da cidadania das pessoas atendidas pelas políticas de ativação, as quais, segundo Fleury (2004), tem como objetivo a inclusão social de conjuntos populacionais definidos a partir da territorialidade. Tal proposta pretende tratar o território como um componente, tanto material como simbólico, da esfera pública. Neste sentido, a construção da cidadania passa, necessariamente, pela reconstrução das cidades e potencialização da rede de serviços na valorização das características objetivas e subjetivas da demanda local.

Na seqüência, um dos entrevistados enfatiza que a forma como são pensados e estão organizados os serviços de atenção não favorece a construção da cidadania dos usuários.

Não, não favorece, porque, primeiro, os serviços de saúde mental estão sendo construídos pra quê? Não tem muito claro ainda pra quê que se tem atenção básica em saúde mental hoje, pra quê se constrói centro de convivência, pra quê tem o CAPS? acho que o objetivo do serviço parece não estar muito claro, talvez eu esteja enganado; veja bem, a atenção básica é mais no sentido pra estar discutindo os seus conflitos, minimizando os “sintomas psiquiátricos”, e aí acaba não tendo um trabalho de reflexão sobre o contexto que a pessoa está inserida; [...] a questão da cidadania tem a haver..., quanto mais articulada for a pessoa, quanto mais ela se envolver com as lutas sociais, mais cidadania ela vai exercer, quanto mais clareza, mas crítica, mais conhecimento ela vai ter, ela vai desenvolver cidadania; então, a forma hoje como os serviços estão organizados, ela acaba não favorecendo essa questão da construção da cidadania porque ainda vem de uma lógica de modelo centrado no transtorno mental (GIRASSOL, 20/3/2006).

Uma outra profissional considerou ser difícil avaliar a questão pelo fato de a rede de serviços não estar implantada por completo, e por não ter avaliações sistemáticas dos resultados.

Olha, eu não sei se a gente já tem condições de fazer uma avaliação, a rede está meio que andando [...] assim, qualquer coisa que eu vá dizer é, assim, referente uma experiência ou outra, não sei se a gente tem condições de fazer uma avaliação enquanto rede; por exemplo, eu vi muitas experiência positivas em cidades como Campinas (SP) que eles já tem há mais tempo, por exemplo, residências terapêuticas, tem desde o começo dos anos 1990, tem muitas experiências boas de pessoas que conseguem transitar na vida, tem gente que está trabalhando; [...] eu acho que a gente precisa além de ter a política, de ter a carta de intenções, a gente precisa ter avaliações também, eu acho que uma questão dessa eu sinto que precisa ter uma forma mais sistemática de avaliar, qualquer coisa é uma coisa mais ou menos um olhar particular pra aqui pra ali, acho que no todo a gente não tem (avaliação sistemática), pelo menos eu não conheço ainda, pode ser que estão fazendo e eu não saiba ainda (P, 17/3/2006).

Já para duas das entrevistadas, a atual organização da rede de serviços na política de saúde mental favorece sim a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental.

Sim, eu acredito que sim, na teoria ela é muito importante e acho que trabalhando em todas as instâncias, se a gente for pensar naqueles mapinhas, os ambulatórios, os CAPS, hospitais dia, a escola, e os centros comunitários, os postos de saúde, todos capacitados; eu acredito que sim, a rede ela é bem estruturada e ela possibilita aos portadores de doença

mental, enfim, terem uma reinserção melhor e maior na sociedade, e também de entendimento do que ele tem, do que ele pode fazer, quais são os recursos que ele tem também pra lidar, dentro dessa rede (J, 22/3/2006).

Acho que sim, favorece, se tu me perguntasse se ela resolve, eu diria que não claro, ou até que ponto ela resolve, mas favorece sim, eu acho que tem um favorecimento relacionado a forma que as pessoas eram tratadas, acho que favorece muito mais (LÉLI, 4/4/2006).

É possível perceber nas falas relacionadas acima a preocupação com a efetiva implantação da rede de serviços em saúde. As redes, conforme proposto na política de saúde mental, possuem muitos centros, muitos nós que as compõem e as tornam complexas e resistentes. Estão embasadas na noção de território, como um sistema de relações e estruturas, muito mais que um simples espaço geográfico. O fundamental neste processo é que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento.

Neste sentido, torna-se de fundamental importância refletir sobre o exercício da cidadania no contexto das políticas públicas, cada vez mais segmentadas e focalizadas. Para Fleury (2004, p. 2), “as políticas atuais de inserção buscam reafirmar a natureza contratual do elo social em novas bases, com a revalorização do local e comunitário e a transformação do Estado em um animador e mobilizador de recursos societários. Reduzido a mantenedor da estabilidade de uma ordem econômica que produz a fragmentação e a exclusão social, o Estado, busca atuar de maneira compensatória e focalizada, atendendo aos grupos mais vulneráveis e/ou potencialmente ameaçadores da ordem social, por meio da convocatória da solidariedade lançada aos diferentes setores inseridos na ordem econômica. No entanto, a incapacidade de alterar as condições estruturais de produção da exclusão mostra os limites das políticas de ativação, cuja promessa de inserção social carece de expectativas de emancipação dos sujeitos e coletividades beneficiários”.

3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica

Os CAPS compõem o rol de serviços do modelo psicossocial de atenção em saúde mental proposto na e pela Reforma Psiquiátrica. Perguntamos aos entrevistados qual seria o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica e obtivemos como

resposta que este teria a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos ideais da própria Reforma.

Eu acho que a função imediata ela é servir como um ponto de articulação, porque a gente consegue criar um ambiente que é relativamente protegido e que dá ao usuário as condições de ele poder participar de outros circuitos; fundamentalmente é essa a função, de articulação; eu lembro de uma discussão que a gente fazia, em Brasília, uma vez, sobre essa importância excessiva que os CAPS acabaram adquirindo, como quase que o central do sistema hoje é o CAPS, mas ao mesmo tempo a necessidade de se ter um espaço como esse, principalmente, pra quem está vindo de uma internação prolongada ou pra quem sempre passou a vida dentro de um hospital psiquiátrico, se tem que ter um pólo, uma instância articuladora pra poder fazer a passagem, porque o cara não vai sair do hospital e retomar sua vida imediatamente, não vai, ele tem uma série de dificuldades que ele não consegue vencer, e o CAPS, nesse sentido, a função seria essa, de poder..., tem uma expressão que eu acho interessante que é: emprestar poder de contratualidade, ou seja, poder dá um certo aval de que esse sujeito pode participar novamente ou pode participar pela primeira vez dos circuitos sociais, pode fazer laços com outras pessoas, com outras entidade, outras instituições, esse é o aval que eu acho que um CAPS pode fornecer e essa é sua principal função (F, 12/4/2006).

É pensar o CAPS como um espaço em que o paciente vai estar usando e tendo apoio para os momentos de crise, e fora os momentos de crise, também, que não seja hospital, e aí, dentro da Reforma eu acho que o CAPS ele é fundamental, assim como os hospitais dia, é que aqui em Florianópolis a gente não tem hospital dia, mas eu acho que os moldes do CAPS (eles estão) é muito próximos, as vezes até é difícil dizer o que é um o que é outro; esse momento de transição do hospital para a sociedade, nesse momento o CAPS é algo muito importante, ele dá, é capaz de conter, dar uma continência pra o usuário, isso a gente percebe mesmo quando não tem nada, o paciente já está muito bem, eles voltam quando estão em crise, sem ter nada marcado, e só de estar aqui pra muitos já é confortante, então, a gente percebe que essa continência, esse acolhimento, e saber que ninguém vai vir aqui e amarrar e conter, porque acho que esse é o medo, de todo mundo, acho que isso já possibilita a procura, eu estou mal vou lá, vou buscar a ajuda do CAPS (J, 22/3/2006).

Eu diria que o CAPS seria o pensador da estruturação da rede de saúde mental, que via de regra o CAPS acaba sendo pra municípios de médio porte o primeiro serviço a ser instituído no território, no município, aí o CAPS acaba assumindo essa responsabilidade, a portaria fala bem disso, a 336, do que compete ao CAPS, e tem vários itens lá, entre eles organizar a rede de saúde mental no município, porém, acaba sobrecarregando os profissionais de saúde mental que atuam nesse CAPS; então, a importância do CAPS na operacionalização da Reforma, ele é importante enquanto um dispositivo crítico, ou seja, se o CAPS não ter a clareza do que seja a Reforma Psiquiátrica ele não vai

operacionalizar, ele só vai operacionalizar a Reforma Psiquiátrica quando ele entender que Reforma Psiquiátrica é o processo social complexo que se configura pelas quatro dimensões, enquanto ele não repensar, refletir a sua prática, o que ele está fazendo, o que não está fazendo, ter mais autocrítica, ele não vai conseguir operacionalizar a Reforma Psiquiátrica; ele tem importância porque tem vários atores, vários profissionais, é um time de pessoas, muito rico, envolvidas que estão no CAPS; agora, enquanto não ter claro o que é Reforma Psiquiátrica, esse processo, não vai conseguir fazer nada; ele é importante, mas se não tiver clareza de Reforma... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Na medida que o CAPS é a primeira, digamos, unidade, primeiro serviço que se propõem a substituir o hospital psiquiátrico já existe nisso por si só a sua importância; é substituição e não que a pessoa não possa ser internada, mas a idéia é que seja nos hospitais gerais, em algum leito nos hospitais gerais, então, bom, o CAPS é o primeiro ponto, é o primeiro lugar onde a pessoa vai passar o dia, onde vai ser tratado de outra forma o seu sofrimento, então, a importância dele está nisso, na importância política e clínica também (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que o CAPS, fundamentalmente, ele faz a clínica; se tem essa rede montada o CAPS faz a clínica, ele faz o atendimento psicossocial do usuário portador de transtorno mental, ele atende as questões mais subjetivas, e de fato toda esse mix de previdência social, a medicação, o atendimento psicológico, atendimento de enfermagem, mas se existe essa rede montada e aí vamos ter um projeto de geração de renda, aí ele vai fazer geração de renda, todas as Oficinas vão acontecer ali e não dentro do CAPS, o CAPS deveria estar na comunidade ele deveria estar territorializado (VIK, 24/3/2006).

Acho que todo mundo gostaria que ele pudesse ser um eixo desencadeador de todos esses ideais da Reforma Psiquiátrica, que a partir disso se experimentasse uma nova relação, que o paciente pudesse estar se soltando mais pra vida, pra construir seus projetos, seus ideais; acho que é muito importante poder retirar pessoas que estão enclausuradas há anos, criar esses mecanismos como residências, etc. pra pessoas que não vão resgatar os vínculos familiares, tem que procurar outras alternativas; acho que o CAPS ainda é uma instituição que é fundamental nessa política, ainda acho que ela pode fazer um papel importante; no dia-a-dia é um pouco mais difícil porque as vezes a gente não tem tantos mecanismos de avaliações, muitas coisas que também a gente vai capengando; quando você vê algumas experiências de pessoas que estão conseguindo dar conta da sua vida, saem, aí você vê que, bom! tem algumas coisas boas que estão acontecendo, o CAPS também está contribuindo; então, no meio dos prós e dos contras eu acho que os prós ainda são maiores, eu acho que é muito mais humano, muito mais um fator de justiça social você ter um espaço assim do que você ter uma pessoa enclausurada no hospital (P, 17/3/2006).

Neste sentido, conforme inscrito na Política Nacional de Saúde Mental, os CAPS devem assumir seu papel estratégico na articulação e no “tecimento” das redes de atenção em saúde mental. Tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da

rede de serviços, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, ONGs, empresas etc. (BRASIL, 2004, p. 12)

3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde

A proposta do progressivo deslocamento dos centros de cuidados em saúde mental para fora do hospital psiquiátrico, em direção à comunidade, colocada na e pela Reforma psiquiátrica tem nos CAPS o dispositivo estratégico desse movimento. Neste sentido, a rede básica de saúde torna-se o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os portadores de transtorno mental.

Essa rede é formada pelos centros ou unidades locais e/ou regionais de saúde, Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, que atuam na comunidade de sua área de abrangência. Os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, pois tem um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Por sua proximidade com as famílias e comunidades, as equipes de atenção básica são um recurso fundamental para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso de substâncias psicoativas e diversas formas de sofrimento psíquico. Neste sentido, é importante e necessária a integração e articulação dos CAPS com a atenção básica. Assumir esse compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção da saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo (BRASIL, 2004).

As atuais diretrizes da política de saúde mental do Ministério da Saúde orientam que, onde houver cobertura do PSF, deverá haver uma equipe de apoio matricial em saúde mental para no mínimo seis e no máximo nove equipes de PSF. E, que as ações de saúde mental na atenção básica devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2004).

No que se refere à relação existente entre o CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município e qual o tipo de relação existente, os dados coletados na

pesquisa indicam que: a maioria (91,7%) respondeu que sim, com ressalva de que é muito pouco, funciona de maneira precária e confusa, e que está num processo preliminar ainda. O profissional que respondeu não, observou que a rede está em processo de formação. Os profissionais cujas respostas foram positivas identificaram que a relação é de encaminhamentos, atendimentos em conjunto com as equipes de saúde mental das Regionais de Saúde, ajuda em atendimentos nas unidades locais de saúde, com os agentes comunitários de saúde, de referência, de acompanhamento, visitas domiciliares, encontro mensal dos trabalhadores de saúde mental da rede e encontro mensal dos psiquiatras da rede.

Sobre a relação do CAPS com as equipes de PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência alguns entrevistados observaram que a relação é pouca ou mínima, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda²³. Foram apontadas como justificativas o fato de o CAPS Ponta do Coral não estar territorializado, deste ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta do município, e a ausência de um planejamento e de estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente.

O CAPS como ele é único, então, ele é de toda a região; então, eu poderia até estar te respondendo que a gente tem um Posto aqui de cima do CAPS, que é o Posto da Agrônômica, ali tem o Programa de Saúde da Família implantado, com a presença dos residentes do Programa Saúde da Família e o contato que eu tenho, ele é meu, não existe nenhum outro programa ou vamos dizer convênio do CAPS com a Agrônômica, é meu aqui, assim como talvez seja da psicóloga em outro momento quando há essa partilha de paciente quando faz parte dos dois, então, eu só sei do que eu tenho, mas é muito pouco, eu tenho contato com alguns residentes que atendem alguns pacientes daqui, e eles precisam de algumas dicas ou, enfim, de se interar do que acontece, e eu também preciso saber como é que anda o acompanhamento deles lá, e aí entra em contato, as vezes vem aqui ou eu vou lá, mas são essas formas isoladas e depende daquele momento e da necessidade daquele usuário, não é algo que seja programado, que seja antecipado, institucionalizado, no sentido de firmar essas relações de uma forma.., não há; e, assim, o contato é com os residentes, não tem o contato com quem realmente vai ficar, porque os residentes passam depois de dois anos, eu também não tenho contato de quem é o médico, quem é o enfermeiro do Programa Saúde da Família, quem é o agente comunitário que vai na casa desses usuários, isso não tem, acho isso muito ruim, é muito falho, embora, volta pra aquela questão da equipe, que as coisas não são compartilhadas, você nunca sabe direito, é muito fragmentado, o que já foi feito, o que não está sendo feito; também não é delegado a função à ninguém de fazer, não há um planejamento pra isso (J, 22/3/2006).

²³ Em estudo sobre o CAPS de Palhoça/SC, Franco (2005) encontrou situação semelhante na relação do CAPS com o PSF e demais serviços de atenção básica municipais.

É mínima, é mínimo o contato, assim, as vezes, quando a gente necessita a gente vai atrás, tenta achar alguém que se interessa, que tenha alguma afinidade com a saúde mental, as vezes um agente de saúde que consegue se aproximar mais daquele usuário que mora lá e que resolve dá uma força, mas é assim, depende de uma série de coisas, da disponibilidade pessoal, da sorte de encontrar alguém etc., quer dizer é falta mesmo da articulação em rede, porque se a gente tivesse essa articulação o PSF automaticamente já seria acionado, e a gente não tem isso; claro, quando a gente precisa a gente até encontra uma boa resposta das equipes do PSF, mas pode não encontrar, tem um risco[...] não, isso não existe (articulação institucional CAPS – PSF), isso tem que ser construído, tem que ser proposto (F, 12/4/2006).

A relação que o CAPS tem é principalmente pra acompanhamento, a relação é essa, relação de acompanhamento, as vezes precisa realizar alguma busca ativa e não temos a possibilidade no momento, então, tem essa relação, a relação que a gente tem é mais no sentido de acompanhamento do próprio usuário; o que seria ideal, seria um pouco mais de estreitamento, discutir junto com o Programa de Saúde da Família alguns casos, nós irmos aonde os agentes comunitários estão, discutir algumas situações e isso não tem acontecido ainda; com essa lógica aí das regionalizações tem essa possibilidade; então, hoje existe uma relação, só que uma relação muito esporádica de situações isoladas e que precisa ser superada; o maior problema que existe é devido ao CAPS não ser territorializado, o CAPS II Ponta do Coral ele tem que atender uma demanda muito grande, basta ver o IBGE hoje, tem 400 e poucas mil pessoas em Florianópolis, então, é um CAPS II pra atender toda a demanda adulta do município, talvez o ideal seria um CAPS I em cada região, nas cinco regionais, e transformar esse CAPS num CAPS III no caso, e aí repensar depois toda a rede; então, a relação, ela se compromete com o Programa Saúde da Família devido a não territorialização do CAPS Ponta do Coral, a relação que existe é a relação de acompanhamentos isolados (GIRASSOL, 20/3/2006).

É uma relação ainda muito inicial ainda, um pouco precária; com os agentes comunitários a gente tem mais proximidade, no momento da visita domiciliar e no momento de fazer o resgate dos usuários que abandonaram, por algum motivo, o atendimento, mas acho que a relação poderia ser melhorada se o CAPS fosse territorializado, como a gente está aqui, é no centro pra todo o município, fica muito difícil, então, a nossa relação é muito mais com as referências regionais de saúde mental da atenção básica do que com as próprias equipes de PSF das unidades locais de saúde (VIK, 24/3/2006).

É isso que eu falei, essa perspectiva da regionalização que começou aqui visava uma maior articulação com a rede; eu acho que isso é um projeto que está ainda meio que na sua infância, ele está começando e, assim, o que eu te falei, a gente precisa sair mais daqui, no Norte (Regional Norte) a gente vai tentar essa experiência agora (realizar as reuniões da regional nos postos de saúde) de contato e incluir, por exemplo, os agentes comunitários nos processos de reunião com os pacientes daqui, tentar ver se eles podem estar acompanhando o paciente lá; tem uma paciente que está aqui que a gente esteve lá no Posto do Saco Grande pedindo pra equipe assumir alguns cuidados com essa paciente, eles se

dispuseram, mas assim, por enquanto ta muito mais alguma iniciativa aqui, ali, do que um processo mais amplo, não sei assim como isso vai caminhar com a história de já ter, por exemplo, profissionais regionalizados, isso também vai poder ser incrementado, esse é um desejo que eu tenho (P, 17/3/2006).

É muito pequena, muito, muito, muito, muito; eu não sei nem te dizer, em uma escala de um a dez acho que fica em dois, está muito pequena, está muito além do que poderia ser, eu acho que talvez com a implantação agora dos serviços na rede, nós temos em cada Regional um psiquiatra, dois psicólogos, uma média assim, está existindo mais aproximação, mas do CAPS não, muito pouco, muito pouco. [...] quando tu pergunta, hoje, qual é a relação do CAPS? eu não posso te mentir, pra mim é quase zero (LÉLI, 4/4/2006).

Buscando explorar as informações sobre a relação do CAPS com a rede municipal de serviços de saúde, perguntamos aos profissionais se o serviço realiza algum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. A maioria deles (75%) respondeu que não, dois referiram não saber responder e um respondeu que sim. Dentre os que responderam que não, um justificou que o CAPS não tem estrutura para atender mais esta demanda. Dois dos profissionais entrevistados disseram estar pensando neste tipo de trabalho. Um deles falou sobre a existência de um projeto, conforme relatado na fala que segue.

[...] a gente tem um projeto aqui que é de formação de acompanhantes terapêuticos, e no ano passado a gente formalizou esse projeto e mandamos pro Ministério da Saúde, ele foi aprovado e até hoje estamos esperando a liberação de dinheiro, mas enfim, o projeto foi aprovado, e a idéia era justamente transformar o agente comunitário de saúde num acompanhante terapêutico, e aí a gente faria a formação, uma capacitação, um curso de capacitação aqui, e depois faria o segmento com supervisões regulares, é uma forma de dar formação em saúde mental pra atenção básica e manter essa que é uma função do CAPS de dar supervisão e a formação mesmo pra esse nível da atenção; [...] a gente está esperando o dinheiro do Ministério da Saúde, ta lá pendurado, a gente olha o nome do projeto na internet, está lá, mas não tem nem empenho ainda, significa que não tem dinheiro destinado (F, 12/4/2006).

Para que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas na atenção básica é fundamental a capacitação destas equipes. A orientação é que as equipes de saúde mental de apoio á atenção básica incorporem ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. Conforme aparece na fala do profissional, são previstos recursos para o financiamento deste tipo de ações, embora, muitas vezes, a dependência de orçamento, a morosidade burocrática e/ou

ausência de decisão política, que justificam a longa demora, acabam por desestimular, dificultar, inviabilizar as iniciativas dos profissionais.

Repetidamente, temos ressaltado neste trabalho que os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico para a organização da rede de atenção em saúde mental, conforme é indicado nas diretrizes políticas da Reforma Psiquiátrica. Nesta direção, questionamos os técnicos da equipe do CAPS Ponta do Coral sobre qual o lugar que o serviço ocupa na rede municipal de atenção em saúde, em Florianópolis. As falas transcritas na seqüência destacam o fato deste não estar territorializado e, portanto, não se constituir no serviço regulador da porta de entrada para o atendimento em saúde mental. As equipes de saúde mental nas referências das Regionais de Saúde é que, atualmente, constituem-se no serviço primeiro de atenção em saúde mental. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhados pessoas com transtorno mental grave.

Seria esse serviço que articula, que regulamenta; não necessariamente ele é uma porta aberta que entra qualquer um; eu acho que ele pode até ser a articulação e a regulação, pode ser feita até capacitações nas equipes locais de unidades básicas, que a partir daí você vai poder em um caso de uma ansiedade ou uma briga com o namorado, “eu tomei 4 aspirinas”, não vai chegar aqui no CAPS; vai chegar aqui no CAPS realmente aquilo que for um caso mais grave, e só há possibilidade de isso acontecer a partir do momento em que as unidades locais estejam todas capacitadas e entendendo, até porque assim diminui o trânsito desse paciente; vamos supor: ele sai de uma cidade, vem pra Florianópolis, daí diz: onde é que eu vou num psiquiatra? Ah! vai lá no CAPS, aí alguém fala: mas tem que passar no clínico antes, aí passa no clínico, aí o clínico encaminha pro psiquiatra, daí ele não sabe onde vai procurar o psiquiátrica - vem pro CAPS, não vem pro CAPS, aí vem pro CAPS, mas é que na verdade ele toma fluoxetina há 2 anos, está em tratamento de manutenção porque ele tem um quadro de depressão recorrente, não é caso CAPS, então, isso já poderia ter sido triado lá no começo, o paciente já poderia estar tendo as consultas desde o início, todas acertadas, sem precisar ficar correndo de um lado pro outro [...]; então, eu acho que ele tem esse papel, tem essa função de regular, de saber o que está acontecendo no hospital, na Colônia, e ter esse contato, uma ligação sempre com a Colônia, e com os Postos de saúde [...]. (hoje, o CAPS faz isso?) algumas coisas, bem isoladas, de novo, é meio como um apaga fogueira; por exemplo, hoje, a gente foi fazer uma visita domiciliar lá no Saco Grande (bairro de Florianópolis) porque o paciente estava em tratamento psiquiátrico particular e parou de tomar o remédio, e aí a gente foi lá, só que o paciente não queria falar com a gente, mas, assim, eu chego lá, converso com a equipe que está lá naquele local e muitas vezes é só a psicóloga; também tem um certo descaso, no sentido de que ah! agora eu não posso falar, porque não percebe que conversando sobre aquele caso vai possibilitar que isso seja ampliado pra outros casos, pensam-se saídas semelhantes pra outro momentos, mas, assim, acaba virando um apaga fogo, e toda hora você tem que ir

apagar um fogo; então, existe um pouco, mas não de uma forma bem usada (J, 22/3/2006).

É atenção secundária como se diz; ele regula e não regula; [...] tudo vai passar muito pela clareza que os profissionais que estão na saúde mental tem em relação a própria epistemologia, tem em relação a própria política, tem em relação a própria noção de SUS, a própria noção de controle social, a própria noção dos princípios do SUS; então, tudo vai passar por isso, porque que eu estou dizendo isso, o CAPS é uma atenção secundária como a gente chama, eu acho ainda que o atendimento mais complexo, o atendimento terciário, deveria ser no território, acho que centrar as forças no território [...]; então, [...] a atenção básica é onde deveria regular isso, a regulação dessa entrada nesse sistema de saúde mental, nessa rede de saúde mental ela teria que ser prioritariamente atenção primária em saúde; então, as vezes, por necessidades especiais, por situações específicas, a pessoa acaba vindo direto pra cá, direto pro CAPS e aqui a gente atende, e, as vezes, essa pessoa não é indicada pra estar no CAPS, aí volta pra atenção básica, então, tem essa dificuldade, ou seja, o lugar que o CAPS ocupa na rede municipal de atenção em saúde é uma atenção secundária à pessoa com transtorno mental grave, já avaliada pela atenção primária em saúde, aquela pessoa que corre risco de suicídio, que acaba prejudicando a vida de outras pessoas, que está muito mal, nesse sentido (GIRASSOL, 20/3/2006).

Regulador da porta de entrada: não; como não é territorializado, a gente tem esse problema de ser serviço de referência pra onde vem os pacientes já encaminhados, ele passou pela porta de entrada do sistema lá no Posto, ele vem encaminhado pra cá ou através dos hospitais psiquiátricos, que é também uma outra forma de encaminhamento, mas a gente não faz a regulação da entrada; hoje, também, como tem equipes mínimas de saúde mental nas regionais, elas também funcionam muito mais como a reguladora do que nós; a porta de entrada é pelas equipes de saúde mental das regionais (F, 12/4/2006).

Eu acho que são várias coisas, por ser o único CAPS, pela rede não estar estruturada ainda, e pelas pessoas não conhecerem o serviço da rede, existe uma mistura, assim, o que é pra ir lá pro psiquiatra do Sul (regional de saúde), o que é pra vir pro CAPS; qual é o papel do CAPS, é a não internação, mas não tem CAPS III, então, a noite o cara não tem pra onde ir, na verdade, o CAPS ele é um espaço que regula a entrada do usuário sim, num primeiro momento sim, porque todos os que foram para a atenção básica muitos foram daqui, muito mais que a procura de fora daqui, primeiro eles vem pra cá, depois eles vão pra lá, agora o processo até está sendo inverso, já estão procurando a atenção básica porque eles já estão conhecendo, mas antes era daqui pra atenção básica, e é o único espaço, programa que acolhe o usuário psicótico, com transtornos mentais graves, porque a rede básica, ela não atende, se o cara tem um surto psicótico, está com qualquer surto, que está mal, ou ele tem um embotamento, ele não fala, está na família há anos, está lá segregado, está lá no quatinho dos fundos, não é caso de atenção básica é caso CAPS, então, ele é o único serviço de Florianópolis que se propõem a atender o usuário, o portador de sofrimento psíquico fora de hospital (LÉLI, 4/4/2006).

Ele é o primeiro serviço de saúde mental do município, primeiro serviço estruturado, credenciado no Ministério da Saúde, eu penso que ele tem um papel importante, ele serve como uma referência de atendimento em saúde mental a usuários portadores de transtornos mentais; dentro da rede, hoje, a gente tem as referências regionais de atenção em saúde mental na atenção básica, nas ULS, que são as unidades locais de saúde, então o CAPS serve como referência de atendimento a usuários com transtornos mentais graves do município de Florianópolis, é pra isso, essa é a função (VIK, 24/3/2006).

Pelas falas dos profissionais evidencia-se que Florianópolis não tem uma política municipal de saúde mental estruturada. A rede de serviços está em processo de formação e implementação. As ações ainda são muito isoladas e fragmentadas, sem uma direção comum. É notório que um único CAPS para atender a totalidade da demanda adulta do município é insuficiente. As possibilidades de atuação do serviço na prevenção e promoção da saúde mental, na capacitação e supervisão das equipes de atenção básica ficam, assim, prejudicadas e/ou inviabilizadas.

No processo de operacionalização da Reforma Psiquiátrica, conforme as orientações da Política Nacional de Saúde Mental e as propostas aprovadas na III CNSM, é necessário que os gestores estaduais e municipais estabeleçam mecanismos efetivos para o controle das internações psiquiátricas. De acordo com a Portaria GM/MS n ° 336/02, os CAPS devem possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou modulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local (BRASIL, 2002a). Com base nisto, perguntamos aos entrevistados se o CAPS tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Eles referiram que não, contudo, divergiram sobre como o serviço fica sabendo quando ocorre internação de seus usuários.

Não tem. A gente fica sabendo quando a família comunica ou quando é usuário de atenção intensiva, ou ele fez uma crise ou ele desapareceu do serviço, aí pela falta mesmo, pela ausência que ele provoca a gente vai atrás e fica sabendo que ele foi internado, mas a gente não tem instrumentos de controle sobre isso; a gente faz, no momento da internação, a gente procura manter pelo menos uma visita da equipe da Regional pra não perder o vínculo etc., mas nada formalizado, assim, no momento que aparece, que a gente fica sabendo; geralmente, a gente sabe, hoje é relativamente fácil, não acontece daquilo... fulano desapareceu e de repente aparece ele dois meses depois aqui novamente..., sai da internação ontem e tal, isso não acontece mais, geralmente a gente consegue ficar sabendo (F, 12/4/2006).

Não. Na realidade a família leva pra internar e pronto, as vezes comunica, as vezes a gente fica sabendo quando a gente vai fazer uma visita lá, muitas vezes a gente nem sabe que o paciente ficou internado, a não ser quando a gente liga, e aí o que está acontecendo, não está vindo, mas ele foi internado; então, não há esse controle e também quando é internado lá, dificilmente, alguém entra em contato, nunca vi, entra em contato olha fulano de tal está internado aqui com a gente, não tem essa comunicação (J, 22/3/2006).

Em relação ao controle das internações psiquiátricas, oficial e formal, nós não temos; estou falando enquanto profissional que atende uma determinada regional de saúde, isso nós não temos; o que poderia ser feito: um maior estreitamento com o “manicômio”, com o IPQ ou o São José (hospitais psiquiátricos), que quando internasse pessoas lá teria esse contato aqui, pra gente já ir conversando, já acompanhando juntamente com a equipe do hospital psiquiátrico essa pessoa, porque final de semana ou depois das 18 horas o serviço não atende, as vezes as pessoas entram em crise e a gente não tem como acompanhar isso, não tem como saber; o acompanhamento que tem é, as vezes, os familiares nos avisam que a pessoa está internada, quando a gente acompanha essa pessoa e fica sabendo que ela acabou internando; então, não tem uma política mais estreita de acompanhamento de internação psiquiátrica, isso não tem. (GIRASSOL, 20/3/2006).

Da área de abrangência seria toda a cidade, isso não, mas dos usuários aqui sim, atendidos aqui sim; [...] geralmente, assim, quando o usuário está iniciando um surto a gente tenta fazer o atendimento pra prevenir a internação, pra evitar de fato a internação psiquiátrica, só que nós estamos aqui até as 6 horas da tarde e não estamos final de semana, então, a gente não está nem a noite nem final de semana, e aí acontece de a família internar, isso acontece pouco, muito pouco, e quando acontece a gente faz o atendimento no próprio hospital, a gente vai até lá faz o atendimento, mas é pouco assim, agora da cidade como o todo a gente não tem (VIK, 24/3/2006).

O controle ele tem pelo prontuário, não poderia te dizer que tem um controle do ponto vista de uma escala, ah anualmente quanto a gente tinha e quantos foram internados, [...] o usuário se ele foi internado a gente não soube, se está internado, aí ele aparece aqui depois da internação, um mês ou dois meses, a gente tem escrito no prontuário, esse é digamos o que a gente fica sabendo (LÉLI, 4/4/2006).

Não, eu digo por nós, eu acho que, as vezes, a gente... ah o paciente foi internado, como acontece de a gente saber, e as vezes a gente vai lá fazer uma visita, as vezes tem a questão do carro (o CAPS tem um carro a disposição somente um dia por semana), e a gente fica...; sempre que acontece e tal, as vezes, a gente nem fica sabendo, quando vê o paciente já está de volta, as vezes acontece essa situação; eu fui tentar fazer um pequeno levantamento pra fazer essa avaliação e percebi que a gente não tem registro de quantos dias o paciente ficou internado, se ele ficou internado quantas vezes durante o tempo que está em tratamento aqui, falta um registro melhor e um acompanhamento melhor dos técnicos; (como ficam sabendo da internação) as vezes o paciente volta já depois, as vezes a família liga avisando, [...] o hospital não me lembro se eles ligaram, só se precisar de alguma coisa, em geral, eles não ligam; então,

assim, o paciente saiu aí eles trazem de novo aquele encaminhamento, ou ele vem pra cá porque, normalmente, ele já estava aqui, mas assim, a gente tenta ao máximo que ele não precise ser internado, essa política existe, segurar a crise (P, 17/3/2006).

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que a internação e a reinternação psiquiátrica deverão ocorrer após avaliação da equipe técnica de saúde mental dos serviços substitutivos, devendo ser estabelecidas formas de controle único para a emissão de AIH, assegurando que todas as internações necessárias sejam autorizadas pelo serviço público, preferencialmente de base territorial (BRASIL, 2002a).

Conforme pode ser observado nas falas dos participantes da pesquisa, a insuficiência do CAPS em exercer o controle das internações referente a sua clientela e a demanda no município refere-se ao fato de o serviço não estar territorializado, sendo inviável cumprir com tal exigência no âmbito da totalidade de uma população de aproximadamente quatrocentos mil habitantes, distribuídos numa área geográfica de 436,5 Km². Com a implantação das equipes de saúde mental nas Regionais de Saúde, estas passam a ser as responsáveis pela regulação da porta de entrada no sistema de atendimento. O CAPS II Ponta do Coral passa a ser a referência para onde são encaminhadas pessoas com transtornos mentais graves, egressos de hospitais psiquiátricos, internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). A falta de controle das internações psiquiátricas é uma realidade também de outros centros de atenção psicossocial, conforme verificado por Franco (2005), em seu estudo sobre o CAPS do município vizinho de Palhoça/SC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha deste tema de pesquisa está relacionada à minha trajetória de estudos no Curso de Graduação em Serviço Social e à minha inserção como pesquisadora no Núcleo de Estudos e Pesquisas Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas (NESPP) do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. A esta trajetória soma-se a experiência de Estágio Curricular em Serviço Social, realizada no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis, em 2003, da qual resultou o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Programa Alta Progressiva: uma contribuição para o processo de reabilitação psicossocial no HCTP de Florianópolis”. Com o referido Estágio foi possível vivenciar o contato direto com a realidade de algumas instituições como hospitais psiquiátricos e centros de atenção psicossocial da rede municipal e estadual de serviços de atenção em saúde mental, fato este que estimulou a busca de novos conhecimentos e o desejo de atuação profissional na área. A continuidade dos estudos foi possibilitada por meio da entrada como mestranda no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da mesma universidade. Sendo assim, o trabalho que apresentado nesta dissertação tem estreita relação com meu percurso profissional e meu desejo pessoal.

Conforme destacamos no decorrer do estudo, a reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

A implantação de uma nova política de atenção, com as implicações socioculturais da proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira passa pela necessidade de articulação intersetorial e por ações que contribuam para alterar as representações sociais sobre a loucura e os direitos dos portadores de transtornos mentais. A transformação do modelo assistencial e de um conceito teórico em diretrizes operacionais é um processo complexo e depende de vários fatores para que se mantenha a direcionalidade pretendida pelos diferentes atores sociais, participantes do jogo social.

Especificamente, no caso do CAPS estudado, as dificuldades de concretização dessa nova lógica de atenção em saúde mental perpassam e se inter-relacionam nos diferentes eixos que compuseram a presente pesquisa.

No que se refere a estrutura física, os profissionais indicam que o CAPS conta com espaço e equipamentos adequados às necessidades do serviço. Entre os anos de 2003 a 2004, o CAPS passou por uma reforma em suas instalações, ficando estas, adequadas aos objetivos da unidade. As condições poderiam ser melhores se as oficinas produtivas fossem realizadas em outro local, pois além de favorecer a utilização do espaço hoje ocupado para outras atividades, possibilitaria a inserção dos usuários em outro ambiente, favorecendo-lhes sua sociabilidade.

Em relação aos materiais de consumo, os problemas vão desde a ausência total de objetos e utilidades básicas à manutenção do serviço até o recorrente atraso no repasse dos materiais necessários às oficinas terapêuticas e de produtividade. As oficinas ficam prejudicadas e até mesmo paralisadas por conta das faltas de recursos e dificuldades de gestão adequada do serviço. Esta situação coloca em prejuízo o projeto terapêutico de tratamento dos usuários e a eficácia e efetividade dos propósitos da nova política de atenção em saúde mental.

No campo da gestão do CAPS, apesar da histórica escassez de recursos destinados à saúde, foram evidenciadas situações problemáticas, principalmente no processo de descentralização político-administrativa, que poderiam ser melhoradas a partir dos recursos existentes. De acordo com os resultados da pesquisa, 50% do grupo de técnicos afirmam que existe planejamento e avaliação das ações. Alguns deles observam estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação, objetiva e sistemática, dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declaram não existir processo de planejamento e avaliação das ações, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

Sobre este aspecto, cabe destacar que as técnicas disponíveis na área de planejamento e avaliação de serviços de saúde têm mostrado bons resultados quando aliadas à vontade política de mudar a situação. Apesar dos dados demonstrarem uma divisão entre os técnicos no que se refere a afirmação sobre a existência de planejamento e avaliação, destacamos que as poucas ações que acontecem giram em torno das atividades que são e aquelas que poderão ser realizadas, e na discussão sobre as dificuldades cotidianas do trabalho na unidade. As avaliações são informais, realizadas na reunião

mensal da equipe técnica e nas reuniões clínicas semanais, sendo notório a ausência de um processo de planejamento estratégico, sistemático e contínuo do projeto terapêutico do CAPS, bem como, de avaliação de indicadores.

Com relação aos recursos financeiros, os resultados da pesquisa apontam para o que já vem sendo denunciado por autores como Amarante (2003; 2005): o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. O pagamento pelo sistema de procedimentos realizados, por meio das APACs, condiciona a existência de recursos à produtividade do serviço. Quando os CAPS não estão articulados com outras políticas sociais necessárias à sobrevivência do usuário e a adesão dele ao projeto de vida que o serviço deve-lhe oferecer, a tendência é fracassar.

Para que a pessoa possa freqüentar o CAPS ela precisa de condições materiais e psicossociais básicas, como moradia, transporte, alimentação, auto-estima, estímulo, desejo, etc.. Quando o usuário não desfruta de tais condições as chances dele se vincular ao projeto terapêutico são menores e, conseqüentemente, sem a participação ativa dos usuários o CAPS não terá produtividade. Ainda, nem todas as ações realizadas no CAPS constam na tabela de procedimentos pagos pelo atual sistema do SUS, dificultando as atividades de ressocialização que envolvem trabalhos na comunidade e na sociedade.

Os profissionais afirmam que os usuários participam do planejamento das atividades do CAPS. Referem que isso acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Neste caso, foi possível perceber que a participação dos usuários em geral diz respeito mais a questões cotidianas do funcionamento do serviço. A associação participa diretamente da comercialização dos produtos confeccionados nas oficinas e na realização de alguns convênios com entidades da área da cultura, lazer, ensino, etc. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada, que abarque as especificidades da área da saúde mental e envolva os usuários, os familiares e os técnicos como sujeitos partícipes do processo de gestão do serviço.

No eixo recursos humanos e projeto terapêutico existem contradições explícitas e implícitas que perpassam o discurso e as práticas dos técnicos que prestam assistência aos usuários do serviço. Eles reconhecem e destacam a relevância do trabalho em equipe, argumentam que este traz a possibilidade de trocas entre as várias áreas do conhecimento e a conseqüente oferta de um atendimento multidimensional. Contudo, relatam dificuldades

na realização deste trabalho, devido a uma suposta diferença de formação profissional e de concepção, com relação ao que sejam os objetivos do CAPS e da Reforma Psiquiátrica. Indicam existir interdisciplinaridade no atendimento ao usuário, no entanto, percebeu-se que a concepção de interdisciplinaridade aparece muito mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade, estando ainda distante dos ideais da intertransdisciplinaridade.

Sendo assim, cabe destacar que sem a devida clareza e consciência do que exatamente deve mudar corre-se o risco de que, fundamentalmente, se modifiquem os espaços de realização do tratamento, transferindo-se e conservando-se as práticas de exclusão e discriminação. É preciso se ter em conta que toda dimensão técnica tem também uma dimensão política. Dessa forma, faz-se necessário questionar-se sobre o que se pretende com o “fazer” nos novos serviços de atenção à saúde mental e que valores estão presentes nas ações executadas. O usuário precisa ser percebido como sujeito do processo saúde-enfermidade, e não como objeto e instrumento do exercício das relações de poder disciplinar.

Com relação ao eixo participação do usuário e da família no tratamento, os participantes da pesquisa identificam dificuldades em realizar o atendimento familiar no CAPS. Os profissionais relacionam como justificativas, a falta de técnicos qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades da equipe. Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que seja o transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, também foram relatados pelos entrevistados. Entre os obstáculos para a (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e o estigma da loucura ainda presentes no imaginário social das pessoas.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacam o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário. Neste aspecto queremos destacar a necessidade de se reconhecer, no processo de implantação da Reforma e da política de saúde mental, um projeto ético-político social, capaz de reavaliar, substancialmente, o conceito tradicional de

“doença/saúde mental” e, conseqüentemente, a forma de como lidar as diferenças em sociedade.

No eixo (re)inserção social procuramos identificar se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas à desinstitucionalização e à reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referem que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras. A maioria deles afirma que não existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer.

Tais dados nos remetem ao questionamento sobre como a Reforma Psiquiátrica, em sua aplicação prática, apresenta certa inércia política. Existe uma lacuna entre o referencial teórico do novo modelo de atenção e as práticas que se efetivam no cotidiano dos serviços. Com isso, queremos chamar a atenção para a necessidade urgente de se construírem ações de atenção que favoreçam o conhecimento de si, reforcem a autonomia, o cuidado de si e a emancipação do sofredor psíquico.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referem que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental. A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos profissionais como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista político-jurídica dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico. Na visão dos participantes da pesquisa, o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica relaciona-se a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos pressupostos da própria Reforma. Não obstante, destacamos aqui a necessidade de se refletir sobre o descompasso entre a vitória no campo jurídico, o novo discurso da Reforma Psiquiátrica e um fazer prático que parecem ainda negar a emancipação do portador de transtorno mental.

No eixo integração do CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município, os dados coletados na pesquisa indicam que a relação existente é pouca, funciona de maneira precária e confusa, e que ainda está num processo preliminar. A articulação com as equipes de PSF e PACS também é insuficiente, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda. A unidade não realiza nenhum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. Apenas dois profissionais referiram estar pensando neste tipo de trabalho.

Foram apontadas como justificativas para esta situação o fato do CAPS não estar territorializado, de ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta de todo o município, e a ausência de um planejamento e estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhadas pessoas com transtorno mental grave. E, segundo os entrevistados, não tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Neste aspecto, vê-se a urgência na redefinição da abordagem em saúde mental, fazendo-se necessário a construção de estratégias de atenção integral, dentro dos princípios do SUS, que envolvam o portador de transtorno mental como cidadão, a família, o Estado e a sociedade.

De acordo com os profissionais existem diferenças no atendimento prestado no e pelo CAPS em relação aos hospitais psiquiátricos. Eles se referem às diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência do discurso médico psiquiátrico do hospital, e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e as necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial, em contraposição ao tratamento igual para todos das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Por fim, os dados coletados na presente pesquisa indicam que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes, prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a relação eficácia/efetividade dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Concluimos, com este estudo, que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é ainda um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológica, técnico-assistencial, político-jurídico e sócio-cultural.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____, P. (coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995a.

_____, P.. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. vol.11, no.3, jul./set. 1995b, p.491-494. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 14/09/2005.

_____, P. A (clínica) e a Reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. pp. 45-65.

_____, P. **A epistemologia e a Clínica da Reforma**. Conferência proferida no IV Encontro Catarinense de Saúde Mental. Florianópolis, 30 de junho a 2 de julho de 2005. (anotações manuscritas).

BASAGLIA F. (coord.) **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 3ª ed. Tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002a, 213 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em Saúde Mental 1990-2002**. 3ª ed. revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAPS II PONTA DO CORAL. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. **Projeto Terapêutico**. Florianópolis, 2004.

CORREIA, M. V.C..Que controle social na política de Assistência Social? **Revista Serviço Social & Sociedade**. N. 72. São Paulo: Cortez, nov. 2002, pp. 119-144.

COSTA, R. C. R. da.. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia e Política** Nº 18: 49-71 JUN. 2002

COSTA –ROSA, A. da; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. p. 13-44.

COSTA-ROSA, A. da.. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asialr. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. p. 141-168.

CHIZZOTTI, A.. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R.. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

DESVIAT, M.. **A Reforma Psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental**. In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

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

FLEURY, S.. **Espaço, território e cidadania: a cidade dos cidadãos**. Trabalho apresentado no VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra (16,17,18 de setembro), 2004. Disponível em: <www.ces.uc.pt/LAB2004>. Acessado em 20 de fevereiro de 2006.

_____, S.. (org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989.

FREIRE, F. H. M. de A.; UGÁ, M.A.D.; AMARANTE, P. Os centros de atenção psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

FRANCO, S. de O.. **Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de caso**. 2005. 110f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Florianópolis, 2005. 110f.

FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial**. Percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004.

GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E.. **A pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, R.. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M.. **Microfísica do poder**. Trad. de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graaal, 1979.

MINAYO, M. C. de S.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC; ABRASCO, 1994.

MIOTO, R.C.T.. Família e saúde mental: contribuições para reflexão sobre os processos familiares. **Revista Katalysis**. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico. Departamento de Serviço Social. N.2 Florianópolis: Editora da UFSC, 1998.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental: em busca da articulação e qualificação das ações em saúde**. Monografia

(Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Latu Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

OLIVEIRA, W. F.; DORNELES, P.. Patrimônio e ambiente da loucura: a formação do profissional de saúde mental e o dialogo com a vida da cidade. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

PITTTA A.. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje. In: PITTA. A.(org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral**: desvelando sua significação. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

_____. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

ROSA, L.C.dos S.. Os saberes construídos sobre a família na área da saúde mental. **Revista Serviço Social & Sociedade**. N° 71. Ano XXIII. São Paulo: Cortez, set de 2002, pp. 138-164.

_____. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, F., et. al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SANTOS, W.G.. **Cidadania e Justiça**. Rio de Janeiro: Editora Campos, 1979.

SARACENO, B.. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SOUZA, W. da S.. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. jul./ago. 2001, vol.17, no.4

p.933-939. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 19/10/2005.

SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Teses em Enfermagem, 42).

STUANI, D.. **Projeto de Estágio**. (Projeto de Estágio Curricular apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina). Florianópolis, 2005. texto digit.

TENÓRIO, F. G. (org.). **Gestão de ONGs**: principais funções gerenciais. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

TORRE, E.H. G; AMARANTE, P.. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. [online]. 2001, vol.6, no.1 [citado 05 Dezembro 2005], p.73-85. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br> >. ISSN 1413-8123.

TRIVIÑOS, A.N. S.. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. (org.). **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000a.

_____, E. M. Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000b. p. 169-194.

VIEIRA, L. **Cidadania e globalização**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Formulário a ser aplicado a todos os profissionais da equipe do CAPS.

Identificação

Nome:

Apelido:

Formação:

Ano:

Capacitação específica na área: Sim Não

Nível: residência especialização mestrado doutorado

Tempo de serviço na instituição:

Tipo de vínculo empregatício: Servidor público concursado contrato temporário

Outro. Especifique _____

Regime de trabalho: _____ (horas semanais)

Tempo de atuação na área:

Experiência de atuação profissional em outra instituição: Sim Não

Qual:

Tempo:

Principais perguntas

- 1) A área física do Caps é suficiente para o atendimento da demanda? Sim Não
- 2) As instalações são adequadas para a realização das atividades propostas? Sim Não
- 3) Os equipamentos disponíveis são suficientes? Sim Não
- 4) Estão em bom estado de utilização? Sim Não
- 5) Os materiais disponíveis são suficientes? Sim Não
- 6) Existem dificuldades na realização das atividades do Caps Sim Não. Em caso de resposta afirmativa, especifique as cinco principais? _____

- 7) O trabalho é realizado em equipe? () Sim () Não.
- 8) Existe algum tipo de supervisão de equipe ou outro recurso para acompanhar e discutir as questões do trabalho em equipe? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual?

- 9) Participa ou já participou de capacitação específica para atuar no Caps? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual? _____
- 10) Durante o tempo em que está trabalhando na instituição houve algum treinamento ou capacitação? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quando? _____(ano). De quantas horas? _____. Organizado por quem? _____
- 11) Na sua opinião, existe interdisciplinaridade no trabalho no Caps? () Sim () Não
- 12) Você conhece a política de saúde mental? () Sim () Não.
- 13) No Caps, existe disponibilidade de material didático e documentos sobre a política de saúde mental? () Sim () Não.
- 14) Existe planejamento e avaliação das ações do Caps? () Sim () Não
- 15) Existe projeto terapêutico de trabalho da instituição? () Sim () Não. Em caso afirmativo, foi planejado em equipe? () Sim () Não.
- 16) O serviço adota projeto terapêutico individualizado? () Sim () Não.
- 17) O usuário participa do planejamento do seu tratamento? () Sim () Não.
- 18) Existe atendimento familiar? () Sim () Não.
- 19) Existem ações intersetoriais do Caps e outras instituições que envolvam: educação, trabalho, esporte, cultura e lazer? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quais?

- 20) Existe relação do Caps com a rede básica de saúde municipal? () Sim () Não.
Que tipo? _____
- 21) O Caps realiza algum trabalho de educação permanente (capacitação e supervisão) sobre saúde mental em cooperação com as equipes de atenção básica? () Sim () Não.
Que tipo? _____

Outras observações:

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Entrevista a ser realizada com os profissionais da equipe do CAPS, segundo o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de nível superior entre as existentes na unidade. Em caso de mais de um profissional na área será realizado sorteio.

Identificação

Nome:

Apelido:

Temas e principais perguntas

1 Estrutura e recursos financeiros

- 1) Qual conhecimento possui sobre o repasse dos recursos financeiros para o Caps?
- 2) Conhece a forma de financiamento do serviço? O que você acha?
- 3) Como são administrados os recursos repassados? Existe planejamento?
- 4) Na sua opinião, a descentralização administrativa dos recursos possibilita o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do Caps? Quais as vantagens e desvantagens identifica?
- 5) Na sua opinião, os recursos repassados (gerados pelo serviço) são suficientes para realizar as atividades do Caps? Em caso de resposta negativa, quais atividades ficam prejudicadas e/ou poderiam ser realizadas se houvessem recursos?
- 6) Existem dificuldades no funcionamento do Caps com relação a falta de recursos financeiros? Quais identifica?

2 Recursos humanos e projeto terapêutico

- 1) Quais dificuldades identifica no trabalho em equipe no Caps?
- 2) Na sua opinião, quais vantagens o trabalho em equipe possibilita?
- 3) Considera importante a capacitação específica em saúde mental para atuar no Caps? Fale sobre.

- 4) Na sua opinião, qual a importância da interdisciplinaridade no atendimento ao usuário de saúde mental?
- 5) Considera importante conhecer sobre a política de saúde mental, seus princípios, sua estrutura e organização para o trabalho do Caps?
- 6) Como acontece o planejamento e a avaliação das ações do Caps?
- 7) Na sua opinião, em relação ao atendimento nas instituições tradicionais/asilares (hospitais psiquiátricos), como é o atendimento ao usuário no Caps?

3 Participação do usuário e da família no tratamento

- 1) Como é pensado o projeto terapêutico de tratamento do usuário?
- 2) Como o usuário participa do planejamento do seu tratamento?
- 3) Quais as formas criadas para oportunizar a participação do usuário no planejamento do seu tratamento?
- 4) A família participa do tratamento? Em caso de resposta afirmativa, de que forma? Em caso de resposta negativa, por quê?
- 5) Quais as formas criadas para oportunizar a participação da família no tratamento?
- 6) Quais dificuldades identifica com relação a realização do atendimento familiar?
- 7) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção familiar do portador de transtornos mentais?
- 8) Qual o papel dos usuários (ou da associação de usuários e familiares) no planejamento das ações do Caps?
- 9) Na sua opinião, qual a importância das associações de usuários e familiares para o tratamento do portador de transtornos mentais e para os serviços de saúde mental?

4 Inserção social

- 1) Na sua opinião, as práticas assistenciais realizadas no Caps encaminham-se na direção da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial?
- 2) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção social do portador de transtornos mentais?
- 3) Quais avanços e conquistas identifica com relação a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais?
- 4) Na sua opinião, o atendimento no Caps possibilita ao usuário a construção da sua autonomia? Como?

- 5) Na sua opinião, a organização atual dos serviços de saúde mental (da política de saúde mental) favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais? Qual a importância do caps nesse contexto?

5 Integração com a rede municipal de assistência em saúde

- 1) Qual a relação do Caps com a(s) equipe(s) de Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência?
- 2) O Caps tem controle das internações psiquiátricas no seu território? Em caso afirmativo, como ocorre este controle?
- 3) Na sua opinião, qual o lugar que o Caps ocupa na rede de atenção em saúde? Constitui-se no serviço que regula a porta de entrada para o atendimento em saúde mental?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este instrumento tem a intenção de obter o seu consentimento por escrito para participar do estudo “A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis”, durante o período de 01 a 31 de março de 2006, com o intuito de contribuir para o levantamento de dados para a elaboração do referido trabalho.

O estudo tem como objetivo geral analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Ao propormos a presente pesquisa esperamos contribuir com a produção de conhecimentos e saberes sobre as novas práticas de atenção e cuidado ao portador de transtornos mentais.

Os relatos obtidos serão confidenciais e, portanto, não será utilizado o nome dos participantes em nenhum momento, garantindo sempre o sigilo da pesquisa e os preceitos éticos da profissão. Os depoimentos serão referenciados pelo apelido a ser escolhido pelo próprio entrevistado

Certa de sua colaboração, agradeço sua disponibilidade em participar do estudo.

Eu _____,
consinto em participar desta pesquisa, desde que respeitadas as respectivas proposições contidas neste termo.

Florianópolis, março de 2006.

Assinatura do entrevistado.

ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

FERNANDA SCALZAVARA

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Serviço Social** - Área de concentração: Serviço Social, Direitos Humanos e Questão Social.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ivete Simionatto.

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de **Mestre em Serviço Social**, e aprovada na sua forma final, em 31/7/2006, atendendo as normas vigentes no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e na Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof^a Dr^a Catarina Maria Schmickler
Coordenadora do PPGSS/UFSC

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Ivete Simionatto, Dr^a.
Departamento de Serviço Social/UFSC
Presidente

Prof^o Walter Ferreira de Oliveira, Ph.D.
Departamento de Saúde Pública/UFSC
Membro

Prof^o Jonas Salomão Spricigo, Dr.
Departamento de Enfermagem/UFSC
Membro

Prof^o Mário Teixeira, Dr.
Departamento de Clínica Médica/UFSC
Membro Suplente

*Aos profissionais e aos usuários do CAPS
Ponta do Coral de Florianópolis.*

AGRADECIMENTOS

Desejo expressar meus sinceros agradecimentos aos profissionais do CAPS Ponta do Coral, pela receptividade, atenção, acolhimento e colaboração na fase mais importante desta pesquisa, assim como pela consideração ao meu trabalho profissional. Também, aos usuários desta unidade de serviço, pela forma carinhosa e acolhedora com que sempre me receberam.

À professora Ivete Simionatto por ter aceitado a orientação do trabalho; agradeço a oportunidade de poder ter desenvolvido a pesquisa de meu interesse e desejo profissional.

Aos professores Jonas Spricigo e Mário Teixeira pela atenção, disponibilidade e colaboração, essenciais na definição e elaboração do projeto de dissertação. Igualmente, ao professor Walter Ferreira de Oliveira pelas considerações e contribuições no exame de qualificação.

À sempre Mestre, amiga e professora Iliane Kohler, pela relação de ensino-aprendizado humana, saudável, mantida no decorrer de toda a minha vida acadêmica; pelas ajudas concretas nos momentos de dificuldades, pelos conselhos, orientações e *encaminhamentos* necessários nos instantes, nas horas, nas fases de incerteza, insegurança, angústia, desespero.

Aos profissionais Mara Regina de Oliveira e Antônio Heinzen Filho, pelo suporte terapêutico necessário nos últimos anos da minha vida; especialmente por terem me ajudado a transformar as dificuldades, os obstáculos, as conquistas cotidianas no *Mestrado da Vida*.

Às profissionais e amigas Maria Sirene Cordioli e Maria Inês Bernardino, pela relação profissional responsável, ética, competente, que me impulsionou para os estudos na área da saúde mental; pela amizade acolhedora, carinhosa, fraterna, pelas comemorações e pelos momentos de descontração.

Aos meus pais e à minha família, base dos meus valores ético-morais.

Às minhas amigas e aos meus amigos, que de perto ou de longe, acompanham minha trajetória, acreditam e torcem por mim.

Formalmente, agradeço as instituições públicas CAPES e UFSC, através dos programas PROF e PGSS, pelo financiamento da bolsa que permitiu a dedicação profissional integral para a realização deste trabalho.

RESUMO

O presente trabalho tem como objeto de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. Constitui-se como objetivo geral da presente pesquisa analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Os procedimentos metodológicos da pesquisa constaram de: pesquisa empírica na coleta das informações, através de entrevistas semi-estruturadas, gravadas, realizadas com um profissional de cada área de formação de nível superior, dentre as existentes no CAPS, e aplicação de formulário, com questões fechadas, a todos os profissionais que compõem a equipe. As informações coletadas foram sistematizadas e organizadas em itens correspondentes aos eixos que nortearam a coleta dos dados, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde. A análise final foi realizada com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os resultados obtidos nos permitem concluir que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a efetividade e eficácia dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial. De maneira geral, podemos afirmar que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológico, técnico assistencial, político-jurídico, social cultural.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, política de saúde mental, serviços substitutivos.

ABSTRACT

The objective of present work is to study the operationalization of the Psychiatric Reformation in the city of Florianopolis, Brazil, based on one specific institutional model - the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral. The general objective of the present research is to analyze the institutional reality at the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral, Florianopolis, related to the operational process of mental health politics, based on the requirements of the Brazilian Psychiatric Reformation. The research methodological procedures have consisted of: empirical research and data collection, through semi-structured interviews, recorded, realized under the presence and supervision of a professional of each field, plus de existing data from the CAPS, and filled application, with closed questions, to all the professionals who compose the team. The data colleted was systematized and organized in items and events that are surrounded the data collection, which are: financial structure and resources, human resources and therapeutic project, participation of the user and the family in the treatment, social insertion, and integration of the service with the municipal network of assistance in health. The final analysis was based on theoretical production on mental health and the Psychiatric Reformation. The results allowed us to conclude that in scope of management of CAPS, the limited number of studies and the difficulties to transfer and administer them harmed the functioning of the service. The contributing factors were lack of strategic planning and systematic evaluation of actions. The difficulties associated with teamwork compromised the effectiveness and efficacy of the objectives. The absence of a municipal network dedicated to structure and articulate mental health appears as an obstacle to the practice of desinstitutionalization and psychosocial rehabilitation. In general, we can affirm that the changes in the assistance model, directed for Psychiatric Reformation is one of the challenges to the concretization to mental health politics in a new interaction between society and people with psychological illnesses. The operationalizational political difficulties of mental health go through different fronts of performance which constitute the complexity of social processes associated with Reformation in its different dimensions. These dimensions are: theoretic-epistemological, technical assistance, politic-legal and socio-cultural.

Keywords: Psychiatric Reformation, mental health politics, substitute services.

LISTA DE SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
APAC - Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CPASM - Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental
CMS – Conselho Municipal de Saúde
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FNS – Fundo Nacional de Saúde
INAMPS – Instituto Nacional de Aposentadorias e Pensões
IPQ – Instituto de Psiquiatria Catarinense
MS – Ministério da Saúde
MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS – Organização Mundial para a Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF - Programa de Saúde da Família
RP – Reforma Psiquiátrica
SIH - Sistema de Informação Hospitalar
SAI – Sistema de Informação Ambulatorial
SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
SUS – Sistema Único de Saúde
TR – Terapeuta de Referência
ULS – Unidade Local de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Procedimentos metodológicos	18
2 REFORMA PSIQUIÁTRICA	222
2.1 O Modo Psicossocial	26
2.1.2 Atenção Psicossocial.....	28
2.2 Desinstitucionalização	30
2.3 Reabilitação psicossocial	32
3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA	344
3.1 Estrutura e recursos financeiros	344
3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico	45
3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental	46
3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário	51
3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações.....	59
3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento.....	65
3.3 Participação do usuário e da família no tratamento	69
3.3.1 Planejamento terapêutico individual.....	70
3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral.....	72
3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares	81
3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia.....	88
3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental.....	96
3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica	106
3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde...	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
REFERÊNCIAS.....	125
APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS.....	130
ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica.....	136

1 INTRODUÇÃO

O processo de mobilização, organização e luta pela Reforma Psiquiátrica brasileira origina-se no contexto dos movimentos sociais, no período de redemocratização do país (décadas de 1970/1980), e tem como base os pressupostos da Reforma Sanitária brasileira e da Psiquiatria Democrática italiana. Tal movimento esteve direcionado no sentido da crítica e desconstrução gradativa da assistência existente, embasada no saber psiquiátrico, que justificava as práticas decorrentes do modelo asilar e, ao mesmo tempo, buscava a construção de propostas de superação deste modelo.

Os anos de luta pela transformação do modelo assistencial tradicional (asilar), centrado na internação hospitalar, culminaram com a criação e regulamentação de leis e portarias relativas à implantação de uma rede de serviços substitutivos a este. A partir da década de 1990 um conjunto de leis, portarias, decretos, resoluções define novas exigências em relação à assistência psiquiátrica prestada aos portadores de transtorno mental¹, incluindo a adequação das condições físicas das instituições de atendimento, a existência de projeto terapêutico, equipe multidisciplinar e outros dispositivos que garantam maior qualidade assistencial.

A Reforma Psiquiátrica é um processo em construção, que envolve tanto a sociedade civil, através dos diferentes os movimentos sociais, os profissionais, os usuários, bem como os órgãos gestores das políticas públicas. Estes são os responsáveis pela operacionalização das ações com relação a mudança de paradigma e prática em saúde mental. Nessa trajetória, aos profissionais cabe exercer o papel de sujeitos e críticos do processo de implantação da Reforma Psiquiátrica; aos gestores da política de saúde compete a decisão política com vistas a assegurar as condições técnicas para a implementação e operacionalização dos serviços de atenção; aos movimentos sociais fica a luta política pela construção social de um outro sentido para lidar com a "loucura" e com o "louco", a partir de uma transformação na relação sociedade/loucura.

¹ Cabe destacar que a expressão “portador de transtorno mental” é adotada neste estudo por acreditar-se que a palavra portador traz em si um caráter mutante. Ou seja, secundariza o transtorno mental e resgata o sujeito envolvido na condição de enfermo, como um ser dinâmico. Por sua vez, o termo transtorno mental traz um caráter psicossociológico, dinâmico, mutável, diferente do termo doença mental, muito embora não seja menos controvertido do que este último (ROSA, 2003, pp. 37-38). E, também, por ser “portador de transtorno mental” a expressão utilizada na linguagem técnica constante na política de saúde mental do Ministério da Saúde.

No curso das transformações operadas na e pela Reforma Psiquiátrica destacamos como marco significativo recente a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM)². Em seu documento conclusivo reafirma-se que as políticas de saúde mental devem respeitar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das leis Federal e estaduais, priorizando a construção da rede de atenção integral em saúde mental. Tais políticas devem ter como pressupostos básicos a inclusão social e a reabilitação psicossocial, estar integradas com outras políticas sociais, como educação, trabalho, lazer, cultura, esporte e habilitação profissional, visando garantir o exercício pleno da cidadania (BRASIL, 2002a).

O mesmo documento ressalta que a reorientação do modelo assistencial deve estar direcionada para concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e de promoção da saúde. Nesse sentido, é fundamental que as novas modalidades assistenciais desenvolvam práticas pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a auto-estima, a autonomia e a cidadania, buscando superar a relação de tutela e reprodução da institucionalização e/ou cronificação (BRASIL, 2002a).

A mudança do modelo assistencial é um dos desafios da Reforma Psiquiátrica. Busca-se, no âmbito da gestão pública, a construção de um novo pacto para transferir os recursos aplicados no modelo hospitalar para uma assistência comunitária. Entretanto, a mudança da lógica de atenção em saúde mental requer, também, uma mudança de paradigma. No bojo dos novos dispositivos de cuidado necessariamente deve estar uma nova ética do cuidar, baseada na premissa básica da autonomia possível e dos direitos humanos dos portadores de sofrimento psíquico. Isso significa considerar que as possibilidades de novas práticas terapêuticas devem caminhar ao lado da preocupação com a mudança das representações simbólicas do “louco” na sociedade, e com a produção de outros saberes.

Na atualidade, todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, bem como a literatura da área, referem-se a desconstrução como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade das ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Tal proposição tem como base a

² Realizada em Brasília, de 11 a 15 de dezembro de 2001. A I Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em 1987 e a II em 1992.

incapacidade da psiquiatria em explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (TORRE; AMARANTE, 2001).

O modelo manicomial tem seu fundamento na noção de que a experiência de sofrimento psíquico diversa (delírio, alucinação) é sinônima de erro. Um dos aspectos mais importantes no processo de transformação radical deste é a superação do conceito de doença. Conforme apontam Torre e Amarante (2001, p.73-85), “não se trata, obviamente, de negar a diversidade da experiência do delírio ou da alucinação, mas de não utilizar o conceito de doença (igual a erro) na relação com o sujeito”. Nesta direção, Rotelli (1990) propõe, no lugar do objeto “doença mental”, o objeto “existência-sofrimento” do sujeito em sua relação com o corpo social.

Segundo Costa-Rosa (et. al., 2003, p. 28), “ao se buscar a superação do saber psiquiátrico, sobretudo do paradigma doença-cura, procurou-se romper com práticas identificadas com o modelo clínico, por considerá-las ineficazes, segregadoras”. Busca-se no modo psicossocial estabelecer-se “a construção de uma relação de contrato com o sujeito que substitua a relação de tutela instaurada pela psiquiatria” (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 73-85). Como oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar surge, no contexto da Reforma Psiquiátrica, a atenção psicossocial como paradigma do modo psicossocial.

A origem das práticas de atenção psicossocial, como designação de experiências significativas no contexto da saúde mental, está relacionada às contribuições das diferentes experiências históricas de reforma, que incluem as Comunidades Terapêuticas e a Antipsiquiatria, na Inglaterra, a Psicoterapia Institucional, na França, a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, nos Estados Unidos e a Psiquiatria Democrática, na Itália³. No caso brasileiro somam-se as contribuições das políticas públicas e das experiências locais pioneiras dos centros e núcleos de atenção psicossocial, em Santos, São Paulo.

O modelo psicossocial vem ganhando elementos tanto em termos teórico e técnico quanto ideológicos e éticos, aptos a constituírem um novo paradigma para as práticas em saúde mental, capaz de substituir o paradigma psiquiátrico que ainda é dominante. Costa-Rosa (et al., 2003, p.31), observa que de modo geral os elementos teóricos subjacentes a essas experiências passam principalmente pelas idéias sociológicas e psicológicas, pelo materialismo histórico, pela psicanálise e pela filosofia da diferença. Nesse sentido, é importante indicar que o lugar social da saúde mental é um lugar de

³ Estudos sobre estas experiências encontram-se em DESVIAT (1999); ROTELLI (2001).

conflito, confronto e contradição. Entender a saúde mental dessa forma implica em reconhecê-la como expressão e resultante de relações e situações sociais concretas. “Por qualquer perspectiva que se olhe, tratar-se-á sempre de um eterno confronto: pulsações de vida/pulsações mortíferas; inclusão/exclusão; tolerância/intolerância” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p. 29).

A operacionalização da Reforma Psiquiátrica, através da implantação da rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, territorializados e integrados à rede de saúde, tem sido uma construção lenta e difícil, perpassada por interesses políticos e econômicos. Muitas vezes são privilegiados procedimentos técnico-burocráticos, assistenciais, em prejuízo de um serviço que tenha como foco o tratamento da pessoa humana na sua dimensão integral. Por outras, a Reforma Psiquiátrica é entendida como sinônimo de reestruturação de serviços; introdução ou modernização de novas tecnologias de tratamento e cuidado; promulgação de uma nova legislação. Em geral, os problemas passam pela tendência de tornar a Reforma a implantação de centros de atenção psicossocial, de forma a banalizar o serviço, fazendo com que estes sejam uma extensão do hospital psiquiátrico (AMARANTE, 2005).

Não obstante, a transformação do modelo de atenção tradicional requer a construção de uma rede de atendimento ampla, com serviços diversificados e complementares, substitutivos das práticas asilares. O modelo substitutivo não significa alternativo, paralelo, complementar ou intermediário do sistema tradicional. Trata-se de um serviço forte, que comporta uma estrutura complexa em que o sentido das práticas deve ser alterado do “eixo da clínica” para o “eixo da cidadania”. Isso significa olhar para a pessoa-sujeito e não unicamente para a doença (AMARANTE, 2005).

Pensar a mudança do paradigma teórico-conceitual clássico significa provocar uma transformação na cultura da forma tradicional de ver e lidar com a loucura, buscar a construção de um outro lugar social para a loucura e a doença mental, a partir de uma transformação das relações sociedade-loucura/doença mental.

Nesse processo, os centros de atenção psicossocial (CAPS) constituem-se no “braço” do modelo psicossocial. Tornam-se serviços privilegiados para o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial e dispositivos estratégicos para a mudança da atenção em saúde mental.

De acordo com as normatizações do Ministério da Saúde, são atribuições dos CAPS: organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; prestar atendimento em regime de atenção diária; oferecer cuidado clínico eficiente e personalizado; realizar a

dispensação de medicamentos; acompanhar usuários que moram em residências terapêuticas; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, assessorando o trabalho dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território ou área de abrangência (BRASIL, 2004).

No sentido de favorecer o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, bem como estimular a mudança da lógica de ver e lidar com a “doença” e o “doente mental”, o direcionamento da Política Nacional de Saúde Mental preconiza que os projetos terapêuticos dos CAPS podem ultrapassar a estrutura física da unidade, em busca da rede de suporte social comunitária. O atendimento prestado deve ser através de projeto terapêutico individualizado, construído conjuntamente com o usuário. A preocupação principal não deve ser o estabelecimento de um diagnóstico clínico, mas sim o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2004).

Com base no exposto, a presente dissertação de mestrado tem como recorte de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - O Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. A escolha deste CAPS deve-se ao fato de ser este um serviço público de atendimento diário a portadores de transtornos mentais adultos, único nesta modalidade no município. A população de Florianópolis conta com outros dois centros de atenção psicossocial, um para atendimento de crianças e adolescentes (CAPSi) e outro para atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (CAPSad).

O CAPS Ponta do Coral constitui-se no principal serviço de atendimento extra-hospitalar na realidade local, desempenhando um papel central na assistência a portadores de transtornos mentais graves. A rede municipal de atenção em saúde mental é incipiente, com poucos recursos e o CAPS enfrenta diversas dificuldades na realização de suas atividades, concentrando uma demanda de atendimento superior a sua capacidade.

Destacamos a relevância deste estudo na medida em que está em curso no país uma reforma nos serviços de assistência em saúde mental, em que a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos pelo cuidado comunitário/ambulatorial tem sido a

diretriz básica para a reorganização da política de saúde mental, desde o nível federal aos níveis estadual e municipal.

A reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

O processo de reestruturação dos serviços de saúde mental está baseado na organização de uma rede comunitária de cuidados. Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esportes etc), culturais, religiosos e de lazer são convocados para potencializar as equipes de saúde na tarefa de realizar ações de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004).

Fazem parte desta rede de serviços de saúde mental os centros de atenção psicossocial, os núcleos de atenção psicossocial (NAPS), os serviços residenciais terapêuticos (SRTs), os hospitais gerais, os centros locais de saúde, as equipes de saúde da família e agente comunitários de saúde, entre outros. Particularmente, neste trabalho, nos interessamos por estudar os CAPS por estes assumirem um papel central na organização da rede, constituindo-se em serviços de atenção que “almejam à outra lógica, outra fundamentação teórica-técnica e outra ética, que não mais a do paradigma psiquiátrico” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.19).

Os CAPS foram criados para serem substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos, oferecendo atendimento em saúde mental à população de sua área de abrangência. São atendidas pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, incluindo aquelas que apresentam transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e crianças e adolescentes. As práticas realizadas neste tipo de serviço devem caracterizar-se por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro, na comunidade.

Oficialmente os CAPS foram instituídos pela Portaria GM/MS N°224/1992 e definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam uma população adscrita definida pelo nível local e oferecem atendimento de cuidados intermediários entre

o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (BRASIL, 2002b).

Atualmente, os CAPS são regulamentados pela Portaria GM/MS N° 336/2002 e integram a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta portaria estabelece critérios de porte/complexidade e abrangência populacional aos CAPS, classificando-os nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad⁴. A classificação dos diversos tipos de CAPS difere, basicamente, quanto ao tamanho da população pela qual se responsabilizam e quanto ao regime de funcionamento.

Os profissionais que trabalham nos CAPS integram uma equipe multiprofissional. São técnicos de nível superior e nível médio, de diferentes áreas de formação. Os profissionais de nível superior são médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física entre outros necessários para as atividades oferecidas, de acordo com o projeto terapêutico do CAPS. Os profissionais de nível médio podem ser técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores, artesãos, profissionais de limpeza e cozinha (BRASIL, 2004).

As equipes técnicas possuem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. Cabe aos profissionais a tarefa de organizar-se para realizar o acolhimento dos usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, realizar as atividades de reabilitação psicossocial, equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas.

Ao considerarmos as práticas em saúde mental de um centro de atenção psicossocial nosso objeto de estudo estamos entendemos que é a partir delas que a mudança de paradigma se torna possível, haja vista que a estruturação de uma rede de

⁴ O CAPS I tem capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e deve funcionar das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira; o CAPS II atende municípios com população entre 70.000 e 200.000, deve funcionar das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas; o CAPS III atende municípios com população acima de 200.000 habitantes, funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana. Já os CAPSi e os CAPSad possuem características diferenciadas dos demais. O CAPSi é referência para municípios com população acima de 200.000 habitantes e constitui-se em um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período até 21 horas. Os CAPSad destinam-se a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. É indicado em municípios com população acima de 100.000 habitantes, funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas (BRASIL, 2002b).

novos serviços de saúde mental não constitui por si só uma ruptura com o paradigma das práticas asilares, da segregação e da tutela do portador de transtorno mental. Contudo, sabemos que analisar uma realidade institucional é uma tarefa difícil, principalmente quando nos propomos olhar esta realidade em movimento, permeada de contradições e como fruto de um processo sócio-histórico.

Nesse sentido, elegemos como sujeitos informantes os profissionais que atuam no Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, por entendermos que a eles cabe a tarefa de realizar as atividades institucionais cotidianas. Esses profissionais integram uma equipe multiprofissional e assumem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. A nosso ver, constituem-se atores sociais centrais no processo de implementação e operacionalização da Reforma Psiquiátrica na realidade local.

Com isso queremos destacar que os profissionais de saúde mental exercem um papel relevante para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, seja como partícipes dos movimentos sociais, como gestores da política de saúde mental e/ou como trabalhadores (técnicos) nos serviços de assistência. Particularmente, aos profissionais dos CAPS cabe o compromisso de operacionalizar a mudança da lógica da assistência, na medida que estão atuando em um serviço considerado um dispositivo estratégico da rede de assistência em saúde mental. Esses profissionais estão diretamente ligados aos usuários do serviço e a implementação da política de saúde mental, função que os coloca na linha de frente de um cenário novo que vem passando por formulações e reformulações nos campos “político-jurídico, técnico-assistencial, epistemológico e sociocultural” (AMARANTE, 2003).

Torna-se pertinente ressaltar que o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) teve forte influência nos avanços ocorridos na mudança da assistência psiquiátrica. Constituído inicialmente de técnicos de saúde mental buscava a melhoria da assistência psiquiátrica e denunciava a situação precária dos manicômios. O MTSM posicionou-se em relação à assistência prestada, politizou a questão da Reforma, construiu uma linha de pensamento crítica no campo da saúde mental. Organizados, os trabalhadores criaram fóruns de discussões locais de caráter técnico e político e defenderam as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Posteriormente, o movimento ampliou-se no sentido de ultrapassar sua natureza técnico-científica, organizou sua estrutura administrativa como fórum nacional e passou a ser designado Movimento da Luta Antimanicomial, tornando-se um movimento social que passou a englobar várias entidades como associações de usuários

e familiares⁵, ONGs, entre outras (AMARANTE, 1994, 1995a; SOUZA, 2001; VASCONCELOS, 2000b, 2004).

Assim, nos parece certo que os profissionais de saúde mental são atores sociais influentes na efetivação da Reforma Psiquiátrica. Razões significativas para pesquisar e valorizar suas experiências e opiniões, na medida em que seus relatos podem indicar como vem se realizando no dia-a-dia a Reforma, bem como contribuir para a construção de novas práticas e a produção de novos saberes. E, entendemos como Foucault, que os saberes não são apenas conhecimentos acadêmicos, produções que se autodenominam científicas. Os saberes também estão onde são produzidos, pois sempre criam visões de mundo, produzem histórias e História.

Dessa forma, a presente pesquisa tem a finalidade específica de contribuir para a análise das práticas locais de saúde mental, a partir do estudo da realidade vivenciada no CAPS de Florianópolis e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Lembramos, ainda, que neste ano de 2006 o CAPS Ponta do Coral completa dez anos de atividades, fato que nos leva a destacar a importância de um estudo que identifique as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação deste serviço. No geral, busca-se fornecer subsídios para os avanços nas políticas de saúde mental e contribuir para a produção de conhecimentos sobre a realidade da prática das políticas públicas de saúde mental. Para tanto, elegemos como eixos de estudo e análise cinco pontos, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social e integração com a rede municipal de assistência em saúde.

Constitui-se como objetivo geral do presente estudo a análise da realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Para alcançarmos este definimos como objetivos específicos: 1) caracterizar a estrutura e os recursos financeiros disponibilizados

⁵ Cabe registrar que no campo da saúde mental encontram-se associações de composição variada. Há associações de usuários; associações de familiares; associações de usuários e familiares; associações de usuários, familiares e técnicos; associações de usuários e técnicos; e associações de técnicos e familiares. Em sua maior parte, o processo organizativo das associações é conduzido por elementos de constituição de laços de solidariedade e ajuda mútua. Contudo, existem associações que são favoráveis à agenda de inovações da assistência colocada pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e, outras, que se caracterizam como uma comunidade de veto em relação à mesma agenda (SOUZA, 2001).

e sua adequação às atividades do Caps; 2) conhecer as práticas assistenciais desenvolvidas pelo CAPS com relação ao projeto terapêutico e como se organiza o trabalho da equipe técnica; 3) identificar como ocorrem as práticas institucionais de participação do usuário e da família no tratamento e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica; 4) identificar se existem e quais são as ações institucionais, intersetoriais e/ou outras criadas com relação a inserção social do portador de transtornos mentais; 5) descrever e analisar a relação existente entre o CAPS e a rede municipal de assistência em saúde com relação a operacionalização da política de saúde mental e do SUS; 6) identificar quais as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação do CAPS, pontos positivos e negativos.

1.1 Procedimentos metodológicos

Para operacionalizar os objetivos do nosso estudo foi realizada uma pesquisa de caráter qualitativo, do tipo estudo de caso. Segundo Minayo (1994), a pesquisa qualitativa, nas ciências sociais, responde a questões particulares, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Isso significa considerar que trabalhamos com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que correspondem a pontos mais profundos das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser quantificáveis. E, segundo Chizzotti (2003, p. 104), em geral, a pesquisa qualitativa objetiva provocar o esclarecimento de uma situação para uma tomada de consciência pelos próprios pesquisados dos seus problemas e das condições que os geram, a fim de elaborar meios e estratégias de resolvê-los.

Dentre os tipos de pesquisa qualitativa, o estudo de caso talvez seja um dos mais relevantes. É uma modalidade que propicia retratar uma realidade de forma ampla e profunda, de forma a revelar a multiplicidade de dimensões presentes numa determinada situação e contextualizar o objeto para melhor compreendê-lo (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Nesta forma de estudo, o caso é tomado como unidade significativa do todo porque tanto retrata uma determinada realidade quanto revela a multiplicidade de aspectos globais presentes em uma dada situação (CHIZZOTTI, 2003). A principal função do estudo de caso é a explicação sistemática de fatos que ocorrem no contexto social e geralmente se

relacionam com uma multiplicidade de variáveis. Essa técnica caracteriza-se por ser um estudo intensivo, o qual deve considerar a compreensão geral do assunto investigado (FACHINI, 2001).

O local escolhido para a realização do estudo, o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, é um serviço público, municipal, cadastrado na modalidade CAPS II, situado à rua Rui Barbosa, 713 (fundos), no bairro Agrônômica, Florianópolis/SC. CAPS Ponta do Coral funciona das 8h às 18hs e atende uma demanda média diária de 40 usuários. O serviço foi criado em março de 1996 e funciona neste endereço desde o mês de dezembro do mesmo ano⁶.

A principal fonte de informação da presente pesquisa constituiu-se das falas dos profissionais, de formação de nível superior, e, no resultado do formulário aplicado a todos os membros da equipe do CAPS Ponta do Coral. Utilizamos para a coleta de informações a entrevista semi-estruturada, gravada, com questões abertas, e a aplicação de formulário com questões fechadas (Apêndices A e B). As entrevistas foram orientadas por um roteiro com perguntas estruturadas e agrupadas em cinco blocos correspondentes aos eixos de estudo da pesquisa. De acordo com Trivinos (1987), a entrevista semi-estruturada geralmente parte de certos questionamentos básicos, de perguntas fundamentais derivadas da teoria que é adotada para a pesquisa e de informações que o pesquisador possui sobre o tema a ser pesquisado.

Na pesquisa qualitativa, a entrevista é uma das técnicas mais utilizadas na coleta do material empírico. No tipo de estudo escolhido, foi possível perceber que a entrevista constituiu-se na ferramenta capaz de possibilitar a obtenção de dados mais profundos da realidade, os quais só podem ser obtidos com a contribuição dos sujeitos envolvidos.

O trabalho empírico para coleta dos dados e das informações na Instituição foi realizado entre a segunda quinzena do mês de março e a primeira quinzena do mês de abril de 2006 (16/3/2006 a 13/4/2006). A coleta teve início após a apresentação e solicitação de autorização para a realização da pesquisa à coordenação da Instituição. O projeto foi encaminhado à Comissão de Ensino e Pesquisa do CAPS II Ponta do Coral e à Direção de

⁶ A implantação do serviço foi efetivada em 25/3/1996, ficando instalado, provisoriamente, junto ao Centro de Saúde II do Centro de Florianópolis (atual ULS Centro), na Avenida Rio Branco. Em dezembro do mesmo ano foi transferido para o atual endereço, passando a ser chamado NAPS Ponta do Coral. Seu credenciamento no Ministério da Saúde aconteceu ao longo do ano de 1997. Em 2002, a Portaria GM n° 336 regulamentou a denominação dos antigos NAPS para CAPS (STUANI, 2005).

Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis para parecer. Mediante o parecer favorável (Anexo A) das referidas instâncias, foi realizada, em reunião de equipe, a apresentação do projeto aos profissionais do CAPS Ponta do Coral. Concluída esta etapa, foi realizada a entrevista pré-teste. A escolha do profissional observou os critérios constantes da metodologia do projeto. A entrevistada foi uma profissional da área da psicologia (área que tem mais de um profissional no CAPS) que tinha disponibilidade para a realização da entrevista na data escolhida. A partir desta entrevista, foram realizadas pequenas alterações no roteiro, com vistas a agrupar algumas perguntas, no sentido de diminuir o tempo necessário à efetivação da mesma. A referida entrevista teve a duração aproximada de uma hora e vinte minutos, acrescida de mais quinze minutos para a aplicação do formulário, totalizando uma hora e trinta e cinco minutos.

No total, foram realizadas seis entrevistas e aplicados doze formulários, de acordo com a metodologia estabelecida, a qual privilegiou, para a entrevista, o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de ensino superior, dentre as existentes no CAPS Ponta do Coral, quais sejam: psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Os formulários foram aplicados a todos os profissionais de formação de nível superior e de formação de nível médio. Foi necessário realizar sorteio do profissional a ser entrevistado apenas com relação a área da psicologia, por esta ter quatro profissionais atuando na equipe do CAPS. Como utilizamos um deles para a realização do pré-teste, participaram do sorteio apenas os outros três. O sorteio foi realizado na presença de outras duas profissionais da equipe.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos profissionais. A aplicação dos formulários foi simultânea e obedeceu ao mesmo critério. No caso de três dos profissionais entrevistados não foi possível realizar a aplicação do formulário no momento da entrevista, a pedido dos mesmos, devido a limitações de tempo. As entrevistas foram gravadas em fitas cassete, com a autorização prévia dos entrevistados, e, posteriormente, as falas foram transcritas.

As informações e os dados coletados foram sistematizados e classificados, de acordo com os eixos de pesquisa, e posteriormente analisados com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os dados originados dos formulários foram analisados e tratados descritivamente, ou seja, reduzidos a termos descritivos. Para efeito de padronização e de comparação foi adotado o método da porcentagem.

A análise final, que, segundo Minayo (1994), corresponde a um movimento contínuo entre o empírico e o teórico e vice-versa para fazer do caos aparente das

informações revelações da sua especificidade, foi construída pela síntese das informações coletadas em cada eixo de estudo, previamente definidos.

As questões éticas foram consideradas em todas as etapas do estudo, especialmente, na relação com os entrevistados, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) e dentro do que determina a Resolução N° 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde e o Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina. Os profissionais foram informados e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa quando da apresentação do projeto em reunião de equipe e individualmente antes da realização da entrevista. Foi preservado o anonimato dos entrevistado ao se utilizar codinomes para referenciar as falas no trabalho, destacando-se que os mesmos escolheram livremente seu próprio apelido quando da realização da entrevista. Apenas uma das entrevistadas optou por deixar a cargo da pesquisadora a escolha do codinome.

O trabalho que ora apresentamos está organizado de forma a contemplar, neste primeiro capítulo, a introdução do tema e a metodologia utilizada na pesquisa; no segundo capítulo descrevemos, sistematizadamente, o norte teórico utilizado como referência para a análise dos dados e das informações coletadas; no terceiro capítulo trazemos os resultados e as análises da pesquisa. Ao final, resgatamos os principais tópicos relacionados aos eixos de estudo e expomos nossas considerações finais sobre o tema.

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA

Procuramos expor neste capítulo uma síntese das análises de alguns autores que têm contribuído para o avanço nas discussões sobre a Reforma Psiquiátrica, bem como a definição do que vem a ser este outro modelo de atenção em saúde mental – o Modo Psicossocial, tanto em seus aspectos prático-assistenciais quanto em suas exigências éticas e teóricas, no sentido de construirmos o norte teórico orientador das análises da presente pesquisa.

Todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, na atualidade, bem como a literatura da área estabelecem a categoria teórico-prática “desconstrução” como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade nas ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Reiteram, também, a incapacidade da psiquiatria de explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (BASAGLIA, 1985; ROTELLI, 1990). Neste sentido, a proposta da Reforma Psiquiátrica objetiva criar experiências alternativas ao hospital psiquiátrico e ao modelo de suas práticas, através da extinção desse tipo de instituição e sua substituição por recursos que sejam capazes de rever tanto as concepções do “objeto” quanto dos “meios” e modos da sua intervenção nessa área.

A partir das contribuições colocadas por Fleury (et. al., 1989), com relação ao conceito de Reforma Sanitária como um “processo de transformação estrutural”, e da noção de *processo social complexo* proposta por Rotelli (1990), Paulo Amarante (2003, p.49), define Reforma Psiquiátrica como:

um processo social complexo que se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade.

Nessa concepção, o autor observa que processo indica algo em permanente movimento, que não tem um fim predeterminado, nem um objetivo último ou ótimo. E, a idéia de complexidade é posta não como sinônimo de complicação, mas sim como uma atitude epistemológica no sentido de reabrir a possibilidade de recomplexificação do fenômeno, proposição oposta a naturalização/objetualização da noção de doença. Neste sentido, a doença deixaria de ser reduzida a uma alteração biológica, para tornar-se um

processo de saúde/enfermidade. Em outras palavras, “a doença não é um objeto, mas uma experiência nas vidas de sujeitos distintos” (AMARANTE, 2003, p.53).

Na continuidade de suas análises sobre a Reforma Psiquiátrica Amarante (2000, 2003) designa quatro dimensões para as transformações operadas na e pelas práticas da Reforma, quais sejam: teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural.

A dimensão teórico-conceitual ou epistemológica contempla o conjunto de questões que dizem respeito a produção de conhecimentos e saberes que irão subsidiar as práticas. É uma dimensão que vai desde a reflexão dos conceitos mais fundamentais do campo das ciências até os conceitos produzidos pela psiquiatria: alienação, doença mental, normalidade/anormalidade, terapêutica e cura. Um aspecto muito importante desta dimensão refere-se ao desafio de se repensar as relações entre conhecimento e objeto (AMARANTE, 2003).

Na interpretação de Costa-Rosa (et al., 2003, p. 32), o campo teórico-conceitual pauta-se na desconstrução de conceitos e práticas, sustentados pela psiquiatria e pela psicologia nas suas visões acerca da doença mental. Propõe-se como contrapartida a construção de noções e conceitos como “existência-sofrimento” do sujeito na sua relação com o corpo social, acolhimento, cuidado, emancipação e contratualidade social. Nesse âmbito, pode-se entender que o conceito de existência-sofrimento impulsiona a Reforma Psiquiátrica na direção de uma revolução paradigmática, uma vez que questiona a tão cara relação sujeito-objeto e o próprio paradigma doença-cura. Tal conceito aparece por contraposição ao paradigma doença-cura, expressando a exigência de se dar ao sujeito a centralidade da cena.

Como exemplo desse campo Amarante (2003, p. 50) destaca o processo de desconstrução do conceito de clínica, que deixaria de ser o isolamento terapêutico ou o tratamento moral para tornar-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades; a desconstrução do conceito de doença produzido pela psiquiatria, em que o sujeito, não mais visto como alteridade incompreensível, possibilitará outras formas de conhecimento, que produzirão novas práticas clínicas e sociais.

Cabe destacar que quando um conceito é submetido ao processo de desconstrução é possível supor que as relações entre as pessoas envolvidas também serão transformadas, assim como os serviços, os dispositivos e os espaços. Conseqüentemente, mudam, ainda, os conceitos e as práticas jurídicas que eram adotadas pelos conceitos desconstruídos.

Para Basaglia (1985) e Rotelli (1990), desconstrução está relacionada à noção de *invenção*, de construção do real, de produção da subjetividade, recolocando em discussão a ciência e a psiquiatria. Os autores referem-se a “desconstrução” do dispositivo psiquiátrico e clínico em seus paradigmas fundantes e suas técnicas de poder-saber, entendendo-a como uma ação prática de dismantelamento das incrustações institucionais que cobriam a doença. A desconstrução questiona as bases do dispositivo psiquiátrico, em sua competência para atuar frente à loucura.

Entende-se desconstrução como um processo social complexo, de desmontagem do dispositivo psiquiátrico, que não tem fim, ou não pretende constituir, um modelo ideal, mas sim dar novo significado às relações e colocar questões imanentes às situações-problema. Nesse sentido, é um processo que precisa, por definição, ser reinventado incessantemente, e questionar também o conjunto dos segmentos sociais que deveria ser [...] objeto de uma verdadeira "revolução molecular", quer dizer, de uma re-invenção permanente (GUATTARI, 1992 apud TORRE; AMARANTE, 2001, p. 14).

A dimensão político-jurídica passa pela criação e alterações na legislação com relação aos direitos e a assistência ao portador de transtornos mentais. O âmbito jurídico é decorrente do fato de a psiquiatria ter instituído a noção de relação entre loucura, periculosidade, irracionalidade, incapacidade, irresponsabilidade civil. No plano político luta-se pela extinção dos manicômios e sua substituição por instituições abertas, pela revisão das legislações sanitárias, civil e penal referente a doença mental, para possibilitar o exercício dos direitos à cidadania, ao trabalho e à inclusão social. Importa nessa dimensão rediscutir e redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais (AMARANTE, 2003, p. 53; COSTA-ROSA, et al., 2003, p. 33).

No âmbito da dimensão técnico-assistencial está o modelo assistencial. É nesse campo que, na realidade brasileira, aparecem mais visivelmente as inovações com relação as práticas assistenciais em saúde mental, concomitante a reconstrução dos conceitos. As transformações vêm acontecendo tanto na concepção de novos serviços (CAPS, oficinas terapêuticas e de reintegração sociocultural, cooperativas de trabalho) quanto na sua forma de organização e gestão (instituições abertas com participação e co-gestão com os usuários e a população).

Nos últimos anos têm-se objetivado construir uma rede de novos serviços, concebidos como espaços de sociabilidade, de trocas, em que se enfatiza a produção de saúde como produção de subjetividades. Essas mudanças indicam para uma mudança nas práticas de atenção e tem significado *colocar a doença entre parênteses*, propiciando

contato com o sujeito, rompendo com as práticas disciplinares; aumentando a possibilidade de recuperação do seu estatuto de sujeito de direitos (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 32-33; AMARANTE, 2003, p.51).

A expressão *colocar a doença entre parênteses* é atribuída a Basaglia, significa a suspensão do conceito e implica na possibilidade de novos contatos empíricos com o fenômeno em questão. Para o autor, a psiquiatria colocou o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença como fenômeno da natureza. Assim, Basaglia propõe uma inversão, isto é, colocar a doença entre parênteses para tornar-se possível lidar com o sujeito e não com a doença.

Amarante (2003) chama a atenção para o fato de a atitude epistemológica de colocar a doença entre parênteses não significa a negação da doença no sentido do não se reconhecer que experiências de sofrimento ou diversidade fazem parte da realidade concreta da saúde mental. Nas palavras do autor:

não significa a recusa em aceitar que exista uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar. Significa, isto sim, a recusa a explicação da psiquiatria, para dar conta daquela experiência, como se esta pudesse ser explicada pelo simples fato de ser nomeada como doença. A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia social e política da exclusão, e a ruptura epistemológica com o saber da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para objetivar conhecer a subjetividade (AMARANTE, 2003, p. 56).

A dimensão sociocultural expressa o objetivo maior da Reforma Psiquiátrica, haja vista que pretende transformar o *lugar social* da loucura no imaginário social, transformando as relações entre a sociedade e a loucura. Muito do imaginário social é decorrente da ideologia psiquiátrica que tornou senso comum a relação da loucura à incapacidade do sujeito de estabelecer trocas sociais e simbólicas (AMARANTE, 2003, p. 53).

Para tanto se têm estimulado uma série de práticas sociais visando transformar o imaginário social relacionado a loucura, a doença mental e a anormalidade. Está em processo de mudança a imagem da loucura e do louco, a imagem da instituição e a da relação dos usuários e a população com ela. A intencionalidade passa pela construção de uma imagem das instituições de atendimento como espaços abertos de circulação e pólos de exercício estético, e uma imagem do “louco” como cidadão que deve almejar poder de contratualidade social (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 33).

Pensar a Reforma Psiquiátrica como um processo complexo implica desconstruir, superar conceitos; pensar, refletir sobre as ações no campo da saúde mental e os efeitos de

suas práticas; criar, construir novas práticas e produzir outros saberes. Trata-se, portanto, de um processo contínuo em que os verbos transformar, produzir, desconstruir, desmontar, emancipar, reconstruir devem estar no cotidiano do fazer em saúde mental.

2.1 O Modo Psicossocial

A elaboração das práticas do modo psicossocial é tributária de diferentes movimentos sociais científicos e vários campos teóricos. Sob esse aspecto, Abílio da Costa-Rosa (2000; 2003), busca especificar elementos básicos do novo paradigma traçando um paralelo de análise entre as práticas constitutivas do modo asilar e aquelas exigidas ao modo psicossocial⁷.

As principais características do modo asilar são: ênfase na consideração de determinantes orgânicos nos problemas que se pretende tratar, o que implica que o seu meio básico seja medicamentoso; pouca ou nenhuma consideração da existência do sujeito, o que implica que não se insista na sua mobilização como participante do tratamento. O indivíduo continua sendo visto como doente, tanto em relação à família quanto em um contexto social mais amplo. Daí decorre que a intervenção seja quase exclusivamente centrada nele. As aproximações da família, quando ocorrem, costumam ter caráter apenas pedagógico e assistencial. Dessa consideração do indivíduo como centro do problema, entre outros fatores, decorre também seu isolamento em relação ao meio familiar e social.

Ainda, com relação as práticas assistenciais, no modo asilar, o trabalho é realizado sem que os profissionais se encontrem para conversar sobre a atividade comum. O prontuário é considerado o elo de interconexão entre os profissionais da equipe. Mesmo no caso em que o meio é multiprofissional, a determinação fundamental dos problemas continua, na prática, sendo biológica. Portanto, a eficácia do tratamento espera-se que venha da química. Sua instituição típica continua sendo o hospital psiquiátrico fechado,

⁷ O autor observa que esta análise tem uma dimensão histórica, na medida que inclui uma consideração dos avanços que tem ocorrido nas práticas concretas até o presente; e outra dimensão lógica, visto que decorre da dedução realizada, através do método de análise, das características imprescindíveis a um determinado dispositivo para que ele configure uma lógica contraditória com a dos dispositivos que pretende superar e substituir (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.36).

ainda que nas últimas décadas esse venha sendo alvo de reformas democratizantes, intermitentes e esteja acompanhado de dispositivos chamados extra-asilares.

No modo psicossocial a concepção do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos sustentados para lidar com esse processo requer a desinstitucionalização do paradigma “doença-cura” e sua substituição pelo “existência-sofrimento”, conjuntamente com a configuração de práticas de trabalho transdisciplinares.

Destacam-se como principais exigências ao modo psicossocial: a determinação e consistência psíquica e sociocultural dos problemas, e não orgânica; a desospitalização e a desmedicalização, o que significa desconsiderar a medicação como resposta única ou preponderante e a priori; o exercício da “clínica da escuta e da criação de si”, e não a clínica da observação e da retomada do estado anterior às crises; a horizontalização das relações intrainstitucionais; a participação dos usuários e da população em forma de autogestão e co-gestão; o livre trânsito dos usuários e da população; a ética do reposicionamento do sujeito, que significa reconhecer a implicação subjetiva como forma de singularização e não supressão sintomática.

Os dispositivos institucionais típicos do modo psicossocial são os centros e núcleos de atenção psicossocial, o Hospital-Dia, ambulatórios de saúde mental; equipes multiprofissionais de saúde mental, inseridas em Centros de Saúde; setores para tratamento em saúde mental, inseridos em hospitais gerais. Seus meios básicos de tratamento são a psicoterapia, a laboterapia, as socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural, além da medicação.

É decisiva a importância que se atribui ao sujeito, daí que se insista de maneira fundamental na sua mobilização como participante principal do tratamento. Não se deixa de considerar, por isso, a sua dimensão de indivíduo (orgânico e sócio-cultural). Dá-se ênfase à consideração da pertinência do indivíduo a um grupo familiar e social. Supõe-se que se deve trabalhar também a família e o grupo social como agentes das mudanças buscadas.

Da consideração de que não é o indivíduo o único problemático, sugere-se que se inclua no tratamento também a família e eventualmente um grupo mais ampliado. As formas de participação da família e do grupo ampliado no tratamento são várias e superam, em muito, as posturas assistencial e orientadora, características do modo asilar. As associações de usuários e familiares criadas no modo psicossocial são reflexos dessa nova postura em relação aos usuários.

No modo psicossocial, espera-se que as diferentes possibilidades de ação se estendam desde a continência do indivíduo, durante a crise, até o reconhecimento da implicação familiar e social nos mesmos problemas. Espera-se, portanto, que tanto uns quanto outros possam assumir a parte de seu compromisso na atenção e no apoio. Além disso, dá-se acentuada ênfase à reinserção social do indivíduo, sem perder de vista que, muitas vezes, não é a problemática com a qual ele chegou a responsável pela sua saída da circulação sociocultural.

Quanto às formas de organização institucional, no modo asilar estas são marcadas por estratificações de poder e saber no âmbito do pessoal da instituição, que se transladam para a relação com os usuários e a população, os quais estão excluídos de qualquer participação que não seja a do objeto inerte e o mundo. Já os dispositivos do modo psicossocial tem suas práticas fundamentadas na lógica da Psicoterapia Institucional e da Comunidade Terapêutica e, geralmente, estas são instrumentadas por meio de assembleias de usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental. Participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais no modo psicossocial, por oposição à estratificação e interdição institucionais à heterogestão e à disciplina das especialidades que dominam no modo asilar.

Neste sentido, o autor propõe designar a Atenção Psicossocial como paradigma do modo psicossocial, em oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar.

2.1.2 Atenção Psicossocial

O termo Atenção, no contexto da Reforma Psiquiátrica, assume o conceito de “dar e prestar atenção, acolher, receber com atenção, tomar em consideração, levar em conta e escutar atentamente”. Designa uma parte fundamental do contorno que se pretende imprimir às ações de Atenção Psicossocial nas práticas em saúde mental. Expressa certos princípios relativos, sobretudo, à forma das relações dos agentes institucionais e das próprias instituições como dispositivos, com os sujeitos usuários e suas demandas (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 22).

Já o conceito Psicossocial designa as práticas em Saúde Mental Coletiva que se inscrevem como transição paradigmática da psiquiatria; enquanto que o termo psicossocial

agrega ao 'objeto' das práticas em saúde mental aspectos psíquicos e sociais, e tem a função de designar experiências reformadoras em sentido amplo (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 19).

Segundo o autor, ao somatizar aspectos sociais e psíquicos aos aspectos biológicos do paradigma e do objeto da psiquiatria a Atenção Psicossocial vai promover transformações nas concepções do objeto, nos modos de conceber e estruturar a instituição como dispositivo e, sobretudo, na forma de conceber e estruturar as relações terapêuticas, que tem, por sua vez, implicações éticas radicalmente distintas das práticas asilares.

A Atenção Psicossocial subentende ações diferenciadas das contidas no paradigma asilar e psiquiátrico. Na definição de Costa-Rosa Luzio e Yasui (2003, pp. 34-36):

a Atenção Psicossocial parece configurar um campo capaz de congrega e nomear todo o conjunto das práticas substitutivas ao Modo Asilar, conservando ao mesmo tempo a abertura necessária para a inclusão das inovações que ainda estão se processando e para outras que certamente virão. [...] As práticas de Atenção Psicossocial representam a sedimentação de um vasto conjunto de variações teórico-técnicas e éticas, mais ou menos radicais, conforme o caso, em relação às práticas vigentes e dominantes, que estão no lugar estrutural de sua alteridade necessária.

Os autores argumentam que a Atenção Psicossocial tem sustentado um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas norteadas pela aspiração de substituírem o modo asilar, e algumas vezes o próprio paradigma da psiquiatria. As ações na esfera político-ideológica trabalham em sintonia com os movimentos sociais que lutam pelo resgate da dignidade humana e dos direitos individuais e coletivos de cidadania. As ações teórico-técnicas referem-se à produção de novas formas de intervenção que possibilitem a construção de novos dispositivos que trabalhem pela transformação radical dos modelos institucionalizados e da ética em que se pautam.

Atenção Psicossocial, entendida como paradigma do modo psicossocial, designa concepções contrárias ao modo asilar. Quando referida as políticas públicas de saúde mental aspira a inclusão de aspectos políticos, econômicos, sociais, culturais e outros relacionados com ações que visam a construção de práticas de emancipação para a cidadania. Neste trabalho, se refere ao modelo de atenção em saúde mental que deve nortear as práticas dos serviços substitutivos, especificamente, a dos centros de atenção psicossocial.

Dessa forma, a complexidade e amplitude das práticas de Atenção Psicossocial inclui como seus componentes necessários, os conceitos e as práticas englobadas na desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, a partir de uma perspectiva baseada no aumento da contratualidade social dos usuários das instituições.

2.2 Desinstitucionalização

A desinstitucionalização tem sua origem nas experiências desenvolvidas por Franco Rotelli (1990), na Psiquiatria Democrática italiana. Segundo o autor, o primeiro passo da desinstitucionalização consiste em desmontar a relação problema-solução, renunciando a busca da solução racional (tendencialmente ótima) que no caso da psiquiatria é a normalidade plenamente restabelecida.

“O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de “cura” mas no projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente” (ROTELLI, 1990, p.30). Neste sentido, trata-se de um processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito doente. A desinstitucionalização traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação na qual exista reciprocidade entre sujeitos - uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade.

Nas palavras do autor,

A desinstitucionalização é, sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. [...] Depois de ter descartado a ‘solução-cura’ se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento (ROTELLI, 1990, p.33).

Em sua origem, os pressupostos da desinstitucionalização encaminham-se no sentido da restituição da subjetividade do indivíduo, possibilitando-lhes a recuperação de sua contratualidade, isto é, da posse de recursos para trocas sociais e, por conseguinte, para a cidadania social. Contudo, alguns estudos sobre as mudanças operadas na assistência no

âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira apontam para a compreensão da desinstitucionalização como desospitalização⁸.

Segundo Spricigo (2001), a desinstitucionalização, não correlata da desospitalização, torna-se a um só tempo, processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito adoecido. Traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação em que exista reciprocidade entre sujeitos, uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade. Isso gera a necessidade de invenção de novas modalidades de mediação, não somente médicas, mas principalmente políticas, sociais e culturais.

Sobre esta questão, Amarante (1995b) enfatiza que a mudança desejada na assistência em saúde mental não corresponde simplesmente ao fechamento de hospitais psiquiátricos e o conseqüente abandono das pessoas em suas famílias ou nas ruas, nem no fechamento de leitos para reduzir custos, no sentido do neoliberalismo ou no sentido do enxugamento do Estado. Segundo o autor,

desinstitucionalização não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativo. Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social (AMARANTE, 1995b, p. 491-494).

⁸ Ver SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Série Teses em Enfermagem, n° 42)

Neste sentido, a proposta da desinstitucionalização está centrada em uma mudança completa do paradigma de saber em saúde mental e, do ponto de vista assistencial, na constatação de que o hospital psiquiátrico tradicional é antiterapêutico. Assim, a estratégia de conversão do sistema de cuidado deve partir da substituição do hospital psiquiátrico por um amplo rol de serviços abertos e comunitários, capazes de assistir o usuário desde a crise aguda até às necessidades mais amplas de caráter social. Nestes novos serviços, a reabilitação psicossocial vem se configurando como um lineamento para o desenvolvimento de programas, eticamente responsáveis, no sentido de dar conta da totalidade das demandas que os problemas mentais severos e persistentes requerem.

2.3 Reabilitação psicossocial

Na definição da Organização Mundial de Saúde (1987 apud PITTA, 2001) reabilitação psicossocial é o conjunto de atividade capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários.

Segundo Pitta (2001), a reabilitação psicossocial, no seu sentido instrumental, é representada por um conjunto de meios (programas e serviços) que são desenvolvidos para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes, ou seja, um processo para facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. Tal processo enfatiza as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo e a cada situação de modo personalizado.

Para Saraceno (2001), a reabilitação psicossocial prevê um processo de restituição e reconstrução de direitos políticos legais e sociais para o cidadão. Para tal, projetos de ressocialização devem promover o reconhecimento do portador de transtorno mental.

Para Kinoshita (2001), reabilitar é reconstruir valores, aumentar o poder contratual, criar condições de possibilidade para que um paciente possa, de alguma

maneira, participar do processo de trocas sociais, produzir dispositivos que, desde uma situação de desvalor quase absoluto (pressuposto), possa passar por experimentações, mediações que busquem adjudicar valores aptos para o intercâmbio, ou seja, modificar o pressuposto de desvalor natural para um pressuposto de valor possível proposto, explícito.

O autor considera que reabilitar pode ser entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia. Sendo que, a contratualidade do usuário vai estar, primeiramente, determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Se estes podem usar de seu poder para aumentar o poder do usuário ou não. Depois pela capacidade de se elaborar projetos, isto é, ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida.

Ainda, diretamente ligada a questão da reabilitação de pacientes está a necessidade de se estabelecerem diversificadas redes de relações, as quais melhor capacitariam os indivíduos a compreenderem quais determinações influenciam sua vida cotidiana, ampliando sua autonomia.

O conceito de autonomia aqui referenciado é entendido como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001).

3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Apresentamos, a seguir, os resultados e as análises da pesquisa realizada, a partir dos eixos que nortearam a coleta dos dados e das informações: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde.

3.1 Estrutura e recursos financeiros

O conjunto de serviços substitutivos ao modelo de atenção em saúde mental tradicional (manicomial/asilar), do qual os centros de atenção psicossocial fazem parte, é, atualmente, regulamentado pela Portaria GM/MS N° 336/2002. Esta portaria estabelece portes diferenciados, a partir de critérios populacionais, para abrangência, financiamento e tipo de serviço prestado, de acordo com cada modalidade de CAPS.

Com relação a estrutura física, os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender a sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado. Para tanto, devem estar equipados com consultórios individuais para consultas, entrevistas, terapias, salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitório, sanitários, área externa para oficinas, recreação e esportes (BRASIL, 2004).

Neste aspecto, O CAPS Ponta do Coral tem uma estrutura que compreende um terreno com área física total aproximada de 1.936,00m², destes, aproximadamente 421m² são de área construída. Fazem parte das instalações, uma casa com dois pavimentos, um anexo, utilizado como sala do brechó, área de lazer e estar externa, e estacionamento. O pavimento superior da casa comporta 2 varandas, sala de recepção, sala de espera, 2 áreas de circulação (corredores), sala de administração, 2 consultórios, sendo que no momento um é utilizado como sala administrativa para realização de procedimentos relacionados ao preenchimento das APACs⁹, 2 salas para atividades grupais com WC, sala de depósito de

⁹ Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo.

material, cozinha com despensa, refeitório com churrasqueira, sala ampla (auditório) equipada com multimídia, sala de enfermagem, sala de repouso, e 7 banheiros distribuídos no espaço físico do pavimento superior. No pavimento inferior encontra-se a sala utilizada pela associação de usuários, 2 salas para a realização de oficinas (com passagem de uma para outra), sala com forno, sala de depósito de material e lavanderia¹⁰.

De acordo a pesquisa realizada, 83,3% dos profissionais considera a área física do CAPS suficiente para o atendimento da demanda e 66,7% consideram as instalações adequadas para a realização das atividades propostas; apenas um profissional observou que considera a estrutura do CAPS suficiente desde que as oficinas produtivas sejam realizadas fora da unidade. A mesma porcentagem (66,7%) considera os equipamentos disponíveis suficientes. Neste âmbito, o serviço conta com computador com impressora, aparelho de telefone e fone/faz, televisão, mesas de escritório, cadeiras, quadro branco, maca para atendimento em enfermagem, camas de repouso, fogão industrial, pia, mesas e bancos no refeitório, bancos para estar e descanso, entre outros. Metade dos profissionais respondeu que os equipamentos estão em bom estado de utilização, com ressalvas para salas com pouca ventilação no pavimento inferior.

Já com relação aos materiais de consumo, 91,7%, correspondente a onze dos doze profissionais que responderam ao formulário, consideram que os materiais de consumo não são suficientes. Eles se referem à falta e irregularidade no recebimento de materiais básicos à manutenção do serviço, tais como copo descartável para água, papel higiênico, e, principalmente, material específico para uso nas oficinas terapêuticas e de produtividade. Esta situação pode ser observada nas falas dos profissionais, que identificam as dificuldades no funcionamento do CAPS com relação a falta de recursos materiais e financeiros:

[...] essa falta de recursos é isso que eu te digo, desde a parte administrativa, nós precisamos de papel, carbono, copo pra tomar água, por exemplo, agora nós somos uma Unidade Local de Saúde que não tem copo descartável, já faz quase quinze dias, vinte dias, não tem copo descartável; falta água, aí nós temos que esperar, sendo que é um lugar que transita muitos usuários, eles tomam medicação e precisam tomar água, eles tomam muita água, e acaba não tendo água potável; por exemplo, teve época que faltou papel higiênico, em um serviço onde os usuários chegam fazem lanche, almoçam, fazem lanche da tarde, eles passam o dia aqui, então precisa ter uma estrutura mínima de atendimento (LÉLI, 4/4/2006).

¹⁰ Conforme Planta Baixa da unidade constante no projeto de reforma e ampliação executado em 2003/2004.

[...] a gente tem também o problema de fornecimento de material de consumo já há algum tempo, também desde que essa administração começou (Gestão Municipal e da Secretaria de Saúde), o fornecimento de material de consumo é interrompido, a gente fica sem tinta pra impressora, sem papel, sem papel higiênico...; tem diversos itens desses que são necessários, fazem parte do funcionamento do dia-a-dia do serviço (F, 12/4/2006).

[...] as oficinas terapêuticas e produtivas, requerem um material específico que precisa de dinheiro, e aqui, na política específica do município não tem uma regularização quanto ao repasse desse dinheiro [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

[...] a falta de agilidade no fornecimento das reservas para as oficinas, tudo isso resulta em um prejuízo para o trabalho; ficou quase uns dois meses a oficina fechada por falta de material, por exemplo [...] (P, 17/3/2006).

Outra dificuldade mencionada pelos profissionais no funcionamento do serviço é o vale transporte dos usuários:

[...] o funcionamento em geral fica prejudicado porque na medida em que falta vale transporte o usuário não vem, não consegue se deslocar para vir até aqui, aí interrompe aquele projeto terapêutico que havia sido feito com o usuário [...] (VIK, 24/3/2006).

[...] a questão, por exemplo, da dificuldade que a gente tem aqui: o transporte dos pacientes, a questão do passe, é muito irregular; então, isso reduz a nossa produtividade também, porque os pacientes acabam não vindo. Muitas vezes a gente não pode, por exemplo, contar com aquele paciente que veio para uma entrevista inicial porque ele não tem como estar vindo no curto prazo, então, acho que isso, a questão do custo que é o transporte em Florianópolis, também acaba afetando o nosso trabalho, então, nesse sentido, a falta de regularidade no passe [...] (P, 17/3/2006).

A partir dessa relação entre as diversas necessidades para o funcionamento do serviço é possível perceber que os profissionais assumem como princípio uma concepção de saúde ampliada, na qual não basta somente o atendimento terapêutico. Outros fatores estão interligados e contribuem para que a assistência efetivamente ocorra. Contudo, a concepção e prática setorializada das políticas sociais brasileiras provoca situações dessa natureza, na medida em que não se trabalha a inter-relação entre elas. Esta forma de setorialização das políticas sociais, no entanto, não é característica apenas da realidade brasileira, mas uma “modalidade do Estado burguês” que traduz as expressões da questão social mediante a tipificação das políticas sociais (NETTO, 1992).

Várias iniciativas têm buscado romper com esta perspectiva como a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), que reafirmou a necessidade de se garantir e melhorar o acesso aos bens e serviços da sociedade: prover trabalho, creches, profissionalização, educação, lazer, escolas, habitação, transporte, segurança pública, saneamento básico. Também, destacou ser fundamental enfatizar a questão do transporte urbano acessível aos usuários, a fim de que seja garantido o deslocamento entre os serviços de saúde e sua moradia (BRASIL, 2002a).

Na seqüência da pesquisa realizada, dois entrevistados referiram que a falta e as dificuldades no fornecimento dos recursos materiais necessários estão mais acentuadas na atual gestão administrativa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)¹¹. Foram relacionadas, ainda, como dificuldades, a falta de um carro disponível para o CAPS, a falta de terapeuta ocupacional, de outro médico psiquiatra e outros profissionais de nível médio (auxiliar administrativo, pessoa para limpeza). Outras questões listadas estão relacionadas aos recursos humanos e as necessidades de integração do serviço na política municipal de saúde. Os profissionais relatam a existência de dificuldades de interação da equipe, falta de capacitação, supervisão institucional, falta de apoio institucional, falta de efetivação de uma rede de saúde mental e/ou a existência de uma rede de atenção ainda incipiente, em processo de formação, falta de estrutura para atenção às urgências, dificuldades do gestor em compreender a lógica da saúde mental, salários incompatíveis com as funções.

Os problemas relatados pelos profissionais aparecem diretamente relacionados à insuficiência dos recursos financeiros de custeio do serviço. Todos os entrevistados referiram que os recursos gerados pelo serviço, através das APACs, não são suficientes para a realização das atividades do CAPS. Dentre as atividades prejudicadas, o trabalho nas oficinas foi apontado como o principal, conforme aparece na fala a seguir:

o que requer mais recursos, atualmente, são as oficinas produtivas, por exemplo, houve uma paralisação de muitas das oficinas quando faltou recurso. O recurso não é exatamente suficiente. Eu acho que os R\$ 500,00 por mês é um recurso pequeno [...] acho que o recurso poderia ser maior, pelas necessidades ele acaba sendo reduzido, não é uma coisa que você possa comprar a vontade, assim, é limitado, muitas vezes, a oficina tira de uma pra passar pra outra (P, 17/3/2006).

¹¹ Gestão Municipal 2004/2008; a Gestão da Secretaria de Saúde referida é a de 2004 a abril de 2006 que teve como gestor o vereador Walter da Luz; à época da coleta dos dados empíricos houve mudança do gestor municipal de saúde, assumindo o cargo o ex-secretário estadual de saúde João José Cândido da Silva.

Um dos profissionais apontou como principal atividade prejudicada pela falta de recursos financeiros a questão do território. Segundo este, a falta de recursos interfere no atendimento prestado, no sentido de que não é possível realizar o acompanhamento, a inclusão e avaliação do usuário em seu território. De acordo com este profissional,

o dinheiro do CAPS pode ser melhor gerido se investir no território. Investir no território seria elaborar projetos, ter mais articulação com a associação de moradores, ou seja, com os recursos que o território oferece, e aí precisa aumentar a própria equipe porque vai ter equipes que vão ter que se deslocar do CAPS; vai ter que ter investimento em carro, daí vai ter que ter um motorista, os próprios agentes comunitários tem que ter essa parceria, isso tudo implica em financiamento. [...] como eu sempre digo, território é onde a vida acontece, onde a cultura é produzida, onde as manifestações de vida, elas estão mais visíveis [...], mas investir lá no território, a equipe tem que estar inserida lá, estar toda hora pensando e discutindo [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

De acordo com as recomendações da política do Ministério da Saúde, as ações de saúde mental devem obedecer a um modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas. São ações que envolvem práticas de reabilitação psicossocial, promoção da cidadania, construção da autonomia possível dos usuários no ambiente em que eles vivem, e que necessitam de uma equipe multidisciplinar capaz de trabalhar sobre a ótica da interdisciplinaridade (BRASIL, 2004).

Necessariamente, a mudança de um modelo assistencial requer a análise de sua estrutura de financiamento. Isso significa que as características singulares e diferentes dos CAPS, em relação aos modelos tradicionais de assistenciais, e a complexidade das ações desenvolvidas por estes serviços necessita vir acompanhada de uma mudança na lógica de alocação de recursos financeiros.

Atualmente, o principal órgão financiador dos CAPS é o Ministério da Saúde (MS). Com a publicação da Portaria GM/MS nº 336/2002 os CAPS passam a fazer parte das ações estratégicas do MS. Esses serviços são incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e a remuneração é através do sistema APAC/SIA¹². Baseado na fatura que o prestador de serviços de saúde apresenta ao SUS, correspondente aos seus gastos

¹² A Portaria GM/MS nº 336/2002 descreve os procedimentos objeto de remuneração, classificando-os em intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Para essas três modalidades de atendimento, a Portaria GM/MS nº 189/2002 fixou o número máximo de atendimentos mensais para cada modalidade, de acordo com cada tipo de CAPS, sendo que para cada tipo de procedimento é destinado um valor diferenciado. Nos CAPS II, um procedimento intensivo custa R\$ 25,40; um semi-intensivo, R\$ 16,30; e um não-intensivo, R\$ 14,85 (BRASIL, 2002).

mensais com a produção de atendimentos aos usuários dos CAPS, o Ministério da Saúde repassa, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, o montante equivalente à sua produção. A inovação introduzida por este modelo de pagamento refere-se à fonte de financiamento, ou seja, ao acréscimo de recursos financeiros repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estadual e Municipal de Saúde (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, pp.129-132).

Sobre este aspecto, perguntamos aos entrevistados qual conhecimento possuem sobre o repasse dos recursos financeiros para o CAPS. Na sua maioria, eles referiram saber sobre os recursos originados a partir das APACs, contudo, relataram não saber sobre o controle do uso desse recurso, conforme expresso nas falas relacionadas:

[...] tem o valor, o montante desse valor que é produzido dos atendimentos pagos pelo Ministério (MS), então, tem isso mensal, a gente tem o valor que chegou, somou, vamos dizer assim, esse montante que a gente somou dos atendimentos feitos no mês, isso a gente sabe, porque as APACs são geradas aqui no CAPS, mas o repasse disso via Fundo Municipal, esse controle eu não sei, eu sei do valor que tem que receber mensalmente (VIK, 24/3/2006).

Bom, formalmente, eu desconheço qualquer..., todas as formas de recursos. O dinheiro da produtividade referente as APACs vai para o Fundo Municipal de Saúde e nunca teve prestação de contas disso. Na verdade a gente não sabe qual é o destino que é dado nem quanto vem; tem o nosso levantamento interno da produtividade, mas não sabemos o que é feito desse recurso (F, 12/4/2006).

Alguns profissionais referiram-se ao fato de o município não ter gestão plena do SUS,

Bom, eu tenho algum, pouco do que é repassado, a gente sabe o que foi recolhido, por exemplo, através das APACs, que são os atendimentos feitos aqui, então eu sei quantos atendimentos foram, qual seria o valor que essas APACs dariam, mas eu não sei qual o valor que a gente acaba recebendo, que fica num fundo perdido, no sentido de que é um fundo único por não ser gestão plena (J, 22/3/2006).

O conhecimento que eu possuo é muito irregular e insatisfatório, assim, a relação APAC, por exemplo, o repasse do dinheiro que viria do Ministério da Saúde a gente acaba..., nós não somos gestão plena então vai pra secretaria (municipal) de saúde e ali é passado pra compra de alimento..., enfim, mas nós não temos autonomia sobre esse dinheiro, então, uma vez que você não tem autonomia o teu conhecimento fica restrito. Está na mão da secretaria mesmo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais discorreu detalhadamente sobre a forma como os recursos são gerados e repassados à unidade gestora (SMS), referindo-se que todas as diretrizes sobre financiamento do serviço são preconizadas pelo Ministério da Saúde através de portarias.

Os recursos financeiros do CAPS são obtidos através de APACs, Autorização de Procedimento de Alto Custo; pra se preencher uma APAC é necessário que haja uma organização do serviço em cima de modalidades de atendimento; as modalidades de atendimento podem ser: semi-intensivo, intensivo e não-intensivo, cada um tem um determinado valor em relação a esse procedimento, ou seja, todas as diretrizes em relação a financiamento, o Ministério preconiza isso em portaria, então, os conhecimentos que eu possuo em relação aos recursos financeiros do Caps são os conhecimentos que já estão preconizados em relação ao Ministério da Saúde; essa APAC uma vez preenchida ela é computada, ela é repassada pro governo federal e este repassa o dinheiro fundo a fundo; esse dinheiro vem pro Fundo Municipal de Saúde, e é esse dinheiro que é aplicado na saúde mental pra ter a gestão do serviço [...] aqui acontece da seguinte forma: cada gestor municipal, como a política é municipalizada, eles criam um protocolo, nesse protocolo eles colocam de que forma esse dinheiro pode ser gastado na saúde mental; então, existe um documento no município dizendo, olha na saúde mental você pode gastar tanto com a associação de usuários, tanto pra comprar materiais, tanto pra gastar em vale transporte; então, existe um protocolo dizendo no que você pode gastar esse dinheiro que vem na saúde mental; é um dinheiro que vem do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde; esse dinheiro cai nessa conta e ali existe um acordo de como se gastar; esse dinheiro é manejado pelo gestor municipal de saúde (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme apontam Freire, Ugá e Amarante (2005, pp. 131-133), o modelo de alocação de recursos dos CAPS (sistema de remuneração por APAC) trás contribuições à política nacional de saúde mental ao inserir os CAPS no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) do MS, pois proporciona maiores incentivos financeiros, haja vista a alocação de recursos municipais extra-teto para a manutenção de serviços já existentes e a implantação de novos serviços.

Contudo, os mesmos autores ressaltam que há de se perceber que a lógica da remuneração que o SUS imprime aos CAPS vincula-se, preponderantemente, à doença. Ou seja, as unidades assistenciais do SUS seguem um sistema de remuneração vinculado a um diagnóstico, mais especificamente, a um episódio de doença, internação, contidos na tabela de procedimentos hospitalares (SIH/SUS) ou a ações ambulatoriais, inscritas na tabela de procedimentos ambulatoriais (SIA/SUS). Desta forma, “o sistema de saúde encontra-se, em sua quase totalidade, voltado para a produção de atos vinculados a doença, isto é, atos

curativos, valorizando, em consequência, intervenções predominantemente individuais, que são remuneradas pela venda de procedimentos, diárias e atos médicos-assistenciais de natureza privatizante” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p 133).

Amarante (2003, pp. 62-63) considera que os CAPS, como os serviços integrantes do SUS, também foram capturados pela lógica da *inampização*, ou seja, pela lógica do pagamento por procedimento. Para o autor, “o modelo prevalente dos CAPS é o herdeiro mais autêntico e legítimo da lógica do antigo INAMPS, onde a saúde era reduzida a doença, ao mesmo tempo em que o sistema de saúde era reduzido a assistência médico-curativa”.

Portanto, o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. Pelo contrário, tente a prejudicar a complexidade de ações dos CAPS, na medida em que não é previsto financiamento das diversas relações que podem ser estabelecidas com a comunidade, com as lideranças e associações comunitárias. Tais ações, dentre muitas outras possibilidades de intervenção territorial, “são inerentes a esse tipo de serviço e objetivariam imprimir um processo de transformação cultural nos diversos segmentos da sociedade, no lidar e no acolhimento das pessoas em sofrimento mental” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 135).

Sobre a forma de repasse dos recursos financeiros ao CAPS, os profissionais entrevistados relataram não existir descentralização administrativa. Os recursos chegam ao serviço na forma de materiais. Alguns profissionais observaram que até a gestão administrativa da secretaria municipal de saúde anterior eles tinham acesso a uma verba de R\$ 500,00 que utilizavam na compra de material para as oficinas. A partir da atual gestão esse dinheiro não foi mais repassado. A compra do material passou a ser feita através de orçamento encaminhado à secretaria, que faz o pagamento, e os profissionais retiram os materiais.

Não, a gente não tem acesso a esse recurso diretamente, a gente não é uma unidade que gere o seu recurso; ele vai pra secretaria e a secretaria... por exemplo: toda a compra de... o pagamento dos almoços, lanches, etc.. é a secretaria que faz; a gente não tem autonomia; o único recurso que a gente manuseia são os R\$ 500,00, que vem para as oficinas; isso é dividido, as Oficinas fazem um rateio, cada oficina compra o seu material, mas até parece..., da última compra fui eu que comprei, ela (SMS de Florianópolis) determinou, já colocou a empresa que vai fornecer; não sei se foi mediante licitação, já fez o pagamento direto, a gente só foi lá escolher e pegar os produtos que tinham sido

solicitados; então..., de outras vezes, por exemplo, a gente pegava o cheque ia lá comprava, pagava naquele valor, agora isso não foi feito dessa forma (P, 17/3/2006).

Desde que começou essa administração (Gestão Municipal 2004-2008) acabou esse repasse; então atualmente a única vez que a gente conseguiu material pras oficinas foi através de empenho que a própria secretaria fez..., então, permanece centralizado, a única coisa que a gente teve que fazer foi ir nas lojas fazer orçamento, passar pra secretaria, a secretaria emitiu as notas, e aí a gente foi buscar o material com essas notas, mas não com o dinheiro (F, 12/4/2006).

Não, não existe, porque, na gestão passada (Gestão Municipal 2000-2004) ainda vinha uma verba de dois em dois meses, tipo quinhentos reais pra compra de material pra oficinas; nós comprávamos, apresentávamos as notas e depois eles colocavam o dinheiro; nessa gestão (Gestão Municipal 2004-2008; Gestão da Secretaria de Saúde de 2004 até abril de 2006) não existe nada, então, a pergunta se existe descentralização administrativa dos recursos financeiros, não, não existe (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais referiu-se a descentralização não apenas como repasse de recursos financeiros e funções administrativas, mas como compartilhamento de poder na gestão do serviço.

Essa descentralização, eu estou entendendo como um compartilhamento de poder; não existe esse compartilhamento de poder na hora de gerir os recursos, assim, o CAPS possui CNPJ, mas ele não possui uma conta específica pra vir dinheiro pro CAPS, não existe isso, existe esse acordo que eu te falei, que vem do fundo a fundo e esse dinheiro vai pra saúde mental e o CAPS tem uma vertente pro CAPS, o dinheiro não é só pro CAPS, ela vai pra saúde mental, e aí o CAPS acaba utilizando esse dinheiro, então, quando pergunta sobre a descentralização eu faço a avaliação de que é o compartilhamento de poder, então, não tem isso, é o gestor que acaba se apoderando desse sistema de financeiro, a gente não interfere (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ao considerarmos a questão da descentralização político-administrativa dos recursos financeiros, temos a intenção de destacar que a transferência desta prática às unidades prestadoras de serviços em saúde nos municípios poderia estar favorecendo uma melhor utilização e adequação dos recursos às necessidades reais do serviço, bem como possibilitar maior agilidade na compra dos materiais e viabilizar um processo de gestão democrática e participativa, entre técnicos trabalhadores, usuários e gestores. Essa prática traduz-se, por sua vez, em um exercício político-pedagógico de construção da democracia, objetivando uma atuação com transparência na administração da coisa pública.

Quando questionados sobre se a descentralização financeira dos recursos possibilitaria o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, os

profissionais, na sua maioria, disseram que sim, com algumas ressalvas feitas para a necessidade de mudanças na forma de gestão administrativa do serviço, conforme expresso nas falas que seguem:

Sem dúvida, sim sem dúvida, isso é um equívoco assim porque..., justamente porque a gente não sabe qual é o destino dado a esse dinheiro. A gente acredita que se a gente tivesse mais transparência nesse processo a gente poderia pelo menos priorizar certas coisas que são de fato importante e garantir que elas fossem..., que a gente conseguisse obter essas coisas, enfim, o investimento necessário (F, 12/4/2006).

A melhor utilização sim acho que o planejamento teria que ser anterior, mas sim, acredito que utilizar no sentido até..., porque muitas vezes, como vai para esse Fundo que é pra todos, pra toda a saúde, você acaba sem saber, igual agora, que a gente já tem o dinheiro da supervisão disponível na secretaria, mas não tem como a gente começar amanhã, embora o dinheiro já esteja lá., porquê? porque a gente não sabe como esse dinheiro vai sair e entrar na mão do terapeuta que vai fazer a supervisão da equipe e isso pode demorar um mês, dois meses, vai saber, seria melhor, claro (J, 22/3/2006).

Sim, com certeza, porque nos iríamos sentar e ver as necessidades, por exemplo, esse ano nós ficamos desde o ano passado até um mês atrás sem material nenhum pras oficinas e as oficinas que mais tinham, capitalizavam usuários e não tínhamos material, nós tivemos que suspender as oficinas; então nós sabemos das necessidades, as necessidades dos usuários, quais as oficinas tem mais usuários, pra gente pode administrar e vê onde pode estar investindo (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que sim porque ficaria mais próximo da própria administração do CAPS, porém, ia surgir a necessidade de ter todo um aparato administrativo pra poder gerenciar isso, mas assim, na medida que aqui no CAPS a gente tem uma gestão participativa, em que os usuários estão reunidos semanalmente pra pensar as regras do CAPS, as necessidades do CAPS, enfim, seria mais interessante talvez, esse repasse direto tu quer dizer, é... não sei assim, a princípio..., hoje a gente tem uma estrutura de conselho que prevê o controle social através do Fundo Municipal de Saúde, o Conselho Municipal tem essa ligação também, e aí a gente está lá também, de certa forma representado (VIK, 24/3/2006).

Olha, eu acho que teria que mudar um pouco a nossa dinâmica de funcionamento; não deixa de ter um lado...bom, é uma faca de dois gumes, poderia facilitar a gente fazer um processo mais rápido talvez, não faltaria coisa, porque as vezes faltam coisas básicas, agora, por exemplo, faltam copos, se você tivesse o recurso você ia ali e comprava uns pacotes de copos, não teria essa... essa falha; agora é saber que é mais uma tarefa também que acumularia em termos administrativos, financeiros, quer dizer, não sei se você não está ali também inchando o processo burocrático aqui dentro do CAPS; eu acho que pode ter vantagens, mas pode ter desvantagens; eu teria que pensar melhor, nunca pensei nessa possibilidade; assim, acho que o dinheiro da Oficina, puxa, se a gente tivesse aqui uma verba seria mais fácil, as vezes faltam coisas

pequenas que você não tem como estar repondo aqui, tem que esperar uma nova verba, de repente pra.... (P, 17/3/2006).

Um dos profissionais observou sobre as questões práticas e políticas que envolvem a descentralização no contexto do SUS:

Esse compartilhamento de poder ele só pode ser discutido dentro da lógica do SUS, universalização, integralização, etc., dentro dos preceitos do SUS tem o controle social, essa descentralização só pode ser discutida quando acontece o controle social. Hoje essa descentralização ela tem que ser discutida no Conselho Municipal de Saúde e mais precisamente no conselho gestor dentro do CAPS; agora, porque não ocorre isso? Porque não tem a clareza da necessidade; eu acredito que as pessoas que acabam estando na prática, principalmente no CAPS, se sobrecarregando com as coisas, e acabam não tendo a clareza, ou não querendo assumir mais um encargo trabalhista; então, esse é um dos grandes problemas que existe, a sobrecarga de trabalho, as condições de trabalho, aí você acaba tendo que lutar por tudo isso; isso aí eu vejo que tem muito a ver com a questão da militância, pessoas que já estão, lá na época ou do ensino médio, que já começam ir pros grêmios, depois a pessoa acaba indo pra militância no movimento estudantil, e quando vão pros serviços de saúde são profissionais mais críticos, que acabam tendo essa visão mais ampla da saúde e da política; então, as pessoas que acabam chegando no serviço com um pouco desse ideal de controle social eu diria, acabam questionando mais essa questão da descentralização; voltando a tua pergunta sobre a descentralização financeira, ela poderia sim possibilitar um melhor planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, se houver o controle social dentro dessa descentralização financeira (GIRASSOL, 20/3/2006).

Cabe destacar que a proposta da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, na regionalização e na hierarquização da rede de serviços, constante entre os princípios e diretrizes do SUS, coloca o município como lugar privilegiado para o desenvolvimento de uma política de financiamento das ações em saúde, com critérios transparentes, e que respeite as particularidades da realidade local. O Ministério da Saúde continua a ser a instância que, na administração do Fundo Nacional de Saúde (FNS), acompanha a aplicação dos recursos que são repassados aos estados e municípios. Estes, por sua vez, são obrigados a constituir os seus respectivos fundos de saúde e conselhos estaduais e municipais, elaborar planos de ação e apresentar relatórios de gestão, garantindo também a existência de contrapartida de recursos para a saúde nos seus orçamentos (COSTA, 2002).

Embora a descentralização seja uma prática com vistas a aumentar o poder decisório de aplicação dos recursos na esfera local, esta ainda apresenta muitos problemas, na medida que não consegue alcançar efetividade, dados os impasses de ordem burocrática e administrativa. Por si só a descentralização não garante maior controle social ou uma prática democrática. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada que abarque as especificidades da área da saúde mental.

Nesse sentido, a lógica fundamental da estrutura de financiamento exigida é a de que os recursos financeiros devem ser centrados nas pessoas e não nos serviços. O financiamento deve contemplar todas as ações necessárias e decorrentes da implantação, implementação e sustentação de uma nova política de saúde mental (BRASIL, 2002a). O que deve ser colocado em pauta é a viabilidade de se financiar o CAPS como um todo, envolvendo todas as suas ações e especificidades, permitindo-se que cada serviço tenha flexibilidade para realizar seu trabalho de acordo com as necessidades locais, desvinculando o financiamento da relação de compra e venda de serviços e da noção de doença (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 136).

3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico

Os profissionais que trabalham nos CAPS compõem um grupo de diferentes técnicos de formação de nível superior e nível médio, e integram uma equipe multidisciplinar. Todas as unidades de serviço devem obedecer a exigência da diversidade profissional e cada CAPS tem suas próprias características quanto ao tipo e a quantidade de profissionais. A equipe mínima indicada para os CAPS II é composta por médico psiquiatra, enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior de outras categorias profissionais entre psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro necessário ao projeto terapêutico e seis profissionais de nível médio entre técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).

O papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. As equipes devem organizar-se para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação

psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e poder equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas (BRASIL, 2004).

Neste item nos propomos a descrever e analisar a composição e perfil da equipe técnica do CAPS Ponta do Coral, bem como as dificuldades e facilidades do trabalho em equipe consideradas pelos profissionais, a existência de práticas interdisciplinares no atendimento ao usuário, de projeto terapêutico e planejamento das ações da unidade de serviço¹³. Ao final do item consideramos os apontamentos dos profissionais sobre as diferenças do atendimento prestado no CAPS em relação ao realizado nas instituições tradicionais/hospitais psiquiátricos.

3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental

O CAPS Ponta do Coral conta com uma equipe de profissionais multidisciplinar que atua diretamente no atendimento aos usuários. São profissionais com formação de nível superior nas áreas de psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Entre os de formação de nível médio estão dois técnicos em enfermagem e um auxiliar administrativo. Compõem a equipe, ainda, os profissionais de apoio, vigilantes e auxiliar de limpeza, e estagiários de psicologia, serviço social e enfermagem.

¹³ É importante destacar que o perfil bem como a opinião dos profissionais sobre o serviço varia, no decorrer do tempo histórico, de acordo com a composição da equipe naquele determinado momento. Outros trabalhos já realizados identificam o perfil da equipe, a percepção dos profissionais sobre o trabalho no CAPS, o significado e o processo de inserção no serviço, a concepção sobre o modelo assistencial e práticas de desinstitucionalização, em épocas anteriores. Entre estes ver: GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003; FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial** - percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004; NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental:** em busca da articulação e qualificação das ações em saúde. Monografia (Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Lato Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

A maioria dos técnicos de nível superior concluiu a graduação na década de 1980. Metade deles possui capacitação específica na área de saúde mental, em geral, cursos de formação e aperfeiçoamento, especialização em terapia cognitiva comportamental, saúde pública, clínica, psicoterapia, psicanálise, atenção psicossocial. Três profissionais possuem mestrado nas áreas de enfermagem, sociologia política, artes cênicas; um fez residência médica em psiquiatria e cursa mestrado na mesma área; uma profissional tem doutorado em sociologia política.

Mais da metade dos profissionais (58,3%) possuem experiências de atuação profissional em outras instituições da área de saúde mental como clínica de internação, hospital psiquiátrico, centro comunitário de saúde mental, serviços de atenção à dependentes químicos e centro de atenção psicossocial. A maioria (66,7%) atua na área de saúde mental a partir da segunda metade da década de 1990. Cinco profissionais identificaram ter experiência de atuação em outras instituições que não da área de saúde mental.

Com relação ao tempo de serviço no CAPS, quatro profissionais atuam desde a implantação do serviço, em 1996, três ingressaram na equipe entre os anos de 2001 e 2002, e quatro profissionais passaram a fazer parte da equipe recentemente, a partir de meados de 2004. Quanto ao tipo de vínculo empregatício, a maioria, 75% (9 profissionais), é servidor público concursado, dois são contrato temporário e um ingressou no serviço público municipal através de indicação técnica. Nove profissionais possuem regime de trabalho de 30 horas semanais e 3 deles trabalham 40 horas semanais.

Com relação a capacitação específica em saúde mental para atuar no CAPS, todos os entrevistados consideram esse quesito de grande importância. Entre as razões apresentadas estão: a necessidade de compreensão e entendimento comum do que é um CAPS e o entendimento do tipo de assistência que este serviço deve oferecer; a preocupação com a diferença no atendimento que o CAPS deve oferecer em relação aquele prestado em outros serviços de saúde mental; a necessidade da capacitação para suprir as defasagens da formação acadêmica, que, em geral, não abarca as especificidades do campo da saúde mental.

Na opinião dos entrevistados,

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS, não tem a qualificação pra atuar, então ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então é necessária a questão da capacitação... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ah sem dúvida, sem dúvida, principalmente porque o que a gente está propondo é uma reformulação no modo da assistência em saúde mental, então é preciso que quem venha trabalhar num CAPS entenda essa lógica, que não venha pra cá com a mesma mentalidade do que se faz no hospital psiquiátrico, do que se faz em ambulatório, é outra coisa também diferente da atenção básica, então o CAPS precisa disso, precisa que o profissional tenha essa.., esse tipo de orientação, esse tipo de compreensão da sua finalidade (F, 12/4/2006).

Muito, muito importante, justamente por isso que eu estou te falando, porque assim, o profissional que trabalha no campo psicossocial, de qualquer área, ele necessariamente precisa quebrar a prática estereotipada pra poder entrar num serviço como esse porque o assistente social de um CAPS ele não é aquele assistente social de um hospital psiquiátrico, ele muda, ele faz outras coisas, ele se coloca de outro jeito, assim também é o médico, assim também é o psicólogo, o enfermeiro, então, uma formação específica pra essa área é bastante adequado porque vai tratar especificamente das necessidades que se colocam no cotidiano (VIK, 24/3/2006).

Considero, considero sim. É interessante que cada um tenha um saber, que traga o seu saber pela sua formação, da sua prática, do seu bairro, da sua comunidade, mas trabalhar no CAPS não é trabalhar em ambulatório, trabalhar no CAPS é ter um conhecimento sim do que é uma Reforma Psiquiátrica, do que significa um CAPS num panorama hospitalocêntrico. É toda essa questão política que tem por trás, questão financeira também, que é um serviço que se propõem substituir sim progressivamente os hospitais. Em muitos lugares isso já é feito, já conseguem fazer internação zero, outros lugares não; então, uma abordagem no CAPS precisa sim ter capacitação (LÉLI, 4/4/2006).

Sim, até por que o que é o CAPS? O quê um CAPS deveria ser? Cada um tem a sua idéia do que é um CAPS, mas ela não é uma idéia homogênea, então a minha experiência do que é um CAPS em outros lugares, que eu já tive em outros lugares especificamente, é muito diferente do que eu chego aqui e encontro as pessoas falando o que é um CAPS. é claro que a capacitação para um CAPS, para o que é o trabalho em CAPS podia homogeneizar, pelo menos todo mundo iria estar falando a mesma língua (J, 22/3/2006).

Sobre este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005, p. 30), observam que “os profissionais de saúde mental são, ainda em grande parte, formados a partir da prática cotidiana que caracteriza a lógica manicomial”. Hospitais e clínicas psiquiátricas constituem-se ainda os espaços onde “são oferecidos treinamentos em serviço (sob a forma de estágios e residências) aos profissionais que irão, no futuro, tentar materializar a nova lógica dos serviços substitutivos”.

Os autores destacam que “do sucesso da forma de organização da produção e transmissão do conhecimento pode depender o sucesso da própria reforma psiquiátrica” (OLIVEIRA; DORNELES, 2005, p. 32). Neste sentido, é importante que seja colocado na

cena do debate o funcionamento das instituições de aprendizado profissional sob a ótica da reflexão sobre as práticas e não apenas sobre o discurso das propostas dos cursos de formação. Os centros de formação devem se programar, planejar e garantir aprendizado e treinamento supervisionado, em que se pratique e construa espaços de práticas genuinamente terapêutica.

Na mesma direção, um dos entrevistados expressou sua preocupação com relação a seleção dos profissionais que vão atuar no CAPS, argumentando que os resultados do trabalho também dependem desse aspecto.

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS não tem a qualificação pra atuar, então, ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então, é necessária a questão da capacitação [...]. o processo de inclusão do profissional na área da saúde mental hoje, como se dá? Ele se dá por indicação política, seleção por contrato temporário e por concurso público. A indicação política pode ofertar profissionais desqualificados, pode! O contrato temporário, se não tiver um rigor no perfil que se quer pra trabalhar em CAPS vai acontecer a mesma coisa, um profissional desqualificado, o concurso público a mesma coisa, se não tiver um perfil, se não tiver o que se gostaria realmente, qual profissional que você gostaria de estar atuando hoje no CAPS, então, enquanto não se superar a forma de inserção no trabalho do CAPS, enquanto não se superar a discussão da saúde mental nos currículos acadêmicos vai continuar sendo sempre necessária a questão da capacitação [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Com relação a formação das equipes técnicas para atuar nos CAPS, as indicações aprovadas na e pela III CNSM apontam para a necessidade de que a contratação de profissionais deva ser realizada exclusivamente por meio de concursos públicos, e em caso de urgência, através da CLT, mas com seleção pública. E, ainda, os concursos devem exigir os pré-requisitos necessários e adequados à proposta de trabalho em saúde mental, alinhada teórica e conceitualmente aos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2002a).

Assim, é necessário considerar, quando da seleção dos profissionais, o perfil para trabalhar junto ao portador de sofrimento psíquico, bem como a existência de uma dimensão subjetiva, humanizante, solidária e fraterna como componente fundamental do perfil dos trabalhadores em saúde mental. Nesta direção, uma das participantes da pesquisa destacou a questão da opção política por este tipo de trabalho, associada a necessidade de competência técnica para atuar na área.

Eu acho que a gente trabalha com situações que requerem um estudo permanente, formação permanente, [...] eu acho que este é um dos vícios da saúde pública. Muitas vezes se confunde um pouco o tratamento ético ou moralmente responsável com uma qualidade também técnica. Eu acho que as duas coisas têm que estar associadas, tem que ter uma empatia pela causa da saúde pública, que aí entra na questão ética, moral de cada um, valores que você tem quando você vem pra esse tipo de trabalho; muitas pessoas que vem pra saúde pública quase que tem uma vocação religiosa. Mas ao mesmo tempo você também tem que ter uma competência técnica; não basta você tratar bem o paciente, você acolher, você precisa saber como intervir dentro da linha de trabalho que cada um escolhe, isso é fundamental (P, 17/3/2006).

Os profissionais, na sua maioria, indicaram ter recebido capacitação para atuar no CAPS. Referiram-se, especificamente, a um treinamento/capacitação realizado em novembro de 2005, com duração aproximada de 20 horas, organizado pela Assessoria Técnica de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde¹⁴. Contudo, alguns observaram que foi um treinamento tipo encontro, de curta duração, com trocas de experiências, e que não chegou a ser muito significativo.

Com relação a política de saúde mental, a maioria dos profissionais (83,3%) afirmou ter no mínimo algum conhecimento de sua organização e diretrizes. Entre os entrevistados, todos consideraram importante saber sobre os princípios, a estrutura e forma de organização da política de saúde mental para o trabalho do CAPS. Todos indicaram haver disponibilidade de material didático relativo a política na unidade de serviço.

Sim, precisa conhecer a política porque o atendimento está dentro dessa política, dessa lógica. (LÉLI, 4/4/2006).

Claro! é vital, pra poder planejar o seu trabalho, pra poder saber como é que a gente se liga com outros serviços, como é que a gente pode montar a rede, isso é fundamental porque o trabalho não se encerra aqui dentro, não pode ficar aqui dentro só, ele tem que poder justamente se expandir (F, 12/4/2006).

Sim é muito importante, até pra saber o que está acontecendo, o que pode ser feito, quais são os recursos disponíveis, o que precisa melhorar. Acredito que, fora a sua capacitação individual, eu acho que isso é uma outra premissa pra você iniciar no serviço [...] (J, 22/3/2006).

É importantíssimo conhecer, primeiro saber se ela existe, primeiro a pessoa tem que ter a curiosidade, tem que ter o desejo e a clareza de que é essencial ter os parâmetros ou diretrizes políticas de saúde mental pra

¹⁴ O município não tem o cargo de Coordenador de Saúde Mental. Em novembro de 2005 foi nomeada Assessora Técnica em Saúde Mental a enfermeira Lílian Pagliuca, que permanece na função até a data da presente pesquisa.

poder acompanhar, se orientar, e, segundo, conhecer sobre essa política (GIRASSOL, 20/3/2006).

Muito importante porque hoje a gente tem acesso a isso, aqui no CAPS a gente tem a legislação de saúde mental e pra gente poder entender porque, assim, a gente está na gestão da política também, por ser participativa, por estar junto nas decisões, então é preciso que a gente entenda, e tem muito detalhamento, são muitas portarias, o sistema de financiamento também é bastante complexo [...] (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que claro, porque a gente está dentro de um braço da política nacional de saúde; tanto pra você ter noção de qual é a perspectiva, em nome de que esse serviço está sendo mantido, também pra você poder avaliar a possibilidade desses ideais, dessas prerrogativas, que são pensadas a nível geral e nacional, serem realmente eficaz em termos práticos, porque muitas vezes você tem uma boa idéia, mas nem sempre uma boa idéia traz um bom resultado [...] (P, 17/3/2006).

Nesse sentido, a construção e consolidação de uma política de saúde mental, coerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o estabelecimento de uma política adequada de recursos humanos, que valorize e considere a importância do trabalhador de saúde mental na produção dos atos de cuidar. Para isso, deve-se garantir a capacitação e qualificação continuadas; a remuneração justa dos profissionais; a garantia de condições de trabalho e de planos de cargos, carreira e salários; a democratização das relações e das discussões em todos os níveis de gestão; a incorporação das questões de segurança, saúde e saúde mental do trabalhador; a garantia de supervisão clínica e institucional; a avaliação de desempenho e garantia da jornada de trabalho adequada para todos os profissionais de nível superior, bem como a isonomia salarial entre eles (BRASIL, 2002a).

3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário

De acordo com as indicações aprovadas na III CNSM, a política de recursos humanos para a saúde mental deve visar implantar, em todos os níveis de atenção, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, na perspectiva do rompimento dos especialismos e da construção de um novo trabalhador em saúde mental, atento e sensível

aos diversos aspectos do cuidado, ou seja, com uma visão integral e não fragmentada da saúde (BRASIL, 2002 a).

Segundo 83,3% dos profissionais o trabalho no CAPS Ponta do Coral é realizado em equipe. A maioria considera que existem dificuldades na realização das atividades. Uma delas está relacionada, conforme identificado por eles, ao fato de que nem todos compartilham das mesmas referências com relação à Reforma Psiquiátrica, à saúde pública e ao projeto do CAPS.

Bom, são várias, mas o que eu vejo de mais complicado é o fato de que nem toda a equipe compartilha das mesmas referências em relação ao que seja a Reforma Psiquiátrica, a função de um CAPS, as necessidades que o CAPS tem pra alcançar esses objetivos. Isso se deve em parte a diversidade da formação, e também às convicções pessoais. O problema não é a diversidade em termos da formação profissional em si, mas o modo, o fato de que você tem uma equipe multiprofissional por exemplo, isso gera alguma dificuldade na troca, na possibilidade de produzir um conhecimento novo a partir dessas experiências que são de diferentes disciplinas, diferentes áreas. Mas eu diria que é mais no sentido da Reforma Psiquiátrica mesmo, naquilo que ela aponta, então parece que esse é um problema a mais; outro que tem se tornado mais evidente pra mim ultimamente é a falta de formação de grande parte dos profissionais sobre o que seja saúde pública, boa parte deles não conhece o sistema de saúde pública, apesar de trabalhar num serviço de saúde pública, mas não conhece o sistema, não sabe a lógica, não sabe como é que ele funciona, então acaba tomando decisões muitas vezes administrativas que são equivocadas, que não levam em conta o modo de funcionamento da saúde pública (F, 12/4/2006).

Tem sim várias dificuldades, entre elas, existem diferenças de formação e, portanto, ideológicas. Alguns momentos a gente vê, assim, o CAPS tem um projeto de não internação, de autonomia do usuário, de gestão plena do usuário, e, as vezes, a equipe, algumas pessoas acabam esbarrando com isso. O entendimento disso é muito difícil também, as vezes é uma linha muito tênue entre o que é o assistencialismo, a autonomia, o que é dar o limite do ponto de vista terapêutico e o que é dar o limite porque você não quer se incomodar. Então, algumas pessoas não vêm de uma postura da Reforma Psiquiátrica, não sabe o que é uma Reforma Psiquiátrica, não tem uma noção, [...] é uma luta política também e algumas pessoas não sabem o que é [...] (LÉLI, 4/4/2006).

Em outras falas, foi apontada como uma das dificuldades do trabalho em equipe questões relacionadas a uma suposta divisão entre o grupo de técnicos.

A relação com a equipe tem uma certa peculiaridade, eu acho que as pessoas, a equipe que começou anteriormente, já desde a formação ou no começo do CAPS, eles se intitulam como a equipe do CAPS. Os que chegaram depois, em geral, não são bem acolhidos, ou são muito pouco,

tanto que as próprias atividades em equipe, em grupo, dificilmente, essas pessoas novas são incorporadas ao que já existe; então, acaba criando aí até a equipe da manhã, a equipe da tarde, mais ou menos, embora eu estou aqui todo o período, mas tem essa divisão... e eu acho que assim o ponto de partida é esse, a sensação é que quem não estava aqui desde o começo não fez parte da história (J, 22/3/2006).

A equipe que iniciou lá em 96 (1996) veio com algumas questões conceituais amarradas. Por quê? Porque a pessoa que estava pensando, planejando o CAPS ela vinha do Movimento da Luta Antimanicomial, era uma das representantes em nível nacional aqui em Floripa, Santa Catarina; então tinha algumas coisas amarradas na estrutura de atendimento do CAPS, que era muito pra poder implantar o sonho da Reforma Psiquiátrica aqui em Floripa, criar um serviço, do município, que de fato evitasse internação, que de fato fosse continente pros usuários com transtorno mental grave, e isso se mantém, porém, com a chegada dos técnicos que foram sendo substituídos, alguns saíram, técnicos novos entraram, a equipe de profissionais foi se modificando, a gente tem uma distância conceitual por mais que a gente pretende uma proposta multiprofissional, e a gente consegue, ao longo do tempo a gente conseguiu, é muito interessante o jeito como nós trabalhamos, porque de fato conseguimos trabalhar cada profissional lado a lado, dividindo o mesmo grupo, a mesma oficina terapêutica, então, assim, isso é possível, mas hoje, a gente, assim, tenta manter esse paradigma da Reforma Psiquiátrica, da desospitalização, do fortalecimento dos serviços territorializados, de um modelo que é um modelo multiprofissional, com a gestão participativa dos usuários, contra o modelo hospitalocêntrico, médico centrado, mas existem diferenças na questão conceitual da equipe, isso é falho, inclusive pra própria equipe (VIK, 24/3/2006).

A importância da unidade da equipe no atendimento ao usuário e na organização do trabalho recai sobre a qualidade do tratamento terapêutico ofertado. A mudança de paradigma epistemológico com relação a saúde mental não garante por si só a alteração das práticas assistenciais. Os conflitos e problemas de equipe existentes precisam ser trabalhados nas supervisões institucionais de forma que os técnicos consigam superar as dificuldades que obstaculizam a união do grupo em torno de um objetivo comum, sejam elas ideológicas, de formação, de concepção e/ou de afinidade com os colegas.

Um dos entrevistados apontou a questão das relações de poder e diferenças nos valores pessoais e nas relações interpessoais como dificuldades do trabalho em equipe.

Primeiro, a relação de poder, eu acho que é um grande problema, uma dificuldade que existe. Essa relação de poder, ela emana, que eu tenho percebido, da psicanálise, da teoria psicanalítica e da teoria psiquiátrica; então, os profissionais detentores desse conhecimento acabam, sutilmente, estabelecendo poder frente aos profissionais não-psi diria; essa relação de poder pelo saber é um dos problemas ou uma das dificuldades que eu encontro pra trabalhar em equipe no CAPS; outra

dificuldade, acho que é a própria experiência de vida das pessoas, aquelas pessoas em que parece que não estão claros os valores humanos como solidariedade, amor, justiça, sabedoria, a práxis, o repensar a prática, profissionais que não fazem a autocrítica da sua prática, pra mim, eu acho que é uma dificuldade trabalhar em equipe devido a isso; então, seria esse poder pela teoria e essa questão um pouco mais pessoal que é a relação de lidar com o outro, as relações interpessoais, são dificuldades que eu vejo em equipe (GIRASSOL, 20/3/2006).

A partir da fala profissional é possível pensar sobre as relações de poder que se estabelecem pelo saber. Conforme nos ensina Foucault (1979), os poderes se exercem em níveis variados e em pontos diferentes da vida social. Neste complexo, existem os micropoderes que estão intimamente relacionados com a produção de determinados saberes (sobre o criminoso, a sexualidade, a doença, a loucura). Assim, o poder não é algo que se detém como uma coisa, como uma propriedade, que se possui ou não. O poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona, como uma máquina social que não está situada em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda estrutura social (MACHADO, 1979 p. XIV).

De acordo com Foucault (1979), todo conhecimento, seja ele científico ou ideológico, só pode existir a partir de condições políticas, que são as condições para que se formem tanto o sujeito quanto os domínios de saber. Para o autor não há saber neutro, todo saber é político. Dessa forma, saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber. E, em contrapartida, todo saber assegura o exercício de um poder (MACHADO, 1979 p. XXI - XXII).

Na seqüência, a entrevistada aponta de forma geral algumas das questões cotidianas como dificuldade no trabalho em equipe.

Bom, eu acho que as vezes a gente é muito trefista, a gente não tem o tempo suficiente que a gente gostaria para estar parando para discutir os casos, se ater a cada paciente; tem diferenças na equipe também, tem conflitos [...] mas assim, a gente ainda tem, as vezes, coisas assim muito imediatistas, que não nos propiciam fazer realmente um estudo de caso mais integrado, ter uma intervenção, as vezes, mais articulada; a gente tem tentado em alguns momentos, mas assim, não é uma coisa que tem um peso forte como eu acho que deveria ter (P, 17/3/2006).

Dessa forma, a intensidade das demandas colocadas aos profissionais, especialmente na atualidade, provocam o desenvolvimento de ações pragmatistas, muitas

vezes sem uma reflexão maior. Isso vem acontecendo em vários contextos institucionais e com diferentes profissões. Ou seja, na medida que aumentam as necessidades humanas e as demandas para satisfazê-las, não ocorre no mesmo ritmo, o aumento da oferta de equipamentos e serviços assistenciais capazes de dar conta da complexidade dos problemas decorrentes da emergência das novas relações sociais, econômicas, culturais, advindas com a modernidade.

A precarização das condições de trabalho também foi apontada pelos entrevistados como mais um dos fatores que, por vezes, dificultam a convivência e o trabalho em equipe. Eles se referem a questão da diferença na remuneração salarial entre os profissionais que trabalham no CAPS, principalmente do médico para as outras profissões. A desproporção salarial chega a diferença de até quatro vezes mais entre o que recebe o profissional médico e o salário dos demais técnicos. Associadas a esta situação estão a diferença na carga horária de trabalho, a condição de contratação temporária, a falta de reconhecimento por parte da SMS, no apoio e incentivo à participação em eventos científicos e de militância política na área, entre outras.

Os profissionais indicaram que contam com supervisão institucional para lidar com as questões do trabalho no cotidiano. A supervisão institucional existente era, até o início deste ano (2006), paga pelos próprios profissionais, mas nem todos participavam. A partir do mês de abril do corrente esta passou a ser financiada com recursos provenientes do Ministério da Saúde. Além deste tipo de supervisão, foi relacionado como outro recurso existente para abordar essas questões as reuniões de equipe, realizadas mensalmente, as reuniões clínicas, realizadas semanalmente, e foi citada pelos técnicos em enfermagem, a supervisão realizada com profissional da área.

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que as políticas de formação e capacitação em saúde mental devem criar espaços de trocas baseados na realidade local, com valorização dos diversos saberes e metodologia participativa. A supervisão clínica e institucional permanentes deve ser estendida a todas as pessoas que trabalham com portadores de transtorno mental: equipes de PSF e PACS, trabalhadores da urgência e emergência, do hospital geral, dos serviços substitutivos e dispositivos residenciais, cuidadores de saúde mental, profissionais de nível médio e superior da rede de saúde mental. A referida Conferência destaca, ainda, a necessidade de implantação da NOB – Recursos Humanos do SUS, salientando a importância da garantia da capacitação para todos os níveis, supervisão permanente, interdisciplinaridade e isonomia salarial (BRASIL, 2002a).

Com relação as potencialidades que o trabalho em equipe possibilita os profissionais destacam a relevância deste no atendimento ao usuário, a possibilidade de trocas entre as varias áreas e a oferta de um atendimento multidimensional.

Entendo que essa é uma clínica multidisciplinar e isso (trabalho em equipe) é importante pela complexidade mesmo do tipo de fenômeno com o qual a gente trabalha, então, a gente precisa, é necessário ter uma oferta de serviços e de formas de atenção, que seja a mais diversificada possível, pra que a gente possa atender a uma série de necessidades que as profissões nas suas especialidades não dão conta; então essa é a grande vantagem, você pode fazer essa atenção multidimensional, isso é interessante (F, 12/4/2006).

A vantagem é justamente a estrutura coletiva de resposta à uma situação que chega pra você; vem a psiquiatria trazer um conhecimento, a psicanálise traz outro, [...] a enfermagem acaba dando a sua contribuição quando discute realmente a relação, vem o serviço social discute essa articulação que a pessoa tem com o social, e essas pessoas (profissionais), com seus conhecimentos, vão socializando esse conhecimento pra dar a resposta às fragilidades ou às potencialidades de vida que essa pessoa traz (GIRASSOL, 20/3/2006).

Acho que a grande vantagem é que a gente quebra a lógica hospitalocêntrica que era muito centrada no médico, na figura do médico, naquilo que o próprio médico decidia do tratamento, hoje quem decide é a equipe multiprofissional [...] (VIK, 24/3/2006).

Ah! Muitas, eu acho, em primeiro lugar, essa possibilidade da troca interdisciplinar; porque eu acho que cada um tem um tipo de contribuição diferente, um saber que te ajuda a pensar com mais amplitude o próprio trabalho, o próprio paciente, e, eu acho que quebra um pouco certas relações de poder; também, assim, o fato de a gente lidar com situações que são muito pesadas para alguém estar lidando sozinho, então quando você sente essa coisa da equipe, quando tem um paciente que está muito comprometido ou que tem risco de vida, a gente se sente muitas vezes angustiada por aquele paciente e você tem a equipe pra te dar um respaldo, pra estar pensando junto. Acho que isso é, sem duvida, algo que gratifica também (P, 17/3/2006).

Primeiro, agregar conhecimentos, se a equipe for multidisciplinar, que não quer dizer interdisciplinar, mas a princípio se ela for multidisciplinar a possibilidade de trocas de conhecimento de várias áreas realmente acaba sendo muito rica; são vários olhares sobre uma mesma questão, vários pontos de vista. Quando o trabalho de equipe é interdisciplinar, as pessoas acabam trocando mesmo, saindo, as vezes, do seu campo de formação, podendo estar se estendendo em outros campos, acaba sendo mais rico ainda. Num trabalho como o CAPS é necessário (o trabalho em equipe). Eu não consigo ver o trabalho que não seja em equipe porque pra você atender um usuário você precisa de uma equipe, pra você abordar o usuário, uma família, receber uma família precisa de vários olhares, enfim, de várias formações, vários olhares técnicos, da parte de

enfermagem, psicologia, da arte, serviço social, então, isso é importante (LÉLI, 4/4/2006).

O reconhecimento de outras dimensões no processo saúde-enfermidade, que não estritamente a biológica, traz a tona a questão da interdisciplinaridade¹⁵, pois na busca da integralidade da assistência a atuação de um único saber profissional não é suficiente. No processo da Reforma Psiquiátrica o campo da saúde mental é chamado a refazer-se por inteiro, ampliando o seu foco de abordagem e procurando romper com as delimitações dos saberes tradicionais na área. Busca-se uma nova recomposição de conhecimentos, sustentados sobre um conjunto de rupturas e novas premissas, e não apenas um novo somatório ou rearranjo simples dos saberes especializados. Desta forma, diversos campos de saber, implicados na assistência em saúde mental, são envolvidos na teorização e nas novas práticas de cuidado (VASCONCELOS, 2000a).

A pesquisa realizada indicou que 66,3% (correspondente a oito dos doze profissionais que responderam o formulário) dos profissionais consideram que existe interdisciplinaridade no atendimento ao usuário no CAPS Ponta do Coral. As falas relacionadas na seqüência apresentam a concepção dos profissionais sobre interdisciplinaridade e indicam a respectiva compreensão sobre a importância desta no atendimento ao usuário.

A gente poder ter o que a gente chama de clínica ampliada, essa multidimensionalidade que nos permite atacar o problema de várias formas e, portanto, oferecer diversas formas de atendimento, desde o medicamentoso até o serviço social, as oficinas, as oficinas expressivas, a arte, etc. (F, 12/4/2006).

Eu acho que em primeiro lugar isso, assim, é um olhar mais amplo para a condição daquele paciente. Cada profissional tem um aspecto que acentua, pela sua vida, pela sua formação; o educador artístico tem uma outra estratégia, por exemplo, pra lidar com aquela queixa do paciente, o assistente social tem uma, o psicólogo tem outro olhar, assim, eu acho que pra mim soma, eu acho que é uma forma da gente também aprender, enriquecer a nossa análise, a nossa possibilidade de intervir; sem dúvida que é rico (P, 17/3/2006).

Alguns profissionais expressaram sua concepção de interdisciplinaridade observando que esta não é sinônimo de multidisciplinaridade e que nem sempre é possível fazer práticas interdisciplinares.

É justamente isso, poder compartilhar o conhecimento que cada disciplina traz, essa inter, mas realmente compartilhar isso e não a

¹⁵ Sobre os conceitos de multi, inter e transdisciplinaridade ver, entre outros, Vasconcelos, 2000a.

multidisciplinaridade; é pensar, coletivamente, saídas pra enriquecer a vida da pessoa e aí é sempre um pensar e repensar (GIRASSOL, 20/3/2006).

Então, essa idéia dessa troca de conhecimento pra poder ajudar o usuário, pra poder a equipe ter um suporte também, pra poder, num estudo de caso, por exemplo, trocar os vários conhecimentos, os vários pontos de vista e poder estar entrelaçando; então, é importante, mas nem sempre se consegue fazer (LÉLI, 4/4/2006).

Já nas falas que seguem é possível perceber a concepção de interdisciplinaridade mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade.

Cada profissional tem a sua especialização, e ele foi formado para atender determinadas características que aquele usuário precise, ou informações, e a própria atenção, e cada um tem uma formação específica e diferenciada; então, eu acho que quanto mais ampla, mais amplamente ele for avaliado, e receber essas informações, e esse tratamento, vai ser melhor pra ele; então, desde o serviço social, desde o atendimento psicológico, o atendimento médico, enfim, até ah! eu cortei meu dedinho, o que eu faço? Então, vai poder ser atendido ali, ser acolhido pelo técnico de enfermagem (J, 22/3/2006).

É muito importante porque cada profissão tem o seu conhecimento específico e contribui aí com o seu conhecimento. É necessário que cada um de nós tenha muito claro o seu papel aqui dentro pra que não vire uma salada mista e se dilua o que cada um faz, que é específico de cada um. Então, é importante que a gente tenha boa formação técnica, específica da saúde mental pra que a gente possa chegar numa equipe que trabalha sob o paradigma do campo psicossocial, e que de fato possa ser multi, no sentido do atendimento, e aí, assim, no campo psicossocial, aqui no CAPS, por exemplo, a gente vê a necessidade de os profissionais trocarem mesmo, porque surgem muitas demandas, são muitas necessidades do usuário, é um campo novo. Então, assim, tem n coisas que vai se descobrindo, que cada área contribui diferentemente, mas ao mesmo tempo de forma conjunta. Então, o psicólogo, obviamente, ele tem mais elementos pra entender a parte clínica, o assistente social tem mais elementos pra entender a parte previdenciária, da assistência social desse usuário, que também é importante, muito importante pra ele, o médico tem o conhecimento sobre os psicofarmacos, sobre essa parte mais específica da medicação, e assim a gente vai trocando (VIK, 24/3/2006).

Com relação a este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005) observam que, no Brasil, a interdisciplinaridade faz parte do discurso politicamente correto, garantindo seu estabelecimento como princípio, traduzido na expansão cada vez maior dos territórios profissionais e na fusão dos saberes. O discurso da multi e da transdisciplinaridade é relativamente bem conhecido e aceito em nível intelectual, mas as práticas institucionais apontam, paradoxalmente, para fortes resistências, isolamento e hiperespecialização.

De acordo com os autores, para que estas ações multidisciplinares se tornem efetivas há necessidade de estratégias e planos, que visem a harmonização da convivência para que esta não seja imposta, mas compreendida e desejada pelos profissionais. Na prática, o momento é de impasse, pois multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade existem em tese e como imposição de comando, mas não se concretizam, ainda, como prática planejada, efetiva e eficaz (OLIVEIRA; DORNELES, 2005).

Ainda segundo os referidos autores, uma verdadeira transdisciplinaridade não está nem mesmo no horizonte das instituições de saúde mental brasileiras. Este é um dilema fundamental no processo da reforma psiquiátrica, que depende de ações integradas (órgãos reguladores do ensino superior, programas universitários, instituições e serviços de atendimento) para cumprir sua missão de transcender as práticas manicomial e os territórios de dominação e poder estabelecidos entre as disciplinas que formam a saúde mental.

3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações

A importância do projeto terapêutico dos CAPS recai sobre a responsabilidade de que todo o trabalho desenvolvido em cada unidade deve ser realizado em um ambiente terapêutico. Isto significa que tanto os atendimentos individuais, grupais como a convivência no serviço tem finalidade terapêutica. Cada CAPS deve ter um projeto terapêutico, que leve em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais, as iniciativas de familiares e usuários e o território onde se situa, com sua identidade, sua cultura local e regional (BRASIL, 2004).

O CAPS Ponta do Coral conta com projeto terapêutico do serviço, o qual, segundo 75% dos profissionais que responderam ao formulário, foi planejado em equipe. Três profissionais referiram não saber sobre o planejamento em equipe por não fazerem parte desta a época.

O sistema atual de atendimento no CAPS Ponta do Coral difere da maioria do adotado pelos serviços desta natureza. Em geral, os CAPS realizam a assistência ao usuário

no modelo de TR¹⁶. O CAPS Ponta do Coral oferece atendimento sob a ótica da regionalização. Ou seja, como o serviço não é territorializado, é o único na modalidade, na cidade e no município, a equipe técnica foi subdividida em pequenos grupos ou mini-equipes de dois e/ou três profissionais, sendo cada uma destes responsáveis por uma das regionais, que é onde o usuário mora. Esta proposta foi pensada e implementada há quase dois anos, quando os profissionais identificaram dificuldades em atender no sistema de Terapeuta de Referência (TR) toda a demanda existente. Tal estratégia utiliza-se do sistema de divisão por regionais da Secretaria Municipal de Saúde. Ao total são cinco Regionais de Saúde, Leste, Norte, Sul, Centro, Continente, distribuídas espacialmente na área geográfica do município. Nestas regionais, foram implantadas, recentemente (a partir do final do ano de 2005 e início de 2006), equipes de atenção em saúde mental, compostas por um médico psiquiatra e duas ou três psicólogas em cada uma das Regionais de Saúde.

De acordo com o projeto terapêutico do serviço, as atividades desenvolvidas são: psicoterapia, atenção medicamentosa, atendimentos de emergência, grupo terapêutico, oficinas terapêuticas¹⁷, assembléia de técnicos, usuários e familiares, visitas domiciliares, articulação com entidade, programas e serviço, atividades de formação e pesquisa, reuniões de equipe, reuniões clínicas de casos¹⁸.

Conforme as determinações da Portaria GM/MS Nº 336/2002, a assistência prestada ao usuário no CAPS deve incluir atendimento individual, em grupo, atendimento à família, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades comunitárias, enfocando a integração do portador de transtorno mental na comunidade e sua (re)inserção familiar e

¹⁶ Este sistema de atendimento é desenvolvido na maioria dos CAPS e constitui-se do acolhimento da pessoa quando de sua chegada ao serviço por um dos profissionais da equipe. A partir daí é traçado um projeto terapêutico com o usuário e o profissional que o acolheu passará a ser uma referência para ele. O Terapeuta de Referência (TR) tem a responsabilidade de monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo as atividades e a frequência de participação. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, discutindo com o usuário e com a equipe técnica do CAPS (BRASIL, 2004, p. 16).

¹⁷ São oferecidas as seguintes oficinas: oficina de cerâmica, oficina de artes plásticas, oficina de mosaico, oficina de jogos, esportes e lazer, oficina de tapeçaria, oficina de trabalhos manuais, oficina da terra, oficina de jornal, oficina de velas, oficina de leitura, oficina de música, oficina brechó, oficina de teatro, oficina de formação política, oficina de fotografia. Destas, as oficinas de cerâmica, velas e mosaico são produtivas, ou seja, sua produção é comercializada. Cabe destacar que algumas oficinas podem estar em funcionamento ou não, em determinado período de tempo, de acordo com a disponibilidade de técnicos para acompanhar, de condições materiais para o funcionamento e da demanda de usuários.

¹⁸ A descrição e o objetivo de cada atividade pode ser consultado no Projeto Terapêutico do CAPS II Ponta do Coral (2004), ou a partir do projeto de Estágio curricular em Serviço Social de Stuari (2005).

social. A depender do projeto terapêutico de cada usuário, o CAPS poderá oferecer as seguintes modalidades de atendimento: atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo¹⁹.

Já com relação ao planejamento das ações, 50% dos profissionais consideram que este existe. Cabe lembrar que ao questionarmos os participantes da pesquisa sobre este fator, estamos nos referindo ao planejamento estratégico, aquele voltado para uma visão ampla, global e de longo alcance da organização/instituição, baseado na análise do contexto e com a finalidade de buscar alternativas de ação. No entanto, alguns dos entrevistados observaram estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação objetivo e sistemático dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declararam não existir processo de planejamento e avaliação das ações do serviço, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

As falas relacionadas a seguir demonstram o tipo de planejamento existente no CAPS e como este acontece.

Bom, o planejamento é feito mais ou menos assim: chega uma época do ano em que a Secretaria (SMS de Florianópolis) nos pede um planejamento e aí, geralmente isso é com uma semana no máximo de antecedência, é aquela correria, a gente monta um plano básico de trabalho etc., mas é muito mais pra cumprir a obrigação. A gente tem um projeto terapêutico que é amplo, que é do serviço todo, e a gente vai, com esse projeto terapêutico a gente vai ajustando as atividades e aquilo que a gente pretende alcançar, mas não há um planejamento muito formalizado, não há um processo de planejamento, até porque é tudo muito fragmentado, o que a gente planeja aqui, boa parte depende desse recurso financeiro, depende do apoio da Secretaria, que é sempre uma coisa incerta. Então, em termos de planejamento a coisa fica sempre muito precária. Em termos de avaliação é mais precário ainda, a gente não tem indicadores; novamente, no final do ano, aí a Secretaria pede um relatório do que foi feito, a gente faz um levantamento geral, mas ele é descritivo, ele não é avaliativo, a gente não sabe de fato quais são

¹⁹*Atendimento intensivo* – atendimento diário, oferecido à pessoa que se encontra em grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento semi-intensivo - nessa modalidade, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Este tipo de atendimento é oferecido quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento não intensivo – oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até 3 dias no mês. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário (BRASIL, 2004, p. 16).

os efeitos que a nossa intervenção produz; claro, a gente tem uma certa dimensão pelo contato direto com os usuários, fulano que não interna a tanto tempo, ou fulano que voltou a trabalhar, ou que resolveu pelo menos algumas coisas que eram mais complicadas na sua vida, isso a gente tem, mas não tem um processo de avaliação estruturado que nos permita dados com visibilidade maior (F, 12/4/2006).

Neste sentido, destacamos que, a nosso entender, a função planejamento deve orientar todas as ações no dia-a-dia das organizações. O planejamento é o processo de estabelecer antecipadamente a finalidade da organização/instituição, definir os objetivos e prever as atividades e os recursos necessários para atingi-los. Planejar é uma forma de pensar o futuro da organização/instituição, definindo o que fazer, como, quando e com recursos. Nesse processo, é importante considerar que as organizações/instituições estão inseridas num contexto constituído pela sociedade, pelo Estado e por outras instituições que influenciam suas decisões (TENÓRIO, 2000).

Alguns profissionais referiram-se, especificamente, ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, reuniões clínicas e na supervisão de equipe. Segundo estes, é na reunião de equipe mensal que se planejam mais as ações, estas entendidas como a definição dos grupos terapêuticos ou oficinas que vão ter, o objetivo e a finalidade destes, a demanda etc..

Mensalmente, a gente tem uma reunião de equipe, que tem um pouco esse objetivo, de planejar e avaliar o que é feito. Além dessa reunião mensal a gente tem dois outros momentos semanais, que é um na quarta-feira outro na quinta-feira, que a gente chama de reunião técnica, [...] mas isso se dá muito no cotidiano também, na assembléia geral do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Ele acontece em reunião de equipe, uma reunião mensal, a gente planeja grupos, planeja..., então.., acontece, primeiro tem uma reunião mensal da equipe e reunião duas vezes por semana, que são os estudos de caso; agora, a avaliação, acontece em reunião de equipe mais; o planejamento, por exemplo, como abordar um determinado caso, como ajudar, de como servir a família, o trabalho, é feito durante a semana nos estudos de caso, e nós temos a supervisão, que é um espaço que também acaba se fazendo uma avaliação, a supervisão de equipe (LÉLI, 4/4/2006).

Outras falas detalharam as conseqüências da falta de um processo sistemático de planejamento e avaliação das ações, inclusive fazendo análise dessa problemática em relação as instituições públicas em geral.

Eu acho que esse é um problema, acho que falta muito; por exemplo, se você esta aqui fazendo a avaliação da política a partir do olhar dos profissionais, eu, nesse momento, tenho tido muito incomodo diante da

necessidade que eu vejo de avaliar as ações, de avaliar os pacientes, e a gente não tem uma forma sistemática de fazer isso; por exemplo, a gente não tem um instrumento de captação do trajeto do paciente dentro do CAPS, a gente não anota algumas coisas, os prontuários também deixam muito..., as vezes a gente não faz registro nos prontuários e mesmo quando a gente faz ele não tem, assim, por exemplo, uma sistematicidade, o que é que eu vou enxergar, como é que eu vou ver se aquele paciente está melhor ou está pior depois que ele está aqui, então, a gente não tem esse instrumento; e, o planejamento, é feito um planejamento terapêutico com o paciente; o planejamento do nosso serviço é mais ou menos...., funciona, assim, com as oficinas, não é um planejamento rigoroso, a cada período a gente senta e reorganiza não, tem algumas diretrizes gerais, eu acho que em termos práticos falta muito dos dois lados, planejamento das nossas atividades, por exemplo, as vezes naquele roldão a gente vai fazendo, vai fazendo, e, também, a avaliação da eficácia, do que realmente aquilo está resultando pra vida do sujeito, se ele está realmente conseguindo chegar mais próximos desses lugares que a gente apregoa como princípios da saúde mental - autonomia, dessas coisas que a gente também fala: relação com o trabalho, relações, laços sociais; então, a gente não tem esse (instrumento de planejamento e avaliação), eu acho que falta (planejamento e avaliação) [...] Na verdade eu acho que esse é um problema das instituições públicas em geral, eu acho que tem uma grande resistência no Brasil a qualquer critério de avaliação, porque, esse discurso, a retórica da igualdade, ela exatamente vai na contramão de um processo meritocrático, ou seja, você avaliar também por mérito; você tem que criar esse tipo de instrumento; a prefeitura não tem, nunca teve uma avaliação nos anos que estou aqui que medisse o desempenho profissional, principalmente aqui, que a gente lida com pessoas que estão aqui pra se tratar, e a gente não sabe se a pessoa...., a gente vai olhando um caso ou outro; não existe um processo institucional de avaliação, nesse sentido (P, 17/3/2006).

Em geral, as organizações precisam de um processo de avaliação que realize uma revisão dos objetivos e metas alcançados e daqueles a serem atingidos. O planejamento e a avaliação são a oportunidade de fazer uma pausa e examinar a situação da instituição.

Não obstante, as políticas públicas no Brasil vêm se estruturando de forma descentralizada, com responsabilidades de organização e financiamento partilhadas entre a União, Estados e Municípios, cabendo a estes últimos a execução dos serviços de atenção direta à população. Deste modo, os processos de avaliação de serviços de saúde mental devem ocorrer no âmbito municipal. Segundo Dias (2002, p. 2)²⁰, este desafio coloca no debate o aspecto de como avaliar o funcionamento de um serviço de saúde mental, que está

²⁰ A autora realizou um trabalho de construção coletiva de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental junto aos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre; uma apresentação resumida dos resultados pode ser consultada em DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental.** In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

inserido num novo patamar conceitual e tem como tarefa não reproduzir uma prática de tutela, com ênfase na patologia, mas de incluir o sujeito portador de transtorno psíquico no planejamento e na execução das ações terapêuticas, numa nova relação que garanta a viabilidade do exercício da cidadania numa sociedade desigual. Ou seja, as dimensões de mudança conceitual, realidade social e política pública de saúde de âmbito municipal, tornam complexa a adoção de processos de avaliação.

A fala descrita na seqüência especifica o processo de planejamento e avaliação no que se refere a ação interventiva profissional no tratamento ao usuário, destacando que não existe um processo sistemático de planejamento e avaliação com relação as ações do CAPS.

O planejamento e a avaliação das ações do CAPS, eles acontecem só de uma forma muito primária ainda, nós temos [...] o planejamento e avaliação da ação do profissional a título de intervenção em relação ao usuário existe de três formas: primeiro, casos clínicos, que aqui nós fazemos reuniões de casos clínicos, quarta-feira das 8 às 9 horas e quinta-feira das 11h30min às 12h30min pra discutir a questão do caso clínico de pessoas; outra forma, construção de projetos terapêuticos ou revisão dos projetos terapêuticos na reunião da regional, cada regional, que são cinco, fazem suas reuniões pra discutir o planejamento e avaliar a vida dessa pessoa nas regionais, e a outra, especificamente do CAPS, a título de gestão, é a reunião de equipe, que você presenciou semana passada, aí é um outro momento de planejar e avaliar, porém, ressalvo, não se tem algo mais fidedigno, ou academicamente falando, que nos ampare pra fazer essa avaliação; então, é extremamente necessário nós termos supervisão, termos pesquisadores, que nos ampare no sentido de avaliar o serviço, avaliar nossa prática, avaliar a autonomia do usuário; a grosso modo nós temos, mas é muito de senso comum; então, precisa cientificar ou legitimar, regularizar, tornar mais fiel esse tipo de avaliação, a grosso modo temos, agora, com mais rigor, por escrito, não temos (GIRASSOL, 20/3/2006).

Sabe-se que a ausência de um processo de planejamento estratégico e avaliação sistemática comprometem a efetividade dos objetivos propostos. Conforme destaca Dias (2002), o cenário da Reforma Psiquiátrica requer tanto uma multiplicidade de respostas à sua plena implantação como para a avaliação de seus resultados. Contudo, é importante ressaltar que a especificidade das ações em saúde mental demanda a adoção de um método participativo, com o fim de superar o caráter unidimensional, comum em avaliações tradicionais.

A avaliação participativa já é uma exigência nas políticas sociais, decorrentes da pressão social pela garantia de acesso a bens e serviços públicos. Por analogia, a

construção de indicadores de avaliação também pode ser participativa, com a contribuição dos sujeitos inseridos na esfera municipal, responsável pela execução da atenção em saúde mental. Para a autora, apesar de certa reserva científica pela adoção desta sistemática metodológica, o seu valor está no alcance social de incluir os responsáveis pela execução de determinada ação, na sua construção e sistematização (DIAS, 2002).

3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento

Conforme já destacado neste trabalho os hospitais psiquiátricos são instituições representativas do modo asilar enquanto os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico de exercício das práticas de atenção psicossocial, do modo psicossocial.

O modelo de assistência do modo psicossocial destaca-se por seus meios básicos de tratamento (rede diversificada de serviços territorializados), e pela importância decisiva que se atribui ao sujeito na sua mobilização como participante principal do tratamento. Neste, considera-se o indivíduo como pertencente a um grupo familiar e social, o que supõe que se deve trabalhar, também, a família e o grupo social, como agentes das mudanças buscadas.

Já no modo asilar a organização institucional é marcada por estratificações de poder e saber, no âmbito das relações profissionais e da instituição, as quais transladam para a relação com os usuários e a população. Estes são excluídos de qualquer forma de participação, enquanto que no modo psicossocial, participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais.

Na pesquisa realizada, a maioria dos profissionais entrevistados referiu conhecer sobre a forma de atendimento no hospital psiquiátrico, seja por visitas, atuação profissional, contatos institucionais, relato dos usuários que estiveram internados.

No que se refere as diferenças no atendimento prestado pelo CAPS em relação ao hospital psiquiátricos, os entrevistados consideraram que existem diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência de um só discurso, o médico psiquiátrico do hospital e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial em contraposição ao tratamento igual para todos

das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Eu acho que é diferente em vários aspectos, primeiro, são essas diferenças que eu digo que são de base, sobre a Reforma Psiquiátrica e a função de um CAPS nesse processo de reforma. Existe por parte da maioria da equipe uma convicção de que a nossa função é evitar a internação e de uma certa maneira poder fazer substituição a essas instituições tradicionais; deslocar a centralidade do sistema pra um serviço aberto, que seja interdisciplinar, ou seja, onde você não tenha um discurso único dando a orientação, que no caso é o discurso psiquiátrico nas instituições (tradicionais); você tem essa multidimensionalidade então você pode compartilhar o discurso; em relação ao próprio atendimento, começa na forma do acolhimento, eu acho que o nosso acolhimento é bom, ele tem condições de receber a pessoa, de entender o que ela está procurando, o que ela está precisando, quais são as suas necessidades; a gente tenta de alguma maneira envolver família embora com dificuldades, mas a gente tenta e tenta principalmente manter a vinculação ou criar novos vínculos desse usuário; o projeto terapêutico que é individualizado também é outra coisa fundamental, que aí a gente quebra com a lógica tradicional de que todos recebem o mesmo tratamento, é a mesma medicação, são os mesmos horários, são as mesmas atividades pra todo mundo, não, a gente procura justamente ao levar em consideração essas características que são mais individuais, são mais singulares, a gente procura atender e levar em conta esses aspectos, então, isso pra mim já é muito diferente, além do que a gente procura o tempo todo ou minimizar ou quebrar mesmo a hierarquia, instituindo certas formas que evitam que a hierarquia se cristalice de maneira muito brutal, pra você não ter um deslocamento de poder dentro do serviço, que seja prejudicial pra todo mundo, igual no hospital (F, 12/4/2006).

A relação entre profissional e usuário foi destacada como diferencial por todos os entrevistados, conforme pode ser observado a seguir.

A relação entre o profissional e o usuário, pra mim, a maior diferença é essa relação interinstitucional ou interpessoal; é a forma como se dá, porque as ações também são diferentes, porque existem oficinas terapêuticas, existem os grupos terapêuticos, existem os atendimentos, mas esse modelo de atendimento pode também ocorrer numa outra instituição, ou mesmo num CAPS, mas se a relação de profissional e usuário não estiver pautada no respeito, uma relação sujeito-sujeito onde se possa esse serviço, obviamente, quando ele estiver num bom nível de participação, num bom nível de reabilitação, mas também..., o fundamental é isso, é estar pra além da instituição, estar pra relação do usuário com o profissional, e claro, o espaço também, o espaço físico tem que ter qualidade, a gente vê aqui um espaço super bom aqui no caso, as propostas de atendimento, como que são colocadas, como que é olhado esse usuário, esse usuário está junto no pensar da instituição, mas a cima de tudo assim, entender como cidadão de direitos, de respeitá-lo (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que tem um maior reconhecimento da condição subjetiva do paciente, acho que um certo respeito. Hoje, a Colônia Santana tem tido mudanças, tem uma política que também..., na verdade a política do Ministério também visa atingir as instituições mais asilares, os hospitais também estão mudando..., talvez seja mais lenta, aqui, a gente já chegou com uma outra perspectiva de trabalho; eu acho que a equipe toda, de forma geral, tem uma sensibilidade pra esse respeito pelo paciente, pelo outro, procura, na medida do possível, não estabelecer uma relação de poder; eu acho que aqui, por exemplo, a recepção é muito bem feita, os vigias também são pessoas que entraram no clima, assim, talvez já seja deles, mas entraram no clima do CAPS; acho que todos têm um compromisso com isso, um valor digamos; também, talvez seja deste CAPS, eu não conheço tantos outros CAPSs; eu acho que é uma relação diferenciada, na medida que você está aqui com esse objetivo de que a pessoa assuma a própria vida, contribuir para que isso aconteça; isso implica em ter pelo menos um respeito, um reconhecimento do outro (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p.10) destacam que o papel do técnico se transforma quando ele se coloca sob outros princípios; “se ele faz funcionar a tecnologia da doença mental, fortalece o dispositivo psiquiátrico. Mas, se transforma sua forma de intervenção, trabalha no sentido da desmontagem desse dispositivo”. Segundo os autores, isso significa pôr em funcionamento um dispositivo de desinstitucionalização e reinserir a complexidade dos problemas com os quais lida. Significa ainda abrir mão das interpretações da loucura segundo erro, incapacidade, inferioridade, doença mental, e potencializá-la como diferença, um modo diferente de relação com o mundo. Enfim, não usar o saber como técnica normativa, mas como possibilidade de criação de subjetividades. A técnica deixa de ser instrumento da violência quando a prática funciona como uma desconstrução da clínica.

As falas que seguem referem-se ao atendimento aberto e as possibilidades de escolha que o CAPS oferece em contraposição ao isolamento e segregação gerados pela internação hospitalar prolongada.

Em primeiro lugar o atendimento no CAPS é um atendimento, vou usar a palavra, aberto, ou seja, pra começar o usuário ele não fica internado aqui, mesmo se em algum momento tiver o CAPS III, é diferente. Ele vem, ele faz o trabalho dele, a sua terapia, durante o dia, e ele volta, quando, no caso tem família, pra casa; então, primeiro lugar a idéia do CAPS, o trabalho do CAPS não é segregar e isolar; quando o usuário vai para o hospital, eu acho que seja ele em qualquer campo da saúde, mas vai para o hospital e fica internado trinta dias, quinze dias, ele já esta sendo isolado do convívio com a família, do convívio social, ou seja, acaba perdendo progressivamente o contato com as pessoas e com o grupo social mesmo, e acaba sendo destituído das suas práticas pequenas, como desde pegar um ônibus, fazer sua comida, ir no

supermercado; no momento em que uma pessoa é colocada em um hospital e fica um mês, ele acaba perdendo o contato com essas mínimas..., não é nem com o mundo lá fora, mas com as mínimas coisas que ele teria em casa, na sua casa, enfim, ele perde tudo isso como se fosse realmente uma pessoa que não tem possibilidade nenhuma de fazer nem um café, enquanto o CAPS possibilita isso, acho que o CAPS ele, independente dos problemas que tem, acho que ele mostra que não, você ainda, apesar da sua crise, com a sua crise, com todas as limitações que as vezes um surto pode oferecer do ponto de vista cotidiano, você ainda pode fazer algumas coisas sim, como pegar um ônibus pra ir e voltar pra casa, fazer a escolha do seu planejamento terapêutico, vem aqui escolhe, em parte, o que gostaria de participar (LÉLI, 4/4/2006).

Assim, a possibilidade do usuário no CAPS de ter voz ela é muito maior do que nas outras instituições, as outras eu não vou generalizar, mas em algumas, as asilares, esses hospitais são..., enfim, crônicos até pela dificuldade mesmo de antes você pensar em ter outra alternativa que não a trancar e deixar lá e não tem medicação, não tem nada disso, estou falando de bem bastante tempo atrás, e isso ficou e se perpetuou, então, eu acho que a possibilidade do usuário aqui, no CAPS, nos CAPS, e até mesmo nos ambulatórios, acho que hoje em dia não é só CAPS que permite isso, é fazer parte como contribuinte do próprio tratamento, então isso é o que diferencia do paciente internado, vamos dizer assim, em São Paulo, no Vera Cruz, que é um hospital e tal, diferente de outros, tem algumas dessas internações que são diferentes, mas essa relação aí de profissional e usuário ela é mais aberta, é mais ampla, além do CAPS, especificamente, oferecer algumas possibilidades; então, a possibilidade de trabalhar em uma oficina, dessa oficina ter uma renda, que, assim, é um entrave no sentido que eles se sentem muito limitados e não só se sentem como eu acho que muitas doenças incapacitam mesmo, são incapacitantes, a esquizofrenia é uma delas, e é a nossa clientela aqui, a maior parte é de pacientes com esquizofrenia; a própria esquizofrenia já altera, vamos dizer assim, na cognição, na parte de planejamento, de você conseguir realmente se estruturar para trabalhar; tem umas pessoas que não conseguem nem ter o início, a iniciativa, ela é minada com a esquizofrenia, e aqui tem uma possibilidade, mesmo que essa possibilidade seja fazer oficina e ganhar uma renda, mesmo que, assim, seja só..., não é o valor que importa, é simbólico (J,22/3/2006).

O relato a seguir explicita epistemologicamente e em termos técnico-assistencial a diferença entre o modelo de atenção tradicional/hospitalar e o modelo de atenção psicossocial.

Primeiro, em relação a concepção da pessoa e em relação a concepção dos próprios meios de trabalho; na instituição psiquiátrica predomina o modelo manicomial/asilar como a gente chama, que daí vai olhar a pessoa enquanto doença, enquanto diagnóstico, aqui, no CAPS, a gente olha os seres humanos enquanto pessoas, enquanto a existência de um sofrimento, o que podemos fazer pra minimizar esse sofrimento da pessoa, então, essa é a primeira diferença que tem, quem é essa pessoa, que no modelo manicomial acaba sendo vista mais como diagnóstico, como um doente, isso que eu sempre falo, essa iatrogênia que o modelo

manicomial acaba inserindo na pessoa, você é um doente, vai ter que tomar remédio pra vida toda, e o máximo que você pode chegar é um portador de transtorno mental em recuperação, isso é uma das diferenças, outra é a própria concepção de saúde/doença que existe; as formas de organização dos dois modelos, são modelos diferentes, um é mais centralizado no psiquiatra, na instituição psiquiátrica, o no CAPS seria mais centralizado na equipe e, principalmente, nos usuários; a forma de relação com a clientela ou com o usuário, no modelo manicomial, é sempre uma relação hierárquica, de cima pra baixo, no CAPS, sempre uma relação, ou a gente tenta sempre ter uma relação horizontal; e a própria questão do que é bom ou não é bom pra pessoa, a pessoa tem que dizer o que é bom pra ela e, as vezes, no hospital, são os profissionais que já dizem o que deva ser bom pra ela, ou seja, a grande diferença que existe é: quem decide o que? No hospital as pessoas decidem sobre a vida da pessoa, eu acho que no modelo psicossocial é a pessoa que compartilha a decisão da sua vida (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme destaca Rotelli (1990), no manicômio (modelo/tradicional) a sociabilidade é reduzida a zero. A tutela, a internação tem a única finalidade de subtração das trocas, de estabelecer relações de mera dependência pessoal. Enquanto que a emancipação terapêutica (que se torna o objetivo substituto da "cura") só pode ser (cientemente) a mobilização de ações e de comportamentos que emancipem a estrutura inteira do campo terapêutico. Assim, o problema que se coloca aos novos serviços (CAPS) não é cura (a vida produtiva), mas sim a produção de vida, de sentido, de sociabilidade.

Neste aspecto, pode-se considerar a proposta basagliana de *colocar a doença entre parênteses* para assim direcionar o olhar ao sujeito em sofrimento e não à doença. Essa é uma questão fundamental, pois é o movimento de *tomada de responsabilidade* (DELL'ACQUA, 1992) individual e coletiva que se constitui como meio para a transformação institucional e para o processo de desconstrução. A cura cede espaço à emancipação, mudando a natureza do ato terapêutico, que agora se centra em outra finalidade: produzir autonomia, cidadania ativa, desconstruindo a relação de tutela e o lugar de objeto que captura a possibilidade de ser sujeito (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3 Participação do usuário e da família no tratamento

De acordo com as diretrizes da atenção em saúde mental do modelo psicossocial, o protagonismo dos usuários é fundamental para que seja alcançado o objetivo do CAPS de se constituir como dispositivo de promoção da saúde e da reabilitação psicossocial. Os

usuários e familiares devem ser chamados a participar das discussões sobre as atividades terapêuticas do serviço. A equipe técnica deve trabalhar de forma a estimulá-los a participar de forma ativa do tratamento e da construção de laços sociais. Entre os tipos de atendimento que o CAPS pode oferecer está o atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, de lazer com familiares (BRASIL, 2004).

Na seqüência deste item analisaremos as formas criadas pelo CAPS Ponta do Coral para envolver ativamente usuários e familiares no processo terapêutico, seja com relação ao projeto terapêutico individual, ao atendimento e a participação das famílias no tratamento.

3.3.1 Planejamento terapêutico individual

Conforme as determinações da política de atenção em saúde mental, cada usuário deve ter um projeto terapêutico individual, composto por um conjunto de atendimentos personalizado, que respeite as particularidades, necessidades de cada pessoa e proponha atividades durante a permanência diária na unidade e fora dela (BRASIL, 2004).

O atendimento no CAPS oferece projeto terapêutico de tratamento individualizado, o qual é pensado e avaliado com a participação do usuário. A fala relacionada a seguir detalha como acontece o planejamento do tratamento.

O primeiro passo desse projeto terapêutico ele é feito na entrevista inicial, que é basicamente a entrada desse usuário no serviço; então, a gente pensa uma programação mínima, levando em conta as necessidades, as condições, os limites e as capacidades do usuário e, quando a gente pode contar, com a família também. Além disso, uma vez por mês, [...] tem o encontro da Regional, e os usuários dessa Regional podem reelaborar o seu projeto terapêutico, a gente faz a revisão, a gente discute como é que está sendo esse projeto, se está sendo interessante, que ganhos, se está havendo ganhos ou não, se a pessoa está se sentindo contemplada de alguma maneira e tal, e aí a gente faz as alterações que a gente discute e acha necessário (F, 12/4/2006).

Com relação a forma como o usuário participa do processo de planejamento do seu tratamento, os entrevistados colocaram que é através da manifestação das preferências,

opções e desejos dele, dentro das possibilidades que o CAPS oferece. Nas falas relacionadas é explicitado qual a participação do usuário e do profissional no planejamento do projeto terapêutico de tratamento.

Quando o usuário chega no serviço, encaminhado de algum outro (serviço), ou de um hospital, ou de uma unidade local de saúde, ou por demanda espontânea é feito o acolhimento, onde a gente usa uma entrevista inicial pra fazer uma coleta de dados, ali resgata um pouco da história que o próprio usuário vai estar contando, e, então, nesse momento é feito o projeto terapêutico; inicia-se o projeto terapêutico, não que ele tenha que se esgotar nesse momento inicial; uma pergunta que a gente sempre faz pra ele é do que ele precisa, como a gente vai poder ajudar, então, a partir daí a gente oferece o nosso leque de atendimentos, o nosso projeto terapêutico do CAPS, e aí vai se construindo dessa forma (VIK, 24/3/2006).

Em geral a gente faz isso quando ele chega, na entrevista inicial, a gente pede pra que ele diga, a gente apresenta o que a gente tem; a gente pede que ele diga o que ele gostaria de estar fazendo, o que ele fazia, quais as preferências que ele têm, se ele não sabe, em algumas situações, a gente sugere que ele venha participar de algumas oficinas para ele, por exemplo, escolher; então, assim, é feito muito respeitando o desejo do paciente, o que ele gosta mais, as preferências dele; agora, se a gente vê que o paciente está muito ansioso, se ele precisa, a gente sugere um grupo terapêutico ou as vezes o atendimento individual; assim, não tem uma uniformidade, em geral a gente age assim (P, 17/3/2006).

Ele tem, esse projeto terapêutico, ele tem um primeiro momento, quando o usuário chega e faz a entrevista inicial é colocado com ele e oferecido, mostrado as possibilidades, o que o CAPS oferece em termos de terapia, desde grupos terapêuticos, atendimento individual e oficina, mas não é só oferecido, é também feito uma avaliação do técnico, o que ele pensa que, naquele momento, poderia estar ajudando aquele usuário, e é conversado com o usuário, muitas vezes acaba o usuário escolhendo tudo, escolhendo o que ele quer e o técnico tem pouca interferência, outras vezes o usuário quer algo que talvez naquele momento, por exemplo, atendimento individual, mas não tem vaga, não tem, os técnicos estão todos..., se tem alguém fazendo atendimento individual já não tem horário, então se entra em um acordo das possibilidades, dos desejos do usuário, e das possibilidades que o serviço oferece; isso é o primeiro momento, no segundo momento, ao longo do período do usuário aqui, vão tendo transformações, muitas vezes ele abandona aquele grupo ou oficina, que não era aquilo que ele achava que era bom, que ele gostava, abandona formalmente ou informalmente, simplesmente não vai, ou ele entrou em surto não veio mais, uma série de questões, então isso tudo é retomado, a gente tenta fazer a retomada na reunião das Regionais, reunião mensal, como é que está o tempo dele aqui, o que ainda se mantém fazendo, como ele está se sentindo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos entrevistados destacou que o projeto terapêutico de tratamento do usuário

é sempre pensado a partir da necessidade dele, o que ele traz de necessidade, o que ele traz de sonho, de vontade, de sofrimento, de

tristeza, então, o projeto terapêutico é sempre pensado, repensado, analisado, refletido, em cima da necessidade da pessoa (GIRASSOL, 20/3/2006).

É importante destacar que o planejamento do projeto terapêutico deve envolver o portador de transtorno mental como sujeito deste processo. A participação ativa do usuário na escolha do que fazer e na expressão de suas necessidades favorece a adesão e continuidade no tratamento, confere-lhe o exercício da liberdade de escolha e da cidadania. Neste processo, o ato terapêutico, quando não é mais fundado sobre a doença e não provém da autoridade médica, torna-se a própria organização coletiva, convertendo-se em *tomada de responsabilidade* e produção de subjetividade (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral

No plano teórico, a relação da família com o portador de transtorno mental é construída a partir do alienismo, como produto da sociedade moderna/burguesa. No interior desta perspectiva concentram-se dois entendimentos polarizadores: “o da família ameaçada pela eclosão da enfermidade, portanto, sofrendo suas conseqüências ou causadora da emergência do transtorno mental, assim culpabilizada por sua etiologia” (ROSA, 2002, p. 139). Historicamente, o segundo entendimento foi o que prevaleceu na maioria das abordagens teóricas na área da saúde mental, com uma relativa diminuição nos anos 1970, seguido de uma complexificação da compreensão do grupo familiar e de sua dinâmica, a partir dos avanços teóricos da leitura feminista e marxista. “Contemporaneamente, a inclusão do grupo familiar nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental; a assunção de sua condição de parceira e co-responsável dos serviços e a exigência de constituição de uma nova pedagogia institucional em sua abordagem atravessam a construção de uma nova relação entre o louco e a sociedade” (ROSA, 2002, p. 139).

Nesta direção, um dos objetivos do CAPS é incentivar as famílias a participar do cotidiano do serviço. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas importantes para o trabalho dos CAPS. Eles podem participar de diversas maneiras, incentivando o usuário a se envolver no projeto

terapêutico, participando diretamente das atividades do serviço, nas reuniões, assembléias, nas associações de usuários, técnicos e familiares, trazendo dúvidas, sugestões. A participação pode acontecer tanto nas atividades internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. (BRASIL, 2004).

A Portaria /GM nº 251/2002 constitui-se como mais um dispositivo na mudança das relações entre os serviços de saúde mental e a família à medida que prevê, no desenvolvimento dos projetos terapêuticos, o preparo para o retorno à residência/inserção domiciliar e uma abordagem dirigida à família no sentido de garantir orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento.

O atendimento aos familiares é uma das formas para que as famílias participem, conheçam o trabalho dos CAPS e passem a se envolver ativamente no processo terapêutico. Neste sentido, a família ganha visibilidade como protagonista, parceira dos serviços e co-responsável no provimento de cuidados do portador de transtorno mental.

Além disso, o avanço dos conhecimentos e entendimento de que os fenômenos humanos comportam uma multiplicidade de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos e éticos, inter-relacionados entre si, possibilitou mudanças na assistência às pessoas em estado de sofrimento psíquico. Essas puderam ser compreendidas na totalidade de sua condição existencial. E, o sofrimento, antes tomado apenas como algo individual, passou a ser visto como parte de um contexto onde outras pessoas estão envolvidas e também merecem cuidado e atenção.

No CAPS Ponta do Coral, na sua maioria, os profissionais afirmam que existe atendimento familiar, com ressalvas de um deles que referiu não existir atendimento familiar sistemático e outro que observou que existe atendimento familiar individual. As falas relacionadas expressam de que forma a família participa no tratamento do seu membro no CAPS.

A família participa não como uma preconização ou uma exigência do serviço; o que eu tenho visto é que a família participa aqui no CAPS na medida em que há uma necessidade, quando há necessidade do serviço conversar com a família ela é incluída, quando há uma necessidade da família pelo serviço ela procura, mas não é uma rotina todas as pessoas que vem aqui a família ser atendida, as vezes o usuário não quer saber da família, as vezes a família não quer saber do usuário e assim sucessivamente, ou seja, a família participa na medida que temos a clareza da necessidade, mas não é uma prática oficial do serviço (GIRASSOL, 20/3/2006).

Alguns casos sim, em alguns casos eles vem para a reunião mensal da Regional, ou vem para uma consulta com a psiquiatra, ou vem pra trazer o usuário que não consegue ainda vir sozinho, mas é muito restrita a

participação da família, normalmente ela vem mesmo quando a coisa está apertando, quando o usuário surtou, não está conseguindo segurar, quando ele está já nas últimas (LÉLI, 4/4/2006).

Os profissionais que afirmam a existência da participação da família no tratamento explicitam como esta acontece e como se dá o atendimento no serviço, observando o cuidado que existe em atender a família e o usuário juntos.

Sim, tem alguns usuários que vem acompanhado de familiares, as vezes nós chamamos a família, quando existe necessidade, e isso acontece assim no cotidiano, conforme realmente surge a necessidade; geralmente há uma relação muito conflituosa entre o usuário e família, geralmente o familiar mais próximo, referência mais próxima e aí a gente intervém, mais ou menos com dois objetivos, assim, um de pensar essa relação conflituosa, o que pode ser negociado aí pra viverem melhor, pra ter mais qualidade de vida nesse ambiente, que moram juntos, e o outro pra poder então capacitar, colocar elementos pro familiar sobre o tratamento, sobre os transtornos mentais, pra que ele possa ser um cuidador também, o que ele é, pra que ele possa se qualificar; então, uma outra coisa que eu penso é que esse atendimento familiar ele sempre tem que privilegiar a participação do usuário porque fica complicado falar do usuário sem ele estar presente (VIK, 24/3/2006).

Sim, a família participa, claro, na medida de cada caso; em geral, assim, a gente tem a disponibilidade de atender a família, então, muitas vezes, precisa de o paciente vir com a família em várias situações, e esse atendimento é dado; o grupo de família, também está tendo o grupo de família, as vezes é dado (o atendimento) a família daquele paciente; mas sempre a gente tem o cuidado de receber a família e atendê-la junto com o paciente, nunca assim..., não gerar essas fantasias perseguitórias por parte do paciente “tá falando o que de mim”; isso é mais ou menos quase uma regra aqui no CAPS, a gente atende junto com o paciente (P, 17/3/2006).

Os trechos das entrevistas relacionados a seguir descrevem as formas criadas pelo CAPS para oportunizar a participação da família no tratamento. Alguns profissionais referiram-se a um grupo de famílias que chegou a ser iniciado, mas que pela falta de adesão e outras dificuldades não funcionou mais.

Um pouco assim, o acolhimento na segunda-feira é um espaço que a família pode participar junto com o usuário pra relatar como é que foi o final de semana e pra relatar e como estão as atividades no CAPS; o outro espaço são as reuniões das Regionais de equipe, fora o trabalho individual, que, assim, eu acabo chamando muitas vezes, eu quero atender você na presença de um familiar, as vezes você precisa até forçar nesse sentido, de que a família compareça, faço cartinha, mando e aí atendo em consulta individual, mas não em grupo, não é uma abordagem psicoterápica, é mais no sentido de psicoeducação do que de terapia (J, 22/3/2006).

[...] existe um planejamento pra se atender família, um grupo de familiares a serem atendidos por psicóloga [...]; então, as formas criadas para oportunizar a participação da família é justamente quando ela vem, acompanha, que é aberto para os familiares participarem das oficinas junto com o usuário, então, sempre tem essa oportunidade e grupos específicos pra famílias que estão se tornando real (GIRASSOL, 20/3/2006).

É mais ou menos como eu te falei; então, assim, as vezes a gente chama pra um atendimento individual, e também ela participa dos eventos acontecidos aqui no CAPS, promovidos pelo CAPS, de festas, geralmente o dia nacional da Luta Antimanicomial, quando a gente comemora, que faz uma confraternização, as festas sempre tem a presença de familiares também, festa de natal, festa junina (VIK, 24/3/2006).

As reuniões das Regionais por exemplo, uma vez por mês, e tem alguns técnicos que fazem reuniões com as famílias, discutindo, por exemplo, aquele usuário em que a família está implicada diretamente, tem problema com a família, então chama a família pra trabalhar; já teve grupo de família, mas foi fechado porque as pessoas ficaram um tempo, mas as famílias, segundo as técnicas que fizeram, muito pouco se apropriavam, vinham, se utilizavam desse espaço (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre este aspecto, cabe destacar que o deslocamento do eixo da compreensão do problema individual para o familiar/social, que tem como consequência o acolhimento da família como uma unidade que necessita de cuidado tanto quanto o paciente individual, pressupõe um novo olhar sobre as possibilidades das famílias para enfrentarem suas crises e atuarem como suporte terapêutico. Nessa perspectiva, se impõe a necessidade de não só reconhecer o atendimento ao grupo familiar, mas de oferecer uma atenção singular que leve em conta, por um lado, as especificidades de cada família, considerando a história, a estrutura, a dinâmica, bem como a inserção desta no contexto social. Por outro lado, deve-se avaliar a realidade e as possibilidades das famílias para usufruírem das formas de atenção que lhes são propostas (MIOTO, 1998, pp. 25-26).

Nesta direção, dois dos participantes da pesquisa identificaram como uma das dificuldades em realizar o atendimento familiar, a falta de profissionais qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades, conforme pode ser observado nas falas a seguir.

A maior dificuldade que eu vejo é que não existe ninguém capacitado aqui dentro para lidar com a família, é claro que, assim, eu faço um atendimento com o usuário a família vai estar junto eu vou estar explicando, mas quando você vai pensar em trabalhar com a família, trabalhar no sentido psicoterápico, isso não existe, agora informar a família, tentar com que a família faça parte do planejamento, a gente

tenta e incentiva, estimula que eles venham nas reuniões das Regionais, mas o que eu percebo, assim, a equipe ela é muito pequena pra dar conta de tudo, então a maioria das vezes o paciente chega, a família está ali fora, mas todo mundo tem a sua atividade, estão todas na oficina e isso me sobrecarrega muito porque eu tenho que dar conta de tudo, inclusive da família que chegou, do atestado que está faltando, e a família que quer saber porque que o remédio..., mas não existe um espaço pra ela, não existe um espaço que acolhe a família (J, 22/3/2006).

Profissionais qualificados, eu acho que necessita de profissionais que tenha um pouco mais de experiência, de conhecimento pra estar lidando com família, que toda a família tem sempre os seus nós górdios, tem sempre questões de fundo, que as vezes precisa de um certo conhecimento, experiência pra estar lidando com isso; até que ponto é vítima ou réu, então, acredito que profissionais que tenham experiência, que tenham a qualificação teórica, [...] possa estar oportunizando uma melhor relação no atendimento CAPS com família, então, a qualidade do profissional para estar realizando essa participação (GIRASSOL, 20/3/2006).

Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que é um transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, foram relatados pelos profissionais.

Acho que tem uma junção, eu acho que tem uma coisa primeiro que é o entendimento, a família, muitos familiares, querem deixar o usuário aqui, e querem fazer sua vida, até por questão de sobrevivência; o que eles alegam muito é que eles precisam trabalhar, então não pode faltar ao trabalho uma vez semana pra poder estar aqui porque mesmo que tenha atestado pra poder estar aqui, acaba perdendo o trabalho, não tem como justificar; e a outra questão é o próprio entendimento de que é na família o espaço em que o usuário pode ser tratado, porque a idéia de tratamento é uma idéia também que se direciona, que acaba sendo entendida como médica, hospitalar ou clínica, ou então, agora tem o CAPS; e o lugar de tratamento, digamos tratamento como restituição, como reinserção, também é na família (LÉLI, 4/4/2006).

É, chega um momento que as vezes de fato a relação se esgota, assim, são tantos conflitos, são tantas brigas, tantas dificuldades de convivência, de relacionamento, que já vem desde a infância, que chega em momentos quando, geralmente, o usuário tem as primeiras crises, isso gera um isolamento, assim, o usuário fica isolado nesse ambiente, nesse contexto familiar, realmente é muito difícil; as vezes tem uma mãe muito controladora e que aí o usuário não quer muito aproximação do serviço com essa referência porque o serviço passa a ser então um lugar de acolhimento pra ele que ele não tinha até então, porém, a gente busca a família, pra que a família possa cumprir essa função da referência (VIK, 24/3/2006).

Neste sentido, deve-se considerar que no contexto brasileiro, pela própria ausência ou precariedade da intervenção estatal por meio das políticas públicas de corte social, a família torna-se a principal garantidora da reprodução da força de trabalho. As famílias, para suportar, todas as funções que lhes são atribuídas e enfrentar as situações de risco social, buscam dividir com o Estado o encargo dos cuidados com seu ente enfermo. Mesmo assim, configuram-se, para elas, condições deficitárias de atendimento, em particular no caso da atenção em saúde mental (ROSA, 2003, p. 192).

Na seqüência, o entrevistado realiza uma análise das várias situações singulares e sociais que envolvem as dificuldades do serviço, das famílias e dos usuários, em realizar um tratamento integrado na relação usuário/família/CAPS.

Então, também envolve vários aspectos, eu vou apontar alguns; assim, em primeiro lugar, a gente vê que boa parte das famílias vê o CAPS como um lugar pra poder deixar o seu familiar, é um lugar onde ela não vai precisar cuidar dele durante um certo tempo, então, eles até participam de algumas entrevistas iniciais, hoje, por exemplo, eu tenho uma (entrevista inicial) que a pessoa veio sozinha, não veio família; é bastante freqüente que venha o usuário sem acompanhante familiar algum, esse é um aspecto, a família de uma certa maneira toma o CAPS como um lugar pra deixar o seu familiar, nós por outro lado, não criamos estratégias pra fixar essa família, pra trazer essa família mais perto; tem um grupo de família que funciona de maneira meio irregular, mas que a gente vê cada vez mais a necessidade de tornar isso algo mais organizado, poder atender a família, a gente faz o acompanhamento com família, geralmente, quando há um pedido específico ou do usuário ou da própria família, aí a gente procura fazer, mas é mais individualizado, é uma questão mais individualizada, e há também, por parte dos usuários há o desejo de que a família não participe, isso ficou muito evidente na organização da associação, que é uma associação de usuários, familiares e técnicos, e quando a gente estava organizando a associação, toda vez que se falava na participação dos familiares havia uma certa resistência por parte dos próprios usuários que os familiares participassem; a gente entende isso como uma maneira de buscar uma certa autonomia, uma certa distância dessa família, que é, as vezes, bastante complicado de fato tê-los muito próximos, aí precisa de um outro tipo de abordagem, não dá pra incluir, como a gente fazia no início por exemplo, a gente fazia grupos de usuários e familiares, mas a família atrapalhava mais do que ajudava nesses grupos, aí a gente resolveu começar a separar, deixar o espaço específico para o usuário, porque a família vinha e tomava o espaço, e falava, e ficava reclamando da pessoa, do que ele não fazia, de todas as dificuldades etc..., então, a gente achou melhor botar um pouco uma barreira, botar um filtro ali pra que tivesse espaço do usuário e que ele pudesse aproveitar isso da melhor maneira possível (F, 12/4/2006).

No entanto, cabe destacar que, numa visão mais abrangente e totalizante, a família é entendida, no cerne das condições de reprodução social do portador de transtorno

mental, como um sujeito que procura reconstruir relações cotidianas, criar novos sentidos, manter e fortalecer laços de sociabilidade. É percebida, positivamente, em suas possibilidades, potencialidades e recursos, como elemento fundamental à manutenção do poder contratual, à autonomia e à emancipação do portador de transtorno mental (ROSA, 2002, pp. 152-153).

As falas relacionadas a seguir apresentam a compreensão dos entrevistados com relação às possibilidades da participação da família no tratamento, e as dificuldades do CAPS em realizar esse tipo de atendimento. Um deles argumenta que o acompanhamento à família é essencial para minimizar os efeitos da convivência com o portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Acho que o atendimento familiar assim como ele pode ter dificuldades ele também pode te ajudar um monte, então, assim, tem os dois lados, as dificuldades eu acho que é porque também ele vai estar trazendo, vai sobrecarregando com mais, digamos assim, mais queixas, vai estar trazendo.., as vezes nem está relacionado ao usuário os problemas e as situações, embora eu acredito que na maioria das vezes ela ajuda, ela ajuda porque é que está convivendo com o usuário lá fora o tempo inteiro, que tem mais os dados, quem pode inclusive, ah! ele está muito sedado, vamos tirar esse remédio, esse remédio só faz mal, então, a família se ela não é bem orientada ela acaba, assim, tentando fazer o bem ela acaba fazendo o mal pro paciente, ah! não aquela atividade lá, ficar só batendo palminha, musiquinha, aquilo lá não vai ajudar você, é melhor eu.., vou te colocar de novo na escola porque se não você não vai trabalhar nunca, então todas as ansiedades da família, que se elas forem bem trabalhadas o usuário só tem a ganhar, agora, as dificuldades é: um espaço em que essa família seja acolhida, que ela seja realmente trabalhada e uma equipe, a formação, alguém com formação pra fazer isso, isso não tem (J, 22/3/2006).

Eu acho que o acompanhamento com a família ele é extremamente necessário pra elaborar a imagem que essa pessoa acabou deixando pra essa família; a família ela ainda tem uma imagem, ela tem o imaginário social em relação o que ela de repente produziu; então, há uma necessidade de se ter um acompanhamento com os familiares pra estar elaborando as relações, o dia-a-dia que ela tem com o portador de transtorno mental; as vezes se investe muito em acompanhamento com usuário e não se investe muito no acompanhamento com a família, a família está sobrecarregada, tem que se discutir a questão dos encargos familiares, porque as vezes ter um portador de transtorno mental junto com a família é extremamente estressante, e as vezes a família acaba colocando o portador de transtorno mental no hospital pra descansar, porque as vezes é complicado, tem um portador de transtorno mental que canta o dia inteiro, ou que não dorme durante a noite, dorme de dia, ou que quer ver televisão a todo momento, ou que fica conversando com a vizinhança a todo o momento, tem o portador de transtorno mental que com o seu sofrimento incomoda muito a família, então, tem de haver um profissional articulado ou apaziguador ou que provoque alguma

resolução nessa prática; [...] se não dá pro portador de transtorno mental morar com a família então que se haja (encontre) um espaço harmônico, mas a família tem que ser acompanhada sim (GIRASSOL, 20/3/2006).

Entre as dificuldades que os profissionais identificam na (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e estigma da loucura, ainda presentes no imaginário social das pessoas. Relacionamos na seqüência as respostas dos entrevistados, nas quais é expressa a relação com alguns dos aspectos enfrentados no cotidiano da vida dessas pessoas, em suas relações com a família, as instituições e a sociedade.

Em primeiro lugar a dificuldade de a família compreender o que a pessoa tem, pelo que ela passa, muitas vezes, a idéia é de que é um vagabundo, que o cara não quer trabalhar porque é vagabundo, não quer fazer nada só quer ficar em casa fumando, na frente da televisão porque é vagabundo; então, tem essa dificuldade de poder dar ou ter um certo olhar pra essa pessoa, pra esse usuário que não seja esse da discriminação; tem também o medo, o medo de que essa pessoa venha cometer algum crime, que é um pouco o mito da loucura, é o que envolve o mito da loucura, de ser alguém que é imprevisível e violento, o mito da loucura está muito marcado por isso, muitas vezes a família vem contaminada por isso, eu atendo uma mãe, por exemplo, que apesar de ser uma pessoa que contribui muito, mas ela tem medo do filho, ela tem medo, e ela reconhece isso, diz isso claramente, ela tem medo, agora menos, depois de um tempo isso está começando a se flexibilizar, ela está começando a entender um pouco diferente, mas ela tinha muito medo do que esse filho poderia fazer com ela, então, isso é algo que é bastante comum, mas isso é uma dificuldade; o outro aspecto da resistência é a idéia de que ele se tornou uma pessoa inútil, o usuário se tornou uma pessoa inútil, porque ele não pode trabalhar, que nunca vai fazer nada a não ser ficar como um louco, ficar como uma pessoa que não pode assumir responsabilidades, que não contribui, o aspecto financeiro é um problema; o Programa de Volta pra Casa não resolve isso integralmente porque ele é destinado pra pessoas que estão no mínimo há dois anos internadas, então, aqueles que não tem internação prolongada não têm acesso a esse recurso, então, ele passa a se tornar um peso econômico pra família e aí todos os outros problemas que são decorrentes disso (F, 12/4/2006).

Muitas vezes ele acaba sendo o membro da família rechaçado, ele tem o quartinho dele no fundinho. Bom, eu acho que é o próprio estigma de ter um doente mental, tem ah ele é doente mental, deixa ele quietinho lá porque se não ele vai incomodar, vai surtar, vai xingar e, que vergonha, aí os vizinhos; então, é o estigma do usuário, do paciente com transtorno mental, como muitas famílias não entendem elas tem até crenças de que isso é o demônio, isso é um castigo, ou é porque ele era uma pessoa ruim na vida passada, então, vem com mil, vamos dizer assim, explicações, que só atrapalham e impedem que aquilo seja encarado como..., ok isso aí é uma doença, e como é que a gente vai

fazer pra ajudar e tratar isso; então, os conhecimentos, a ignorância nesse sentido, [...] uma parte eu acho que seja pelo próprio desconhecimento do que é um transtorno mental, e do estigma de que o louco é o que rasga dinheiro e, enfim, isso dificulta, e aí quando você não tem um suporte pra dar à essas famílias aqui dentro, você só reforça lá fora esse estigma; então, claro, a pessoa chama a atenção da população, os pacientes que conseguem lá fora trabalhar e não ficar só dentro do CAPS, então, as oficinas que possam vir a dar renda, que elas sejam trabalhadas lá fora, até pra lá fora você convive com eles, percebe que eles não são os loucos que rasgam dinheiro, saem quebrando tudo e matando todo mundo, esse é o medo da população e acaba sendo o medo da família (J, 22/3/2006).

A questão da diferença do “louco” para o “não louco”, que na sociedade capitalista, é determinada pela relação produtivo/não produtivo, ou seja, aquele que detêm poder de consumo e aquele que não tem poder de consumo, também foi expressa pelos profissionais entrevistados como uma das dificuldades para a (re)inserção social do portador de transtorno mental, na família e na sociedade.

Eu acho que os limites do usuário; tem a coisa do preconceito, da loucura, ele, o usuário, ele não é alguém produtivo na família, ele não leva dinheiro pra casa, ele, ao contrário, ele só gasta, ainda tem que buscar remédio, ele dá mais trabalho ainda, ele não é produtivo, de maneira geral, então, isso já agrega um preconceito maior ainda, além de ter o preconceito da loucura, de ser..., enfim, alguém que tem uma “deficiência”, alguém que é muito dependente, ainda tem isso, então, ele não soma nada à família a não ser o incomodo; daí, geralmente, é uma mãe que até acolhe, ou pai, por questões afetivas, mas sempre está lidando com esse limite do usuário; tem famílias que não querem, tem muitas famílias carentes que não querem mais um problema, e quando a pessoa, então, saiu da família, que foi internada, e ficou um longo tempo fora, a família já se estruturou de forma a não contar com aquele usuário, então, já não conta mais com ele, passou três, quatro, cinco meses, aí vem uma pessoa trazendo toda uma dependência e que não é somar, ou as vezes as próprias crises dentro de casa, então, é difícil um cara que faz xixi no chão, um cara que toma um café e deixa sua xícara, um cara que quebra, que uma vez por mês quebra tudo, que bate nas pessoas dentro de casa, ninguém tem essa tolerância, tem que ser mais de uma pessoa pra suportar e, as vezes, uma pessoa, que é a mãe, suporta, mas os outros irmãos não entendem, não conseguem lidar com a questão, que é difícil mesmo, o nível de dependência, os limites, o risco que, enfim, pode correr o usuário (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Rosa (2003, p. 192), a família, apesar de procurar dividir com o Estado as demandas de cuidado do portador de transtorno mental, ainda é o principal agente responsável pelo seu provimento. Para implementá-lo, na divisão sexual do trabalho do grupo doméstico, seu ônus recai sobre a mulher. Todavia, diferente das demais

enfermidades, o transtorno mental se particulariza pelo fato de seu portador não se reconhecer como enfermo e por seu prognóstico figurar como uma incógnita, sem ter uma temporalidade previsível. Desta forma, em geral, o provimento de cuidados e o tratamento tornam-se impositivos para o portador de transtorno mental, que pouco colabora conscientemente no seu processo de recuperação. Por sua vez, o provedor de cuidado, com frequência a mulher, mãe, tem que ter uma disponibilidade de tempo, periódica ou indefinidamente, para exercer o seu papel. E, para satisfazer as necessidades individuais do portador de transtorno mental e as exigências de sua enfermidade, a mulher, mãe tem seu espaço de vida invadido, seus projetos de vida obstruídos pelas necessidades de prestar cuidado.

3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares

No contexto da Reforma Psiquiátrica, as organizações de usuários, técnicos e/ou familiares tem cumprido um importante papel na mudança do modelo assistencial em saúde mental, participando ativamente das discussões sobre os serviços e promovendo atividades que visam maior inserção social, geração de renda e trabalho e a garantia de direitos sociais. Essas associações constituem-se em importante instrumento de promoção da saúde e da cidadania de todos os envolvidos (BRASIL, 2004)

O CAPS Ponta do Coral conta com uma associação de usuários, familiares e técnicos. Apesar de estatutariamente estar prevista a participação e filiação de familiares e técnicos, atualmente, na prática, esta se tornou, efetivamente, uma associação de usuários. Em gestões anteriores, já teve em sua diretoria a participação de técnicos do serviço. Atualmente, dois técnicos acompanham as atividades desta, mas a diretoria da gestão atual (2006) é composta somente por usuários.

Com relação a participação dos usuários no planejamento das atividades do CAPS, os profissionais referem que esta acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, realizada semanalmente, na qual são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Contudo, os entrevistados observam que

existem dificuldades em realizar um processo de planejamento das ações do serviço, seja por particularidades dos usuários, seja por limitações e/ou problemas institucionais.

Assim, existem alguns espaços em que essas ações são tomadas em conjunto, a assembléia dos usuários, aqui é feita de terça-feira, em que é discutido desde a limpeza, o lanche, qual é o próximo passeio, o que vai ser de reunião, o que está sendo feito, quais são os informes em relação a saúde mental, em relação a congressos, encontros, comissões. O que eu percebo é que embora isso seja estimulado há pouca, baixíssima, aderência e quando há, em geral, são daqueles mais saudáveis no sentido de que de repente nem seriam usuários CAPS, mas eu acredito que isso seja também o próprio sintoma, de a dificuldade de lá fora conseguir um emprego, a dificuldade de iniciar uma atividade, iniciar um curso, é também pra se engajar na própria luta deles; o que eu percebo é que a família, em geral, quando pega isso vai adiante, os usuários tem poucos estímulos próprios, vamos dizer, pra continuar, pra se manter; então, na reunião da Comissão Ampliada²¹, aí participa um, mas depois a semana que vem já não vem; então, são poucos os que realmente conseguem dar conta, eu coloco a palavra no sentido de ser capaz para, tem essa dificuldade, eu acho que é própria condição (J, 22/3/2006).

Então, a gente procura estabelecer parcerias com a associação porque tem muitas coisas que pelo fato de a gente estar submetido a um organograma e a hierarquia, e aí os limites do serviço público, a gente não pode fazer; por exemplo, a questão da venda do material das oficinas, isso é algo que o CAPS não pode assumir, por conta mesmo da legislação que impede a gente de fazer esse tipo de atividade; então apesar de ter uma participação grande, o material vendido é o material das oficinas do CAPS, mas quem faz essa tarefa é a associação, é a associação que se encarrega da venda, de levar o material, de receber dinheiro etc.; além disso a associação se tornou efetivamente uma associação de usuários, apesar de o estatuto dela prever a participação e filiação de familiares e técnicos ela é uma associação de usuários na prática, e como articuladora de um projeto político e de reivindicação dos direitos do usuário dos serviços de saúde mental, como um instrumento pra viabilizar inserção no mercado de trabalho por exemplo, parece que são essas as funções da associação; com os usuários o que a gente tem é uma assembléia semanal onde são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; esse aspecto do planejamento da atividade ele de fato não tem a participação dos usuários até porque nem nós, como te falei no início, o nosso planejamento também é meio caótico, assim, a gente não tem um processo organizado de planejamento pra um ano ou mesmo pra seis meses, então, aí os usuários não chegam a participar desse planejamento, eles participam sim da discussão do funcionamento que é na assembléia,

²¹ A Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental (CPASM) é uma instância do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, criada através da Resolução N°1/CMS/2006, cuja finalidade é assessorar o plenário do conselho no que compete a formulação, implantação, implementação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas, ações e projetos em Saúde Mental, assim como prestar assessoria técnica ao gestor municipal. A CPASM é constituída por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde, e usuários e familiares da saúde mental (nota da pesquisadora).

que é toda semana, e aí se trata das coisas do dia-a-dia, é mais cotidiano (F, 12/4/2006).

A presença e participação dos usuários nas discussões e no planejamento das ações pertinentes à saúde mental vêm se ampliando progressivamente nos últimos anos. O processo de inserção inicia-se com o protagonismo dado ao sujeito na definição de seu projeto terapêutico, estende-se na organização de associações e na representatividade destas nos fóruns deliberativos (Conselhos de Saúde, Conferências, Comissões de Saúde Mental), e na participação em eventos científicos e espaços de militância política pertinentes à área da saúde mental. Essa é uma das formas em que a condição de cidadão dos portadores de transtornos mentais é resgatada. Segundo Rodrigues (2005, p. 80), “a participação política e militância de usuários e familiares em instâncias deliberativas ganham efetividade quando politicamente organizados”.

Neste sentido, a construção coletiva do protagonismo requer a saída da condição de usuário-objeto e a criação de formas concretas que produzam um usuário-ator, sujeito político. Isso vem ocorrendo através de inúmeras iniciativas de reinvenção da cidadania e *empowerment*, como atenta Vasconcelos (2000b), por meio de intervenções via associações de usuários ou de cooperativas sociais, ou ainda da participação política de tais atores nos mais importantes fóruns sociais de formulação de políticas da área, tal como nos conselhos de saúde e comissões de saúde mental.

Nas falas que seguem, os participantes da pesquisa destacam as dificuldades encontradas na organização, na articulação e no funcionamento da Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral²², bem como seus objetivos e principais lutas políticas por direitos.

Assim, eu acho que os usuários têm esse espaço da assembléia junto com os técnicos. É um espaço interessante, onde eles podem estar opinando, mais do que o da associação; o da associação é muito mais difícil de levar adiante; eu também já fiquei um tempo ajudando a associação, já fui até, uma época, da própria gestão, da própria diretoria, e a gente tem

²² Importante estudo sobre a Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral foi realizado por Rodrigues em dois trabalhos: RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral: desvelando sua significação**. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004; e RODRIGUES, J. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

que estar puxando muito como técnico, parece que deixar por conta deles a coisa não anda e, as vezes, a gente vê que fica mais um desejo nosso de que as coisas aconteçam do que deles; então, a assembléia pelo menos é um espaço que eu ainda acho que se consegue ter uma presença, agora a presença dos familiares no planejamento é muito pequena, poucos que vem, vem um ou outro, pai de alguém; dos usuários, eu acho que é mais nesse espaço da assembléia que acontece (P, 17/3/2006).

Os usuários, nós temos a assembléia dos usuários; então, na assembléia se discute algumas questões, por exemplo, as vezes o planejamento, funcionamento da casa, por outro lado nem tudo é discutido na assembléia, [...] tem uma atuação limitada, ela não é totalmente participativa. A associação, ela tem histórias de altos e baixos; teve momentos que a associação tinha uma diretoria, mas ninguém participava, não se articulava; tem momentos que a associação se integra mais, quando ela se integra a coisa fica também mais rica; nós temos aproximação, por exemplo, na questão do vale transporte, as reivindicações, sobretudo do vale transporte, de veículos pra passeio, pra participar de um evento, muito mais do que planejamento das ações, digamos assim, mais no sentido de luta por direitos e reivindicações (LÉLI, 4/4/2006).

A associação de usuários possui cinco objetivos: controle social, ajuda mútua, suporte mútuo, defesa dos direitos, geração de renda; em cima desse objetivos a associação realiza seu movimento e sua luta. Em termos do papel dos usuários no planejamento das ações do CAPS seria discutir esses objetivos em relação ao CAPS. Hoje, o que acontece, a associação de usuários acaba discutindo um pouco mais controle social; ela expressa a representatividade dos usuários na luta social, na dignidade humana, e também na geração de renda; outra coisa muito importante que a gente fala é a luta contra o preconceito, então, a associação ela participa mais nesse sentido, controle social, geração de renda e luta contra o preconceito no CAPS; esse é o papel dos usuários, realizar o controle social, participar da geração de renda e a luta contra o preconceito; a luta contra o preconceito significa realizar teatro, levar pras Academias, levar pra comunidade, mostrar que a história do louco no imaginário social das pessoas ela é transformada, pode-se reverter isso, e isso se reverte com música, cultura e arte (GIRASSOL, 20/3/2006).

O papel da associação no planejamento, é porque assim, a associação ela não é o CAPS, ela é uma entidade separada, a assembléia é uma assembléia geral do CAPS, é um mecanismo facilitador da participação dos usuários e técnicos na gestão do serviço; a associação é uma entidade, sem fins lucrativos, que foi criada e pensada pra que os usuários e familiares se organizem pela luta da política, pela luta da implantação da política de saúde mental, pela luta dos direitos, pela luta da implantação da Reforma Psiquiátrica, pela melhoria do serviço, então, assim, a associação ela caminha, mas ela é muito nova e aí se é muito nova tem uma estrutura um pouco frágil, então assim, a tua pergunta é se ela participa das ações do CAPS, ela participa sim, tem um elo de participação aí, tem um canal de participação, mas é frágil, é muito frágil, eu penso que é muito frágil porque aparece pouco (VIK, 24/3/2006).

Rodrigues (2005, pp. 81-82) destaca que as associações de usuários, enquanto dispositivos, possibilitam uma atitude política que oferece visibilidade ao usuário como ser cidadão e não apenas como portador de um transtorno. Segundo o autor, quando o usuário passa a ver, sentir, e ver sentido em suas ações associativas, sua prática organizativa torna-se efetiva e com empenho. Por isso, as associações precisam desenvolver estratégias mais amplas de adesão, visando revigorar seus quadros associativos. Nesta direção, a profissionalização e formação política dos dirigentes é vista como uma possibilidade para estimular a participação.

A compreensão das associações civis como relacionadas e condicionadas pelas associações políticas leva ao entendimento de que há uma sinergia entre a sociedade civil e a democracia política. Segundo Fleury (2004), a dimensão cívica da cidadania diz respeito à condição de inclusão ativa dos cidadãos à comunidade política, compartilhando um sistema de crenças com relação aos poderes públicos, à sociedade e ao conjunto de direitos e deveres que são atribuídos ao status de cidadão. Como dimensão pública dos indivíduos a cidadania pressupõe um modelo de integração e de sociabilidade, que transcende os interesses egoístas do indivíduo no mercado, em direção à uma atitude generosa e solidária.

A fala a seguir relaciona algumas dificuldades cotidianas vivenciadas na e pela associação de usuários do CAPS Ponta do Coral. Apresenta algumas possibilidades de atuação deste tipo de organização da sociedade civil, tanto com relação a parcerias com outras entidades, para o desenvolvimento de ações que visem a profissionalização e inserção no mundo do trabalho, quanto no processo de politização e conscientização de seus usuários com relação aos direitos de cidadania.

Eu acho que ela tem um papel relevante, a dificuldade é de incrementar esse papel relevante; os familiares vêm muito poucos; bom, talvez a gente não esteja também instigando, muitas vezes a gente convida, mas eu acho que, também, as vezes, falta um pouco de investimento da equipe para que os familiares estejam mais no CAPS; agora, a associação poderia fazer muitas coisas, desde convênios para cursos com esses órgãos que a gente tem, SENAI, SESC; poderia tentar uma penetração, mas isso seria uma outra realidade a ser criada; cada vez que entra uma gestão nova, a gente diz quem sabe agora; desde as pequenas coisas, até divulgar a lojinha aqui, é difícil, a gente uma vez fez uns folders pra distribuir aqui na vizinhança, uma vez a gente tentava vender as verduras que produzia, não conseguia muito, conseguia ali, vendia uma ou outra; agora em termos de espaço de fazer política eu acho que ela tem um peso, deveria realmente crescer, por mais que as pessoas tenham dificuldades; eu acho que tem que continuar existindo, tem que continuar batalhando para que eles possam estar assumindo um pouco

mais esse papel político, essa conexão com outras instâncias da sociedade; por exemplo, na questão até de trabalho, de poder a associação também ajudar nessa abertura de espaços de trabalho; teve uma vez que tentaram no Angeloni (supermercado), depois quando souberam que era portadores de transtorno mental não quiseram; eu acho que a gente precisava mostrar um pouco pra sociedade o que é o paciente psiquiátrico; assim, através desses recursos, não dá pra esperar vamos pra mídia, porque, assim, tem umas coisas que são boas, ótimas, mas são meio ideais, a gente tem que tentar começar com essas pequenas coisas que pode fazer: divulgar a lojinha, sei lá, fazer um contrato lá com o CIC pra fazer cursos, por exemplo, de pintura, coisas que são mais próximas da realidade exequível (P, 17/3/2006).

Para Rodrigues (2005) dois aspectos são importantes para compreender as dificuldades de falta de adesão e continuidade na participação dos membros da associação. Um deles refere-se aos elementos motivadores para a participação. Neste caso, é preciso considerar que a prática política de militância possui seus campos de conflito e tensões, que dentro da especificidade da loucura pode não conferir uma participação freqüente. O outro relaciona-se ao significado da associação na vida dos integrantes. Muitos usuários vêem a associação como possibilidade de geração de recursos financeiros, haja vista que o fator trabalho/vínculo empregatício é algo marcante na vida dos portadores de transtornos mentais, em decorrência de a maioria não possuir fonte de renda própria.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacaram o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário.

A primeira delas é a questão do controle social, a associação tem potencialmente essa função, não só dentro do serviço, mas também nas outras instâncias, conselho municipal de saúde, conselho local, aqui em Florianópolis estamos organizando uma Comissão Permanente, que é consultiva do Conselho Municipal de Saúde, é uma comissão de saúde mental, no estado (SC), a gente tem o Colegiado de Políticas Públicas e Atenção Psicossocial, que tem representação dos usuários; então, novamente, na questão da defesa dos direitos, na questão do resgate da cidadania, as vezes nem é resgate porque o cara nunca teve cidadania alguma, mas da possibilidade de instituir um certo nível de cidadania; eu vejo que a possibilidade de o usuário poder participar politicamente é algo que tem um efeito sobre a sua dinâmica, como tem efeito sobre a dinâmica de qualquer um que descobre um dia que tem essa possibilidade de participar politicamente, da vida política, e pro usuário de saúde mental isso muitas vezes é uma descoberta que representa uma guinada muito grande na sua vida, então, vamos dizer assim, tem um efeito terapêutico, um efeito clínico nesse sentido, além, obviamente, dos

efeitos políticos que isso representa, mas, mais individualmente tem esse efeito, da articulação com as outras pessoas, enfim, tem uma terapêutica aí que é função, mesmo que não reconhecida, mas é função das associações (F, 12/4/2006).

O principal papel das associações é não tornar que os serviços se tornem manicômios; a associação é a vida, é organização, é luta, é enriquecimento, é sentido de vida; tenho escutado muito de pessoas que tiveram suas vidas arruinadas que quando passaram a militar em associações de usuários passaram a ter um sentido de vida, passaram a conceber a razão da sua existência em vida; então, a principal importância das associações é não deixar que o serviço se torne manicômio, é tornar o serviço um pouco mais rico, com mais vida, é organizar a questão política, é falar em nome dos próprios usuários; então, a importância das associações de usuários é levar a boa nova aos CAPS, levar a boa nova aos serviços de saúde mental, levar a boa nova do modelo psicossocial, ou seja, discutir o controle da loucura, ou seja, a maior importância das associações é levar a discussão da liberdade, liberdade e dignidade dos portadores de transtornos mentais (GIRASSOL, 20/3/2006).

Além do tratamento e dos serviços, eu acho importante que a associação possa se fortalecer enquanto movimento popular de luta pela Reforma Psiquiátrica, que os usuários possam se conscientizar dessa importância de estarem articulados, lutando pela implantação da política, da política de saúde mental sob esse novo paradigma da Reforma Psiquiátrica; eu acho que essa é a maior importância, acho que essa é a maior tarefa da associação; claro que isso se reflete na micro política institucional no próprio CAPS; a associação vai estar lutando, a nossa associação aqui, por exemplo, já lutou pelo próprio vale transporte dos usuários, de ir até a secretaria (Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis) conversar com o secretário e reivindicar enquanto essa democracia representativa dos próprios usuários, técnicos e familiares; pela própria manutenção desta casa na época que houve a questão da construção da via de acesso ao Hospital Infantil, existia um projeto da outra via passar também por aqui, os usuários batalharam que essa casa se mantivesse aqui, que o CAPS se mantivesse aqui e conseguiram; então, acho que essa luta maior de articulação que exige uma consciência política dos líderes que estão na associação, dos usuários como um todo, é que é a grande tarefa da associação, só que isso se faz num trabalho de formiguinha, num trabalho miúdo (VIK, 24/3/2006).

Cabe destacar que o controle social compreende a participação da população na perspectiva da interferência na gestão da política pública de saúde, colocando as ações e serviços na direção dos interesses da comunidade e estabelecendo uma nova relação entre Estado e sociedade. Conforme Correia (2002, p. 212), controle social “é a atuação da sociedade civil organizada na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam às demandas e aos interesses das classes subalternas”.

A III CNSM ressalta a importância do controle social, através dos mecanismos já existentes (Conselhos, Conferências e Comissões de Saúde Mental, organizações da

sociedade civil e movimentos sociais), como forma de garantir o avanço da Reforma Psiquiátrica. Os indicativos da Referida Conferência destacam que o controle social deve constituir-se com a representação dos três segmentos – usuários, familiares e profissionais de saúde, na perspectiva de induzir uma ação de acompanhamento da construção das políticas municipais, estaduais e nacional de saúde mental. As Comissões de Saúde Mental em ação conjunta com os Conselhos de Saúde devem exercer seu papel de controle e fiscalização das políticas públicas, o que inclui o orçamento e a destinação de verbas para a saúde mental, em todos os níveis (BRASIL, 2002a).

A ação da sociedade civil e dos movimentos sociais é ressaltada visando a garantir que os programas de saúde mental não sofram descontinuidade por ocasião de mudanças de gestão administrativa e/ou política. Para tanto, devem ser criadas estratégias para a viabilização de maior envolvimento dos diferentes atores sociais com as questões da saúde mental. Entre estas, destacamos o papel das associações de usuários, técnicos e familiares e dos núcleos estaduais e/ou municipais do movimento da luta antimanicomial, na gestão dos serviços e na fiscalização das práticas de saúde mental (BRASIL, 2002a, p. 142).

3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia

A desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial são dois dos pressupostos teórico-epistemológicos orientadores das práticas assistenciais indicadas na e pela Reforma Psiquiátrica. Tendo isso em conta, perguntamos aos participantes da pesquisa se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas para a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referiram que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras.

As falas relacionadas na seqüência explicitam a percepção dos entrevistados sobre a questão e indicam algumas possibilidades que, segundo eles, poderiam favorecer o desenvolvimento de ações de reabilitação psicossocial.

Em parte sim, em parte; eu acho que como a gente não tem um sistema de avaliação a gente não consegue medir isso muito bem; a nossa intenção é essa, o que não quer dizer que as nossas ações consigam de fato alcançar; acho que a gente poderia fazer mais, a gente poderia ter uma articulação mais intensa e mais constante com outras instituições, com outros sistemas de atenção, além claro da própria rede de saúde, que não existe; em Florianópolis a gente não tem rede, até está se formando, dá pra dizer que está se formando, mas não funciona como rede ainda, efetivamente não funciona; a gente tem pouco contato com a atenção básica, com o PSF, que seria um parceiro importante, a gente tem pouco contato com os outros CAPS também em termos de troca, enfim, com outras instituições de saúde, então, acho que a gente ainda continua isolado, e aí pensar em reabilitação psicossocial com essas condições é um pouco mais complicado; a gente vê alguns efeitos, que a gente mede pelo usuário em si, que é o fato de que ele consegue evitar internação, que ele consegue muitas vezes voltar a trabalhar, sua participação nas oficinas passa a ser bastante diferente, enfim, mas são coisas que a gente não tem um instrumento pra avaliar (F, 12/4/2006).

Eu penso que sim, apesar de que hoje o programa de saúde mental não conta com uma rede completa de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, então, assim, a gente tem essa dificuldade; se existisse isso de forma mais estruturada, de forma mais incrementada seria mais fácil a reinserção social; por exemplo, a gente não tem leitos psiquiátricos no HU, um hospital geral, que já tem um ambulatório de psiquiatria, poderia ter um serviço de emergência, facilitaria, evitaria internações, um mercado protegido, um projeto de geração de renda também não temos, não temos os CAPS territorializados ainda, então, tem uma série de dificuldades colocadas aí que impedem essa reinserção social num tempo menor do que acontece hoje; acho que hoje o tempo que o usuário fica dentro do CAPS ainda é muito grande por conta de a gente não ter essa rede completa, que possa dar esse suporte extra CAPS. [...] eu não sei se isso acabaria institucionalizando, de certa forma sim, mas assim, isso está na pauta, e se isso está na pauta não está institucionalizando, você entende o que eu quero dizer? isso está sendo falado pro próprio usuário, isso está sendo dito pra ele, olha tu já está aqui muito tempo, o nosso objetivo pra ti, nosso projeto terapêutico pra ti seria de tu poder estar fazendo isso, isso e isso lá fora, então assim, não diria institucionalizado porque talvez institucionalizado seria quando a gente não se desse conta disso, ah não isso está rolando, o usuário está aqui há anos, ninguém está fazendo nada, continua na mesma, aí sim estaria cronificando, mas acho que não nesse sentido, de que isso está na perspectiva, a gente está querendo a inserção, a gente está querendo a rede extra hospitalar, a territorialização dos CAPS, só que a gente não tem uma série de elementos necessários pra fazer a reinserção, a política, o programa de saúde mental, aliás ele está sendo implantado, incrementado muito mais agora recentemente (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que sim, mas muito pouco ainda; elas se encaminham, elas têm como ideal, elas desejam, mas na prática isso é muito pouco feito; eu vejo que nesse CAPS a equipe acaba estando muito fragmentada porque faz milhões de coisas também, desde a parte administrativa, parte clínica, oficina, se divide; eu acho que deveria ter a equipe como um todo trabalhar nisso, mas ter também grupos de atuação, como a gente

chama de atuação local, então, ainda para o que necessita está muito pouco assim, muito aquém [...] A primeira proposta começaria via Regionais, nas Regionais; por exemplo, as pessoas iriam para os seus bairros, ver qual é a possibilidade, as possibilidades que existem pro usuário se inserir, mas não só a Regional, poderia ter um grupo mesmo, sair com o usuário, fazer a coisa mais concreta, ela é feita, mas é feito muito pontualmente (LÉLI, 4/4/2006).

Em geral sim, mas tem alguns pacientes que, por exemplo, circulam no CAPS e que não tem nenhuma indicação de estar no CAPS, então ele acaba sendo um lugar de institucionalização ou de capsização. Tem isso; isso acaba acontecendo, mas em geral não é isso; em geral eu acho que todas as nossas ações, o que a gente discute em equipe é até a tentativa de diminuir essa dependência, esse vínculo de dependência, que em algum momento ela pode ser muito importante, mas em outros ela é excessiva e acaba aprisionando o paciente dentro do CAPS, e aí o CAPS passa a ter o mesmo papel e a mesma função do hospital; e como isso é o que eles conhecem, esse repertório é o que se conhece, é mais fácil de se acostumar com ele do que ter uma nova postura, uma postura de que, não, aqui eu vou tomar conta do meu tratamento, eu vou lá fora procurar o que é meu...; não, (o usuário) acaba esperando, ah o que você falar está bom, e aí essa atitude bem passiva, que ela é muitas vezes muito cômoda pra todos nós em muitos momentos, pra uns mais que outros, essa atitude de comodismo, de esperar, é ótimo, e aí isso acontece, acaba acontecendo, embora as práticas, elas tem a idéia de que não seja voltada pra isso; não é o objetivo, mas a gente observa que as vezes é falho (J, 22/3/2006).

Essa pergunta é muito difícil [...]; eu acho que não mudou muito meu olhar, a gente tende a sustentar a institucionalização, a gente não consegue dar alta, o paciente não consegue ter alta, não consegue sair; assim, digo um paciente que realmente talvez esteja até mais comprometido com esse tempo aqui, tem paciente que está aqui desde o início; eu acho que a gente acaba reforçando um pouco isso por mais que a gente tem o desejo de que fosse o contrário; existe uma certa comodidade pro paciente também, aqui ele tem atenção, ele é aceito, não tem assim uma grande briga por ele ficar aqui; então, isso me preocupa muito, eu fico pensando: é uma contradição porque ao mesmo tempo que o nosso trabalho é voltado pra isso parece que a nossa ação acaba revertendo o contrário; a questão da cidadania, a questão da construção de outros laços, criação de outros espaços, eu acho que é muito precária ainda [...]; por isso que eu acho que a gente precisa também de ter formas de avaliação dos pacientes, muitas vezes fica assim um exemplo ou outro que você tem, aquela pessoa foi, está lá trabalhando, talvez ela não tenha também construído um elo tão pesado, tão forte com a instituição, que ela já veio, ficou um tempo, saiu, voltou a fazer outras coisas da vida; eu acho que a gente ainda está institucionalizando mais do que desinstitucionalizando [...] (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p. 14) observam que um dos caminhos mais importantes para o qual aponta a desinstitucionalização é o da criação de novas relações com a loucura. Estas se processam a partir da mudança das relações institucionais internas e de

desmontagem dos dispositivos da clínica e da psiquiatria, mas certamente não se restringe a isto. Novas subjetividades e um novo lugar para o sujeito louco só são produzidos em relação com o social. O trabalho de desconstrução da institucionalização, necessariamente, extravasa o contexto institucional específico, atingindo seu objetivo mais amplo de questionamento das instituições e subjetividades capitalísticas, a desconstrução como transformação cultural. Para os autores, através do trabalho no campo social a desinstitucionalização atinge seu sentido mais abrangente, como processo social amplo e complexo de participação popular, territorialização dos serviços, envolvimento de diferentes atores sociais, e mudança da relação social com o fenômeno da loucura.

Sobre este aspecto cabe destacar que a desconstrução do paradigma da institucionalização e a construção do paradigma da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial envolve um conjunto de ações teórico-epistemológicas e de práticas assistenciais, amparadas por um sistema jurídico-político capaz de criar e garantir direitos aos portadores de transtorno mental. De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (1987), a reabilitação psicossocial é o conjunto de atividade capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários (OMS 1987 apud PITTA, 2001).

Nesta direção, a formulação da política de saúde mental, orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais nos campos da educação, cultura, habitação, assistência social, esporte, trabalho, lazer e a articulação de parcerias com universidades, Ministério Público, organizações não governamentais (ONGs), visando a melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania do portador de transtorno mental (BRASIL, 2002a).

Com o objetivo de saber se existem e identificar quais são as práticas de reabilitação psicossocial desenvolvidas no e pelo CAPS Ponta do Coral, perguntamos aos participantes da pesquisa se existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer. Do total de profissionais que responderam ao formulário, a maioria (66,7%), disse não existir, dois referiram não saber responder, e dois destacaram que existem. Dentre os que responderam que não existem tais práticas, um observou não ter conhecimento, oficialmente, das parcerias, um deles destacou que existem poucas e de acordo com o planejamento terapêutico do usuário, e um outro disse que tem em momentos específicos, mas não de forma contínua. Entre os que

responderam que sim, um referiu-se a experiências muito pontuais como por exemplo o uso da quadra de esportes próxima, e outro identificou parcerias com fundações municipais e estaduais de cultura.

Neste aspecto, os indicativos aprovados na e pela III CNSM ressaltam a necessidade de se priorizar, no âmbito da assistência em saúde mental, políticas que fomentem a autonomia dos portadores de transtornos mentais, incentivando o exercício da cidadania plena. Devem-se buscar parcerias entre o poder público e organizações civis para o desenvolvimento de projetos sociais e comunitários, de geração de renda e de acesso a todos os direitos, que possam funcionar como apoio na (re)inserção social destas pessoas.

No estudo realizado, perguntamos aos profissionais se as práticas assistenciais desenvolvidas no e pelo CAPS possibilitam ao usuário a construção de sua autonomia. Os entrevistados destacaram a necessidade de refletir conceitualmente sobre o que seja a autonomia do portador de transtorno mental, como avaliar a autonomia da pessoa. Referiram que, em geral, o serviço consegue cumprir com a função de estimular o usuário à conquista de sua autonomia.

A questão é discutir o que é autonomia, eu sempre parto do princípio de que autonomia não é independência, autonomia na verdade é a possibilidade de a gente poder ampliar as dependências, que é a vida de todo mundo, ou seja, eu pra viver eu dependo de um monte de gente, um que paga meu salário, outro que falo aqui, outro com quem eu me ligo afetivamente, enfim, eu dependo de uma porção de gente e isso me dá autonomia porque eu posso depender de muitas pessoas e de muitas instituições, muitos sistemas; o problema do usuário de serviço de saúde mental, paciente psiquiátrico é que ele, geralmente, depende ou das mesmas pessoas ou das mesmas instituições, ou seja, a capacidade de autonomia dele está muito reduzida porque ele não tem como circular socialmente, ele ou está sempre dentro de casa ou de casa pra uma instituição, seja ela o CAPS ou hospital psiquiátrico; então, pra mim autonomia é isso, é essa possibilidade de você ir ampliando os vínculos pra que você possa depender de muitas pessoas ou de muitas coisas ou de muitas instituições porque afinal de contas, em última instância, essa autonomia tomada como independência ela é imaginária, ela é irreal, não existe; então, eu acho que a gente consegue isso, a gente consegue ampliar a autonomia dessa maneira, primeiro porque o CAPS acaba se tornando um centro de convivência, então, o efeito imediato é que a pessoa deixa de ficar sozinha ou só com a família e passa a conviver com outras pessoas, esse é o efeito imediato, passa a ter outras relações que muitas vezes se desdobram, saem daqui, as pessoas fazem programas juntos fora, pinta relacionamentos amorosos ou só relação sexual, que seja, mas enfim, é uma oportunidade nova que o cara não tinha, encontrar alguém mesmo que seja só pra transar, então, isso já é um ganho também, já implica na ampliação de autonomia; eu vejo que muita gente aprende a lidar com o serviço público, aprende a correr atrás dos seus direitos, aprende a lidar com outros serviços de saúde, passa a

procurar o posto de saúde onde mora ou passa a ir pegar medicação em tal lugar sozinho, por conta própria etc.; eu acho que a gente consegue essa função, a gente consegue autonomia nesse sentido, mas pode ser melhor, na medida que a gente tiver uma rede, que a gente se inserir nessa articulação com outras instituições, com outras instâncias, a gente consegue fazer isso de maneira mais eficaz (F, 12/4/2006).

Em alguns casos sim, eu acredito que alguns casos quando não há uma limitação interna eu acho que sim, que é possível, através até da participação nas oficinas, nos grupos terapêuticos, da adesão ao tratamento médico; muitos conseguem realmente; passaram por um episódio, uma crise, conseguiram ficar bem e voltar para as suas atividades diárias, eu acho que quando eles aderem ao tratamento, quando há essa adesão, quando eu digo ao tratamento é ao projeto terapêutico deles, e não tem uma limitação, vou colocar entre aspas “uma seqüela” da própria doença muito forte, há essa possibilidade; em alguns outros casos eu acho que é difícil, assim, não é tão fácil medir isso, o que, quem melhora, quem não melhora, aquele que consegue voltar, aquele que não consegue, as vezes alguém que tem até uma doença mais incapacitante consegue, outros não, depende, depende do apoio que ele tem, do externo, da família, ou da própria sociedade, da comunidade em que ele é inserido, isso tudo faz diferença, que tem o background do que ele era antes, isso também faz a diferença, ele consegue resgatar; quando já não se tem muito o que resgatar aí fica mais difícil trabalhar; é individualizada essa resposta, mas eu acredito que em alguns casos sim, consegue essa (re)inserção de uma maneira muito boa e gratificante para os dois, pro usuário e para os profissionais (J, 22/3/2006).

[...] dependendo de como o serviço é gerido, dependo de dentro de que política de saúde mental esse CAPS está inserido, ele pode ao invés de estabelecer uma autonomia, mesmo que ele tenha uma boa vontade de estabelecer autonomia, ele acaba tornando a pessoa mais dependente ainda do serviço; então, é uma grande armadilha a construção da autonomia, não só especificamente pro CAPS Ponta do Coral, mas pra todos os CAPS que eu tenho visto; então, a gente volta novamente na questão da avaliação, novamente na discussão dos termos, eu acho que a questão dos conceitos ela tem que estar muito clara, o que significa cada conceito, eu sempre tenho batido muito nisso; o que é autonomia? É a pessoa ter minimamente condição de governar a sua própria vida, gerir sua própria vida, Ok! a gente estimula a pessoa a fazer isso, trabalha nesse sentido com a questão da autonomia, agora, quais são os parâmetros que nós vamos utilizar pra avaliar essa autonomia, isso a gente não tem muito claro ainda, acho que necessita; então, o CAPS possibilita autonomia, mas ao mesmo tempo não tem uma análise crítica [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Não obstante, cabe-nos destacar que a compreensão sobre autonomia que orienta este trabalho refere-se “a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente”. Neste caso, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas

relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001, p. 57).

As falas relacionadas a seguir destacam como o atendimento no CAPS Ponta do Coral possibilita a construção da autonomia do usuário.

Eu acho que em formas gerais sim, na relação que os técnicos tem com o paciente; agora, as vezes, a gente tem uma postura muito assistencialista em muitas situações, um assistencialismo que acaba prendendo o paciente, institucionalizando; são situações, eu acho que as vezes a gente repensa sobre elas, não foi bem por aí, mas, assim, eu vejo as pessoas contando a história do CAPS, teve muitas experiências que foram positivas também, que chegaram a um resultado, assim, sem muito recurso, sem muito com que contar fora da própria equipe, fizeram coisas que são surpreendentes em relação a tantos pacientes; eu acho que essa maneira de você poder dar voz, poder valorizar aquilo que a pessoa faz, consegue fazer em uma Oficina por exemplo, eu acho que essa é uma maneira de você conferir uma posição mais sujeita, mais ativa mesmo (P, 17/3/2006).

Sim, eu acho que sim, só que eu acho que a gente possibilita em alguns casos, não tem uma história linear de possibilitar a todos, eu acho que tem um projeto de possibilitar, mas isso não acontece o tempo todo, porque também isso não é uma via de mão única; hoje, eu já fui mais ingênua em relação a isso, muitas vezes uma pessoa que ficou trinta anos, vinte anos no hospital psiquiátrico, eu não sei mais se ele quer ter mais autonomia, muitas vezes ele quer, não quer; se a gente entender autonomia como trabalhar, seja em qualquer lugar, com uma bolsa trabalho, entender autonomia como decidir ir final de semana para uma praia, autonomia como ir ao supermercado, escolher o que vai comer, até certo ponto sim; por exemplo, se tenta até que muitos usuários saiam no final de semana, a gente na reunião das Regionais combina que eles possam ir, no final de semana, para um passeio, e eles não vão, eles ficam em casa, só vão se o técnico for, no dia de semana; então, acaba ficando um outro processo de não autonomia; então, a luta, a intenção é que isso se dê de outra forma, que também não fique dependendo do CAPS; existe uma construção pra isso e isso acontece, em certa medida acontece, mas ainda não como gostaríamos, porque nós também temos uma idealização de autonomia [...] alguns casos tem sim, vão até um certo ponto da autonomia que é possível pra pessoa, e outros vão mais além, outros regridem (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre as possibilidades de construção da autonomia do portador de transtorno mental, Kinoshita (2001, pp. 56-57) considera que a contratualidade do usuário, primeiramente vai estar determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Estes podem emprestar seu poder contratual para possibilitar relações e

experiências renovadas ao usuário, através de seu prestígio, de sua delegação social, do saber reconhecido pela sociedade. O referido autor destaca que aos profissionais é dada a capacidade de elaborar projetos, isto é, ações práticas que venham a modificar as condições concretas de vida do usuário.

A entrevista citada na seqüência relaciona a construção da autonomia do usuário a ações que envolvem outros serviços e outras políticas sociais como uma possibilidade para que o portador de transtorno mental adquira sua independência econômica. No caso, a profissional refere-se a Política de Assistência Social, através do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Outro recurso financeiro que pode ser acessado pelos egressos de internações psiquiátricas prolongadas é auxílio reabilitação psicossocial instituído com o Programa de Volta Pra Casa, através da Lei Federal N° 10.708/2003.

[...] um outro elemento pra isso (autonomia) são os usuários que estão totalmente desprovidos de qualquer recurso material que conseguem o BPC e isso garante autonomia porque ele tem o mínimo pra poder dar conta das suas necessidades materiais; então, muitas vezes, ele está numa condição muito vulnerável e aí passa a poder comprar aquilo que ele deseja, minimamente, porque é muito pouco o valor, mas consegue algumas coisas e isso garante essa autonomia, porque as vezes ele fica na família, fica sendo aquele peso que só incomoda, que não tem recurso financeiro nenhum porque ele está fora do mercado de trabalho mesmo, então, aí o benefício da previdência social também é um elemento de autonomia e de reconstrução da cidadania, mas entre todos esses outro que eu falei, do próprio material que ele tem contato na oficina terapêutica que ele consegue produzir algo; aquele usuário que é egresso do hospital psiquiátrico de polireincidência nas internações que consegue produzir uma peça bonita e que essa peça é vendida e que depois recebe o dinheiro dessa venda, também confere autonomia, confere cidadania, auto-estima (VIK, 24/3/2006).

Entendemos que a possibilidade de ter recurso financeiro próprio favorece sim a independência econômica do portador de transtorno mental, possibilitando-lhe uma vida com maior autonomia. Contudo, conforme destacou a entrevistada este é só um dos elementos que compõem o rol das necessidades humanas. A reabilitação psicossocial é um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia (KINOSHITA, 2001). Neste sentido, reabilitação e construção da autonomia caminham lado a lado.

3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental

A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos entrevistados como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista jurídico-política dos direitos do portador de transtorno mental.

Eu acho que hoje a gente já tem uma rede assistencial muito mais capacitada e quantitativamente significativa; no Brasil já são 800 CAPS; o fato de que tem recurso financeiro do Ministério da Saúde destinado, especificamente, à saúde mental, isso facilita a criação do serviço no município; em termos das modificações em relação ao que seja a loucura, o que seja o transtorno psíquico, acho que apesar das dificuldades a gente já conseguiu avançar com relação a isso, a gente já conseguiu trazer a discussão pra sociedade de uma outra maneira, levantando a necessidade de olhar isso também de uma outra forma; a medida que as pessoas começam a sair dos hospitais e voltam a morar seja em residências terapêuticas, seja com a sua família, e conseguem se manter bem dessa maneira isso também vai mudando o olhar das pessoas, pelo menos daquelas que o cercam; os projetos que a gente chama de modificação da cultura, a modificação da cultura manicomial, isso eu percebo que há um avanço, gradual, lento, tem um monte de resistência, mas a gente consegue, conseguiu, tem conseguido, e isso implica também no avanço político, no sentido da garantia do direito, no sentido de ter algumas prerrogativas preservadas com relação ao direito do usuário; então, eu vejo que de uma maneira geral a gente tem avanços e avanços muito significativos se a gente compara o que era transtorno mental há vinte, trinta anos, nesse país, tem coisas muito importantes que eu identifico (F, 12/4/2006).

Acho que a própria existência de CAPS, os hospitais dia, de ambulatórios de saúde mental, próximos as casas de onde o paciente mora, o Programa de Volta pra Casa, a possibilidade de uma residência terapêutica, são todas medidas atuais e dispositivos atuais que possibilitam essa nova forma de encarar o que alguém portador de transtorno mental pode ocupar, o que eles podem ocupar; então, eles podem ocupar os espaços, eles podem começar a fazer parte daquela comunidade (J, 22/3/2006).

A fala a seguir expressa como foi, historicamente, se alterando a forma de assistência ao portador de transtorno mental e de atenção em saúde mental na política de saúde do município.

Eu acho que a questão de criar um espaço que é aberto já é uma conquista; eu acho que hoje a gente tem essas possibilidades de CAPS, no posto de saúde mesmo; [...] quando eu comecei a trabalhar na prefeitura, há 20 anos atrás, assim, era uma equipe de um psiquiatra com mais um monte de estagiários de psicologia que saía em uma Kombi velha pra fazer alguma coisa, quando pintava um problema lá com um paciente do Campeche por exemplo [...]; não tinha nada na prefeitura há 20 anos atrás de saúde mental, então, hoje já tem, está se criando uma rede, tem profissionais nos postos, tem psicólogos, se pensa em fazer treinamento de agente de saúde, treinamento de clínico geral, já se fez algumas coisas; eu acho que isso, imagino que alguém que fica confinado dentro de um espaço, ele ter a possibilidade de circular, mesmo o pessoal do HCTP, eu acho que pra eles, assim, tem uns que não querem muito mais que isso na vida, pelo menos eles não estão tendo que trabalhar duramente como trabalhavam quando eram crianças, vem aqui, circulam, comem uma comida, anda aqui, vê televisão, bom! talvez essa seja a vida que eles querem, talvez seja...., já sai lá daquela estrutura fechada (P, 17/3/2006).

Na seqüência, a entrevistada relaciona algumas formas de exercício da cidadania que o usuário pode acessar com o tratamento no CAPS.

É, se for pensar que muitos usuários eles tiveram uma história, antes do surto, de uma vida organizada socialmente, trabalhando, talvez seria a reconstrução da cidadania, mas a medida que vem todo o isolamento propiciado pelo hospital psiquiátrico, todo o estigma do transtorno mental que a própria comunidade coloca, realmente de fato foi perdida; quando ele chega no CAPS e se propõe a se beneficiar desse espaço, assim, de fato se vincula ao projeto terapêutico dele, acho que ele consegue reconstruir elementos pra essa cidadania, num primeiro momento autonomia, acho que o cartão do vale transporte, o exemplo que eu posso dar, o cartão do vale transporte que é oferecido no período que ele tem tratamento aqui é o mesmo cartão do cidadão que vai comprar lá no SETUF, então, aquele usuário que é estigmatizado, eu já presenciei essa cena, um usuário de uma comunidade de periferia que era o louco do bairro, ele entrou dentro do ônibus com o mesmo cartão que qualquer outra pessoa, passou o seu cartão, veio pro CAPS, depois foi embora pra sua casa, então, isso já é um elemento, muito pequeno, mas é um primeiro elemento talvez, que começa aí, de ele se reconhecer enquanto sujeito, enquanto cidadão, e depois aqui também, a possibilidade de participação, no momento que ele consegue produzir algo numa Oficina, no momento quando ele consegue, na clínica, se dar conta dos seus conflitos e ter mais qualidade de vida nas relações [...] (VIK, 24/3/2006).

Uma das entrevistadas fez destaque às formas de atuação que, na sua opinião, representam conquistas significativas e correspondem a práticas que favorecem o exercício da cidadania do portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Avanços, pra começar, acho que o grande avanço foi a Reforma Psiquiátrica, a construção do CAPS, dos CAPS, as portarias que fazem com que os hospitais psiquiátricos sejam substituídos por vários CAPS, esse foi o grande avanço em primeiro lugar, porque é o momento de tirada das pessoas desses castelos, dessas muralhas, não só porque ficaram ali presas, mas de todo aquele sofrimento mesmo, de miséria, enfim, como os últimos dos últimos, então, eu acho que esse é o primeiro ponto, é que os sofredores de transtorno psíquicos e mentais não ficassem segregados, mas poder estarem sendo mostrados e expostos - uma parte da sociedade, são pessoas que podem transitar, que estão aí, não necessariamente precisam ser escondidos como uma vergonha; junto aos CAPS, isso não caminha sozinho, tem a construção as redes de atenção básica também; [...] mas quando fala em cidadania acho que tem três eixos: um é a construção do CAPS, de serviços como o CAPS, outro são as residências terapêuticas e o outro a economia solidária; hoje eu vejo como isso, assim, esses três projetos, que foram feitos com luta, porque a primeira luta foi dos hospitais, então, tem as portarias que substituiu os hospitais por CAPS, progressivamente, tem toda a luta do movimento antimanicomial, tem as leis que protegem, tem esses três eixos; residência terapêutica é um lugar de resgate à cidadania porque a pessoa vai poder estar numa casa, vai poder comprar um bombril pra limpar a panela, vai poder comprar tomate e batata, vai começar a transitar no meio de outras pessoas, com a vizinhança, a se autogerir, poder fazer escolhas para sua casa, onde ele quer botar um quadro, onde ele quer botar o guarda-roupa, sua roupa, com outros colegas, mas enfim...; tem também a economia solidária que é o momento de autogestão, de fazer escolhas também, de decidir sobre sua vida, em uma certa instância, porque em última instância, em última análise ninguém daqui decide sobre a sua vida, nem eu, nem tu, a gente já nasce num sistema que te absorve e a gente é o que em última análise o capitalismo quer que a gente seja mesmo, nossa roupinha, nossa comida, nosso padrão de beleza, tudo a gente faz como é vendido; eu acho que essas iniciativas, porque a economia solidária não é só cooperativa, não é só associação, não é somente, é uma outra forma de produzir trabalho e discutir sobre esse lucro, que antes estava na mão de algumas pessoas, então, é dividir, eu também decido sobre o que é o meu trabalho, eu não me alieno dele, mas eu sei onde é que vai o meu trabalho (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Fleury (2004, p. 4), os grupos excluídos estão, em geral, impossibilitados de participar das relações econômicas predominantes no mercado, como produtores e/ou consumidores, e das relações políticas vigentes, os direitos de cidadania. Segundo a autora, esta situação é agravada pela transformação das políticas públicas de proteção social, afastando-se de um modelo de seguridade social, que buscava assegurar coletivamente o mínimo vital para todos os cidadãos, em direção à individualização da pobreza e da exclusão.

Conforme aponta Pitta (2001), o homem moderno, acriticamente, persegue formas de inclusão social pelo trabalho, desconsiderando o fato do trabalho não ser nem

tão disponível nem tão flexível para suportar as diferentes demandas individuais e coletivas que a sociedade moderna impõe. Não obstante, a tradição asilar e assistencialista das instituições psiquiátricas, historicamente, caracterizou-se pela função de excluir os marginalizados, produtos das disfunções do modo de produção capitalista e da divisão social do trabalho. Em geral, a população internada, e muitos dos egressos de hospitais psiquiátricos atendidos nos CAPS, está cronificada, com poucas chances de retorno ao mundo do trabalho capitalista.

A fala relacionada a seguir traz a compressão e reflexão, do profissional entrevistado, com relação ao conceito de cidadania e as implicações práticas deste quando se tem como parâmetro uma concepção e um modelo de cidadania pautado na lógica da racionalidade.

Eu tenho visto que está se percebendo uma maior clareza da necessidade dessa cidadania do portador de transtorno mental, porém ainda falta um pouco mais de discussão em nome de que direitos o portador de transtorno mental tem pra fazer cidadania, porque é assim, a cidadania dentro desse modelo francês - igualdade, fraternidade, liberdade, ela exige muito a questão da razão, pra você exercer cidadania você tem que falar em nome da razão, e muitas vezes o usuário, quando está em crise acaba não falando numa razão, acaba falando uma desrazão, e aí como fazer? como dar conta disso? ainda não temos resposta, em nome de que cidadania é reinventada uma cidadania para os loucos, mas tudo bem, isso é pra gente pensar; então, o avanço que tem em relação a construção da cidadania é quanto mais ter associação de usuários em que se discuta cidadania, mais vai ter cidadania, que eu não acredito que os CAPS tenham trabalhado muito nessa lógica, porque acaba não discutindo a questão da cidadania, que cidadania é essa, o que se entende por cidadania, o que é o ser cidadão [...](GIRASSOL, 20/3/2006).

A cidadania integra as exigências de justiça e exercício democrático do poder; o sentimento de pertencer a uma comunidade e de estar integrado a uma dada coletividade social, em determinado espaço territorial (FLEURY, 2004). A idéia de direitos do cidadão – civis, políticos e sociais – remete a construção dos Estados nações, em que o princípio das nacionalidades precede o ideal filosófico cidadania universal. A cidadania, definida pelos princípios da democracia, constitui-se na criação de espaços sociais de luta (movimentos sociais) e na criação de instituições permanentes para a expressão política; significa, necessariamente, conquista e consolidação social e política (VIEIRA, 2002, p. 40). Ainda, a cidadania passiva, outorgada pelo Estado, se diferencia da cidadania ativa, na qual o cidadão, portador de direitos e deveres, é essencialmente criador de direitos para abrir novos espaços de participação política.

Diversos são os obstáculos para o exercício da cidadania do portador de transtorno mental entre estes a vinculação dos direitos a racionalidade instrumental-cognitiva da ciência; a vinculação da sua prática a inclusão controlada no mundo do trabalho, modelo este que, no caso brasileiro, é denominado por Santos (1979) de cidadania regulada. Vasconcelos (2000b, p. 191) indica que, para aqueles que assumiram a proposta da desinstitucionalização e reinvenção da cidadania no campo da saúde mental, há de considerar que estamos diante de um terreno de relações de forças complexo e paradoxal, em que a manutenção do caráter democrático nas relações exige abandonar esquemas conceituais lineares, onipotentes, que queiram garantir de antemão a sua eficácia.

Fleury (2004, p. 12), observa que “a mediação entre os indivíduos e o Estado, através da igualização realizada na cidadania só é efetiva, na medida em que a sociedade civil seja capaz de realizar as funções de agregação dos interesses, reconhecimento dos sujeitos e sua inserção na esfera pública. Só assim a cidadania deixa de ser um invólucro legal e passa a ser um exercício na vida social”. Portanto, uma visão mais ativa de cidadania requer um sentido de sociedade civil como uma esfera pública onde os cidadãos se encontram em reconhecimento mútuo, e isto faz possível a sociedade plural.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referiram que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental substitutivos ao modelo tradicional/asilar. As falas a seguir identificam estas dificuldades fazendo uma análise da questão na realidade da sociedade capitalista atual.

Tem o mito de louco, do louco perigoso, do louco imprevisível, é algo que pesa muito [...], que é a lógica do mercado; pra nós, basicamente, estar inserido na sociedade é estar trabalhando, a gente se pauta muito por isso, pra poder se considerar inserido, vinculado no mundo você tem que estar no mercado de trabalho e, muitas vezes, essa lógica enlouqueceu muita gente, e as pessoas não conseguem, principalmente os usuários dos serviços de saúde mental, os psicóticos em particular, tem muita dificuldade em entrar nessa lógica, e se submeter a ela, coisa que pra qualquer um tem um custo muito alto em termos de saúde, eu digo quem está inserido mesmo no mercado de trabalho, em termos de saúde, de relação com a sua família, com as pessoas que gosta, com os amigos etc., isso tem...; viver para o trabalho é algo que pra nós é insalubre de uma certa maneira, a gente não faz outra coisa a não ser trabalhar; então, pra essas pessoas que estão fora do mercado de trabalho

é muito complicado poder voltar, o que sobra é uma rede de assistência que na nossa realidade é sempre capenga, sempre parcial, tem dificuldade em aceitar o louco por conta desses mitos, e, também, da própria resistência do usuário, da pessoa com esse tipo de dificuldade de entrar nessa lógica, no que ele de uma certa maneira faz muito bem, algo que cria outros problemas pra ele (F, 12/4/2006).

São tantas, é assim, primeiro lugar, eu vejo assim, com todo o preconceito que tem da loucura, tem uma coisa no nosso sistema capitalista que é a questão da produção, produção de capital, produção de bens, e inserção no comércio, no mercado de trabalho, então, o portador de transtorno, sofrimento mental, ele a princípio, quando ele está nesse estado, ele não é produtivo, produtivo pra esse sistema capitalista, ele não trabalha, ele não consome muito, porque ele não vai ter dinheiro, portanto, isso de maneira geral, a gente sabe que as pessoas de posse, que a loucura, o sofrimento psíquico ele atravessa qualquer classe, mas 90% tem isso; então, a princípio existe a exclusão, já existe esse preconceito também, mas muito mais que isso, que a sociedade de fato ela é dividida entre os que produzem, os que fazem a engrenagem funcionar e os que estão a margem, então, o usuário é mais um que está a margem, assim como o menino de rua, os rapazes do morro, então, ele é mais um, também, que causa incomodo, e ele no Estado, das políticas públicas do Estado ele seria como só o gasto, não seria mais uma produção; além de ser uma sociedade racionalista que tem toda a sua formação no discurso, no discurso reto, no discurso racional, na fala, a fala racional, na linguagem articulada como o único meio privilegiado de comunicação, e o usuário, muitas vezes, não tem esse instrumento, por conta da sua fragmentação, da sua história, da sua medicação, da própria coisa do delírio, muitas vezes ele não tem o tempo todo essa fala coerente, esse discurso, dessa forma já faz com que ele não seja inserido, uma vez que ele é a minoria digamos assim (LÉLI, 4/4/2006).

Hoje, a gente fala muito em rede de atenção psicossocial; eu percebo que é uma rede que ela tem que estar instituída, que são locais de proteção para o portador de transtorno mental, são as certezas, são os caminhos certos que os usuários teriam, a rede; o problema a começar é que nós não temos essa rede instituída, entendo por rede: emergência psiquiátrica ou emergência em atenção psicossocial em hospital geral, CAPS III, CAPS II, CAPS criança e adolescente, CAPS álcool e droga, associação de usuários, escritório jurídico para amparar o direito do portador de transtorno mental, atenção primária em saúde mental, equipes volantes, centros de convivência, enfim, tudo o que preconiza a rede em atenção psicossocial, esse seria o primeiro passo; então, essa dificuldade, não temos a rede em atenção psicossocial, esse é um passo; segundo, o próprio imaginário social das pessoas em relação a loucura e ao louco, isso é uma outra dificuldade, que daí entra em cena o estigma e o preconceito, onde o portador de transtorno mental passa a não ter crédito na comunidade, e isso ainda é uma dificuldade; e, claro, depois tem toda a questão do trabalho, as cooperativas de trabalho, que ainda não se discute muito em Santa Catarina, não conheço nenhuma cooperativa social de trabalho para portadores de transtorno mental, que é uma forma de gerar trabalho diferente dessa preconizada pelo modo de produção capitalista, que você tem que produzir pra receber, isso é uma outra dificuldade, a dificuldade em cima da questão do trabalho, do emprego, que muitos acabam tendo seu reconhecimento, sua valorização em cima

do dinheiro que tem no bolso, o poder contratual que a pessoa possa ter, as vezes, na sociedade, é o quanto ela tem no bolso, e a maioria dos usuários não possui isso, e é aonde muitos acabam querendo se aposentar para poder ter o seu dinheiro, que não tem outra alternativa ou clareza do que fazer pra ter dinheiro, então, esse é um problema enorme na questão da reinserção social (GIRASSOL, 20/3/2006).

Os participantes da pesquisa apontaram que uma das possibilidades para a (re)inserção familiar e social pode ser a separação das oficinas produtivas da área física do CAPS. Esta proposta e os projetos de geração de renda via economia solidária foram apontadas por alguns dos entrevistados como uma das alternativas para a realização de uma maior integração do serviço com a comunidade, bem como a melhor adequação do próprio espaço físico do CAPS.

[...] a questão do projeto de geração de renda, que eu acho que de fato está faltando, inclusive a gente já está também se mobilizando pra tentar criar um projeto nesse sentido, porque os usuários aqui, nas oficinas terapêuticas produtivas, eles conseguem ter acesso ao material específico de cada oficina produtiva, também, a técnica de produzir o artesanato, mas não tem mercado; eles conseguem vender as peças, conseguem resgatar uma grana, mas não é suficiente pra poder manter ele, manter as condições de sobrevivência; então, precisa implantar essa geração de renda, de fato acho que vai dar um gás pra essa (re)inserção dos usuários que estão sendo tratados do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Já para uma das profissionais entrevistada as dificuldades na (re)inserção social estão mais relacionadas a questões de singularidades dos portadores de transtorno mental.

Eu acredito que volta de novo pro estigma, vai voltar pra própria incapacidade, pra própria dificuldade do usuário, do paciente; muitas vezes eles poderiam fazer algo muito mais do que fazem, e aí tem o medo, o medo deles, o medo de eles terem de enfrentar a própria doença, de eles terem que enfrentar os outros, e a hora que eles conseguem fazer esse movimento aí vem o medo do outro, aí é mais fácil ficar parado, aí volta pro comodismo, mas de alguma forma se a gente consegue..., aí não precisa de grandes movimentos, eu imagino que pequenos movimentos dentro da comunidade, que seja, alguém ir conversar com o diretor da escola, ir conversar, aí a diretora consegue conversar na sala, vamos supor que tem alguns pacientes, mais jovens, que pelo surto psicótico deixaram de ir e aí não retomam, não retomam porque tem medo, porque as vezes vão rir dele porque ele é louco; então, pequenas intervenções, elas tornam possível mudar um pouco essa inserção, essa reinserção, mas a gente esbarra de novo na falta de técnicos pra fazer isso e também acho que até por uma falta de equipe, aí volta pra equipe, entende, não tem uma equipe que pense isso em conjunto, que age em conjunto e aí como fica muito personalizado, individualizado os atendimentos, cada um vai pra..., eu vou pro meu consultório, outro vai pra oficina e aí não tem a equipe (J, 22/3/2006).

Outra entrevistada referiu-se ao estigma e preconceito existente por falta de conhecimento e divulgação, exposição, seja nas universidades ou por parte dos próprios serviços de atenção, sobre saúde mental.

Bom, eu acho que entre elas a questão do estigma, do preconceito, e não é um preconceito.... a gente sabe que tem riscos em algumas situações, a gente também as vezes tem medo de algum paciente, te dizem ah fulano matou três pessoas..., não é um preconceito que nasce do nada, muitas vezes é um preconceito que de alguma forma é compreensível, mas você não pode ah então ta...; eu acho que não existe muito, você não vê muito nos meios de comunicação uma campanha em torno da desestigmatização, você vê de outras coisas, com relação a aleitamento materno, outras questões da política de saúde; com relação a saúde mental eu acho que se fala pouco na sociedade, se discute pouco; por exemplo, na universidade, até não sei se lá na saúde pública o pessoal da saúde mental tem feito mais coisa, até os alunos que vem fazer residência aqui, a primeira reação deles é: a gente está aqui e tem medo, nem eles foram preparados pra isso, então, você começa a avaliar que tem uma falta..., não se fala muito no assunto, acho que assim, não se fala no assunto na sociedade; assim como se faz grupos de mulheres lá nos postos de saúde pra tratar de questões de sexualidade, muitas vezes faz sala de espera pra tarar de questões..., não se faz uma sala de espera pra falar de saúde mental; então, eu acho que talvez assim, a gente pensar, bom! nós estamos nisso (na saúde mental) e nós nunca fomos fazer uma sala de espera no posto de saúde da Agrônômica pra falar de saúde mental, pra falar do CAPS, quem sabe a gente também precisasse fazer algumas coisas assim, começar uma divulgação maior; acho que pouca gente de fora do serviço, fora das pessoas que trabalham na saúde mental sabem da política do Ministério pra saúde mental, que existe uma política de criação residências terapêuticas; eu li relatos de pessoas no Rio (RJ) que tiveram muita dificuldade de alugar pra se fazer uma residência terapêutica, num prédio então, quando ficaram sabendo que eram pessoas que vinham de hospital psiquiátrico ninguém quis; então é muito difícil, e ao mesmo tempo tem experiências positivas, tem pessoas que estão na residência e diz que a vizinhança viu que eles não são bichos, que eles podem interagir, podem estabelecer laços de vizinhança, então, tem algumas experiências boas e algumas experiências que são difíceis (P, 17/3/2006).

No contexto do estudo foi perguntado aos profissionais entrevistados se a atual organização dos serviços de saúde mental favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais. Conforme pode ser observado nas falas relacionadas, as opiniões foram divergentes. Dois deles observaram sobre a necessidade da existência de diversas instituições e serviços articulados e integrados à proposta da rede de saúde mental para que seja possível favorecer a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental

Embora a estrutura se localize no município, pelo menos eu estou pensando em termos de utilização da rede; então, a gente tem no Brasil inteiro muita diversidade, tem cidades onde a rede está montada, foi instituída e funciona legal, não é o caso de Florianópolis, a gente tem dá pra dizer poucos serviços, são só três CAPS que deveriam estar regionalizados ou territorializados, mas não estão, e tem algumas equipes de saúde mental nas Regionais, nas sedes das regionais, então, eu vejo assim, tem uma rede a ser constituída, ela precisa criar os mecanismos pra que a pessoa possa usar isso como rede, isso em termos de atenção à saúde, quando eu falo em rede eu também não estou pensando só em serviço de saúde, estou pensando que há uma possibilidade de a gente ter uma rede que inclua outros serviços, que não sejam só os de saúde, só os especializados, que eu acho que é a nossa necessidade, você incluir outras instituições, outros programas, enfim, que tenham vinculação com a cultura, com o trabalho, com a arte, produção do conhecimento, com as universidades por exemplo, as universidades são um campo excelente, seriam um campo excelente pra gente poder trocar um monte de coisas, pelos programas de extensão que eles tem, pelos projetos comunitários etc., a gente podia estar fazendo parceria com as universidades, mas não conseguimos, não sai, não rola; [...] a saúde mental eu acho que é o melhor exemplo desse distanciamento porque é difícil encontrar uma universidade onde a Reforma Psiquiátrica esteja incluída, ou mesmo os temas da reabilitação psicossocial estejam incluídos nos currículos dos cursos de saúde, é raríssimo (F, 12/4/2006).

Então, essa rede montada de forma territorializada, principalmente, eu acho que esse aspecto da territorialização é fundamental, é chave pra conseguir a reinserção social, não só por facilitar o acesso do usuário, mas pelo fato de o serviço estar ali no seu território, isso é fundamental, além disso, o projeto de geração de renda, as vagas, os leitos psiquiátricos no hospital geral, é todo esse contexto que precisa ser implantado para de fato poder facilitar o trabalho de cada instituição dessas, seja do CAPS, seja do projeto de geração de renda, ou do próprio hospital geral, como um todo, assim, essa engrenagem funcionando bem aí sim vai ser mais rápida a reinserção social do usuário portador de transtorno mental (VIK, 24/3/2006).

A partir das colocações dos participantes da pesquisa, destaca-se a importância da rede de serviços na construção da cidadania das pessoas atendidas pelas políticas de ativação, as quais, segundo Fleury (2004), tem como objetivo a inclusão social de conjuntos populacionais definidos a partir da territorialidade. Tal proposta pretende tratar o território como um componente, tanto material como simbólico, da esfera pública. Neste sentido, a construção da cidadania passa, necessariamente, pela reconstrução das cidades e potencialização da rede de serviços na valorização das características objetivas e subjetivas da demanda local.

Na seqüência, um dos entrevistados enfatiza que a forma como são pensados e estão organizados os serviços de atenção não favorece a construção da cidadania dos usuários.

Não, não favorece, porque, primeiro, os serviços de saúde mental estão sendo construídos pra quê? Não tem muito claro ainda pra quê que se tem atenção básica em saúde mental hoje, pra quê se constrói centro de convivência, pra quê tem o CAPS? acho que o objetivo do serviço parece não estar muito claro, talvez eu esteja enganado; veja bem, a atenção básica é mais no sentido pra estar discutindo os seus conflitos, minimizando os “sintomas psiquiátricos”, e aí acaba não tendo um trabalho de reflexão sobre o contexto que a pessoa está inserida; [...] a questão da cidadania tem a haver..., quanto mais articulada for a pessoa, quanto mais ela se envolver com as lutas sociais, mais cidadania ela vai exercer, quanto mais clareza, mas crítica, mais conhecimento ela vai ter, ela vai desenvolver cidadania; então, a forma hoje como os serviços estão organizados, ela acaba não favorecendo essa questão da construção da cidadania porque ainda vem de uma lógica de modelo centrado no transtorno mental (GIRASSOL, 20/3/2006).

Uma outra profissional considerou ser difícil avaliar a questão pelo fato de a rede de serviços não estar implantada por completo, e por não ter avaliações sistemáticas dos resultados.

Olha, eu não sei se a gente já tem condições de fazer uma avaliação, a rede está meio que andando [...] assim, qualquer coisa que eu vá dizer é, assim, referente uma experiência ou outra, não sei se a gente tem condições de fazer uma avaliação enquanto rede; por exemplo, eu vi muitas experiência positivas em cidades como Campinas (SP) que eles já tem há mais tempo, por exemplo, residências terapêuticas, tem desde o começo dos anos 1990, tem muitas experiências boas de pessoas que conseguem transitar na vida, tem gente que está trabalhando; [...] eu acho que a gente precisa além de ter a política, de ter a carta de intenções, a gente precisa ter avaliações também, eu acho que uma questão dessa eu sinto que precisa ter uma forma mais sistemática de avaliar, qualquer coisa é uma coisa mais ou menos um olhar particular pra aqui pra ali, acho que no todo a gente não tem (avaliação sistemática), pelo menos eu não conheço ainda, pode ser que estão fazendo e eu não saiba ainda (P, 17/3/2006).

Já para duas das entrevistadas, a atual organização da rede de serviços na política de saúde mental favorece sim a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental.

Sim, eu acredito que sim, na teoria ela é muito importante e acho que trabalhando em todas as instâncias, se a gente for pensar naqueles mapinhas, os ambulatórios, os CAPS, hospitais dia, a escola, e os centros comunitários, os postos de saúde, todos capacitados; eu acredito que sim, a rede ela é bem estruturada e ela possibilita aos portadores de doença

mental, enfim, terem uma reinserção melhor e maior na sociedade, e também de entendimento do que ele tem, do que ele pode fazer, quais são os recursos que ele tem também pra lidar, dentro dessa rede (J, 22/3/2006).

Acho que sim, favorece, se tu me perguntasse se ela resolve, eu diria que não claro, ou até que ponto ela resolve, mas favorece sim, eu acho que tem um favorecimento relacionado a forma que as pessoas eram tratadas, acho que favorece muito mais (LÉLI, 4/4/2006).

É possível perceber nas falas relacionadas acima a preocupação com a efetiva implantação da rede de serviços em saúde. As redes, conforme proposto na política de saúde mental, possuem muitos centros, muitos nós que as compõem e as tornam complexas e resistentes. Estão embasadas na noção de território, como um sistema de relações e estruturas, muito mais que um simples espaço geográfico. O fundamental neste processo é que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento.

Neste sentido, torna-se de fundamental importância refletir sobre o exercício da cidadania no contexto das políticas públicas, cada vez mais segmentadas e focalizadas. Para Fleury (2004, p. 2), “as políticas atuais de inserção buscam reafirmar a natureza contratual do elo social em novas bases, com a revalorização do local e comunitário e a transformação do Estado em um animador e mobilizador de recursos societários. Reduzido a mantenedor da estabilidade de uma ordem econômica que produz a fragmentação e a exclusão social, o Estado, busca atuar de maneira compensatória e focalizada, atendendo aos grupos mais vulneráveis e/ou potencialmente ameaçadores da ordem social, por meio da convocatória da solidariedade lançada aos diferentes setores inseridos na ordem econômica. No entanto, a incapacidade de alterar as condições estruturais de produção da exclusão mostra os limites das políticas de ativação, cuja promessa de inserção social carece de expectativas de emancipação dos sujeitos e coletividades beneficiários”.

3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica

Os CAPS compõem o rol de serviços do modelo psicossocial de atenção em saúde mental proposto na e pela Reforma Psiquiátrica. Perguntamos aos entrevistados qual seria o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica e obtivemos como

resposta que este teria a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos ideais da própria Reforma.

Eu acho que a função imediata ela é servir como um ponto de articulação, porque a gente consegue criar um ambiente que é relativamente protegido e que dá ao usuário as condições de ele poder participar de outros circuitos; fundamentalmente é essa a função, de articulação; eu lembro de uma discussão que a gente fazia, em Brasília, uma vez, sobre essa importância excessiva que os CAPS acabaram adquirindo, como quase que o central do sistema hoje é o CAPS, mas ao mesmo tempo a necessidade de se ter um espaço como esse, principalmente, pra quem está vindo de uma internação prolongada ou pra quem sempre passou a vida dentro de um hospital psiquiátrico, se tem que ter um pólo, uma instância articuladora pra poder fazer a passagem, porque o cara não vai sair do hospital e retomar sua vida imediatamente, não vai, ele tem uma série de dificuldades que ele não consegue vencer, e o CAPS, nesse sentido, a função seria essa, de poder..., tem uma expressão que eu acho interessante que é: emprestar poder de contratualidade, ou seja, poder dá um certo aval de que esse sujeito pode participar novamente ou pode participar pela primeira vez dos circuitos sociais, pode fazer laços com outras pessoas, com outras entidade, outras instituições, esse é o aval que eu acho que um CAPS pode fornecer e essa é sua principal função (F, 12/4/2006).

É pensar o CAPS como um espaço em que o paciente vai estar usando e tendo apoio para os momentos de crise, e fora os momentos de crise, também, que não seja hospital, e aí, dentro da Reforma eu acho que o CAPS ele é fundamental, assim como os hospitais dia, é que aqui em Florianópolis a gente não tem hospital dia, mas eu acho que os moldes do CAPS (eles estão) é muito próximos, as vezes até é difícil dizer o que é um o que é outro; esse momento de transição do hospital para a sociedade, nesse momento o CAPS é algo muito importante, ele dá, é capaz de conter, dar uma continência pra o usuário, isso a gente percebe mesmo quando não tem nada, o paciente já está muito bem, eles voltam quando estão em crise, sem ter nada marcado, e só de estar aqui pra muitos já é confortante, então, a gente percebe que essa continência, esse acolhimento, e saber que ninguém vai vir aqui e amarrar e conter, porque acho que esse é o medo, de todo mundo, acho que isso já possibilita a procura, eu estou mal vou lá, vou buscar a ajuda do CAPS (J, 22/3/2006).

Eu diria que o CAPS seria o pensador da estruturação da rede de saúde mental, que via de regra o CAPS acaba sendo pra municípios de médio porte o primeiro serviço a ser instituído no território, no município, aí o CAPS acaba assumindo essa responsabilidade, a portaria fala bem disso, a 336, do que compete ao CAPS, e tem vários itens lá, entre eles organizar a rede de saúde mental no município, porém, acaba sobrecarregando os profissionais de saúde mental que atuam nesse CAPS; então, a importância do CAPS na operacionalização da Reforma, ele é importante enquanto um dispositivo crítico, ou seja, se o CAPS não ter a clareza do que seja a Reforma Psiquiátrica ele não vai

operacionalizar, ele só vai operacionalizar a Reforma Psiquiátrica quando ele entender que Reforma Psiquiátrica é o processo social complexo que se configura pelas quatro dimensões, enquanto ele não repensar, refletir a sua prática, o que ele está fazendo, o que não está fazendo, ter mais autocrítica, ele não vai conseguir operacionalizar a Reforma Psiquiátrica; ele tem importância porque tem vários atores, vários profissionais, é um time de pessoas, muito rico, envolvidas que estão no CAPS; agora, enquanto não ter claro o que é Reforma Psiquiátrica, esse processo, não vai conseguir fazer nada; ele é importante, mas se não tiver clareza de Reforma... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Na medida que o CAPS é a primeira, digamos, unidade, primeiro serviço que se propõem a substituir o hospital psiquiátrico já existe nisso por si só a sua importância; é substituição e não que a pessoa não possa ser internada, mas a idéia é que seja nos hospitais gerais, em algum leito nos hospitais gerais, então, bom, o CAPS é o primeiro ponto, é o primeiro lugar onde a pessoa vai passar o dia, onde vai ser tratado de outra forma o seu sofrimento, então, a importância dele está nisso, na importância política e clínica também (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que o CAPS, fundamentalmente, ele faz a clínica; se tem essa rede montada o CAPS faz a clínica, ele faz o atendimento psicossocial do usuário portador de transtorno mental, ele atende as questões mais subjetivas, e de fato toda esse mix de previdência social, a medicação, o atendimento psicológico, atendimento de enfermagem, mas se existe essa rede montada e aí vamos ter um projeto de geração de renda, aí ele vai fazer geração de renda, todas as Oficinas vão acontecer ali e não dentro do CAPS, o CAPS deveria estar na comunidade ele deveria estar territorializado (VIK, 24/3/2006).

Acho que todo mundo gostaria que ele pudesse ser um eixo desencadeador de todos esses ideais da Reforma Psiquiátrica, que a partir disso se experimentasse uma nova relação, que o paciente pudesse estar se soltando mais pra vida, pra construir seus projetos, seus ideais; acho que é muito importante poder retirar pessoas que estão enclausuradas há anos, criar esses mecanismos como residências, etc. pra pessoas que não vão resgatar os vínculos familiares, tem que procurar outras alternativas; acho que o CAPS ainda é uma instituição que é fundamental nessa política, ainda acho que ela pode fazer um papel importante; no dia-a-dia é um pouco mais difícil porque as vezes a gente não tem tantos mecanismos de avaliações, muitas coisas que também a gente vai capengando; quando você vê algumas experiências de pessoas que estão conseguindo dar conta da sua vida, saem, aí você vê que, bom! tem algumas coisas boas que estão acontecendo, o CAPS também está contribuindo; então, no meio dos prós e dos contras eu acho que os prós ainda são maiores, eu acho que é muito mais humano, muito mais um fator de justiça social você ter um espaço assim do que você ter uma pessoa enclausurada no hospital (P, 17/3/2006).

Neste sentido, conforme inscrito na Política Nacional de Saúde Mental, os CAPS devem assumir seu papel estratégico na articulação e no “tecimento” das redes de atenção em saúde mental. Tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da

rede de serviços, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, ONGs, empresas etc. (BRASIL, 2004, p. 12)

3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde

A proposta do progressivo deslocamento dos centros de cuidados em saúde mental para fora do hospital psiquiátrico, em direção à comunidade, colocada na e pela Reforma psiquiátrica tem nos CAPS o dispositivo estratégico desse movimento. Neste sentido, a rede básica de saúde torna-se o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os portadores de transtorno mental.

Essa rede é formada pelos centros ou unidades locais e/ou regionais de saúde, Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, que atuam na comunidade de sua área de abrangência. Os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, pois tem um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Por sua proximidade com as famílias e comunidades, as equipes de atenção básica são um recurso fundamental para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso de substâncias psicoativas e diversas formas de sofrimento psíquico. Neste sentido, é importante e necessária a integração e articulação dos CAPS com a atenção básica. Assumir esse compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção da saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo (BRASIL, 2004).

As atuais diretrizes da política de saúde mental do Ministério da Saúde orientam que, onde houver cobertura do PSF, deverá haver uma equipe de apoio matricial em saúde mental para no mínimo seis e no máximo nove equipes de PSF. E, que as ações de saúde mental na atenção básica devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2004).

No que se refere à relação existente entre o CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município e qual o tipo de relação existente, os dados coletados na

pesquisa indicam que: a maioria (91,7%) respondeu que sim, com ressalva de que é muito pouco, funciona de maneira precária e confusa, e que está num processo preliminar ainda. O profissional que respondeu não, observou que a rede está em processo de formação. Os profissionais cujas respostas foram positivas identificaram que a relação é de encaminhamentos, atendimentos em conjunto com as equipes de saúde mental das Regionais de Saúde, ajuda em atendimentos nas unidades locais de saúde, com os agentes comunitários de saúde, de referência, de acompanhamento, visitas domiciliares, encontro mensal dos trabalhadores de saúde mental da rede e encontro mensal dos psiquiatras da rede.

Sobre a relação do CAPS com as equipes de PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência alguns entrevistados observaram que a relação é pouca ou mínima, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda²³. Foram apontadas como justificativas o fato de o CAPS Ponta do Coral não estar territorializado, deste ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta do município, e a ausência de um planejamento e de estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente.

O CAPS como ele é único, então, ele é de toda a região; então, eu poderia até estar te respondendo que a gente tem um Posto aqui de cima do CAPS, que é o Posto da Agrônômica, ali tem o Programa de Saúde da Família implantado, com a presença dos residentes do Programa Saúde da Família e o contato que eu tenho, ele é meu, não existe nenhum outro programa ou vamos dizer convênio do CAPS com a Agrônômica, é meu aqui, assim como talvez seja da psicóloga em outro momento quando há essa partilha de paciente quando faz parte dos dois, então, eu só sei do que eu tenho, mas é muito pouco, eu tenho contato com alguns residentes que atendem alguns pacientes daqui, e eles precisam de algumas dicas ou, enfim, de se interar do que acontece, e eu também preciso saber como é que anda o acompanhamento deles lá, e aí entra em contato, as vezes vem aqui ou eu vou lá, mas são essas formas isoladas e depende daquele momento e da necessidade daquele usuário, não é algo que seja programado, que seja antecipado, institucionalizado, no sentido de firmar essas relações de uma forma.., não há; e, assim, o contato é com os residentes, não tem o contato com quem realmente vai ficar, porque os residentes passam depois de dois anos, eu também não tenho contato de quem é o médico, quem é o enfermeiro do Programa Saúde da Família, quem é o agente comunitário que vai na casa desses usuários, isso não tem, acho isso muito ruim, é muito falho, embora, volta pra aquela questão da equipe, que as coisas não são compartilhadas, você nunca sabe direito, é muito fragmentado, o que já foi feito, o que não está sendo feito; também não é delegado a função à ninguém de fazer, não há um planejamento pra isso (J, 22/3/2006).

²³ Em estudo sobre o CAPS de Palhoça/SC, Franco (2005) encontrou situação semelhante na relação do CAPS com o PSF e demais serviços de atenção básica municipais.

É mínima, é mínimo o contato, assim, as vezes, quando a gente necessita a gente vai atrás, tenta achar alguém que se interessa, que tenha alguma afinidade com a saúde mental, as vezes um agente de saúde que consegue se aproximar mais daquele usuário que mora lá e que resolve dá uma força, mas é assim, depende de uma série de coisas, da disponibilidade pessoal, da sorte de encontrar alguém etc., quer dizer é falta mesmo da articulação em rede, porque se a gente tivesse essa articulação o PSF automaticamente já seria acionado, e a gente não tem isso; claro, quando a gente precisa a gente até encontra uma boa resposta das equipes do PSF, mas pode não encontrar, tem um risco[...] não, isso não existe (articulação institucional CAPS – PSF), isso tem que ser construído, tem que ser proposto (F, 12/4/2006).

A relação que o CAPS tem é principalmente pra acompanhamento, a relação é essa, relação de acompanhamento, as vezes precisa realizar alguma busca ativa e não temos a possibilidade no momento, então, tem essa relação, a relação que a gente tem é mais no sentido de acompanhamento do próprio usuário; o que seria ideal, seria um pouco mais de estreitamento, discutir junto com o Programa de Saúde da Família alguns casos, nós irmos aonde os agentes comunitários estão, discutir algumas situações e isso não tem acontecido ainda; com essa lógica aí das regionalizações tem essa possibilidade; então, hoje existe uma relação, só que uma relação muito esporádica de situações isoladas e que precisa ser superada; o maior problema que existe é devido ao CAPS não ser territorializado, o CAPS II Ponta do Coral ele tem que atender uma demanda muito grande, basta ver o IBGE hoje, tem 400 e poucas mil pessoas em Florianópolis, então, é um CAPS II pra atender toda a demanda adulta do município, talvez o ideal seria um CAPS I em cada região, nas cinco regionais, e transformar esse CAPS num CAPS III no caso, e aí repensar depois toda a rede; então, a relação, ela se compromete com o Programa Saúde da Família devido a não territorialização do CAPS Ponta do Coral, a relação que existe é a relação de acompanhamentos isolados (GIRASSOL, 20/3/2006).

É uma relação ainda muito inicial ainda, um pouco precária; com os agentes comunitários a gente tem mais proximidade, no momento da visita domiciliar e no momento de fazer o resgate dos usuários que abandonaram, por algum motivo, o atendimento, mas acho que a relação poderia ser melhorada se o CAPS fosse territorializado, como a gente está aqui, é no centro pra todo o município, fica muito difícil, então, a nossa relação é muito mais com as referências regionais de saúde mental da atenção básica do que com as próprias equipes de PSF das unidades locais de saúde (VIK, 24/3/2006).

É isso que eu falei, essa perspectiva da regionalização que começou aqui visava uma maior articulação com a rede; eu acho que isso é um projeto que está ainda meio que na sua infância, ele está começando e, assim, o que eu te falei, a gente precisa sair mais daqui, no Norte (Regional Norte) a gente vai tentar essa experiência agora (realizar as reuniões da regional nos postos de saúde) de contato e incluir, por exemplo, os agentes comunitários nos processos de reunião com os pacientes daqui, tentar ver se eles podem estar acompanhando o paciente lá; tem uma paciente que está aqui que a gente esteve lá no Posto do Saco Grande pedindo pra equipe assumir alguns cuidados com essa paciente, eles se

dispuseram, mas assim, por enquanto ta muito mais alguma iniciativa aqui, ali, do que um processo mais amplo, não sei assim como isso vai caminhar com a história de já ter, por exemplo, profissionais regionalizados, isso também vai poder ser incrementado, esse é um desejo que eu tenho (P, 17/3/2006).

É muito pequena, muito, muito, muito, muito; eu não sei nem te dizer, em uma escala de um a dez acho que fica em dois, está muito pequena, está muito além do que poderia ser, eu acho que talvez com a implantação agora dos serviços na rede, nós temos em cada Regional um psiquiatra, dois psicólogos, uma média assim, está existindo mais aproximação, mas do CAPS não, muito pouco, muito pouco. [...] quando tu pergunta, hoje, qual é a relação do CAPS? eu não posso te mentir, pra mim é quase zero (LÉLI, 4/4/2006).

Buscando explorar as informações sobre a relação do CAPS com a rede municipal de serviços de saúde, perguntamos aos profissionais se o serviço realiza algum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. A maioria deles (75%) respondeu que não, dois referiram não saber responder e um respondeu que sim. Dentre os que responderam que não, um justificou que o CAPS não tem estrutura para atender mais esta demanda. Dois dos profissionais entrevistados disseram estar pensando neste tipo de trabalho. Um deles falou sobre a existência de um projeto, conforme relatado na fala que segue.

[...] a gente tem um projeto aqui que é de formação de acompanhantes terapêuticos, e no ano passado a gente formalizou esse projeto e mandamos pro Ministério da Saúde, ele foi aprovado e até hoje estamos esperando a liberação de dinheiro, mas enfim, o projeto foi aprovado, e a idéia era justamente transformar o agente comunitário de saúde num acompanhante terapêutico, e aí a gente faria a formação, uma capacitação, um curso de capacitação aqui, e depois faria o segmento com supervisões regulares, é uma forma de dar formação em saúde mental pra atenção básica e manter essa que é uma função do CAPS de dar supervisão e a formação mesmo pra esse nível da atenção; [...] a gente está esperando o dinheiro do Ministério da Saúde, ta lá pendurado, a gente olha o nome do projeto na internet, está lá, mas não tem nem empenho ainda, significa que não tem dinheiro destinado (F, 12/4/2006).

Para que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas na atenção básica é fundamental a capacitação destas equipes. A orientação é que as equipes de saúde mental de apoio á atenção básica incorporem ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. Conforme aparece na fala do profissional, são previstos recursos para o financiamento deste tipo de ações, embora, muitas vezes, a dependência de orçamento, a morosidade burocrática e/ou

ausência de decisão política, que justificam a longa demora, acabam por desestimular, dificultar, inviabilizar as iniciativas dos profissionais.

Repetidamente, temos ressaltado neste trabalho que os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico para a organização da rede de atenção em saúde mental, conforme é indicado nas diretrizes políticas da Reforma Psiquiátrica. Nesta direção, questionamos os técnicos da equipe do CAPS Ponta do Coral sobre qual o lugar que o serviço ocupa na rede municipal de atenção em saúde, em Florianópolis. As falas transcritas na seqüência destacam o fato deste não estar territorializado e, portanto, não se constituir no serviço regulador da porta de entrada para o atendimento em saúde mental. As equipes de saúde mental nas referências das Regionais de Saúde é que, atualmente, constituem-se no serviço primeiro de atenção em saúde mental. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhados pessoas com transtorno mental grave.

Seria esse serviço que articula, que regulamenta; não necessariamente ele é uma porta aberta que entra qualquer um; eu acho que ele pode até ser a articulação e a regulação, pode ser feita até capacitações nas equipes locais de unidades básicas, que a partir daí você vai poder em um caso de uma ansiedade ou uma briga com o namorado, “eu tomei 4 aspirinas”, não vai chegar aqui no CAPS; vai chegar aqui no CAPS realmente aquilo que for um caso mais grave, e só há possibilidade de isso acontecer a partir do momento em que as unidades locais estejam todas capacitadas e entendendo, até porque assim diminui o trânsito desse paciente; vamos supor: ele sai de uma cidade, vem pra Florianópolis, daí diz: onde é que eu vou num psiquiatra? Ah! vai lá no CAPS, aí alguém fala: mas tem que passar no clínico antes, aí passa no clínico, aí o clínico encaminha pro psiquiatra, daí ele não sabe onde vai procurar o psiquiátrica - vem pro CAPS, não vem pro CAPS, aí vem pro CAPS, mas é que na verdade ele toma fluoxetina há 2 anos, está em tratamento de manutenção porque ele tem um quadro de depressão recorrente, não é caso CAPS, então, isso já poderia ter sido triado lá no começo, o paciente já poderia estar tendo as consultas desde o início, todas acertadas, sem precisar ficar correndo de um lado pro outro [...]; então, eu acho que ele tem esse papel, tem essa função de regular, de saber o que está acontecendo no hospital, na Colônia, e ter esse contato, uma ligação sempre com a Colônia, e com os Postos de saúde [...]. (hoje, o CAPS faz isso?) algumas coisas, bem isoladas, de novo, é meio como um apaga fogueira; por exemplo, hoje, a gente foi fazer uma visita domiciliar lá no Saco Grande (bairro de Florianópolis) porque o paciente estava em tratamento psiquiátrico particular e parou de tomar o remédio, e aí a gente foi lá, só que o paciente não queria falar com a gente, mas, assim, eu chego lá, converso com a equipe que está lá naquele local e muitas vezes é só a psicóloga; também tem um certo descaso, no sentido de que ah! agora eu não posso falar, porque não percebe que conversando sobre aquele caso vai possibilitar que isso seja ampliado pra outros casos, pensam-se saídas semelhantes pra outro momentos, mas, assim, acaba virando um apaga fogo, e toda hora você tem que ir

apagar um fogo; então, existe um pouco, mas não de uma forma bem usada (J, 22/3/2006).

É atenção secundária como se diz; ele regula e não regula; [...] tudo vai passar muito pela clareza que os profissionais que estão na saúde mental tem em relação a própria epistemologia, tem em relação a própria política, tem em relação a própria noção de SUS, a própria noção de controle social, a própria noção dos princípios do SUS; então, tudo vai passar por isso, porque que eu estou dizendo isso, o CAPS é uma atenção secundária como a gente chama, eu acho ainda que o atendimento mais complexo, o atendimento terciário, deveria ser no território, acho que centrar as forças no território [...]; então, [...] a atenção básica é onde deveria regular isso, a regulação dessa entrada nesse sistema de saúde mental, nessa rede de saúde mental ela teria que ser prioritariamente atenção primária em saúde; então, as vezes, por necessidades especiais, por situações específicas, a pessoa acaba vindo direto pra cá, direto pro CAPS e aqui a gente atende, e, as vezes, essa pessoa não é indicada pra estar no CAPS, aí volta pra atenção básica, então, tem essa dificuldade, ou seja, o lugar que o CAPS ocupa na rede municipal de atenção em saúde é uma atenção secundária à pessoa com transtorno mental grave, já avaliada pela atenção primária em saúde, aquela pessoa que corre risco de suicídio, que acaba prejudicando a vida de outras pessoas, que está muito mal, nesse sentido (GIRASSOL, 20/3/2006).

Regulador da porta de entrada: não; como não é territorializado, a gente tem esse problema de ser serviço de referência pra onde vem os pacientes já encaminhados, ele passou pela porta de entrada do sistema lá no Posto, ele vem encaminhado pra cá ou através dos hospitais psiquiátricos, que é também uma outra forma de encaminhamento, mas a gente não faz a regulação da entrada; hoje, também, como tem equipes mínimas de saúde mental nas regionais, elas também funcionam muito mais como a reguladora do que nós; a porta de entrada é pelas equipes de saúde mental das regionais (F, 12/4/2006).

Eu acho que são várias coisas, por ser o único CAPS, pela rede não estar estruturada ainda, e pelas pessoas não conhecerem o serviço da rede, existe uma mistura, assim, o que é pra ir lá pro psiquiatra do Sul (regional de saúde), o que é pra vir pro CAPS; qual é o papel do CAPS, é a não internação, mas não tem CAPS III, então, a noite o cara não tem pra onde ir, na verdade, o CAPS ele é um espaço que regula a entrada do usuário sim, num primeiro momento sim, porque todos os que foram para a atenção básica muitos foram daqui, muito mais que a procura de fora daqui, primeiro eles vem pra cá, depois eles vão pra lá, agora o processo até está sendo inverso, já estão procurando a atenção básica porque eles já estão conhecendo, mas antes era daqui pra atenção básica, e é o único espaço, programa que acolhe o usuário psicótico, com transtornos mentais graves, porque a rede básica, ela não atende, se o cara tem um surto psicótico, está com qualquer surto, que está mal, ou ele tem um embotamento, ele não fala, está na família há anos, está lá segregado, está lá no quatinho dos fundos, não é caso de atenção básica é caso CAPS, então, ele é o único serviço de Florianópolis que se propõem a atender o usuário, o portador de sofrimento psíquico fora de hospital (LÉLI, 4/4/2006).

Ele é o primeiro serviço de saúde mental do município, primeiro serviço estruturado, credenciado no Ministério da Saúde, eu penso que ele tem um papel importante, ele serve como uma referência de atendimento em saúde mental a usuários portadores de transtornos mentais; dentro da rede, hoje, a gente tem as referências regionais de atenção em saúde mental na atenção básica, nas ULS, que são as unidades locais de saúde, então o CAPS serve como referência de atendimento a usuários com transtornos mentais graves do município de Florianópolis, é pra isso, essa é a função (VIK, 24/3/2006).

Pelas falas dos profissionais evidencia-se que Florianópolis não tem uma política municipal de saúde mental estruturada. A rede de serviços está em processo de formação e implementação. As ações ainda são muito isoladas e fragmentadas, sem uma direção comum. É notório que um único CAPS para atender a totalidade da demanda adulta do município é insuficiente. As possibilidades de atuação do serviço na prevenção e promoção da saúde mental, na capacitação e supervisão das equipes de atenção básica ficam, assim, prejudicadas e/ou inviabilizadas.

No processo de operacionalização da Reforma Psiquiátrica, conforme as orientações da Política Nacional de Saúde Mental e as propostas aprovadas na III CNSM, é necessário que os gestores estaduais e municipais estabeleçam mecanismos efetivos para o controle das internações psiquiátricas. De acordo com a Portaria GM/MS n ° 336/02, os CAPS devem possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou modulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local (BRASIL, 2002a). Com base nisto, perguntamos aos entrevistados se o CAPS tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Eles referiram que não, contudo, divergiram sobre como o serviço fica sabendo quando ocorre internação de seus usuários.

Não tem. A gente fica sabendo quando a família comunica ou quando é usuário de atenção intensiva, ou ele fez uma crise ou ele desapareceu do serviço, aí pela falta mesmo, pela ausência que ele provoca a gente vai atrás e fica sabendo que ele foi internado, mas a gente não tem instrumentos de controle sobre isso; a gente faz, no momento da internação, a gente procura manter pelo menos uma visita da equipe da Regional pra não perder o vínculo etc., mas nada formalizado, assim, no momento que aparece, que a gente fica sabendo; geralmente, a gente sabe, hoje é relativamente fácil, não acontece daquilo... fulano desapareceu e de repente aparece ele dois meses depois aqui novamente..., sai da internação ontem e tal, isso não acontece mais, geralmente a gente consegue ficar sabendo (F, 12/4/2006).

Não. Na realidade a família leva pra internar e pronto, as vezes comunica, as vezes a gente fica sabendo quando a gente vai fazer uma visita lá, muitas vezes a gente nem sabe que o paciente ficou internado, a não ser quando a gente liga, e aí o que está acontecendo, não está vindo, mas ele foi internado; então, não há esse controle e também quando é internado lá, dificilmente, alguém entra em contato, nunca vi, entra em contato olha fulano de tal está internado aqui com a gente, não tem essa comunicação (J, 22/3/2006).

Em relação ao controle das internações psiquiátricas, oficial e formal, nós não temos; estou falando enquanto profissional que atende uma determinada regional de saúde, isso nós não temos; o que poderia ser feito: um maior estreitamento com o “manicômio”, com o IPQ ou o São José (hospitais psiquiátricos), que quando internasse pessoas lá teria esse contato aqui, pra gente já ir conversando, já acompanhando juntamente com a equipe do hospital psiquiátrico essa pessoa, porque final de semana ou depois das 18 horas o serviço não atende, as vezes as pessoas entram em crise e a gente não tem como acompanhar isso, não tem como saber; o acompanhamento que tem é, as vezes, os familiares nos avisam que a pessoa está internada, quando a gente acompanha essa pessoa e fica sabendo que ela acabou internando; então, não tem uma política mais estreita de acompanhamento de internação psiquiátrica, isso não tem. (GIRASSOL, 20/3/2006).

Da área de abrangência seria toda a cidade, isso não, mas dos usuários aqui sim, atendidos aqui sim; [...] geralmente, assim, quando o usuário está iniciando um surto a gente tenta fazer o atendimento pra prevenir a internação, pra evitar de fato a internação psiquiátrica, só que nós estamos aqui até as 6 horas da tarde e não estamos final de semana, então, a gente não está nem a noite nem final de semana, e aí acontece de a família internar, isso acontece pouco, muito pouco, e quando acontece a gente faz o atendimento no próprio hospital, a gente vai até lá faz o atendimento, mas é pouco assim, agora da cidade como o todo a gente não tem (VIK, 24/3/2006).

O controle ele tem pelo prontuário, não poderia te dizer que tem um controle do ponto vista de uma escala, ah anualmente quanto a gente tinha e quantos foram internados, [...] o usuário se ele foi internado a gente não soube, se está internado, aí ele aparece aqui depois da internação, um mês ou dois meses, a gente tem escrito no prontuário, esse é digamos o que a gente fica sabendo (LÉLI, 4/4/2006).

Não, eu digo por nós, eu acho que, as vezes, a gente... ah o paciente foi internado, como acontece de a gente saber, e as vezes a gente vai lá fazer uma visita, as vezes tem a questão do carro (o CAPS tem um carro a disposição somente um dia por semana), e a gente fica...; sempre que acontece e tal, as vezes, a gente nem fica sabendo, quando vê o paciente já está de volta, as vezes acontece essa situação; eu fui tentar fazer um pequeno levantamento pra fazer essa avaliação e percebi que a gente não tem registro de quantos dias o paciente ficou internado, se ele ficou internado quantas vezes durante o tempo que está em tratamento aqui, falta um registro melhor e um acompanhamento melhor dos técnicos; (como ficam sabendo da internação) as vezes o paciente volta já depois, as vezes a família liga avisando, [...] o hospital não me lembro se eles ligaram, só se precisar de alguma coisa, em geral, eles não ligam; então,

assim, o paciente saiu aí eles trazem de novo aquele encaminhamento, ou ele vem pra cá porque, normalmente, ele já estava aqui, mas assim, a gente tenta ao máximo que ele não precise ser internado, essa política existe, segurar a crise (P, 17/3/2006).

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que a internação e a reinternação psiquiátrica deverão ocorrer após avaliação da equipe técnica de saúde mental dos serviços substitutivos, devendo ser estabelecidas formas de controle único para a emissão de AIH, assegurando que todas as internações necessárias sejam autorizadas pelo serviço público, preferencialmente de base territorial (BRASIL, 2002a).

Conforme pode ser observado nas falas dos participantes da pesquisa, a insuficiência do CAPS em exercer o controle das internações referente a sua clientela e a demanda no município refere-se ao fato de o serviço não estar territorializado, sendo inviável cumprir com tal exigência no âmbito da totalidade de uma população de aproximadamente quatrocentos mil habitantes, distribuídos numa área geográfica de 436,5 Km². Com a implantação das equipes de saúde mental nas Regionais de Saúde, estas passam a ser as responsáveis pela regulação da porta de entrada no sistema de atendimento. O CAPS II Ponta do Coral passa a ser a referência para onde são encaminhadas pessoas com transtornos mentais graves, egressos de hospitais psiquiátricos, internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). A falta de controle das internações psiquiátricas é uma realidade também de outros centros de atenção psicossocial, conforme verificado por Franco (2005), em seu estudo sobre o CAPS do município vizinho de Palhoça/SC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha deste tema de pesquisa está relacionada à minha trajetória de estudos no Curso de Graduação em Serviço Social e à minha inserção como pesquisadora no Núcleo de Estudos e Pesquisas Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas (NESPP) do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. A esta trajetória soma-se a experiência de Estágio Curricular em Serviço Social, realizada no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis, em 2003, da qual resultou o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Programa Alta Progressiva: uma contribuição para o processo de reabilitação psicossocial no HCTP de Florianópolis”. Com o referido Estágio foi possível vivenciar o contato direto com a realidade de algumas instituições como hospitais psiquiátricos e centros de atenção psicossocial da rede municipal e estadual de serviços de atenção em saúde mental, fato este que estimulou a busca de novos conhecimentos e o desejo de atuação profissional na área. A continuidade dos estudos foi possibilitada por meio da entrada como mestranda no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da mesma universidade. Sendo assim, o trabalho que apresentado nesta dissertação tem estreita relação com meu percurso profissional e meu desejo pessoal.

Conforme destacamos no decorrer do estudo, a reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

A implantação de uma nova política de atenção, com as implicações socioculturais da proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira passa pela necessidade de articulação intersetorial e por ações que contribuam para alterar as representações sociais sobre a loucura e os direitos dos portadores de transtornos mentais. A transformação do modelo assistencial e de um conceito teórico em diretrizes operacionais é um processo complexo e depende de vários fatores para que se mantenha a direcionalidade pretendida pelos diferentes atores sociais, participantes do jogo social.

Especificamente, no caso do CAPS estudado, as dificuldades de concretização dessa nova lógica de atenção em saúde mental perpassam e se inter-relacionam nos diferentes eixos que compuseram a presente pesquisa.

No que se refere a estrutura física, os profissionais indicam que o CAPS conta com espaço e equipamentos adequados às necessidades do serviço. Entre os anos de 2003 a 2004, o CAPS passou por uma reforma em suas instalações, ficando estas, adequadas aos objetivos da unidade. As condições poderiam ser melhores se as oficinas produtivas fossem realizadas em outro local, pois além de favorecer a utilização do espaço hoje ocupado para outras atividades, possibilitaria a inserção dos usuários em outro ambiente, favorecendo-lhes sua sociabilidade.

Em relação aos materiais de consumo, os problemas vão desde a ausência total de objetos e utilidades básicas à manutenção do serviço até o recorrente atraso no repasse dos materiais necessários às oficinas terapêuticas e de produtividade. As oficinas ficam prejudicadas e até mesmo paralisadas por conta das faltas de recursos e dificuldades de gestão adequada do serviço. Esta situação coloca em prejuízo o projeto terapêutico de tratamento dos usuários e a eficácia e efetividade dos propósitos da nova política de atenção em saúde mental.

No campo da gestão do CAPS, apesar da histórica escassez de recursos destinados à saúde, foram evidenciadas situações problemáticas, principalmente no processo de descentralização político-administrativa, que poderiam ser melhoradas a partir dos recursos existentes. De acordo com os resultados da pesquisa, 50% do grupo de técnicos afirmam que existe planejamento e avaliação das ações. Alguns deles observam estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação, objetiva e sistemática, dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declaram não existir processo de planejamento e avaliação das ações, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

Sobre este aspecto, cabe destacar que as técnicas disponíveis na área de planejamento e avaliação de serviços de saúde têm mostrado bons resultados quando aliadas à vontade política de mudar a situação. Apesar dos dados demonstrarem uma divisão entre os técnicos no que se refere a afirmação sobre a existência de planejamento e avaliação, destacamos que as poucas ações que acontecem giram em torno das atividades que são e aquelas que poderão ser realizadas, e na discussão sobre as dificuldades cotidianas do trabalho na unidade. As avaliações são informais, realizadas na reunião

mensal da equipe técnica e nas reuniões clínicas semanais, sendo notório a ausência de um processo de planejamento estratégico, sistemático e contínuo do projeto terapêutico do CAPS, bem como, de avaliação de indicadores.

Com relação aos recursos financeiros, os resultados da pesquisa apontam para o que já vem sendo denunciado por autores como Amarante (2003; 2005): o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. O pagamento pelo sistema de procedimentos realizados, por meio das APACs, condiciona a existência de recursos à produtividade do serviço. Quando os CAPS não estão articulados com outras políticas sociais necessárias à sobrevivência do usuário e a adesão dele ao projeto de vida que o serviço deve-lhe oferecer, a tendência é fracassar.

Para que a pessoa possa freqüentar o CAPS ela precisa de condições materiais e psicossociais básicas, como moradia, transporte, alimentação, auto-estima, estímulo, desejo, etc.. Quando o usuário não desfruta de tais condições as chances dele se vincular ao projeto terapêutico são menores e, conseqüentemente, sem a participação ativa dos usuários o CAPS não terá produtividade. Ainda, nem todas as ações realizadas no CAPS constam na tabela de procedimentos pagos pelo atual sistema do SUS, dificultando as atividades de ressocialização que envolvem trabalhos na comunidade e na sociedade.

Os profissionais afirmam que os usuários participam do planejamento das atividades do CAPS. Referem que isso acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Neste caso, foi possível perceber que a participação dos usuários em geral diz respeito mais a questões cotidianas do funcionamento do serviço. A associação participa diretamente da comercialização dos produtos confeccionados nas oficinas e na realização de alguns convênios com entidades da área da cultura, lazer, ensino, etc. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada, que abarque as especificidades da área da saúde mental e envolva os usuários, os familiares e os técnicos como sujeitos partícipes do processo de gestão do serviço.

No eixo recursos humanos e projeto terapêutico existem contradições explícitas e implícitas que perpassam o discurso e as práticas dos técnicos que prestam assistência aos usuários do serviço. Eles reconhecem e destacam a relevância do trabalho em equipe, argumentam que este traz a possibilidade de trocas entre as várias áreas do conhecimento e a conseqüente oferta de um atendimento multidimensional. Contudo, relatam dificuldades

na realização deste trabalho, devido a uma suposta diferença de formação profissional e de concepção, com relação ao que sejam os objetivos do CAPS e da Reforma Psiquiátrica. Indicam existir interdisciplinaridade no atendimento ao usuário, no entanto, percebeu-se que a concepção de interdisciplinaridade aparece muito mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade, estando ainda distante dos ideais da intertransdisciplinaridade.

Sendo assim, cabe destacar que sem a devida clareza e consciência do que exatamente deve mudar corre-se o risco de que, fundamentalmente, se modifiquem os espaços de realização do tratamento, transferindo-se e conservando-se as práticas de exclusão e discriminação. É preciso se ter em conta que toda dimensão técnica tem também uma dimensão política. Dessa forma, faz-se necessário questionar-se sobre o que se pretende com o “fazer” nos novos serviços de atenção à saúde mental e que valores estão presentes nas ações executadas. O usuário precisa ser percebido como sujeito do processo saúde-enfermidade, e não como objeto e instrumento do exercício das relações de poder disciplinar.

Com relação ao eixo participação do usuário e da família no tratamento, os participantes da pesquisa identificam dificuldades em realizar o atendimento familiar no CAPS. Os profissionais relacionam como justificativas, a falta de técnicos qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades da equipe. Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que seja o transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, também foram relatados pelos entrevistados. Entre os obstáculos para a (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e o estigma da loucura ainda presentes no imaginário social das pessoas.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacam o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário. Neste aspecto queremos destacar a necessidade de se reconhecer, no processo de implantação da Reforma e da política de saúde mental, um projeto ético-político social, capaz de reavaliar, substancialmente, o conceito tradicional de

“doença/saúde mental” e, conseqüentemente, a forma de como lidar as diferenças em sociedade.

No eixo (re)inserção social procuramos identificar se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas à desinstitucionalização e à reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referem que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras. A maioria deles afirma que não existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer.

Tais dados nos remetem ao questionamento sobre como a Reforma Psiquiátrica, em sua aplicação prática, apresenta certa inércia política. Existe uma lacuna entre o referencial teórico do novo modelo de atenção e as práticas que se efetivam no cotidiano dos serviços. Com isso, queremos chamar a atenção para a necessidade urgente de se construírem ações de atenção que favoreçam o conhecimento de si, reforcem a autonomia, o cuidado de si e a emancipação do sofredor psíquico.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referem que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental. A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos profissionais como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista político-jurídica dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico. Na visão dos participantes da pesquisa, o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica relaciona-se a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos pressupostos da própria Reforma. Não obstante, destacamos aqui a necessidade de se refletir sobre o descompasso entre a vitória no campo jurídico, o novo discurso da Reforma Psiquiátrica e um fazer prático que parecem ainda negar a emancipação do portador de transtorno mental.

No eixo integração do CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município, os dados coletados na pesquisa indicam que a relação existente é pouca, funciona de maneira precária e confusa, e que ainda está num processo preliminar. A articulação com as equipes de PSF e PACS também é insuficiente, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda. A unidade não realiza nenhum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. Apenas dois profissionais referiram estar pensando neste tipo de trabalho.

Foram apontadas como justificativas para esta situação o fato do CAPS não estar territorializado, de ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta de todo o município, e a ausência de um planejamento e estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhadas pessoas com transtorno mental grave. E, segundo os entrevistados, não tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Neste aspecto, vê-se a urgência na redefinição da abordagem em saúde mental, fazendo-se necessário a construção de estratégias de atenção integral, dentro dos princípios do SUS, que envolvam o portador de transtorno mental como cidadão, a família, o Estado e a sociedade.

De acordo com os profissionais existem diferenças no atendimento prestado no e pelo CAPS em relação aos hospitais psiquiátricos. Eles se referem às diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência do discurso médico psiquiátrico do hospital, e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e as necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial, em contraposição ao tratamento igual para todos das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Por fim, os dados coletados na presente pesquisa indicam que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes, prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a relação eficácia/efetividade dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Concluimos, com este estudo, que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é ainda um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológica, técnico-assistencial, político-jurídico e sócio-cultural.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____, P. (coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995a.

_____, P.. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. vol.11, no.3, jul./set. 1995b, p.491-494. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 14/09/2005.

_____, P. A (clínica) e a Reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. pp. 45-65.

_____, P. **A epistemologia e a Clínica da Reforma**. Conferência proferida no IV Encontro Catarinense de Saúde Mental. Florianópolis, 30 de junho a 2 de julho de 2005. (anotações manuscritas).

BASAGLIA F. (coord.) **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 3ª ed. Tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002a, 213 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em Saúde Mental 1990-2002**. 3ª ed. revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAPS II PONTA DO CORAL. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. **Projeto Terapêutico**. Florianópolis, 2004.

CORREIA, M. V.C..Que controle social na política de Assistência Social? **Revista Serviço Social & Sociedade**. N. 72. São Paulo: Cortez, nov. 2002, pp. 119-144.

COSTA, R. C. R. da.. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia e Política** Nº 18: 49-71 JUN. 2002

COSTA –ROSA, A. da; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. p. 13-44.

COSTA-ROSA, A. da.. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asialr. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. p. 141-168.

CHIZZOTTI, A.. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R.. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

DESVIAT, M.. **A Reforma Psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental**. In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

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

FLEURY, S.. **Espaço, território e cidadania**: a cidade dos cidadãos. Trabalho apresentado no VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra (16,17,18 de setembro), 2004. Disponível em: <www.ces.uc.pt/LAB2004>. Acessado em 20 de fevereiro de 2006.

_____, S.. (org.). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989.

FREIRE, F. H. M. de A.; UGÁ, M.A.D.; AMARANTE, P. Os centros de atenção psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

FRANCO, S. de O.. **Centro de Atenção Psicossocial**: um estudo de caso. 2005. 110f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Florianópolis, 2005. 110f.

FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial**. Percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004.

GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E.. **A pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, R.. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M.. **Microfísica do poder**. Trad. de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graaal, 1979.

MINAYO, M. C. de S.. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC; ABRASCO, 1994.

MIOTO, R.C.T.. Família e saúde mental: contribuições para reflexão sobre os processos familiares. **Revista Katalysis**. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico. Departamento de Serviço Social. N.2 Florianópolis: Editora da UFSC, 1998.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental**: em busca da articulação e qualificação das ações em saúde. Monografia

(Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Latu Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

OLIVEIRA, W. F.; DORNELES, P.. Patrimônio e ambiente da loucura: a formação do profissional de saúde mental e o dialogo com a vida da cidade. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

PITTTA A.. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje. In: PITTA. A.(org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral**: desvelando sua significação. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

_____. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

ROSA, L.C.dos S.. Os saberes construídos sobre a família na área da saúde mental. **Revista Serviço Social & Sociedade**. N° 71. Ano XXIII. São Paulo: Cortez, set de 2002, pp. 138-164.

_____. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, F., et. al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SANTOS, W.G.. **Cidadania e Justiça**. Rio de Janeiro: Editora Campos, 1979.

SARACENO, B.. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SOUZA, W. da S.. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. jul./ago. 2001, vol.17, no.4

p.933-939. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 19/10/2005.

SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Teses em Enfermagem, 42).

STUANI, D.. **Projeto de Estágio**. (Projeto de Estágio Curricular apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina). Florianópolis, 2005. texto digit.

TENÓRIO, F. G. (org.). **Gestão de ONGs**: principais funções gerenciais. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

TORRE, E.H. G; AMARANTE, P.. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. [online]. 2001, vol.6, no.1 [citado 05 Dezembro 2005], p.73-85. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br> >. ISSN 1413-8123.

TRIVIÑOS, A.N. S.. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. (org.). **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000a.

_____, E. M. Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000b. p. 169-194.

VIEIRA, L. **Cidadania e globalização**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Formulário a ser aplicado a todos os profissionais da equipe do CAPS.

Identificação

Nome:

Apelido:

Formação:

Ano:

Capacitação específica na área: Sim Não

Nível: residência especialização mestrado doutorado

Tempo de serviço na instituição:

Tipo de vínculo empregatício: Servidor público concursado contrato temporário

Outro. Especifique _____

Regime de trabalho: _____ (horas semanais)

Tempo de atuação na área:

Experiência de atuação profissional em outra instituição: Sim Não

Qual:

Tempo:

Principais perguntas

- 1) A área física do Caps é suficiente para o atendimento da demanda? Sim Não
- 2) As instalações são adequadas para a realização das atividades propostas? Sim Não
- 3) Os equipamentos disponíveis são suficientes? Sim Não
- 4) Estão em bom estado de utilização? Sim Não
- 5) Os materiais disponíveis são suficientes? Sim Não
- 6) Existem dificuldades na realização das atividades do Caps Sim Não. Em caso de resposta afirmativa, especifique as cinco principais? _____

- 7) O trabalho é realizado em equipe? () Sim () Não.
- 8) Existe algum tipo de supervisão de equipe ou outro recurso para acompanhar e discutir as questões do trabalho em equipe? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual?
-

9) Participa ou já participou de capacitação específica para atuar no Caps? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual? _____

10) Durante o tempo em que está trabalhando na instituição houve algum treinamento ou capacitação? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quando? _____(ano). De quantas horas? _____. Organizado por quem? _____

11) Na sua opinião, existe interdisciplinaridade no trabalho no Caps? () Sim () Não

12) Você conhece a política de saúde mental? () Sim () Não.

13) No Caps, existe disponibilidade de material didático e documentos sobre a política de saúde mental? () Sim () Não.

14) Existe planejamento e avaliação das ações do Caps? () Sim () Não

15) Existe projeto terapêutico de trabalho da instituição? () Sim () Não. Em caso afirmativo, foi planejado em equipe? () Sim () Não.

16) O serviço adota projeto terapêutico individualizado? () Sim () Não.

17) O usuário participa do planejamento do seu tratamento? () Sim () Não.

18) Existe atendimento familiar? () Sim () Não.

19) Existem ações intersetoriais do Caps e outras instituições que envolvam: educação, trabalho, esporte, cultura e lazer? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quais?

20) Existe relação do Caps com a rede básica de saúde municipal? () Sim () Não.

Que tipo? _____

21) O Caps realiza algum trabalho de educação permanente (capacitação e supervisão) sobre saúde mental em cooperação com as equipes de atenção básica? () Sim () Não.

Que tipo? _____

Outras observações:

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Entrevista a ser realizada com os profissionais da equipe do CAPS, segundo o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de nível superior entre as existentes na unidade. Em caso de mais de um profissional na área será realizado sorteio.

Identificação

Nome:

Apelido:

Temas e principais perguntas

1 Estrutura e recursos financeiros

- 1) Qual conhecimento possui sobre o repasse dos recursos financeiros para o Caps?
- 2) Conhece a forma de financiamento do serviço? O que você acha?
- 3) Como são administrados os recursos repassados? Existe planejamento?
- 4) Na sua opinião, a descentralização administrativa dos recursos possibilita o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do Caps? Quais as vantagens e desvantagens identifica?
- 5) Na sua opinião, os recursos repassados (gerados pelo serviço) são suficientes para realizar as atividades do Caps? Em caso de resposta negativa, quais atividades ficam prejudicadas e/ou poderiam ser realizadas se houvessem recursos?
- 6) Existem dificuldades no funcionamento do Caps com relação a falta de recursos financeiros? Quais identifica?

2 Recursos humanos e projeto terapêutico

- 1) Quais dificuldades identifica no trabalho em equipe no Caps?
- 2) Na sua opinião, quais vantagens o trabalho em equipe possibilita?
- 3) Considera importante a capacitação específica em saúde mental para atuar no Caps? Fale sobre.

- 4) Na sua opinião, qual a importância da interdisciplinaridade no atendimento ao usuário de saúde mental?
- 5) Considera importante conhecer sobre a política de saúde mental, seus princípios, sua estrutura e organização para o trabalho do Caps?
- 6) Como acontece o planejamento e a avaliação das ações do Caps?
- 7) Na sua opinião, em relação ao atendimento nas instituições tradicionais/asilares (hospitais psiquiátricos), como é o atendimento ao usuário no Caps?

3 Participação do usuário e da família no tratamento

- 1) Como é pensado o projeto terapêutico de tratamento do usuário?
- 2) Como o usuário participa do planejamento do seu tratamento?
- 3) Quais as formas criadas para oportunizar a participação do usuário no planejamento do seu tratamento?
- 4) A família participa do tratamento? Em caso de resposta afirmativa, de que forma? Em caso de resposta negativa, por quê?
- 5) Quais as formas criadas para oportunizar a participação da família no tratamento?
- 6) Quais dificuldades identifica com relação a realização do atendimento familiar?
- 7) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção familiar do portador de transtornos mentais?
- 8) Qual o papel dos usuários (ou da associação de usuários e familiares) no planejamento das ações do Caps?
- 9) Na sua opinião, qual a importância das associações de usuários e familiares para o tratamento do portador de transtornos mentais e para os serviços de saúde mental?

4 Inserção social

- 1) Na sua opinião, as práticas assistenciais realizadas no Caps encaminham-se na direção da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial?
- 2) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção social do portador de transtornos mentais?
- 3) Quais avanços e conquistas identifica com relação a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais?
- 4) Na sua opinião, o atendimento no Caps possibilita ao usuário a construção da sua autonomia? Como?

- 5) Na sua opinião, a organização atual dos serviços de saúde mental (da política de saúde mental) favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais? Qual a importância do caps nesse contexto?

5 Integração com a rede municipal de assistência em saúde

- 1) Qual a relação do Caps com a(s) equipe(s) de Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência?
- 2) O Caps tem controle das internações psiquiátricas no seu território? Em caso afirmativo, como ocorre este controle?
- 3) Na sua opinião, qual o lugar que o Caps ocupa na rede de atenção em saúde? Constitui-se no serviço que regula a porta de entrada para o atendimento em saúde mental?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este instrumento tem a intenção de obter o seu consentimento por escrito para participar do estudo “A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis”, durante o período de 01 a 31 de março de 2006, com o intuito de contribuir para o levantamento de dados para a elaboração do referido trabalho.

O estudo tem como objetivo geral analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Ao propormos a presente pesquisa esperamos contribuir com a produção de conhecimentos e saberes sobre as novas práticas de atenção e cuidado ao portador de transtornos mentais.

Os relatos obtidos serão confidenciais e, portanto, não será utilizado o nome dos participantes em nenhum momento, garantindo sempre o sigilo da pesquisa e os preceitos éticos da profissão. Os depoimentos serão referenciados pelo apelido a ser escolhido pelo próprio entrevistado

Certa de sua colaboração, agradeço sua disponibilidade em participar do estudo.

Eu _____,
consinto em participar desta pesquisa, desde que respeitadas as respectivas proposições contidas neste termo.

Florianópolis, março de 2006.

Assinatura do entrevistado.

ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

FERNANDA SCALZAVARA

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Serviço Social** - Área de concentração: Serviço Social, Direitos Humanos e Questão Social.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ivete Simionatto.

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de **Mestre em Serviço Social**, e aprovada na sua forma final, em 31/7/2006, atendendo as normas vigentes no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e na Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof^a Dr^a Catarina Maria Schmickler
Coordenadora do PPGSS/UFSC

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Ivete Simionatto, Dr^a.
Departamento de Serviço Social/UFSC
Presidente

Prof^o Walter Ferreira de Oliveira, Ph.D.
Departamento de Saúde Pública/UFSC
Membro

Prof^o Jonas Salomão Spricigo, Dr.
Departamento de Enfermagem/UFSC
Membro

Prof^o Mário Teixeira, Dr.
Departamento de Clínica Médica/UFSC
Membro Suplente

*Aos profissionais e aos usuários do CAPS
Ponta do Coral de Florianópolis.*

AGRADECIMENTOS

Desejo expressar meus sinceros agradecimentos aos profissionais do CAPS Ponta do Coral, pela receptividade, atenção, acolhimento e colaboração na fase mais importante desta pesquisa, assim como pela consideração ao meu trabalho profissional. Também, aos usuários desta unidade de serviço, pela forma carinhosa e acolhedora com que sempre me receberam.

À professora Ivete Simionatto por ter aceitado a orientação do trabalho; agradeço a oportunidade de poder ter desenvolvido a pesquisa de meu interesse e desejo profissional.

Aos professores Jonas Spricigo e Mário Teixeira pela atenção, disponibilidade e colaboração, essenciais na definição e elaboração do projeto de dissertação. Igualmente, ao professor Walter Ferreira de Oliveira pelas considerações e contribuições no exame de qualificação.

À sempre Mestre, amiga e professora Iliane Kohler, pela relação de ensino-aprendizado humana, saudável, mantida no decorrer de toda a minha vida acadêmica; pelas ajudas concretas nos momentos de dificuldades, pelos conselhos, orientações e *encaminhamentos* necessários nos instantes, nas horas, nas fases de incerteza, insegurança, angústia, desespero.

Aos profissionais Mara Regina de Oliveira e Antônio Heinzen Filho, pelo suporte terapêutico necessário nos últimos anos da minha vida; especialmente por terem me ajudado a transformar as dificuldades, os obstáculos, as conquistas cotidianas no *Mestrado da Vida*.

Às profissionais e amigas Maria Sirene Cordioli e Maria Inês Bernardino, pela relação profissional responsável, ética, competente, que me impulsionou para os estudos na área da saúde mental; pela amizade acolhedora, carinhosa, fraterna, pelas comemorações e pelos momentos de descontração.

Aos meus pais e à minha família, base dos meus valores ético-morais.

Às minhas amigas e aos meus amigos, que de perto ou de longe, acompanham minha trajetória, acreditam e torcem por mim.

Formalmente, agradeço as instituições públicas CAPES e UFSC, através dos programas PROF e PGSS, pelo financiamento da bolsa que permitiu a dedicação profissional integral para a realização deste trabalho.

RESUMO

O presente trabalho tem como objeto de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. Constitui-se como objetivo geral da presente pesquisa analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Os procedimentos metodológicos da pesquisa constaram de: pesquisa empírica na coleta das informações, através de entrevistas semi-estruturadas, gravadas, realizadas com um profissional de cada área de formação de nível superior, dentre as existentes no CAPS, e aplicação de formulário, com questões fechadas, a todos os profissionais que compõem a equipe. As informações coletadas foram sistematizadas e organizadas em itens correspondentes aos eixos que nortearam a coleta dos dados, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde. A análise final foi realizada com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os resultados obtidos nos permitem concluir que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a efetividade e eficácia dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial. De maneira geral, podemos afirmar que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológico, técnico assistencial, político-jurídico, social cultural.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, política de saúde mental, serviços substitutivos.

ABSTRACT

The objective of present work is to study the operationalization of the Psychiatric Reformation in the city of Florianopolis, Brazil, based on one specific institutional model - the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral. The general objective of the present research is to analyze the institutional reality at the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral, Florianopolis, related to the operational process of mental health politics, based on the requirements of the Brazilian Psychiatric Reformation. The research methodological procedures have consisted of: empirical research and data collection, through semi-structured interviews, recorded, realized under the presence and supervision of a professional of each field, plus de existing data from the CAPS, and filled application, with closed questions, to all the professionals who compose the team. The data colleted was systematized and organized in items and events that are surrounded the data collection, which are: financial structure and resources, human resources and therapeutic project, participation of the user and the family in the treatment, social insertion, and integration of the service with the municipal network of assistance in health. The final analysis was based on theoretical production on mental health and the Psychiatric Reformation. The results allowed us to conclude that in scope of management of CAPS, the limited number of studies and the difficulties to transfer and administer them harmed the functioning of the service. The contributing factors were lack of strategic planning and systematic evaluation of actions. The difficulties associated with teamwork compromised the effectiveness and efficacy of the objectives. The absence of a municipal network dedicated to structure and articulate mental health appears as an obstacle to the practice of desinstitutionalization and psychosocial rehabilitation. In general, we can affirm that the changes in the assistance model, directed for Psychiatric Reformation is one of the challenges to the concretization to mental health politics in a new interaction between society and people with psychological illnesses. The operationalizational political difficulties of mental health go through different fronts of performance which constitute the complexity of social processes associated with Reformation in its different dimensions. These dimensions are: theoretic-epistemological, technical assistance, politic-legal and socio-cultural.

Keywords: Psychiatric Reformation, mental health politics, substitute services.

LISTA DE SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
APAC - Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CPASM - Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental
CMS – Conselho Municipal de Saúde
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FNS – Fundo Nacional de Saúde
INAMPS – Instituto Nacional de Aposentadorias e Pensões
IPQ – Instituto de Psiquiatria Catarinense
MS – Ministério da Saúde
MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS – Organização Mundial para a Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF - Programa de Saúde da Família
RP – Reforma Psiquiátrica
SIH - Sistema de Informação Hospitalar
SAI – Sistema de Informação Ambulatorial
SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
SUS – Sistema Único de Saúde
TR – Terapeuta de Referência
ULS – Unidade Local de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Procedimentos metodológicos	18
2 REFORMA PSIQUIÁTRICA	222
2.1 O Modo Psicossocial	26
2.1.2 Atenção Psicossocial.....	28
2.2 Desinstitucionalização	30
2.3 Reabilitação psicossocial	32
3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA	344
3.1 Estrutura e recursos financeiros	344
3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico	45
3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental	46
3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário	51
3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações.....	59
3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento.....	65
3.3 Participação do usuário e da família no tratamento	69
3.3.1 Planejamento terapêutico individual.....	70
3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral.....	72
3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares	81
3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia.....	88
3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental.....	96
3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica	106
3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde...	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
REFERÊNCIAS.....	125
APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS.....	130
ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica.....	136

1 INTRODUÇÃO

O processo de mobilização, organização e luta pela Reforma Psiquiátrica brasileira origina-se no contexto dos movimentos sociais, no período de redemocratização do país (décadas de 1970/1980), e tem como base os pressupostos da Reforma Sanitária brasileira e da Psiquiatria Democrática italiana. Tal movimento esteve direcionado no sentido da crítica e desconstrução gradativa da assistência existente, embasada no saber psiquiátrico, que justificava as práticas decorrentes do modelo asilar e, ao mesmo tempo, buscava a construção de propostas de superação deste modelo.

Os anos de luta pela transformação do modelo assistencial tradicional (asilar), centrado na internação hospitalar, culminaram com a criação e regulamentação de leis e portarias relativas à implantação de uma rede de serviços substitutivos a este. A partir da década de 1990 um conjunto de leis, portarias, decretos, resoluções define novas exigências em relação à assistência psiquiátrica prestada aos portadores de transtorno mental¹, incluindo a adequação das condições físicas das instituições de atendimento, a existência de projeto terapêutico, equipe multidisciplinar e outros dispositivos que garantam maior qualidade assistencial.

A Reforma Psiquiátrica é um processo em construção, que envolve tanto a sociedade civil, através dos diferentes os movimentos sociais, os profissionais, os usuários, bem como os órgãos gestores das políticas públicas. Estes são os responsáveis pela operacionalização das ações com relação a mudança de paradigma e prática em saúde mental. Nessa trajetória, aos profissionais cabe exercer o papel de sujeitos e críticos do processo de implantação da Reforma Psiquiátrica; aos gestores da política de saúde compete a decisão política com vistas a assegurar as condições técnicas para a implementação e operacionalização dos serviços de atenção; aos movimentos sociais fica a luta política pela construção social de um outro sentido para lidar com a "loucura" e com o "louco", a partir de uma transformação na relação sociedade/loucura.

¹ Cabe destacar que a expressão “portador de transtorno mental” é adotada neste estudo por acreditar-se que a palavra portador traz em si um caráter mutante. Ou seja, secundariza o transtorno mental e resgata o sujeito envolvido na condição de enfermo, como um ser dinâmico. Por sua vez, o termo transtorno mental traz um caráter psicossociológico, dinâmico, mutável, diferente do termo doença mental, muito embora não seja menos controvertido do que este último (ROSA, 2003, pp. 37-38). E, também, por ser “portador de transtorno mental” a expressão utilizada na linguagem técnica constante na política de saúde mental do Ministério da Saúde.

No curso das transformações operadas na e pela Reforma Psiquiátrica destacamos como marco significativo recente a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM)². Em seu documento conclusivo reafirma-se que as políticas de saúde mental devem respeitar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das leis Federal e estaduais, priorizando a construção da rede de atenção integral em saúde mental. Tais políticas devem ter como pressupostos básicos a inclusão social e a reabilitação psicossocial, estar integradas com outras políticas sociais, como educação, trabalho, lazer, cultura, esporte e habilitação profissional, visando garantir o exercício pleno da cidadania (BRASIL, 2002a).

O mesmo documento ressalta que a reorientação do modelo assistencial deve estar direcionada para concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e de promoção da saúde. Nesse sentido, é fundamental que as novas modalidades assistenciais desenvolvam práticas pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a auto-estima, a autonomia e a cidadania, buscando superar a relação de tutela e reprodução da institucionalização e/ou cronificação (BRASIL, 2002a).

A mudança do modelo assistencial é um dos desafios da Reforma Psiquiátrica. Busca-se, no âmbito da gestão pública, a construção de um novo pacto para transferir os recursos aplicados no modelo hospitalar para uma assistência comunitária. Entretanto, a mudança da lógica de atenção em saúde mental requer, também, uma mudança de paradigma. No bojo dos novos dispositivos de cuidado necessariamente deve estar uma nova ética do cuidar, baseada na premissa básica da autonomia possível e dos direitos humanos dos portadores de sofrimento psíquico. Isso significa considerar que as possibilidades de novas práticas terapêuticas devem caminhar ao lado da preocupação com a mudança das representações simbólicas do “louco” na sociedade, e com a produção de outros saberes.

Na atualidade, todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, bem como a literatura da área, referem-se a desconstrução como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade das ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Tal proposição tem como base a

² Realizada em Brasília, de 11 a 15 de dezembro de 2001. A I Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em 1987 e a II em 1992.

incapacidade da psiquiatria em explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (TORRE; AMARANTE, 2001).

O modelo manicomial tem seu fundamento na noção de que a experiência de sofrimento psíquico diversa (delírio, alucinação) é sinônima de erro. Um dos aspectos mais importantes no processo de transformação radical deste é a superação do conceito de doença. Conforme apontam Torre e Amarante (2001, p.73-85), “não se trata, obviamente, de negar a diversidade da experiência do delírio ou da alucinação, mas de não utilizar o conceito de doença (igual a erro) na relação com o sujeito”. Nesta direção, Rotelli (1990) propõe, no lugar do objeto “doença mental”, o objeto “existência-sofrimento” do sujeito em sua relação com o corpo social.

Segundo Costa-Rosa (et. al., 2003, p. 28), “ao se buscar a superação do saber psiquiátrico, sobretudo do paradigma doença-cura, procurou-se romper com práticas identificadas com o modelo clínico, por considerá-las ineficazes, segregadoras”. Busca-se no modo psicossocial estabelecer-se “a construção de uma relação de contrato com o sujeito que substitua a relação de tutela instaurada pela psiquiatria” (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 73-85). Como oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar surge, no contexto da Reforma Psiquiátrica, a atenção psicossocial como paradigma do modo psicossocial.

A origem das práticas de atenção psicossocial, como designação de experiências significativas no contexto da saúde mental, está relacionada às contribuições das diferentes experiências históricas de reforma, que incluem as Comunidades Terapêuticas e a Antipsiquiatria, na Inglaterra, a Psicoterapia Institucional, na França, a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, nos Estados Unidos e a Psiquiatria Democrática, na Itália³. No caso brasileiro somam-se as contribuições das políticas públicas e das experiências locais pioneiras dos centros e núcleos de atenção psicossocial, em Santos, São Paulo.

O modelo psicossocial vem ganhando elementos tanto em termos teórico e técnico quanto ideológicos e éticos, aptos a constituírem um novo paradigma para as práticas em saúde mental, capaz de substituir o paradigma psiquiátrico que ainda é dominante. Costa-Rosa (et al., 2003, p.31), observa que de modo geral os elementos teóricos subjacentes a essas experiências passam principalmente pelas idéias sociológicas e psicológicas, pelo materialismo histórico, pela psicanálise e pela filosofia da diferença. Nesse sentido, é importante indicar que o lugar social da saúde mental é um lugar de

³ Estudos sobre estas experiências encontram-se em DESVIAT (1999); ROTELLI (2001).

conflito, confronto e contradição. Entender a saúde mental dessa forma implica em reconhecê-la como expressão e resultante de relações e situações sociais concretas. “Por qualquer perspectiva que se olhe, tratar-se-á sempre de um eterno confronto: pulsações de vida/pulsações mortíferas; inclusão/exclusão; tolerância/intolerância” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p. 29).

A operacionalização da Reforma Psiquiátrica, através da implantação da rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, territorializados e integrados à rede de saúde, tem sido uma construção lenta e difícil, perpassada por interesses políticos e econômicos. Muitas vezes são privilegiados procedimentos técnico-burocráticos, assistenciais, em prejuízo de um serviço que tenha como foco o tratamento da pessoa humana na sua dimensão integral. Por outras, a Reforma Psiquiátrica é entendida como sinônimo de reestruturação de serviços; introdução ou modernização de novas tecnologias de tratamento e cuidado; promulgação de uma nova legislação. Em geral, os problemas passam pela tendência de tornar a Reforma a implantação de centros de atenção psicossocial, de forma a banalizar o serviço, fazendo com que estes sejam uma extensão do hospital psiquiátrico (AMARANTE, 2005).

Não obstante, a transformação do modelo de atenção tradicional requer a construção de uma rede de atendimento ampla, com serviços diversificados e complementares, substitutivos das práticas asilares. O modelo substitutivo não significa alternativo, paralelo, complementar ou intermediário do sistema tradicional. Trata-se de um serviço forte, que comporta uma estrutura complexa em que o sentido das práticas deve ser alterado do “eixo da clínica” para o “eixo da cidadania”. Isso significa olhar para a pessoa-sujeito e não unicamente para a doença (AMARANTE, 2005).

Pensar a mudança do paradigma teórico-conceitual clássico significa provocar uma transformação na cultura da forma tradicional de ver e lidar com a loucura, buscar a construção de um outro lugar social para a loucura e a doença mental, a partir de uma transformação das relações sociedade-loucura/doença mental.

Nesse processo, os centros de atenção psicossocial (CAPS) constituem-se no “braço” do modelo psicossocial. Tornam-se serviços privilegiados para o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial e dispositivos estratégicos para a mudança da atenção em saúde mental.

De acordo com as normatizações do Ministério da Saúde, são atribuições dos CAPS: organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; prestar atendimento em regime de atenção diária; oferecer cuidado clínico eficiente e personalizado; realizar a

dispensação de medicamentos; acompanhar usuários que moram em residências terapêuticas; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, assessorando o trabalho dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território ou área de abrangência (BRASIL, 2004).

No sentido de favorecer o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, bem como estimular a mudança da lógica de ver e lidar com a “doença” e o “doente mental”, o direcionamento da Política Nacional de Saúde Mental preconiza que os projetos terapêuticos dos CAPS podem ultrapassar a estrutura física da unidade, em busca da rede de suporte social comunitária. O atendimento prestado deve ser através de projeto terapêutico individualizado, construído conjuntamente com o usuário. A preocupação principal não deve ser o estabelecimento de um diagnóstico clínico, mas sim o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2004).

Com base no exposto, a presente dissertação de mestrado tem como recorte de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - O Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. A escolha deste CAPS deve-se ao fato de ser este um serviço público de atendimento diário a portadores de transtornos mentais adultos, único nesta modalidade no município. A população de Florianópolis conta com outros dois centros de atenção psicossocial, um para atendimento de crianças e adolescentes (CAPSi) e outro para atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (CAPSad).

O CAPS Ponta do Coral constitui-se no principal serviço de atendimento extra-hospitalar na realidade local, desempenhando um papel central na assistência a portadores de transtornos mentais graves. A rede municipal de atenção em saúde mental é incipiente, com poucos recursos e o CAPS enfrenta diversas dificuldades na realização de suas atividades, concentrando uma demanda de atendimento superior a sua capacidade.

Destacamos a relevância deste estudo na medida em que está em curso no país uma reforma nos serviços de assistência em saúde mental, em que a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos pelo cuidado comunitário/ambulatorial tem sido a

diretriz básica para a reorganização da política de saúde mental, desde o nível federal aos níveis estadual e municipal.

A reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

O processo de reestruturação dos serviços de saúde mental está baseado na organização de uma rede comunitária de cuidados. Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esportes etc), culturais, religiosos e de lazer são convocados para potencializar as equipes de saúde na tarefa de realizar ações de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004).

Fazem parte desta rede de serviços de saúde mental os centros de atenção psicossocial, os núcleos de atenção psicossocial (NAPS), os serviços residenciais terapêuticos (SRTs), os hospitais gerais, os centros locais de saúde, as equipes de saúde da família e agente comunitários de saúde, entre outros. Particularmente, neste trabalho, nos interessamos por estudar os CAPS por estes assumirem um papel central na organização da rede, constituindo-se em serviços de atenção que “almejam à outra lógica, outra fundamentação teórica-técnica e outra ética, que não mais a do paradigma psiquiátrico” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.19).

Os CAPS foram criados para serem substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos, oferecendo atendimento em saúde mental à população de sua área de abrangência. São atendidas pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, incluindo aquelas que apresentam transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e crianças e adolescentes. As práticas realizadas neste tipo de serviço devem caracterizar-se por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro, na comunidade.

Oficialmente os CAPS foram instituídos pela Portaria GM/MS N°224/1992 e definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam uma população adscrita definida pelo nível local e oferecem atendimento de cuidados intermediários entre

o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (BRASIL, 2002b).

Atualmente, os CAPS são regulamentados pela Portaria GM/MS N° 336/2002 e integram a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta portaria estabelece critérios de porte/complexidade e abrangência populacional aos CAPS, classificando-os nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad⁴. A classificação dos diversos tipos de CAPS difere, basicamente, quanto ao tamanho da população pela qual se responsabilizam e quanto ao regime de funcionamento.

Os profissionais que trabalham nos CAPS integram uma equipe multiprofissional. São técnicos de nível superior e nível médio, de diferentes áreas de formação. Os profissionais de nível superior são médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física entre outros necessários para as atividades oferecidas, de acordo com o projeto terapêutico do CAPS. Os profissionais de nível médio podem ser técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores, artesãos, profissionais de limpeza e cozinha (BRASIL, 2004).

As equipes técnicas possuem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. Cabe aos profissionais a tarefa de organizar-se para realizar o acolhimento dos usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, realizar as atividades de reabilitação psicossocial, equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas.

Ao considerarmos as práticas em saúde mental de um centro de atenção psicossocial nosso objeto de estudo estamos entendemos que é a partir delas que a mudança de paradigma se torna possível, haja vista que a estruturação de uma rede de

⁴ O CAPS I tem capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e deve funcionar das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira; o CAPS II atende municípios com população entre 70.000 e 200.000, deve funcionar das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas; o CAPS III atende municípios com população acima de 200.000 habitantes, funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana. Já os CAPSi e os CAPSad possuem características diferenciadas dos demais. O CAPSi é referência para municípios com população acima de 200.000 habitantes e constitui-se em um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período até 21 horas. Os CAPSad destinam-se a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. É indicado em municípios com população acima de 100.000 habitantes, funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas (BRASIL, 2002b).

novos serviços de saúde mental não constitui por si só uma ruptura com o paradigma das práticas asilares, da segregação e da tutela do portador de transtorno mental. Contudo, sabemos que analisar uma realidade institucional é uma tarefa difícil, principalmente quando nos propomos olhar esta realidade em movimento, permeada de contradições e como fruto de um processo sócio-histórico.

Nesse sentido, elegemos como sujeitos informantes os profissionais que atuam no Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, por entendermos que a eles cabe a tarefa de realizar as atividades institucionais cotidianas. Esses profissionais integram uma equipe multiprofissional e assumem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. A nosso ver, constituem-se atores sociais centrais no processo de implementação e operacionalização da Reforma Psiquiátrica na realidade local.

Com isso queremos destacar que os profissionais de saúde mental exercem um papel relevante para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, seja como partícipes dos movimentos sociais, como gestores da política de saúde mental e/ou como trabalhadores (técnicos) nos serviços de assistência. Particularmente, aos profissionais dos CAPS cabe o compromisso de operacionalizar a mudança da lógica da assistência, na medida que estão atuando em um serviço considerado um dispositivo estratégico da rede de assistência em saúde mental. Esses profissionais estão diretamente ligados aos usuários do serviço e a implementação da política de saúde mental, função que os coloca na linha de frente de um cenário novo que vem passando por formulações e reformulações nos campos “político-jurídico, técnico-assistencial, epistemológico e sociocultural” (AMARANTE, 2003).

Torna-se pertinente ressaltar que o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) teve forte influência nos avanços ocorridos na mudança da assistência psiquiátrica. Constituído inicialmente de técnicos de saúde mental buscava a melhoria da assistência psiquiátrica e denunciava a situação precária dos manicômios. O MTSM posicionou-se em relação à assistência prestada, politizou a questão da Reforma, construiu uma linha de pensamento crítica no campo da saúde mental. Organizados, os trabalhadores criaram fóruns de discussões locais de caráter técnico e político e defenderam as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Posteriormente, o movimento ampliou-se no sentido de ultrapassar sua natureza técnico-científica, organizou sua estrutura administrativa como fórum nacional e passou a ser designado Movimento da Luta Antimanicomial, tornando-se um movimento social que passou a englobar várias entidades como associações de usuários

e familiares⁵, ONGs, entre outras (AMARANTE, 1994, 1995a; SOUZA, 2001; VASCONCELOS, 2000b, 2004).

Assim, nos parece certo que os profissionais de saúde mental são atores sociais influentes na efetivação da Reforma Psiquiátrica. Razões significativas para pesquisar e valorizar suas experiências e opiniões, na medida em que seus relatos podem indicar como vem se realizando no dia-a-dia a Reforma, bem como contribuir para a construção de novas práticas e a produção de novos saberes. E, entendemos como Foucault, que os saberes não são apenas conhecimentos acadêmicos, produções que se autodenominam científicas. Os saberes também estão onde são produzidos, pois sempre criam visões de mundo, produzem histórias e História.

Dessa forma, a presente pesquisa tem a finalidade específica de contribuir para a análise das práticas locais de saúde mental, a partir do estudo da realidade vivenciada no CAPS de Florianópolis e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Lembramos, ainda, que neste ano de 2006 o CAPS Ponta do Coral completa dez anos de atividades, fato que nos leva a destacar a importância de um estudo que identifique as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação deste serviço. No geral, busca-se fornecer subsídios para os avanços nas políticas de saúde mental e contribuir para a produção de conhecimentos sobre a realidade da prática das políticas públicas de saúde mental. Para tanto, elegemos como eixos de estudo e análise cinco pontos, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social e integração com a rede municipal de assistência em saúde.

Constitui-se como objetivo geral do presente estudo a análise da realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Para alcançarmos este definimos como objetivos específicos: 1) caracterizar a estrutura e os recursos financeiros disponibilizados

⁵ Cabe registrar que no campo da saúde mental encontram-se associações de composição variada. Há associações de usuários; associações de familiares; associações de usuários e familiares; associações de usuários, familiares e técnicos; associações de usuários e técnicos; e associações de técnicos e familiares. Em sua maior parte, o processo organizativo das associações é conduzido por elementos de constituição de laços de solidariedade e ajuda mútua. Contudo, existem associações que são favoráveis à agenda de inovações da assistência colocada pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e, outras, que se caracterizam como uma comunidade de veto em relação à mesma agenda (SOUZA, 2001).

e sua adequação às atividades do Caps; 2) conhecer as práticas assistenciais desenvolvidas pelo CAPS com relação ao projeto terapêutico e como se organiza o trabalho da equipe técnica; 3) identificar como ocorrem as práticas institucionais de participação do usuário e da família no tratamento e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica; 4) identificar se existem e quais são as ações institucionais, intersetoriais e/ou outras criadas com relação a inserção social do portador de transtornos mentais; 5) descrever e analisar a relação existente entre o CAPS e a rede municipal de assistência em saúde com relação a operacionalização da política de saúde mental e do SUS; 6) identificar quais as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação do CAPS, pontos positivos e negativos.

1.1 Procedimentos metodológicos

Para operacionalizar os objetivos do nosso estudo foi realizada uma pesquisa de caráter qualitativo, do tipo estudo de caso. Segundo Minayo (1994), a pesquisa qualitativa, nas ciências sociais, responde a questões particulares, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Isso significa considerar que trabalhamos com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que correspondem a pontos mais profundos das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser quantificáveis. E, segundo Chizzotti (2003, p. 104), em geral, a pesquisa qualitativa objetiva provocar o esclarecimento de uma situação para uma tomada de consciência pelos próprios pesquisados dos seus problemas e das condições que os geram, a fim de elaborar meios e estratégias de resolvê-los.

Dentre os tipos de pesquisa qualitativa, o estudo de caso talvez seja um dos mais relevantes. É uma modalidade que propicia retratar uma realidade de forma ampla e profunda, de forma a revelar a multiplicidade de dimensões presentes numa determinada situação e contextualizar o objeto para melhor compreendê-lo (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Nesta forma de estudo, o caso é tomado como unidade significativa do todo porque tanto retrata uma determinada realidade quanto revela a multiplicidade de aspectos globais presentes em uma dada situação (CHIZZOTTI, 2003). A principal função do estudo de caso é a explicação sistemática de fatos que ocorrem no contexto social e geralmente se

relacionam com uma multiplicidade de variáveis. Essa técnica caracteriza-se por ser um estudo intensivo, o qual deve considerar a compreensão geral do assunto investigado (FACHINI, 2001).

O local escolhido para a realização do estudo, o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, é um serviço público, municipal, cadastrado na modalidade CAPS II, situado à rua Rui Barbosa, 713 (fundos), no bairro Agrônômica, Florianópolis/SC. CAPS Ponta do Coral funciona das 8h às 18hs e atende uma demanda média diária de 40 usuários. O serviço foi criado em março de 1996 e funciona neste endereço desde o mês de dezembro do mesmo ano⁶.

A principal fonte de informação da presente pesquisa constituiu-se das falas dos profissionais, de formação de nível superior, e, no resultado do formulário aplicado a todos os membros da equipe do CAPS Ponta do Coral. Utilizamos para a coleta de informações a entrevista semi-estruturada, gravada, com questões abertas, e a aplicação de formulário com questões fechadas (Apêndices A e B). As entrevistas foram orientadas por um roteiro com perguntas estruturadas e agrupadas em cinco blocos correspondentes aos eixos de estudo da pesquisa. De acordo com Trivinos (1987), a entrevista semi-estruturada geralmente parte de certos questionamentos básicos, de perguntas fundamentais derivadas da teoria que é adotada para a pesquisa e de informações que o pesquisador possui sobre o tema a ser pesquisado.

Na pesquisa qualitativa, a entrevista é uma das técnicas mais utilizadas na coleta do material empírico. No tipo de estudo escolhido, foi possível perceber que a entrevista constituiu-se na ferramenta capaz de possibilitar a obtenção de dados mais profundos da realidade, os quais só podem ser obtidos com a contribuição dos sujeitos envolvidos.

O trabalho empírico para coleta dos dados e das informações na Instituição foi realizado entre a segunda quinzena do mês de março e a primeira quinzena do mês de abril de 2006 (16/3/2006 a 13/4/2006). A coleta teve início após a apresentação e solicitação de autorização para a realização da pesquisa à coordenação da Instituição. O projeto foi encaminhado à Comissão de Ensino e Pesquisa do CAPS II Ponta do Coral e à Direção de

⁶ A implantação do serviço foi efetivada em 25/3/1996, ficando instalado, provisoriamente, junto ao Centro de Saúde II do Centro de Florianópolis (atual ULS Centro), na Avenida Rio Branco. Em dezembro do mesmo ano foi transferido para o atual endereço, passando a ser chamado NAPS Ponta do Coral. Seu credenciamento no Ministério da Saúde aconteceu ao longo do ano de 1997. Em 2002, a Portaria GM n° 336 regulamentou a denominação dos antigos NAPS para CAPS (STUANI, 2005).

Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis para parecer. Mediante o parecer favorável (Anexo A) das referidas instâncias, foi realizada, em reunião de equipe, a apresentação do projeto aos profissionais do CAPS Ponta do Coral. Concluída esta etapa, foi realizada a entrevista pré-teste. A escolha do profissional observou os critérios constantes da metodologia do projeto. A entrevistada foi uma profissional da área da psicologia (área que tem mais de um profissional no CAPS) que tinha disponibilidade para a realização da entrevista na data escolhida. A partir desta entrevista, foram realizadas pequenas alterações no roteiro, com vistas a agrupar algumas perguntas, no sentido de diminuir o tempo necessário à efetivação da mesma. A referida entrevista teve a duração aproximada de uma hora e vinte minutos, acrescida de mais quinze minutos para a aplicação do formulário, totalizando uma hora e trinta e cinco minutos.

No total, foram realizadas seis entrevistas e aplicados doze formulários, de acordo com a metodologia estabelecida, a qual privilegiou, para a entrevista, o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de ensino superior, dentre as existentes no CAPS Ponta do Coral, quais sejam: psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Os formulários foram aplicados a todos os profissionais de formação de nível superior e de formação de nível médio. Foi necessário realizar sorteio do profissional a ser entrevistado apenas com relação a área da psicologia, por esta ter quatro profissionais atuando na equipe do CAPS. Como utilizamos um deles para a realização do pré-teste, participaram do sorteio apenas os outros três. O sorteio foi realizado na presença de outras duas profissionais da equipe.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos profissionais. A aplicação dos formulários foi simultânea e obedeceu ao mesmo critério. No caso de três dos profissionais entrevistados não foi possível realizar a aplicação do formulário no momento da entrevista, a pedido dos mesmos, devido a limitações de tempo. As entrevistas foram gravadas em fitas cassete, com a autorização prévia dos entrevistados, e, posteriormente, as falas foram transcritas.

As informações e os dados coletados foram sistematizados e classificados, de acordo com os eixos de pesquisa, e posteriormente analisados com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os dados originados dos formulários foram analisados e tratados descritivamente, ou seja, reduzidos a termos descritivos. Para efeito de padronização e de comparação foi adotado o método da porcentagem.

A análise final, que, segundo Minayo (1994), corresponde a um movimento contínuo entre o empírico e o teórico e vice-versa para fazer do caos aparente das

informações revelações da sua especificidade, foi construída pela síntese das informações coletadas em cada eixo de estudo, previamente definidos.

As questões éticas foram consideradas em todas as etapas do estudo, especialmente, na relação com os entrevistados, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) e dentro do que determina a Resolução N° 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde e o Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina. Os profissionais foram informados e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa quando da apresentação do projeto em reunião de equipe e individualmente antes da realização da entrevista. Foi preservado o anonimato dos entrevistado ao se utilizar codinomes para referenciar as falas no trabalho, destacando-se que os mesmos escolheram livremente seu próprio apelido quando da realização da entrevista. Apenas uma das entrevistadas optou por deixar a cargo da pesquisadora a escolha do codinome.

O trabalho que ora apresentamos está organizado de forma a contemplar, neste primeiro capítulo, a introdução do tema e a metodologia utilizada na pesquisa; no segundo capítulo descrevemos, sistematizadamente, o norte teórico utilizado como referência para a análise dos dados e das informações coletadas; no terceiro capítulo trazemos os resultados e as análises da pesquisa. Ao final, resgatamos os principais tópicos relacionados aos eixos de estudo e expomos nossas considerações finais sobre o tema.

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA

Procuramos expor neste capítulo uma síntese das análises de alguns autores que têm contribuído para o avanço nas discussões sobre a Reforma Psiquiátrica, bem como a definição do que vem a ser este outro modelo de atenção em saúde mental – o Modo Psicossocial, tanto em seus aspectos prático-assistenciais quanto em suas exigências éticas e teóricas, no sentido de construirmos o norte teórico orientador das análises da presente pesquisa.

Todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, na atualidade, bem como a literatura da área estabelecem a categoria teórico-prática “desconstrução” como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade nas ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Reiteram, também, a incapacidade da psiquiatria de explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (BASAGLIA, 1985; ROTELLI, 1990). Neste sentido, a proposta da Reforma Psiquiátrica objetiva criar experiências alternativas ao hospital psiquiátrico e ao modelo de suas práticas, através da extinção desse tipo de instituição e sua substituição por recursos que sejam capazes de rever tanto as concepções do “objeto” quanto dos “meios” e modos da sua intervenção nessa área.

A partir das contribuições colocadas por Fleury (et. al., 1989), com relação ao conceito de Reforma Sanitária como um “processo de transformação estrutural”, e da noção de *processo social complexo* proposta por Rotelli (1990), Paulo Amarante (2003, p.49), define Reforma Psiquiátrica como:

um processo social complexo que se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade.

Nessa concepção, o autor observa que processo indica algo em permanente movimento, que não tem um fim predeterminado, nem um objetivo último ou ótimo. E, a idéia de complexidade é posta não como sinônimo de complicação, mas sim como uma atitude epistemológica no sentido de reabrir a possibilidade de recomplexificação do fenômeno, proposição oposta a naturalização/objetualização da noção de doença. Neste sentido, a doença deixaria de ser reduzida a uma alteração biológica, para tornar-se um

processo de saúde/enfermidade. Em outras palavras, “a doença não é um objeto, mas uma experiência nas vidas de sujeitos distintos” (AMARANTE, 2003, p.53).

Na continuidade de suas análises sobre a Reforma Psiquiátrica Amarante (2000, 2003) designa quatro dimensões para as transformações operadas na e pelas práticas da Reforma, quais sejam: teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural.

A dimensão teórico-conceitual ou epistemológica contempla o conjunto de questões que dizem respeito a produção de conhecimentos e saberes que irão subsidiar as práticas. É uma dimensão que vai desde a reflexão dos conceitos mais fundamentais do campo das ciências até os conceitos produzidos pela psiquiatria: alienação, doença mental, normalidade/anormalidade, terapêutica e cura. Um aspecto muito importante desta dimensão refere-se ao desafio de se repensar as relações entre conhecimento e objeto (AMARANTE, 2003).

Na interpretação de Costa-Rosa (et al., 2003, p. 32), o campo teórico-conceitual pauta-se na desconstrução de conceitos e práticas, sustentados pela psiquiatria e pela psicologia nas suas visões acerca da doença mental. Propõe-se como contrapartida a construção de noções e conceitos como “existência-sofrimento” do sujeito na sua relação com o corpo social, acolhimento, cuidado, emancipação e contratualidade social. Nesse âmbito, pode-se entender que o conceito de existência-sofrimento impulsiona a Reforma Psiquiátrica na direção de uma revolução paradigmática, uma vez que questiona a tão cara relação sujeito-objeto e o próprio paradigma doença-cura. Tal conceito aparece por contraposição ao paradigma doença-cura, expressando a exigência de se dar ao sujeito a centralidade da cena.

Como exemplo desse campo Amarante (2003, p. 50) destaca o processo de desconstrução do conceito de clínica, que deixaria de ser o isolamento terapêutico ou o tratamento moral para tornar-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades; a desconstrução do conceito de doença produzido pela psiquiatria, em que o sujeito, não mais visto como alteridade incompreensível, possibilitará outras formas de conhecimento, que produzirão novas práticas clínicas e sociais.

Cabe destacar que quando um conceito é submetido ao processo de desconstrução é possível supor que as relações entre as pessoas envolvidas também serão transformadas, assim como os serviços, os dispositivos e os espaços. Conseqüentemente, mudam, ainda, os conceitos e as práticas jurídicas que eram adotadas pelos conceitos desconstruídos.

Para Basaglia (1985) e Rotelli (1990), desconstrução está relacionada à noção de *invenção*, de construção do real, de produção da subjetividade, recolocando em discussão a ciência e a psiquiatria. Os autores referem-se a “desconstrução” do dispositivo psiquiátrico e clínico em seus paradigmas fundantes e suas técnicas de poder-saber, entendendo-a como uma ação prática de dismantelamento das incrustações institucionais que cobriam a doença. A desconstrução questiona as bases do dispositivo psiquiátrico, em sua competência para atuar frente à loucura.

Entende-se desconstrução como um processo social complexo, de desmontagem do dispositivo psiquiátrico, que não tem fim, ou não pretende constituir, um modelo ideal, mas sim dar novo significado às relações e colocar questões imanentes às situações-problema. Nesse sentido, é um processo que precisa, por definição, ser reinventado incessantemente, e questionar também o conjunto dos segmentos sociais que deveria ser [...] objeto de uma verdadeira "revolução molecular", quer dizer, de uma re-invenção permanente (GUATTARI, 1992 apud TORRE; AMARANTE, 2001, p. 14).

A dimensão político-jurídica passa pela criação e alterações na legislação com relação aos direitos e a assistência ao portador de transtornos mentais. O âmbito jurídico é decorrente do fato de a psiquiatria ter instituído a noção de relação entre loucura, periculosidade, irracionalidade, incapacidade, irresponsabilidade civil. No plano político luta-se pela extinção dos manicômios e sua substituição por instituições abertas, pela revisão das legislações sanitárias, civil e penal referente a doença mental, para possibilitar o exercício dos direitos à cidadania, ao trabalho e à inclusão social. Importa nessa dimensão rediscutir e redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais (AMARANTE, 2003, p. 53; COSTA-ROSA, et al., 2003, p. 33).

No âmbito da dimensão técnico-assistencial está o modelo assistencial. É nesse campo que, na realidade brasileira, aparecem mais visivelmente as inovações com relação as práticas assistenciais em saúde mental, concomitante a reconstrução dos conceitos. As transformações vêm acontecendo tanto na concepção de novos serviços (CAPS, oficinas terapêuticas e de reintegração sociocultural, cooperativas de trabalho) quanto na sua forma de organização e gestão (instituições abertas com participação e co-gestão com os usuários e a população).

Nos últimos anos têm-se objetivado construir uma rede de novos serviços, concebidos como espaços de sociabilidade, de trocas, em que se enfatiza a produção de saúde como produção de subjetividades. Essas mudanças indicam para uma mudança nas práticas de atenção e tem significado *colocar a doença entre parênteses*, propiciando

contato com o sujeito, rompendo com as práticas disciplinares; aumentando a possibilidade de recuperação do seu estatuto de sujeito de direitos (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 32-33; AMARANTE, 2003, p.51).

A expressão *colocar a doença entre parênteses* é atribuída a Basaglia, significa a suspensão do conceito e implica na possibilidade de novos contatos empíricos com o fenômeno em questão. Para o autor, a psiquiatria colocou o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença como fenômeno da natureza. Assim, Basaglia propõe uma inversão, isto é, colocar a doença entre parênteses para tornar-se possível lidar com o sujeito e não com a doença.

Amarante (2003) chama a atenção para o fato de a atitude epistemológica de colocar a doença entre parênteses não significa a negação da doença no sentido do não se reconhecer que experiências de sofrimento ou diversidade fazem parte da realidade concreta da saúde mental. Nas palavras do autor:

não significa a recusa em aceitar que exista uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar. Significa, isto sim, a recusa a explicação da psiquiatria, para dar conta daquela experiência, como se esta pudesse ser explicada pelo simples fato de ser nomeada como doença. A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia social e política da exclusão, e a ruptura epistemológica com o saber da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para objetivar conhecer a subjetividade (AMARANTE, 2003, p. 56).

A dimensão sociocultural expressa o objetivo maior da Reforma Psiquiátrica, haja vista que pretende transformar o *lugar social* da loucura no imaginário social, transformando as relações entre a sociedade e a loucura. Muito do imaginário social é decorrente da ideologia psiquiátrica que tornou senso comum a relação da loucura à incapacidade do sujeito de estabelecer trocas sociais e simbólicas (AMARANTE, 2003, p. 53).

Para tanto se têm estimulado uma série de práticas sociais visando transformar o imaginário social relacionado a loucura, a doença mental e a anormalidade. Está em processo de mudança a imagem da loucura e do louco, a imagem da instituição e a da relação dos usuários e a população com ela. A intencionalidade passa pela construção de uma imagem das instituições de atendimento como espaços abertos de circulação e pólos de exercício estético, e uma imagem do “louco” como cidadão que deve almejar poder de contratualidade social (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 33).

Pensar a Reforma Psiquiátrica como um processo complexo implica desconstruir, superar conceitos; pensar, refletir sobre as ações no campo da saúde mental e os efeitos de

suas práticas; criar, construir novas práticas e produzir outros saberes. Trata-se, portanto, de um processo contínuo em que os verbos transformar, produzir, desconstruir, desmontar, emancipar, reconstruir devem estar no cotidiano do fazer em saúde mental.

2.1 O Modo Psicossocial

A elaboração das práticas do modo psicossocial é tributária de diferentes movimentos sociais científicos e vários campos teóricos. Sob esse aspecto, Abílio da Costa-Rosa (2000; 2003), busca especificar elementos básicos do novo paradigma traçando um paralelo de análise entre as práticas constitutivas do modo asilar e aquelas exigidas ao modo psicossocial⁷.

As principais características do modo asilar são: ênfase na consideração de determinantes orgânicos nos problemas que se pretende tratar, o que implica que o seu meio básico seja medicamentoso; pouca ou nenhuma consideração da existência do sujeito, o que implica que não se insista na sua mobilização como participante do tratamento. O indivíduo continua sendo visto como doente, tanto em relação à família quanto em um contexto social mais amplo. Daí decorre que a intervenção seja quase exclusivamente centrada nele. As aproximações da família, quando ocorrem, costumam ter caráter apenas pedagógico e assistencial. Dessa consideração do indivíduo como centro do problema, entre outros fatores, decorre também seu isolamento em relação ao meio familiar e social.

Ainda, com relação as práticas assistenciais, no modo asilar, o trabalho é realizado sem que os profissionais se encontrem para conversar sobre a atividade comum. O prontuário é considerado o elo de interconexão entre os profissionais da equipe. Mesmo no caso em que o meio é multiprofissional, a determinação fundamental dos problemas continua, na prática, sendo biológica. Portanto, a eficácia do tratamento espera-se que venha da química. Sua instituição típica continua sendo o hospital psiquiátrico fechado,

⁷ O autor observa que esta análise tem uma dimensão histórica, na medida que inclui uma consideração dos avanços que tem ocorrido nas práticas concretas até o presente; e outra dimensão lógica, visto que decorre da dedução realizada, através do método de análise, das características imprescindíveis a um determinado dispositivo para que ele configure uma lógica contraditória com a dos dispositivos que pretende superar e substituir (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.36).

ainda que nas últimas décadas esse venha sendo alvo de reformas democratizantes, intermitentes e esteja acompanhado de dispositivos chamados extra-asilares.

No modo psicossocial a concepção do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos sustentados para lidar com esse processo requer a desinstitucionalização do paradigma “doença-cura” e sua substituição pelo “existência-sofrimento”, conjuntamente com a configuração de práticas de trabalho transdisciplinares.

Destacam-se como principais exigências ao modo psicossocial: a determinação e consistência psíquica e sociocultural dos problemas, e não orgânica; a desospitalização e a desmedicalização, o que significa desconsiderar a medicação como resposta única ou preponderante e a priori; o exercício da “clínica da escuta e da criação de si”, e não a clínica da observação e da retomada do estado anterior às crises; a horizontalização das relações intrainstitucionais; a participação dos usuários e da população em forma de autogestão e co-gestão; o livre trânsito dos usuários e da população; a ética do reposicionamento do sujeito, que significa reconhecer a implicação subjetiva como forma de singularização e não supressão sintomática.

Os dispositivos institucionais típicos do modo psicossocial são os centros e núcleos de atenção psicossocial, o Hospital-Dia, ambulatórios de saúde mental; equipes multiprofissionais de saúde mental, inseridas em Centros de Saúde; setores para tratamento em saúde mental, inseridos em hospitais gerais. Seus meios básicos de tratamento são a psicoterapia, a laboterapia, as socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural, além da medicação.

É decisiva a importância que se atribui ao sujeito, daí que se insista de maneira fundamental na sua mobilização como participante principal do tratamento. Não se deixa de considerar, por isso, a sua dimensão de indivíduo (orgânico e sócio-cultural). Dá-se ênfase à consideração da pertinência do indivíduo a um grupo familiar e social. Supõe-se que se deve trabalhar também a família e o grupo social como agentes das mudanças buscadas.

Da consideração de que não é o indivíduo o único problemático, sugere-se que se inclua no tratamento também a família e eventualmente um grupo mais ampliado. As formas de participação da família e do grupo ampliado no tratamento são várias e superam, em muito, as posturas assistencial e orientadora, características do modo asilar. As associações de usuários e familiares criadas no modo psicossocial são reflexos dessa nova postura em relação aos usuários.

No modo psicossocial, espera-se que as diferentes possibilidades de ação se estendam desde a continência do indivíduo, durante a crise, até o reconhecimento da implicação familiar e social nos mesmos problemas. Espera-se, portanto, que tanto uns quanto outros possam assumir a parte de seu compromisso na atenção e no apoio. Além disso, dá-se acentuada ênfase à reinserção social do indivíduo, sem perder de vista que, muitas vezes, não é a problemática com a qual ele chegou a responsável pela sua saída da circulação sociocultural.

Quanto às formas de organização institucional, no modo asilar estas são marcadas por estratificações de poder e saber no âmbito do pessoal da instituição, que se transladam para a relação com os usuários e a população, os quais estão excluídos de qualquer participação que não seja a do objeto inerte e o mundo. Já os dispositivos do modo psicossocial tem suas práticas fundamentadas na lógica da Psicoterapia Institucional e da Comunidade Terapêutica e, geralmente, estas são instrumentadas por meio de assembleias de usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental. Participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais no modo psicossocial, por oposição à estratificação e interdição institucionais à heterogestão e à disciplina das especialidades que dominam no modo asilar.

Neste sentido, o autor propõe designar a Atenção Psicossocial como paradigma do modo psicossocial, em oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar.

2.1.2 Atenção Psicossocial

O termo Atenção, no contexto da Reforma Psiquiátrica, assume o conceito de “dar e prestar atenção, acolher, receber com atenção, tomar em consideração, levar em conta e escutar atentamente”. Designa uma parte fundamental do contorno que se pretende imprimir às ações de Atenção Psicossocial nas práticas em saúde mental. Expressa certos princípios relativos, sobretudo, à forma das relações dos agentes institucionais e das próprias instituições como dispositivos, com os sujeitos usuários e suas demandas (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 22).

Já o conceito Psicossocial designa as práticas em Saúde Mental Coletiva que se inscrevem como transição paradigmática da psiquiatria; enquanto que o termo psicossocial

agrega ao 'objeto' das práticas em saúde mental aspectos psíquicos e sociais, e tem a função de designar experiências reformadoras em sentido amplo (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 19).

Segundo o autor, ao somatizar aspectos sociais e psíquicos aos aspectos biológicos do paradigma e do objeto da psiquiatria a Atenção Psicossocial vai promover transformações nas concepções do objeto, nos modos de conceber e estruturar a instituição como dispositivo e, sobretudo, na forma de conceber e estruturar as relações terapêuticas, que tem, por sua vez, implicações éticas radicalmente distintas das práticas asilares.

A Atenção Psicossocial subentende ações diferenciadas das contidas no paradigma asilar e psiquiátrico. Na definição de Costa-Rosa Luzio e Yasui (2003, pp. 34-36):

a Atenção Psicossocial parece configurar um campo capaz de congrega e nomear todo o conjunto das práticas substitutivas ao Modo Asilar, conservando ao mesmo tempo a abertura necessária para a inclusão das inovações que ainda estão se processando e para outras que certamente virão. [...] As práticas de Atenção Psicossocial representam a sedimentação de um vasto conjunto de variações teórico-técnicas e éticas, mais ou menos radicais, conforme o caso, em relação às práticas vigentes e dominantes, que estão no lugar estrutural de sua alteridade necessária.

Os autores argumentam que a Atenção Psicossocial tem sustentado um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas norteadas pela aspiração de substituírem o modo asilar, e algumas vezes o próprio paradigma da psiquiatria. As ações na esfera político-ideológica trabalham em sintonia com os movimentos sociais que lutam pelo resgate da dignidade humana e dos direitos individuais e coletivos de cidadania. As ações teórico-técnicas referem-se à produção de novas formas de intervenção que possibilitem a construção de novos dispositivos que trabalhem pela transformação radical dos modelos institucionalizados e da ética em que se pautam.

Atenção Psicossocial, entendida como paradigma do modo psicossocial, designa concepções contrárias ao modo asilar. Quando referida as políticas públicas de saúde mental aspira a inclusão de aspectos políticos, econômicos, sociais, culturais e outros relacionados com ações que visam a construção de práticas de emancipação para a cidadania. Neste trabalho, se refere ao modelo de atenção em saúde mental que deve nortear as práticas dos serviços substitutivos, especificamente, a dos centros de atenção psicossocial.

Dessa forma, a complexidade e amplitude das práticas de Atenção Psicossocial inclui como seus componentes necessários, os conceitos e as práticas englobadas na desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, a partir de uma perspectiva baseada no aumento da contratualidade social dos usuários das instituições.

2.2 Desinstitucionalização

A desinstitucionalização tem sua origem nas experiências desenvolvidas por Franco Rotelli (1990), na Psiquiatria Democrática italiana. Segundo o autor, o primeiro passo da desinstitucionalização consiste em desmontar a relação problema-solução, renunciando a busca da solução racional (tendencialmente ótima) que no caso da psiquiatria é a normalidade plenamente restabelecida.

“O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de “cura” mas no projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente” (ROTELLI, 1990, p.30). Neste sentido, trata-se de um processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito doente. A desinstitucionalização traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação na qual exista reciprocidade entre sujeitos - uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade.

Nas palavras do autor,

A desinstitucionalização é, sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. [...] Depois de ter descartado a ‘solução-cura’ se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento (ROTELLI, 1990, p.33).

Em sua origem, os pressupostos da desinstitucionalização encaminham-se no sentido da restituição da subjetividade do indivíduo, possibilitando-lhes a recuperação de sua contratualidade, isto é, da posse de recursos para trocas sociais e, por conseguinte, para a cidadania social. Contudo, alguns estudos sobre as mudanças operadas na assistência no

âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira apontam para a compreensão da desinstitucionalização como desospitalização⁸.

Segundo Spricigo (2001), a desinstitucionalização, não correlata da desospitalização, torna-se a um só tempo, processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito adoecido. Traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação em que exista reciprocidade entre sujeitos, uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade. Isso gera a necessidade de invenção de novas modalidades de mediação, não somente médicas, mas principalmente políticas, sociais e culturais.

Sobre esta questão, Amarante (1995b) enfatiza que a mudança desejada na assistência em saúde mental não corresponde simplesmente ao fechamento de hospitais psiquiátricos e o conseqüente abandono das pessoas em suas famílias ou nas ruas, nem no fechamento de leitos para reduzir custos, no sentido do neoliberalismo ou no sentido do enxugamento do Estado. Segundo o autor,

desinstitucionalização não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativo. Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social (AMARANTE, 1995b, p. 491-494).

⁸ Ver SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Série Teses em Enfermagem, n° 42)

Neste sentido, a proposta da desinstitucionalização está centrada em uma mudança completa do paradigma de saber em saúde mental e, do ponto de vista assistencial, na constatação de que o hospital psiquiátrico tradicional é antiterapêutico. Assim, a estratégia de conversão do sistema de cuidado deve partir da substituição do hospital psiquiátrico por um amplo rol de serviços abertos e comunitários, capazes de assistir o usuário desde a crise aguda até às necessidades mais amplas de caráter social. Nestes novos serviços, a reabilitação psicossocial vem se configurando como um lineamento para o desenvolvimento de programas, eticamente responsáveis, no sentido de dar conta da totalidade das demandas que os problemas mentais severos e persistentes requerem.

2.3 Reabilitação psicossocial

Na definição da Organização Mundial de Saúde (1987 apud PITTA, 2001) reabilitação psicossocial é o conjunto de atividade capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários.

Segundo Pitta (2001), a reabilitação psicossocial, no seu sentido instrumental, é representada por um conjunto de meios (programas e serviços) que são desenvolvidos para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes, ou seja, um processo para facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. Tal processo enfatiza as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo e a cada situação de modo personalizado.

Para Saraceno (2001), a reabilitação psicossocial prevê um processo de restituição e reconstrução de direitos políticos legais e sociais para o cidadão. Para tal, projetos de ressocialização devem promover o reconhecimento do portador de transtorno mental.

Para Kinoshita (2001), reabilitar é reconstruir valores, aumentar o poder contratual, criar condições de possibilidade para que um paciente possa, de alguma

maneira, participar do processo de trocas sociais, produzir dispositivos que, desde uma situação de desvalor quase absoluto (pressuposto), possa passar por experimentações, mediações que busquem adjudicar valores aptos para o intercâmbio, ou seja, modificar o pressuposto de desvalor natural para um pressuposto de valor possível proposto, explícito.

O autor considera que reabilitar pode ser entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia. Sendo que, a contratualidade do usuário vai estar, primeiramente, determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Se estes podem usar de seu poder para aumentar o poder do usuário ou não. Depois pela capacidade de se elaborar projetos, isto é, ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida.

Ainda, diretamente ligada a questão da reabilitação de pacientes está a necessidade de se estabelecerem diversificadas redes de relações, as quais melhor capacitariam os indivíduos a compreenderem quais determinações influenciam sua vida cotidiana, ampliando sua autonomia.

O conceito de autonomia aqui referenciado é entendido como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001).

3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Apresentamos, a seguir, os resultados e as análises da pesquisa realizada, a partir dos eixos que nortearam a coleta dos dados e das informações: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde.

3.1 Estrutura e recursos financeiros

O conjunto de serviços substitutivos ao modelo de atenção em saúde mental tradicional (manicomial/asilar), do qual os centros de atenção psicossocial fazem parte, é, atualmente, regulamentado pela Portaria GM/MS N° 336/2002. Esta portaria estabelece portes diferenciados, a partir de critérios populacionais, para abrangência, financiamento e tipo de serviço prestado, de acordo com cada modalidade de CAPS.

Com relação a estrutura física, os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender a sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado. Para tanto, devem estar equipados com consultórios individuais para consultas, entrevistas, terapias, salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitório, sanitários, área externa para oficinas, recreação e esportes (BRASIL, 2004).

Neste aspecto, O CAPS Ponta do Coral tem uma estrutura que compreende um terreno com área física total aproximada de 1.936,00m², destes, aproximadamente 421m² são de área construída. Fazem parte das instalações, uma casa com dois pavimentos, um anexo, utilizado como sala do brechó, área de lazer e estar externa, e estacionamento. O pavimento superior da casa comporta 2 varandas, sala de recepção, sala de espera, 2 áreas de circulação (corredores), sala de administração, 2 consultórios, sendo que no momento um é utilizado como sala administrativa para realização de procedimentos relacionados ao preenchimento das APACs⁹, 2 salas para atividades grupais com WC, sala de depósito de

⁹ Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo.

material, cozinha com despensa, refeitório com churrasqueira, sala ampla (auditório) equipada com multimídia, sala de enfermagem, sala de repouso, e 7 banheiros distribuídos no espaço físico do pavimento superior. No pavimento inferior encontra-se a sala utilizada pela associação de usuários, 2 salas para a realização de oficinas (com passagem de uma para outra), sala com forno, sala de depósito de material e lavanderia¹⁰.

De acordo a pesquisa realizada, 83,3% dos profissionais considera a área física do CAPS suficiente para o atendimento da demanda e 66,7% consideram as instalações adequadas para a realização das atividades propostas; apenas um profissional observou que considera a estrutura do CAPS suficiente desde que as oficinas produtivas sejam realizadas fora da unidade. A mesma porcentagem (66,7%) considera os equipamentos disponíveis suficientes. Neste âmbito, o serviço conta com computador com impressora, aparelho de telefone e fone/faz, televisão, mesas de escritório, cadeiras, quadro branco, maca para atendimento em enfermagem, camas de repouso, fogão industrial, pia, mesas e bancos no refeitório, bancos para estar e descanso, entre outros. Metade dos profissionais respondeu que os equipamentos estão em bom estado de utilização, com ressalvas para salas com pouca ventilação no pavimento inferior.

Já com relação aos materiais de consumo, 91,7%, correspondente a onze dos doze profissionais que responderam ao formulário, consideram que os materiais de consumo não são suficientes. Eles se referem à falta e irregularidade no recebimento de materiais básicos à manutenção do serviço, tais como copo descartável para água, papel higiênico, e, principalmente, material específico para uso nas oficinas terapêuticas e de produtividade. Esta situação pode ser observada nas falas dos profissionais, que identificam as dificuldades no funcionamento do CAPS com relação a falta de recursos materiais e financeiros:

[...] essa falta de recursos é isso que eu te digo, desde a parte administrativa, nós precisamos de papel, carbono, copo pra tomar água, por exemplo, agora nós somos uma Unidade Local de Saúde que não tem copo descartável, já faz quase quinze dias, vinte dias, não tem copo descartável; falta água, aí nós temos que esperar, sendo que é um lugar que transita muitos usuários, eles tomam medicação e precisam tomar água, eles tomam muita água, e acaba não tendo água potável; por exemplo, teve época que faltou papel higiênico, em um serviço onde os usuários chegam fazem lanche, almoçam, fazem lanche da tarde, eles passam o dia aqui, então precisa ter uma estrutura mínima de atendimento (LÉLI, 4/4/2006).

¹⁰ Conforme Planta Baixa da unidade constante no projeto de reforma e ampliação executado em 2003/2004.

[...] a gente tem também o problema de fornecimento de material de consumo já há algum tempo, também desde que essa administração começou (Gestão Municipal e da Secretaria de Saúde), o fornecimento de material de consumo é interrompido, a gente fica sem tinta pra impressora, sem papel, sem papel higiênico...; tem diversos itens desses que são necessários, fazem parte do funcionamento do dia-a-dia do serviço (F, 12/4/2006).

[...] as oficinas terapêuticas e produtivas, requerem um material específico que precisa de dinheiro, e aqui, na política específica do município não tem uma regularização quanto ao repasse desse dinheiro [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

[...] a falta de agilidade no fornecimento das reservas para as oficinas, tudo isso resulta em um prejuízo para o trabalho; ficou quase uns dois meses a oficina fechada por falta de material, por exemplo [...] (P, 17/3/2006).

Outra dificuldade mencionada pelos profissionais no funcionamento do serviço é o vale transporte dos usuários:

[...] o funcionamento em geral fica prejudicado porque na medida em que falta vale transporte o usuário não vem, não consegue se deslocar para vir até aqui, aí interrompe aquele projeto terapêutico que havia sido feito com o usuário [...] (VIK, 24/3/2006).

[...] a questão, por exemplo, da dificuldade que a gente tem aqui: o transporte dos pacientes, a questão do passe, é muito irregular; então, isso reduz a nossa produtividade também, porque os pacientes acabam não vindo. Muitas vezes a gente não pode, por exemplo, contar com aquele paciente que veio para uma entrevista inicial porque ele não tem como estar vindo no curto prazo, então, acho que isso, a questão do custo que é o transporte em Florianópolis, também acaba afetando o nosso trabalho, então, nesse sentido, a falta de regularidade no passe [...] (P, 17/3/2006).

A partir dessa relação entre as diversas necessidades para o funcionamento do serviço é possível perceber que os profissionais assumem como princípio uma concepção de saúde ampliada, na qual não basta somente o atendimento terapêutico. Outros fatores estão interligados e contribuem para que a assistência efetivamente ocorra. Contudo, a concepção e prática setorializada das políticas sociais brasileiras provoca situações dessa natureza, na medida em que não se trabalha a inter-relação entre elas. Esta forma de setorialização das políticas sociais, no entanto, não é característica apenas da realidade brasileira, mas uma “modalidade do Estado burguês” que traduz as expressões da questão social mediante a tipificação das políticas sociais (NETTO, 1992).

Várias iniciativas têm buscado romper com esta perspectiva como a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), que reafirmou a necessidade de se garantir e melhorar o acesso aos bens e serviços da sociedade: prover trabalho, creches, profissionalização, educação, lazer, escolas, habitação, transporte, segurança pública, saneamento básico. Também, destacou ser fundamental enfatizar a questão do transporte urbano acessível aos usuários, a fim de que seja garantido o deslocamento entre os serviços de saúde e sua moradia (BRASIL, 2002a).

Na seqüência da pesquisa realizada, dois entrevistados referiram que a falta e as dificuldades no fornecimento dos recursos materiais necessários estão mais acentuadas na atual gestão administrativa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)¹¹. Foram relacionadas, ainda, como dificuldades, a falta de um carro disponível para o CAPS, a falta de terapeuta ocupacional, de outro médico psiquiatra e outros profissionais de nível médio (auxiliar administrativo, pessoa para limpeza). Outras questões listadas estão relacionadas aos recursos humanos e as necessidades de integração do serviço na política municipal de saúde. Os profissionais relatam a existência de dificuldades de interação da equipe, falta de capacitação, supervisão institucional, falta de apoio institucional, falta de efetivação de uma rede de saúde mental e/ou a existência de uma rede de atenção ainda incipiente, em processo de formação, falta de estrutura para atenção às urgências, dificuldades do gestor em compreender a lógica da saúde mental, salários incompatíveis com as funções.

Os problemas relatados pelos profissionais aparecem diretamente relacionados à insuficiência dos recursos financeiros de custeio do serviço. Todos os entrevistados referiram que os recursos gerados pelo serviço, através das APACs, não são suficientes para a realização das atividades do CAPS. Dentre as atividades prejudicadas, o trabalho nas oficinas foi apontado como o principal, conforme aparece na fala a seguir:

o que requer mais recursos, atualmente, são as oficinas produtivas, por exemplo, houve uma paralisação de muitas das oficinas quando faltou recurso. O recurso não é exatamente suficiente. Eu acho que os R\$ 500,00 por mês é um recurso pequeno [...] acho que o recurso poderia ser maior, pelas necessidades ele acaba sendo reduzido, não é uma coisa que você possa comprar a vontade, assim, é limitado, muitas vezes, a oficina tira de uma pra passar pra outra (P, 17/3/2006).

¹¹ Gestão Municipal 2004/2008; a Gestão da Secretaria de Saúde referida é a de 2004 a abril de 2006 que teve como gestor o vereador Walter da Luz; à época da coleta dos dados empíricos houve mudança do gestor municipal de saúde, assumindo o cargo o ex-secretário estadual de saúde João José Cândido da Silva.

Um dos profissionais apontou como principal atividade prejudicada pela falta de recursos financeiros a questão do território. Segundo este, a falta de recursos interfere no atendimento prestado, no sentido de que não é possível realizar o acompanhamento, a inclusão e avaliação do usuário em seu território. De acordo com este profissional,

o dinheiro do CAPS pode ser melhor gerido se investir no território. Investir no território seria elaborar projetos, ter mais articulação com a associação de moradores, ou seja, com os recursos que o território oferece, e aí precisa aumentar a própria equipe porque vai ter equipes que vão ter que se deslocar do CAPS; vai ter que ter investimento em carro, daí vai ter que ter um motorista, os próprios agentes comunitários tem que ter essa parceria, isso tudo implica em financiamento. [...] como eu sempre digo, território é onde a vida acontece, onde a cultura é produzida, onde as manifestações de vida, elas estão mais visíveis [...], mas investir lá no território, a equipe tem que estar inserida lá, estar toda hora pensando e discutindo [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

De acordo com as recomendações da política do Ministério da Saúde, as ações de saúde mental devem obedecer a um modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas. São ações que envolvem práticas de reabilitação psicossocial, promoção da cidadania, construção da autonomia possível dos usuários no ambiente em que eles vivem, e que necessitam de uma equipe multidisciplinar capaz de trabalhar sobre a ótica da interdisciplinaridade (BRASIL, 2004).

Necessariamente, a mudança de um modelo assistencial requer a análise de sua estrutura de financiamento. Isso significa que as características singulares e diferentes dos CAPS, em relação aos modelos tradicionais de assistenciais, e a complexidade das ações desenvolvidas por estes serviços necessita vir acompanhada de uma mudança na lógica de alocação de recursos financeiros.

Atualmente, o principal órgão financiador dos CAPS é o Ministério da Saúde (MS). Com a publicação da Portaria GM/MS nº 336/2002 os CAPS passam a fazer parte das ações estratégicas do MS. Esses serviços são incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e a remuneração é através do sistema APAC/SIA¹². Baseado na fatura que o prestador de serviços de saúde apresenta ao SUS, correspondente aos seus gastos

¹² A Portaria GM/MS nº 336/2002 descreve os procedimentos objeto de remuneração, classificando-os em intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Para essas três modalidades de atendimento, a Portaria GM/MS nº 189/2002 fixou o número máximo de atendimentos mensais para cada modalidade, de acordo com cada tipo de CAPS, sendo que para cada tipo de procedimento é destinado um valor diferenciado. Nos CAPS II, um procedimento intensivo custa R\$ 25,40; um semi-intensivo, R\$ 16,30; e um não-intensivo, R\$ 14,85 (BRASIL, 2002).

mensais com a produção de atendimentos aos usuários dos CAPS, o Ministério da Saúde repassa, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, o montante equivalente à sua produção. A inovação introduzida por este modelo de pagamento refere-se à fonte de financiamento, ou seja, ao acréscimo de recursos financeiros repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estadual e Municipal de Saúde (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, pp.129-132).

Sobre este aspecto, perguntamos aos entrevistados qual conhecimento possuem sobre o repasse dos recursos financeiros para o CAPS. Na sua maioria, eles referiram saber sobre os recursos originados a partir das APACs, contudo, relataram não saber sobre o controle do uso desse recurso, conforme expresso nas falas relacionadas:

[...] tem o valor, o montante desse valor que é produzido dos atendimentos pagos pelo Ministério (MS), então, tem isso mensal, a gente tem o valor que chegou, somou, vamos dizer assim, esse montante que a gente somou dos atendimentos feitos no mês, isso a gente sabe, porque as APACs são geradas aqui no CAPS, mas o repasse disso via Fundo Municipal, esse controle eu não sei, eu sei do valor que tem que receber mensalmente (VIK, 24/3/2006).

Bom, formalmente, eu desconheço qualquer..., todas as formas de recursos. O dinheiro da produtividade referente as APACs vai para o Fundo Municipal de Saúde e nunca teve prestação de contas disso. Na verdade a gente não sabe qual é o destino que é dado nem quanto vem; tem o nosso levantamento interno da produtividade, mas não sabemos o que é feito desse recurso (F, 12/4/2006).

Alguns profissionais referiram-se ao fato de o município não ter gestão plena do SUS,

Bom, eu tenho algum, pouco do que é repassado, a gente sabe o que foi recolhido, por exemplo, através das APACs, que são os atendimentos feitos aqui, então eu sei quantos atendimentos foram, qual seria o valor que essas APACs dariam, mas eu não sei qual o valor que a gente acaba recebendo, que fica num fundo perdido, no sentido de que é um fundo único por não ser gestão plena (J, 22/3/2006).

O conhecimento que eu possuo é muito irregular e insatisfatório, assim, a relação APAC, por exemplo, o repasse do dinheiro que viria do Ministério da Saúde a gente acaba..., nós não somos gestão plena então vai pra secretaria (municipal) de saúde e ali é passado pra compra de alimento..., enfim, mas nós não temos autonomia sobre esse dinheiro, então, uma vez que você não tem autonomia o teu conhecimento fica restrito. Está na mão da secretaria mesmo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais discorreu detalhadamente sobre a forma como os recursos são gerados e repassados à unidade gestora (SMS), referindo-se que todas as diretrizes sobre financiamento do serviço são preconizadas pelo Ministério da Saúde através de portarias.

Os recursos financeiros do CAPS são obtidos através de APACs, Autorização de Procedimento de Alto Custo; pra se preencher uma APAC é necessário que haja uma organização do serviço em cima de modalidades de atendimento; as modalidades de atendimento podem ser: semi-intensivo, intensivo e não-intensivo, cada um tem um determinado valor em relação a esse procedimento, ou seja, todas as diretrizes em relação a financiamento, o Ministério preconiza isso em portaria, então, os conhecimentos que eu possuo em relação aos recursos financeiros do Caps são os conhecimentos que já estão preconizados em relação ao Ministério da Saúde; essa APAC uma vez preenchida ela é computada, ela é repassada pro governo federal e este repassa o dinheiro fundo a fundo; esse dinheiro vem pro Fundo Municipal de Saúde, e é esse dinheiro que é aplicado na saúde mental pra ter a gestão do serviço [...] aqui acontece da seguinte forma: cada gestor municipal, como a política é municipalizada, eles criam um protocolo, nesse protocolo eles colocam de que forma esse dinheiro pode ser gastado na saúde mental; então, existe um documento no município dizendo, olha na saúde mental você pode gastar tanto com a associação de usuários, tanto pra comprar materiais, tanto pra gastar em vale transporte; então, existe um protocolo dizendo no que você pode gastar esse dinheiro que vem na saúde mental; é um dinheiro que vem do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde; esse dinheiro cai nessa conta e ali existe um acordo de como se gastar; esse dinheiro é manejado pelo gestor municipal de saúde (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme apontam Freire, Ugá e Amarante (2005, pp. 131-133), o modelo de alocação de recursos dos CAPS (sistema de remuneração por APAC) trás contribuições à política nacional de saúde mental ao inserir os CAPS no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) do MS, pois proporciona maiores incentivos financeiros, haja vista a alocação de recursos municipais extra-teto para a manutenção de serviços já existentes e a implantação de novos serviços.

Contudo, os mesmos autores ressaltam que há de se perceber que a lógica da remuneração que o SUS imprime aos CAPS vincula-se, preponderantemente, à doença. Ou seja, as unidades assistenciais do SUS seguem um sistema de remuneração vinculado a um diagnóstico, mais especificamente, a um episódio de doença, internação, contidos na tabela de procedimentos hospitalares (SIH/SUS) ou a ações ambulatoriais, inscritas na tabela de procedimentos ambulatoriais (SIA/SUS). Desta forma, “o sistema de saúde encontra-se, em sua quase totalidade, voltado para a produção de atos vinculados a doença, isto é, atos

curativos, valorizando, em conseqüência, intervenções predominantemente individuais, que são remuneradas pela venda de procedimentos, diárias e atos médicos-assistenciais de natureza privatizante” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p 133).

Amarante (2003, pp. 62-63) considera que os CAPS, como os serviços integrantes do SUS, também foram capturados pela lógica da *inampização*, ou seja, pela lógica do pagamento por procedimento. Para o autor, “o modelo prevalente dos CAPS é o herdeiro mais autêntico e legítimo da lógica do antigo INAMPS, onde a saúde era reduzida a doença, ao mesmo tempo em que o sistema de saúde era reduzido a assistência médico-curativa”.

Portanto, o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. Pelo contrário, tente a prejudicar a complexidade de ações dos CAPS, na medida em que não é previsto financiamento das diversas relações que podem ser estabelecidas com a comunidade, com as lideranças e associações comunitárias. Tais ações, dentre muitas outras possibilidades de intervenção territorial, “são inerentes a esse tipo de serviço e objetivariam imprimir um processo de transformação cultural nos diversos segmentos da sociedade, no lidar e no acolhimento das pessoas em sofrimento mental” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 135).

Sobre a forma de repasse dos recursos financeiros ao CAPS, os profissionais entrevistados relataram não existir descentralização administrativa. Os recursos chegam ao serviço na forma de materiais. Alguns profissionais observaram que até a gestão administrativa da secretaria municipal de saúde anterior eles tinham acesso a uma verba de R\$ 500,00 que utilizavam na compra de material para as oficinas. A partir da atual gestão esse dinheiro não foi mais repassado. A compra do material passou a ser feita através de orçamento encaminhado à secretaria, que faz o pagamento, e os profissionais retiram os materiais.

Não, a gente não tem acesso a esse recurso diretamente, a gente não é uma unidade que gere o seu recurso; ele vai pra secretaria e a secretaria... por exemplo: toda a compra de... o pagamento dos almoços, lanches, etc.. é a secretaria que faz; a gente não tem autonomia; o único recurso que a gente manuseia são os R\$ 500,00, que vem para as oficinas; isso é dividido, as Oficinas fazem um rateio, cada oficina compra o seu material, mas até parece..., da última compra fui eu que comprei, ela (SMS de Florianópolis) determinou, já colocou a empresa que vai fornecer; não sei se foi mediante licitação, já fez o pagamento direto, a gente só foi lá escolher e pegar os produtos que tinham sido

solicitados; então..., de outras vezes, por exemplo, a gente pegava o cheque ia lá comprava, pagava naquele valor, agora isso não foi feito dessa forma (P, 17/3/2006).

Desde que começou essa administração (Gestão Municipal 2004-2008) acabou esse repasse; então atualmente a única vez que a gente conseguiu material pras oficinas foi através de empenho que a própria secretaria fez..., então, permanece centralizado, a única coisa que a gente teve que fazer foi ir nas lojas fazer orçamento, passar pra secretaria, a secretaria emitiu as notas, e aí a gente foi buscar o material com essas notas, mas não com o dinheiro (F, 12/4/2006).

Não, não existe, porque, na gestão passada (Gestão Municipal 2000-2004) ainda vinha uma verba de dois em dois meses, tipo quinhentos reais pra compra de material pra oficinas; nós comprávamos, apresentávamos as notas e depois eles colocavam o dinheiro; nessa gestão (Gestão Municipal 2004-2008; Gestão da Secretaria de Saúde de 2004 até abril de 2006) não existe nada, então, a pergunta se existe descentralização administrativa dos recursos financeiros, não, não existe (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais referiu-se a descentralização não apenas como repasse de recursos financeiros e funções administrativas, mas como compartilhamento de poder na gestão do serviço.

Essa descentralização, eu estou entendendo como um compartilhamento de poder; não existe esse compartilhamento de poder na hora de gerir os recursos, assim, o CAPS possui CNPJ, mas ele não possui uma conta específica pra vir dinheiro pro CAPS, não existe isso, existe esse acordo que eu te falei, que vem do fundo a fundo e esse dinheiro vai pra saúde mental e o CAPS tem uma vertente pro CAPS, o dinheiro não é só pro CAPS, ela vai pra saúde mental, e aí o CAPS acaba utilizando esse dinheiro, então, quando pergunta sobre a descentralização eu faço a avaliação de que é o compartilhamento de poder, então, não tem isso, é o gestor que acaba se apoderando desse sistema de financeiro, a gente não interfere (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ao considerarmos a questão da descentralização político-administrativa dos recursos financeiros, temos a intenção de destacar que a transferência desta prática às unidades prestadoras de serviços em saúde nos municípios poderia estar favorecendo uma melhor utilização e adequação dos recursos às necessidades reais do serviço, bem como possibilitar maior agilidade na compra dos materiais e viabilizar um processo de gestão democrática e participativa, entre técnicos trabalhadores, usuários e gestores. Essa prática traduz-se, por sua vez, em um exercício político-pedagógico de construção da democracia, objetivando uma atuação com transparência na administração da coisa pública.

Quando questionados sobre se a descentralização financeira dos recursos possibilitaria o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, os

profissionais, na sua maioria, disseram que sim, com algumas ressalvas feitas para a necessidade de mudanças na forma de gestão administrativa do serviço, conforme expresso nas falas que seguem:

Sem dúvida, sim sem dúvida, isso é um equívoco assim porque..., justamente porque a gente não sabe qual é o destino dado a esse dinheiro. A gente acredita que se a gente tivesse mais transparência nesse processo a gente poderia pelo menos priorizar certas coisas que são de fato importante e garantir que elas fossem..., que a gente conseguisse obter essas coisas, enfim, o investimento necessário (F, 12/4/2006).

A melhor utilização sim acho que o planejamento teria que ser anterior, mas sim, acredito que utilizar no sentido até..., porque muitas vezes, como vai para esse Fundo que é pra todos, pra toda a saúde, você acaba sem saber, igual agora, que a gente já tem o dinheiro da supervisão disponível na secretaria, mas não tem como a gente começar amanhã, embora o dinheiro já esteja lá., porquê? porque a gente não sabe como esse dinheiro vai sair e entrar na mão do terapeuta que vai fazer a supervisão da equipe e isso pode demorar um mês, dois meses, vai saber, seria melhor, claro (J, 22/3/2006).

Sim, com certeza, porque nos iríamos sentar e ver as necessidades, por exemplo, esse ano nós ficamos desde o ano passado até um mês atrás sem material nenhum pras oficinas e as oficinas que mais tinham, capitalizavam usuários e não tínhamos material, nós tivemos que suspender as oficinas; então nós sabemos das necessidades, as necessidades dos usuários, quais as oficinas tem mais usuários, pra gente pode administrar e vê onde pode estar investindo (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que sim porque ficaria mais próximo da própria administração do CAPS, porém, ia surgir a necessidade de ter todo um aparato administrativo pra poder gerenciar isso, mas assim, na medida que aqui no CAPS a gente tem uma gestão participativa, em que os usuários estão reunidos semanalmente pra pensar as regras do CAPS, as necessidades do CAPS, enfim, seria mais interessante talvez, esse repasse direto tu quer dizer, é... não sei assim, a princípio..., hoje a gente tem uma estrutura de conselho que prevê o controle social através do Fundo Municipal de Saúde, o Conselho Municipal tem essa ligação também, e aí a gente está lá também, de certa forma representado (VIK, 24/3/2006).

Olha, eu acho que teria que mudar um pouco a nossa dinâmica de funcionamento; não deixa de ter um lado...bom, é uma faca de dois gumes, poderia facilitar a gente fazer um processo mais rápido talvez, não faltaria coisa, porque as vezes faltam coisas básicas, agora, por exemplo, faltam copos, se você tivesse o recurso você ia ali e comprava uns pacotes de copos, não teria essa... essa falha; agora é saber que é mais uma tarefa também que acumularia em termos administrativos, financeiros, quer dizer, não sei se você não está ali também inchando o processo burocrático aqui dentro do CAPS; eu acho que pode ter vantagens, mas pode ter desvantagens; eu teria que pensar melhor, nunca pensei nessa possibilidade; assim, acho que o dinheiro da Oficina, puxa, se a gente tivesse aqui uma verba seria mais fácil, as vezes faltam coisas

pequenas que você não tem como estar repondo aqui, tem que esperar uma nova verba, de repente pra.... (P, 17/3/2006).

Um dos profissionais observou sobre as questões práticas e políticas que envolvem a descentralização no contexto do SUS:

Esse compartilhamento de poder ele só pode ser discutido dentro da lógica do SUS, universalização, integralização, etc., dentro dos preceitos do SUS tem o controle social, essa descentralização só pode ser discutida quando acontece o controle social. Hoje essa descentralização ela tem que ser discutida no Conselho Municipal de Saúde e mais precisamente no conselho gestor dentro do CAPS; agora, porque não ocorre isso? Porque não tem a clareza da necessidade; eu acredito que as pessoas que acabam estando na prática, principalmente no CAPS, se sobrecarregando com as coisas, e acabam não tendo a clareza, ou não querendo assumir mais um encargo trabalhista; então, esse é um dos grandes problemas que existe, a sobrecarga de trabalho, as condições de trabalho, aí você acaba tendo que lutar por tudo isso; isso aí eu vejo que tem muito a ver com a questão da militância, pessoas que já estão, lá na época ou do ensino médio, que já começam ir pros grêmios, depois a pessoa acaba indo pra militância no movimento estudantil, e quando vão pros serviços de saúde são profissionais mais críticos, que acabam tendo essa visão mais ampla da saúde e da política; então, as pessoas que acabam chegando no serviço com um pouco desse ideal de controle social eu diria, acabam questionando mais essa questão da descentralização; voltando a tua pergunta sobre a descentralização financeira, ela poderia sim possibilitar um melhor planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, se houver o controle social dentro dessa descentralização financeira (GIRASSOL, 20/3/2006).

Cabe destacar que a proposta da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, na regionalização e na hierarquização da rede de serviços, constante entre os princípios e diretrizes do SUS, coloca o município como lugar privilegiado para o desenvolvimento de uma política de financiamento das ações em saúde, com critérios transparentes, e que respeite as particularidades da realidade local. O Ministério da Saúde continua a ser a instância que, na administração do Fundo Nacional de Saúde (FNS), acompanha a aplicação dos recursos que são repassados aos estados e municípios. Estes, por sua vez, são obrigados a constituir os seus respectivos fundos de saúde e conselhos estaduais e municipais, elaborar planos de ação e apresentar relatórios de gestão, garantindo também a existência de contrapartida de recursos para a saúde nos seus orçamentos (COSTA, 2002).

Embora a descentralização seja uma prática com vistas a aumentar o poder decisório de aplicação dos recursos na esfera local, esta ainda apresenta muitos problemas, na medida que não consegue alcançar efetividade, dados os impasses de ordem burocrática e administrativa. Por si só a descentralização não garante maior controle social ou uma prática democrática. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada que abarque as especificidades da área da saúde mental.

Nesse sentido, a lógica fundamental da estrutura de financiamento exigida é a de que os recursos financeiros devem ser centrados nas pessoas e não nos serviços. O financiamento deve contemplar todas as ações necessárias e decorrentes da implantação, implementação e sustentação de uma nova política de saúde mental (BRASIL, 2002a). O que deve ser colocado em pauta é a viabilidade de se financiar o CAPS como um todo, envolvendo todas as suas ações e especificidades, permitindo-se que cada serviço tenha flexibilidade para realizar seu trabalho de acordo com as necessidades locais, desvinculando o financiamento da relação de compra e venda de serviços e da noção de doença (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 136).

3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico

Os profissionais que trabalham nos CAPS compõem um grupo de diferentes técnicos de formação de nível superior e nível médio, e integram uma equipe multidisciplinar. Todas as unidades de serviço devem obedecer a exigência da diversidade profissional e cada CAPS tem suas próprias características quanto ao tipo e a quantidade de profissionais. A equipe mínima indicada para os CAPS II é composta por médico psiquiatra, enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior de outras categorias profissionais entre psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro necessário ao projeto terapêutico e seis profissionais de nível médio entre técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).

O papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. As equipes devem organizar-se para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação

psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e poder equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas (BRASIL, 2004).

Neste item nos propomos a descrever e analisar a composição e perfil da equipe técnica do CAPS Ponta do Coral, bem como as dificuldades e facilidades do trabalho em equipe consideradas pelos profissionais, a existência de práticas interdisciplinares no atendimento ao usuário, de projeto terapêutico e planejamento das ações da unidade de serviço¹³. Ao final do item consideramos os apontamentos dos profissionais sobre as diferenças do atendimento prestado no CAPS em relação ao realizado nas instituições tradicionais/hospitais psiquiátricos.

3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental

O CAPS Ponta do Coral conta com uma equipe de profissionais multidisciplinar que atua diretamente no atendimento aos usuários. São profissionais com formação de nível superior nas áreas de psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Entre os de formação de nível médio estão dois técnicos em enfermagem e um auxiliar administrativo. Compõem a equipe, ainda, os profissionais de apoio, vigilantes e auxiliar de limpeza, e estagiários de psicologia, serviço social e enfermagem.

¹³ É importante destacar que o perfil bem como a opinião dos profissionais sobre o serviço varia, no decorrer do tempo histórico, de acordo com a composição da equipe naquele determinado momento. Outros trabalhos já realizados identificam o perfil da equipe, a percepção dos profissionais sobre o trabalho no CAPS, o significado e o processo de inserção no serviço, a concepção sobre o modelo assistencial e práticas de desinstitucionalização, em épocas anteriores. Entre estes ver: GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003; FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial** - percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004; NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental:** em busca da articulação e qualificação das ações em saúde. Monografia (Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Lato Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

A maioria dos técnicos de nível superior concluiu a graduação na década de 1980. Metade deles possui capacitação específica na área de saúde mental, em geral, cursos de formação e aperfeiçoamento, especialização em terapia cognitiva comportamental, saúde pública, clínica, psicoterapia, psicanálise, atenção psicossocial. Três profissionais possuem mestrado nas áreas de enfermagem, sociologia política, artes cênicas; um fez residência médica em psiquiatria e cursa mestrado na mesma área; uma profissional tem doutorado em sociologia política.

Mais da metade dos profissionais (58,3%) possuem experiências de atuação profissional em outras instituições da área de saúde mental como clínica de internação, hospital psiquiátrico, centro comunitário de saúde mental, serviços de atenção à dependentes químicos e centro de atenção psicossocial. A maioria (66,7%) atua na área de saúde mental a partir da segunda metade da década de 1990. Cinco profissionais identificaram ter experiência de atuação em outras instituições que não da área de saúde mental.

Com relação ao tempo de serviço no CAPS, quatro profissionais atuam desde a implantação do serviço, em 1996, três ingressaram na equipe entre os anos de 2001 e 2002, e quatro profissionais passaram a fazer parte da equipe recentemente, a partir de meados de 2004. Quanto ao tipo de vínculo empregatício, a maioria, 75% (9 profissionais), é servidor público concursado, dois são contrato temporário e um ingressou no serviço público municipal através de indicação técnica. Nove profissionais possuem regime de trabalho de 30 horas semanais e 3 deles trabalham 40 horas semanais.

Com relação a capacitação específica em saúde mental para atuar no CAPS, todos os entrevistados consideram esse quesito de grande importância. Entre as razões apresentadas estão: a necessidade de compreensão e entendimento comum do que é um CAPS e o entendimento do tipo de assistência que este serviço deve oferecer; a preocupação com a diferença no atendimento que o CAPS deve oferecer em relação aquele prestado em outros serviços de saúde mental; a necessidade da capacitação para suprir as defasagens da formação acadêmica, que, em geral, não abarca as especificidades do campo da saúde mental.

Na opinião dos entrevistados,

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS, não tem a qualificação pra atuar, então ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então é necessária a questão da capacitação... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ah sem dúvida, sem dúvida, principalmente porque o que a gente está propondo é uma reformulação no modo da assistência em saúde mental, então é preciso que quem venha trabalhar num CAPS entenda essa lógica, que não venha pra cá com a mesma mentalidade do que se faz no hospital psiquiátrico, do que se faz em ambulatório, é outra coisa também diferente da atenção básica, então o CAPS precisa disso, precisa que o profissional tenha essa.., esse tipo de orientação, esse tipo de compreensão da sua finalidade (F, 12/4/2006).

Muito, muito importante, justamente por isso que eu estou te falando, porque assim, o profissional que trabalha no campo psicossocial, de qualquer área, ele necessariamente precisa quebrar a prática estereotipada pra poder entrar num serviço como esse porque o assistente social de um CAPS ele não é aquele assistente social de um hospital psiquiátrico, ele muda, ele faz outras coisas, ele se coloca de outro jeito, assim também é o médico, assim também é o psicólogo, o enfermeiro, então, uma formação específica pra essa área é bastante adequado porque vai tratar especificamente das necessidades que se colocam no cotidiano (VIK, 24/3/2006).

Considero, considero sim. É interessante que cada um tenha um saber, que traga o seu saber pela sua formação, da sua prática, do seu bairro, da sua comunidade, mas trabalhar no CAPS não é trabalhar em ambulatório, trabalhar no CAPS é ter um conhecimento sim do que é uma Reforma Psiquiátrica, do que significa um CAPS num panorama hospitalocêntrico. É toda essa questão política que tem por trás, questão financeira também, que é um serviço que se propõem substituir sim progressivamente os hospitais. Em muitos lugares isso já é feito, já conseguem fazer internação zero, outros lugares não; então, uma abordagem no CAPS precisa sim ter capacitação (LÉLI, 4/4/2006).

Sim, até por que o que é o CAPS? O quê um CAPS deveria ser? Cada um tem a sua idéia do que é um CAPS, mas ela não é uma idéia homogênea, então a minha experiência do que é um CAPS em outros lugares, que eu já tive em outros lugares especificamente, é muito diferente do que eu chego aqui e encontro as pessoas falando o que é um CAPS. é claro que a capacitação para um CAPS, para o que é o trabalho em CAPS podia homogeneizar, pelo menos todo mundo iria estar falando a mesma língua (J, 22/3/2006).

Sobre este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005, p. 30), observam que “os profissionais de saúde mental são, ainda em grande parte, formados a partir da prática cotidiana que caracteriza a lógica manicomial”. Hospitais e clínicas psiquiátricas constituem-se ainda os espaços onde “são oferecidos treinamentos em serviço (sob a forma de estágios e residências) aos profissionais que irão, no futuro, tentar materializar a nova lógica dos serviços substitutivos”.

Os autores destacam que “do sucesso da forma de organização da produção e transmissão do conhecimento pode depender o sucesso da própria reforma psiquiátrica” (OLIVEIRA; DORNELES, 2005, p. 32). Neste sentido, é importante que seja colocado na

cena do debate o funcionamento das instituições de aprendizado profissional sob a ótica da reflexão sobre as práticas e não apenas sobre o discurso das propostas dos cursos de formação. Os centros de formação devem se programar, planejar e garantir aprendizado e treinamento supervisionado, em que se pratique e construa espaços de práticas genuinamente terapêutica.

Na mesma direção, um dos entrevistados expressou sua preocupação com relação a seleção dos profissionais que vão atuar no CAPS, argumentando que os resultados do trabalho também dependem desse aspecto.

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS não tem a qualificação pra atuar, então, ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então, é necessária a questão da capacitação [...]. o processo de inclusão do profissional na área da saúde mental hoje, como se dá? Ele se dá por indicação política, seleção por contrato temporário e por concurso público. A indicação política pode ofertar profissionais desqualificados, pode! O contrato temporário, se não tiver um rigor no perfil que se quer pra trabalhar em CAPS vai acontecer a mesma coisa, um profissional desqualificado, o concurso público a mesma coisa, se não tiver um perfil, se não tiver o que se gostaria realmente, qual profissional que você gostaria de estar atuando hoje no CAPS, então, enquanto não se superar a forma de inserção no trabalho do CAPS, enquanto não se superar a discussão da saúde mental nos currículos acadêmicos vai continuar sendo sempre necessária a questão da capacitação [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Com relação a formação das equipes técnicas para atuar nos CAPS, as indicações aprovadas na e pela III CNSM apontam para a necessidade de que a contratação de profissionais deva ser realizada exclusivamente por meio de concursos públicos, e em caso de urgência, através da CLT, mas com seleção pública. E, ainda, os concursos devem exigir os pré-requisitos necessários e adequados à proposta de trabalho em saúde mental, alinhada teórica e conceitualmente aos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2002a).

Assim, é necessário considerar, quando da seleção dos profissionais, o perfil para trabalhar junto ao portador de sofrimento psíquico, bem como a existência de uma dimensão subjetiva, humanizante, solidária e fraterna como componente fundamental do perfil dos trabalhadores em saúde mental. Nesta direção, uma das participantes da pesquisa destacou a questão da opção política por este tipo de trabalho, associada a necessidade de competência técnica para atuar na área.

Eu acho que a gente trabalha com situações que requerem um estudo permanente, formação permanente, [...] eu acho que este é um dos vícios da saúde pública. Muitas vezes se confunde um pouco o tratamento ético ou moralmente responsável com uma qualidade também técnica. Eu acho que as duas coisas têm que estar associadas, tem que ter uma empatia pela causa da saúde pública, que aí entra na questão ética, moral de cada um, valores que você tem quando você vem pra esse tipo de trabalho; muitas pessoas que vem pra saúde pública quase que tem uma vocação religiosa. Mas ao mesmo tempo você também tem que ter uma competência técnica; não basta você tratar bem o paciente, você acolher, você precisa saber como intervir dentro da linha de trabalho que cada um escolhe, isso é fundamental (P, 17/3/2006).

Os profissionais, na sua maioria, indicaram ter recebido capacitação para atuar no CAPS. Referiram-se, especificamente, a um treinamento/capacitação realizado em novembro de 2005, com duração aproximada de 20 horas, organizado pela Assessoria Técnica de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde¹⁴. Contudo, alguns observaram que foi um treinamento tipo encontro, de curta duração, com trocas de experiências, e que não chegou a ser muito significativo.

Com relação a política de saúde mental, a maioria dos profissionais (83,3%) afirmou ter no mínimo algum conhecimento de sua organização e diretrizes. Entre os entrevistados, todos consideram importante saber sobre os princípios, a estrutura e forma de organização da política de saúde mental para o trabalho do CAPS. Todos indicaram haver disponibilidade de material didático relativo a política na unidade de serviço.

Sim, precisa conhecer a política porque o atendimento está dentro dessa política, dessa lógica. (LÉLI, 4/4/2006).

Claro! é vital, pra poder planejar o seu trabalho, pra poder saber como é que a gente se liga com outros serviços, como é que a gente pode montar a rede, isso é fundamental porque o trabalho não se encerra aqui dentro, não pode ficar aqui dentro só, ele tem que poder justamente se expandir (F, 12/4/2006).

Sim é muito importante, até pra saber o que está acontecendo, o que pode ser feito, quais são os recursos disponíveis, o que precisa melhorar. Acredito que, fora a sua capacitação individual, eu acho que isso é uma outra premissa pra você iniciar no serviço [...] (J, 22/3/2006).

É importantíssimo conhecer, primeiro saber se ela existe, primeiro a pessoa tem que ter a curiosidade, tem que ter o desejo e a clareza de que é essencial ter os parâmetros ou diretrizes políticas de saúde mental pra

¹⁴ O município não tem o cargo de Coordenador de Saúde Mental. Em novembro de 2005 foi nomeada Assessora Técnica em Saúde Mental a enfermeira Lílian Pagliuca, que permanece na função até a data da presente pesquisa.

poder acompanhar, se orientar, e, segundo, conhecer sobre essa política (GIRASSOL, 20/3/2006).

Muito importante porque hoje a gente tem acesso a isso, aqui no CAPS a gente tem a legislação de saúde mental e pra gente poder entender porque, assim, a gente está na gestão da política também, por ser participativa, por estar junto nas decisões, então é preciso que a gente entenda, e tem muito detalhamento, são muitas portarias, o sistema de financiamento também é bastante complexo [...] (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que claro, porque a gente está dentro de um braço da política nacional de saúde; tanto pra você ter noção de qual é a perspectiva, em nome de que esse serviço está sendo mantido, também pra você poder avaliar a possibilidade desses ideais, dessas prerrogativas, que são pensadas a nível geral e nacional, serem realmente eficaz em termos práticos, porque muitas vezes você tem uma boa idéia, mas nem sempre uma boa idéia traz um bom resultado [...] (P, 17/3/2006).

Nesse sentido, a construção e consolidação de uma política de saúde mental, coerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o estabelecimento de uma política adequada de recursos humanos, que valorize e considere a importância do trabalhador de saúde mental na produção dos atos de cuidar. Para isso, deve-se garantir a capacitação e qualificação continuadas; a remuneração justa dos profissionais; a garantia de condições de trabalho e de planos de cargos, carreira e salários; a democratização das relações e das discussões em todos os níveis de gestão; a incorporação das questões de segurança, saúde e saúde mental do trabalhador; a garantia de supervisão clínica e institucional; a avaliação de desempenho e garantia da jornada de trabalho adequada para todos os profissionais de nível superior, bem como a isonomia salarial entre eles (BRASIL, 2002a).

3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário

De acordo com as indicações aprovadas na III CNSM, a política de recursos humanos para a saúde mental deve visar implantar, em todos os níveis de atenção, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, na perspectiva do rompimento dos especialismos e da construção de um novo trabalhador em saúde mental, atento e sensível

aos diversos aspectos do cuidado, ou seja, com uma visão integral e não fragmentada da saúde (BRASIL, 2002 a).

Segundo 83,3% dos profissionais o trabalho no CAPS Ponta do Coral é realizado em equipe. A maioria considera que existem dificuldades na realização das atividades. Uma delas está relacionada, conforme identificado por eles, ao fato de que nem todos compartilham das mesmas referências com relação à Reforma Psiquiátrica, à saúde pública e ao projeto do CAPS.

Bom, são várias, mas o que eu vejo de mais complicado é o fato de que nem toda a equipe compartilha das mesmas referências em relação ao que seja a Reforma Psiquiátrica, a função de um CAPS, as necessidades que o CAPS tem pra alcançar esses objetivos. Isso se deve em parte a diversidade da formação, e também às convicções pessoais. O problema não é a diversidade em termos da formação profissional em si, mas o modo, o fato de que você tem uma equipe multiprofissional por exemplo, isso gera alguma dificuldade na troca, na possibilidade de produzir um conhecimento novo a partir dessas experiências que são de diferentes disciplinas, diferentes áreas. Mas eu diria que é mais no sentido da Reforma Psiquiátrica mesmo, naquilo que ela aponta, então parece que esse é um problema a mais; outro que tem se tornado mais evidente pra mim ultimamente é a falta de formação de grande parte dos profissionais sobre o que seja saúde pública, boa parte deles não conhece o sistema de saúde pública, apesar de trabalhar num serviço de saúde pública, mas não conhece o sistema, não sabe a lógica, não sabe como é que ele funciona, então acaba tomando decisões muitas vezes administrativas que são equivocadas, que não levam em conta o modo de funcionamento da saúde pública (F, 12/4/2006).

Tem sim várias dificuldades, entre elas, existem diferenças de formação e, portanto, ideológicas. Alguns momentos a gente vê, assim, o CAPS tem um projeto de não internação, de autonomia do usuário, de gestão plena do usuário, e, as vezes, a equipe, algumas pessoas acabam esbarrando com isso. O entendimento disso é muito difícil também, as vezes é uma linha muito tênue entre o que é o assistencialismo, a autonomia, o que é dar o limite do ponto de vista terapêutico e o que é dar o limite porque você não quer se incomodar. Então, algumas pessoas não vêm de uma postura da Reforma Psiquiátrica, não sabe o que é uma Reforma Psiquiátrica, não tem uma noção, [...] é uma luta política também e algumas pessoas não sabem o que é [...] (LÉLI, 4/4/2006).

Em outras falas, foi apontada como uma das dificuldades do trabalho em equipe questões relacionadas a uma suposta divisão entre o grupo de técnicos.

A relação com a equipe tem uma certa peculiaridade, eu acho que as pessoas, a equipe que começou anteriormente, já desde a formação ou no começo do CAPS, eles se intitulam como a equipe do CAPS. Os que chegaram depois, em geral, não são bem acolhidos, ou são muito pouco,

tanto que as próprias atividades em equipe, em grupo, dificilmente, essas pessoas novas são incorporadas ao que já existe; então, acaba criando aí até a equipe da manhã, a equipe da tarde, mais ou menos, embora eu estou aqui todo o período, mas tem essa divisão... e eu acho que assim o ponto de partida é esse, a sensação é que quem não estava aqui desde o começo não fez parte da história (J, 22/3/2006).

A equipe que iniciou lá em 96 (1996) veio com algumas questões conceituais amarradas. Por quê? Porque a pessoa que estava pensando, planejando o CAPS ela vinha do Movimento da Luta Antimanicomial, era uma das representantes em nível nacional aqui em Floripa, Santa Catarina; então tinha algumas coisas amarradas na estrutura de atendimento do CAPS, que era muito pra poder implantar o sonho da Reforma Psiquiátrica aqui em Floripa, criar um serviço, do município, que de fato evitasse internação, que de fato fosse continente pros usuários com transtorno mental grave, e isso se mantém, porém, com a chegada dos técnicos que foram sendo substituídos, alguns saíram, técnicos novos entraram, a equipe de profissionais foi se modificando, a gente tem uma distância conceitual por mais que a gente pretende uma proposta multiprofissional, e a gente consegue, ao longo do tempo a gente conseguiu, é muito interessante o jeito como nós trabalhamos, porque de fato conseguimos trabalhar cada profissional lado a lado, dividindo o mesmo grupo, a mesma oficina terapêutica, então, assim, isso é possível, mas hoje, a gente, assim, tenta manter esse paradigma da Reforma Psiquiátrica, da desospitalização, do fortalecimento dos serviços territorializados, de um modelo que é um modelo multiprofissional, com a gestão participativa dos usuários, contra o modelo hospitalocêntrico, médico centrado, mas existem diferenças na questão conceitual da equipe, isso é falho, inclusive pra própria equipe (VIK, 24/3/2006).

A importância da unidade da equipe no atendimento ao usuário e na organização do trabalho recai sobre a qualidade do tratamento terapêutico ofertado. A mudança de paradigma epistemológico com relação a saúde mental não garante por si só a alteração das práticas assistenciais. Os conflitos e problemas de equipe existentes precisam ser trabalhados nas supervisões institucionais de forma que os técnicos consigam superar as dificuldades que obstaculizam a união do grupo em torno de um objetivo comum, sejam elas ideológicas, de formação, de concepção e/ou de afinidade com os colegas.

Um dos entrevistados apontou a questão das relações de poder e diferenças nos valores pessoais e nas relações interpessoais como dificuldades do trabalho em equipe.

Primeiro, a relação de poder, eu acho que é um grande problema, uma dificuldade que existe. Essa relação de poder, ela emana, que eu tenho percebido, da psicanálise, da teoria psicanalítica e da teoria psiquiátrica; então, os profissionais detentores desse conhecimento acabam, sutilmente, estabelecendo poder frente aos profissionais não-psi diria; essa relação de poder pelo saber é um dos problemas ou uma das dificuldades que eu encontro pra trabalhar em equipe no CAPS; outra

dificuldade, acho que é a própria experiência de vida das pessoas, aquelas pessoas em que parece que não estão claros os valores humanos como solidariedade, amor, justiça, sabedoria, a práxis, o repensar a prática, profissionais que não fazem a autocrítica da sua prática, pra mim, eu acho que é uma dificuldade trabalhar em equipe devido a isso; então, seria esse poder pela teoria e essa questão um pouco mais pessoal que é a relação de lidar com o outro, as relações interpessoais, são dificuldades que eu vejo em equipe (GIRASSOL, 20/3/2006).

A partir da fala profissional é possível pensar sobre as relações de poder que se estabelecem pelo saber. Conforme nos ensina Foucault (1979), os poderes se exercem em níveis variados e em pontos diferentes da vida social. Neste complexo, existem os micropoderes que estão intimamente relacionados com a produção de determinados saberes (sobre o criminoso, a sexualidade, a doença, a loucura). Assim, o poder não é algo que se detém como uma coisa, como uma propriedade, que se possui ou não. O poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona, como uma máquina social que não está situada em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda estrutura social (MACHADO, 1979 p. XIV).

De acordo com Foucault (1979), todo conhecimento, seja ele científico ou ideológico, só pode existir a partir de condições políticas, que são as condições para que se formem tanto o sujeito quanto os domínios de saber. Para o autor não há saber neutro, todo saber é político. Dessa forma, saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber. E, em contrapartida, todo saber assegura o exercício de um poder (MACHADO, 1979 p. XXI - XXII).

Na seqüência, a entrevistada aponta de forma geral algumas das questões cotidianas como dificuldade no trabalho em equipe.

Bom, eu acho que as vezes a gente é muito trefista, a gente não tem o tempo suficiente que a gente gostaria para estar parando para discutir os casos, se ater a cada paciente; tem diferenças na equipe também, tem conflitos [...] mas assim, a gente ainda tem, as vezes, coisas assim muito imediatistas, que não nos propiciam fazer realmente um estudo de caso mais integrado, ter uma intervenção, as vezes, mais articulada; a gente tem tentado em alguns momentos, mas assim, não é uma coisa que tem um peso forte como eu acho que deveria ter (P, 17/3/2006).

Dessa forma, a intensidade das demandas colocadas aos profissionais, especialmente na atualidade, provocam o desenvolvimento de ações pragmatistas, muitas

vezes sem uma reflexão maior. Isso vem acontecendo em vários contextos institucionais e com diferentes profissões. Ou seja, na medida que aumentam as necessidades humanas e as demandas para satisfazê-las, não ocorre no mesmo ritmo, o aumento da oferta de equipamentos e serviços assistenciais capazes de dar conta da complexidade dos problemas decorrentes da emergência das novas relações sociais, econômicas, culturais, advindas com a modernidade.

A precarização das condições de trabalho também foi apontada pelos entrevistados como mais um dos fatores que, por vezes, dificultam a convivência e o trabalho em equipe. Eles se referem a questão da diferença na remuneração salarial entre os profissionais que trabalham no CAPS, principalmente do médico para as outras profissões. A desproporção salarial chega a diferença de até quatro vezes mais entre o que recebe o profissional médico e o salário dos demais técnicos. Associadas a esta situação estão a diferença na carga horária de trabalho, a condição de contratação temporária, a falta de reconhecimento por parte da SMS, no apoio e incentivo à participação em eventos científicos e de militância política na área, entre outras.

Os profissionais indicaram que contam com supervisão institucional para lidar com as questões do trabalho no cotidiano. A supervisão institucional existente era, até o início deste ano (2006), paga pelos próprios profissionais, mas nem todos participavam. A partir do mês de abril do corrente esta passou a ser financiada com recursos provenientes do Ministério da Saúde. Além deste tipo de supervisão, foi relacionado como outro recurso existente para abordar essas questões as reuniões de equipe, realizadas mensalmente, as reuniões clínicas, realizadas semanalmente, e foi citada pelos técnicos em enfermagem, a supervisão realizada com profissional da área.

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que as políticas de formação e capacitação em saúde mental devem criar espaços de trocas baseados na realidade local, com valorização dos diversos saberes e metodologia participativa. A supervisão clínica e institucional permanentes deve ser estendida a todas as pessoas que trabalham com portadores de transtorno mental: equipes de PSF e PACS, trabalhadores da urgência e emergência, do hospital geral, dos serviços substitutivos e dispositivos residenciais, cuidadores de saúde mental, profissionais de nível médio e superior da rede de saúde mental. A referida Conferência destaca, ainda, a necessidade de implantação da NOB – Recursos Humanos do SUS, salientando a importância da garantia da capacitação para todos os níveis, supervisão permanente, interdisciplinaridade e isonomia salarial (BRASIL, 2002a).

Com relação as potencialidades que o trabalho em equipe possibilita os profissionais destacam a relevância deste no atendimento ao usuário, a possibilidade de trocas entre as varias áreas e a oferta de um atendimento multidimensional.

Entendo que essa é uma clínica multidisciplinar e isso (trabalho em equipe) é importante pela complexidade mesmo do tipo de fenômeno com o qual a gente trabalha, então, a gente precisa, é necessário ter uma oferta de serviços e de formas de atenção, que seja a mais diversificada possível, pra que a gente possa atender a uma série de necessidades que as profissões nas suas especialidades não dão conta; então essa é a grande vantagem, você pode fazer essa atenção multidimensional, isso é interessante (F, 12/4/2006).

A vantagem é justamente a estrutura coletiva de resposta à uma situação que chega pra você; vem a psiquiatria trazer um conhecimento, a psicanálise traz outro, [...] a enfermagem acaba dando a sua contribuição quando discute realmente a relação, vem o serviço social discute essa articulação que a pessoa tem com o social, e essas pessoas (profissionais), com seus conhecimentos, vão socializando esse conhecimento pra dar a resposta às fragilidades ou às potencialidades de vida que essa pessoa traz (GIRASSOL, 20/3/2006).

Acho que a grande vantagem é que a gente quebra a lógica hospitalocêntrica que era muito centrada no médico, na figura do médico, naquilo que o próprio médico decidia do tratamento, hoje quem decide é a equipe multiprofissional [...] (VIK, 24/3/2006).

Ah! Muitas, eu acho, em primeiro lugar, essa possibilidade da troca interdisciplinar; porque eu acho que cada um tem um tipo de contribuição diferente, um saber que te ajuda a pensar com mais amplitude o próprio trabalho, o próprio paciente, e, eu acho que quebra um pouco certas relações de poder; também, assim, o fato de a gente lidar com situações que são muito pesadas para alguém estar lidando sozinho, então quando você sente essa coisa da equipe, quando tem um paciente que está muito comprometido ou que tem risco de vida, a gente se sente muitas vezes angustiada por aquele paciente e você tem a equipe pra te dar um respaldo, pra estar pensando junto. Acho que isso é, sem duvida, algo que gratifica também (P, 17/3/2006).

Primeiro, agregar conhecimentos, se a equipe for multidisciplinar, que não quer dizer interdisciplinar, mas a princípio se ela for multidisciplinar a possibilidade de trocas de conhecimento de várias áreas realmente acaba sendo muito rica; são vários olhares sobre uma mesma questão, vários pontos de vista. Quando o trabalho de equipe é interdisciplinar, as pessoas acabam trocando mesmo, saindo, as vezes, do seu campo de formação, podendo estar se estendendo em outros campos, acaba sendo mais rico ainda. Num trabalho como o CAPS é necessário (o trabalho em equipe). Eu não consigo ver o trabalho que não seja em equipe porque pra você atender um usuário você precisa de uma equipe, pra você abordar o usuário, uma família, receber uma família precisa de vários olhares, enfim, de várias formações, vários olhares técnicos, da parte de

enfermagem, psicologia, da arte, serviço social, então, isso é importante (LÉLI, 4/4/2006).

O reconhecimento de outras dimensões no processo saúde-enfermidade, que não estritamente a biológica, traz a tona a questão da interdisciplinaridade¹⁵, pois na busca da integralidade da assistência a atuação de um único saber profissional não é suficiente. No processo da Reforma Psiquiátrica o campo da saúde mental é chamado a refazer-se por inteiro, ampliando o seu foco de abordagem e procurando romper com as delimitações dos saberes tradicionais na área. Busca-se uma nova recomposição de conhecimentos, sustentados sobre um conjunto de rupturas e novas premissas, e não apenas um novo somatório ou rearranjo simples dos saberes especializados. Desta forma, diversos campos de saber, implicados na assistência em saúde mental, são envolvidos na teorização e nas novas práticas de cuidado (VASCONCELOS, 2000a).

A pesquisa realizada indicou que 66,3% (correspondente a oito dos doze profissionais que responderam o formulário) dos profissionais consideram que existe interdisciplinaridade no atendimento ao usuário no CAPS Ponta do Coral. As falas relacionadas na seqüência apresentam a concepção dos profissionais sobre interdisciplinaridade e indicam a respectiva compreensão sobre a importância desta no atendimento ao usuário.

A gente poder ter o que a gente chama de clínica ampliada, essa multidimensionalidade que nos permite atacar o problema de várias formas e, portanto, oferecer diversas formas de atendimento, desde o medicamentoso até o serviço social, as oficinas, as oficinas expressivas, a arte, etc. (F, 12/4/2006).

Eu acho que em primeiro lugar isso, assim, é um olhar mais amplo para a condição daquele paciente. Cada profissional tem um aspecto que acentua, pela sua vida, pela sua formação; o educador artístico tem uma outra estratégia, por exemplo, pra lidar com aquela queixa do paciente, o assistente social tem uma, o psicólogo tem outro olhar, assim, eu acho que pra mim soma, eu acho que é uma forma da gente também aprender, enriquecer a nossa análise, a nossa possibilidade de intervir; sem dúvida que é rico (P, 17/3/2006).

Alguns profissionais expressaram sua concepção de interdisciplinaridade observando que esta não é sinônimo de multidisciplinaridade e que nem sempre é possível fazer práticas interdisciplinares.

É justamente isso, poder compartilhar o conhecimento que cada disciplina traz, essa inter, mas realmente compartilhar isso e não a

¹⁵ Sobre os conceitos de multi, inter e transdisciplinaridade ver, entre outros, Vasconcelos, 2000a.

multidisciplinaridade; é pensar, coletivamente, saídas pra enriquecer a vida da pessoa e aí é sempre um pensar e repensar (GIRASSOL, 20/3/2006).

Então, essa idéia dessa troca de conhecimento pra poder ajudar o usuário, pra poder a equipe ter um suporte também, pra poder, num estudo de caso, por exemplo, trocar os vários conhecimentos, os vários pontos de vista e poder estar entrelaçando; então, é importante, mas nem sempre se consegue fazer (LÉLI, 4/4/2006).

Já nas falas que seguem é possível perceber a concepção de interdisciplinaridade mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade.

Cada profissional tem a sua especialização, e ele foi formado para atender determinadas características que aquele usuário precise, ou informações, e a própria atenção, e cada um tem uma formação específica e diferenciada; então, eu acho que quanto mais ampla, mais amplamente ele for avaliado, e receber essas informações, e esse tratamento, vai ser melhor pra ele; então, desde o serviço social, desde o atendimento psicológico, o atendimento médico, enfim, até ah! eu cortei meu dedinho, o que eu faço? Então, vai poder ser atendido ali, ser acolhido pelo técnico de enfermagem (J, 22/3/2006).

É muito importante porque cada profissão tem o seu conhecimento específico e contribui aí com o seu conhecimento. É necessário que cada um de nós tenha muito claro o seu papel aqui dentro pra que não vire uma salada mista e se dilua o que cada um faz, que é específico de cada um. Então, é importante que a gente tenha boa formação técnica, específica da saúde mental pra que a gente possa chegar numa equipe que trabalha sob o paradigma do campo psicossocial, e que de fato possa ser multi, no sentido do atendimento, e aí, assim, no campo psicossocial, aqui no CAPS, por exemplo, a gente vê a necessidade de os profissionais trocarem mesmo, porque surgem muitas demandas, são muitas necessidades do usuário, é um campo novo. Então, assim, tem n coisas que vai se descobrindo, que cada área contribui diferentemente, mas ao mesmo tempo de forma conjunta. Então, o psicólogo, obviamente, ele tem mais elementos pra entender a parte clínica, o assistente social tem mais elementos pra entender a parte previdenciária, da assistência social desse usuário, que também é importante, muito importante pra ele, o médico tem o conhecimento sobre os psicofarmacos, sobre essa parte mais específica da medicação, e assim a gente vai trocando (VIK, 24/3/2006).

Com relação a este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005) observam que, no Brasil, a interdisciplinaridade faz parte do discurso politicamente correto, garantindo seu estabelecimento como princípio, traduzido na expansão cada vez maior dos territórios profissionais e na fusão dos saberes. O discurso da multi e da transdisciplinaridade é relativamente bem conhecido e aceito em nível intelectual, mas as práticas institucionais apontam, paradoxalmente, para fortes resistências, isolamento e hiperespecialização.

De acordo com os autores, para que estas ações multidisciplinares se tornem efetivas há necessidade de estratégias e planos, que visem a harmonização da convivência para que esta não seja imposta, mas compreendida e desejada pelos profissionais. Na prática, o momento é de impasse, pois multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade existem em tese e como imposição de comando, mas não se concretizam, ainda, como prática planejada, efetiva e eficaz (OLIVEIRA; DORNELES, 2005).

Ainda segundo os referidos autores, uma verdadeira transdisciplinaridade não está nem mesmo no horizonte das instituições de saúde mental brasileiras. Este é um dilema fundamental no processo da reforma psiquiátrica, que depende de ações integradas (órgãos reguladores do ensino superior, programas universitários, instituições e serviços de atendimento) para cumprir sua missão de transcender as práticas manicomial e os territórios de dominação e poder estabelecidos entre as disciplinas que formam a saúde mental.

3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações

A importância do projeto terapêutico dos CAPS recai sobre a responsabilidade de que todo o trabalho desenvolvido em cada unidade deve ser realizado em um ambiente terapêutico. Isto significa que tanto os atendimentos individuais, grupais como a convivência no serviço tem finalidade terapêutica. Cada CAPS deve ter um projeto terapêutico, que leve em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais, as iniciativas de familiares e usuários e o território onde se situa, com sua identidade, sua cultura local e regional (BRASIL, 2004).

O CAPS Ponta do Coral conta com projeto terapêutico do serviço, o qual, segundo 75% dos profissionais que responderam ao formulário, foi planejado em equipe. Três profissionais referiram não saber sobre o planejamento em equipe por não fazerem parte desta a época.

O sistema atual de atendimento no CAPS Ponta do Coral difere da maioria do adotado pelos serviços desta natureza. Em geral, os CAPS realizam a assistência ao usuário

no modelo de TR¹⁶. O CAPS Ponta do Coral oferece atendimento sob a ótica da regionalização. Ou seja, como o serviço não é territorializado, é o único na modalidade, na cidade e no município, a equipe técnica foi subdividida em pequenos grupos ou mini-equipes de dois e/ou três profissionais, sendo cada uma destes responsáveis por uma das regionais, que é onde o usuário mora. Esta proposta foi pensada e implementada há quase dois anos, quando os profissionais identificaram dificuldades em atender no sistema de Terapeuta de Referência (TR) toda a demanda existente. Tal estratégia utiliza-se do sistema de divisão por regionais da Secretaria Municipal de Saúde. Ao total são cinco Regionais de Saúde, Leste, Norte, Sul, Centro, Continente, distribuídas espacialmente na área geográfica do município. Nestas regionais, foram implantadas, recentemente (a partir do final do ano de 2005 e início de 2006), equipes de atenção em saúde mental, compostas por um médico psiquiatra e duas ou três psicólogas em cada uma das Regionais de Saúde.

De acordo com o projeto terapêutico do serviço, as atividades desenvolvidas são: psicoterapia, atenção medicamentosa, atendimentos de emergência, grupo terapêutico, oficinas terapêuticas¹⁷, assembléia de técnicos, usuários e familiares, visitas domiciliares, articulação com entidade, programas e serviço, atividades de formação e pesquisa, reuniões de equipe, reuniões clínicas de casos¹⁸.

Conforme as determinações da Portaria GM/MS Nº 336/2002, a assistência prestada ao usuário no CAPS deve incluir atendimento individual, em grupo, atendimento à família, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades comunitárias, enfocando a integração do portador de transtorno mental na comunidade e sua (re)inserção familiar e

¹⁶ Este sistema de atendimento é desenvolvido na maioria dos CAPS e constitui-se do acolhimento da pessoa quando de sua chegada ao serviço por um dos profissionais da equipe. A partir daí é traçado um projeto terapêutico com o usuário e o profissional que o acolheu passará a ser uma referência para ele. O Terapeuta de Referência (TR) tem a responsabilidade de monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo as atividades e a frequência de participação. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, discutindo com o usuário e com a equipe técnica do CAPS (BRASIL, 2004, p. 16).

¹⁷ São oferecidas as seguintes oficinas: oficina de cerâmica, oficina de artes plásticas, oficina de mosaico, oficina de jogos, esportes e lazer, oficina de tapeçaria, oficina de trabalhos manuais, oficina da terra, oficina de jornal, oficina de velas, oficina de leitura, oficina de música, oficina brechó, oficina de teatro, oficina de formação política, oficina de fotografia. Destas, as oficinas de cerâmica, velas e mosaico são produtivas, ou seja, sua produção é comercializada. Cabe destacar que algumas oficinas podem estar em funcionamento ou não, em determinado período de tempo, de acordo com a disponibilidade de técnicos para acompanhar, de condições materiais para o funcionamento e da demanda de usuários.

¹⁸ A descrição e o objetivo de cada atividade pode ser consultado no Projeto Terapêutico do CAPS II Ponta do Coral (2004), ou a partir do projeto de Estágio curricular em Serviço Social de Stuari (2005).

social. A depender do projeto terapêutico de cada usuário, o CAPS poderá oferecer as seguintes modalidades de atendimento: atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo¹⁹.

Já com relação ao planejamento das ações, 50% dos profissionais consideram que este existe. Cabe lembrar que ao questionarmos os participantes da pesquisa sobre este fator, estamos nos referindo ao planejamento estratégico, aquele voltado para uma visão ampla, global e de longo alcance da organização/instituição, baseado na análise do contexto e com a finalidade de buscar alternativas de ação. No entanto, alguns dos entrevistados observaram estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação objetivo e sistemático dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declararam não existir processo de planejamento e avaliação das ações do serviço, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

As falas relacionadas a seguir demonstram o tipo de planejamento existente no CAPS e como este acontece.

Bom, o planejamento é feito mais ou menos assim: chega uma época do ano em que a Secretaria (SMS de Florianópolis) nos pede um planejamento e aí, geralmente isso é com uma semana no máximo de antecedência, é aquela correria, a gente monta um plano básico de trabalho etc., mas é muito mais pra cumprir a obrigação. A gente tem um projeto terapêutico que é amplo, que é do serviço todo, e a gente vai, com esse projeto terapêutico a gente vai ajustando as atividades e aquilo que a gente pretende alcançar, mas não há um planejamento muito formalizado, não há um processo de planejamento, até porque é tudo muito fragmentado, o que a gente planeja aqui, boa parte depende desse recurso financeiro, depende do apoio da Secretaria, que é sempre uma coisa incerta. Então, em termos de planejamento a coisa fica sempre muito precária. Em termos de avaliação é mais precário ainda, a gente não tem indicadores; novamente, no final do ano, aí a Secretaria pede um relatório do que foi feito, a gente faz um levantamento geral, mas ele é descritivo, ele não é avaliativo, a gente não sabe de fato quais são

¹⁹*Atendimento intensivo* – atendimento diário, oferecido à pessoa que se encontra em grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento semi-intensivo - nessa modalidade, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Este tipo de atendimento é oferecido quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento não intensivo – oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até 3 dias no mês. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário (BRASIL, 2004, p. 16).

os efeitos que a nossa intervenção produz; claro, a gente tem uma certa dimensão pelo contato direto com os usuários, fulano que não interna a tanto tempo, ou fulano que voltou a trabalhar, ou que resolveu pelo menos algumas coisas que eram mais complicadas na sua vida, isso a gente tem, mas não tem um processo de avaliação estruturado que nos permita dados com visibilidade maior (F, 12/4/2006).

Neste sentido, destacamos que, a nosso entender, a função planejamento deve orientar todas as ações no dia-a-dia das organizações. O planejamento é o processo de estabelecer antecipadamente a finalidade da organização/instituição, definir os objetivos e prever as atividades e os recursos necessários para atingi-los. Planejar é uma forma de pensar o futuro da organização/instituição, definindo o que fazer, como, quando e com recursos. Nesse processo, é importante considerar que as organizações/instituições estão inseridas num contexto constituído pela sociedade, pelo Estado e por outras instituições que influenciam suas decisões (TENÓRIO, 2000).

Alguns profissionais referiram-se, especificamente, ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, reuniões clínicas e na supervisão de equipe. Segundo estes, é na reunião de equipe mensal que se planejam mais as ações, estas entendidas como a definição dos grupos terapêuticos ou oficinas que vão ter, o objetivo e a finalidade destes, a demanda etc..

Mensalmente, a gente tem uma reunião de equipe, que tem um pouco esse objetivo, de planejar e avaliar o que é feito. Além dessa reunião mensal a gente tem dois outros momentos semanais, que é um na quarta-feira outro na quinta-feira, que a gente chama de reunião técnica, [...] mas isso se dá muito no cotidiano também, na assembléia geral do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Ele acontece em reunião de equipe, uma reunião mensal, a gente planeja grupos, planeja..., então.., acontece, primeiro tem uma reunião mensal da equipe e reunião duas vezes por semana, que são os estudos de caso; agora, a avaliação, acontece em reunião de equipe mais; o planejamento, por exemplo, como abordar um determinado caso, como ajudar, de como servir a família, o trabalho, é feito durante a semana nos estudos de caso, e nós temos a supervisão, que é um espaço que também acaba se fazendo uma avaliação, a supervisão de equipe (LÉLI, 4/4/2006).

Outras falas detalharam as conseqüências da falta de um processo sistemático de planejamento e avaliação das ações, inclusive fazendo análise dessa problemática em relação as instituições públicas em geral.

Eu acho que esse é um problema, acho que falta muito; por exemplo, se você esta aqui fazendo a avaliação da política a partir do olhar dos profissionais, eu, nesse momento, tenho tido muito incomodo diante da

necessidade que eu vejo de avaliar as ações, de avaliar os pacientes, e a gente não tem uma forma sistemática de fazer isso; por exemplo, a gente não tem um instrumento de captação do trajeto do paciente dentro do CAPS, a gente não anota algumas coisas, os prontuários também deixam muito..., as vezes a gente não faz registro nos prontuários e mesmo quando a gente faz ele não tem, assim, por exemplo, uma sistematicidade, o que é que eu vou enxergar, como é que eu vou ver se aquele paciente está melhor ou está pior depois que ele está aqui, então, a gente não tem esse instrumento; e, o planejamento, é feito um planejamento terapêutico com o paciente; o planejamento do nosso serviço é mais ou menos...., funciona, assim, com as oficinas, não é um planejamento rigoroso, a cada período a gente senta e reorganiza não, tem algumas diretrizes gerais, eu acho que em termos práticos falta muito dos dois lados, planejamento das nossas atividades, por exemplo, as vezes naquele roldão a gente vai fazendo, vai fazendo, e, também, a avaliação da eficácia, do que realmente aquilo está resultando pra vida do sujeito, se ele está realmente conseguindo chegar mais próximos desses lugares que a gente apregoa como princípios da saúde mental - autonomia, dessas coisas que a gente também fala: relação com o trabalho, relações, laços sociais; então, a gente não tem esse (instrumento de planejamento e avaliação), eu acho que falta (planejamento e avaliação) [...] Na verdade eu acho que esse é um problema das instituições públicas em geral, eu acho que tem uma grande resistência no Brasil a qualquer critério de avaliação, porque, esse discurso, a retórica da igualdade, ela exatamente vai na contramão de um processo meritocrático, ou seja, você avaliar também por mérito; você tem que criar esse tipo de instrumento; a prefeitura não tem, nunca teve uma avaliação nos anos que estou aqui que medisse o desempenho profissional, principalmente aqui, que a gente lida com pessoas que estão aqui pra se tratar, e a gente não sabe se a pessoa...., a gente vai olhando um caso ou outro; não existe um processo institucional de avaliação, nesse sentido (P, 17/3/2006).

Em geral, as organizações precisam de um processo de avaliação que realize uma revisão dos objetivos e metas alcançados e daqueles a serem atingidos. O planejamento e a avaliação são a oportunidade de fazer uma pausa e examinar a situação da instituição.

Não obstante, as políticas públicas no Brasil vêm se estruturando de forma descentralizada, com responsabilidades de organização e financiamento partilhadas entre a União, Estados e Municípios, cabendo a estes últimos a execução dos serviços de atenção direta à população. Deste modo, os processos de avaliação de serviços de saúde mental devem ocorrer no âmbito municipal. Segundo Dias (2002, p. 2)²⁰, este desafio coloca no debate o aspecto de como avaliar o funcionamento de um serviço de saúde mental, que está

²⁰ A autora realizou um trabalho de construção coletiva de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental junto aos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre; uma apresentação resumida dos resultados pode ser consultada em DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental.** In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

inserido num novo patamar conceitual e tem como tarefa não reproduzir uma prática de tutela, com ênfase na patologia, mas de incluir o sujeito portador de transtorno psíquico no planejamento e na execução das ações terapêuticas, numa nova relação que garanta a viabilidade do exercício da cidadania numa sociedade desigual. Ou seja, as dimensões de mudança conceitual, realidade social e política pública de saúde de âmbito municipal, tornam complexa a adoção de processos de avaliação.

A fala descrita na seqüência especifica o processo de planejamento e avaliação no que se refere a ação interventiva profissional no tratamento ao usuário, destacando que não existe um processo sistemático de planejamento e avaliação com relação as ações do CAPS.

O planejamento e a avaliação das ações do CAPS, eles acontecem só de uma forma muito primária ainda, nós temos [...] o planejamento e avaliação da ação do profissional a título de intervenção em relação ao usuário existe de três formas: primeiro, casos clínicos, que aqui nós fazemos reuniões de casos clínicos, quarta-feira das 8 às 9 horas e quinta-feira das 11h30min às 12h30min pra discutir a questão do caso clínico de pessoas; outra forma, construção de projetos terapêuticos ou revisão dos projetos terapêuticos na reunião da regional, cada regional, que são cinco, fazem suas reuniões pra discutir o planejamento e avaliar a vida dessa pessoa nas regionais, e a outra, especificamente do CAPS, a título de gestão, é a reunião de equipe, que você presenciou semana passada, aí é um outro momento de planejar e avaliar, porém, ressalvo, não se tem algo mais fidedigno, ou academicamente falando, que nos ampare pra fazer essa avaliação; então, é extremamente necessário nós termos supervisão, termos pesquisadores, que nos ampare no sentido de avaliar o serviço, avaliar nossa prática, avaliar a autonomia do usuário; a grosso modo nós temos, mas é muito de senso comum; então, precisa cientificar ou legitimar, regularizar, tornar mais fiel esse tipo de avaliação, a grosso modo temos, agora, com mais rigor, por escrito, não temos (GIRASSOL, 20/3/2006).

Sabe-se que a ausência de um processo de planejamento estratégico e avaliação sistemática comprometem a efetividade dos objetivos propostos. Conforme destaca Dias (2002), o cenário da Reforma Psiquiátrica requer tanto uma multiplicidade de respostas à sua plena implantação como para a avaliação de seus resultados. Contudo, é importante ressaltar que a especificidade das ações em saúde mental demanda a adoção de um método participativo, com o fim de superar o caráter unidimensional, comum em avaliações tradicionais.

A avaliação participativa já é uma exigência nas políticas sociais, decorrentes da pressão social pela garantia de acesso a bens e serviços públicos. Por analogia, a

construção de indicadores de avaliação também pode ser participativa, com a contribuição dos sujeitos inseridos na esfera municipal, responsável pela execução da atenção em saúde mental. Para a autora, apesar de certa reserva científica pela adoção desta sistemática metodológica, o seu valor está no alcance social de incluir os responsáveis pela execução de determinada ação, na sua construção e sistematização (DIAS, 2002).

3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento

Conforme já destacado neste trabalho os hospitais psiquiátricos são instituições representativas do modo asilar enquanto os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico de exercício das práticas de atenção psicossocial, do modo psicossocial.

O modelo de assistência do modo psicossocial destaca-se por seus meios básicos de tratamento (rede diversificada de serviços territorializados), e pela importância decisiva que se atribui ao sujeito na sua mobilização como participante principal do tratamento. Neste, considera-se o indivíduo como pertencente a um grupo familiar e social, o que supõe que se deve trabalhar, também, a família e o grupo social, como agentes das mudanças buscadas.

Já no modo asilar a organização institucional é marcada por estratificações de poder e saber, no âmbito das relações profissionais e da instituição, as quais transladam para a relação com os usuários e a população. Estes são excluídos de qualquer forma de participação, enquanto que no modo psicossocial, participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais.

Na pesquisa realizada, a maioria dos profissionais entrevistados referiu conhecer sobre a forma de atendimento no hospital psiquiátrico, seja por visitas, atuação profissional, contatos institucionais, relato dos usuários que estiveram internados.

No que se refere as diferenças no atendimento prestado pelo CAPS em relação ao hospital psiquiátricos, os entrevistados consideraram que existem diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência de um só discurso, o médico psiquiátrico do hospital e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial em contraposição ao tratamento igual para todos

das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Eu acho que é diferente em vários aspectos, primeiro, são essas diferenças que eu digo que são de base, sobre a Reforma Psiquiátrica e a função de um CAPS nesse processo de reforma. Existe por parte da maioria da equipe uma convicção de que a nossa função é evitar a internação e de uma certa maneira poder fazer substituição a essas instituições tradicionais; deslocar a centralidade do sistema pra um serviço aberto, que seja interdisciplinar, ou seja, onde você não tenha um discurso único dando a orientação, que no caso é o discurso psiquiátrico nas instituições (tradicionais); você tem essa multidimensionalidade então você pode compartilhar o discurso; em relação ao próprio atendimento, começa na forma do acolhimento, eu acho que o nosso acolhimento é bom, ele tem condições de receber a pessoa, de entender o que ela está procurando, o que ela está precisando, quais são as suas necessidades; a gente tenta de alguma maneira envolver família embora com dificuldades, mas a gente tenta e tenta principalmente manter a vinculação ou criar novos vínculos desse usuário; o projeto terapêutico que é individualizado também é outra coisa fundamental, que aí a gente quebra com a lógica tradicional de que todos recebem o mesmo tratamento, é a mesma medicação, são os mesmos horários, são as mesmas atividades pra todo mundo, não, a gente procura justamente ao levar em consideração essas características que são mais individuais, são mais singulares, a gente procura atender e levar em conta esses aspectos, então, isso pra mim já é muito diferente, além do que a gente procura o tempo todo ou minimizar ou quebrar mesmo a hierarquia, instituindo certas formas que evitam que a hierarquia se cristalize de maneira muito brutal, pra você não ter um deslocamento de poder dentro do serviço, que seja prejudicial pra todo mundo, igual no hospital (F, 12/4/2006).

A relação entre profissional e usuário foi destacada como diferencial por todos os entrevistados, conforme pode ser observado a seguir.

A relação entre o profissional e o usuário, pra mim, a maior diferença é essa relação interinstitucional ou interpessoal; é a forma como se dá, porque as ações também são diferentes, porque existem oficinas terapêuticas, existem os grupos terapêuticos, existem os atendimentos, mas esse modelo de atendimento pode também ocorrer numa outra instituição, ou mesmo num CAPS, mas se a relação de profissional e usuário não estiver pautada no respeito, uma relação sujeito-sujeito onde se possa esse serviço, obviamente, quando ele estiver num bom nível de participação, num bom nível de reabilitação, mas também..., o fundamental é isso, é estar pra além da instituição, estar pra relação do usuário com o profissional, e claro, o espaço também, o espaço físico tem que ter qualidade, a gente vê aqui um espaço super bom aqui no caso, as propostas de atendimento, como que são colocadas, como que é olhado esse usuário, esse usuário está junto no pensar da instituição, mas a cima de tudo assim, entender como cidadão de direitos, de respeitá-lo (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que tem um maior reconhecimento da condição subjetiva do paciente, acho que um certo respeito. Hoje, a Colônia Santana tem tido mudanças, tem uma política que também..., na verdade a política do Ministério também visa atingir as instituições mais asilares, os hospitais também estão mudando..., talvez seja mais lenta, aqui, a gente já chegou com uma outra perspectiva de trabalho; eu acho que a equipe toda, de forma geral, tem uma sensibilidade pra esse respeito pelo paciente, pelo outro, procura, na medida do possível, não estabelecer uma relação de poder; eu acho que aqui, por exemplo, a recepção é muito bem feita, os vigias também são pessoas que entraram no clima, assim, talvez já seja deles, mas entraram no clima do CAPS; acho que todos têm um compromisso com isso, um valor digamos; também, talvez seja deste CAPS, eu não conheço tantos outros CAPS; eu acho que é uma relação diferenciada, na medida que você está aqui com esse objetivo de que a pessoa assuma a própria vida, contribuir para que isso aconteça; isso implica em ter pelo menos um respeito, um reconhecimento do outro (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p.10) destacam que o papel do técnico se transforma quando ele se coloca sob outros princípios; “se ele faz funcionar a tecnologia da doença mental, fortalece o dispositivo psiquiátrico. Mas, se transforma sua forma de intervenção, trabalha no sentido da desmontagem desse dispositivo”. Segundo os autores, isso significa pôr em funcionamento um dispositivo de desinstitucionalização e reinserir a complexidade dos problemas com os quais lida. Significa ainda abrir mão das interpretações da loucura segundo erro, incapacidade, inferioridade, doença mental, e potencializá-la como diferença, um modo diferente de relação com o mundo. Enfim, não usar o saber como técnica normativa, mas como possibilidade de criação de subjetividades. A técnica deixa de ser instrumento da violência quando a prática funciona como uma desconstrução da clínica.

As falas que seguem referem-se ao atendimento aberto e as possibilidades de escolha que o CAPS oferece em contraposição ao isolamento e segregação gerados pela internação hospitalar prolongada.

Em primeiro lugar o atendimento no CAPS é um atendimento, vou usar a palavra, aberto, ou seja, pra começar o usuário ele não fica internado aqui, mesmo se em algum momento tiver o CAPS III, é diferente. Ele vem, ele faz o trabalho dele, a sua terapia, durante o dia, e ele volta, quando, no caso tem família, pra casa; então, primeiro lugar a idéia do CAPS, o trabalho do CAPS não é segregar e isolar; quando o usuário vai para o hospital, eu acho que seja ele em qualquer campo da saúde, mas vai para o hospital e fica internado trinta dias, quinze dias, ele já esta sendo isolado do convívio com a família, do convívio social, ou seja, acaba perdendo progressivamente o contato com as pessoas e com o grupo social mesmo, e acaba sendo destituído das suas práticas pequenas, como desde pegar um ônibus, fazer sua comida, ir no

supermercado; no momento em que uma pessoa é colocada em um hospital e fica um mês, ele acaba perdendo o contato com essas mínimas..., não é nem com o mundo lá fora, mas com as mínimas coisas que ele teria em casa, na sua casa, enfim, ele perde tudo isso como se fosse realmente uma pessoa que não tem possibilidade nenhuma de fazer nem um café, enquanto o CAPS possibilita isso, acho que o CAPS ele, independente dos problemas que tem, acho que ele mostra que não, você ainda, apesar da sua crise, com a sua crise, com todas as limitações que as vezes um surto pode oferecer do ponto de vista cotidiano, você ainda pode fazer algumas coisas sim, como pegar um ônibus pra ir e voltar pra casa, fazer a escolha do seu planejamento terapêutico, vem aqui escolhe, em parte, o que gostaria de participar (LÉLI, 4/4/2006).

Assim, a possibilidade do usuário no CAPS de ter voz ela é muito maior do que nas outras instituições, as outras eu não vou generalizar, mas em algumas, as asilares, esses hospitais são.., enfim, crônicos até pela dificuldade mesmo de antes você pensar em ter outra alternativa que não a trancar e deixar lá e não tem medicação, não tem nada disso, estou falando de bem bastante tempo atrás, e isso ficou e se perpetuou, então, eu acho que a possibilidade do usuário aqui, no CAPS, nos CAPS, e até mesmo nos ambulatórios, acho que hoje em dia não é só CAPS que permite isso, é fazer parte como contribuinte do próprio tratamento, então isso é o que diferencia do paciente internado, vamos dizer assim, em São Paulo, no Vera Cruz, que é um hospital e tal, diferente de outros, tem algumas dessas internações que são diferentes, mas essa relação aí de profissional e usuário ela é mais aberta, é mais ampla, além do CAPS, especificamente, oferecer algumas possibilidades; então, a possibilidade de trabalhar em uma oficina, dessa oficina ter uma renda, que, assim, é um entrave no sentido que eles se sentem muito limitados e não só se sentem como eu acho que muitas doenças incapacitam mesmo, são incapacitantes, a esquizofrenia é uma delas, e é a nossa clientela aqui, a maior parte é de pacientes com esquizofrenia; a própria esquizofrenia já altera, vamos dizer assim, na cognição, na parte de planejamento, de você conseguir realmente se estruturar para trabalhar; tem umas pessoas que não conseguem nem ter o início, a iniciativa, ela é minada com a esquizofrenia, e aqui tem uma possibilidade, mesmo que essa possibilidade seja fazer oficina e ganhar uma renda, mesmo que, assim, seja só..., não é o valor que importa, é simbólico (J,22/3/2006).

O relato a seguir explicita epistemologicamente e em termos técnico-assistencial a diferença entre o modelo de atenção tradicional/hospitalar e o modelo de atenção psicossocial.

Primeiro, em relação a concepção da pessoa e em relação a concepção dos próprios meios de trabalho; na instituição psiquiátrica predomina o modelo manicomial/asilar como a gente chama, que daí vai olhar a pessoa enquanto doença, enquanto diagnóstico, aqui, no CAPS, a gente olha os seres humanos enquanto pessoas, enquanto a existência de um sofrimento, o que podemos fazer pra minimizar esse sofrimento da pessoa, então, essa é a primeira diferença que tem, quem é essa pessoa, que no modelo manicomial acaba sendo vista mais como diagnóstico, como um doente, isso que eu sempre falo, essa iatrogênia que o modelo

manicomial acaba inserindo na pessoa, você é um doente, vai ter que tomar remédio pra vida toda, e o máximo que você pode chegar é um portador de transtorno mental em recuperação, isso é uma das diferenças, outra é a própria concepção de saúde/doença que existe; as formas de organização dos dois modelos, são modelos diferentes, um é mais centralizado no psiquiatra, na instituição psiquiátrica, o no CAPS seria mais centralizado na equipe e, principalmente, nos usuários; a forma de relação com a clientela ou com o usuário, no modelo manicomial, é sempre uma relação hierárquica, de cima pra baixo, no CAPS, sempre uma relação, ou a gente tenta sempre ter uma relação horizontal; e a própria questão do que é bom ou não é bom pra pessoa, a pessoa tem que dizer o que é bom pra ela e, as vezes, no hospital, são os profissionais que já dizem o que deva ser bom pra ela, ou seja, a grande diferença que existe é: quem decide o que? No hospital as pessoas decidem sobre a vida da pessoa, eu acho que no modelo psicossocial é a pessoa que compartilha a decisão da sua vida (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme destaca Rotelli (1990), no manicômio (modelo/tradicional) a sociabilidade é reduzida a zero. A tutela, a internação tem a única finalidade de subtração das trocas, de estabelecer relações de mera dependência pessoal. Enquanto que a emancipação terapêutica (que se torna o objetivo substituto da "cura") só pode ser (cientemente) a mobilização de ações e de comportamentos que emancipem a estrutura inteira do campo terapêutico. Assim, o problema que se coloca aos novos serviços (CAPS) não é cura (a vida produtiva), mas sim a produção de vida, de sentido, de sociabilidade.

Neste aspecto, pode-se considerar a proposta basagliana de *colocar a doença entre parênteses* para assim direcionar o olhar ao sujeito em sofrimento e não à doença. Essa é uma questão fundamental, pois é o movimento de *tomada de responsabilidade* (DELL'ACQUA, 1992) individual e coletiva que se constitui como meio para a transformação institucional e para o processo de desconstrução. A cura cede espaço à emancipação, mudando a natureza do ato terapêutico, que agora se centra em outra finalidade: produzir autonomia, cidadania ativa, desconstruindo a relação de tutela e o lugar de objeto que captura a possibilidade de ser sujeito (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3 Participação do usuário e da família no tratamento

De acordo com as diretrizes da atenção em saúde mental do modelo psicossocial, o protagonismo dos usuários é fundamental para que seja alcançado o objetivo do CAPS de se constituir como dispositivo de promoção da saúde e da reabilitação psicossocial. Os

usuários e familiares devem ser chamados a participar das discussões sobre as atividades terapêuticas do serviço. A equipe técnica deve trabalhar de forma a estimulá-los a participar de forma ativa do tratamento e da construção de laços sociais. Entre os tipos de atendimento que o CAPS pode oferecer está o atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, de lazer com familiares (BRASIL, 2004).

Na seqüência deste item analisaremos as formas criadas pelo CAPS Ponta do Coral para envolver ativamente usuários e familiares no processo terapêutico, seja com relação ao projeto terapêutico individual, ao atendimento e a participação das famílias no tratamento.

3.3.1 Planejamento terapêutico individual

Conforme as determinações da política de atenção em saúde mental, cada usuário deve ter um projeto terapêutico individual, composto por um conjunto de atendimentos personalizado, que respeite as particularidades, necessidades de cada pessoa e proponha atividades durante a permanência diária na unidade e fora dela (BRASIL, 2004).

O atendimento no CAPS oferece projeto terapêutico de tratamento individualizado, o qual é pensado e avaliado com a participação do usuário. A fala relacionada a seguir detalha como acontece o planejamento do tratamento.

O primeiro passo desse projeto terapêutico ele é feito na entrevista inicial, que é basicamente a entrada desse usuário no serviço; então, a gente pensa uma programação mínima, levando em conta as necessidades, as condições, os limites e as capacidades do usuário e, quando a gente pode contar, com a família também. Além disso, uma vez por mês, [...] tem o encontro da Regional, e os usuários dessa Regional podem reelaborar o seu projeto terapêutico, a gente faz a revisão, a gente discute como é que está sendo esse projeto, se está sendo interessante, que ganhos, se está havendo ganhos ou não, se a pessoa está se sentindo contemplada de alguma maneira e tal, e aí a gente faz as alterações que a gente discute e acha necessário (F, 12/4/2006).

Com relação a forma como o usuário participa do processo de planejamento do seu tratamento, os entrevistados colocaram que é através da manifestação das preferências,

opções e desejos dele, dentro das possibilidades que o CAPS oferece. Nas falas relacionadas é explicitado qual a participação do usuário e do profissional no planejamento do projeto terapêutico de tratamento.

Quando o usuário chega no serviço, encaminhado de algum outro (serviço), ou de um hospital, ou de uma unidade local de saúde, ou por demanda espontânea é feito o acolhimento, onde a gente usa uma entrevista inicial pra fazer uma coleta de dados, ali resgata um pouco da história que o próprio usuário vai estar contando, e, então, nesse momento é feito o projeto terapêutico; inicia-se o projeto terapêutico, não que ele tenha que se esgotar nesse momento inicial; uma pergunta que a gente sempre faz pra ele é do que ele precisa, como a gente vai poder ajudar, então, a partir daí a gente oferece o nosso leque de atendimentos, o nosso projeto terapêutico do CAPS, e aí vai se construindo dessa forma (VIK, 24/3/2006).

Em geral a gente faz isso quando ele chega, na entrevista inicial, a gente pede pra que ele diga, a gente apresenta o que a gente tem; a gente pede que ele diga o que ele gostaria de estar fazendo, o que ele fazia, quais as preferências que ele têm, se ele não sabe, em algumas situações, a gente sugere que ele venha participar de algumas oficinas para ele, por exemplo, escolher; então, assim, é feito muito respeitando o desejo do paciente, o que ele gosta mais, as preferências dele; agora, se a gente vê que o paciente está muito ansioso, se ele precisa, a gente sugere um grupo terapêutico ou as vezes o atendimento individual; assim, não tem uma uniformidade, em geral a gente age assim (P, 17/3/2006).

Ele tem, esse projeto terapêutico, ele tem um primeiro momento, quando o usuário chega e faz a entrevista inicial é colocado com ele e oferecido, mostrado as possibilidades, o que o CAPS oferece em termos de terapia, desde grupos terapêuticos, atendimento individual e oficina, mas não é só oferecido, é também feito uma avaliação do técnico, o que ele pensa que, naquele momento, poderia estar ajudando aquele usuário, e é conversado com o usuário, muitas vezes acaba o usuário escolhendo tudo, escolhendo o que ele quer e o técnico tem pouca interferência, outras vezes o usuário quer algo que talvez naquele momento, por exemplo, atendimento individual, mas não tem vaga, não tem, os técnicos estão todos..., se tem alguém fazendo atendimento individual já não tem horário, então se entra em um acordo das possibilidades, dos desejos do usuário, e das possibilidades que o serviço oferece; isso é o primeiro momento, no segundo momento, ao longo do período do usuário aqui, vão tendo transformações, muitas vezes ele abandona aquele grupo ou oficina, que não era aquilo que ele achava que era bom, que ele gostava, abandona formalmente ou informalmente, simplesmente não vai, ou ele entrou em surto não veio mais, uma série de questões, então isso tudo é retomado, a gente tenta fazer a retomada na reunião das Regionais, reunião mensal, como é que está o tempo dele aqui, o que ainda se mantém fazendo, como ele está se sentindo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos entrevistados destacou que o projeto terapêutico de tratamento do usuário

é sempre pensado a partir da necessidade dele, o que ele traz de necessidade, o que ele traz de sonho, de vontade, de sofrimento, de

tristeza, então, o projeto terapêutico é sempre pensado, repensado, analisado, refletido, em cima da necessidade da pessoa (GIRASSOL, 20/3/2006).

É importante destacar que o planejamento do projeto terapêutico deve envolver o portador de transtorno mental como sujeito deste processo. A participação ativa do usuário na escolha do que fazer e na expressão de suas necessidades favorece a adesão e continuidade no tratamento, confere-lhe o exercício da liberdade de escolha e da cidadania. Neste processo, o ato terapêutico, quando não é mais fundado sobre a doença e não provém da autoridade médica, torna-se a própria organização coletiva, convertendo-se em *tomada de responsabilidade* e produção de subjetividade (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral

No plano teórico, a relação da família com o portador de transtorno mental é construída a partir do alienismo, como produto da sociedade moderna/burguesa. No interior desta perspectiva concentram-se dois entendimentos polarizadores: “o da família ameaçada pela eclosão da enfermidade, portanto, sofrendo suas conseqüências ou causadora da emergência do transtorno mental, assim culpabilizada por sua etiologia” (ROSA, 2002, p. 139). Historicamente, o segundo entendimento foi o que prevaleceu na maioria das abordagens teóricas na área da saúde mental, com uma relativa diminuição nos anos 1970, seguido de uma complexificação da compreensão do grupo familiar e de sua dinâmica, a partir dos avanços teóricos da leitura feminista e marxista. “Contemporaneamente, a inclusão do grupo familiar nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental; a assunção de sua condição de parceira e co-responsável dos serviços e a exigência de constituição de uma nova pedagogia institucional em sua abordagem atravessam a construção de uma nova relação entre o louco e a sociedade” (ROSA, 2002, p. 139).

Nesta direção, um dos objetivos do CAPS é incentivar as famílias a participar do cotidiano do serviço. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas importantes para o trabalho dos CAPS. Eles podem participar de diversas maneiras, incentivando o usuário a se envolver no projeto

terapêutico, participando diretamente das atividades do serviço, nas reuniões, assembléias, nas associações de usuários, técnicos e familiares, trazendo dúvidas, sugestões. A participação pode acontecer tanto nas atividades internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. (BRASIL, 2004).

A Portaria /GM nº 251/2002 constitui-se como mais um dispositivo na mudança das relações entre os serviços de saúde mental e a família à medida que prevê, no desenvolvimento dos projetos terapêuticos, o preparo para o retorno à residência/inserção domiciliar e uma abordagem dirigida à família no sentido de garantir orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento.

O atendimento aos familiares é uma das formas para que as famílias participem, conheçam o trabalho dos CAPS e passem a se envolver ativamente no processo terapêutico. Neste sentido, a família ganha visibilidade como protagonista, parceira dos serviços e co-responsável no provimento de cuidados do portador de transtorno mental.

Além disso, o avanço dos conhecimentos e entendimento de que os fenômenos humanos comportam uma multiplicidade de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos e éticos, inter-relacionados entre si, possibilitou mudanças na assistência às pessoas em estado de sofrimento psíquico. Essas puderam ser compreendidas na totalidade de sua condição existencial. E, o sofrimento, antes tomado apenas como algo individual, passou a ser visto como parte de um contexto onde outras pessoas estão envolvidas e também merecem cuidado e atenção.

No CAPS Ponta do Coral, na sua maioria, os profissionais afirmam que existe atendimento familiar, com ressalvas de um deles que referiu não existir atendimento familiar sistemático e outro que observou que existe atendimento familiar individual. As falas relacionadas expressam de que forma a família participa no tratamento do seu membro no CAPS.

A família participa não como uma preconização ou uma exigência do serviço; o que eu tenho visto é que a família participa aqui no CAPS na medida em que há uma necessidade, quando há necessidade do serviço conversar com a família ela é incluída, quando há uma necessidade da família pelo serviço ela procura, mas não é uma rotina todas as pessoas que vem aqui a família ser atendida, as vezes o usuário não quer saber da família, as vezes a família não quer saber do usuário e assim sucessivamente, ou seja, a família participa na medida que temos a clareza da necessidade, mas não é uma prática oficial do serviço (GIRASSOL, 20/3/2006).

Alguns casos sim, em alguns casos eles vem para a reunião mensal da Regional, ou vem para uma consulta com a psiquiatra, ou vem pra trazer o usuário que não consegue ainda vir sozinho, mas é muito restrita a

participação da família, normalmente ela vem mesmo quando a coisa está apertando, quando o usuário surtou, não está conseguindo segurar, quando ele está já nas últimas (LÉLI, 4/4/2006).

Os profissionais que afirmam a existência da participação da família no tratamento explicitam como esta acontece e como se dá o atendimento no serviço, observando o cuidado que existe em atender a família e o usuário juntos.

Sim, tem alguns usuários que vem acompanhado de familiares, as vezes nós chamamos a família, quando existe necessidade, e isso acontece assim no cotidiano, conforme realmente surge a necessidade; geralmente há uma relação muito conflituosa entre o usuário e família, geralmente o familiar mais próximo, referência mais próxima e aí a gente intervém, mais ou menos com dois objetivos, assim, um de pensar essa relação conflituosa, o que pode ser negociado aí pra viverem melhor, pra ter mais qualidade de vida nesse ambiente, que moram juntos, e o outro pra poder então capacitar, colocar elementos pro familiar sobre o tratamento, sobre os transtornos mentais, pra que ele possa ser um cuidador também, o que ele é, pra que ele possa se qualificar; então, uma outra coisa que eu penso é que esse atendimento familiar ele sempre tem que privilegiar a participação do usuário porque fica complicado falar do usuário sem ele estar presente (VIK, 24/3/2006).

Sim, a família participa, claro, na medida de cada caso; em geral, assim, a gente tem a disponibilidade de atender a família, então, muitas vezes, precisa de o paciente vir com a família em várias situações, e esse atendimento é dado; o grupo de família, também está tendo o grupo de família, as vezes é dado (o atendimento) a família daquele paciente; mas sempre a gente tem o cuidado de receber a família e atendê-la junto com o paciente, nunca assim..., não gerar essas fantasias perseguitórias por parte do paciente “tá falando o que de mim”; isso é mais ou menos quase uma regra aqui no CAPS, a gente atende junto com o paciente (P, 17/3/2006).

Os trechos das entrevistas relacionados a seguir descrevem as formas criadas pelo CAPS para oportunizar a participação da família no tratamento. Alguns profissionais referiram-se a um grupo de famílias que chegou a ser iniciado, mas que pela falta de adesão e outras dificuldades não funcionou mais.

Um pouco assim, o acolhimento na segunda-feira é um espaço que a família pode participar junto com o usuário pra relatar como é que foi o final de semana e pra relatar e como estão as atividades no CAPS; o outro espaço são as reuniões das Regionais de equipe, fora o trabalho individual, que, assim, eu acabo chamando muitas vezes, eu quero atender você na presença de um familiar, as vezes você precisa até forçar nesse sentido, de que a família compareça, faço cartinha, mando e aí atendo em consulta individual, mas não em grupo, não é uma abordagem psicoterápica, é mais no sentido de psicoeducação do que de terapia (J, 22/3/2006).

[...] existe um planejamento pra se atender família, um grupo de familiares a serem atendidos por psicóloga [...]; então, as formas criadas para oportunizar a participação da família é justamente quando ela vem, acompanha, que é aberto para os familiares participarem das oficinas junto com o usuário, então, sempre tem essa oportunidade e grupos específicos pra famílias que estão se tornando real (GIRASSOL, 20/3/2006).

É mais ou menos como eu te falei; então, assim, as vezes a gente chama pra um atendimento individual, e também ela participa dos eventos acontecidos aqui no CAPS, promovidos pelo CAPS, de festas, geralmente o dia nacional da Luta Antimanicomial, quando a gente comemora, que faz uma confraternização, as festas sempre tem a presença de familiares também, festa de natal, festa junina (VIK, 24/3/2006).

As reuniões das Regionais por exemplo, uma vez por mês, e tem alguns técnicos que fazem reuniões com as famílias, discutindo, por exemplo, aquele usuário em que a família está implicada diretamente, tem problema com a família, então chama a família pra trabalhar; já teve grupo de família, mas foi fechado porque as pessoas ficaram um tempo, mas as famílias, segundo as técnicas que fizeram, muito pouco se apropriavam, vinham, se utilizavam desse espaço (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre este aspecto, cabe destacar que o deslocamento do eixo da compreensão do problema individual para o familiar/social, que tem como consequência o acolhimento da família como uma unidade que necessita de cuidado tanto quanto o paciente individual, pressupõe um novo olhar sobre as possibilidades das famílias para enfrentarem suas crises e atuarem como suporte terapêutico. Nessa perspectiva, se impõe a necessidade de não só reconhecer o atendimento ao grupo familiar, mas de oferecer uma atenção singular que leve em conta, por um lado, as especificidades de cada família, considerando a história, a estrutura, a dinâmica, bem como a inserção desta no contexto social. Por outro lado, deve-se avaliar a realidade e as possibilidades das famílias para usufruírem das formas de atenção que lhes são propostas (MIOTO, 1998, pp. 25-26).

Nesta direção, dois dos participantes da pesquisa identificaram como uma das dificuldades em realizar o atendimento familiar, a falta de profissionais qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades, conforme pode ser observado nas falas a seguir.

A maior dificuldade que eu vejo é que não existe ninguém capacitado aqui dentro para lidar com a família, é claro que, assim, eu faço um atendimento com o usuário a família vai estar junto eu vou estar explicando, mas quando você vai pensar em trabalhar com a família, trabalhar no sentido psicoterápico, isso não existe, agora informar a família, tentar com que a família faça parte do planejamento, a gente

tenta e incentiva, estimula que eles venham nas reuniões das Regionais, mas o que eu percebo, assim, a equipe ela é muito pequena pra dar conta de tudo, então a maioria das vezes o paciente chega, a família está ali fora, mas todo mundo tem a sua atividade, estão todas na oficina e isso me sobrecarrega muito porque eu tenho que dar conta de tudo, inclusive da família que chegou, do atestado que está faltando, e a família que quer saber porque que o remédio..., mas não existe um espaço pra ela, não existe um espaço que acolhe a família (J, 22/3/2006).

Profissionais qualificados, eu acho que necessita de profissionais que tenha um pouco mais de experiência, de conhecimento pra estar lidando com família, que toda a família tem sempre os seus nós górdios, tem sempre questões de fundo, que as vezes precisa de um certo conhecimento, experiência pra estar lidando com isso; até que ponto é vítima ou réu, então, acredito que profissionais que tenham experiência, que tenham a qualificação teórica, [...] possa estar oportunizando uma melhor relação no atendimento CAPS com família, então, a qualidade do profissional para estar realizando essa participação (GIRASSOL, 20/3/2006).

Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que é um transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, foram relatados pelos profissionais.

Acho que tem uma junção, eu acho que tem uma coisa primeiro que é o entendimento, a família, muitos familiares, querem deixar o usuário aqui, e querem fazer sua vida, até por questão de sobrevivência; o que eles alegam muito é que eles precisam trabalhar, então não pode faltar ao trabalho uma vez semana pra poder estar aqui porque mesmo que tenha atestado pra poder estar aqui, acaba perdendo o trabalho, não tem como justificar; e a outra questão é o próprio entendimento de que é na família o espaço em que o usuário pode ser tratado, porque a idéia de tratamento é uma idéia também que se direciona, que acaba sendo entendida como médica, hospitalar ou clínica, ou então, agora tem o CAPS; e o lugar de tratamento, digamos tratamento como restituição, como reinserção, também é na família (LÉLI, 4/4/2006).

É, chega um momento que as vezes de fato a relação se esgota, assim, são tantos conflitos, são tantas brigas, tantas dificuldades de convivência, de relacionamento, que já vem desde a infância, que chega em momentos quando, geralmente, o usuário tem as primeiras crises, isso gera um isolamento, assim, o usuário fica isolado nesse ambiente, nesse contexto familiar, realmente é muito difícil; as vezes tem uma mãe muito controladora e que aí o usuário não quer muito aproximação do serviço com essa referência porque o serviço passa a ser então um lugar de acolhimento pra ele que ele não tinha até então, porém, a gente busca a família, pra que a família possa cumprir essa função da referência (VIK, 24/3/2006).

Neste sentido, deve-se considerar que no contexto brasileiro, pela própria ausência ou precariedade da intervenção estatal por meio das políticas públicas de corte social, a família torna-se a principal garantidora da reprodução da força de trabalho. As famílias, para suportar, todas as funções que lhes são atribuídas e enfrentar as situações de risco social, buscam dividir com o Estado o encargo dos cuidados com seu ente enfermo. Mesmo assim, configuram-se, para elas, condições deficitárias de atendimento, em particular no caso da atenção em saúde mental (ROSA, 2003, p. 192).

Na seqüência, o entrevistado realiza uma análise das várias situações singulares e sociais que envolvem as dificuldades do serviço, das famílias e dos usuários, em realizar um tratamento integrado na relação usuário/família/CAPS.

Então, também envolve vários aspectos, eu vou apontar alguns; assim, em primeiro lugar, a gente vê que boa parte das famílias vê o CAPS como um lugar pra poder deixar o seu familiar, é um lugar onde ela não vai precisar cuidar dele durante um certo tempo, então, eles até participam de algumas entrevistas iniciais, hoje, por exemplo, eu tenho uma (entrevista inicial) que a pessoa veio sozinha, não veio família; é bastante freqüente que venha o usuário sem acompanhante familiar algum, esse é um aspecto, a família de uma certa maneira toma o CAPS como um lugar pra deixar o seu familiar, nós por outro lado, não criamos estratégias pra fixar essa família, pra trazer essa família mais perto; tem um grupo de família que funciona de maneira meio irregular, mas que a gente vê cada vez mais a necessidade de tornar isso algo mais organizado, poder atender a família, a gente faz o acompanhamento com família, geralmente, quando há um pedido específico ou do usuário ou da própria família, aí a gente procura fazer, mas é mais individualizado, é uma questão mais individualizada, e há também, por parte dos usuários há o desejo de que a família não participe, isso ficou muito evidente na organização da associação, que é uma associação de usuários, familiares e técnicos, e quando a gente estava organizando a associação, toda vez que se falava na participação dos familiares havia uma certa resistência por parte dos próprios usuários que os familiares participassem; a gente entende isso como uma maneira de buscar uma certa autonomia, uma certa distância dessa família, que é, as vezes, bastante complicado de fato tê-los muito próximos, aí precisa de um outro tipo de abordagem, não dá pra incluir, como a gente fazia no início por exemplo, a gente fazia grupos de usuários e familiares, mas a família atrapalhava mais do que ajudava nesses grupos, aí a gente resolveu começar a separar, deixar o espaço específico para o usuário, porque a família vinha e tomava o espaço, e falava, e ficava reclamando da pessoa, do que ele não fazia, de todas as dificuldades etc..., então, a gente achou melhor botar um pouco uma barreira, botar um filtro ali pra que tivesse espaço do usuário e que ele pudesse aproveitar isso da melhor maneira possível (F, 12/4/2006).

No entanto, cabe destacar que, numa visão mais abrangente e totalizante, a família é entendida, no cerne das condições de reprodução social do portador de transtorno

mental, como um sujeito que procura reconstruir relações cotidianas, criar novos sentidos, manter e fortalecer laços de sociabilidade. É percebida, positivamente, em suas possibilidades, potencialidades e recursos, como elemento fundamental à manutenção do poder contratual, à autonomia e à emancipação do portador de transtorno mental (ROSA, 2002, pp. 152-153).

As falas relacionadas a seguir apresentam a compreensão dos entrevistados com relação às possibilidades da participação da família no tratamento, e as dificuldades do CAPS em realizar esse tipo de atendimento. Um deles argumenta que o acompanhamento à família é essencial para minimizar os efeitos da convivência com o portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Acho que o atendimento familiar assim como ele pode ter dificuldades ele também pode te ajudar um monte, então, assim, tem os dois lados, as dificuldades eu acho que é porque também ele vai estar trazendo, vai sobrecarregando com mais, digamos assim, mais queixas, vai estar trazendo.., as vezes nem está relacionado ao usuário os problemas e as situações, embora eu acredito que na maioria das vezes ela ajuda, ela ajuda porque é que está convivendo com o usuário lá fora o tempo inteiro, que tem mais os dados, quem pode inclusive, ah! ele está muito sedado, vamos tirar esse remédio, esse remédio só faz mal, então, a família se ela não é bem orientada ela acaba, assim, tentando fazer o bem ela acaba fazendo o mal pro paciente, ah! não aquela atividade lá, ficar só batendo palminha, musiquinha, aquilo lá não vai ajudar você, é melhor eu.., vou te colocar de novo na escola porque se não você não vai trabalhar nunca, então todas as ansiedades da família, que se elas forem bem trabalhadas o usuário só tem a ganhar, agora, as dificuldades é: um espaço em que essa família seja acolhida, que ela seja realmente trabalhada e uma equipe, a formação, alguém com formação pra fazer isso, isso não tem (J, 22/3/2006).

Eu acho que o acompanhamento com a família ele é extremamente necessário pra elaborar a imagem que essa pessoa acabou deixando pra essa família; a família ela ainda tem uma imagem, ela tem o imaginário social em relação o que ela de repente produziu; então, há uma necessidade de se ter um acompanhamento com os familiares pra estar elaborando as relações, o dia-a-dia que ela tem com o portador de transtorno mental; as vezes se investe muito em acompanhamento com usuário e não se investe muito no acompanhamento com a família, a família está sobrecarregada, tem que se discutir a questão dos encargos familiares, porque as vezes ter um portador de transtorno mental junto com a família é extremamente estressante, e as vezes a família acaba colocando o portador de transtorno mental no hospital pra descansar, porque as vezes é complicado, tem um portador de transtorno mental que canta o dia inteiro, ou que não dorme durante a noite, dorme de dia, ou que quer ver televisão a todo momento, ou que fica conversando com a vizinhança a todo o momento, tem o portador de transtorno mental que com o seu sofrimento incomoda muito a família, então, tem de haver um profissional articulado ou apaziguador ou que provoque alguma

resolução nessa prática; [...] se não dá pro portador de transtorno mental morar com a família então que se haja (encontre) um espaço harmônico, mas a família tem que ser acompanhada sim (GIRASSOL, 20/3/2006).

Entre as dificuldades que os profissionais identificam na (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e estigma da loucura, ainda presentes no imaginário social das pessoas. Relacionamos na seqüência as respostas dos entrevistados, nas quais é expressa a relação com alguns dos aspectos enfrentados no cotidiano da vida dessas pessoas, em suas relações com a família, as instituições e a sociedade.

Em primeiro lugar a dificuldade de a família compreender o que a pessoa tem, pelo que ela passa, muitas vezes, a idéia é de que é um vagabundo, que o cara não quer trabalhar porque é vagabundo, não quer fazer nada só quer ficar em casa fumando, na frente da televisão porque é vagabundo; então, tem essa dificuldade de poder dar ou ter um certo olhar pra essa pessoa, pra esse usuário que não seja esse da discriminação; tem também o medo, o medo de que essa pessoa venha cometer algum crime, que é um pouco o mito da loucura, é o que envolve o mito da loucura, de ser alguém que é imprevisível e violento, o mito da loucura está muito marcado por isso, muitas vezes a família vem contaminada por isso, eu atendo uma mãe, por exemplo, que apesar de ser uma pessoa que contribui muito, mas ela tem medo do filho, ela tem medo, e ela reconhece isso, diz isso claramente, ela tem medo, agora menos, depois de um tempo isso está começando a se flexibilizar, ela está começando a entender um pouco diferente, mas ela tinha muito medo do que esse filho poderia fazer com ela, então, isso é algo que é bastante comum, mas isso é uma dificuldade; o outro aspecto da resistência é a idéia de que ele se tornou uma pessoa inútil, o usuário se tornou uma pessoa inútil, porque ele não pode trabalhar, que nunca vai fazer nada a não ser ficar como um louco, ficar como uma pessoa que não pode assumir responsabilidades, que não contribui, o aspecto financeiro é um problema; o Programa de Volta pra Casa não resolve isso integralmente porque ele é destinado pra pessoas que estão no mínimo há dois anos internadas, então, aqueles que não tem internação prolongada não têm acesso a esse recurso, então, ele passa a se tornar um peso econômico pra família e aí todos os outros problemas que são decorrentes disso (F, 12/4/2006).

Muitas vezes ele acaba sendo o membro da família rejeitado, ele tem o quartinho dele no fundinho. Bom, eu acho que é o próprio estigma de ter um doente mental, tem ah ele é doente mental, deixa ele quietinho lá porque se não ele vai incomodar, vai surtar, vai xingar e, que vergonha, aí os vizinhos; então, é o estigma do usuário, do paciente com transtorno mental, como muitas famílias não entendem elas tem até crenças de que isso é o demônio, isso é um castigo, ou é porque ele era uma pessoa ruim na vida passada, então, vem com mil, vamos dizer assim, explicações, que só atrapalham e impedem que aquilo seja encarado como..., ok isso aí é uma doença, e como é que a gente vai

fazer pra ajudar e tratar isso; então, os conhecimentos, a ignorância nesse sentido, [...] uma parte eu acho que seja pelo próprio desconhecimento do que é um transtorno mental, e do estigma de que o louco é o que rasga dinheiro e, enfim, isso dificulta, e aí quando você não tem um suporte pra dar à essas famílias aqui dentro, você só reforça lá fora esse estigma; então, claro, a pessoa chama a atenção da população, os pacientes que conseguem lá fora trabalhar e não ficar só dentro do CAPS, então, as oficinas que possam vir a dar renda, que elas sejam trabalhadas lá fora, até pra lá fora você convive com eles, percebe que eles não são os loucos que rasgam dinheiro, saem quebrando tudo e matando todo mundo, esse é o medo da população e acaba sendo o medo da família (J, 22/3/2006).

A questão da diferença do “louco” para o “não louco”, que na sociedade capitalista, é determinada pela relação produtivo/não produtivo, ou seja, aquele que detêm poder de consumo e aquele que não tem poder de consumo, também foi expressa pelos profissionais entrevistados como uma das dificuldades para a (re)inserção social do portador de transtorno mental, na família e na sociedade.

Eu acho que os limites do usuário; tem a coisa do preconceito, da loucura, ele, o usuário, ele não é alguém produtivo na família, ele não leva dinheiro pra casa, ele, ao contrário, ele só gasta, ainda tem que buscar remédio, ele dá mais trabalho ainda, ele não é produtivo, de maneira geral, então, isso já agrega um preconceito maior ainda, além de ter o preconceito da loucura, de ser..., enfim, alguém que tem uma “deficiência”, alguém que é muito dependente, ainda tem isso, então, ele não soma nada à família a não ser o incomodo; daí, geralmente, é uma mãe que até acolhe, ou pai, por questões afetivas, mas sempre está lidando com esse limite do usuário; tem famílias que não querem, tem muitas famílias carentes que não querem mais um problema, e quando a pessoa, então, saiu da família, que foi internada, e ficou um longo tempo fora, a família já se estruturou de forma a não contar com aquele usuário, então, já não conta mais com ele, passou três, quatro, cinco meses, aí vem uma pessoa trazendo toda uma dependência e que não é somar, ou as vezes as próprias crises dentro de casa, então, é difícil um cara que faz xixi no chão, um cara que toma um café e deixa sua xícara, um cara que quebra, que uma vez por mês quebra tudo, que bate nas pessoas dentro de casa, ninguém tem essa tolerância, tem que ser mais de uma pessoa pra suportar e, as vezes, uma pessoa, que é a mãe, suporta, mas os outros irmãos não entendem, não conseguem lidar com a questão, que é difícil mesmo, o nível de dependência, os limites, o risco que, enfim, pode correr o usuário (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Rosa (2003, p. 192), a família, apesar de procurar dividir com o Estado as demandas de cuidado do portador de transtorno mental, ainda é o principal agente responsável pelo seu provimento. Para implementá-lo, na divisão sexual do trabalho do grupo doméstico, seu ônus recai sobre a mulher. Todavia, diferente das demais

enfermidades, o transtorno mental se particulariza pelo fato de seu portador não se reconhecer como enfermo e por seu prognóstico figurar como uma incógnita, sem ter uma temporalidade previsível. Desta forma, em geral, o provimento de cuidados e o tratamento tornam-se impositivos para o portador de transtorno mental, que pouco colabora conscientemente no seu processo de recuperação. Por sua vez, o provedor de cuidado, com frequência a mulher, mãe, tem que ter uma disponibilidade de tempo, periódica ou indefinidamente, para exercer o seu papel. E, para satisfazer as necessidades individuais do portador de transtorno mental e as exigências de sua enfermidade, a mulher, mãe tem seu espaço de vida invadido, seus projetos de vida obstruídos pelas necessidades de prestar cuidado.

3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares

No contexto da Reforma Psiquiátrica, as organizações de usuários, técnicos e/ou familiares tem cumprido um importante papel na mudança do modelo assistencial em saúde mental, participando ativamente das discussões sobre os serviços e promovendo atividades que visam maior inserção social, geração de renda e trabalho e a garantia de direitos sociais. Essas associações constituem-se em importante instrumento de promoção da saúde e da cidadania de todos os envolvidos (BRASIL, 2004)

O CAPS Ponta do Coral conta com uma associação de usuários, familiares e técnicos. Apesar de estatutariamente estar prevista a participação e filiação de familiares e técnicos, atualmente, na prática, esta se tornou, efetivamente, uma associação de usuários. Em gestões anteriores, já teve em sua diretoria a participação de técnicos do serviço. Atualmente, dois técnicos acompanham as atividades desta, mas a diretoria da gestão atual (2006) é composta somente por usuários.

Com relação a participação dos usuários no planejamento das atividades do CAPS, os profissionais referem que esta acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, realizada semanalmente, na qual são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Contudo, os entrevistados observam que

existem dificuldades em realizar um processo de planejamento das ações do serviço, seja por particularidades dos usuários, seja por limitações e/ou problemas institucionais.

Assim, existem alguns espaços em que essas ações são tomadas em conjunto, a assembléia dos usuários, aqui é feita de terça-feira, em que é discutido desde a limpeza, o lanche, qual é o próximo passeio, o que vai ser de reunião, o que está sendo feito, quais são os informes em relação a saúde mental, em relação a congressos, encontros, comissões. O que eu percebo é que embora isso seja estimulado há pouca, baixíssima, aderência e quando há, em geral, são daqueles mais saudáveis no sentido de que de repente nem seriam usuários CAPS, mas eu acredito que isso seja também o próprio sintoma, de a dificuldade de lá fora conseguir um emprego, a dificuldade de iniciar uma atividade, iniciar um curso, é também pra se engajar na própria luta deles; o que eu percebo é que a família, em geral, quando pega isso vai adiante, os usuários tem poucos estímulos próprios, vamos dizer, pra continuar, pra se manter; então, na reunião da Comissão Ampliada²¹, aí participa um, mas depois a semana que vem já não vem; então, são poucos os que realmente conseguem dar conta, eu coloco a palavra no sentido de ser capaz para, tem essa dificuldade, eu acho que é própria condição (J, 22/3/2006).

Então, a gente procura estabelecer parcerias com a associação porque tem muitas coisas que pelo fato de a gente estar submetido a um organograma e a hierarquia, e aí os limites do serviço público, a gente não pode fazer; por exemplo, a questão da venda do material das oficinas, isso é algo que o CAPS não pode assumir, por conta mesmo da legislação que impede a gente de fazer esse tipo de atividade; então apesar de ter uma participação grande, o material vendido é o material das oficinas do CAPS, mas quem faz essa tarefa é a associação, é a associação que se encarrega da venda, de levar o material, de receber dinheiro etc.; além disso a associação se tornou efetivamente uma associação de usuários, apesar de o estatuto dela prever a participação e filiação de familiares e técnicos ela é uma associação de usuários na prática, e como articuladora de um projeto político e de reivindicação dos direitos do usuário dos serviços de saúde mental, como um instrumento pra viabilizar inserção no mercado de trabalho por exemplo, parece que são essas as funções da associação; com os usuários o que a gente tem é uma assembléia semanal onde são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; esse aspecto do planejamento da atividade ele de fato não tem a participação dos usuários até porque nem nós, como te falei no início, o nosso planejamento também é meio caótico, assim, a gente não tem um processo organizado de planejamento pra um ano ou mesmo pra seis meses, então, aí os usuários não chegam a participar desse planejamento, eles participam sim da discussão do funcionamento que é na assembléia,

²¹ A Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental (CPASM) é uma instância do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, criada através da Resolução N°1/CMS/2006, cuja finalidade é assessorar o plenário do conselho no que compete a formulação, implantação, implementação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas, ações e projetos em Saúde Mental, assim como prestar assessoria técnica ao gestor municipal. A CPASM é constituída por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde, e usuários e familiares da saúde mental (nota da pesquisadora).

que é toda semana, e aí se trata das coisas do dia-a-dia, é mais cotidiano (F, 12/4/2006).

A presença e participação dos usuários nas discussões e no planejamento das ações pertinentes à saúde mental vêm se ampliando progressivamente nos últimos anos. O processo de inserção inicia-se com o protagonismo dado ao sujeito na definição de seu projeto terapêutico, estende-se na organização de associações e na representatividade destas nos fóruns deliberativos (Conselhos de Saúde, Conferências, Comissões de Saúde Mental), e na participação em eventos científicos e espaços de militância política pertinentes à área da saúde mental. Essa é uma das formas em que a condição de cidadão dos portadores de transtornos mentais é resgatada. Segundo Rodrigues (2005, p. 80), “a participação política e militância de usuários e familiares em instâncias deliberativas ganham efetividade quando politicamente organizados”.

Neste sentido, a construção coletiva do protagonismo requer a saída da condição de usuário-objeto e a criação de formas concretas que produzam um usuário-ator, sujeito político. Isso vem ocorrendo através de inúmeras iniciativas de reinvenção da cidadania e *empowerment*, como atenta Vasconcelos (2000b), por meio de intervenções via associações de usuários ou de cooperativas sociais, ou ainda da participação política de tais atores nos mais importantes fóruns sociais de formulação de políticas da área, tal como nos conselhos de saúde e comissões de saúde mental.

Nas falas que seguem, os participantes da pesquisa destacam as dificuldades encontradas na organização, na articulação e no funcionamento da Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral²², bem como seus objetivos e principais lutas políticas por direitos.

Assim, eu acho que os usuários têm esse espaço da assembléia junto com os técnicos. É um espaço interessante, onde eles podem estar opinando, mais do que o da associação; o da associação é muito mais difícil de levar adiante; eu também já fiquei um tempo ajudando a associação, já fui até, uma época, da própria gestão, da própria diretoria, e a gente tem

²² Importante estudo sobre a Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral foi realizado por Rodrigues em dois trabalhos: RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral: desvelando sua significação**. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004; e RODRIGUES, J. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

que estar puxando muito como técnico, parece que deixar por conta deles a coisa não anda e, as vezes, a gente vê que fica mais um desejo nosso de que as coisas aconteçam do que deles; então, a assembléia pelo menos é um espaço que eu ainda acho que se consegue ter uma presença, agora a presença dos familiares no planejamento é muito pequena, poucos que vem, vem um ou outro, pai de alguém; dos usuários, eu acho que é mais nesse espaço da assembléia que acontece (P, 17/3/2006).

Os usuários, nós temos a assembléia dos usuários; então, na assembléia se discute algumas questões, por exemplo, as vezes o planejamento, funcionamento da casa, por outro lado nem tudo é discutido na assembléia, [...] tem uma atuação limitada, ela não é totalmente participativa. A associação, ela tem histórias de altos e baixos; teve momentos que a associação tinha uma diretoria, mas ninguém participava, não se articulava; tem momentos que a associação se integra mais, quando ela se integra a coisa fica também mais rica; nós temos aproximação, por exemplo, na questão do vale transporte, as reivindicações, sobretudo do vale transporte, de veículos pra passeio, pra participar de um evento, muito mais do que planejamento das ações, digamos assim, mais no sentido de luta por direitos e reivindicações (LÉLI, 4/4/2006).

A associação de usuários possui cinco objetivos: controle social, ajuda mútua, suporte mútuo, defesa dos direitos, geração de renda; em cima desse objetivos a associação realiza seu movimento e sua luta. Em termos do papel dos usuários no planejamento das ações do CAPS seria discutir esses objetivos em relação ao CAPS. Hoje, o que acontece, a associação de usuários acaba discutindo um pouco mais controle social; ela expressa a representatividade dos usuários na luta social, na dignidade humana, e também na geração de renda; outra coisa muito importante que a gente fala é a luta contra o preconceito, então, a associação ela participa mais nesse sentido, controle social, geração de renda e luta contra o preconceito no CAPS; esse é o papel dos usuários, realizar o controle social, participar da geração de renda e a luta contra o preconceito; a luta contra o preconceito significa realizar teatro, levar pras Academias, levar pra comunidade, mostrar que a história do louco no imaginário social das pessoas ela é transformada, pode-se reverter isso, e isso se reverte com música, cultura e arte (GIRASSOL, 20/3/2006).

O papel da associação no planejamento, é porque assim, a associação ela não é o CAPS, ela é uma entidade separada, a assembléia é uma assembléia geral do CAPS, é um mecanismo facilitador da participação dos usuários e técnicos na gestão do serviço; a associação é uma entidade, sem fins lucrativos, que foi criada e pensada pra que os usuários e familiares se organizem pela luta da política, pela luta da implantação da política de saúde mental, pela luta dos direitos, pela luta da implantação da Reforma Psiquiátrica, pela melhoria do serviço, então, assim, a associação ela caminha, mas ela é muito nova e aí se é muito nova tem uma estrutura um pouco frágil, então assim, a tua pergunta é se ela participa das ações do CAPS, ela participa sim, tem um elo de participação aí, tem um canal de participação, mas é frágil, é muito frágil, eu penso que é muito frágil porque aparece pouco (VIK, 24/3/2006).

Rodrigues (2005, pp. 81-82) destaca que as associações de usuários, enquanto dispositivos, possibilitam uma atitude política que oferece visibilidade ao usuário como ser cidadão e não apenas como portador de um transtorno. Segundo o autor, quando o usuário passa a ver, sentir, e ver sentido em suas ações associativas, sua prática organizativa torna-se efetiva e com empenho. Por isso, as associações precisam desenvolver estratégias mais amplas de adesão, visando revigorar seus quadros associativos. Nesta direção, a profissionalização e formação política dos dirigentes é vista como uma possibilidade para estimular a participação.

A compreensão das associações civis como relacionadas e condicionadas pelas associações políticas leva ao entendimento de que há uma sinergia entre a sociedade civil e a democracia política. Segundo Fleury (2004), a dimensão cívica da cidadania diz respeito à condição de inclusão ativa dos cidadãos à comunidade política, compartilhando um sistema de crenças com relação aos poderes públicos, à sociedade e ao conjunto de direitos e deveres que são atribuídos ao status de cidadão. Como dimensão pública dos indivíduos a cidadania pressupõe um modelo de integração e de sociabilidade, que transcende os interesses egoístas do indivíduo no mercado, em direção à uma atitude generosa e solidária.

A fala a seguir relaciona algumas dificuldades cotidianas vivenciadas na e pela associação de usuários do CAPS Ponta do Coral. Apresenta algumas possibilidades de atuação deste tipo de organização da sociedade civil, tanto com relação a parcerias com outras entidades, para o desenvolvimento de ações que visem a profissionalização e inserção no mundo do trabalho, quanto no processo de politização e conscientização de seus usuários com relação aos direitos de cidadania.

Eu acho que ela tem um papel relevante, a dificuldade é de incrementar esse papel relevante; os familiares vêm muito poucos; bom, talvez a gente não esteja também instigando, muitas vezes a gente convida, mas eu acho que, também, as vezes, falta um pouco de investimento da equipe para que os familiares estejam mais no CAPS; agora, a associação poderia fazer muitas coisas, desde convênios para cursos com esses órgãos que a gente tem, SENAI, SESC; poderia tentar uma penetração, mas isso seria uma outra realidade a ser criada; cada vez que entra uma gestão nova, a gente diz quem sabe agora; desde as pequenas coisas, até divulgar a lojinha aqui, é difícil, a gente uma vez fez uns folders pra distribuir aqui na vizinhança, uma vez a gente tentava vender as verduras que produzia, não conseguia muito, conseguia ali, vendia uma ou outra; agora em termos de espaço de fazer política eu acho que ela tem um peso, deveria realmente crescer, por mais que as pessoas tenham dificuldades; eu acho que tem que continuar existindo, tem que continuar batalhando para que eles possam estar assumindo um pouco

mais esse papel político, essa conexão com outras instâncias da sociedade; por exemplo, na questão até de trabalho, de poder a associação também ajudar nessa abertura de espaços de trabalho; teve uma vez que tentaram no Angeloni (supermercado), depois quando souberam que era portadores de transtorno mental não quiseram; eu acho que a gente precisava mostrar um pouco pra sociedade o que é o paciente psiquiátrico; assim, através desses recursos, não dá pra esperar vamos pra mídia, porque, assim, tem umas coisas que são boas, ótimas, mas são meio ideais, a gente tem que tentar começar com essas pequenas coisas que pode fazer: divulgar a lojinha, sei lá, fazer um contrato lá com o CIC pra fazer cursos, por exemplo, de pintura, coisas que são mais próximas da realidade exequível (P, 17/3/2006).

Para Rodrigues (2005) dois aspectos são importantes para compreender as dificuldades de falta de adesão e continuidade na participação dos membros da associação. Um deles refere-se aos elementos motivadores para a participação. Neste caso, é preciso considerar que a prática política de militância possui seus campos de conflito e tensões, que dentro da especificidade da loucura pode não conferir uma participação freqüente. O outro relaciona-se ao significado da associação na vida dos integrantes. Muitos usuários vêem a associação como possibilidade de geração de recursos financeiros, haja vista que o fator trabalho/vínculo empregatício é algo marcante na vida dos portadores de transtornos mentais, em decorrência de a maioria não possuir fonte de renda própria.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacaram o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário.

A primeira delas é a questão do controle social, a associação tem potencialmente essa função, não só dentro do serviço, mas também nas outras instâncias, conselho municipal de saúde, conselho local, aqui em Florianópolis estamos organizando uma Comissão Permanente, que é consultiva do Conselho Municipal de Saúde, é uma comissão de saúde mental, no estado (SC), a gente tem o Colegiado de Políticas Públicas e Atenção Psicossocial, que tem representação dos usuários; então, novamente, na questão da defesa dos direitos, na questão do resgate da cidadania, as vezes nem é resgate porque o cara nunca teve cidadania alguma, mas da possibilidade de instituir um certo nível de cidadania; eu vejo que a possibilidade de o usuário poder participar politicamente é algo que tem um efeito sobre a sua dinâmica, como tem efeito sobre a dinâmica de qualquer um que descobre um dia que tem essa possibilidade de participar politicamente, da vida política, e pro usuário de saúde mental isso muitas vezes é uma descoberta que representa uma guinada muito grande na sua vida, então, vamos dizer assim, tem um efeito terapêutico, um efeito clínico nesse sentido, além, obviamente, dos

efeitos políticos que isso representa, mas, mais individualmente tem esse efeito, da articulação com as outras pessoas, enfim, tem uma terapêutica aí que é função, mesmo que não reconhecida, mas é função das associações (F, 12/4/2006).

O principal papel das associações é não tornar que os serviços se tornem manicômios; a associação é a vida, é organização, é luta, é enriquecimento, é sentido de vida; tenho escutado muito de pessoas que tiveram suas vidas arruinadas que quando passaram a militar em associações de usuários passaram a ter um sentido de vida, passaram a conceber a razão da sua existência em vida; então, a principal importância das associações é não deixar que o serviço se torne manicômio, é tornar o serviço um pouco mais rico, com mais vida, é organizar a questão política, é falar em nome dos próprios usuários; então, a importância das associações de usuários é levar a boa nova aos CAPS, levar a boa nova aos serviços de saúde mental, levar a boa nova do modelo psicossocial, ou seja, discutir o controle da loucura, ou seja, a maior importância das associações é levar a discussão da liberdade, liberdade e dignidade dos portadores de transtornos mentais (GIRASSOL, 20/3/2006).

Além do tratamento e dos serviços, eu acho importante que a associação possa se fortalecer enquanto movimento popular de luta pela Reforma Psiquiátrica, que os usuários possam se conscientizar dessa importância de estarem articulados, lutando pela implantação da política, da política de saúde mental sob esse novo paradigma da Reforma Psiquiátrica; eu acho que essa é a maior importância, acho que essa é a maior tarefa da associação; claro que isso se reflete na micro política institucional no próprio CAPS; a associação vai estar lutando, a nossa associação aqui, por exemplo, já lutou pelo próprio vale transporte dos usuários, de ir até a secretaria (Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis) conversar com o secretário e reivindicar enquanto essa democracia representativa dos próprios usuários, técnicos e familiares; pela própria manutenção desta casa na época que houve a questão da construção da via de acesso ao Hospital Infantil, existia um projeto da outra via passar também por aqui, os usuários batalharam que essa casa se mantivesse aqui, que o CAPS se mantivesse aqui e conseguiram; então, acho que essa luta maior de articulação que exige uma consciência política dos líderes que estão na associação, dos usuários como um todo, é que é a grande tarefa da associação, só que isso se faz num trabalho de formiguinha, num trabalho miúdo (VIK, 24/3/2006).

Cabe destacar que o controle social compreende a participação da população na perspectiva da interferência na gestão da política pública de saúde, colocando as ações e serviços na direção dos interesses da comunidade e estabelecendo uma nova relação entre Estado e sociedade. Conforme Correia (2002, p. 212), controle social “é a atuação da sociedade civil organizada na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam às demandas e aos interesses das classes subalternas”.

A III CNSM ressalta a importância do controle social, através dos mecanismos já existentes (Conselhos, Conferências e Comissões de Saúde Mental, organizações da

sociedade civil e movimentos sociais), como forma de garantir o avanço da Reforma Psiquiátrica. Os indicativos da Referida Conferência destacam que o controle social deve constituir-se com a representação dos três segmentos – usuários, familiares e profissionais de saúde, na perspectiva de induzir uma ação de acompanhamento da construção das políticas municipais, estaduais e nacional de saúde mental. As Comissões de Saúde Mental em ação conjunta com os Conselhos de Saúde devem exercer seu papel de controle e fiscalização das políticas públicas, o que inclui o orçamento e a destinação de verbas para a saúde mental, em todos os níveis (BRASIL, 2002a).

A ação da sociedade civil e dos movimentos sociais é ressaltada visando a garantir que os programas de saúde mental não sofram descontinuidade por ocasião de mudanças de gestão administrativa e/ou política. Para tanto, devem ser criadas estratégias para a viabilização de maior envolvimento dos diferentes atores sociais com as questões da saúde mental. Entre estas, destacamos o papel das associações de usuários, técnicos e familiares e dos núcleos estaduais e/ou municipais do movimento da luta antimanicomial, na gestão dos serviços e na fiscalização das práticas de saúde mental (BRASIL, 2002a, p. 142).

3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia

A desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial são dois dos pressupostos teórico-epistemológicos orientadores das práticas assistenciais indicadas na e pela Reforma Psiquiátrica. Tendo isso em conta, perguntamos aos participantes da pesquisa se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas para a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referiram que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras.

As falas relacionadas na seqüência explicitam a percepção dos entrevistados sobre a questão e indicam algumas possibilidades que, segundo eles, poderiam favorecer o desenvolvimento de ações de reabilitação psicossocial.

Em parte sim, em parte; eu acho que como a gente não tem um sistema de avaliação a gente não consegue medir isso muito bem; a nossa intenção é essa, o que não quer dizer que as nossas ações consigam de fato alcançar; acho que a gente poderia fazer mais, a gente poderia ter uma articulação mais intensa e mais constante com outras instituições, com outros sistemas de atenção, além claro da própria rede de saúde, que não existe; em Florianópolis a gente não tem rede, até está se formando, dá pra dizer que está se formando, mas não funciona como rede ainda, efetivamente não funciona; a gente tem pouco contato com a atenção básica, com o PSF, que seria um parceiro importante, a gente tem pouco contato com os outros CAPS também em termos de troca, enfim, com outras instituições de saúde, então, acho que a gente ainda continua isolado, e aí pensar em reabilitação psicossocial com essas condições é um pouco mais complicado; a gente vê alguns efeitos, que a gente mede pelo usuário em si, que é o fato de que ele consegue evitar internação, que ele consegue muitas vezes voltar a trabalhar, sua participação nas oficinas passa a ser bastante diferente, enfim, mas são coisas que a gente não tem um instrumento pra avaliar (F, 12/4/2006).

Eu penso que sim, apesar de que hoje o programa de saúde mental não conta com uma rede completa de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, então, assim, a gente tem essa dificuldade; se existisse isso de forma mais estruturada, de forma mais incrementada seria mais fácil a reinserção social; por exemplo, a gente não tem leitos psiquiátricos no HU, um hospital geral, que já tem um ambulatório de psiquiatria, poderia ter um serviço de emergência, facilitaria, evitaria internações, um mercado protegido, um projeto de geração de renda também não temos, não temos os CAPS territorializados ainda, então, tem uma série de dificuldades colocadas aí que impedem essa reinserção social num tempo menor do que acontece hoje; acho que hoje o tempo que o usuário fica dentro do CAPS ainda é muito grande por conta de a gente não ter essa rede completa, que possa dar esse suporte extra CAPS. [...] eu não sei se isso acabaria institucionalizando, de certa forma sim, mas assim, isso está na pauta, e se isso está na pauta não está institucionalizando, você entende o que eu quero dizer? isso está sendo falado pro próprio usuário, isso está sendo dito pra ele, olha tu já está aqui muito tempo, o nosso objetivo pra ti, nosso projeto terapêutico pra ti seria de tu poder estar fazendo isso, isso e isso lá fora, então assim, não diria institucionalizado porque talvez institucionalizado seria quando a gente não se desse conta disso, ah não isso está rolando, o usuário está aqui há anos, ninguém está fazendo nada, continua na mesma, aí sim estaria cronificando, mas acho que não nesse sentido, de que isso está na perspectiva, a gente está querendo a inserção, a gente está querendo a rede extra hospitalar, a territorialização dos CAPS, só que a gente não tem uma série de elementos necessários pra fazer a reinserção, a política, o programa de saúde mental, aliás ele está sendo implantado, incrementado muito mais agora recentemente (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que sim, mas muito pouco ainda; elas se encaminham, elas têm como ideal, elas desejam, mas na prática isso é muito pouco feito; eu vejo que nesse CAPS a equipe acaba estando muito fragmentada porque faz milhões de coisas também, desde a parte administrativa, parte clínica, oficina, se divide; eu acho que deveria ter a equipe como um todo trabalhar nisso, mas ter também grupos de atuação, como a gente

chama de atuação local, então, ainda para o que necessita está muito pouco assim, muito aquém [...] A primeira proposta começaria via Regionais, nas Regionais; por exemplo, as pessoas iriam para os seus bairros, ver qual é a possibilidade, as possibilidades que existem pro usuário se inserir, mas não só a Regional, poderia ter um grupo mesmo, sair com o usuário, fazer a coisa mais concreta, ela é feita, mas é feito muito pontualmente (LÉLI, 4/4/2006).

Em geral sim, mas tem alguns pacientes que, por exemplo, circulam no CAPS e que não tem nenhuma indicação de estar no CAPS, então ele acaba sendo um lugar de institucionalização ou de capsização. Tem isso; isso acaba acontecendo, mas em geral não é isso; em geral eu acho que todas as nossas ações, o que a gente discute em equipe é até a tentativa de diminuir essa dependência, esse vínculo de dependência, que em algum momento ela pode ser muito importante, mas em outros ela é excessiva e acaba aprisionando o paciente dentro do CAPS, e aí o CAPS passa a ter o mesmo papel e a mesma função do hospital; e como isso é o que eles conhecem, esse repertório é o que se conhece, é mais fácil de se acostumar com ele do que ter uma nova postura, uma postura de que, não, aqui eu vou tomar conta do meu tratamento, eu vou lá fora procurar o que é meu...; não, (o usuário) acaba esperando, ah o que você falar está bom, e aí essa atitude bem passiva, que ela é muitas vezes muito cômoda pra todos nós em muitos momentos, pra uns mais que outros, essa atitude de comodismo, de esperar, é ótimo, e aí isso acontece, acaba acontecendo, embora as práticas, elas tem a idéia de que não seja voltada pra isso; não é o objetivo, mas a gente observa que as vezes é falho (J, 22/3/2006).

Essa pergunta é muito difícil [...]; eu acho que não mudou muito meu olhar, a gente tende a sustentar a institucionalização, a gente não consegue dar alta, o paciente não consegue ter alta, não consegue sair; assim, digo um paciente que realmente talvez esteja até mais comprometido com esse tempo aqui, tem paciente que está aqui desde o início; eu acho que a gente acaba reforçando um pouco isso por mais que a gente tem o desejo de que fosse o contrário; existe uma certa comodidade pro paciente também, aqui ele tem atenção, ele é aceito, não tem assim uma grande briga por ele ficar aqui; então, isso me preocupa muito, eu fico pensando: é uma contradição porque ao mesmo tempo que o nosso trabalho é voltado pra isso parece que a nossa ação acaba revertendo o contrário; a questão da cidadania, a questão da construção de outros laços, criação de outros espaços, eu acho que é muito precária ainda [...]; por isso que eu acho que a gente precisa também de ter formas de avaliação dos pacientes, muitas vezes fica assim um exemplo ou outro que você tem, aquela pessoa foi, está lá trabalhando, talvez ela não tenha também construído um elo tão pesado, tão forte com a instituição, que ela já veio, ficou um tempo, saiu, voltou a fazer outras coisas da vida; eu acho que a gente ainda está institucionalizando mais do que desinstitucionalizando [...] (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p. 14) observam que um dos caminhos mais importantes para o qual aponta a desinstitucionalização é o da criação de novas relações com a loucura. Estas se processam a partir da mudança das relações institucionais internas e de

desmontagem dos dispositivos da clínica e da psiquiatria, mas certamente não se restringe a isto. Novas subjetividades e um novo lugar para o sujeito louco só são produzidos em relação com o social. O trabalho de desconstrução da institucionalização, necessariamente, extravasa o contexto institucional específico, atingindo seu objetivo mais amplo de questionamento das instituições e subjetividades capitalísticas, a desconstrução como transformação cultural. Para os autores, através do trabalho no campo social a desinstitucionalização atinge seu sentido mais abrangente, como processo social amplo e complexo de participação popular, territorialização dos serviços, envolvimento de diferentes atores sociais, e mudança da relação social com o fenômeno da loucura.

Sobre este aspecto cabe destacar que a desconstrução do paradigma da institucionalização e a construção do paradigma da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial envolve um conjunto de ações teórico-epistemológicas e de práticas assistenciais, amparadas por um sistema jurídico-político capaz de criar e garantir direitos aos portadores de transtorno mental. De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (1987), a reabilitação psicossocial é o conjunto de atividade capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários (OMS 1987 apud PITTA, 2001).

Nesta direção, a formulação da política de saúde mental, orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais nos campos da educação, cultura, habitação, assistência social, esporte, trabalho, lazer e a articulação de parcerias com universidades, Ministério Público, organizações não governamentais (ONGs), visando a melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania do portador de transtorno mental (BRASIL, 2002a).

Com o objetivo de saber se existem e identificar quais são as práticas de reabilitação psicossocial desenvolvidas no e pelo CAPS Ponta do Coral, perguntamos aos participantes da pesquisa se existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer. Do total de profissionais que responderam ao formulário, a maioria (66,7%), disse não existir, dois referiram não saber responder, e dois destacaram que existem. Dentre os que responderam que não existem tais práticas, um observou não ter conhecimento, oficialmente, das parcerias, um deles destacou que existem poucas e de acordo com o planejamento terapêutico do usuário, e um outro disse que tem em momentos específicos, mas não de forma contínua. Entre os que

responderam que sim, um referiu-se a experiências muito pontuais como por exemplo o uso da quadra de esportes próxima, e outro identificou parcerias com fundações municipais e estaduais de cultura.

Neste aspecto, os indicativos aprovados na e pela III CNSM ressaltam a necessidade de se priorizar, no âmbito da assistência em saúde mental, políticas que fomentem a autonomia dos portadores de transtornos mentais, incentivando o exercício da cidadania plena. Devem-se buscar parcerias entre o poder público e organizações civis para o desenvolvimento de projetos sociais e comunitários, de geração de renda e de acesso a todos os direitos, que possam funcionar como apoio na (re)inserção social destas pessoas.

No estudo realizado, perguntamos aos profissionais se as práticas assistenciais desenvolvidas no e pelo CAPS possibilitam ao usuário a construção de sua autonomia. Os entrevistados destacaram a necessidade de refletir conceitualmente sobre o que seja a autonomia do portador de transtorno mental, como avaliar a autonomia da pessoa. Referiram que, em geral, o serviço consegue cumprir com a função de estimular o usuário à conquista de sua autonomia.

A questão é discutir o que é autonomia, eu sempre parto do princípio de que autonomia não é independência, autonomia na verdade é a possibilidade de a gente poder ampliar as dependências, que é a vida de todo mundo, ou seja, eu pra viver eu dependo de um monte de gente, um que paga meu salário, outro que falo aqui, outro com quem eu me ligo afetivamente, enfim, eu dependo de uma porção de gente e isso me dá autonomia porque eu posso depender de muitas pessoas e de muitas instituições, muitos sistemas; o problema do usuário de serviço de saúde mental, paciente psiquiátrico é que ele, geralmente, depende ou das mesmas pessoas ou das mesmas instituições, ou seja, a capacidade de autonomia dele está muito reduzida porque ele não tem como circular socialmente, ele ou está sempre dentro de casa ou de casa pra uma instituição, seja ela o CAPS ou hospital psiquiátrico; então, pra mim autonomia é isso, é essa possibilidade de você ir ampliando os vínculos pra que você possa depender de muitas pessoas ou de muitas coisas ou de muitas instituições porque afinal de contas, em última instância, essa autonomia tomada como independência ela é imaginária, ela é irreal, não existe; então, eu acho que a gente consegue isso, a gente consegue ampliar a autonomia dessa maneira, primeiro porque o CAPS acaba se tornando um centro de convivência, então, o efeito imediato é que a pessoa deixa de ficar sozinha ou só com a família e passa a conviver com outras pessoas, esse é o efeito imediato, passa a ter outras relações que muitas vezes se desdobram, saem daqui, as pessoas fazem programas juntos fora, pinta relacionamentos amorosos ou só relação sexual, que seja, mas enfim, é uma oportunidade nova que o cara não tinha, encontrar alguém mesmo que seja só pra transar, então, isso já é um ganho também, já implica na ampliação de autonomia; eu vejo que muita gente aprende a lidar com o serviço público, aprende a correr atrás dos seus direitos, aprende a lidar com outros serviços de saúde, passa a

procurar o posto de saúde onde mora ou passa a ir pegar medicação em tal lugar sozinho, por conta própria etc.; eu acho que a gente consegue essa função, a gente consegue autonomia nesse sentido, mas pode ser melhor, na medida que a gente tiver uma rede, que a gente se inserir nessa articulação com outras instituições, com outras instâncias, a gente consegue fazer isso de maneira mais eficaz (F, 12/4/2006).

Em alguns casos sim, eu acredito que alguns casos quando não há uma limitação interna eu acho que sim, que é possível, através até da participação nas oficinas, nos grupos terapêuticos, da adesão ao tratamento médico; muitos conseguem realmente; passaram por um episódio, uma crise, conseguiram ficar bem e voltar para as suas atividades diárias, eu acho que quando eles aderem ao tratamento, quando há essa adesão, quando eu digo ao tratamento é ao projeto terapêutico deles, e não tem uma limitação, vou colocar entre aspas “uma seqüela” da própria doença muito forte, há essa possibilidade; em alguns outros casos eu acho que é difícil, assim, não é tão fácil medir isso, o que, quem melhora, quem não melhora, aquele que consegue voltar, aquele que não consegue, as vezes alguém que tem até uma doença mais incapacitante consegue, outros não, depende, depende do apoio que ele tem, do externo, da família, ou da própria sociedade, da comunidade em que ele é inserido, isso tudo faz diferença, que tem o background do que ele era antes, isso também faz a diferença, ele consegue resgatar; quando já não se tem muito o que resgatar aí fica mais difícil trabalhar; é individualizada essa resposta, mas eu acredito que em alguns casos sim, consegue essa (re)inserção de uma maneira muito boa e gratificante para os dois, pro usuário e para os profissionais (J, 22/3/2006).

[...] dependendo de como o serviço é gerido, dependo de dentro de que política de saúde mental esse CAPS está inserido, ele pode ao invés de estabelecer uma autonomia, mesmo que ele tenha uma boa vontade de estabelecer autonomia, ele acaba tornando a pessoa mais dependente ainda do serviço; então, é uma grande armadilha a construção da autonomia, não só especificamente pro CAPS Ponta do Coral, mas pra todos os CAPS que eu tenho visto; então, a gente volta novamente na questão da avaliação, novamente na discussão dos termos, eu acho que a questão dos conceitos ela tem que estar muito clara, o que significa cada conceito, eu sempre tenho batido muito nisso; o que é autonomia? É a pessoa ter minimamente condição de governar a sua própria vida, gerir sua própria vida, Ok! a gente estimula a pessoa a fazer isso, trabalha nesse sentido com a questão da autonomia, agora, quais são os parâmetros que nós vamos utilizar pra avaliar essa autonomia, isso a gente não tem muito claro ainda, acho que necessita; então, o CAPS possibilita autonomia, mas ao mesmo tempo não tem uma análise crítica [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Não obstante, cabe-nos destacar que a compreensão sobre autonomia que orienta este trabalho refere-se “a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente”. Neste caso, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas

relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001, p. 57).

As falas relacionadas a seguir destacam como o atendimento no CAPS Ponta do Coral possibilita a construção da autonomia do usuário.

Eu acho que em formas gerais sim, na relação que os técnicos tem com o paciente; agora, as vezes, a gente tem uma postura muito assistencialista em muitas situações, um assistencialismo que acaba prendendo o paciente, institucionalizando; são situações, eu acho que as vezes a gente repensa sobre elas, não foi bem por aí, mas, assim, eu vejo as pessoas contando a história do CAPS, teve muitas experiências que foram positivas também, que chegaram a um resultado, assim, sem muito recurso, sem muito com que contar fora da própria equipe, fizeram coisas que são surpreendentes em relação a tantos pacientes; eu acho que essa maneira de você poder dar voz, poder valorizar aquilo que a pessoa faz, consegue fazer em uma Oficina por exemplo, eu acho que essa é uma maneira de você conferir uma posição mais sujeita, mais ativa mesmo (P, 17/3/2006).

Sim, eu acho que sim, só que eu acho que a gente possibilita em alguns casos, não tem uma história linear de possibilitar a todos, eu acho que tem um projeto de possibilitar, mas isso não acontece o tempo todo, porque também isso não é uma via de mão única; hoje, eu já fui mais ingênua em relação a isso, muitas vezes uma pessoa que ficou trinta anos, vinte anos no hospital psiquiátrico, eu não sei mais se ele quer ter mais autonomia, muitas vezes ele quer, não quer; se a gente entender autonomia como trabalhar, seja em qualquer lugar, com uma bolsa trabalho, entender autonomia como decidir ir final de semana para uma praia, autonomia como ir ao supermercado, escolher o que vai comer, até certo ponto sim; por exemplo, se tenta até que muitos usuários saiam no final de semana, a gente na reunião das Regionais combina que eles possam ir, no final de semana, para um passeio, e eles não vão, eles ficam em casa, só vão se o técnico for, no dia de semana; então, acaba ficando um outro processo de não autonomia; então, a luta, a intenção é que isso se dê de outra forma, que também não fique dependendo do CAPS; existe uma construção pra isso e isso acontece, em certa medida acontece, mas ainda não como gostaríamos, porque nós também temos uma idealização de autonomia [...] alguns casos tem sim, vão até um certo ponto da autonomia que é possível pra pessoa, e outros vão mais além, outros regridem (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre as possibilidades de construção da autonomia do portador de transtorno mental, Kinoshita (2001, pp. 56-57) considera que a contratualidade do usuário, primeiramente vai estar determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Estes podem emprestar seu poder contratual para possibilitar relações e

experiências renovadas ao usuário, através de seu prestígio, de sua delegação social, do saber reconhecido pela sociedade. O referido autor destaca que aos profissionais é dada a capacidade de elaborar projetos, isto é, ações práticas que venham a modificar as condições concretas de vida do usuário.

A entrevista citada na seqüência relaciona a construção da autonomia do usuário a ações que envolvem outros serviços e outras políticas sociais como uma possibilidade para que o portador de transtorno mental adquira sua independência econômica. No caso, a profissional refere-se a Política de Assistência Social, através do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Outro recurso financeiro que pode ser acessado pelos egressos de internações psiquiátricas prolongadas é auxílio reabilitação psicossocial instituído com o Programa de Volta Pra Casa, através da Lei Federal N° 10.708/2003.

[...] um outro elemento pra isso (autonomia) são os usuários que estão totalmente desprovidos de qualquer recurso material que conseguem o BPC e isso garante autonomia porque ele tem o mínimo pra poder dar conta das suas necessidades materiais; então, muitas vezes, ele está numa condição muito vulnerável e aí passa a poder comprar aquilo que ele deseja, minimamente, porque é muito pouco o valor, mas consegue algumas coisas e isso garante essa autonomia, porque as vezes ele fica na família, fica sendo aquele peso que só incomoda, que não tem recurso financeiro nenhum porque ele está fora do mercado de trabalho mesmo, então, aí o benefício da previdência social também é um elemento de autonomia e de reconstrução da cidadania, mas entre todos esses outro que eu falei, do próprio material que ele tem contato na oficina terapêutica que ele consegue produzir algo; aquele usuário que é egresso do hospital psiquiátrico de polireincidência nas internações que consegue produzir uma peça bonita e que essa peça é vendida e que depois recebe o dinheiro dessa venda, também confere autonomia, confere cidadania, auto-estima (VIK, 24/3/2006).

Entendemos que a possibilidade de ter recurso financeiro próprio favorece sim a independência econômica do portador de transtorno mental, possibilitando-lhe uma vida com maior autonomia. Contudo, conforme destacou a entrevistada este é só um dos elementos que compõem o rol das necessidades humanas. A reabilitação psicossocial é um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia (KINOSHITA, 2001). Neste sentido, reabilitação e construção da autonomia caminham lado a lado.

3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental

A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos entrevistados como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista jurídico-política dos direitos do portador de transtorno mental.

Eu acho que hoje a gente já tem uma rede assistencial muito mais capacitada e quantitativamente significativa; no Brasil já são 800 CAPS; o fato de que tem recurso financeiro do Ministério da Saúde destinado, especificamente, à saúde mental, isso facilita a criação do serviço no município; em termos das modificações em relação ao que seja a loucura, o que seja o transtorno psíquico, acho que apesar das dificuldades a gente já conseguiu avançar com relação a isso, a gente já conseguiu trazer a discussão pra sociedade de uma outra maneira, levantando a necessidade de olhar isso também de uma outra forma; a medida que as pessoas começam a sair dos hospitais e voltam a morar seja em residências terapêuticas, seja com a sua família, e conseguem se manter bem dessa maneira isso também vai mudando o olhar das pessoas, pelo menos daquelas que o cercam; os projetos que a gente chama de modificação da cultura, a modificação da cultura manicomial, isso eu percebo que há um avanço, gradual, lento, tem um monte de resistência, mas a gente consegue, conseguiu, tem conseguido, e isso implica também no avanço político, no sentido da garantia do direito, no sentido de ter algumas prerrogativas preservadas com relação ao direito do usuário; então, eu vejo que de uma maneira geral a gente tem avanços e avanços muito significativos se a gente compara o que era transtorno mental há vinte, trinta anos, nesse país, tem coisas muito importantes que eu identifico (F, 12/4/2006).

Acho que a própria existência de CAPS, os hospitais dia, de ambulatórios de saúde mental, próximos as casas de onde o paciente mora, o Programa de Volta pra Casa, a possibilidade de uma residência terapêutica, são todas medidas atuais e dispositivos atuais que possibilitam essa nova forma de encarar o que alguém portador de transtorno mental pode ocupar, o que eles podem ocupar; então, eles podem ocupar os espaços, eles podem começar a fazer parte daquela comunidade (J, 22/3/2006).

A fala a seguir expressa como foi, historicamente, se alterando a forma de assistência ao portador de transtorno mental e de atenção em saúde mental na política de saúde do município.

Eu acho que a questão de criar um espaço que é aberto já é uma conquista; eu acho que hoje a gente tem essas possibilidades de CAPS, no posto de saúde mesmo; [...] quando eu comecei a trabalhar na prefeitura, há 20 anos atrás, assim, era uma equipe de um psiquiatra com mais um monte de estagiários de psicologia que saía em uma Kombi velha pra fazer alguma coisa, quando pintava um problema lá com um paciente do Campeche por exemplo [...]; não tinha nada na prefeitura há 20 anos atrás de saúde mental, então, hoje já tem, está se criando uma rede, tem profissionais nos postos, tem psicólogos, se pensa em fazer treinamento de agente de saúde, treinamento de clínico geral, já se fez algumas coisas; eu acho que isso, imagino que alguém que fica confinado dentro de um espaço, ele ter a possibilidade de circular, mesmo o pessoal do HCTP, eu acho que pra eles, assim, tem uns que não querem muito mais que isso na vida, pelo menos eles não estão tendo que trabalhar duramente como trabalhavam quando eram crianças, vem aqui, circulam, comem uma comida, anda aqui, vê televisão, bom! talvez essa seja a vida que eles querem, talvez seja...., já sai lá daquela estrutura fechada (P, 17/3/2006).

Na seqüência, a entrevistada relaciona algumas formas de exercício da cidadania que o usuário pode acessar com o tratamento no CAPS.

É, se for pensar que muitos usuários eles tiveram uma história, antes do surto, de uma vida organizada socialmente, trabalhando, talvez seria a reconstrução da cidadania, mas a medida que vem todo o isolamento propiciado pelo hospital psiquiátrico, todo o estigma do transtorno mental que a própria comunidade coloca, realmente de fato foi perdida; quando ele chega no CAPS e se propõe a se beneficiar desse espaço, assim, de fato se vincula ao projeto terapêutico dele, acho que ele consegue reconstruir elementos pra essa cidadania, num primeiro momento autonomia, acho que o cartão do vale transporte, o exemplo que eu posso dar, o cartão do vale transporte que é oferecido no período que ele tem tratamento aqui é o mesmo cartão do cidadão que vai comprar lá no SETUF, então, aquele usuário que é estigmatizado, eu já presenciei essa cena, um usuário de uma comunidade de periferia que era o louco do bairro, ele entrou dentro do ônibus com o mesmo cartão que qualquer outra pessoa, passou o seu cartão, veio pro CAPS, depois foi embora pra sua casa, então, isso já é um elemento, muito pequeno, mas é um primeiro elemento talvez, que começa aí, de ele se reconhecer enquanto sujeito, enquanto cidadão, e depois aqui também, a possibilidade de participação, no momento que ele consegue produzir algo numa Oficina, no momento quando ele consegue, na clínica, se dar conta dos seus conflitos e ter mais qualidade de vida nas relações [...] (VIK, 24/3/2006).

Uma das entrevistadas fez destaque às formas de atuação que, na sua opinião, representam conquistas significativas e correspondem a práticas que favorecem o exercício da cidadania do portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Avanços, pra começar, acho que o grande avanço foi a Reforma Psiquiátrica, a construção do CAPS, dos CAPS, as portarias que fazem com que os hospitais psiquiátricos sejam substituídos por vários CAPS, esse foi o grande avanço em primeiro lugar, porque é o momento de tirada das pessoas desses castelos, dessas muralhas, não só porque ficaram ali presas, mas de todo aquele sofrimento mesmo, de miséria, enfim, como os últimos dos últimos, então, eu acho que esse é o primeiro ponto, é que os sofredores de transtorno psíquicos e mentais não ficassem segregados, mas poder estarem sendo mostrados e expostos - uma parte da sociedade, são pessoas que podem transitar, que estão aí, não necessariamente precisam ser escondidos como uma vergonha; junto aos CAPS, isso não caminha sozinho, tem a construção as redes de atenção básica também; [...] mas quando fala em cidadania acho que tem três eixos: um é a construção do CAPS, de serviços como o CAPS, outro são as residências terapêuticas e o outro a economia solidária; hoje eu vejo como isso, assim, esses três projetos, que foram feitos com luta, porque a primeira luta foi dos hospitais, então, tem as portarias que substituiu os hospitais por CAPS, progressivamente, tem toda a luta do movimento antimanicomial, tem as leis que protegem, tem esses três eixos; residência terapêutica é um lugar de resgate à cidadania porque a pessoa vai poder estar numa casa, vai poder comprar um bombril pra limpar a panela, vai poder comprar tomate e batata, vai começar a transitar no meio de outras pessoas, com a vizinhança, a se autogerir, poder fazer escolhas para sua casa, onde ele quer botar um quadro, onde ele quer botar o guarda-roupa, sua roupa, com outros colegas, mas enfim...; tem também a economia solidária que é o momento de autogestão, de fazer escolhas também, de decidir sobre sua vida, em uma certa instância, porque em última instância, em última análise ninguém daqui decide sobre a sua vida, nem eu, nem tu, a gente já nasce num sistema que te absorve e a gente é o que em última análise o capitalismo quer que a gente seja mesmo, nossa roupinha, nossa comida, nosso padrão de beleza, tudo a gente faz como é vendido; eu acho que essas iniciativas, porque a economia solidária não é só cooperativa, não é só associação, não é somente, é uma outra forma de produzir trabalho e discutir sobre esse lucro, que antes estava na mão de algumas pessoas, então, é dividir, eu também decido sobre o que é o meu trabalho, eu não me alieno dele, mas eu sei onde é que vai o meu trabalho (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Fleury (2004, p. 4), os grupos excluídos estão, em geral, impossibilitados de participar das relações econômicas predominantes no mercado, como produtores e/ou consumidores, e das relações políticas vigentes, os direitos de cidadania. Segundo a autora, esta situação é agravada pela transformação das políticas públicas de proteção social, afastando-se de um modelo de seguridade social, que buscava assegurar coletivamente o mínimo vital para todos os cidadãos, em direção à individualização da pobreza e da exclusão.

Conforme aponta Pitta (2001), o homem moderno, acriticamente, persegue formas de inclusão social pelo trabalho, desconsiderando o fato do trabalho não ser nem

tão disponível nem tão flexível para suportar as diferentes demandas individuais e coletivas que a sociedade moderna impõe. Não obstante, a tradição asilar e assistencialista das instituições psiquiátricas, historicamente, caracterizou-se pela função de excluir os marginalizados, produtos das disfunções do modo de produção capitalista e da divisão social do trabalho. Em geral, a população internada, e muitos dos egressos de hospitais psiquiátricos atendidos nos CAPS, está cronificada, com poucas chances de retorno ao mundo do trabalho capitalista.

A fala relacionada a seguir traz a compressão e reflexão, do profissional entrevistado, com relação ao conceito de cidadania e as implicações práticas deste quando se tem como parâmetro uma concepção e um modelo de cidadania pautado na lógica da racionalidade.

Eu tenho visto que está se percebendo uma maior clareza da necessidade dessa cidadania do portador de transtorno mental, porém ainda falta um pouco mais de discussão em nome de que direitos o portador de transtorno mental tem pra fazer cidadania, porque é assim, a cidadania dentro desse modelo francês - igualdade, fraternidade, liberdade, ela exige muito a questão da razão, pra você exercer cidadania você tem que falar em nome da razão, e muitas vezes o usuário, quando está em crise acaba não falando numa razão, acaba falando uma desrazão, e aí como fazer? como dar conta disso? ainda não temos resposta, em nome de que cidadania é reinventada uma cidadania para os loucos, mas tudo bem, isso é pra gente pensar; então, o avanço que tem em relação a construção da cidadania é quanto mais ter associação de usuários em que se discuta cidadania, mais vai ter cidadania, que eu não acredito que os CAPS tenham trabalhado muito nessa lógica, porque acaba não discutindo a questão da cidadania, que cidadania é essa, o que se entende por cidadania, o que é o ser cidadão [...](GIRASSOL, 20/3/2006).

A cidadania integra as exigências de justiça e exercício democrático do poder; o sentimento de pertencer a uma comunidade e de estar integrado a uma dada coletividade social, em determinado espaço territorial (FLEURY, 2004). A idéia de direitos do cidadão – civis, políticos e sociais – remete a construção dos Estados nações, em que o princípio das nacionalidades precede o ideal filosófico cidadania universal. A cidadania, definida pelos princípios da democracia, constitui-se na criação de espaços sociais de luta (movimentos sociais) e na criação de instituições permanentes para a expressão política; significa, necessariamente, conquista e consolidação social e política (VIEIRA, 2002, p. 40). Ainda, a cidadania passiva, outorgada pelo Estado, se diferencia da cidadania ativa, na qual o cidadão, portador de direitos e deveres, é essencialmente criador de direitos para abrir novos espaços de participação política.

Diversos são os obstáculos para o exercício da cidadania do portador de transtorno mental entre estes a vinculação dos direitos a racionalidade instrumental-cognitiva da ciência; a vinculação da sua prática a inclusão controlada no mundo do trabalho, modelo este que, no caso brasileiro, é denominado por Santos (1979) de cidadania regulada. Vasconcelos (2000b, p. 191) indica que, para aqueles que assumiram a proposta da desinstitucionalização e reinvenção da cidadania no campo da saúde mental, há de considerar que estamos diante de um terreno de relações de forças complexo e paradoxal, em que a manutenção do caráter democrático nas relações exige abandonar esquemas conceituais lineares, onipotentes, que queiram garantir de antemão a sua eficácia.

Fleury (2004, p. 12), observa que “a mediação entre os indivíduos e o Estado, através da igualização realizada na cidadania só é efetiva, na medida em que a sociedade civil seja capaz de realizar as funções de agregação dos interesses, reconhecimento dos sujeitos e sua inserção na esfera pública. Só assim a cidadania deixa de ser um invólucro legal e passa a ser um exercício na vida social”. Portanto, uma visão mais ativa de cidadania requer um sentido de sociedade civil como uma esfera pública onde os cidadãos se encontram em reconhecimento mútuo, e isto faz possível a sociedade plural.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referiram que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental substitutivos ao modelo tradicional/asilar. As falas a seguir identificam estas dificuldades fazendo uma análise da questão na realidade da sociedade capitalista atual.

Tem o mito de louco, do louco perigoso, do louco imprevisível, é algo que pesa muito [...], que é a lógica do mercado; pra nós, basicamente, estar inserido na sociedade é estar trabalhando, a gente se pauta muito por isso, pra poder se considerar inserido, vinculado no mundo você tem que estar no mercado de trabalho e, muitas vezes, essa lógica enlouqueceu muita gente, e as pessoas não conseguem, principalmente os usuários dos serviços de saúde mental, os psicóticos em particular, tem muita dificuldade em entrar nessa lógica, e se submeter a ela, coisa que pra qualquer um tem um custo muito alto em termos de saúde, eu digo quem está inserido mesmo no mercado de trabalho, em termos de saúde, de relação com a sua família, com as pessoas que gosta, com os amigos etc., isso tem...; viver para o trabalho é algo que pra nós é insalubre de uma certa maneira, a gente não faz outra coisa a não ser trabalhar; então, pra essas pessoas que estão fora do mercado de trabalho

é muito complicado poder voltar, o que sobra é uma rede de assistência que na nossa realidade é sempre capenga, sempre parcial, tem dificuldade em aceitar o louco por conta desses mitos, e, também, da própria resistência do usuário, da pessoa com esse tipo de dificuldade de entrar nessa lógica, no que ele de uma certa maneira faz muito bem, algo que cria outros problemas pra ele (F, 12/4/2006).

São tantas, é assim, primeiro lugar, eu vejo assim, com todo o preconceito que tem da loucura, tem uma coisa no nosso sistema capitalista que é a questão da produção, produção de capital, produção de bens, e inserção no comércio, no mercado de trabalho, então, o portador de transtorno, sofrimento mental, ele a princípio, quando ele está nesse estado, ele não é produtivo, produtivo pra esse sistema capitalista, ele não trabalha, ele não consome muito, porque ele não vai ter dinheiro, portanto, isso de maneira geral, a gente sabe que as pessoas de posse, que a loucura, o sofrimento psíquico ele atravessa qualquer classe, mas 90% tem isso; então, a princípio existe a exclusão, já existe esse preconceito também, mas muito mais que isso, que a sociedade de fato ela é dividida entre os que produzem, os que fazem a engrenagem funcionar e os que estão a margem, então, o usuário é mais um que está a margem, assim como o menino de rua, os rapazes do morro, então, ele é mais um, também, que causa incomodo, e ele no Estado, das políticas públicas do Estado ele seria como só o gasto, não seria mais uma produção; além de ser uma sociedade racionalista que tem toda a sua formação no discurso, no discurso reto, no discurso racional, na fala, a fala racional, na linguagem articulada como o único meio privilegiado de comunicação, e o usuário, muitas vezes, não tem esse instrumento, por conta da sua fragmentação, da sua história, da sua medicação, da própria coisa do delírio, muitas vezes ele não tem o tempo todo essa fala coerente, esse discurso, dessa forma já faz com que ele não seja inserido, uma vez que ele é a minoria digamos assim (LÉLI, 4/4/2006).

Hoje, a gente fala muito em rede de atenção psicossocial; eu percebo que é uma rede que ela tem que estar instituída, que são locais de proteção para o portador de transtorno mental, são as certezas, são os caminhos certos que os usuários teriam, a rede; o problema a começar é que nós não temos essa rede instituída, entendo por rede: emergência psiquiátrica ou emergência em atenção psicossocial em hospital geral, CAPS III, CAPS II, CAPS criança e adolescente, CAPS álcool e droga, associação de usuários, escritório jurídico para amparar o direito do portador de transtorno mental, atenção primária em saúde mental, equipes volantes, centros de convivência, enfim, tudo o que preconiza a rede em atenção psicossocial, esse seria o primeiro passo; então, essa dificuldade, não temos a rede em atenção psicossocial, esse é um passo; segundo, o próprio imaginário social das pessoas em relação a loucura e ao louco, isso é uma outra dificuldade, que daí entra em cena o estigma e o preconceito, onde o portador de transtorno mental passa a não ter crédito na comunidade, e isso ainda é uma dificuldade; e, claro, depois tem toda a questão do trabalho, as cooperativas de trabalho, que ainda não se discute muito em Santa Catarina, não conheço nenhuma cooperativa social de trabalho para portadores de transtorno mental, que é uma forma de gerar trabalho diferente dessa preconizada pelo modo de produção capitalista, que você tem que produzir pra receber, isso é uma outra dificuldade, a dificuldade em cima da questão do trabalho, do emprego, que muitos acabam tendo seu reconhecimento, sua valorização em cima

do dinheiro que tem no bolso, o poder contratual que a pessoa possa ter, as vezes, na sociedade, é o quanto ela tem no bolso, e a maioria dos usuários não possui isso, e é aonde muitos acabam querendo se aposentar para poder ter o seu dinheiro, que não tem outra alternativa ou clareza do que fazer pra ter dinheiro, então, esse é um problema enorme na questão da reinserção social (GIRASSOL, 20/3/2006).

Os participantes da pesquisa apontaram que uma das possibilidades para a (re)inserção familiar e social pode ser a separação das oficinas produtivas da área física do CAPS. Esta proposta e os projetos de geração de renda via economia solidária foram apontadas por alguns dos entrevistados como uma das alternativas para a realização de uma maior integração do serviço com a comunidade, bem como a melhor adequação do próprio espaço físico do CAPS.

[...] a questão do projeto de geração de renda, que eu acho que de fato está faltando, inclusive a gente já está também se mobilizando pra tentar criar um projeto nesse sentido, porque os usuários aqui, nas oficinas terapêuticas produtivas, eles conseguem ter acesso ao material específico de cada oficina produtiva, também, a técnica de produzir o artesanato, mas não tem mercado; eles conseguem vender as peças, conseguem resgatar uma grana, mas não é suficiente pra poder manter ele, manter as condições de sobrevivência; então, precisa implantar essa geração de renda, de fato acho que vai dar um gás pra essa (re)inserção dos usuários que estão sendo tratados do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Já para uma das profissionais entrevistada as dificuldades na (re)inserção social estão mais relacionadas a questões de singularidades dos portadores de transtorno mental.

Eu acredito que volta de novo pro estigma, vai voltar pra própria incapacidade, pra própria dificuldade do usuário, do paciente; muitas vezes eles poderiam fazer algo muito mais do que fazem, e aí tem o medo, o medo deles, o medo de eles terem de enfrentar a própria doença, de eles terem que enfrentar os outros, e a hora que eles conseguem fazer esse movimento aí vem o medo do outro, aí é mais fácil ficar parado, aí volta pro comodismo, mas de alguma forma se a gente consegue..., aí não precisa de grandes movimentos, eu imagino que pequenos movimentos dentro da comunidade, que seja, alguém ir conversar com o diretor da escola, ir conversar, aí a diretora consegue conversar na sala, vamos supor que tem alguns pacientes, mais jovens, que pelo surto psicótico deixaram de ir e aí não retomam, não retomam porque tem medo, porque as vezes vão rir dele porque ele é louco; então, pequenas intervenções, elas tornam possível mudar um pouco essa inserção, essa reinserção, mas a gente esbarra de novo na falta de técnicos pra fazer isso e também acho que até por uma falta de equipe, aí volta pra equipe, entende, não tem uma equipe que pense isso em conjunto, que age em conjunto e aí como fica muito personalizado, individualizado os atendimentos, cada um vai pra..., eu vou pro meu consultório, outro vai pra oficina e aí não tem a equipe (J, 22/3/2006).

Outra entrevistada referiu-se ao estigma e preconceito existente por falta de conhecimento e divulgação, exposição, seja nas universidades ou por parte dos próprios serviços de atenção, sobre saúde mental.

Bom, eu acho que entre elas a questão do estigma, do preconceito, e não é um preconceito.... a gente sabe que tem riscos em algumas situações, a gente também as vezes tem medo de algum paciente, te dizem ah fulano matou três pessoas..., não é um preconceito que nasce do nada, muitas vezes é um preconceito que de alguma forma é compreensível, mas você não pode ah então ta...; eu acho que não existe muito, você não vê muito nos meios de comunicação uma campanha em torno da desestigmatização, você vê de outras coisas, com relação a aleitamento materno, outras questões da política de saúde; com relação a saúde mental eu acho que se fala pouco na sociedade, se discute pouco; por exemplo, na universidade, até não sei se lá na saúde pública o pessoal da saúde mental tem feito mais coisa, até os alunos que vem fazer residência aqui, a primeira reação deles é: a gente está aqui e tem medo, nem eles foram preparados pra isso, então, você começa a avaliar que tem uma falta..., não se fala muito no assunto, acho que assim, não se fala no assunto na sociedade; assim como se faz grupos de mulheres lá nos postos de saúde pra tratar de questões de sexualidade, muitas vezes faz sala de espera pra tarar de questões..., não se faz uma sala de espera pra falar de saúde mental; então, eu acho que talvez assim, a gente pensar, bom! nós estamos nisso (na saúde mental) e nós nunca fomos fazer uma sala de espera no posto de saúde da Agrônômica pra falar de saúde mental, pra falar do CAPS, quem sabe a gente também precisasse fazer algumas coisas assim, começar uma divulgação maior; acho que pouca gente de fora do serviço, fora das pessoas que trabalham na saúde mental sabem da política do Ministério pra saúde mental, que existe uma política de criação residências terapêuticas; eu li relatos de pessoas no Rio (RJ) que tiveram muita dificuldade de alugar pra se fazer uma residência terapêutica, num prédio então, quando ficaram sabendo que eram pessoas que vinham de hospital psiquiátrico ninguém quis; então é muito difícil, e ao mesmo tempo tem experiências positivas, tem pessoas que estão na residência e diz que a vizinhança viu que eles não são bichos, que eles podem interagir, podem estabelecer laços de vizinhança, então, tem algumas experiências boas e algumas experiências que são difíceis (P, 17/3/2006).

No contexto do estudo foi perguntado aos profissionais entrevistados se a atual organização dos serviços de saúde mental favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais. Conforme pode ser observado nas falas relacionadas, as opiniões foram divergentes. Dois deles observaram sobre a necessidade da existência de diversas instituições e serviços articulados e integrados à proposta da rede de saúde mental para que seja possível favorecer a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental

Embora a estrutura se localize no município, pelo menos eu estou pensando em termos de utilização da rede; então, a gente tem no Brasil inteiro muita diversidade, tem cidades onde a rede está montada, foi instituída e funciona legal, não é o caso de Florianópolis, a gente tem dá pra dizer poucos serviços, são só três CAPS que deveriam estar regionalizados ou territorializados, mas não estão, e tem algumas equipes de saúde mental nas Regionais, nas sedes das regionais, então, eu vejo assim, tem uma rede a ser constituída, ela precisa criar os mecanismos pra que a pessoa possa usar isso como rede, isso em termos de atenção à saúde, quando eu falo em rede eu também não estou pensando só em serviço de saúde, estou pensando que há uma possibilidade de a gente ter uma rede que inclua outros serviços, que não sejam só os de saúde, só os especializados, que eu acho que é a nossa necessidade, você incluir outras instituições, outros programas, enfim, que tenham vinculação com a cultura, com o trabalho, com a arte, produção do conhecimento, com as universidades por exemplo, as universidades são um campo excelente, seriam um campo excelente pra gente poder trocar um monte de coisas, pelos programas de extensão que eles tem, pelos projetos comunitários etc., a gente podia estar fazendo parceria com as universidades, mas não conseguimos, não sai, não rola; [...] a saúde mental eu acho que é o melhor exemplo desse distanciamento porque é difícil encontrar uma universidade onde a Reforma Psiquiátrica esteja incluída, ou mesmo os temas da reabilitação psicossocial estejam incluídos nos currículos dos cursos de saúde, é raríssimo (F, 12/4/2006).

Então, essa rede montada de forma territorializada, principalmente, eu acho que esse aspecto da territorialização é fundamental, é chave pra conseguir a reinserção social, não só por facilitar o acesso do usuário, mas pelo fato de o serviço estar ali no seu território, isso é fundamental, além disso, o projeto de geração de renda, as vagas, os leitos psiquiátricos no hospital geral, é todo esse contexto que precisa ser implantado para de fato poder facilitar o trabalho de cada instituição dessas, seja do CAPS, seja do projeto de geração de renda, ou do próprio hospital geral, como um todo, assim, essa engrenagem funcionando bem aí sim vai ser mais rápida a reinserção social do usuário portador de transtorno mental (VIK, 24/3/2006).

A partir das colocações dos participantes da pesquisa, destaca-se a importância da rede de serviços na construção da cidadania das pessoas atendidas pelas políticas de ativação, as quais, segundo Fleury (2004), tem como objetivo a inclusão social de conjuntos populacionais definidos a partir da territorialidade. Tal proposta pretende tratar o território como um componente, tanto material como simbólico, da esfera pública. Neste sentido, a construção da cidadania passa, necessariamente, pela reconstrução das cidades e potencialização da rede de serviços na valorização das características objetivas e subjetivas da demanda local.

Na seqüência, um dos entrevistados enfatiza que a forma como são pensados e estão organizados os serviços de atenção não favorece a construção da cidadania dos usuários.

Não, não favorece, porque, primeiro, os serviços de saúde mental estão sendo construídos pra quê? Não tem muito claro ainda pra quê que se tem atenção básica em saúde mental hoje, pra quê se constrói centro de convivência, pra quê tem o CAPS? acho que o objetivo do serviço parece não estar muito claro, talvez eu esteja enganado; veja bem, a atenção básica é mais no sentido pra estar discutindo os seus conflitos, minimizando os “sintomas psiquiátricos”, e aí acaba não tendo um trabalho de reflexão sobre o contexto que a pessoa está inserida; [...] a questão da cidadania tem a haver..., quanto mais articulada for a pessoa, quanto mais ela se envolver com as lutas sociais, mais cidadania ela vai exercer, quanto mais clareza, mas crítica, mais conhecimento ela vai ter, ela vai desenvolver cidadania; então, a forma hoje como os serviços estão organizados, ela acaba não favorecendo essa questão da construção da cidadania porque ainda vem de uma lógica de modelo centrado no transtorno mental (GIRASSOL, 20/3/2006).

Uma outra profissional considerou ser difícil avaliar a questão pelo fato de a rede de serviços não estar implantada por completo, e por não ter avaliações sistemáticas dos resultados.

Olha, eu não sei se a gente já tem condições de fazer uma avaliação, a rede está meio que andando [...] assim, qualquer coisa que eu vá dizer é, assim, referente uma experiência ou outra, não sei se a gente tem condições de fazer uma avaliação enquanto rede; por exemplo, eu vi muitas experiência positivas em cidades como Campinas (SP) que eles já tem há mais tempo, por exemplo, residências terapêuticas, tem desde o começo dos anos 1990, tem muitas experiências boas de pessoas que conseguem transitar na vida, tem gente que está trabalhando; [...] eu acho que a gente precisa além de ter a política, de ter a carta de intenções, a gente precisa ter avaliações também, eu acho que uma questão dessa eu sinto que precisa ter uma forma mais sistemática de avaliar, qualquer coisa é uma coisa mais ou menos um olhar particular pra aqui pra ali, acho que no todo a gente não tem (avaliação sistemática), pelo menos eu não conheço ainda, pode ser que estão fazendo e eu não saiba ainda (P, 17/3/2006).

Já para duas das entrevistadas, a atual organização da rede de serviços na política de saúde mental favorece sim a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental.

Sim, eu acredito que sim, na teoria ela é muito importante e acho que trabalhando em todas as instâncias, se a gente for pensar naqueles mapinhas, os ambulatórios, os CAPS, hospitais dia, a escola, e os centros comunitários, os postos de saúde, todos capacitados; eu acredito que sim, a rede ela é bem estruturada e ela possibilita aos portadores de doença

mental, enfim, terem uma reinserção melhor e maior na sociedade, e também de entendimento do que ele tem, do que ele pode fazer, quais são os recursos que ele tem também pra lidar, dentro dessa rede (J, 22/3/2006).

Acho que sim, favorece, se tu me perguntasse se ela resolve, eu diria que não claro, ou até que ponto ela resolve, mas favorece sim, eu acho que tem um favorecimento relacionado a forma que as pessoas eram tratadas, acho que favorece muito mais (LÉLI, 4/4/2006).

É possível perceber nas falas relacionadas acima a preocupação com a efetiva implantação da rede de serviços em saúde. As redes, conforme proposto na política de saúde mental, possuem muitos centros, muitos nós que as compõem e as tornam complexas e resistentes. Estão embasadas na noção de território, como um sistema de relações e estruturas, muito mais que um simples espaço geográfico. O fundamental neste processo é que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento.

Neste sentido, torna-se de fundamental importância refletir sobre o exercício da cidadania no contexto das políticas públicas, cada vez mais segmentadas e focalizadas. Para Fleury (2004, p. 2), “as políticas atuais de inserção buscam reafirmar a natureza contratual do elo social em novas bases, com a revalorização do local e comunitário e a transformação do Estado em um animador e mobilizador de recursos societários. Reduzido a mantenedor da estabilidade de uma ordem econômica que produz a fragmentação e a exclusão social, o Estado, busca atuar de maneira compensatória e focalizada, atendendo aos grupos mais vulneráveis e/ou potencialmente ameaçadores da ordem social, por meio da convocatória da solidariedade lançada aos diferentes setores inseridos na ordem econômica. No entanto, a incapacidade de alterar as condições estruturais de produção da exclusão mostra os limites das políticas de ativação, cuja promessa de inserção social carece de expectativas de emancipação dos sujeitos e coletividades beneficiários”.

3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica

Os CAPS compõem o rol de serviços do modelo psicossocial de atenção em saúde mental proposto na e pela Reforma Psiquiátrica. Perguntamos aos entrevistados qual seria o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica e obtivemos como

resposta que este teria a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos ideais da própria Reforma.

Eu acho que a função imediata ela é servir como um ponto de articulação, porque a gente consegue criar um ambiente que é relativamente protegido e que dá ao usuário as condições de ele poder participar de outros circuitos; fundamentalmente é essa a função, de articulação; eu lembro de uma discussão que a gente fazia, em Brasília, uma vez, sobre essa importância excessiva que os CAPS acabaram adquirindo, como quase que o central do sistema hoje é o CAPS, mas ao mesmo tempo a necessidade de se ter um espaço como esse, principalmente, pra quem está vindo de uma internação prolongada ou pra quem sempre passou a vida dentro de um hospital psiquiátrico, se tem que ter um pólo, uma instância articuladora pra poder fazer a passagem, porque o cara não vai sair do hospital e retomar sua vida imediatamente, não vai, ele tem uma série de dificuldades que ele não consegue vencer, e o CAPS, nesse sentido, a função seria essa, de poder..., tem uma expressão que eu acho interessante que é: emprestar poder de contratualidade, ou seja, poder dá um certo aval de que esse sujeito pode participar novamente ou pode participar pela primeira vez dos circuitos sociais, pode fazer laços com outras pessoas, com outras entidade, outras instituições, esse é o aval que eu acho que um CAPS pode fornecer e essa é sua principal função (F, 12/4/2006).

É pensar o CAPS como um espaço em que o paciente vai estar usando e tendo apoio para os momentos de crise, e fora os momentos de crise, também, que não seja hospital, e aí, dentro da Reforma eu acho que o CAPS ele é fundamental, assim como os hospitais dia, é que aqui em Florianópolis a gente não tem hospital dia, mas eu acho que os moldes do CAPS (eles estão) é muito próximos, as vezes até é difícil dizer o que é um o que é outro; esse momento de transição do hospital para a sociedade, nesse momento o CAPS é algo muito importante, ele dá, é capaz de conter, dar uma continência pra o usuário, isso a gente percebe mesmo quando não tem nada, o paciente já está muito bem, eles voltam quando estão em crise, sem ter nada marcado, e só de estar aqui pra muitos já é confortante, então, a gente percebe que essa continência, esse acolhimento, e saber que ninguém vai vir aqui e amarrar e conter, porque acho que esse é o medo, de todo mundo, acho que isso já possibilita a procura, eu estou mal vou lá, vou buscar a ajuda do CAPS (J, 22/3/2006).

Eu diria que o CAPS seria o pensador da estruturação da rede de saúde mental, que via de regra o CAPS acaba sendo pra municípios de médio porte o primeiro serviço a ser instituído no território, no município, aí o CAPS acaba assumindo essa responsabilidade, a portaria fala bem disso, a 336, do que compete ao CAPS, e tem vários itens lá, entre eles organizar a rede de saúde mental no município, porém, acaba sobrecarregando os profissionais de saúde mental que atuam nesse CAPS; então, a importância do CAPS na operacionalização da Reforma, ele é importante enquanto um dispositivo crítico, ou seja, se o CAPS não ter a clareza do que seja a Reforma Psiquiátrica ele não vai

operacionalizar, ele só vai operacionalizar a Reforma Psiquiátrica quando ele entender que Reforma Psiquiátrica é o processo social complexo que se configura pelas quatro dimensões, enquanto ele não repensar, refletir a sua prática, o que ele está fazendo, o que não está fazendo, ter mais autocrítica, ele não vai conseguir operacionalizar a Reforma Psiquiátrica; ele tem importância porque tem vários atores, vários profissionais, é um time de pessoas, muito rico, envolvidas que estão no CAPS; agora, enquanto não ter claro o que é Reforma Psiquiátrica, esse processo, não vai conseguir fazer nada; ele é importante, mas se não tiver clareza de Reforma... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Na medida que o CAPS é a primeira, digamos, unidade, primeiro serviço que se propõem a substituir o hospital psiquiátrico já existe nisso por si só a sua importância; é substituição e não que a pessoa não possa ser internada, mas a idéia é que seja nos hospitais gerais, em algum leito nos hospitais gerais, então, bom, o CAPS é o primeiro ponto, é o primeiro lugar onde a pessoa vai passar o dia, onde vai ser tratado de outra forma o seu sofrimento, então, a importância dele está nisso, na importância política e clínica também (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que o CAPS, fundamentalmente, ele faz a clínica; se tem essa rede montada o CAPS faz a clínica, ele faz o atendimento psicossocial do usuário portador de transtorno mental, ele atende as questões mais subjetivas, e de fato toda esse mix de previdência social, a medicação, o atendimento psicológico, atendimento de enfermagem, mas se existe essa rede montada e aí vamos ter um projeto de geração de renda, aí ele vai fazer geração de renda, todas as Oficinas vão acontecer ali e não dentro do CAPS, o CAPS deveria estar na comunidade ele deveria estar territorializado (VIK, 24/3/2006).

Acho que todo mundo gostaria que ele pudesse ser um eixo desencadeador de todos esses ideais da Reforma Psiquiátrica, que a partir disso se experimentasse uma nova relação, que o paciente pudesse estar se soltando mais pra vida, pra construir seus projetos, seus ideais; acho que é muito importante poder retirar pessoas que estão enclausuradas há anos, criar esses mecanismos como residências, etc. pra pessoas que não vão resgatar os vínculos familiares, tem que procurar outras alternativas; acho que o CAPS ainda é uma instituição que é fundamental nessa política, ainda acho que ela pode fazer um papel importante; no dia-a-dia é um pouco mais difícil porque as vezes a gente não tem tantos mecanismos de avaliações, muitas coisas que também a gente vai capengando; quando você vê algumas experiências de pessoas que estão conseguindo dar conta da sua vida, saem, aí você vê que, bom! tem algumas coisas boas que estão acontecendo, o CAPS também está contribuindo; então, no meio dos prós e dos contras eu acho que os prós ainda são maiores, eu acho que é muito mais humano, muito mais um fator de justiça social você ter um espaço assim do que você ter uma pessoa enclausurada no hospital (P, 17/3/2006).

Neste sentido, conforme inscrito na Política Nacional de Saúde Mental, os CAPS devem assumir seu papel estratégico na articulação e no “tecimento” das redes de atenção em saúde mental. Tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da

rede de serviços, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, ONGs, empresas etc. (BRASIL, 2004, p. 12)

3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde

A proposta do progressivo deslocamento dos centros de cuidados em saúde mental para fora do hospital psiquiátrico, em direção à comunidade, colocada na e pela Reforma psiquiátrica tem nos CAPS o dispositivo estratégico desse movimento. Neste sentido, a rede básica de saúde torna-se o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os portadores de transtorno mental.

Essa rede é formada pelos centros ou unidades locais e/ou regionais de saúde, Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, que atuam na comunidade de sua área de abrangência. Os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, pois tem um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Por sua proximidade com as famílias e comunidades, as equipes de atenção básica são um recurso fundamental para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso de substâncias psicoativas e diversas formas de sofrimento psíquico. Neste sentido, é importante e necessária a integração e articulação dos CAPS com a atenção básica. Assumir esse compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção da saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo (BRASIL, 2004).

As atuais diretrizes da política de saúde mental do Ministério da Saúde orientam que, onde houver cobertura do PSF, deverá haver uma equipe de apoio matricial em saúde mental para no mínimo seis e no máximo nove equipes de PSF. E, que as ações de saúde mental na atenção básica devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2004).

No que se refere à relação existente entre o CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município e qual o tipo de relação existente, os dados coletados na

pesquisa indicam que: a maioria (91,7%) respondeu que sim, com ressalva de que é muito pouco, funciona de maneira precária e confusa, e que está num processo preliminar ainda. O profissional que respondeu não, observou que a rede está em processo de formação. Os profissionais cujas respostas foram positivas identificaram que a relação é de encaminhamentos, atendimentos em conjunto com as equipes de saúde mental das Regionais de Saúde, ajuda em atendimentos nas unidades locais de saúde, com os agentes comunitários de saúde, de referência, de acompanhamento, visitas domiciliares, encontro mensal dos trabalhadores de saúde mental da rede e encontro mensal dos psiquiatras da rede.

Sobre a relação do CAPS com as equipes de PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência alguns entrevistados observaram que a relação é pouca ou mínima, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda²³. Foram apontadas como justificativas o fato de o CAPS Ponta do Coral não estar territorializado, deste ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta do município, e a ausência de um planejamento e de estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente.

O CAPS como ele é único, então, ele é de toda a região; então, eu poderia até estar te respondendo que a gente tem um Posto aqui de cima do CAPS, que é o Posto da Agrônômica, ali tem o Programa de Saúde da Família implantado, com a presença dos residentes do Programa Saúde da Família e o contato que eu tenho, ele é meu, não existe nenhum outro programa ou vamos dizer convênio do CAPS com a Agrônômica, é meu aqui, assim como talvez seja da psicóloga em outro momento quando há essa partilha de paciente quando faz parte dos dois, então, eu só sei do que eu tenho, mas é muito pouco, eu tenho contato com alguns residentes que atendem alguns pacientes daqui, e eles precisam de algumas dicas ou, enfim, de se interar do que acontece, e eu também preciso saber como é que anda o acompanhamento deles lá, e aí entra em contato, as vezes vem aqui ou eu vou lá, mas são essas formas isoladas e depende daquele momento e da necessidade daquele usuário, não é algo que seja programado, que seja antecipado, institucionalizado, no sentido de firmar essas relações de uma forma..., não há; e, assim, o contato é com os residentes, não tem o contato com quem realmente vai ficar, porque os residentes passam depois de dois anos, eu também não tenho contato de quem é o médico, quem é o enfermeiro do Programa Saúde da Família, quem é o agente comunitário que vai na casa desses usuários, isso não tem, acho isso muito ruim, é muito falho, embora, volta pra aquela questão da equipe, que as coisas não são compartilhadas, você nunca sabe direito, é muito fragmentado, o que já foi feito, o que não está sendo feito; também não é delegado a função à ninguém de fazer, não há um planejamento pra isso (J, 22/3/2006).

²³ Em estudo sobre o CAPS de Palhoça/SC, Franco (2005) encontrou situação semelhante na relação do CAPS com o PSF e demais serviços de atenção básica municipais.

É mínima, é mínimo o contato, assim, as vezes, quando a gente necessita a gente vai atrás, tenta achar alguém que se interessa, que tenha alguma afinidade com a saúde mental, as vezes um agente de saúde que consegue se aproximar mais daquele usuário que mora lá e que resolve dá uma força, mas é assim, depende de uma série de coisas, da disponibilidade pessoal, da sorte de encontrar alguém etc., quer dizer é falta mesmo da articulação em rede, porque se a gente tivesse essa articulação o PSF automaticamente já seria acionado, e a gente não tem isso; claro, quando a gente precisa a gente até encontra uma boa resposta das equipes do PSF, mas pode não encontrar, tem um risco[...] não, isso não existe (articulação institucional CAPS – PSF), isso tem que ser construído, tem que ser proposto (F, 12/4/2006).

A relação que o CAPS tem é principalmente pra acompanhamento, a relação é essa, relação de acompanhamento, as vezes precisa realizar alguma busca ativa e não temos a possibilidade no momento, então, tem essa relação, a relação que a gente tem é mais no sentido de acompanhamento do próprio usuário; o que seria ideal, seria um pouco mais de estreitamento, discutir junto com o Programa de Saúde da Família alguns casos, nós irmos aonde os agentes comunitários estão, discutir algumas situações e isso não tem acontecido ainda; com essa lógica aí das regionalizações tem essa possibilidade; então, hoje existe uma relação, só que uma relação muito esporádica de situações isoladas e que precisa ser superada; o maior problema que existe é devido ao CAPS não ser territorializado, o CAPS II Ponta do Coral ele tem que atender uma demanda muito grande, basta ver o IBGE hoje, tem 400 e poucas mil pessoas em Florianópolis, então, é um CAPS II pra atender toda a demanda adulta do município, talvez o ideal seria um CAPS I em cada região, nas cinco regionais, e transformar esse CAPS num CAPS III no caso, e aí repensar depois toda a rede; então, a relação, ela se compromete com o Programa Saúde da Família devido a não territorialização do CAPS Ponta do Coral, a relação que existe é a relação de acompanhamentos isolados (GIRASSOL, 20/3/2006).

É uma relação ainda muito inicial ainda, um pouco precária; com os agentes comunitários a gente tem mais proximidade, no momento da visita domiciliar e no momento de fazer o resgate dos usuários que abandonaram, por algum motivo, o atendimento, mas acho que a relação poderia ser melhorada se o CAPS fosse territorializado, como a gente está aqui, é no centro pra todo o município, fica muito difícil, então, a nossa relação é muito mais com as referências regionais de saúde mental da atenção básica do que com as próprias equipes de PSF das unidades locais de saúde (VIK, 24/3/2006).

É isso que eu falei, essa perspectiva da regionalização que começou aqui visava uma maior articulação com a rede; eu acho que isso é um projeto que está ainda meio que na sua infância, ele está começando e, assim, o que eu te falei, a gente precisa sair mais daqui, no Norte (Regional Norte) a gente vai tentar essa experiência agora (realizar as reuniões da regional nos postos de saúde) de contato e incluir, por exemplo, os agentes comunitários nos processos de reunião com os pacientes daqui, tentar ver se eles podem estar acompanhando o paciente lá; tem uma paciente que está aqui que a gente esteve lá no Posto do Saco Grande pedindo pra equipe assumir alguns cuidados com essa paciente, eles se

dispuseram, mas assim, por enquanto ta muito mais alguma iniciativa aqui, ali, do que um processo mais amplo, não sei assim como isso vai caminhar com a história de já ter, por exemplo, profissionais regionalizados, isso também vai poder ser incrementado, esse é um desejo que eu tenho (P, 17/3/2006).

É muito pequena, muito, muito, muito, muito; eu não sei nem te dizer, em uma escala de um a dez acho que fica em dois, está muito pequena, está muito além do que poderia ser, eu acho que talvez com a implantação agora dos serviços na rede, nós temos em cada Regional um psiquiatra, dois psicólogos, uma média assim, está existindo mais aproximação, mas do CAPS não, muito pouco, muito pouco. [...] quando tu pergunta, hoje, qual é a relação do CAPS? eu não posso te mentir, pra mim é quase zero (LÉLI, 4/4/2006).

Buscando explorar as informações sobre a relação do CAPS com a rede municipal de serviços de saúde, perguntamos aos profissionais se o serviço realiza algum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. A maioria deles (75%) respondeu que não, dois referiram não saber responder e um respondeu que sim. Dentre os que responderam que não, um justificou que o CAPS não tem estrutura para atender mais esta demanda. Dois dos profissionais entrevistados disseram estar pensando neste tipo de trabalho. Um deles falou sobre a existência de um projeto, conforme relatado na fala que segue.

[...] a gente tem um projeto aqui que é de formação de acompanhantes terapêuticos, e no ano passado a gente formalizou esse projeto e mandamos pro Ministério da Saúde, ele foi aprovado e até hoje estamos esperando a liberação de dinheiro, mas enfim, o projeto foi aprovado, e a idéia era justamente transformar o agente comunitário de saúde num acompanhante terapêutico, e aí a gente faria a formação, uma capacitação, um curso de capacitação aqui, e depois faria o segmento com supervisões regulares, é uma forma de dar formação em saúde mental pra atenção básica e manter essa que é uma função do CAPS de dar supervisão e a formação mesmo pra esse nível da atenção; [...] a gente está esperando o dinheiro do Ministério da Saúde, ta lá pendurado, a gente olha o nome do projeto na internet, está lá, mas não tem nem empenho ainda, significa que não tem dinheiro destinado (F, 12/4/2006).

Para que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas na atenção básica é fundamental a capacitação destas equipes. A orientação é que as equipes de saúde mental de apoio á atenção básica incorporem ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. Conforme aparece na fala do profissional, são previstos recursos para o financiamento deste tipo de ações, embora, muitas vezes, a dependência de orçamento, a morosidade burocrática e/ou

ausência de decisão política, que justificam a longa demora, acabam por desestimular, dificultar, inviabilizar as iniciativas dos profissionais.

Repetidamente, temos ressaltado neste trabalho que os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico para a organização da rede de atenção em saúde mental, conforme é indicado nas diretrizes políticas da Reforma Psiquiátrica. Nesta direção, questionamos os técnicos da equipe do CAPS Ponta do Coral sobre qual o lugar que o serviço ocupa na rede municipal de atenção em saúde, em Florianópolis. As falas transcritas na seqüência destacam o fato deste não estar territorializado e, portanto, não se constituir no serviço regulador da porta de entrada para o atendimento em saúde mental. As equipes de saúde mental nas referências das Regionais de Saúde é que, atualmente, constituem-se no serviço primeiro de atenção em saúde mental. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhados pessoas com transtorno mental grave.

Seria esse serviço que articula, que regulamenta; não necessariamente ele é uma porta aberta que entra qualquer um; eu acho que ele pode até ser a articulação e a regulação, pode ser feita até capacitações nas equipes locais de unidades básicas, que a partir daí você vai poder em um caso de uma ansiedade ou uma briga com o namorado, “eu tomei 4 aspirinas”, não vai chegar aqui no CAPS; vai chegar aqui no CAPS realmente aquilo que for um caso mais grave, e só há possibilidade de isso acontecer a partir do momento em que as unidades locais estejam todas capacitadas e entendendo, até porque assim diminui o trânsito desse paciente; vamos supor: ele sai de uma cidade, vem pra Florianópolis, daí diz: onde é que eu vou num psiquiatra? Ah! vai lá no CAPS, aí alguém fala: mas tem que passar no clínico antes, aí passa no clínico, aí o clínico encaminha pro psiquiatra, daí ele não sabe onde vai procurar o psiquiátrica - vem pro CAPS, não vem pro CAPS, aí vem pro CAPS, mas é que na verdade ele toma fluoxetina há 2 anos, está em tratamento de manutenção porque ele tem um quadro de depressão recorrente, não é caso CAPS, então, isso já poderia ter sido triado lá no começo, o paciente já poderia estar tendo as consultas desde o início, todas acertadas, sem precisar ficar correndo de um lado pro outro [...]; então, eu acho que ele tem esse papel, tem essa função de regular, de saber o que está acontecendo no hospital, na Colônia, e ter esse contato, uma ligação sempre com a Colônia, e com os Postos de saúde [...]. (hoje, o CAPS faz isso?) algumas coisas, bem isoladas, de novo, é meio como um apaga fogueira; por exemplo, hoje, a gente foi fazer uma visita domiciliar lá no Saco Grande (bairro de Florianópolis) porque o paciente estava em tratamento psiquiátrico particular e parou de tomar o remédio, e aí a gente foi lá, só que o paciente não queria falar com a gente, mas, assim, eu chego lá, converso com a equipe que está lá naquele local e muitas vezes é só a psicóloga; também tem um certo descaso, no sentido de que ah! agora eu não posso falar, porque não percebe que conversando sobre aquele caso vai possibilitar que isso seja ampliado pra outros casos, pensam-se saídas semelhantes pra outro momentos, mas, assim, acaba virando um apaga fogo, e toda hora você tem que ir

apagar um fogo; então, existe um pouco, mas não de uma forma bem usada (J, 22/3/2006).

É atenção secundária como se diz; ele regula e não regula; [...] tudo vai passar muito pela clareza que os profissionais que estão na saúde mental tem em relação a própria epistemologia, tem em relação a própria política, tem em relação a própria noção de SUS, a própria noção de controle social, a própria noção dos princípios do SUS; então, tudo vai passar por isso, porque que eu estou dizendo isso, o CAPS é uma atenção secundária como a gente chama, eu acho ainda que o atendimento mais complexo, o atendimento terciário, deveria ser no território, acho que centrar as forças no território [...]; então, [...] a atenção básica é onde deveria regular isso, a regulação dessa entrada nesse sistema de saúde mental, nessa rede de saúde mental ela teria que ser prioritariamente atenção primária em saúde; então, as vezes, por necessidades especiais, por situações específicas, a pessoa acaba vindo direto pra cá, direto pro CAPS e aqui a gente atende, e, as vezes, essa pessoa não é indicada pra estar no CAPS, aí volta pra atenção básica, então, tem essa dificuldade, ou seja, o lugar que o CAPS ocupa na rede municipal de atenção em saúde é uma atenção secundária à pessoa com transtorno mental grave, já avaliada pela atenção primária em saúde, aquela pessoa que corre risco de suicídio, que acaba prejudicando a vida de outras pessoas, que está muito mal, nesse sentido (GIRASSOL, 20/3/2006).

Regulador da porta de entrada: não; como não é territorializado, a gente tem esse problema de ser serviço de referência pra onde vem os pacientes já encaminhados, ele passou pela porta de entrada do sistema lá no Posto, ele vem encaminhado pra cá ou através dos hospitais psiquiátricos, que é também uma outra forma de encaminhamento, mas a gente não faz a regulação da entrada; hoje, também, como tem equipes mínimas de saúde mental nas regionais, elas também funcionam muito mais como a reguladora do que nós; a porta de entrada é pelas equipes de saúde mental das regionais (F, 12/4/2006).

Eu acho que são várias coisas, por ser o único CAPS, pela rede não estar estruturada ainda, e pelas pessoas não conhecerem o serviço da rede, existe uma mistura, assim, o que é pra ir lá pro psiquiatra do Sul (regional de saúde), o que é pra vir pro CAPS; qual é o papel do CAPS, é a não internação, mas não tem CAPS III, então, a noite o cara não tem pra onde ir, na verdade, o CAPS ele é um espaço que regula a entrada do usuário sim, num primeiro momento sim, porque todos os que foram para a atenção básica muitos foram daqui, muito mais que a procura de fora daqui, primeiro eles vem pra cá, depois eles vão pra lá, agora o processo até está sendo inverso, já estão procurando a atenção básica porque eles já estão conhecendo, mas antes era daqui pra atenção básica, e é o único espaço, programa que acolhe o usuário psicótico, com transtornos mentais graves, porque a rede básica, ela não atende, se o cara tem um surto psicótico, está com qualquer surto, que está mal, ou ele tem um embotamento, ele não fala, está na família há anos, está lá segregado, está lá no quatinho dos fundos, não é caso de atenção básica é caso CAPS, então, ele é o único serviço de Florianópolis que se propõem a atender o usuário, o portador de sofrimento psíquico fora de hospital (LÉLI, 4/4/2006).

Ele é o primeiro serviço de saúde mental do município, primeiro serviço estruturado, credenciado no Ministério da Saúde, eu penso que ele tem um papel importante, ele serve como uma referência de atendimento em saúde mental a usuários portadores de transtornos mentais; dentro da rede, hoje, a gente tem as referências regionais de atenção em saúde mental na atenção básica, nas ULS, que são as unidades locais de saúde, então o CAPS serve como referência de atendimento a usuários com transtornos mentais graves do município de Florianópolis, é pra isso, essa é a função (VIK, 24/3/2006).

Pelas falas dos profissionais evidencia-se que Florianópolis não tem uma política municipal de saúde mental estruturada. A rede de serviços está em processo de formação e implementação. As ações ainda são muito isoladas e fragmentadas, sem uma direção comum. É notório que um único CAPS para atender a totalidade da demanda adulta do município é insuficiente. As possibilidades de atuação do serviço na prevenção e promoção da saúde mental, na capacitação e supervisão das equipes de atenção básica ficam, assim, prejudicadas e/ou inviabilizadas.

No processo de operacionalização da Reforma Psiquiátrica, conforme as orientações da Política Nacional de Saúde Mental e as propostas aprovadas na III CNSM, é necessário que os gestores estaduais e municipais estabeleçam mecanismos efetivos para o controle das internações psiquiátricas. De acordo com a Portaria GM/MS n ° 336/02, os CAPS devem possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou modulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local (BRASIL, 2002a). Com base nisto, perguntamos aos entrevistados se o CAPS tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Eles referiram que não, contudo, divergiram sobre como o serviço fica sabendo quando ocorre internação de seus usuários.

Não tem. A gente fica sabendo quando a família comunica ou quando é usuário de atenção intensiva, ou ele fez uma crise ou ele desapareceu do serviço, aí pela falta mesmo, pela ausência que ele provoca a gente vai atrás e fica sabendo que ele foi internado, mas a gente não tem instrumentos de controle sobre isso; a gente faz, no momento da internação, a gente procura manter pelo menos uma visita da equipe da Regional pra não perder o vínculo etc., mas nada formalizado, assim, no momento que aparece, que a gente fica sabendo; geralmente, a gente sabe, hoje é relativamente fácil, não acontece daquilo... fulano desapareceu e de repente aparece ele dois meses depois aqui novamente..., sai da internação ontem e tal, isso não acontece mais, geralmente a gente consegue ficar sabendo (F, 12/4/2006).

Não. Na realidade a família leva pra internar e pronto, as vezes comunica, as vezes a gente fica sabendo quando a gente vai fazer uma visita lá, muitas vezes a gente nem sabe que o paciente ficou internado, a não ser quando a gente liga, e aí o que está acontecendo, não está vindo, mas ele foi internado; então, não há esse controle e também quando é internado lá, dificilmente, alguém entra em contato, nunca vi, entra em contato olha fulano de tal está internado aqui com a gente, não tem essa comunicação (J, 22/3/2006).

Em relação ao controle das internações psiquiátricas, oficial e formal, nós não temos; estou falando enquanto profissional que atende uma determinada regional de saúde, isso nós não temos; o que poderia ser feito: um maior estreitamento com o “manicômio”, com o IPQ ou o São José (hospitais psiquiátricos), que quando internasse pessoas lá teria esse contato aqui, pra gente já ir conversando, já acompanhando juntamente com a equipe do hospital psiquiátrico essa pessoa, porque final de semana ou depois das 18 horas o serviço não atende, as vezes as pessoas entram em crise e a gente não tem como acompanhar isso, não tem como saber; o acompanhamento que tem é, as vezes, os familiares nos avisam que a pessoa está internada, quando a gente acompanha essa pessoa e fica sabendo que ela acabou internando; então, não tem uma política mais estreita de acompanhamento de internação psiquiátrica, isso não tem. (GIRASSOL, 20/3/2006).

Da área de abrangência seria toda a cidade, isso não, mas dos usuários aqui sim, atendidos aqui sim; [...] geralmente, assim, quando o usuário está iniciando um surto a gente tenta fazer o atendimento pra prevenir a internação, pra evitar de fato a internação psiquiátrica, só que nós estamos aqui até as 6 horas da tarde e não estamos final de semana, então, a gente não está nem a noite nem final de semana, e aí acontece de a família internar, isso acontece pouco, muito pouco, e quando acontece a gente faz o atendimento no próprio hospital, a gente vai até lá faz o atendimento, mas é pouco assim, agora da cidade como o todo a gente não tem (VIK, 24/3/2006).

O controle ele tem pelo prontuário, não poderia te dizer que tem um controle do ponto vista de uma escala, ah anualmente quanto a gente tinha e quantos foram internados, [...] o usuário se ele foi internado a gente não soube, se está internado, aí ele aparece aqui depois da internação, um mês ou dois meses, a gente tem escrito no prontuário, esse é digamos o que a gente fica sabendo (LÉLI, 4/4/2006).

Não, eu digo por nós, eu acho que, as vezes, a gente... ah o paciente foi internado, como acontece de a gente saber, e as vezes a gente vai lá fazer uma visita, as vezes tem a questão do carro (o CAPS tem um carro a disposição somente um dia por semana), e a gente fica...; sempre que acontece e tal, as vezes, a gente nem fica sabendo, quando vê o paciente já está de volta, as vezes acontece essa situação; eu fui tentar fazer um pequeno levantamento pra fazer essa avaliação e percebi que a gente não tem registro de quantos dias o paciente ficou internado, se ele ficou internado quantas vezes durante o tempo que está em tratamento aqui, falta um registro melhor e um acompanhamento melhor dos técnicos; (como ficam sabendo da internação) as vezes o paciente volta já depois, as vezes a família liga avisando, [...] o hospital não me lembro se eles ligaram, só se precisar de alguma coisa, em geral, eles não ligam; então,

assim, o paciente saiu aí eles trazem de novo aquele encaminhamento, ou ele vem pra cá porque, normalmente, ele já estava aqui, mas assim, a gente tenta ao máximo que ele não precise ser internado, essa política existe, segurar a crise (P, 17/3/2006).

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que a internação e a reinternação psiquiátrica deverão ocorrer após avaliação da equipe técnica de saúde mental dos serviços substitutivos, devendo ser estabelecidas formas de controle único para a emissão de AIH, assegurando que todas as internações necessárias sejam autorizadas pelo serviço público, preferencialmente de base territorial (BRASIL, 2002a).

Conforme pode ser observado nas falas dos participantes da pesquisa, a insuficiência do CAPS em exercer o controle das internações referente a sua clientela e a demanda no município refere-se ao fato de o serviço não estar territorializado, sendo inviável cumprir com tal exigência no âmbito da totalidade de uma população de aproximadamente quatrocentos mil habitantes, distribuídos numa área geográfica de 436,5 Km². Com a implantação das equipes de saúde mental nas Regionais de Saúde, estas passam a ser as responsáveis pela regulação da porta de entrada no sistema de atendimento. O CAPS II Ponta do Coral passa a ser a referência para onde são encaminhadas pessoas com transtornos mentais graves, egressos de hospitais psiquiátricos, internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). A falta de controle das internações psiquiátricas é uma realidade também de outros centros de atenção psicossocial, conforme verificado por Franco (2005), em seu estudo sobre o CAPS do município vizinho de Palhoça/SC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha deste tema de pesquisa está relacionada à minha trajetória de estudos no Curso de Graduação em Serviço Social e à minha inserção como pesquisadora no Núcleo de Estudos e Pesquisas Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas (NESPP) do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. A esta trajetória soma-se a experiência de Estágio Curricular em Serviço Social, realizada no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis, em 2003, da qual resultou o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Programa Alta Progressiva: uma contribuição para o processo de reabilitação psicossocial no HCTP de Florianópolis”. Com o referido Estágio foi possível vivenciar o contato direto com a realidade de algumas instituições como hospitais psiquiátricos e centros de atenção psicossocial da rede municipal e estadual de serviços de atenção em saúde mental, fato este que estimulou a busca de novos conhecimentos e o desejo de atuação profissional na área. A continuidade dos estudos foi possibilitada por meio da entrada como mestranda no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da mesma universidade. Sendo assim, o trabalho que apresentado nesta dissertação tem estreita relação com meu percurso profissional e meu desejo pessoal.

Conforme destacamos no decorrer do estudo, a reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

A implantação de uma nova política de atenção, com as implicações socioculturais da proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira passa pela necessidade de articulação intersetorial e por ações que contribuam para alterar as representações sociais sobre a loucura e os direitos dos portadores de transtornos mentais. A transformação do modelo assistencial e de um conceito teórico em diretrizes operacionais é um processo complexo e depende de vários fatores para que se mantenha a direcionalidade pretendida pelos diferentes atores sociais, participantes do jogo social.

Especificamente, no caso do CAPS estudado, as dificuldades de concretização dessa nova lógica de atenção em saúde mental perpassam e se inter-relacionam nos diferentes eixos que compuseram a presente pesquisa.

No que se refere a estrutura física, os profissionais indicam que o CAPS conta com espaço e equipamentos adequados às necessidades do serviço. Entre os anos de 2003 a 2004, o CAPS passou por uma reforma em suas instalações, ficando estas, adequadas aos objetivos da unidade. As condições poderiam ser melhores se as oficinas produtivas fossem realizadas em outro local, pois além de favorecer a utilização do espaço hoje ocupado para outras atividades, possibilitaria a inserção dos usuários em outro ambiente, favorecendo-lhes sua sociabilidade.

Em relação aos materiais de consumo, os problemas vão desde a ausência total de objetos e utilidades básicas à manutenção do serviço até o recorrente atraso no repasse dos materiais necessários às oficinas terapêuticas e de produtividade. As oficinas ficam prejudicadas e até mesmo paralisadas por conta das faltas de recursos e dificuldades de gestão adequada do serviço. Esta situação coloca em prejuízo o projeto terapêutico de tratamento dos usuários e a eficácia e efetividade dos propósitos da nova política de atenção em saúde mental.

No campo da gestão do CAPS, apesar da histórica escassez de recursos destinados à saúde, foram evidenciadas situações problemáticas, principalmente no processo de descentralização político-administrativa, que poderiam ser melhoradas a partir dos recursos existentes. De acordo com os resultados da pesquisa, 50% do grupo de técnicos afirmam que existe planejamento e avaliação das ações. Alguns deles observam estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação, objetiva e sistemática, dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declaram não existir processo de planejamento e avaliação das ações, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

Sobre este aspecto, cabe destacar que as técnicas disponíveis na área de planejamento e avaliação de serviços de saúde têm mostrado bons resultados quando aliadas à vontade política de mudar a situação. Apesar dos dados demonstrarem uma divisão entre os técnicos no que se refere a afirmação sobre a existência de planejamento e avaliação, destacamos que as poucas ações que acontecem giram em torno das atividades que são e aquelas que poderão ser realizadas, e na discussão sobre as dificuldades cotidianas do trabalho na unidade. As avaliações são informais, realizadas na reunião

mensal da equipe técnica e nas reuniões clínicas semanais, sendo notório a ausência de um processo de planejamento estratégico, sistemático e contínuo do projeto terapêutico do CAPS, bem como, de avaliação de indicadores.

Com relação aos recursos financeiros, os resultados da pesquisa apontam para o que já vem sendo denunciado por autores como Amarante (2003; 2005): o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. O pagamento pelo sistema de procedimentos realizados, por meio das APACs, condiciona a existência de recursos à produtividade do serviço. Quando os CAPS não estão articulados com outras políticas sociais necessárias à sobrevivência do usuário e a adesão dele ao projeto de vida que o serviço deve-lhe oferecer, a tendência é fracassar.

Para que a pessoa possa freqüentar o CAPS ela precisa de condições materiais e psicossociais básicas, como moradia, transporte, alimentação, auto-estima, estímulo, desejo, etc.. Quando o usuário não desfruta de tais condições as chances dele se vincular ao projeto terapêutico são menores e, conseqüentemente, sem a participação ativa dos usuários o CAPS não terá produtividade. Ainda, nem todas as ações realizadas no CAPS constam na tabela de procedimentos pagos pelo atual sistema do SUS, dificultando as atividades de ressocialização que envolvem trabalhos na comunidade e na sociedade.

Os profissionais afirmam que os usuários participam do planejamento das atividades do CAPS. Referem que isso acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Neste caso, foi possível perceber que a participação dos usuários em geral diz respeito mais a questões cotidianas do funcionamento do serviço. A associação participa diretamente da comercialização dos produtos confeccionados nas oficinas e na realização de alguns convênios com entidades da área da cultura, lazer, ensino, etc. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada, que abarque as especificidades da área da saúde mental e envolva os usuários, os familiares e os técnicos como sujeitos partícipes do processo de gestão do serviço.

No eixo recursos humanos e projeto terapêutico existem contradições explícitas e implícitas que perpassam o discurso e as práticas dos técnicos que prestam assistência aos usuários do serviço. Eles reconhecem e destacam a relevância do trabalho em equipe, argumentam que este traz a possibilidade de trocas entre as várias áreas do conhecimento e a conseqüente oferta de um atendimento multidimensional. Contudo, relatam dificuldades

na realização deste trabalho, devido a uma suposta diferença de formação profissional e de concepção, com relação ao que sejam os objetivos do CAPS e da Reforma Psiquiátrica. Indicam existir interdisciplinaridade no atendimento ao usuário, no entanto, percebeu-se que a concepção de interdisciplinaridade aparece muito mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade, estando ainda distante dos ideais da intertransdisciplinaridade.

Sendo assim, cabe destacar que sem a devida clareza e consciência do que exatamente deve mudar corre-se o risco de que, fundamentalmente, se modifiquem os espaços de realização do tratamento, transferindo-se e conservando-se as práticas de exclusão e discriminação. É preciso se ter em conta que toda dimensão técnica tem também uma dimensão política. Dessa forma, faz-se necessário questionar-se sobre o que se pretende com o “fazer” nos novos serviços de atenção à saúde mental e que valores estão presentes nas ações executadas. O usuário precisa ser percebido como sujeito do processo saúde-enfermidade, e não como objeto e instrumento do exercício das relações de poder disciplinar.

Com relação ao eixo participação do usuário e da família no tratamento, os participantes da pesquisa identificam dificuldades em realizar o atendimento familiar no CAPS. Os profissionais relacionam como justificativas, a falta de técnicos qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades da equipe. Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que seja o transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, também foram relatados pelos entrevistados. Entre os obstáculos para a (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e o estigma da loucura ainda presentes no imaginário social das pessoas.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacam o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário. Neste aspecto queremos destacar a necessidade de se reconhecer, no processo de implantação da Reforma e da política de saúde mental, um projeto ético-político social, capaz de reavaliar, substancialmente, o conceito tradicional de

“doença/saúde mental” e, conseqüentemente, a forma de como lidar as diferenças em sociedade.

No eixo (re)inserção social procuramos identificar se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas à desinstitucionalização e à reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referem que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras. A maioria deles afirma que não existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer.

Tais dados nos remetem ao questionamento sobre como a Reforma Psiquiátrica, em sua aplicação prática, apresenta certa inércia política. Existe uma lacuna entre o referencial teórico do novo modelo de atenção e as práticas que se efetivam no cotidiano dos serviços. Com isso, queremos chamar a atenção para a necessidade urgente de se construírem ações de atenção que favoreçam o conhecimento de si, reforcem a autonomia, o cuidado de si e a emancipação do sofredor psíquico.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referem que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental. A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos profissionais como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista político-jurídica dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico. Na visão dos participantes da pesquisa, o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica relaciona-se a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos pressupostos da própria Reforma. Não obstante, destacamos aqui a necessidade de se refletir sobre o descompasso entre a vitória no campo jurídico, o novo discurso da Reforma Psiquiátrica e um fazer prático que parecem ainda negar a emancipação do portador de transtorno mental.

No eixo integração do CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município, os dados coletados na pesquisa indicam que a relação existente é pouca, funciona de maneira precária e confusa, e que ainda está num processo preliminar. A articulação com as equipes de PSF e PACS também é insuficiente, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda. A unidade não realiza nenhum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. Apenas dois profissionais referiram estar pensando neste tipo de trabalho.

Foram apontadas como justificativas para esta situação o fato do CAPS não estar territorializado, de ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta de todo o município, e a ausência de um planejamento e estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhadas pessoas com transtorno mental grave. E, segundo os entrevistados, não tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Neste aspecto, vê-se a urgência na redefinição da abordagem em saúde mental, fazendo-se necessário a construção de estratégias de atenção integral, dentro dos princípios do SUS, que envolvam o portador de transtorno mental como cidadão, a família, o Estado e a sociedade.

De acordo com os profissionais existem diferenças no atendimento prestado no e pelo CAPS em relação aos hospitais psiquiátricos. Eles se referem às diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência do discurso médico psiquiátrico do hospital, e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e as necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial, em contraposição ao tratamento igual para todos das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Por fim, os dados coletados na presente pesquisa indicam que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes, prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a relação eficácia/efetividade dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Concluimos, com este estudo, que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é ainda um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológica, técnico-assistencial, político-jurídico e sócio-cultural.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____, P. (coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995a.

_____, P.. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. vol.11, no.3, jul./set. 1995b, p.491-494. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 14/09/2005.

_____, P. A (clínica) e a Reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. pp. 45-65.

_____, P. **A epistemologia e a Clínica da Reforma**. Conferência proferida no IV Encontro Catarinense de Saúde Mental. Florianópolis, 30 de junho a 2 de julho de 2005. (anotações manuscritas).

BASAGLIA F. (coord.) **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 3ª ed. Tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002a, 213 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em Saúde Mental 1990-2002**. 3ª ed. revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAPS II PONTA DO CORAL. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. **Projeto Terapêutico**. Florianópolis, 2004.

CORREIA, M. V.C..Que controle social na política de Assistência Social? **Revista Serviço Social & Sociedade**. N. 72. São Paulo: Cortez, nov. 2002, pp. 119-144.

COSTA, R. C. R. da.. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia e Política** Nº 18: 49-71 JUN. 2002

COSTA –ROSA, A. da; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. p. 13-44.

COSTA-ROSA, A. da.. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asialr. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. p. 141-168.

CHIZZOTTI, A.. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R.. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

DESVIAT, M.. **A Reforma Psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental**. In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

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

FLEURY, S.. **Espaço, território e cidadania: a cidade dos cidadãos**. Trabalho apresentado no VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra (16,17,18 de setembro), 2004. Disponível em: <www.ces.uc.pt/LAB2004>. Acessado em 20 de fevereiro de 2006.

_____, S.. (org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989.

FREIRE, F. H. M. de A.; UGÁ, M.A.D.; AMARANTE, P. Os centros de atenção psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

FRANCO, S. de O.. **Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de caso**. 2005. 110f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Florianópolis, 2005. 110f.

FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial**. Percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004.

GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E.. **A pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, R.. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M.. **Microfísica do poder**. Trad. de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graaal, 1979.

MINAYO, M. C. de S.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC; ABRASCO, 1994.

MIOTO, R.C.T.. Família e saúde mental: contribuições para reflexão sobre os processos familiares. **Revista Katalysis**. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico. Departamento de Serviço Social. N.2 Florianópolis: Editora da UFSC, 1998.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental: em busca da articulação e qualificação das ações em saúde**. Monografia

(Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Latu Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

OLIVEIRA, W. F.; DORNELES, P.. Patrimônio e ambiente da loucura: a formação do profissional de saúde mental e o dialogo com a vida da cidade. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

PITTTA A.. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje. In: PITTA. A.(org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral**: desvelando sua significação. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

_____. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

ROSA, L.C.dos S.. Os saberes construídos sobre a família na área da saúde mental. **Revista Serviço Social & Sociedade**. N° 71. Ano XXIII. São Paulo: Cortez, set de 2002, pp. 138-164.

_____. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, F., et. al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SANTOS, W.G.. **Cidadania e Justiça**. Rio de Janeiro: Editora Campos, 1979.

SARACENO, B.. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SOUZA, W. da S.. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. jul./ago. 2001, vol.17, no.4

p.933-939. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 19/10/2005.

SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Teses em Enfermagem, 42).

STUANI, D.. **Projeto de Estágio**. (Projeto de Estágio Curricular apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina). Florianópolis, 2005. texto digit.

TENÓRIO, F. G. (org.). **Gestão de ONGs**: principais funções gerenciais. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

TORRE, E.H. G; AMARANTE, P.. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. [online]. 2001, vol.6, no.1 [citado 05 Dezembro 2005], p.73-85. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br> >. ISSN 1413-8123.

TRIVIÑOS, A.N. S.. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. (org.). **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000a.

_____, E. M. Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000b. p. 169-194.

VIEIRA, L. **Cidadania e globalização**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Formulário a ser aplicado a todos os profissionais da equipe do CAPS.

Identificação

Nome:

Apelido:

Formação:

Ano:

Capacitação específica na área: Sim Não

Nível: residência especialização mestrado doutorado

Tempo de serviço na instituição:

Tipo de vínculo empregatício: Servidor público concursado contrato temporário

Outro. Especifique _____

Regime de trabalho: _____ (horas semanais)

Tempo de atuação na área:

Experiência de atuação profissional em outra instituição: Sim Não

Qual:

Tempo:

Principais perguntas

- 1) A área física do Caps é suficiente para o atendimento da demanda? Sim Não
- 2) As instalações são adequadas para a realização das atividades propostas? Sim Não
- 3) Os equipamentos disponíveis são suficientes? Sim Não
- 4) Estão em bom estado de utilização? Sim Não
- 5) Os materiais disponíveis são suficientes? Sim Não
- 6) Existem dificuldades na realização das atividades do Caps Sim Não. Em caso de resposta afirmativa, especifique as cinco principais? _____

- 7) O trabalho é realizado em equipe? () Sim () Não.
- 8) Existe algum tipo de supervisão de equipe ou outro recurso para acompanhar e discutir as questões do trabalho em equipe? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual?
-

9) Participa ou já participou de capacitação específica para atuar no Caps? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual? _____

10) Durante o tempo em que está trabalhando na instituição houve algum treinamento ou capacitação? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quando? _____(ano). De quantas horas? _____. Organizado por quem? _____

11) Na sua opinião, existe interdisciplinaridade no trabalho no Caps? () Sim () Não

12) Você conhece a política de saúde mental? () Sim () Não.

13) No Caps, existe disponibilidade de material didático e documentos sobre a política de saúde mental? () Sim () Não.

14) Existe planejamento e avaliação das ações do Caps? () Sim () Não

15) Existe projeto terapêutico de trabalho da instituição? () Sim () Não. Em caso afirmativo, foi planejado em equipe? () Sim () Não.

16) O serviço adota projeto terapêutico individualizado? () Sim () Não.

17) O usuário participa do planejamento do seu tratamento? () Sim () Não.

18) Existe atendimento familiar? () Sim () Não.

19) Existem ações intersetoriais do Caps e outras instituições que envolvam: educação, trabalho, esporte, cultura e lazer? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quais?

20) Existe relação do Caps com a rede básica de saúde municipal? () Sim () Não.

Que tipo? _____

21) O Caps realiza algum trabalho de educação permanente (capacitação e supervisão) sobre saúde mental em cooperação com as equipes de atenção básica? () Sim () Não.

Que tipo? _____

Outras observações:

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Entrevista a ser realizada com os profissionais da equipe do CAPS, segundo o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de nível superior entre as existentes na unidade. Em caso de mais de um profissional na área será realizado sorteio.

Identificação

Nome:

Apelido:

Temas e principais perguntas

1 Estrutura e recursos financeiros

- 1) Qual conhecimento possui sobre o repasse dos recursos financeiros para o Caps?
- 2) Conhece a forma de financiamento do serviço? O que você acha?
- 3) Como são administrados os recursos repassados? Existe planejamento?
- 4) Na sua opinião, a descentralização administrativa dos recursos possibilita o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do Caps? Quais as vantagens e desvantagens identifica?
- 5) Na sua opinião, os recursos repassados (gerados pelo serviço) são suficientes para realizar as atividades do Caps? Em caso de resposta negativa, quais atividades ficam prejudicadas e/ou poderiam ser realizadas se houvessem recursos?
- 6) Existem dificuldades no funcionamento do Caps com relação a falta de recursos financeiros? Quais identifica?

2 Recursos humanos e projeto terapêutico

- 1) Quais dificuldades identifica no trabalho em equipe no Caps?
- 2) Na sua opinião, quais vantagens o trabalho em equipe possibilita?
- 3) Considera importante a capacitação específica em saúde mental para atuar no Caps? Fale sobre.

- 4) Na sua opinião, qual a importância da interdisciplinaridade no atendimento ao usuário de saúde mental?
- 5) Considera importante conhecer sobre a política de saúde mental, seus princípios, sua estrutura e organização para o trabalho do Caps?
- 6) Como acontece o planejamento e a avaliação das ações do Caps?
- 7) Na sua opinião, em relação ao atendimento nas instituições tradicionais/asilares (hospitais psiquiátricos), como é o atendimento ao usuário no Caps?

3 Participação do usuário e da família no tratamento

- 1) Como é pensado o projeto terapêutico de tratamento do usuário?
- 2) Como o usuário participa do planejamento do seu tratamento?
- 3) Quais as formas criadas para oportunizar a participação do usuário no planejamento do seu tratamento?
- 4) A família participa do tratamento? Em caso de resposta afirmativa, de que forma? Em caso de resposta negativa, por quê?
- 5) Quais as formas criadas para oportunizar a participação da família no tratamento?
- 6) Quais dificuldades identifica com relação a realização do atendimento familiar?
- 7) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção familiar do portador de transtornos mentais?
- 8) Qual o papel dos usuários (ou da associação de usuários e familiares) no planejamento das ações do Caps?
- 9) Na sua opinião, qual a importância das associações de usuários e familiares para o tratamento do portador de transtornos mentais e para os serviços de saúde mental?

4 Inserção social

- 1) Na sua opinião, as práticas assistenciais realizadas no Caps encaminham-se na direção da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial?
- 2) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção social do portador de transtornos mentais?
- 3) Quais avanços e conquistas identifica com relação a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais?
- 4) Na sua opinião, o atendimento no Caps possibilita ao usuário a construção da sua autonomia? Como?

- 5) Na sua opinião, a organização atual dos serviços de saúde mental (da política de saúde mental) favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais? Qual a importância do caps nesse contexto?

5 Integração com a rede municipal de assistência em saúde

- 1) Qual a relação do Caps com a(s) equipe(s) de Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência?
- 2) O Caps tem controle das internações psiquiátricas no seu território? Em caso afirmativo, como ocorre este controle?
- 3) Na sua opinião, qual o lugar que o Caps ocupa na rede de atenção em saúde? Constitui-se no serviço que regula a porta de entrada para o atendimento em saúde mental?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este instrumento tem a intenção de obter o seu consentimento por escrito para participar do estudo “A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis”, durante o período de 01 a 31 de março de 2006, com o intuito de contribuir para o levantamento de dados para a elaboração do referido trabalho.

O estudo tem como objetivo geral analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Ao propormos a presente pesquisa esperamos contribuir com a produção de conhecimentos e saberes sobre as novas práticas de atenção e cuidado ao portador de transtornos mentais.

Os relatos obtidos serão confidenciais e, portanto, não será utilizado o nome dos participantes em nenhum momento, garantindo sempre o sigilo da pesquisa e os preceitos éticos da profissão. Os depoimentos serão referenciados pelo apelido a ser escolhido pelo próprio entrevistado

Certa de sua colaboração, agradeço sua disponibilidade em participar do estudo.

Eu _____,
consinto em participar desta pesquisa, desde que respeitadas as respectivas proposições contidas neste termo.

Florianópolis, março de 2006.

Assinatura do entrevistado.

ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

FERNANDA SCALZAVARA

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Serviço Social** - Área de concentração: Serviço Social, Direitos Humanos e Questão Social.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ivete Simionatto.

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de **Mestre em Serviço Social**, e aprovada na sua forma final, em 31/7/2006, atendendo as normas vigentes no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e na Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof^a Dr^a Catarina Maria Schmickler
Coordenadora do PPGSS/UFSC

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Ivete Simionatto, Dr^a.
Departamento de Serviço Social/UFSC
Presidente

Prof^o Walter Ferreira de Oliveira, Ph.D.
Departamento de Saúde Pública/UFSC
Membro

Prof^o Jonas Salomão Spricigo, Dr.
Departamento de Enfermagem/UFSC
Membro

Prof^o Mário Teixeira, Dr.
Departamento de Clínica Médica/UFSC
Membro Suplente

*Aos profissionais e aos usuários do CAPS
Ponta do Coral de Florianópolis.*

AGRADECIMENTOS

Desejo expressar meus sinceros agradecimentos aos profissionais do CAPS Ponta do Coral, pela receptividade, atenção, acolhimento e colaboração na fase mais importante desta pesquisa, assim como pela consideração ao meu trabalho profissional. Também, aos usuários desta unidade de serviço, pela forma carinhosa e acolhedora com que sempre me receberam.

À professora Ivete Simionatto por ter aceitado a orientação do trabalho; agradeço a oportunidade de poder ter desenvolvido a pesquisa de meu interesse e desejo profissional.

Aos professores Jonas Spricigo e Mário Teixeira pela atenção, disponibilidade e colaboração, essenciais na definição e elaboração do projeto de dissertação. Igualmente, ao professor Walter Ferreira de Oliveira pelas considerações e contribuições no exame de qualificação.

À sempre Mestre, amiga e professora Iliane Kohler, pela relação de ensino-aprendizado humana, saudável, mantida no decorrer de toda a minha vida acadêmica; pelas ajudas concretas nos momentos de dificuldades, pelos conselhos, orientações e *encaminhamentos* necessários nos instantes, nas horas, nas fases de incerteza, insegurança, angústia, desespero.

Aos profissionais Mara Regina de Oliveira e Antônio Heinzen Filho, pelo suporte terapêutico necessário nos últimos anos da minha vida; especialmente por terem me ajudado a transformar as dificuldades, os obstáculos, as conquistas cotidianas no *Mestrado da Vida*.

Às profissionais e amigas Maria Sirene Cordioli e Maria Inês Bernardino, pela relação profissional responsável, ética, competente, que me impulsionou para os estudos na área da saúde mental; pela amizade acolhedora, carinhosa, fraterna, pelas comemorações e pelos momentos de descontração.

Aos meus pais e à minha família, base dos meus valores ético-morais.

Às minhas amigas e aos meus amigos, que de perto ou de longe, acompanham minha trajetória, acreditam e torcem por mim.

Formalmente, agradeço as instituições públicas CAPES e UFSC, através dos programas PROF e PGSS, pelo financiamento da bolsa que permitiu a dedicação profissional integral para a realização deste trabalho.

RESUMO

O presente trabalho tem como objeto de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. Constitui-se como objetivo geral da presente pesquisa analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Os procedimentos metodológicos da pesquisa constaram de: pesquisa empírica na coleta das informações, através de entrevistas semi-estruturadas, gravadas, realizadas com um profissional de cada área de formação de nível superior, dentre as existentes no CAPS, e aplicação de formulário, com questões fechadas, a todos os profissionais que compõem a equipe. As informações coletadas foram sistematizadas e organizadas em itens correspondentes aos eixos que nortearam a coleta dos dados, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde. A análise final foi realizada com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os resultados obtidos nos permitem concluir que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a efetividade e eficácia dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial. De maneira geral, podemos afirmar que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológico, técnico assistencial, político-jurídico, social cultural.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, política de saúde mental, serviços substitutivos.

ABSTRACT

The objective of present work is to study the operationalization of the Psychiatric Reformation in the city of Florianopolis, Brazil, based on one specific institutional model - the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral. The general objective of the present research is to analyze the institutional reality at the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral, Florianopolis, related to the operational process of mental health politics, based on the requirements of the Brazilian Psychiatric Reformation. The research methodological procedures have consisted of: empirical research and data collection, through semi-structured interviews, recorded, realized under the presence and supervision of a professional of each field, plus de existing data from the CAPS, and filled application, with closed questions, to all the professionals who compose the team. The data colleted was systematized and organized in items and events that are surrounded the data collection, which are: financial structure and resources, human resources and therapeutic project, participation of the user and the family in the treatment, social insertion, and integration of the service with the municipal network of assistance in health. The final analysis was based on theoretical production on mental health and the Psychiatric Reformation. The results allowed us to conclude that in scope of management of CAPS, the limited number of studies and the difficulties to transfer and administer them harmed the functioning of the service. The contributing factors were lack of strategic planning and systematic evaluation of actions. The difficulties associated with teamwork compromised the effectiveness and efficacy of the objectives. The absence of a municipal network dedicated to structure and articulate mental health appears as an obstacle to the practice of desinstitutionalization and psychosocial rehabilitation. In general, we can affirm that the changes in the assistance model, directed for Psychiatric Reformation is one of the challenges to the concretization to mental health politics in a new interaction between society and people with psychological illnesses. The operationalizational political difficulties of mental health go through different fronts of performance which constitute the complexity of social processes associated with Reformation in its different dimensions. These dimensions are: theoretic-epistemological, technical assistance, politic-legal and socio-cultural.

Keywords: Psychiatric Reformation, mental health politics, substitute services.

LISTA DE SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
APAC - Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CPASM - Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental
CMS – Conselho Municipal de Saúde
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FNS – Fundo Nacional de Saúde
INAMPS – Instituto Nacional de Aposentadorias e Pensões
IPQ – Instituto de Psiquiatria Catarinense
MS – Ministério da Saúde
MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS – Organização Mundial para a Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF - Programa de Saúde da Família
RP – Reforma Psiquiátrica
SIH - Sistema de Informação Hospitalar
SAI – Sistema de Informação Ambulatorial
SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
SUS – Sistema Único de Saúde
TR – Terapeuta de Referência
ULS – Unidade Local de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Procedimentos metodológicos	18
2 REFORMA PSIQUIÁTRICA	222
2.1 O Modo Psicossocial	26
2.1.2 Atenção Psicossocial.....	28
2.2 Desinstitucionalização	30
2.3 Reabilitação psicossocial	32
3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA	344
3.1 Estrutura e recursos financeiros	344
3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico	45
3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental	46
3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário	51
3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações.....	59
3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento.....	65
3.3 Participação do usuário e da família no tratamento	69
3.3.1 Planejamento terapêutico individual.....	70
3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral.....	72
3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares	81
3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia.....	88
3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental.....	96
3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica	106
3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde...	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
REFERÊNCIAS.....	125
APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS.....	130
ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica.....	136

1 INTRODUÇÃO

O processo de mobilização, organização e luta pela Reforma Psiquiátrica brasileira origina-se no contexto dos movimentos sociais, no período de redemocratização do país (décadas de 1970/1980), e tem como base os pressupostos da Reforma Sanitária brasileira e da Psiquiatria Democrática italiana. Tal movimento esteve direcionado no sentido da crítica e desconstrução gradativa da assistência existente, embasada no saber psiquiátrico, que justificava as práticas decorrentes do modelo asilar e, ao mesmo tempo, buscava a construção de propostas de superação deste modelo.

Os anos de luta pela transformação do modelo assistencial tradicional (asilar), centrado na internação hospitalar, culminaram com a criação e regulamentação de leis e portarias relativas à implantação de uma rede de serviços substitutivos a este. A partir da década de 1990 um conjunto de leis, portarias, decretos, resoluções define novas exigências em relação à assistência psiquiátrica prestada aos portadores de transtorno mental¹, incluindo a adequação das condições físicas das instituições de atendimento, a existência de projeto terapêutico, equipe multidisciplinar e outros dispositivos que garantam maior qualidade assistencial.

A Reforma Psiquiátrica é um processo em construção, que envolve tanto a sociedade civil, através dos diferentes os movimentos sociais, os profissionais, os usuários, bem como os órgãos gestores das políticas públicas. Estes são os responsáveis pela operacionalização das ações com relação a mudança de paradigma e prática em saúde mental. Nessa trajetória, aos profissionais cabe exercer o papel de sujeitos e críticos do processo de implantação da Reforma Psiquiátrica; aos gestores da política de saúde compete a decisão política com vistas a assegurar as condições técnicas para a implementação e operacionalização dos serviços de atenção; aos movimentos sociais fica a luta política pela construção social de um outro sentido para lidar com a "loucura" e com o "louco", a partir de uma transformação na relação sociedade/loucura.

¹ Cabe destacar que a expressão “portador de transtorno mental” é adotada neste estudo por acreditar-se que a palavra portador traz em si um caráter mutante. Ou seja, secundariza o transtorno mental e resgata o sujeito envolvido na condição de enfermo, como um ser dinâmico. Por sua vez, o termo transtorno mental traz um caráter psicossociológico, dinâmico, mutável, diferente do termo doença mental, muito embora não seja menos controvertido do que este último (ROSA, 2003, pp. 37-38). E, também, por ser “portador de transtorno mental” a expressão utilizada na linguagem técnica constante na política de saúde mental do Ministério da Saúde.

No curso das transformações operadas na e pela Reforma Psiquiátrica destacamos como marco significativo recente a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM)². Em seu documento conclusivo reafirma-se que as políticas de saúde mental devem respeitar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das leis Federal e estaduais, priorizando a construção da rede de atenção integral em saúde mental. Tais políticas devem ter como pressupostos básicos a inclusão social e a reabilitação psicossocial, estar integradas com outras políticas sociais, como educação, trabalho, lazer, cultura, esporte e habilitação profissional, visando garantir o exercício pleno da cidadania (BRASIL, 2002a).

O mesmo documento ressalta que a reorientação do modelo assistencial deve estar direcionada para concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e de promoção da saúde. Nesse sentido, é fundamental que as novas modalidades assistenciais desenvolvam práticas pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a auto-estima, a autonomia e a cidadania, buscando superar a relação de tutela e reprodução da institucionalização e/ou cronificação (BRASIL, 2002a).

A mudança do modelo assistencial é um dos desafios da Reforma Psiquiátrica. Busca-se, no âmbito da gestão pública, a construção de um novo pacto para transferir os recursos aplicados no modelo hospitalar para uma assistência comunitária. Entretanto, a mudança da lógica de atenção em saúde mental requer, também, uma mudança de paradigma. No bojo dos novos dispositivos de cuidado necessariamente deve estar uma nova ética do cuidar, baseada na premissa básica da autonomia possível e dos direitos humanos dos portadores de sofrimento psíquico. Isso significa considerar que as possibilidades de novas práticas terapêuticas devem caminhar ao lado da preocupação com a mudança das representações simbólicas do “louco” na sociedade, e com a produção de outros saberes.

Na atualidade, todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, bem como a literatura da área, referem-se a desconstrução como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade das ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Tal proposição tem como base a

² Realizada em Brasília, de 11 a 15 de dezembro de 2001. A I Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em 1987 e a II em 1992.

incapacidade da psiquiatria em explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (TORRE; AMARANTE, 2001).

O modelo manicomial tem seu fundamento na noção de que a experiência de sofrimento psíquico diversa (delírio, alucinação) é sinônima de erro. Um dos aspectos mais importantes no processo de transformação radical deste é a superação do conceito de doença. Conforme apontam Torre e Amarante (2001, p.73-85), “não se trata, obviamente, de negar a diversidade da experiência do delírio ou da alucinação, mas de não utilizar o conceito de doença (igual a erro) na relação com o sujeito”. Nesta direção, Rotelli (1990) propõe, no lugar do objeto “doença mental”, o objeto “existência-sofrimento” do sujeito em sua relação com o corpo social.

Segundo Costa-Rosa (et. al., 2003, p. 28), “ao se buscar a superação do saber psiquiátrico, sobretudo do paradigma doença-cura, procurou-se romper com práticas identificadas com o modelo clínico, por considerá-las ineficazes, segregadoras”. Busca-se no modo psicossocial estabelecer-se “a construção de uma relação de contrato com o sujeito que substitua a relação de tutela instaurada pela psiquiatria” (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 73-85). Como oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar surge, no contexto da Reforma Psiquiátrica, a atenção psicossocial como paradigma do modo psicossocial.

A origem das práticas de atenção psicossocial, como designação de experiências significativas no contexto da saúde mental, está relacionada às contribuições das diferentes experiências históricas de reforma, que incluem as Comunidades Terapêuticas e a Antipsiquiatria, na Inglaterra, a Psicoterapia Institucional, na França, a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, nos Estados Unidos e a Psiquiatria Democrática, na Itália³. No caso brasileiro somam-se as contribuições das políticas públicas e das experiências locais pioneiras dos centros e núcleos de atenção psicossocial, em Santos, São Paulo.

O modelo psicossocial vem ganhando elementos tanto em termos teórico e técnico quanto ideológicos e éticos, aptos a constituírem um novo paradigma para as práticas em saúde mental, capaz de substituir o paradigma psiquiátrico que ainda é dominante. Costa-Rosa (et al., 2003, p.31), observa que de modo geral os elementos teóricos subjacentes a essas experiências passam principalmente pelas idéias sociológicas e psicológicas, pelo materialismo histórico, pela psicanálise e pela filosofia da diferença. Nesse sentido, é importante indicar que o lugar social da saúde mental é um lugar de

³ Estudos sobre estas experiências encontram-se em DESVIAT (1999); ROTELLI (2001).

conflito, confronto e contradição. Entender a saúde mental dessa forma implica em reconhecê-la como expressão e resultante de relações e situações sociais concretas. “Por qualquer perspectiva que se olhe, tratar-se-á sempre de um eterno confronto: pulsações de vida/pulsações mortíferas; inclusão/exclusão; tolerância/intolerância” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p. 29).

A operacionalização da Reforma Psiquiátrica, através da implantação da rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, territorializados e integrados à rede de saúde, tem sido uma construção lenta e difícil, perpassada por interesses políticos e econômicos. Muitas vezes são privilegiados procedimentos técnico-burocráticos, assistenciais, em prejuízo de um serviço que tenha como foco o tratamento da pessoa humana na sua dimensão integral. Por outras, a Reforma Psiquiátrica é entendida como sinônimo de reestruturação de serviços; introdução ou modernização de novas tecnologias de tratamento e cuidado; promulgação de uma nova legislação. Em geral, os problemas passam pela tendência de tornar a Reforma a implantação de centros de atenção psicossocial, de forma a banalizar o serviço, fazendo com que estes sejam uma extensão do hospital psiquiátrico (AMARANTE, 2005).

Não obstante, a transformação do modelo de atenção tradicional requer a construção de uma rede de atendimento ampla, com serviços diversificados e complementares, substitutivos das práticas asilares. O modelo substitutivo não significa alternativo, paralelo, complementar ou intermediário do sistema tradicional. Trata-se de um serviço forte, que comporta uma estrutura complexa em que o sentido das práticas deve ser alterado do “eixo da clínica” para o “eixo da cidadania”. Isso significa olhar para a pessoa-sujeito e não unicamente para a doença (AMARANTE, 2005).

Pensar a mudança do paradigma teórico-conceitual clássico significa provocar uma transformação na cultura da forma tradicional de ver e lidar com a loucura, buscar a construção de um outro lugar social para a loucura e a doença mental, a partir de uma transformação das relações sociedade-loucura/doença mental.

Nesse processo, os centros de atenção psicossocial (CAPS) constituem-se no “braço” do modelo psicossocial. Tornam-se serviços privilegiados para o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial e dispositivos estratégicos para a mudança da atenção em saúde mental.

De acordo com as normatizações do Ministério da Saúde, são atribuições dos CAPS: organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; prestar atendimento em regime de atenção diária; oferecer cuidado clínico eficiente e personalizado; realizar a

dispensação de medicamentos; acompanhar usuários que moram em residências terapêuticas; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, assessorando o trabalho dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território ou área de abrangência (BRASIL, 2004).

No sentido de favorecer o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, bem como estimular a mudança da lógica de ver e lidar com a “doença” e o “doente mental”, o direcionamento da Política Nacional de Saúde Mental preconiza que os projetos terapêuticos dos CAPS podem ultrapassar a estrutura física da unidade, em busca da rede de suporte social comunitária. O atendimento prestado deve ser através de projeto terapêutico individualizado, construído conjuntamente com o usuário. A preocupação principal não deve ser o estabelecimento de um diagnóstico clínico, mas sim o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2004).

Com base no exposto, a presente dissertação de mestrado tem como recorte de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - O Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. A escolha deste CAPS deve-se ao fato de ser este um serviço público de atendimento diário a portadores de transtornos mentais adultos, único nesta modalidade no município. A população de Florianópolis conta com outros dois centros de atenção psicossocial, um para atendimento de crianças e adolescentes (CAPSi) e outro para atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (CAPSad).

O CAPS Ponta do Coral constitui-se no principal serviço de atendimento extra-hospitalar na realidade local, desempenhando um papel central na assistência a portadores de transtornos mentais graves. A rede municipal de atenção em saúde mental é incipiente, com poucos recursos e o CAPS enfrenta diversas dificuldades na realização de suas atividades, concentrando uma demanda de atendimento superior a sua capacidade.

Destacamos a relevância deste estudo na medida em que está em curso no país uma reforma nos serviços de assistência em saúde mental, em que a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos pelo cuidado comunitário/ambulatorial tem sido a

diretriz básica para a reorganização da política de saúde mental, desde o nível federal aos níveis estadual e municipal.

A reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

O processo de reestruturação dos serviços de saúde mental está baseado na organização de uma rede comunitária de cuidados. Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esportes etc), culturais, religiosos e de lazer são convocados para potencializar as equipes de saúde na tarefa de realizar ações de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004).

Fazem parte desta rede de serviços de saúde mental os centros de atenção psicossocial, os núcleos de atenção psicossocial (NAPS), os serviços residenciais terapêuticos (SRTs), os hospitais gerais, os centros locais de saúde, as equipes de saúde da família e agente comunitários de saúde, entre outros. Particularmente, neste trabalho, nos interessamos por estudar os CAPS por estes assumirem um papel central na organização da rede, constituindo-se em serviços de atenção que “almejam à outra lógica, outra fundamentação teórica-técnica e outra ética, que não mais a do paradigma psiquiátrico” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.19).

Os CAPS foram criados para serem substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos, oferecendo atendimento em saúde mental à população de sua área de abrangência. São atendidas pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, incluindo aquelas que apresentam transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e crianças e adolescentes. As práticas realizadas neste tipo de serviço devem caracterizar-se por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro, na comunidade.

Oficialmente os CAPS foram instituídos pela Portaria GM/MS N°224/1992 e definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam uma população adscrita definida pelo nível local e oferecem atendimento de cuidados intermediários entre

o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (BRASIL, 2002b).

Atualmente, os CAPS são regulamentados pela Portaria GM/MS N° 336/2002 e integram a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta portaria estabelece critérios de porte/complexidade e abrangência populacional aos CAPS, classificando-os nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad⁴. A classificação dos diversos tipos de CAPS difere, basicamente, quanto ao tamanho da população pela qual se responsabilizam e quanto ao regime de funcionamento.

Os profissionais que trabalham nos CAPS integram uma equipe multiprofissional. São técnicos de nível superior e nível médio, de diferentes áreas de formação. Os profissionais de nível superior são médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física entre outros necessários para as atividades oferecidas, de acordo com o projeto terapêutico do CAPS. Os profissionais de nível médio podem ser técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores, artesãos, profissionais de limpeza e cozinha (BRASIL, 2004).

As equipes técnicas possuem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. Cabe aos profissionais a tarefa de organizar-se para realizar o acolhimento dos usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, realizar as atividades de reabilitação psicossocial, equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas.

Ao considerarmos as práticas em saúde mental de um centro de atenção psicossocial nosso objeto de estudo estamos entendemos que é a partir delas que a mudança de paradigma se torna possível, haja vista que a estruturação de uma rede de

⁴ O CAPS I tem capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e deve funcionar das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira; o CAPS II atende municípios com população entre 70.000 e 200.000, deve funcionar das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas; o CAPS III atende municípios com população acima de 200.000 habitantes, funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana. Já os CAPSi e os CAPSad possuem características diferenciadas dos demais. O CAPSi é referência para municípios com população acima de 200.000 habitantes e constitui-se em um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período até 21 horas. Os CAPSad destinam-se a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. É indicado em municípios com população acima de 100.000 habitantes, funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas (BRASIL, 2002b).

novos serviços de saúde mental não constitui por si só uma ruptura com o paradigma das práticas asilares, da segregação e da tutela do portador de transtorno mental. Contudo, sabemos que analisar uma realidade institucional é uma tarefa difícil, principalmente quando nos propomos olhar esta realidade em movimento, permeada de contradições e como fruto de um processo sócio-histórico.

Nesse sentido, elegemos como sujeitos informantes os profissionais que atuam no Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, por entendermos que a eles cabe a tarefa de realizar as atividades institucionais cotidianas. Esses profissionais integram uma equipe multiprofissional e assumem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. A nosso ver, constituem-se atores sociais centrais no processo de implementação e operacionalização da Reforma Psiquiátrica na realidade local.

Com isso queremos destacar que os profissionais de saúde mental exercem um papel relevante para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, seja como partícipes dos movimentos sociais, como gestores da política de saúde mental e/ou como trabalhadores (técnicos) nos serviços de assistência. Particularmente, aos profissionais dos CAPS cabe o compromisso de operacionalizar a mudança da lógica da assistência, na medida que estão atuando em um serviço considerado um dispositivo estratégico da rede de assistência em saúde mental. Esses profissionais estão diretamente ligados aos usuários do serviço e a implementação da política de saúde mental, função que os coloca na linha de frente de um cenário novo que vem passando por formulações e reformulações nos campos “político-jurídico, técnico-assistencial, epistemológico e sociocultural” (AMARANTE, 2003).

Torna-se pertinente ressaltar que o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) teve forte influência nos avanços ocorridos na mudança da assistência psiquiátrica. Constituído inicialmente de técnicos de saúde mental buscava a melhoria da assistência psiquiátrica e denunciava a situação precária dos manicômios. O MTSM posicionou-se em relação à assistência prestada, politizou a questão da Reforma, construiu uma linha de pensamento crítica no campo da saúde mental. Organizados, os trabalhadores criaram fóruns de discussões locais de caráter técnico e político e defenderam as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Posteriormente, o movimento ampliou-se no sentido de ultrapassar sua natureza técnico-científica, organizou sua estrutura administrativa como fórum nacional e passou a ser designado Movimento da Luta Antimanicomial, tornando-se um movimento social que passou a englobar várias entidades como associações de usuários

e familiares⁵, ONGs, entre outras (AMARANTE, 1994, 1995a; SOUZA, 2001; VASCONCELOS, 2000b, 2004).

Assim, nos parece certo que os profissionais de saúde mental são atores sociais influentes na efetivação da Reforma Psiquiátrica. Razões significativas para pesquisar e valorizar suas experiências e opiniões, na medida em que seus relatos podem indicar como vem se realizando no dia-a-dia a Reforma, bem como contribuir para a construção de novas práticas e a produção de novos saberes. E, entendemos como Foucault, que os saberes não são apenas conhecimentos acadêmicos, produções que se autodenominam científicas. Os saberes também estão onde são produzidos, pois sempre criam visões de mundo, produzem histórias e História.

Dessa forma, a presente pesquisa tem a finalidade específica de contribuir para a análise das práticas locais de saúde mental, a partir do estudo da realidade vivenciada no CAPS de Florianópolis e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Lembramos, ainda, que neste ano de 2006 o CAPS Ponta do Coral completa dez anos de atividades, fato que nos leva a destacar a importância de um estudo que identifique as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação deste serviço. No geral, busca-se fornecer subsídios para os avanços nas políticas de saúde mental e contribuir para a produção de conhecimentos sobre a realidade da prática das políticas públicas de saúde mental. Para tanto, elegemos como eixos de estudo e análise cinco pontos, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social e integração com a rede municipal de assistência em saúde.

Constitui-se como objetivo geral do presente estudo a análise da realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Para alcançarmos este definimos como objetivos específicos: 1) caracterizar a estrutura e os recursos financeiros disponibilizados

⁵ Cabe registrar que no campo da saúde mental encontram-se associações de composição variada. Há associações de usuários; associações de familiares; associações de usuários e familiares; associações de usuários, familiares e técnicos; associações de usuários e técnicos; e associações de técnicos e familiares. Em sua maior parte, o processo organizativo das associações é conduzido por elementos de constituição de laços de solidariedade e ajuda mútua. Contudo, existem associações que são favoráveis à agenda de inovações da assistência colocada pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e, outras, que se caracterizam como uma comunidade de veto em relação à mesma agenda (SOUZA, 2001).

e sua adequação às atividades do Caps; 2) conhecer as práticas assistenciais desenvolvidas pelo CAPS com relação ao projeto terapêutico e como se organiza o trabalho da equipe técnica; 3) identificar como ocorrem as práticas institucionais de participação do usuário e da família no tratamento e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica; 4) identificar se existem e quais são as ações institucionais, intersetoriais e/ou outras criadas com relação a inserção social do portador de transtornos mentais; 5) descrever e analisar a relação existente entre o CAPS e a rede municipal de assistência em saúde com relação a operacionalização da política de saúde mental e do SUS; 6) identificar quais as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação do CAPS, pontos positivos e negativos.

1.1 Procedimentos metodológicos

Para operacionalizar os objetivos do nosso estudo foi realizada uma pesquisa de caráter qualitativo, do tipo estudo de caso. Segundo Minayo (1994), a pesquisa qualitativa, nas ciências sociais, responde a questões particulares, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Isso significa considerar que trabalhamos com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que correspondem a pontos mais profundos das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser quantificáveis. E, segundo Chizzotti (2003, p. 104), em geral, a pesquisa qualitativa objetiva provocar o esclarecimento de uma situação para uma tomada de consciência pelos próprios pesquisados dos seus problemas e das condições que os geram, a fim de elaborar meios e estratégias de resolvê-los.

Dentre os tipos de pesquisa qualitativa, o estudo de caso talvez seja um dos mais relevantes. É uma modalidade que propicia retratar uma realidade de forma ampla e profunda, de forma a revelar a multiplicidade de dimensões presentes numa determinada situação e contextualizar o objeto para melhor compreendê-lo (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Nesta forma de estudo, o caso é tomado como unidade significativa do todo porque tanto retrata uma determinada realidade quanto revela a multiplicidade de aspectos globais presentes em uma dada situação (CHIZZOTTI, 2003). A principal função do estudo de caso é a explicação sistemática de fatos que ocorrem no contexto social e geralmente se

relacionam com uma multiplicidade de variáveis. Essa técnica caracteriza-se por ser um estudo intensivo, o qual deve considerar a compreensão geral do assunto investigado (FACHINI, 2001).

O local escolhido para a realização do estudo, o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, é um serviço público, municipal, cadastrado na modalidade CAPS II, situado à rua Rui Barbosa, 713 (fundos), no bairro Agrônômica, Florianópolis/SC. CAPS Ponta do Coral funciona das 8h às 18hs e atende uma demanda média diária de 40 usuários. O serviço foi criado em março de 1996 e funciona neste endereço desde o mês de dezembro do mesmo ano⁶.

A principal fonte de informação da presente pesquisa constituiu-se das falas dos profissionais, de formação de nível superior, e, no resultado do formulário aplicado a todos os membros da equipe do CAPS Ponta do Coral. Utilizamos para a coleta de informações a entrevista semi-estruturada, gravada, com questões abertas, e a aplicação de formulário com questões fechadas (Apêndices A e B). As entrevistas foram orientadas por um roteiro com perguntas estruturadas e agrupadas em cinco blocos correspondentes aos eixos de estudo da pesquisa. De acordo com Trivinos (1987), a entrevista semi-estruturada geralmente parte de certos questionamentos básicos, de perguntas fundamentais derivadas da teoria que é adotada para a pesquisa e de informações que o pesquisador possui sobre o tema a ser pesquisado.

Na pesquisa qualitativa, a entrevista é uma das técnicas mais utilizadas na coleta do material empírico. No tipo de estudo escolhido, foi possível perceber que a entrevista constituiu-se na ferramenta capaz de possibilitar a obtenção de dados mais profundos da realidade, os quais só podem ser obtidos com a contribuição dos sujeitos envolvidos.

O trabalho empírico para coleta dos dados e das informações na Instituição foi realizado entre a segunda quinzena do mês de março e a primeira quinzena do mês de abril de 2006 (16/3/2006 a 13/4/2006). A coleta teve início após a apresentação e solicitação de autorização para a realização da pesquisa à coordenação da Instituição. O projeto foi encaminhado à Comissão de Ensino e Pesquisa do CAPS II Ponta do Coral e à Direção de

⁶ A implantação do serviço foi efetivada em 25/3/1996, ficando instalado, provisoriamente, junto ao Centro de Saúde II do Centro de Florianópolis (atual ULS Centro), na Avenida Rio Branco. Em dezembro do mesmo ano foi transferido para o atual endereço, passando a ser chamado NAPS Ponta do Coral. Seu credenciamento no Ministério da Saúde aconteceu ao longo do ano de 1997. Em 2002, a Portaria GM n° 336 regulamentou a denominação dos antigos NAPS para CAPS (STUANI, 2005).

Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis para parecer. Mediante o parecer favorável (Anexo A) das referidas instâncias, foi realizada, em reunião de equipe, a apresentação do projeto aos profissionais do CAPS Ponta do Coral. Concluída esta etapa, foi realizada a entrevista pré-teste. A escolha do profissional observou os critérios constantes da metodologia do projeto. A entrevistada foi uma profissional da área da psicologia (área que tem mais de um profissional no CAPS) que tinha disponibilidade para a realização da entrevista na data escolhida. A partir desta entrevista, foram realizadas pequenas alterações no roteiro, com vistas a agrupar algumas perguntas, no sentido de diminuir o tempo necessário à efetivação da mesma. A referida entrevista teve a duração aproximada de uma hora e vinte minutos, acrescida de mais quinze minutos para a aplicação do formulário, totalizando uma hora e trinta e cinco minutos.

No total, foram realizadas seis entrevistas e aplicados doze formulários, de acordo com a metodologia estabelecida, a qual privilegiou, para a entrevista, o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de ensino superior, dentre as existentes no CAPS Ponta do Coral, quais sejam: psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Os formulários foram aplicados a todos os profissionais de formação de nível superior e de formação de nível médio. Foi necessário realizar sorteio do profissional a ser entrevistado apenas com relação a área da psicologia, por esta ter quatro profissionais atuando na equipe do CAPS. Como utilizamos um deles para a realização do pré-teste, participaram do sorteio apenas os outros três. O sorteio foi realizado na presença de outras duas profissionais da equipe.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos profissionais. A aplicação dos formulários foi simultânea e obedeceu ao mesmo critério. No caso de três dos profissionais entrevistados não foi possível realizar a aplicação do formulário no momento da entrevista, a pedido dos mesmos, devido a limitações de tempo. As entrevistas foram gravadas em fitas cassete, com a autorização prévia dos entrevistados, e, posteriormente, as falas foram transcritas.

As informações e os dados coletados foram sistematizados e classificados, de acordo com os eixos de pesquisa, e posteriormente analisados com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os dados originados dos formulários foram analisados e tratados descritivamente, ou seja, reduzidos a termos descritivos. Para efeito de padronização e de comparação foi adotado o método da porcentagem.

A análise final, que, segundo Minayo (1994), corresponde a um movimento contínuo entre o empírico e o teórico e vice-versa para fazer do caos aparente das

informações revelações da sua especificidade, foi construída pela síntese das informações coletadas em cada eixo de estudo, previamente definidos.

As questões éticas foram consideradas em todas as etapas do estudo, especialmente, na relação com os entrevistados, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) e dentro do que determina a Resolução N° 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde e o Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina. Os profissionais foram informados e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa quando da apresentação do projeto em reunião de equipe e individualmente antes da realização da entrevista. Foi preservado o anonimato dos entrevistado ao se utilizar codinomes para referenciar as falas no trabalho, destacando-se que os mesmos escolheram livremente seu próprio apelido quando da realização da entrevista. Apenas uma das entrevistadas optou por deixar a cargo da pesquisadora a escolha do codinome.

O trabalho que ora apresentamos está organizado de forma a contemplar, neste primeiro capítulo, a introdução do tema e a metodologia utilizada na pesquisa; no segundo capítulo descrevemos, sistematizadamente, o norte teórico utilizado como referência para a análise dos dados e das informações coletadas; no terceiro capítulo trazemos os resultados e as análises da pesquisa. Ao final, resgatamos os principais tópicos relacionados aos eixos de estudo e expomos nossas considerações finais sobre o tema.

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA

Procuramos expor neste capítulo uma síntese das análises de alguns autores que têm contribuído para o avanço nas discussões sobre a Reforma Psiquiátrica, bem como a definição do que vem a ser este outro modelo de atenção em saúde mental – o Modo Psicossocial, tanto em seus aspectos prático-assistenciais quanto em suas exigências éticas e teóricas, no sentido de construirmos o norte teórico orientador das análises da presente pesquisa.

Todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, na atualidade, bem como a literatura da área estabelecem a categoria teórico-prática “desconstrução” como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade nas ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Reiteram, também, a incapacidade da psiquiatria de explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (BASAGLIA, 1985; ROTELLI, 1990). Neste sentido, a proposta da Reforma Psiquiátrica objetiva criar experiências alternativas ao hospital psiquiátrico e ao modelo de suas práticas, através da extinção desse tipo de instituição e sua substituição por recursos que sejam capazes de rever tanto as concepções do “objeto” quanto dos “meios” e modos da sua intervenção nessa área.

A partir das contribuições colocadas por Fleury (et. al., 1989), com relação ao conceito de Reforma Sanitária como um “processo de transformação estrutural”, e da noção de *processo social complexo* proposta por Rotelli (1990), Paulo Amarante (2003, p.49), define Reforma Psiquiátrica como:

um processo social complexo que se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade.

Nessa concepção, o autor observa que processo indica algo em permanente movimento, que não tem um fim predeterminado, nem um objetivo último ou ótimo. E, a idéia de complexidade é posta não como sinônimo de complicação, mas sim como uma atitude epistemológica no sentido de reabrir a possibilidade de recomplexificação do fenômeno, proposição oposta a naturalização/objetualização da noção de doença. Neste sentido, a doença deixaria de ser reduzida a uma alteração biológica, para tornar-se um

processo de saúde/enfermidade. Em outras palavras, “a doença não é um objeto, mas uma experiência nas vidas de sujeitos distintos” (AMARANTE, 2003, p.53).

Na continuidade de suas análises sobre a Reforma Psiquiátrica Amarante (2000, 2003) designa quatro dimensões para as transformações operadas na e pelas práticas da Reforma, quais sejam: teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural.

A dimensão teórico-conceitual ou epistemológica contempla o conjunto de questões que dizem respeito a produção de conhecimentos e saberes que irão subsidiar as práticas. É uma dimensão que vai desde a reflexão dos conceitos mais fundamentais do campo das ciências até os conceitos produzidos pela psiquiatria: alienação, doença mental, normalidade/anormalidade, terapêutica e cura. Um aspecto muito importante desta dimensão refere-se ao desafio de se repensar as relações entre conhecimento e objeto (AMARANTE, 2003).

Na interpretação de Costa-Rosa (et al., 2003, p. 32), o campo teórico-conceitual pauta-se na desconstrução de conceitos e práticas, sustentados pela psiquiatria e pela psicologia nas suas visões acerca da doença mental. Propõe-se como contrapartida a construção de noções e conceitos como “existência-sofrimento” do sujeito na sua relação com o corpo social, acolhimento, cuidado, emancipação e contratualidade social. Nesse âmbito, pode-se entender que o conceito de existência-sofrimento impulsiona a Reforma Psiquiátrica na direção de uma revolução paradigmática, uma vez que questiona a tão cara relação sujeito-objeto e o próprio paradigma doença-cura. Tal conceito aparece por contraposição ao paradigma doença-cura, expressando a exigência de se dar ao sujeito a centralidade da cena.

Como exemplo desse campo Amarante (2003, p. 50) destaca o processo de desconstrução do conceito de clínica, que deixaria de ser o isolamento terapêutico ou o tratamento moral para tornar-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades; a desconstrução do conceito de doença produzido pela psiquiatria, em que o sujeito, não mais visto como alteridade incompreensível, possibilitará outras formas de conhecimento, que produzirão novas práticas clínicas e sociais.

Cabe destacar que quando um conceito é submetido ao processo de desconstrução é possível supor que as relações entre as pessoas envolvidas também serão transformadas, assim como os serviços, os dispositivos e os espaços. Conseqüentemente, mudam, ainda, os conceitos e as práticas jurídicas que eram adotadas pelos conceitos desconstruídos.

Para Basaglia (1985) e Rotelli (1990), desconstrução está relacionada à noção de *invenção*, de construção do real, de produção da subjetividade, recolocando em discussão a ciência e a psiquiatria. Os autores referem-se a “desconstrução” do dispositivo psiquiátrico e clínico em seus paradigmas fundantes e suas técnicas de poder-saber, entendendo-a como uma ação prática de dismantelamento das incrustações institucionais que cobriam a doença. A desconstrução questiona as bases do dispositivo psiquiátrico, em sua competência para atuar frente à loucura.

Entende-se desconstrução como um processo social complexo, de desmontagem do dispositivo psiquiátrico, que não tem fim, ou não pretende constituir, um modelo ideal, mas sim dar novo significado às relações e colocar questões imanentes às situações-problema. Nesse sentido, é um processo que precisa, por definição, ser reinventado incessantemente, e questionar também o conjunto dos segmentos sociais que deveria ser [...] objeto de uma verdadeira "revolução molecular", quer dizer, de uma re-invenção permanente (GUATTARI, 1992 apud TORRE; AMARANTE, 2001, p. 14).

A dimensão político-jurídica passa pela criação e alterações na legislação com relação aos direitos e a assistência ao portador de transtornos mentais. O âmbito jurídico é decorrente do fato de a psiquiatria ter instituído a noção de relação entre loucura, periculosidade, irracionalidade, incapacidade, irresponsabilidade civil. No plano político luta-se pela extinção dos manicômios e sua substituição por instituições abertas, pela revisão das legislações sanitárias, civil e penal referente a doença mental, para possibilitar o exercício dos direitos à cidadania, ao trabalho e à inclusão social. Importa nessa dimensão rediscutir e redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais (AMARANTE, 2003, p. 53; COSTA-ROSA, et al., 2003, p. 33).

No âmbito da dimensão técnico-assistencial está o modelo assistencial. É nesse campo que, na realidade brasileira, aparecem mais visivelmente as inovações com relação as práticas assistenciais em saúde mental, concomitante a reconstrução dos conceitos. As transformações vêm acontecendo tanto na concepção de novos serviços (CAPS, oficinas terapêuticas e de reintegração sociocultural, cooperativas de trabalho) quanto na sua forma de organização e gestão (instituições abertas com participação e co-gestão com os usuários e a população).

Nos últimos anos têm-se objetivado construir uma rede de novos serviços, concebidos como espaços de sociabilidade, de trocas, em que se enfatiza a produção de saúde como produção de subjetividades. Essas mudanças indicam para uma mudança nas práticas de atenção e tem significado *colocar a doença entre parênteses*, propiciando

contato com o sujeito, rompendo com as práticas disciplinares; aumentando a possibilidade de recuperação do seu estatuto de sujeito de direitos (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 32-33; AMARANTE, 2003, p.51).

A expressão *colocar a doença entre parênteses* é atribuída a Basaglia, significa a suspensão do conceito e implica na possibilidade de novos contatos empíricos com o fenômeno em questão. Para o autor, a psiquiatria colocou o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença como fenômeno da natureza. Assim, Basaglia propõe uma inversão, isto é, colocar a doença entre parênteses para tornar-se possível lidar com o sujeito e não com a doença.

Amarante (2003) chama a atenção para o fato de a atitude epistemológica de colocar a doença entre parênteses não significa a negação da doença no sentido do não se reconhecer que experiências de sofrimento ou diversidade fazem parte da realidade concreta da saúde mental. Nas palavras do autor:

não significa a recusa em aceitar que exista uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar. Significa, isto sim, a recusa a explicação da psiquiatria, para dar conta daquela experiência, como se esta pudesse ser explicada pelo simples fato de ser nomeada como doença. A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia social e política da exclusão, e a ruptura epistemológica com o saber da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para objetivar conhecer a subjetividade (AMARANTE, 2003, p. 56).

A dimensão sociocultural expressa o objetivo maior da Reforma Psiquiátrica, haja vista que pretende transformar o *lugar social* da loucura no imaginário social, transformando as relações entre a sociedade e a loucura. Muito do imaginário social é decorrente da ideologia psiquiátrica que tornou senso comum a relação da loucura à incapacidade do sujeito de estabelecer trocas sociais e simbólicas (AMARANTE, 2003, p. 53).

Para tanto se têm estimulado uma série de práticas sociais visando transformar o imaginário social relacionado a loucura, a doença mental e a anormalidade. Está em processo de mudança a imagem da loucura e do louco, a imagem da instituição e a da relação dos usuários e a população com ela. A intencionalidade passa pela construção de uma imagem das instituições de atendimento como espaços abertos de circulação e pólos de exercício estético, e uma imagem do “louco” como cidadão que deve almejar poder de contratualidade social (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 33).

Pensar a Reforma Psiquiátrica como um processo complexo implica desconstruir, superar conceitos; pensar, refletir sobre as ações no campo da saúde mental e os efeitos de

suas práticas; criar, construir novas práticas e produzir outros saberes. Trata-se, portanto, de um processo contínuo em que os verbos transformar, produzir, desconstruir, desmontar, emancipar, reconstruir devem estar no cotidiano do fazer em saúde mental.

2.1 O Modo Psicossocial

A elaboração das práticas do modo psicossocial é tributária de diferentes movimentos sociais científicos e vários campos teóricos. Sob esse aspecto, Abílio da Costa-Rosa (2000; 2003), busca especificar elementos básicos do novo paradigma traçando um paralelo de análise entre as práticas constitutivas do modo asilar e aquelas exigidas ao modo psicossocial⁷.

As principais características do modo asilar são: ênfase na consideração de determinantes orgânicos nos problemas que se pretende tratar, o que implica que o seu meio básico seja medicamentoso; pouca ou nenhuma consideração da existência do sujeito, o que implica que não se insista na sua mobilização como participante do tratamento. O indivíduo continua sendo visto como doente, tanto em relação à família quanto em um contexto social mais amplo. Daí decorre que a intervenção seja quase exclusivamente centrada nele. As aproximações da família, quando ocorrem, costumam ter caráter apenas pedagógico e assistencial. Dessa consideração do indivíduo como centro do problema, entre outros fatores, decorre também seu isolamento em relação ao meio familiar e social.

Ainda, com relação as práticas assistenciais, no modo asilar, o trabalho é realizado sem que os profissionais se encontrem para conversar sobre a atividade comum. O prontuário é considerado o elo de interconexão entre os profissionais da equipe. Mesmo no caso em que o meio é multiprofissional, a determinação fundamental dos problemas continua, na prática, sendo biológica. Portanto, a eficácia do tratamento espera-se que venha da química. Sua instituição típica continua sendo o hospital psiquiátrico fechado,

⁷ O autor observa que esta análise tem uma dimensão histórica, na medida que inclui uma consideração dos avanços que tem ocorrido nas práticas concretas até o presente; e outra dimensão lógica, visto que decorre da dedução realizada, através do método de análise, das características imprescindíveis a um determinado dispositivo para que ele configure uma lógica contraditória com a dos dispositivos que pretende superar e substituir (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.36).

ainda que nas últimas décadas esse venha sendo alvo de reformas democratizantes, intermitentes e esteja acompanhado de dispositivos chamados extra-asilares.

No modo psicossocial a concepção do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos sustentados para lidar com esse processo requer a desinstitucionalização do paradigma “doença-cura” e sua substituição pelo “existência-sofrimento”, conjuntamente com a configuração de práticas de trabalho transdisciplinares.

Destacam-se como principais exigências ao modo psicossocial: a determinação e consistência psíquica e sociocultural dos problemas, e não orgânica; a desospitalização e a desmedicalização, o que significa desconsiderar a medicação como resposta única ou preponderante e a priori; o exercício da “clínica da escuta e da criação de si”, e não a clínica da observação e da retomada do estado anterior às crises; a horizontalização das relações intrainstitucionais; a participação dos usuários e da população em forma de autogestão e co-gestão; o livre trânsito dos usuários e da população; a ética do reposicionamento do sujeito, que significa reconhecer a implicação subjetiva como forma de singularização e não supressão sintomática.

Os dispositivos institucionais típicos do modo psicossocial são os centros e núcleos de atenção psicossocial, o Hospital-Dia, ambulatórios de saúde mental; equipes multiprofissionais de saúde mental, inseridas em Centros de Saúde; setores para tratamento em saúde mental, inseridos em hospitais gerais. Seus meios básicos de tratamento são a psicoterapia, a laboterapia, as socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural, além da medicação.

É decisiva a importância que se atribui ao sujeito, daí que se insista de maneira fundamental na sua mobilização como participante principal do tratamento. Não se deixa de considerar, por isso, a sua dimensão de indivíduo (orgânico e sócio-cultural). Dá-se ênfase à consideração da pertinência do indivíduo a um grupo familiar e social. Supõe-se que se deve trabalhar também a família e o grupo social como agentes das mudanças buscadas.

Da consideração de que não é o indivíduo o único problemático, sugere-se que se inclua no tratamento também a família e eventualmente um grupo mais ampliado. As formas de participação da família e do grupo ampliado no tratamento são várias e superam, em muito, as posturas assistencial e orientadora, características do modo asilar. As associações de usuários e familiares criadas no modo psicossocial são reflexos dessa nova postura em relação aos usuários.

No modo psicossocial, espera-se que as diferentes possibilidades de ação se estendam desde a continência do indivíduo, durante a crise, até o reconhecimento da implicação familiar e social nos mesmos problemas. Espera-se, portanto, que tanto uns quanto outros possam assumir a parte de seu compromisso na atenção e no apoio. Além disso, dá-se acentuada ênfase à reinserção social do indivíduo, sem perder de vista que, muitas vezes, não é a problemática com a qual ele chegou a responsável pela sua saída da circulação sociocultural.

Quanto às formas de organização institucional, no modo asilar estas são marcadas por estratificações de poder e saber no âmbito do pessoal da instituição, que se transladam para a relação com os usuários e a população, os quais estão excluídos de qualquer participação que não seja a do objeto inerte e o mundo. Já os dispositivos do modo psicossocial tem suas práticas fundamentadas na lógica da Psicoterapia Institucional e da Comunidade Terapêutica e, geralmente, estas são instrumentadas por meio de assembleias de usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental. Participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais no modo psicossocial, por oposição à estratificação e interdição institucionais à heterogestão e à disciplina das especialidades que dominam no modo asilar.

Neste sentido, o autor propõe designar a Atenção Psicossocial como paradigma do modo psicossocial, em oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar.

2.1.2 Atenção Psicossocial

O termo Atenção, no contexto da Reforma Psiquiátrica, assume o conceito de “dar e prestar atenção, acolher, receber com atenção, tomar em consideração, levar em conta e escutar atentamente”. Designa uma parte fundamental do contorno que se pretende imprimir às ações de Atenção Psicossocial nas práticas em saúde mental. Expressa certos princípios relativos, sobretudo, à forma das relações dos agentes institucionais e das próprias instituições como dispositivos, com os sujeitos usuários e suas demandas (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 22).

Já o conceito Psicossocial designa as práticas em Saúde Mental Coletiva que se inscrevem como transição paradigmática da psiquiatria; enquanto que o termo psicossocial

agrega ao 'objeto' das práticas em saúde mental aspectos psíquicos e sociais, e tem a função de designar experiências reformadoras em sentido amplo (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 19).

Segundo o autor, ao somatizar aspectos sociais e psíquicos aos aspectos biológicos do paradigma e do objeto da psiquiatria a Atenção Psicossocial vai promover transformações nas concepções do objeto, nos modos de conceber e estruturar a instituição como dispositivo e, sobretudo, na forma de conceber e estruturar as relações terapêuticas, que tem, por sua vez, implicações éticas radicalmente distintas das práticas asilares.

A Atenção Psicossocial subentende ações diferenciadas das contidas no paradigma asilar e psiquiátrico. Na definição de Costa-Rosa Luzio e Yasui (2003, pp. 34-36):

a Atenção Psicossocial parece configurar um campo capaz de congrega e nomear todo o conjunto das práticas substitutivas ao Modo Asilar, conservando ao mesmo tempo a abertura necessária para a inclusão das inovações que ainda estão se processando e para outras que certamente virão. [...] As práticas de Atenção Psicossocial representam a sedimentação de um vasto conjunto de variações teórico-técnicas e éticas, mais ou menos radicais, conforme o caso, em relação às práticas vigentes e dominantes, que estão no lugar estrutural de sua alteridade necessária.

Os autores argumentam que a Atenção Psicossocial tem sustentado um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas norteadas pela aspiração de substituírem o modo asilar, e algumas vezes o próprio paradigma da psiquiatria. As ações na esfera político-ideológica trabalham em sintonia com os movimentos sociais que lutam pelo resgate da dignidade humana e dos direitos individuais e coletivos de cidadania. As ações teórico-técnicas referem-se à produção de novas formas de intervenção que possibilitem a construção de novos dispositivos que trabalhem pela transformação radical dos modelos institucionalizados e da ética em que se pautam.

Atenção Psicossocial, entendida como paradigma do modo psicossocial, designa concepções contrárias ao modo asilar. Quando referida as políticas públicas de saúde mental aspira a inclusão de aspectos políticos, econômicos, sociais, culturais e outros relacionados com ações que visam a construção de práticas de emancipação para a cidadania. Neste trabalho, se refere ao modelo de atenção em saúde mental que deve nortear as práticas dos serviços substitutivos, especificamente, a dos centros de atenção psicossocial.

Dessa forma, a complexidade e amplitude das práticas de Atenção Psicossocial inclui como seus componentes necessários, os conceitos e as práticas englobadas na desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, a partir de uma perspectiva baseada no aumento da contratualidade social dos usuários das instituições.

2.2 Desinstitucionalização

A desinstitucionalização tem sua origem nas experiências desenvolvidas por Franco Rotelli (1990), na Psiquiatria Democrática italiana. Segundo o autor, o primeiro passo da desinstitucionalização consiste em desmontar a relação problema-solução, renunciando a busca da solução racional (tendencialmente ótima) que no caso da psiquiatria é a normalidade plenamente restabelecida.

“O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de “cura” mas no projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente” (ROTELLI, 1990, p.30). Neste sentido, trata-se de um processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito doente. A desinstitucionalização traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação na qual exista reciprocidade entre sujeitos - uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade.

Nas palavras do autor,

A desinstitucionalização é, sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. [...] Depois de ter descartado a ‘solução-cura’ se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento (ROTELLI, 1990, p.33).

Em sua origem, os pressupostos da desinstitucionalização encaminham-se no sentido da restituição da subjetividade do indivíduo, possibilitando-lhes a recuperação de sua contratualidade, isto é, da posse de recursos para trocas sociais e, por conseguinte, para a cidadania social. Contudo, alguns estudos sobre as mudanças operadas na assistência no

âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira apontam para a compreensão da desinstitucionalização como desospitalização⁸.

Segundo Spricigo (2001), a desinstitucionalização, não correlata da desospitalização, torna-se a um só tempo, processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito adoecido. Traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação em que exista reciprocidade entre sujeitos, uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade. Isso gera a necessidade de invenção de novas modalidades de mediação, não somente médicas, mas principalmente políticas, sociais e culturais.

Sobre esta questão, Amarante (1995b) enfatiza que a mudança desejada na assistência em saúde mental não corresponde simplesmente ao fechamento de hospitais psiquiátricos e o conseqüente abandono das pessoas em suas famílias ou nas ruas, nem no fechamento de leitos para reduzir custos, no sentido do neoliberalismo ou no sentido do enxugamento do Estado. Segundo o autor,

desinstitucionalização não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativo. Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social (AMARANTE, 1995b, p. 491-494).

⁸ Ver SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Série Teses em Enfermagem, n° 42)

Neste sentido, a proposta da desinstitucionalização está centrada em uma mudança completa do paradigma de saber em saúde mental e, do ponto de vista assistencial, na constatação de que o hospital psiquiátrico tradicional é antiterapêutico. Assim, a estratégia de conversão do sistema de cuidado deve partir da substituição do hospital psiquiátrico por um amplo rol de serviços abertos e comunitários, capazes de assistir o usuário desde a crise aguda até às necessidades mais amplas de caráter social. Nestes novos serviços, a reabilitação psicossocial vem se configurando como um lineamento para o desenvolvimento de programas, eticamente responsáveis, no sentido de dar conta da totalidade das demandas que os problemas mentais severos e persistentes requerem.

2.3 Reabilitação psicossocial

Na definição da Organização Mundial de Saúde (1987 apud PITTA, 2001) reabilitação psicossocial é o conjunto de atividade capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários.

Segundo Pitta (2001), a reabilitação psicossocial, no seu sentido instrumental, é representada por um conjunto de meios (programas e serviços) que são desenvolvidos para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes, ou seja, um processo para facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. Tal processo enfatiza as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo e a cada situação de modo personalizado.

Para Saraceno (2001), a reabilitação psicossocial prevê um processo de restituição e reconstrução de direitos políticos legais e sociais para o cidadão. Para tal, projetos de ressocialização devem promover o reconhecimento do portador de transtorno mental.

Para Kinoshita (2001), reabilitar é reconstruir valores, aumentar o poder contratual, criar condições de possibilidade para que um paciente possa, de alguma

maneira, participar do processo de trocas sociais, produzir dispositivos que, desde uma situação de desvalor quase absoluto (pressuposto), possa passar por experimentações, mediações que busquem adjudicar valores aptos para o intercâmbio, ou seja, modificar o pressuposto de desvalor natural para um pressuposto de valor possível proposto, explícito.

O autor considera que reabilitar pode ser entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia. Sendo que, a contratualidade do usuário vai estar, primeiramente, determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Se estes podem usar de seu poder para aumentar o poder do usuário ou não. Depois pela capacidade de se elaborar projetos, isto é, ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida.

Ainda, diretamente ligada a questão da reabilitação de pacientes está a necessidade de se estabelecerem diversificadas redes de relações, as quais melhor capacitariam os indivíduos a compreenderem quais determinações influenciam sua vida cotidiana, ampliando sua autonomia.

O conceito de autonomia aqui referenciado é entendido como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001).

3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Apresentamos, a seguir, os resultados e as análises da pesquisa realizada, a partir dos eixos que nortearam a coleta dos dados e das informações: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde.

3.1 Estrutura e recursos financeiros

O conjunto de serviços substitutivos ao modelo de atenção em saúde mental tradicional (manicomial/asilar), do qual os centros de atenção psicossocial fazem parte, é, atualmente, regulamentado pela Portaria GM/MS N° 336/2002. Esta portaria estabelece portes diferenciados, a partir de critérios populacionais, para abrangência, financiamento e tipo de serviço prestado, de acordo com cada modalidade de CAPS.

Com relação a estrutura física, os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender a sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado. Para tanto, devem estar equipados com consultórios individuais para consultas, entrevistas, terapias, salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitório, sanitários, área externa para oficinas, recreação e esportes (BRASIL, 2004).

Neste aspecto, O CAPS Ponta do Coral tem uma estrutura que compreende um terreno com área física total aproximada de 1.936,00m², destes, aproximadamente 421m² são de área construída. Fazem parte das instalações, uma casa com dois pavimentos, um anexo, utilizado como sala do brechó, área de lazer e estar externa, e estacionamento. O pavimento superior da casa comporta 2 varandas, sala de recepção, sala de espera, 2 áreas de circulação (corredores), sala de administração, 2 consultórios, sendo que no momento um é utilizado como sala administrativa para realização de procedimentos relacionados ao preenchimento das APACs⁹, 2 salas para atividades grupais com WC, sala de depósito de

⁹ Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo.

material, cozinha com despensa, refeitório com churrasqueira, sala ampla (auditório) equipada com multimídia, sala de enfermagem, sala de repouso, e 7 banheiros distribuídos no espaço físico do pavimento superior. No pavimento inferior encontra-se a sala utilizada pela associação de usuários, 2 salas para a realização de oficinas (com passagem de uma para outra), sala com forno, sala de depósito de material e lavanderia¹⁰.

De acordo a pesquisa realizada, 83,3% dos profissionais considera a área física do CAPS suficiente para o atendimento da demanda e 66,7% consideram as instalações adequadas para a realização das atividades propostas; apenas um profissional observou que considera a estrutura do CAPS suficiente desde que as oficinas produtivas sejam realizadas fora da unidade. A mesma porcentagem (66,7%) considera os equipamentos disponíveis suficientes. Neste âmbito, o serviço conta com computador com impressora, aparelho de telefone e fone/faz, televisão, mesas de escritório, cadeiras, quadro branco, maca para atendimento em enfermagem, camas de repouso, fogão industrial, pia, mesas e bancos no refeitório, bancos para estar e descanso, entre outros. Metade dos profissionais respondeu que os equipamentos estão em bom estado de utilização, com ressalvas para salas com pouca ventilação no pavimento inferior.

Já com relação aos materiais de consumo, 91,7%, correspondente a onze dos doze profissionais que responderam ao formulário, consideram que os materiais de consumo não são suficientes. Eles se referem à falta e irregularidade no recebimento de materiais básicos à manutenção do serviço, tais como copo descartável para água, papel higiênico, e, principalmente, material específico para uso nas oficinas terapêuticas e de produtividade. Esta situação pode ser observada nas falas dos profissionais, que identificam as dificuldades no funcionamento do CAPS com relação a falta de recursos materiais e financeiros:

[...] essa falta de recursos é isso que eu te digo, desde a parte administrativa, nós precisamos de papel, carbono, copo pra tomar água, por exemplo, agora nós somos uma Unidade Local de Saúde que não tem copo descartável, já faz quase quinze dias, vinte dias, não tem copo descartável; falta água, aí nós temos que esperar, sendo que é um lugar que transita muitos usuários, eles tomam medicação e precisam tomar água, eles tomam muita água, e acaba não tendo água potável; por exemplo, teve época que faltou papel higiênico, em um serviço onde os usuários chegam fazem lanche, almoçam, fazem lanche da tarde, eles passam o dia aqui, então precisa ter uma estrutura mínima de atendimento (LÉLI, 4/4/2006).

¹⁰ Conforme Planta Baixa da unidade constante no projeto de reforma e ampliação executado em 2003/2004.

[...] a gente tem também o problema de fornecimento de material de consumo já há algum tempo, também desde que essa administração começou (Gestão Municipal e da Secretaria de Saúde), o fornecimento de material de consumo é interrompido, a gente fica sem tinta pra impressora, sem papel, sem papel higiênico...; tem diversos itens desses que são necessários, fazem parte do funcionamento do dia-a-dia do serviço (F, 12/4/2006).

[...] as oficinas terapêuticas e produtivas, requerem um material específico que precisa de dinheiro, e aqui, na política específica do município não tem uma regularização quanto ao repasse desse dinheiro [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

[...] a falta de agilidade no fornecimento das reservas para as oficinas, tudo isso resulta em um prejuízo para o trabalho; ficou quase uns dois meses a oficina fechada por falta de material, por exemplo [...] (P, 17/3/2006).

Outra dificuldade mencionada pelos profissionais no funcionamento do serviço é o vale transporte dos usuários:

[...] o funcionamento em geral fica prejudicado porque na medida em que falta vale transporte o usuário não vem, não consegue se deslocar para vir até aqui, aí interrompe aquele projeto terapêutico que havia sido feito com o usuário [...] (VIK, 24/3/2006).

[...] a questão, por exemplo, da dificuldade que a gente tem aqui: o transporte dos pacientes, a questão do passe, é muito irregular; então, isso reduz a nossa produtividade também, porque os pacientes acabam não vindo. Muitas vezes a gente não pode, por exemplo, contar com aquele paciente que veio para uma entrevista inicial porque ele não tem como estar vindo no curto prazo, então, acho que isso, a questão do custo que é o transporte em Florianópolis, também acaba afetando o nosso trabalho, então, nesse sentido, a falta de regularidade no passe [...] (P, 17/3/2006).

A partir dessa relação entre as diversas necessidades para o funcionamento do serviço é possível perceber que os profissionais assumem como princípio uma concepção de saúde ampliada, na qual não basta somente o atendimento terapêutico. Outros fatores estão interligados e contribuem para que a assistência efetivamente ocorra. Contudo, a concepção e prática setorializada das políticas sociais brasileiras provoca situações dessa natureza, na medida em que não se trabalha a inter-relação entre elas. Esta forma de setorialização das políticas sociais, no entanto, não é característica apenas da realidade brasileira, mas uma “modalidade do Estado burguês” que traduz as expressões da questão social mediante a tipificação das políticas sociais (NETTO, 1992).

Várias iniciativas têm buscado romper com esta perspectiva como a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), que reafirmou a necessidade de se garantir e melhorar o acesso aos bens e serviços da sociedade: prover trabalho, creches, profissionalização, educação, lazer, escolas, habitação, transporte, segurança pública, saneamento básico. Também, destacou ser fundamental enfatizar a questão do transporte urbano acessível aos usuários, a fim de que seja garantido o deslocamento entre os serviços de saúde e sua moradia (BRASIL, 2002a).

Na seqüência da pesquisa realizada, dois entrevistados referiram que a falta e as dificuldades no fornecimento dos recursos materiais necessários estão mais acentuadas na atual gestão administrativa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)¹¹. Foram relacionadas, ainda, como dificuldades, a falta de um carro disponível para o CAPS, a falta de terapeuta ocupacional, de outro médico psiquiatra e outros profissionais de nível médio (auxiliar administrativo, pessoa para limpeza). Outras questões listadas estão relacionadas aos recursos humanos e as necessidades de integração do serviço na política municipal de saúde. Os profissionais relatam a existência de dificuldades de interação da equipe, falta de capacitação, supervisão institucional, falta de apoio institucional, falta de efetivação de uma rede de saúde mental e/ou a existência de uma rede de atenção ainda incipiente, em processo de formação, falta de estrutura para atenção às urgências, dificuldades do gestor em compreender a lógica da saúde mental, salários incompatíveis com as funções.

Os problemas relatados pelos profissionais aparecem diretamente relacionados à insuficiência dos recursos financeiros de custeio do serviço. Todos os entrevistados referiram que os recursos gerados pelo serviço, através das APACs, não são suficientes para a realização das atividades do CAPS. Dentre as atividades prejudicadas, o trabalho nas oficinas foi apontado como o principal, conforme aparece na fala a seguir:

o que requer mais recursos, atualmente, são as oficinas produtivas, por exemplo, houve uma paralisação de muitas das oficinas quando faltou recurso. O recurso não é exatamente suficiente. Eu acho que os R\$ 500,00 por mês é um recurso pequeno [...] acho que o recurso poderia ser maior, pelas necessidades ele acaba sendo reduzido, não é uma coisa que você possa comprar a vontade, assim, é limitado, muitas vezes, a oficina tira de uma pra passar pra outra (P, 17/3/2006).

¹¹ Gestão Municipal 2004/2008; a Gestão da Secretaria de Saúde referida é a de 2004 a abril de 2006 que teve como gestor o vereador Walter da Luz; à época da coleta dos dados empíricos houve mudança do gestor municipal de saúde, assumindo o cargo o ex-secretário estadual de saúde João José Cândido da Silva.

Um dos profissionais apontou como principal atividade prejudicada pela falta de recursos financeiros a questão do território. Segundo este, a falta de recursos interfere no atendimento prestado, no sentido de que não é possível realizar o acompanhamento, a inclusão e avaliação do usuário em seu território. De acordo com este profissional,

o dinheiro do CAPS pode ser melhor gerido se investir no território. Investir no território seria elaborar projetos, ter mais articulação com a associação de moradores, ou seja, com os recursos que o território oferece, e aí precisa aumentar a própria equipe porque vai ter equipes que vão ter que se deslocar do CAPS; vai ter que ter investimento em carro, daí vai ter que ter um motorista, os próprios agentes comunitários tem que ter essa parceria, isso tudo implica em financiamento. [...] como eu sempre digo, território é onde a vida acontece, onde a cultura é produzida, onde as manifestações de vida, elas estão mais visíveis [...], mas investir lá no território, a equipe tem que estar inserida lá, estar toda hora pensando e discutindo [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

De acordo com as recomendações da política do Ministério da Saúde, as ações de saúde mental devem obedecer a um modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas. São ações que envolvem práticas de reabilitação psicossocial, promoção da cidadania, construção da autonomia possível dos usuários no ambiente em que eles vivem, e que necessitam de uma equipe multidisciplinar capaz de trabalhar sobre a ótica da interdisciplinaridade (BRASIL, 2004).

Necessariamente, a mudança de um modelo assistencial requer a análise de sua estrutura de financiamento. Isso significa que as características singulares e diferentes dos CAPS, em relação aos modelos tradicionais de assistenciais, e a complexidade das ações desenvolvidas por estes serviços necessita vir acompanhada de uma mudança na lógica de alocação de recursos financeiros.

Atualmente, o principal órgão financiador dos CAPS é o Ministério da Saúde (MS). Com a publicação da Portaria GM/MS nº 336/2002 os CAPS passam a fazer parte das ações estratégicas do MS. Esses serviços são incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e a remuneração é através do sistema APAC/SIA¹². Baseado na fatura que o prestador de serviços de saúde apresenta ao SUS, correspondente aos seus gastos

¹² A Portaria GM/MS nº 336/2002 descreve os procedimentos objeto de remuneração, classificando-os em intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Para essas três modalidades de atendimento, a Portaria GM/MS nº 189/2002 fixou o número máximo de atendimentos mensais para cada modalidade, de acordo com cada tipo de CAPS, sendo que para cada tipo de procedimento é destinado um valor diferenciado. Nos CAPS II, um procedimento intensivo custa R\$ 25,40; um semi-intensivo, R\$ 16,30; e um não-intensivo, R\$ 14,85 (BRASIL, 2002).

mensais com a produção de atendimentos aos usuários dos CAPS, o Ministério da Saúde repassa, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, o montante equivalente à sua produção. A inovação introduzida por este modelo de pagamento refere-se à fonte de financiamento, ou seja, ao acréscimo de recursos financeiros repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estadual e Municipal de Saúde (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, pp.129-132).

Sobre este aspecto, perguntamos aos entrevistados qual conhecimento possuem sobre o repasse dos recursos financeiros para o CAPS. Na sua maioria, eles referiram saber sobre os recursos originados a partir das APACs, contudo, relataram não saber sobre o controle do uso desse recurso, conforme expresso nas falas relacionadas:

[...] tem o valor, o montante desse valor que é produzido dos atendimentos pagos pelo Ministério (MS), então, tem isso mensal, a gente tem o valor que chegou, somou, vamos dizer assim, esse montante que a gente somou dos atendimentos feitos no mês, isso a gente sabe, porque as APACs são geradas aqui no CAPS, mas o repasse disso via Fundo Municipal, esse controle eu não sei, eu sei do valor que tem que receber mensalmente (VIK, 24/3/2006).

Bom, formalmente, eu desconheço qualquer..., todas as formas de recursos. O dinheiro da produtividade referente as APACs vai para o Fundo Municipal de Saúde e nunca teve prestação de contas disso. Na verdade a gente não sabe qual é o destino que é dado nem quanto vem; tem o nosso levantamento interno da produtividade, mas não sabemos o que é feito desse recurso (F, 12/4/2006).

Alguns profissionais referiram-se ao fato de o município não ter gestão plena do SUS,

Bom, eu tenho algum, pouco do que é repassado, a gente sabe o que foi recolhido, por exemplo, através das APACs, que são os atendimentos feitos aqui, então eu sei quantos atendimentos foram, qual seria o valor que essas APACs dariam, mas eu não sei qual o valor que a gente acaba recebendo, que fica num fundo perdido, no sentido de que é um fundo único por não ser gestão plena (J, 22/3/2006).

O conhecimento que eu possuo é muito irregular e insatisfatório, assim, a relação APAC, por exemplo, o repasse do dinheiro que viria do Ministério da Saúde a gente acaba..., nós não somos gestão plena então vai pra secretaria (municipal) de saúde e ali é passado pra compra de alimento..., enfim, mas nós não temos autonomia sobre esse dinheiro, então, uma vez que você não tem autonomia o teu conhecimento fica restrito. Está na mão da secretaria mesmo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais discorreu detalhadamente sobre a forma como os recursos são gerados e repassados à unidade gestora (SMS), referindo-se que todas as diretrizes sobre financiamento do serviço são preconizadas pelo Ministério da Saúde através de portarias.

Os recursos financeiros do CAPS são obtidos através de APACs, Autorização de Procedimento de Alto Custo; pra se preencher uma APAC é necessário que haja uma organização do serviço em cima de modalidades de atendimento; as modalidades de atendimento podem ser: semi-intensivo, intensivo e não-intensivo, cada um tem um determinado valor em relação a esse procedimento, ou seja, todas as diretrizes em relação a financiamento, o Ministério preconiza isso em portaria, então, os conhecimentos que eu possuo em relação aos recursos financeiros do Caps são os conhecimentos que já estão preconizados em relação ao Ministério da Saúde; essa APAC uma vez preenchida ela é computada, ela é repassada pro governo federal e este repassa o dinheiro fundo a fundo; esse dinheiro vem pro Fundo Municipal de Saúde, e é esse dinheiro que é aplicado na saúde mental pra ter a gestão do serviço [...] aqui acontece da seguinte forma: cada gestor municipal, como a política é municipalizada, eles criam um protocolo, nesse protocolo eles colocam de que forma esse dinheiro pode ser gastado na saúde mental; então, existe um documento no município dizendo, olha na saúde mental você pode gastar tanto com a associação de usuários, tanto pra comprar materiais, tanto pra gastar em vale transporte; então, existe um protocolo dizendo no que você pode gastar esse dinheiro que vem na saúde mental; é um dinheiro que vem do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde; esse dinheiro cai nessa conta e ali existe um acordo de como se gastar; esse dinheiro é manejado pelo gestor municipal de saúde (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme apontam Freire, Ugá e Amarante (2005, pp. 131-133), o modelo de alocação de recursos dos CAPS (sistema de remuneração por APAC) trás contribuições à política nacional de saúde mental ao inserir os CAPS no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) do MS, pois proporciona maiores incentivos financeiros, haja vista a alocação de recursos municipais extra-teto para a manutenção de serviços já existentes e a implantação de novos serviços.

Contudo, os mesmos autores ressaltam que há de se perceber que a lógica da remuneração que o SUS imprime aos CAPS vincula-se, preponderantemente, à doença. Ou seja, as unidades assistenciais do SUS seguem um sistema de remuneração vinculado a um diagnóstico, mais especificamente, a um episódio de doença, internação, contidos na tabela de procedimentos hospitalares (SIH/SUS) ou a ações ambulatoriais, inscritas na tabela de procedimentos ambulatoriais (SIA/SUS). Desta forma, “o sistema de saúde encontra-se, em sua quase totalidade, voltado para a produção de atos vinculados a doença, isto é, atos

curativos, valorizando, em consequência, intervenções predominantemente individuais, que são remuneradas pela venda de procedimentos, diárias e atos médicos-assistenciais de natureza privatizante” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p 133).

Amarante (2003, pp. 62-63) considera que os CAPS, como os serviços integrantes do SUS, também foram capturados pela lógica da *inampização*, ou seja, pela lógica do pagamento por procedimento. Para o autor, “o modelo prevalente dos CAPS é o herdeiro mais autêntico e legítimo da lógica do antigo INAMPS, onde a saúde era reduzida a doença, ao mesmo tempo em que o sistema de saúde era reduzido a assistência médico-curativa”.

Portanto, o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. Pelo contrário, tente a prejudicar a complexidade de ações dos CAPS, na medida em que não é previsto financiamento das diversas relações que podem ser estabelecidas com a comunidade, com as lideranças e associações comunitárias. Tais ações, dentre muitas outras possibilidades de intervenção territorial, “são inerentes a esse tipo de serviço e objetivariam imprimir um processo de transformação cultural nos diversos segmentos da sociedade, no lidar e no acolhimento das pessoas em sofrimento mental” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 135).

Sobre a forma de repasse dos recursos financeiros ao CAPS, os profissionais entrevistados relataram não existir descentralização administrativa. Os recursos chegam ao serviço na forma de materiais. Alguns profissionais observaram que até a gestão administrativa da secretaria municipal de saúde anterior eles tinham acesso a uma verba de R\$ 500,00 que utilizavam na compra de material para as oficinas. A partir da atual gestão esse dinheiro não foi mais repassado. A compra do material passou a ser feita através de orçamento encaminhado à secretaria, que faz o pagamento, e os profissionais retiram os materiais.

Não, a gente não tem acesso a esse recurso diretamente, a gente não é uma unidade que gere o seu recurso; ele vai pra secretaria e a secretaria... por exemplo: toda a compra de... o pagamento dos almoços, lanches, etc.. é a secretaria que faz; a gente não tem autonomia; o único recurso que a gente manuseia são os R\$ 500,00, que vem para as oficinas; isso é dividido, as Oficinas fazem um rateio, cada oficina compra o seu material, mas até parece..., da última compra fui eu que comprei, ela (SMS de Florianópolis) determinou, já colocou a empresa que vai fornecer; não sei se foi mediante licitação, já fez o pagamento direto, a gente só foi lá escolher e pegar os produtos que tinham sido

solicitados; então..., de outras vezes, por exemplo, a gente pegava o cheque ia lá comprava, pagava naquele valor, agora isso não foi feito dessa forma (P, 17/3/2006).

Desde que começou essa administração (Gestão Municipal 2004-2008) acabou esse repasse; então atualmente a única vez que a gente conseguiu material pras oficinas foi através de empenho que a própria secretaria fez..., então, permanece centralizado, a única coisa que a gente teve que fazer foi ir nas lojas fazer orçamento, passar pra secretaria, a secretaria emitiu as notas, e aí a gente foi buscar o material com essas notas, mas não com o dinheiro (F, 12/4/2006).

Não, não existe, porque, na gestão passada (Gestão Municipal 2000-2004) ainda vinha uma verba de dois em dois meses, tipo quinhentos reais pra compra de material pra oficinas; nós comprávamos, apresentávamos as notas e depois eles colocavam o dinheiro; nessa gestão (Gestão Municipal 2004-2008; Gestão da Secretaria de Saúde de 2004 até abril de 2006) não existe nada, então, a pergunta se existe descentralização administrativa dos recursos financeiros, não, não existe (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais referiu-se a descentralização não apenas como repasse de recursos financeiros e funções administrativas, mas como compartilhamento de poder na gestão do serviço.

Essa descentralização, eu estou entendendo como um compartilhamento de poder; não existe esse compartilhamento de poder na hora de gerir os recursos, assim, o CAPS possui CNPJ, mas ele não possui uma conta específica pra vir dinheiro pro CAPS, não existe isso, existe esse acordo que eu te falei, que vem do fundo a fundo e esse dinheiro vai pra saúde mental e o CAPS tem uma vertente pro CAPS, o dinheiro não é só pro CAPS, ela vai pra saúde mental, e aí o CAPS acaba utilizando esse dinheiro, então, quando pergunta sobre a descentralização eu faço a avaliação de que é o compartilhamento de poder, então, não tem isso, é o gestor que acaba se apoderando desse sistema de financeiro, a gente não interfere (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ao considerarmos a questão da descentralização político-administrativa dos recursos financeiros, temos a intenção de destacar que a transferência desta prática às unidades prestadoras de serviços em saúde nos municípios poderia estar favorecendo uma melhor utilização e adequação dos recursos às necessidades reais do serviço, bem como possibilitar maior agilidade na compra dos materiais e viabilizar um processo de gestão democrática e participativa, entre técnicos trabalhadores, usuários e gestores. Essa prática traduz-se, por sua vez, em um exercício político-pedagógico de construção da democracia, objetivando uma atuação com transparência na administração da coisa pública.

Quando questionados sobre se a descentralização financeira dos recursos possibilitaria o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, os

profissionais, na sua maioria, disseram que sim, com algumas ressalvas feitas para a necessidade de mudanças na forma de gestão administrativa do serviço, conforme expresso nas falas que seguem:

Sem dúvida, sim sem dúvida, isso é um equívoco assim porque..., justamente porque a gente não sabe qual é o destino dado a esse dinheiro. A gente acredita que se a gente tivesse mais transparência nesse processo a gente poderia pelo menos priorizar certas coisas que são de fato importante e garantir que elas fossem..., que a gente conseguisse obter essas coisas, enfim, o investimento necessário (F, 12/4/2006).

A melhor utilização sim acho que o planejamento teria que ser anterior, mas sim, acredito que utilizar no sentido até..., porque muitas vezes, como vai para esse Fundo que é pra todos, pra toda a saúde, você acaba sem saber, igual agora, que a gente já tem o dinheiro da supervisão disponível na secretaria, mas não tem como a gente começar amanhã, embora o dinheiro já esteja lá., porquê? porque a gente não sabe como esse dinheiro vai sair e entrar na mão do terapeuta que vai fazer a supervisão da equipe e isso pode demorar um mês, dois meses, vai saber, seria melhor, claro (J, 22/3/2006).

Sim, com certeza, porque nos iríamos sentar e ver as necessidades, por exemplo, esse ano nós ficamos desde o ano passado até um mês atrás sem material nenhum pras oficinas e as oficinas que mais tinham, capitalizavam usuários e não tínhamos material, nós tivemos que suspender as oficinas; então nós sabemos das necessidades, as necessidades dos usuários, quais as oficinas tem mais usuários, pra gente pode administrar e vê onde pode estar investindo (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que sim porque ficaria mais próximo da própria administração do CAPS, porém, ia surgir a necessidade de ter todo um aparato administrativo pra poder gerenciar isso, mas assim, na medida que aqui no CAPS a gente tem uma gestão participativa, em que os usuários estão reunidos semanalmente pra pensar as regras do CAPS, as necessidades do CAPS, enfim, seria mais interessante talvez, esse repasse direto tu quer dizer, é... não sei assim, a princípio..., hoje a gente tem uma estrutura de conselho que prevê o controle social através do Fundo Municipal de Saúde, o Conselho Municipal tem essa ligação também, e aí a gente está lá também, de certa forma representado (VIK, 24/3/2006).

Olha, eu acho que teria que mudar um pouco a nossa dinâmica de funcionamento; não deixa de ter um lado...bom, é uma faca de dois gumes, poderia facilitar a gente fazer um processo mais rápido talvez, não faltaria coisa, porque as vezes faltam coisas básicas, agora, por exemplo, faltam copos, se você tivesse o recurso você ia ali e comprava uns pacotes de copos, não teria essa... essa falha; agora é saber que é mais uma tarefa também que acumularia em termos administrativos, financeiros, quer dizer, não sei se você não está ali também inchando o processo burocrático aqui dentro do CAPS; eu acho que pode ter vantagens, mas pode ter desvantagens; eu teria que pensar melhor, nunca pensei nessa possibilidade; assim, acho que o dinheiro da Oficina, puxa, se a gente tivesse aqui uma verba seria mais fácil, as vezes faltam coisas

pequenas que você não tem como estar repondo aqui, tem que esperar uma nova verba, de repente pra.... (P, 17/3/2006).

Um dos profissionais observou sobre as questões práticas e políticas que envolvem a descentralização no contexto do SUS:

Esse compartilhamento de poder ele só pode ser discutido dentro da lógica do SUS, universalização, integralização, etc., dentro dos preceitos do SUS tem o controle social, essa descentralização só pode ser discutida quando acontece o controle social. Hoje essa descentralização ela tem que ser discutida no Conselho Municipal de Saúde e mais precisamente no conselho gestor dentro do CAPS; agora, porque não ocorre isso? Porque não tem a clareza da necessidade; eu acredito que as pessoas que acabam estando na prática, principalmente no CAPS, se sobrecarregando com as coisas, e acabam não tendo a clareza, ou não querendo assumir mais um encargo trabalhista; então, esse é um dos grandes problemas que existe, a sobrecarga de trabalho, as condições de trabalho, aí você acaba tendo que lutar por tudo isso; isso aí eu vejo que tem muito a ver com a questão da militância, pessoas que já estão, lá na época ou do ensino médio, que já começam ir pros grêmios, depois a pessoa acaba indo pra militância no movimento estudantil, e quando vão pros serviços de saúde são profissionais mais críticos, que acabam tendo essa visão mais ampla da saúde e da política; então, as pessoas que acabam chegando no serviço com um pouco desse ideal de controle social eu diria, acabam questionando mais essa questão da descentralização; voltando a tua pergunta sobre a descentralização financeira, ela poderia sim possibilitar um melhor planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, se houver o controle social dentro dessa descentralização financeira (GIRASSOL, 20/3/2006).

Cabe destacar que a proposta da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, na regionalização e na hierarquização da rede de serviços, constante entre os princípios e diretrizes do SUS, coloca o município como lugar privilegiado para o desenvolvimento de uma política de financiamento das ações em saúde, com critérios transparentes, e que respeite as particularidades da realidade local. O Ministério da Saúde continua a ser a instância que, na administração do Fundo Nacional de Saúde (FNS), acompanha a aplicação dos recursos que são repassados aos estados e municípios. Estes, por sua vez, são obrigados a constituir os seus respectivos fundos de saúde e conselhos estaduais e municipais, elaborar planos de ação e apresentar relatórios de gestão, garantindo também a existência de contrapartida de recursos para a saúde nos seus orçamentos (COSTA, 2002).

Embora a descentralização seja uma prática com vistas a aumentar o poder decisório de aplicação dos recursos na esfera local, esta ainda apresenta muitos problemas, na medida que não consegue alcançar efetividade, dados os impasses de ordem burocrática e administrativa. Por si só a descentralização não garante maior controle social ou uma prática democrática. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada que abarque as especificidades da área da saúde mental.

Nesse sentido, a lógica fundamental da estrutura de financiamento exigida é a de que os recursos financeiros devem ser centrados nas pessoas e não nos serviços. O financiamento deve contemplar todas as ações necessárias e decorrentes da implantação, implementação e sustentação de uma nova política de saúde mental (BRASIL, 2002a). O que deve ser colocado em pauta é a viabilidade de se financiar o CAPS como um todo, envolvendo todas as suas ações e especificidades, permitindo-se que cada serviço tenha flexibilidade para realizar seu trabalho de acordo com as necessidades locais, desvinculando o financiamento da relação de compra e venda de serviços e da noção de doença (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 136).

3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico

Os profissionais que trabalham nos CAPS compõem um grupo de diferentes técnicos de formação de nível superior e nível médio, e integram uma equipe multidisciplinar. Todas as unidades de serviço devem obedecer a exigência da diversidade profissional e cada CAPS tem suas próprias características quanto ao tipo e a quantidade de profissionais. A equipe mínima indicada para os CAPS II é composta por médico psiquiatra, enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior de outras categorias profissionais entre psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro necessário ao projeto terapêutico e seis profissionais de nível médio entre técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).

O papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. As equipes devem organizar-se para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação

psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e poder equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas (BRASIL, 2004).

Neste item nos propomos a descrever e analisar a composição e perfil da equipe técnica do CAPS Ponta do Coral, bem como as dificuldades e facilidades do trabalho em equipe consideradas pelos profissionais, a existência de práticas interdisciplinares no atendimento ao usuário, de projeto terapêutico e planejamento das ações da unidade de serviço¹³. Ao final do item consideramos os apontamentos dos profissionais sobre as diferenças do atendimento prestado no CAPS em relação ao realizado nas instituições tradicionais/hospitais psiquiátricos.

3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental

O CAPS Ponta do Coral conta com uma equipe de profissionais multidisciplinar que atua diretamente no atendimento aos usuários. São profissionais com formação de nível superior nas áreas de psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Entre os de formação de nível médio estão dois técnicos em enfermagem e um auxiliar administrativo. Compõem a equipe, ainda, os profissionais de apoio, vigilantes e auxiliar de limpeza, e estagiários de psicologia, serviço social e enfermagem.

¹³ É importante destacar que o perfil bem como a opinião dos profissionais sobre o serviço varia, no decorrer do tempo histórico, de acordo com a composição da equipe naquele determinado momento. Outros trabalhos já realizados identificam o perfil da equipe, a percepção dos profissionais sobre o trabalho no CAPS, o significado e o processo de inserção no serviço, a concepção sobre o modelo assistencial e práticas de desinstitucionalização, em épocas anteriores. Entre estes ver: GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003; FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial** - percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004; NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental:** em busca da articulação e qualificação das ações em saúde. Monografia (Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Lato Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

A maioria dos técnicos de nível superior concluiu a graduação na década de 1980. Metade deles possui capacitação específica na área de saúde mental, em geral, cursos de formação e aperfeiçoamento, especialização em terapia cognitiva comportamental, saúde pública, clínica, psicoterapia, psicanálise, atenção psicossocial. Três profissionais possuem mestrado nas áreas de enfermagem, sociologia política, artes cênicas; um fez residência médica em psiquiatria e cursa mestrado na mesma área; uma profissional tem doutorado em sociologia política.

Mais da metade dos profissionais (58,3%) possuem experiências de atuação profissional em outras instituições da área de saúde mental como clínica de internação, hospital psiquiátrico, centro comunitário de saúde mental, serviços de atenção à dependentes químicos e centro de atenção psicossocial. A maioria (66,7%) atua na área de saúde mental a partir da segunda metade da década de 1990. Cinco profissionais identificaram ter experiência de atuação em outras instituições que não da área de saúde mental.

Com relação ao tempo de serviço no CAPS, quatro profissionais atuam desde a implantação do serviço, em 1996, três ingressaram na equipe entre os anos de 2001 e 2002, e quatro profissionais passaram a fazer parte da equipe recentemente, a partir de meados de 2004. Quanto ao tipo de vínculo empregatício, a maioria, 75% (9 profissionais), é servidor público concursado, dois são contrato temporário e um ingressou no serviço público municipal através de indicação técnica. Nove profissionais possuem regime de trabalho de 30 horas semanais e 3 deles trabalham 40 horas semanais.

Com relação a capacitação específica em saúde mental para atuar no CAPS, todos os entrevistados consideram esse quesito de grande importância. Entre as razões apresentadas estão: a necessidade de compreensão e entendimento comum do que é um CAPS e o entendimento do tipo de assistência que este serviço deve oferecer; a preocupação com a diferença no atendimento que o CAPS deve oferecer em relação aquele prestado em outros serviços de saúde mental; a necessidade da capacitação para suprir as defasagens da formação acadêmica, que, em geral, não abarca as especificidades do campo da saúde mental.

Na opinião dos entrevistados,

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS, não tem a qualificação pra atuar, então ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então é necessária a questão da capacitação... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ah sem dúvida, sem dúvida, principalmente porque o que a gente está propondo é uma reformulação no modo da assistência em saúde mental, então é preciso que quem venha trabalhar num CAPS entenda essa lógica, que não venha pra cá com a mesma mentalidade do que se faz no hospital psiquiátrico, do que se faz em ambulatório, é outra coisa também diferente da atenção básica, então o CAPS precisa disso, precisa que o profissional tenha essa.., esse tipo de orientação, esse tipo de compreensão da sua finalidade (F, 12/4/2006).

Muito, muito importante, justamente por isso que eu estou te falando, porque assim, o profissional que trabalha no campo psicossocial, de qualquer área, ele necessariamente precisa quebrar a prática estereotipada pra poder entrar num serviço como esse porque o assistente social de um CAPS ele não é aquele assistente social de um hospital psiquiátrico, ele muda, ele faz outras coisas, ele se coloca de outro jeito, assim também é o médico, assim também é o psicólogo, o enfermeiro, então, uma formação específica pra essa área é bastante adequado porque vai tratar especificamente das necessidades que se colocam no cotidiano (VIK, 24/3/2006).

Considero, considero sim. É interessante que cada um tenha um saber, que traga o seu saber pela sua formação, da sua prática, do seu bairro, da sua comunidade, mas trabalhar no CAPS não é trabalhar em ambulatório, trabalhar no CAPS é ter um conhecimento sim do que é uma Reforma Psiquiátrica, do que significa um CAPS num panorama hospitalocêntrico. É toda essa questão política que tem por trás, questão financeira também, que é um serviço que se propõem substituir sim progressivamente os hospitais. Em muitos lugares isso já é feito, já conseguem fazer internação zero, outros lugares não; então, uma abordagem no CAPS precisa sim ter capacitação (LÉLI, 4/4/2006).

Sim, até por que o que é o CAPS? O quê um CAPS deveria ser? Cada um tem a sua idéia do que é um CAPS, mas ela não é uma idéia homogênea, então a minha experiência do que é um CAPS em outros lugares, que eu já tive em outros lugares especificamente, é muito diferente do que eu chego aqui e encontro as pessoas falando o que é um CAPS. é claro que a capacitação para um CAPS, para o que é o trabalho em CAPS podia homogeneizar, pelo menos todo mundo iria estar falando a mesma língua (J, 22/3/2006).

Sobre este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005, p. 30), observam que “os profissionais de saúde mental são, ainda em grande parte, formados a partir da prática cotidiana que caracteriza a lógica manicomial”. Hospitais e clínicas psiquiátricas constituem-se ainda os espaços onde “são oferecidos treinamentos em serviço (sob a forma de estágios e residências) aos profissionais que irão, no futuro, tentar materializar a nova lógica dos serviços substitutivos”.

Os autores destacam que “do sucesso da forma de organização da produção e transmissão do conhecimento pode depender o sucesso da própria reforma psiquiátrica” (OLIVEIRA; DORNELES, 2005, p. 32). Neste sentido, é importante que seja colocado na

cena do debate o funcionamento das instituições de aprendizado profissional sob a ótica da reflexão sobre as práticas e não apenas sobre o discurso das propostas dos cursos de formação. Os centros de formação devem se programar, planejar e garantir aprendizado e treinamento supervisionado, em que se pratique e construa espaços de práticas genuinamente terapêutica.

Na mesma direção, um dos entrevistados expressou sua preocupação com relação a seleção dos profissionais que vão atuar no CAPS, argumentando que os resultados do trabalho também dependem desse aspecto.

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS não tem a qualificação pra atuar, então, ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então, é necessária a questão da capacitação [...]. o processo de inclusão do profissional na área da saúde mental hoje, como se dá? Ele se dá por indicação política, seleção por contrato temporário e por concurso público. A indicação política pode ofertar profissionais desqualificados, pode! O contrato temporário, se não tiver um rigor no perfil que se quer pra trabalhar em CAPS vai acontecer a mesma coisa, um profissional desqualificado, o concurso público a mesma coisa, se não tiver um perfil, se não tiver o que se gostaria realmente, qual profissional que você gostaria de estar atuando hoje no CAPS, então, enquanto não se superar a forma de inserção no trabalho do CAPS, enquanto não se superar a discussão da saúde mental nos currículos acadêmicos vai continuar sendo sempre necessária a questão da capacitação [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Com relação a formação das equipes técnicas para atuar nos CAPS, as indicações aprovadas na e pela III CNSM apontam para a necessidade de que a contratação de profissionais deva ser realizada exclusivamente por meio de concursos públicos, e em caso de urgência, através da CLT, mas com seleção pública. E, ainda, os concursos devem exigir os pré-requisitos necessários e adequados à proposta de trabalho em saúde mental, alinhada teórica e conceitualmente aos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2002a).

Assim, é necessário considerar, quando da seleção dos profissionais, o perfil para trabalhar junto ao portador de sofrimento psíquico, bem como a existência de uma dimensão subjetiva, humanizante, solidária e fraterna como componente fundamental do perfil dos trabalhadores em saúde mental. Nesta direção, uma das participantes da pesquisa destacou a questão da opção política por este tipo de trabalho, associada a necessidade de competência técnica para atuar na área.

Eu acho que a gente trabalha com situações que requerem um estudo permanente, formação permanente, [...] eu acho que este é um dos vícios da saúde pública. Muitas vezes se confunde um pouco o tratamento ético ou moralmente responsável com uma qualidade também técnica. Eu acho que as duas coisas têm que estar associadas, tem que ter uma empatia pela causa da saúde pública, que aí entra na questão ética, moral de cada um, valores que você tem quando você vem pra esse tipo de trabalho; muitas pessoas que vem pra saúde pública quase que tem uma vocação religiosa. Mas ao mesmo tempo você também tem que ter uma competência técnica; não basta você tratar bem o paciente, você acolher, você precisa saber como intervir dentro da linha de trabalho que cada um escolhe, isso é fundamental (P, 17/3/2006).

Os profissionais, na sua maioria, indicaram ter recebido capacitação para atuar no CAPS. Referiram-se, especificamente, a um treinamento/capacitação realizado em novembro de 2005, com duração aproximada de 20 horas, organizado pela Assessoria Técnica de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde¹⁴. Contudo, alguns observaram que foi um treinamento tipo encontro, de curta duração, com trocas de experiências, e que não chegou a ser muito significativo.

Com relação a política de saúde mental, a maioria dos profissionais (83,3%) afirmou ter no mínimo algum conhecimento de sua organização e diretrizes. Entre os entrevistados, todos consideraram importante saber sobre os princípios, a estrutura e forma de organização da política de saúde mental para o trabalho do CAPS. Todos indicaram haver disponibilidade de material didático relativo a política na unidade de serviço.

Sim, precisa conhecer a política porque o atendimento está dentro dessa política, dessa lógica. (LÉLI, 4/4/2006).

Claro! é vital, pra poder planejar o seu trabalho, pra poder saber como é que a gente se liga com outros serviços, como é que a gente pode montar a rede, isso é fundamental porque o trabalho não se encerra aqui dentro, não pode ficar aqui dentro só, ele tem que poder justamente se expandir (F, 12/4/2006).

Sim é muito importante, até pra saber o que está acontecendo, o que pode ser feito, quais são os recursos disponíveis, o que precisa melhorar. Acredito que, fora a sua capacitação individual, eu acho que isso é uma outra premissa pra você iniciar no serviço [...] (J, 22/3/2006).

É importantíssimo conhecer, primeiro saber se ela existe, primeiro a pessoa tem que ter a curiosidade, tem que ter o desejo e a clareza de que é essencial ter os parâmetros ou diretrizes políticas de saúde mental pra

¹⁴ O município não tem o cargo de Coordenador de Saúde Mental. Em novembro de 2005 foi nomeada Assessora Técnica em Saúde Mental a enfermeira Lílian Pagliuca, que permanece na função até a data da presente pesquisa.

poder acompanhar, se orientar, e, segundo, conhecer sobre essa política (GIRASSOL, 20/3/2006).

Muito importante porque hoje a gente tem acesso a isso, aqui no CAPS a gente tem a legislação de saúde mental e pra gente poder entender porque, assim, a gente está na gestão da política também, por ser participativa, por estar junto nas decisões, então é preciso que a gente entenda, e tem muito detalhamento, são muitas portarias, o sistema de financiamento também é bastante complexo [...] (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que claro, porque a gente está dentro de um braço da política nacional de saúde; tanto pra você ter noção de qual é a perspectiva, em nome de que esse serviço está sendo mantido, também pra você poder avaliar a possibilidade desse ideais, dessas prerrogativas, que são pensadas a nível geral e nacional, serem realmente eficaz em termos práticos, porque muitas vezes você tem uma boa idéia, mas nem sempre uma boa idéia traz um bom resultado [...] (P, 17/3/2006).

Nesse sentido, a construção e consolidação de uma política de saúde mental, coerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o estabelecimento de uma política adequada de recursos humanos, que valorize e considere a importância do trabalhador de saúde mental na produção dos atos de cuidar. Para isso, deve-se garantir a capacitação e qualificação continuadas; a remuneração justa dos profissionais; a garantia de condições de trabalho e de planos de cargos, carreira e salários; a democratização das relações e das discussões em todos os níveis de gestão; a incorporação das questões de segurança, saúde e saúde mental do trabalhador; a garantia de supervisão clínica e institucional; a avaliação de desempenho e garantia da jornada de trabalho adequada para todos os profissionais de nível superior, bem como a isonomia salarial entre eles (BRASIL, 2002a).

3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário

De acordo com as indicações aprovadas na III CNSM, a política de recursos humanos para a saúde mental deve visar implantar, em todos os níveis de atenção, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, na perspectiva do rompimento dos especialismos e da construção de um novo trabalhador em saúde mental, atento e sensível

aos diversos aspectos do cuidado, ou seja, com uma visão integral e não fragmentada da saúde (BRASIL, 2002 a).

Segundo 83,3% dos profissionais o trabalho no CAPS Ponta do Coral é realizado em equipe. A maioria considera que existem dificuldades na realização das atividades. Uma delas está relacionada, conforme identificado por eles, ao fato de que nem todos compartilham das mesmas referências com relação à Reforma Psiquiátrica, à saúde pública e ao projeto do CAPS.

Bom, são várias, mas o que eu vejo de mais complicado é o fato de que nem toda a equipe compartilha das mesmas referências em relação ao que seja a Reforma Psiquiátrica, a função de um CAPS, as necessidades que o CAPS tem pra alcançar esses objetivos. Isso se deve em parte a diversidade da formação, e também às convicções pessoais. O problema não é a diversidade em termos da formação profissional em si, mas o modo, o fato de que você tem uma equipe multiprofissional por exemplo, isso gera alguma dificuldade na troca, na possibilidade de produzir um conhecimento novo a partir dessas experiências que são de diferentes disciplinas, diferentes áreas. Mas eu diria que é mais no sentido da Reforma Psiquiátrica mesmo, naquilo que ela aponta, então parece que esse é um problema a mais; outro que tem se tornado mais evidente pra mim ultimamente é a falta de formação de grande parte dos profissionais sobre o que seja saúde pública, boa parte deles não conhece o sistema de saúde pública, apesar de trabalhar num serviço de saúde pública, mas não conhece o sistema, não sabe a lógica, não sabe como é que ele funciona, então acaba tomando decisões muitas vezes administrativas que são equivocadas, que não levam em conta o modo de funcionamento da saúde pública (F, 12/4/2006).

Tem sim várias dificuldades, entre elas, existem diferenças de formação e, portanto, ideológicas. Alguns momentos a gente vê, assim, o CAPS tem um projeto de não internação, de autonomia do usuário, de gestão plena do usuário, e, as vezes, a equipe, algumas pessoas acabam esbarrando com isso. O entendimento disso é muito difícil também, as vezes é uma linha muito tênue entre o que é o assistencialismo, a autonomia, o que é dar o limite do ponto de vista terapêutico e o que é dar o limite porque você não quer se incomodar. Então, algumas pessoas não vêm de uma postura da Reforma Psiquiátrica, não sabe o que é uma Reforma Psiquiátrica, não tem uma noção, [...] é uma luta política também e algumas pessoas não sabem o que é [...] (LÉLI, 4/4/2006).

Em outras falas, foi apontada como uma das dificuldades do trabalho em equipe questões relacionadas a uma suposta divisão entre o grupo de técnicos.

A relação com a equipe tem uma certa peculiaridade, eu acho que as pessoas, a equipe que começou anteriormente, já desde a formação ou no começo do CAPS, eles se intitulam como a equipe do CAPS. Os que chegaram depois, em geral, não são bem acolhidos, ou são muito pouco,

tanto que as próprias atividades em equipe, em grupo, dificilmente, essas pessoas novas são incorporadas ao que já existe; então, acaba criando aí até a equipe da manhã, a equipe da tarde, mais ou menos, embora eu estou aqui todo o período, mas tem essa divisão... e eu acho que assim o ponto de partida é esse, a sensação é que quem não estava aqui desde o começo não fez parte da história (J, 22/3/2006).

A equipe que iniciou lá em 96 (1996) veio com algumas questões conceituais amarradas. Por quê? Porque a pessoa que estava pensando, planejando o CAPS ela vinha do Movimento da Luta Antimanicomial, era uma das representantes em nível nacional aqui em Floripa, Santa Catarina; então tinha algumas coisas amarradas na estrutura de atendimento do CAPS, que era muito pra poder implantar o sonho da Reforma Psiquiátrica aqui em Floripa, criar um serviço, do município, que de fato evitasse internação, que de fato fosse continente pros usuários com transtorno mental grave, e isso se mantém, porém, com a chegada dos técnicos que foram sendo substituídos, alguns saíram, técnicos novos entraram, a equipe de profissionais foi se modificando, a gente tem uma distância conceitual por mais que a gente pretende uma proposta multiprofissional, e a gente consegue, ao longo do tempo a gente conseguiu, é muito interessante o jeito como nós trabalhamos, porque de fato conseguimos trabalhar cada profissional lado a lado, dividindo o mesmo grupo, a mesma oficina terapêutica, então, assim, isso é possível, mas hoje, a gente, assim, tenta manter esse paradigma da Reforma Psiquiátrica, da desospitalização, do fortalecimento dos serviços territorializados, de um modelo que é um modelo multiprofissional, com a gestão participativa dos usuários, contra o modelo hospitalocêntrico, médico centrado, mas existem diferenças na questão conceitual da equipe, isso é falho, inclusive pra própria equipe (VIK, 24/3/2006).

A importância da unidade da equipe no atendimento ao usuário e na organização do trabalho recai sobre a qualidade do tratamento terapêutico ofertado. A mudança de paradigma epistemológico com relação a saúde mental não garante por si só a alteração das práticas assistenciais. Os conflitos e problemas de equipe existentes precisam ser trabalhados nas supervisões institucionais de forma que os técnicos consigam superar as dificuldades que obstaculizam a união do grupo em torno de um objetivo comum, sejam elas ideológicas, de formação, de concepção e/ou de afinidade com os colegas.

Um dos entrevistados apontou a questão das relações de poder e diferenças nos valores pessoais e nas relações interpessoais como dificuldades do trabalho em equipe.

Primeiro, a relação de poder, eu acho que é um grande problema, uma dificuldade que existe. Essa relação de poder, ela emana, que eu tenho percebido, da psicanálise, da teoria psicanalítica e da teoria psiquiátrica; então, os profissionais detentores desse conhecimento acabam, sutilmente, estabelecendo poder frente aos profissionais não-psi diria; essa relação de poder pelo saber é um dos problemas ou uma das dificuldades que eu encontro pra trabalhar em equipe no CAPS; outra

dificuldade, acho que é a própria experiência de vida das pessoas, aquelas pessoas em que parece que não estão claros os valores humanos como solidariedade, amor, justiça, sabedoria, a práxis, o repensar a prática, profissionais que não fazem a autocrítica da sua prática, pra mim, eu acho que é uma dificuldade trabalhar em equipe devido a isso; então, seria esse poder pela teoria e essa questão um pouco mais pessoal que é a relação de lidar com o outro, as relações interpessoais, são dificuldades que eu vejo em equipe (GIRASSOL, 20/3/2006).

A partir da fala profissional é possível pensar sobre as relações de poder que se estabelecem pelo saber. Conforme nos ensina Foucault (1979), os poderes se exercem em níveis variados e em pontos diferentes da vida social. Neste complexo, existem os micropoderes que estão intimamente relacionados com a produção de determinados saberes (sobre o criminoso, a sexualidade, a doença, a loucura). Assim, o poder não é algo que se detém como uma coisa, como uma propriedade, que se possui ou não. O poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona, como uma máquina social que não está situada em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda estrutura social (MACHADO, 1979 p. XIV).

De acordo com Foucault (1979), todo conhecimento, seja ele científico ou ideológico, só pode existir a partir de condições políticas, que são as condições para que se formem tanto o sujeito quanto os domínios de saber. Para o autor não há saber neutro, todo saber é político. Dessa forma, saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber. E, em contrapartida, todo saber assegura o exercício de um poder (MACHADO, 1979 p. XXI - XXII).

Na seqüência, a entrevistada aponta de forma geral algumas das questões cotidianas como dificuldade no trabalho em equipe.

Bom, eu acho que as vezes a gente é muito trefista, a gente não tem o tempo suficiente que a gente gostaria para estar parando para discutir os casos, se ater a cada paciente; tem diferenças na equipe também, tem conflitos [...] mas assim, a gente ainda tem, as vezes, coisas assim muito imediatistas, que não nos propiciam fazer realmente um estudo de caso mais integrado, ter uma intervenção, as vezes, mais articulada; a gente tem tentado em alguns momentos, mas assim, não é uma coisa que tem um peso forte como eu acho que deveria ter (P, 17/3/2006).

Dessa forma, a intensidade das demandas colocadas aos profissionais, especialmente na atualidade, provocam o desenvolvimento de ações pragmatistas, muitas

vezes sem uma reflexão maior. Isso vem acontecendo em vários contextos institucionais e com diferentes profissões. Ou seja, na medida que aumentam as necessidades humanas e as demandas para satisfazê-las, não ocorre no mesmo ritmo, o aumento da oferta de equipamentos e serviços assistenciais capazes de dar conta da complexidade dos problemas decorrentes da emergência das novas relações sociais, econômicas, culturais, advindas com a modernidade.

A precarização das condições de trabalho também foi apontada pelos entrevistados como mais um dos fatores que, por vezes, dificultam a convivência e o trabalho em equipe. Eles se referem a questão da diferença na remuneração salarial entre os profissionais que trabalham no CAPS, principalmente do médico para as outras profissões. A desproporção salarial chega a diferença de até quatro vezes mais entre o que recebe o profissional médico e o salário dos demais técnicos. Associadas a esta situação estão a diferença na carga horária de trabalho, a condição de contratação temporária, a falta de reconhecimento por parte da SMS, no apoio e incentivo à participação em eventos científicos e de militância política na área, entre outras.

Os profissionais indicaram que contam com supervisão institucional para lidar com as questões do trabalho no cotidiano. A supervisão institucional existente era, até o início deste ano (2006), paga pelos próprios profissionais, mas nem todos participavam. A partir do mês de abril do corrente esta passou a ser financiada com recursos provenientes do Ministério da Saúde. Além deste tipo de supervisão, foi relacionado como outro recurso existente para abordar essas questões as reuniões de equipe, realizadas mensalmente, as reuniões clínicas, realizadas semanalmente, e foi citada pelos técnicos em enfermagem, a supervisão realizada com profissional da área.

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que as políticas de formação e capacitação em saúde mental devem criar espaços de trocas baseados na realidade local, com valorização dos diversos saberes e metodologia participativa. A supervisão clínica e institucional permanentes deve ser estendida a todas as pessoas que trabalham com portadores de transtorno mental: equipes de PSF e PACS, trabalhadores da urgência e emergência, do hospital geral, dos serviços substitutivos e dispositivos residenciais, cuidadores de saúde mental, profissionais de nível médio e superior da rede de saúde mental. A referida Conferência destaca, ainda, a necessidade de implantação da NOB – Recursos Humanos do SUS, salientando a importância da garantia da capacitação para todos os níveis, supervisão permanente, interdisciplinaridade e isonomia salarial (BRASIL, 2002a).

Com relação as potencialidades que o trabalho em equipe possibilita os profissionais destacam a relevância deste no atendimento ao usuário, a possibilidade de trocas entre as varias áreas e a oferta de um atendimento multidimensional.

Entendo que essa é uma clínica multidisciplinar e isso (trabalho em equipe) é importante pela complexidade mesmo do tipo de fenômeno com o qual a gente trabalha, então, a gente precisa, é necessário ter uma oferta de serviços e de formas de atenção, que seja a mais diversificada possível, pra que a gente possa atender a uma série de necessidades que as profissões nas suas especialidades não dão conta; então essa é a grande vantagem, você pode fazer essa atenção multidimensional, isso é interessante (F, 12/4/2006).

A vantagem é justamente a estrutura coletiva de resposta à uma situação que chega pra você; vem a psiquiatria trazer um conhecimento, a psicanálise traz outro, [...] a enfermagem acaba dando a sua contribuição quando discute realmente a relação, vem o serviço social discute essa articulação que a pessoa tem com o social, e essas pessoas (profissionais), com seus conhecimentos, vão socializando esse conhecimento pra dar a resposta às fragilidades ou às potencialidades de vida que essa pessoa traz (GIRASSOL, 20/3/2006).

Acho que a grande vantagem é que a gente quebra a lógica hospitalocêntrica que era muito centrada no médico, na figura do médico, naquilo que o próprio médico decidia do tratamento, hoje quem decide é a equipe multiprofissional [...] (VIK, 24/3/2006).

Ah! Muitas, eu acho, em primeiro lugar, essa possibilidade da troca interdisciplinar; porque eu acho que cada um tem um tipo de contribuição diferente, um saber que te ajuda a pensar com mais amplitude o próprio trabalho, o próprio paciente, e, eu acho que quebra um pouco certas relações de poder; também, assim, o fato de a gente lidar com situações que são muito pesadas para alguém estar lidando sozinho, então quando você sente essa coisa da equipe, quando tem um paciente que está muito comprometido ou que tem risco de vida, a gente se sente muitas vezes angustiada por aquele paciente e você tem a equipe pra te dar um respaldo, pra estar pensando junto. Acho que isso é, sem duvida, algo que gratifica também (P, 17/3/2006).

Primeiro, agregar conhecimentos, se a equipe for multidisciplinar, que não quer dizer interdisciplinar, mas a princípio se ela for multidisciplinar a possibilidade de trocas de conhecimento de várias áreas realmente acaba sendo muito rica; são vários olhares sobre uma mesma questão, vários pontos de vista. Quando o trabalho de equipe é interdisciplinar, as pessoas acabam trocando mesmo, saindo, as vezes, do seu campo de formação, podendo estar se estendendo em outros campos, acaba sendo mais rico ainda. Num trabalho como o CAPS é necessário (o trabalho em equipe). Eu não consigo ver o trabalho que não seja em equipe porque pra você atender um usuário você precisa de uma equipe, pra você abordar o usuário, uma família, receber uma família precisa de vários olhares, enfim, de várias formações, vários olhares técnicos, da parte de

enfermagem, psicologia, da arte, serviço social, então, isso é importante (LÉLI, 4/4/2006).

O reconhecimento de outras dimensões no processo saúde-enfermidade, que não estritamente a biológica, traz a tona a questão da interdisciplinaridade¹⁵, pois na busca da integralidade da assistência a atuação de um único saber profissional não é suficiente. No processo da Reforma Psiquiátrica o campo da saúde mental é chamado a refazer-se por inteiro, ampliando o seu foco de abordagem e procurando romper com as delimitações dos saberes tradicionais na área. Busca-se uma nova recomposição de conhecimentos, sustentados sobre um conjunto de rupturas e novas premissas, e não apenas um novo somatório ou rearranjo simples dos saberes especializados. Desta forma, diversos campos de saber, implicados na assistência em saúde mental, são envolvidos na teorização e nas novas práticas de cuidado (VASCONCELOS, 2000a).

A pesquisa realizada indicou que 66,3% (correspondente a oito dos doze profissionais que responderam o formulário) dos profissionais consideram que existe interdisciplinaridade no atendimento ao usuário no CAPS Ponta do Coral. As falas relacionadas na seqüência apresentam a concepção dos profissionais sobre interdisciplinaridade e indicam a respectiva compreensão sobre a importância desta no atendimento ao usuário.

A gente poder ter o que a gente chama de clínica ampliada, essa multidimensionalidade que nos permite atacar o problema de várias formas e, portanto, oferecer diversas formas de atendimento, desde o medicamentoso até o serviço social, as oficinas, as oficinas expressivas, a arte, etc. (F, 12/4/2006).

Eu acho que em primeiro lugar isso, assim, é um olhar mais amplo para a condição daquele paciente. Cada profissional tem um aspecto que acentua, pela sua vida, pela sua formação; o educador artístico tem uma outra estratégia, por exemplo, pra lidar com aquela queixa do paciente, o assistente social tem uma, o psicólogo tem outro olhar, assim, eu acho que pra mim soma, eu acho que é uma forma da gente também aprender, enriquecer a nossa análise, a nossa possibilidade de intervir; sem dúvida que é rico (P, 17/3/2006).

Alguns profissionais expressaram sua concepção de interdisciplinaridade observando que esta não é sinônimo de multidisciplinaridade e que nem sempre é possível fazer práticas interdisciplinares.

É justamente isso, poder compartilhar o conhecimento que cada disciplina traz, essa inter, mas realmente compartilhar isso e não a

¹⁵ Sobre os conceitos de multi, inter e transdisciplinaridade ver, entre outros, Vasconcelos, 2000a.

multidisciplinaridade; é pensar, coletivamente, saídas pra enriquecer a vida da pessoa e aí é sempre um pensar e repensar (GIRASSOL, 20/3/2006).

Então, essa idéia dessa troca de conhecimento pra poder ajudar o usuário, pra poder a equipe ter um suporte também, pra poder, num estudo de caso, por exemplo, trocar os vários conhecimentos, os vários pontos de vista e poder estar entrelaçando; então, é importante, mas nem sempre se consegue fazer (LÉLI, 4/4/2006).

Já nas falas que seguem é possível perceber a concepção de interdisciplinaridade mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade.

Cada profissional tem a sua especialização, e ele foi formado para atender determinadas características que aquele usuário precise, ou informações, e a própria atenção, e cada um tem uma formação específica e diferenciada; então, eu acho que quanto mais ampla, mais amplamente ele for avaliado, e receber essas informações, e esse tratamento, vai ser melhor pra ele; então, desde o serviço social, desde o atendimento psicológico, o atendimento médico, enfim, até ah! eu cortei meu dedinho, o que eu faço? Então, vai poder ser atendido ali, ser acolhido pelo técnico de enfermagem (J, 22/3/2006).

É muito importante porque cada profissão tem o seu conhecimento específico e contribui aí com o seu conhecimento. É necessário que cada um de nós tenha muito claro o seu papel aqui dentro pra que não vire uma salada mista e se dilua o que cada um faz, que é específico de cada um. Então, é importante que a gente tenha boa formação técnica, específica da saúde mental pra que a gente possa chegar numa equipe que trabalha sob o paradigma do campo psicossocial, e que de fato possa ser multi, no sentido do atendimento, e aí, assim, no campo psicossocial, aqui no CAPS, por exemplo, a gente vê a necessidade de os profissionais trocarem mesmo, porque surgem muitas demandas, são muitas necessidades do usuário, é um campo novo. Então, assim, tem n coisas que vai se descobrindo, que cada área contribui diferentemente, mas ao mesmo tempo de forma conjunta. Então, o psicólogo, obviamente, ele tem mais elementos pra entender a parte clínica, o assistente social tem mais elementos pra entender a parte previdenciária, da assistência social desse usuário, que também é importante, muito importante pra ele, o médico tem o conhecimento sobre os psicofarmacos, sobre essa parte mais específica da medicação, e assim a gente vai trocando (VIK, 24/3/2006).

Com relação a este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005) observam que, no Brasil, a interdisciplinaridade faz parte do discurso politicamente correto, garantindo seu estabelecimento como princípio, traduzido na expansão cada vez maior dos territórios profissionais e na fusão dos saberes. O discurso da multi e da transdisciplinaridade é relativamente bem conhecido e aceito em nível intelectual, mas as práticas institucionais apontam, paradoxalmente, para fortes resistências, isolamento e hiperespecialização.

De acordo com os autores, para que estas ações multidisciplinares se tornem efetivas há necessidade de estratégias e planos, que visem a harmonização da convivência para que esta não seja imposta, mas compreendida e desejada pelos profissionais. Na prática, o momento é de impasse, pois multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade existem em tese e como imposição de comando, mas não se concretizam, ainda, como prática planejada, efetiva e eficaz (OLIVEIRA; DORNELES, 2005).

Ainda segundo os referidos autores, uma verdadeira transdisciplinaridade não está nem mesmo no horizonte das instituições de saúde mental brasileiras. Este é um dilema fundamental no processo da reforma psiquiátrica, que depende de ações integradas (órgãos reguladores do ensino superior, programas universitários, instituições e serviços de atendimento) para cumprir sua missão de transcender as práticas manicomial e os territórios de dominação e poder estabelecidos entre as disciplinas que formam a saúde mental.

3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações

A importância do projeto terapêutico dos CAPS recai sobre a responsabilidade de que todo o trabalho desenvolvido em cada unidade deve ser realizado em um ambiente terapêutico. Isto significa que tanto os atendimentos individuais, grupais como a convivência no serviço tem finalidade terapêutica. Cada CAPS deve ter um projeto terapêutico, que leve em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais, as iniciativas de familiares e usuários e o território onde se situa, com sua identidade, sua cultura local e regional (BRASIL, 2004).

O CAPS Ponta do Coral conta com projeto terapêutico do serviço, o qual, segundo 75% dos profissionais que responderam ao formulário, foi planejado em equipe. Três profissionais referiram não saber sobre o planejamento em equipe por não fazerem parte desta a época.

O sistema atual de atendimento no CAPS Ponta do Coral difere da maioria do adotado pelos serviços desta natureza. Em geral, os CAPS realizam a assistência ao usuário

no modelo de TR¹⁶. O CAPS Ponta do Coral oferece atendimento sob a ótica da regionalização. Ou seja, como o serviço não é territorializado, é o único na modalidade, na cidade e no município, a equipe técnica foi subdividida em pequenos grupos ou mini-equipes de dois e/ou três profissionais, sendo cada uma destes responsáveis por uma das regionais, que é onde o usuário mora. Esta proposta foi pensada e implementada há quase dois anos, quando os profissionais identificaram dificuldades em atender no sistema de Terapeuta de Referência (TR) toda a demanda existente. Tal estratégia utiliza-se do sistema de divisão por regionais da Secretaria Municipal de Saúde. Ao total são cinco Regionais de Saúde, Leste, Norte, Sul, Centro, Continente, distribuídas espacialmente na área geográfica do município. Nestas regionais, foram implantadas, recentemente (a partir do final do ano de 2005 e início de 2006), equipes de atenção em saúde mental, compostas por um médico psiquiatra e duas ou três psicólogas em cada uma das Regionais de Saúde.

De acordo com o projeto terapêutico do serviço, as atividades desenvolvidas são: psicoterapia, atenção medicamentosa, atendimentos de emergência, grupo terapêutico, oficinas terapêuticas¹⁷, assembléia de técnicos, usuários e familiares, visitas domiciliares, articulação com entidade, programas e serviço, atividades de formação e pesquisa, reuniões de equipe, reuniões clínicas de casos¹⁸.

Conforme as determinações da Portaria GM/MS Nº 336/2002, a assistência prestada ao usuário no CAPS deve incluir atendimento individual, em grupo, atendimento à família, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades comunitárias, enfocando a integração do portador de transtorno mental na comunidade e sua (re)inserção familiar e

¹⁶ Este sistema de atendimento é desenvolvido na maioria dos CAPS e constitui-se do acolhimento da pessoa quando de sua chegada ao serviço por um dos profissionais da equipe. A partir daí é traçado um projeto terapêutico com o usuário e o profissional que o acolheu passará a ser uma referência para ele. O Terapeuta de Referência (TR) tem a responsabilidade de monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo as atividades e a frequência de participação. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, discutindo com o usuário e com a equipe técnica do CAPS (BRASIL, 2004, p. 16).

¹⁷ São oferecidas as seguintes oficinas: oficina de cerâmica, oficina de artes plásticas, oficina de mosaico, oficina de jogos, esportes e lazer, oficina de tapeçaria, oficina de trabalhos manuais, oficina da terra, oficina de jornal, oficina de velas, oficina de leitura, oficina de música, oficina brechó, oficina de teatro, oficina de formação política, oficina de fotografia. Destas, as oficinas de cerâmica, velas e mosaico são produtivas, ou seja, sua produção é comercializada. Cabe destacar que algumas oficinas podem estar em funcionamento ou não, em determinado período de tempo, de acordo com a disponibilidade de técnicos para acompanhar, de condições materiais para o funcionamento e da demanda de usuários.

¹⁸ A descrição e o objetivo de cada atividade pode ser consultado no Projeto Terapêutico do CAPS II Ponta do Coral (2004), ou a partir do projeto de Estágio curricular em Serviço Social de Stuaní (2005).

social. A depender do projeto terapêutico de cada usuário, o CAPS poderá oferecer as seguintes modalidades de atendimento: atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo¹⁹.

Já com relação ao planejamento das ações, 50% dos profissionais consideram que este existe. Cabe lembrar que ao questionarmos os participantes da pesquisa sobre este fator, estamos nos referindo ao planejamento estratégico, aquele voltado para uma visão ampla, global e de longo alcance da organização/instituição, baseado na análise do contexto e com a finalidade de buscar alternativas de ação. No entanto, alguns dos entrevistados observaram estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação objetivo e sistemático dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declararam não existir processo de planejamento e avaliação das ações do serviço, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

As falas relacionadas a seguir demonstram o tipo de planejamento existente no CAPS e como este acontece.

Bom, o planejamento é feito mais ou menos assim: chega uma época do ano em que a Secretaria (SMS de Florianópolis) nos pede um planejamento e aí, geralmente isso é com uma semana no máximo de antecedência, é aquela correria, a gente monta um plano básico de trabalho etc., mas é muito mais pra cumprir a obrigação. A gente tem um projeto terapêutico que é amplo, que é do serviço todo, e a gente vai, com esse projeto terapêutico a gente vai ajustando as atividades e aquilo que a gente pretende alcançar, mas não há um planejamento muito formalizado, não há um processo de planejamento, até porque é tudo muito fragmentado, o que a gente planeja aqui, boa parte depende desse recurso financeiro, depende do apoio da Secretaria, que é sempre uma coisa incerta. Então, em termos de planejamento a coisa fica sempre muito precária. Em termos de avaliação é mais precário ainda, a gente não tem indicadores; novamente, no final do ano, aí a Secretaria pede um relatório do que foi feito, a gente faz um levantamento geral, mas ele é descritivo, ele não é avaliativo, a gente não sabe de fato quais são

¹⁹*Atendimento intensivo* – atendimento diário, oferecido à pessoa que se encontra em grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento semi-intensivo - nessa modalidade, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Este tipo de atendimento é oferecido quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento não intensivo – oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até 3 dias no mês. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário (BRASIL, 2004, p. 16).

os efeitos que a nossa intervenção produz; claro, a gente tem uma certa dimensão pelo contato direto com os usuários, fulano que não interna a tanto tempo, ou fulano que voltou a trabalhar, ou que resolveu pelo menos algumas coisas que eram mais complicadas na sua vida, isso a gente tem, mas não tem um processo de avaliação estruturado que nos permita dados com visibilidade maior (F, 12/4/2006).

Neste sentido, destacamos que, a nosso entender, a função planejamento deve orientar todas as ações no dia-a-dia das organizações. O planejamento é o processo de estabelecer antecipadamente a finalidade da organização/instituição, definir os objetivos e prever as atividades e os recursos necessários para atingi-los. Planejar é uma forma de pensar o futuro da organização/instituição, definindo o que fazer, como, quando e com recursos. Nesse processo, é importante considerar que as organizações/instituições estão inseridas num contexto constituído pela sociedade, pelo Estado e por outras instituições que influenciam suas decisões (TENÓRIO, 2000).

Alguns profissionais referiram-se, especificamente, ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, reuniões clínicas e na supervisão de equipe. Segundo estes, é na reunião de equipe mensal que se planejam mais as ações, estas entendidas como a definição dos grupos terapêuticos ou oficinas que vão ter, o objetivo e a finalidade destes, a demanda etc..

Mensalmente, a gente tem uma reunião de equipe, que tem um pouco esse objetivo, de planejar e avaliar o que é feito. Além dessa reunião mensal a gente tem dois outros momentos semanais, que é um na quarta-feira outro na quinta-feira, que a gente chama de reunião técnica, [...] mas isso se dá muito no cotidiano também, na assembléia geral do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Ele acontece em reunião de equipe, uma reunião mensal, a gente planeja grupos, planeja..., então.., acontece, primeiro tem uma reunião mensal da equipe e reunião duas vezes por semana, que são os estudos de caso; agora, a avaliação, acontece em reunião de equipe mais; o planejamento, por exemplo, como abordar um determinado caso, como ajudar, de como servir a família, o trabalho, é feito durante a semana nos estudos de caso, e nós temos a supervisão, que é um espaço que também acaba se fazendo uma avaliação, a supervisão de equipe (LÉLI, 4/4/2006).

Outras falas detalharam as conseqüências da falta de um processo sistemático de planejamento e avaliação das ações, inclusive fazendo análise dessa problemática em relação as instituições públicas em geral.

Eu acho que esse é um problema, acho que falta muito; por exemplo, se você esta aqui fazendo a avaliação da política a partir do olhar dos profissionais, eu, nesse momento, tenho tido muito incomodo diante da

necessidade que eu vejo de avaliar as ações, de avaliar os pacientes, e a gente não tem uma forma sistemática de fazer isso; por exemplo, a gente não tem um instrumento de captação do trajeto do paciente dentro do CAPS, a gente não anota algumas coisas, os prontuários também deixam muito..., as vezes a gente não faz registro nos prontuários e mesmo quando a gente faz ele não tem, assim, por exemplo, uma sistematicidade, o que é que eu vou enxergar, como é que eu vou ver se aquele paciente está melhor ou está pior depois que ele está aqui, então, a gente não tem esse instrumento; e, o planejamento, é feito um planejamento terapêutico com o paciente; o planejamento do nosso serviço é mais ou menos...., funciona, assim, com as oficinas, não é um planejamento rigoroso, a cada período a gente senta e reorganiza não, tem algumas diretrizes gerais, eu acho que em termos práticos falta muito dos dois lados, planejamento das nossas atividades, por exemplo, as vezes naquele roldão a gente vai fazendo, vai fazendo, e, também, a avaliação da eficácia, do que realmente aquilo está resultando pra vida do sujeito, se ele está realmente conseguindo chegar mais próximos desses lugares que a gente apregoa como princípios da saúde mental - autonomia, dessas coisas que a gente também fala: relação com o trabalho, relações, laços sociais; então, a gente não tem esse (instrumento de planejamento e avaliação), eu acho que falta (planejamento e avaliação) [...] Na verdade eu acho que esse é um problema das instituições públicas em geral, eu acho que tem uma grande resistência no Brasil a qualquer critério de avaliação, porque, esse discurso, a retórica da igualdade, ela exatamente vai na contramão de um processo meritocrático, ou seja, você avaliar também por mérito; você tem que criar esse tipo de instrumento; a prefeitura não tem, nunca teve uma avaliação nos anos que estou aqui que medisse o desempenho profissional, principalmente aqui, que a gente lida com pessoas que estão aqui pra se tratar, e a gente não sabe se a pessoa...., a gente vai olhando um caso ou outro; não existe um processo institucional de avaliação, nesse sentido (P, 17/3/2006).

Em geral, as organizações precisam de um processo de avaliação que realize uma revisão dos objetivos e metas alcançados e daqueles a serem atingidos. O planejamento e a avaliação são a oportunidade de fazer uma pausa e examinar a situação da instituição.

Não obstante, as políticas públicas no Brasil vêm se estruturando de forma descentralizada, com responsabilidades de organização e financiamento partilhadas entre a União, Estados e Municípios, cabendo a estes últimos a execução dos serviços de atenção direta à população. Deste modo, os processos de avaliação de serviços de saúde mental devem ocorrer no âmbito municipal. Segundo Dias (2002, p. 2)²⁰, este desafio coloca no debate o aspecto de como avaliar o funcionamento de um serviço de saúde mental, que está

²⁰ A autora realizou um trabalho de construção coletiva de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental junto aos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre; uma apresentação resumida dos resultados pode ser consultada em DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental.** In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

inserido num novo patamar conceitual e tem como tarefa não reproduzir uma prática de tutela, com ênfase na patologia, mas de incluir o sujeito portador de transtorno psíquico no planejamento e na execução das ações terapêuticas, numa nova relação que garanta a viabilidade do exercício da cidadania numa sociedade desigual. Ou seja, as dimensões de mudança conceitual, realidade social e política pública de saúde de âmbito municipal, tornam complexa a adoção de processos de avaliação.

A fala descrita na seqüência especifica o processo de planejamento e avaliação no que se refere a ação interventiva profissional no tratamento ao usuário, destacando que não existe um processo sistemático de planejamento e avaliação com relação as ações do CAPS.

O planejamento e a avaliação das ações do CAPS, eles acontecem só de uma forma muito primária ainda, nós temos [...] o planejamento e avaliação da ação do profissional a título de intervenção em relação ao usuário existe de três formas: primeiro, casos clínicos, que aqui nós fazemos reuniões de casos clínicos, quarta-feira das 8 às 9 horas e quinta-feira das 11h30min às 12h30min pra discutir a questão do caso clínico de pessoas; outra forma, construção de projetos terapêuticos ou revisão dos projetos terapêuticos na reunião da regional, cada regional, que são cinco, fazem suas reuniões pra discutir o planejamento e avaliar a vida dessa pessoa nas regionais, e a outra, especificamente do CAPS, a título de gestão, é a reunião de equipe, que você presenciou semana passada, aí é um outro momento de planejar e avaliar, porém, ressalvo, não se tem algo mais fidedigno, ou academicamente falando, que nos ampare pra fazer essa avaliação; então, é extremamente necessário nós termos supervisão, termos pesquisadores, que nos ampare no sentido de avaliar o serviço, avaliar nossa prática, avaliar a autonomia do usuário; a grosso modo nós temos, mas é muito de senso comum; então, precisa cientificar ou legitimar, regularizar, tornar mais fiel esse tipo de avaliação, a grosso modo temos, agora, com mais rigor, por escrito, não temos (GIRASSOL, 20/3/2006).

Sabe-se que a ausência de um processo de planejamento estratégico e avaliação sistemática comprometem a efetividade dos objetivos propostos. Conforme destaca Dias (2002), o cenário da Reforma Psiquiátrica requer tanto uma multiplicidade de respostas à sua plena implantação como para a avaliação de seus resultados. Contudo, é importante ressaltar que a especificidade das ações em saúde mental demanda a adoção de um método participativo, com o fim de superar o caráter unidimensional, comum em avaliações tradicionais.

A avaliação participativa já é uma exigência nas políticas sociais, decorrentes da pressão social pela garantia de acesso a bens e serviços públicos. Por analogia, a

construção de indicadores de avaliação também pode ser participativa, com a contribuição dos sujeitos inseridos na esfera municipal, responsável pela execução da atenção em saúde mental. Para a autora, apesar de certa reserva científica pela adoção desta sistemática metodológica, o seu valor está no alcance social de incluir os responsáveis pela execução de determinada ação, na sua construção e sistematização (DIAS, 2002).

3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento

Conforme já destacado neste trabalho os hospitais psiquiátricos são instituições representativas do modo asilar enquanto os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico de exercício das práticas de atenção psicossocial, do modo psicossocial.

O modelo de assistência do modo psicossocial destaca-se por seus meios básicos de tratamento (rede diversificada de serviços territorializados), e pela importância decisiva que se atribui ao sujeito na sua mobilização como participante principal do tratamento. Neste, considera-se o indivíduo como pertencente a um grupo familiar e social, o que supõe que se deve trabalhar, também, a família e o grupo social, como agentes das mudanças buscadas.

Já no modo asilar a organização institucional é marcada por estratificações de poder e saber, no âmbito das relações profissionais e da instituição, as quais transladam para a relação com os usuários e a população. Estes são excluídos de qualquer forma de participação, enquanto que no modo psicossocial, participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais.

Na pesquisa realizada, a maioria dos profissionais entrevistados referiu conhecer sobre a forma de atendimento no hospital psiquiátrico, seja por visitas, atuação profissional, contatos institucionais, relato dos usuários que estiveram internados.

No que se refere as diferenças no atendimento prestado pelo CAPS em relação ao hospital psiquiátricos, os entrevistados consideraram que existem diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência de um só discurso, o médico psiquiátrico do hospital e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial em contraposição ao tratamento igual para todos

das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Eu acho que é diferente em vários aspectos, primeiro, são essas diferenças que eu digo que são de base, sobre a Reforma Psiquiátrica e a função de um CAPS nesse processo de reforma. Existe por parte da maioria da equipe uma convicção de que a nossa função é evitar a internação e de uma certa maneira poder fazer substituição a essas instituições tradicionais; deslocar a centralidade do sistema pra um serviço aberto, que seja interdisciplinar, ou seja, onde você não tenha um discurso único dando a orientação, que no caso é o discurso psiquiátrico nas instituições (tradicionais); você tem essa multidimensionalidade então você pode compartilhar o discurso; em relação ao próprio atendimento, começa na forma do acolhimento, eu acho que o nosso acolhimento é bom, ele tem condições de receber a pessoa, de entender o que ela está procurando, o que ela está precisando, quais são as suas necessidades; a gente tenta de alguma maneira envolver família embora com dificuldades, mas a gente tenta e tenta principalmente manter a vinculação ou criar novos vínculos desse usuário; o projeto terapêutico que é individualizado também é outra coisa fundamental, que aí a gente quebra com a lógica tradicional de que todos recebem o mesmo tratamento, é a mesma medicação, são os mesmos horários, são as mesmas atividades pra todo mundo, não, a gente procura justamente ao levar em consideração essas características que são mais individuais, são mais singulares, a gente procura atender e levar em conta esses aspectos, então, isso pra mim já é muito diferente, além do que a gente procura o tempo todo ou minimizar ou quebrar mesmo a hierarquia, instituindo certas formas que evitam que a hierarquia se cristalize de maneira muito brutal, pra você não ter um deslocamento de poder dentro do serviço, que seja prejudicial pra todo mundo, igual no hospital (F, 12/4/2006).

A relação entre profissional e usuário foi destacada como diferencial por todos os entrevistados, conforme pode ser observado a seguir.

A relação entre o profissional e o usuário, pra mim, a maior diferença é essa relação interinstitucional ou interpessoal; é a forma como se dá, porque as ações também são diferentes, porque existem oficinas terapêuticas, existem os grupos terapêuticos, existem os atendimentos, mas esse modelo de atendimento pode também ocorrer numa outra instituição, ou mesmo num CAPS, mas se a relação de profissional e usuário não estiver pautada no respeito, uma relação sujeito-sujeito onde se possa esse serviço, obviamente, quando ele estiver num bom nível de participação, num bom nível de reabilitação, mas também..., o fundamental é isso, é estar pra além da instituição, estar pra relação do usuário com o profissional, e claro, o espaço também, o espaço físico tem que ter qualidade, a gente vê aqui um espaço super bom aqui no caso, as propostas de atendimento, como que são colocadas, como que é olhado esse usuário, esse usuário está junto no pensar da instituição, mas a cima de tudo assim, entender como cidadão de direitos, de respeitá-lo (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que tem um maior reconhecimento da condição subjetiva do paciente, acho que um certo respeito. Hoje, a Colônia Santana tem tido mudanças, tem uma política que também..., na verdade a política do Ministério também visa atingir as instituições mais asilares, os hospitais também estão mudando..., talvez seja mais lenta, aqui, a gente já chegou com uma outra perspectiva de trabalho; eu acho que a equipe toda, de forma geral, tem uma sensibilidade pra esse respeito pelo paciente, pelo outro, procura, na medida do possível, não estabelecer uma relação de poder; eu acho que aqui, por exemplo, a recepção é muito bem feita, os vigias também são pessoas que entraram no clima, assim, talvez já seja deles, mas entraram no clima do CAPS; acho que todos têm um compromisso com isso, um valor digamos; também, talvez seja deste CAPS, eu não conheço tantos outros CAPS; eu acho que é uma relação diferenciada, na medida que você está aqui com esse objetivo de que a pessoa assuma a própria vida, contribuir para que isso aconteça; isso implica em ter pelo menos um respeito, um reconhecimento do outro (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p.10) destacam que o papel do técnico se transforma quando ele se coloca sob outros princípios; “se ele faz funcionar a tecnologia da doença mental, fortalece o dispositivo psiquiátrico. Mas, se transforma sua forma de intervenção, trabalha no sentido da desmontagem desse dispositivo”. Segundo os autores, isso significa pôr em funcionamento um dispositivo de desinstitucionalização e reinserir a complexidade dos problemas com os quais lida. Significa ainda abrir mão das interpretações da loucura segundo erro, incapacidade, inferioridade, doença mental, e potencializá-la como diferença, um modo diferente de relação com o mundo. Enfim, não usar o saber como técnica normativa, mas como possibilidade de criação de subjetividades. A técnica deixa de ser instrumento da violência quando a prática funciona como uma desconstrução da clínica.

As falas que seguem referem-se ao atendimento aberto e as possibilidades de escolha que o CAPS oferece em contraposição ao isolamento e segregação gerados pela internação hospitalar prolongada.

Em primeiro lugar o atendimento no CAPS é um atendimento, vou usar a palavra, aberto, ou seja, pra começar o usuário ele não fica internado aqui, mesmo se em algum momento tiver o CAPS III, é diferente. Ele vem, ele faz o trabalho dele, a sua terapia, durante o dia, e ele volta, quando, no caso tem família, pra casa; então, primeiro lugar a idéia do CAPS, o trabalho do CAPS não é segregar e isolar; quando o usuário vai para o hospital, eu acho que seja ele em qualquer campo da saúde, mas vai para o hospital e fica internado trinta dias, quinze dias, ele já esta sendo isolado do convívio com a família, do convívio social, ou seja, acaba perdendo progressivamente o contato com as pessoas e com o grupo social mesmo, e acaba sendo destituído das suas práticas pequenas, como desde pegar um ônibus, fazer sua comida, ir no

supermercado; no momento em que uma pessoa é colocada em um hospital e fica um mês, ele acaba perdendo o contato com essas mínimas..., não é nem com o mundo lá fora, mas com as mínimas coisas que ele teria em casa, na sua casa, enfim, ele perde tudo isso como se fosse realmente uma pessoa que não tem possibilidade nenhuma de fazer nem um café, enquanto o CAPS possibilita isso, acho que o CAPS ele, independente dos problemas que tem, acho que ele mostra que não, você ainda, apesar da sua crise, com a sua crise, com todas as limitações que as vezes um surto pode oferecer do ponto de vista cotidiano, você ainda pode fazer algumas coisas sim, como pegar um ônibus pra ir e voltar pra casa, fazer a escolha do seu planejamento terapêutico, vem aqui escolhe, em parte, o que gostaria de participar (LÉLI, 4/4/2006).

Assim, a possibilidade do usuário no CAPS de ter voz ela é muito maior do que nas outras instituições, as outras eu não vou generalizar, mas em algumas, as asilares, esses hospitais são..., enfim, crônicos até pela dificuldade mesmo de antes você pensar em ter outra alternativa que não a trancar e deixar lá e não tem medicação, não tem nada disso, estou falando de bem bastante tempo atrás, e isso ficou e se perpetuou, então, eu acho que a possibilidade do usuário aqui, no CAPS, nos CAPS, e até mesmo nos ambulatórios, acho que hoje em dia não é só CAPS que permite isso, é fazer parte como contribuinte do próprio tratamento, então isso é o que diferencia do paciente internado, vamos dizer assim, em São Paulo, no Vera Cruz, que é um hospital e tal, diferente de outros, tem algumas dessas internações que são diferentes, mas essa relação aí de profissional e usuário ela é mais aberta, é mais ampla, além do CAPS, especificamente, oferecer algumas possibilidades; então, a possibilidade de trabalhar em uma oficina, dessa oficina ter uma renda, que, assim, é um entrave no sentido que eles se sentem muito limitados e não só se sentem como eu acho que muitas doenças incapacitam mesmo, são incapacitantes, a esquizofrenia é uma delas, e é a nossa clientela aqui, a maior parte é de pacientes com esquizofrenia; a própria esquizofrenia já altera, vamos dizer assim, na cognição, na parte de planejamento, de você conseguir realmente se estruturar para trabalhar; tem umas pessoas que não conseguem nem ter o início, a iniciativa, ela é minada com a esquizofrenia, e aqui tem uma possibilidade, mesmo que essa possibilidade seja fazer oficina e ganhar uma renda, mesmo que, assim, seja só..., não é o valor que importa, é simbólico (J,22/3/2006).

O relato a seguir explicita epistemologicamente e em termos técnico-assistencial a diferença entre o modelo de atenção tradicional/hospitalar e o modelo de atenção psicossocial.

Primeiro, em relação a concepção da pessoa e em relação a concepção dos próprios meios de trabalho; na instituição psiquiátrica predomina o modelo manicomial/asilar como a gente chama, que daí vai olhar a pessoa enquanto doença, enquanto diagnóstico, aqui, no CAPS, a gente olha os seres humanos enquanto pessoas, enquanto a existência de um sofrimento, o que podemos fazer pra minimizar esse sofrimento da pessoa, então, essa é a primeira diferença que tem, quem é essa pessoa, que no modelo manicomial acaba sendo vista mais como diagnóstico, como um doente, isso que eu sempre falo, essa iatrogênia que o modelo

manicomial acaba inserindo na pessoa, você é um doente, vai ter que tomar remédio pra vida toda, e o máximo que você pode chegar é um portador de transtorno mental em recuperação, isso é uma das diferenças, outra é a própria concepção de saúde/doença que existe; as formas de organização dos dois modelos, são modelos diferentes, um é mais centralizado no psiquiatra, na instituição psiquiátrica, o no CAPS seria mais centralizado na equipe e, principalmente, nos usuários; a forma de relação com a clientela ou com o usuário, no modelo manicomial, é sempre uma relação hierárquica, de cima pra baixo, no CAPS, sempre uma relação, ou a gente tenta sempre ter uma relação horizontal; e a própria questão do que é bom ou não é bom pra pessoa, a pessoa tem que dizer o que é bom pra ela e, as vezes, no hospital, são os profissionais que já dizem o que deva ser bom pra ela, ou seja, a grande diferença que existe é: quem decide o que? No hospital as pessoas decidem sobre a vida da pessoa, eu acho que no modelo psicossocial é a pessoa que compartilha a decisão da sua vida (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme destaca Rotelli (1990), no manicômio (modelo/tradicional) a sociabilidade é reduzida a zero. A tutela, a internação tem a única finalidade de subtração das trocas, de estabelecer relações de mera dependência pessoal. Enquanto que a emancipação terapêutica (que se torna o objetivo substituto da "cura") só pode ser (cientemente) a mobilização de ações e de comportamentos que emancipem a estrutura inteira do campo terapêutico. Assim, o problema que se coloca aos novos serviços (CAPS) não é cura (a vida produtiva), mas sim a produção de vida, de sentido, de sociabilidade.

Neste aspecto, pode-se considerar a proposta basagliana de *colocar a doença entre parênteses* para assim direcionar o olhar ao sujeito em sofrimento e não à doença. Essa é uma questão fundamental, pois é o movimento de *tomada de responsabilidade* (DELL'ACQUA, 1992) individual e coletiva que se constitui como meio para a transformação institucional e para o processo de desconstrução. A cura cede espaço à emancipação, mudando a natureza do ato terapêutico, que agora se centra em outra finalidade: produzir autonomia, cidadania ativa, desconstruindo a relação de tutela e o lugar de objeto que captura a possibilidade de ser sujeito (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3 Participação do usuário e da família no tratamento

De acordo com as diretrizes da atenção em saúde mental do modelo psicossocial, o protagonismo dos usuários é fundamental para que seja alcançado o objetivo do CAPS de se constituir como dispositivo de promoção da saúde e da reabilitação psicossocial. Os

usuários e familiares devem ser chamados a participar das discussões sobre as atividades terapêuticas do serviço. A equipe técnica deve trabalhar de forma a estimulá-los a participar de forma ativa do tratamento e da construção de laços sociais. Entre os tipos de atendimento que o CAPS pode oferecer está o atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, de lazer com familiares (BRASIL, 2004).

Na seqüência deste item analisaremos as formas criadas pelo CAPS Ponta do Coral para envolver ativamente usuários e familiares no processo terapêutico, seja com relação ao projeto terapêutico individual, ao atendimento e a participação das famílias no tratamento.

3.3.1 Planejamento terapêutico individual

Conforme as determinações da política de atenção em saúde mental, cada usuário deve ter um projeto terapêutico individual, composto por um conjunto de atendimentos personalizado, que respeite as particularidades, necessidades de cada pessoa e proponha atividades durante a permanência diária na unidade e fora dela (BRASIL, 2004).

O atendimento no CAPS oferece projeto terapêutico de tratamento individualizado, o qual é pensado e avaliado com a participação do usuário. A fala relacionada a seguir detalha como acontece o planejamento do tratamento.

O primeiro passo desse projeto terapêutico ele é feito na entrevista inicial, que é basicamente a entrada desse usuário no serviço; então, a gente pensa uma programação mínima, levando em conta as necessidades, as condições, os limites e as capacidades do usuário e, quando a gente pode contar, com a família também. Além disso, uma vez por mês, [...] tem o encontro da Regional, e os usuários dessa Regional podem reelaborar o seu projeto terapêutico, a gente faz a revisão, a gente discute como é que está sendo esse projeto, se está sendo interessante, que ganhos, se está havendo ganhos ou não, se a pessoa está se sentindo contemplada de alguma maneira e tal, e aí a gente faz as alterações que a gente discute e acha necessário (F, 12/4/2006).

Com relação a forma como o usuário participa do processo de planejamento do seu tratamento, os entrevistados colocaram que é através da manifestação das preferências,

opções e desejos dele, dentro das possibilidades que o CAPS oferece. Nas falas relacionadas é explicitado qual a participação do usuário e do profissional no planejamento do projeto terapêutico de tratamento.

Quando o usuário chega no serviço, encaminhado de algum outro (serviço), ou de um hospital, ou de uma unidade local de saúde, ou por demanda espontânea é feito o acolhimento, onde a gente usa uma entrevista inicial pra fazer uma coleta de dados, ali resgata um pouco da história que o próprio usuário vai estar contando, e, então, nesse momento é feito o projeto terapêutico; inicia-se o projeto terapêutico, não que ele tenha que se esgotar nesse momento inicial; uma pergunta que a gente sempre faz pra ele é do que ele precisa, como a gente vai poder ajudar, então, a partir daí a gente oferece o nosso leque de atendimentos, o nosso projeto terapêutico do CAPS, e aí vai se construindo dessa forma (VIK, 24/3/2006).

Em geral a gente faz isso quando ele chega, na entrevista inicial, a gente pede pra que ele diga, a gente apresenta o que a gente tem; a gente pede que ele diga o que ele gostaria de estar fazendo, o que ele fazia, quais as preferências que ele têm, se ele não sabe, em algumas situações, a gente sugere que ele venha participar de algumas oficinas para ele, por exemplo, escolher; então, assim, é feito muito respeitando o desejo do paciente, o que ele gosta mais, as preferências dele; agora, se a gente vê que o paciente está muito ansioso, se ele precisa, a gente sugere um grupo terapêutico ou as vezes o atendimento individual; assim, não tem uma uniformidade, em geral a gente age assim (P, 17/3/2006).

Ele tem, esse projeto terapêutico, ele tem um primeiro momento, quando o usuário chega e faz a entrevista inicial é colocado com ele e oferecido, mostrado as possibilidades, o que o CAPS oferece em termos de terapia, desde grupos terapêuticos, atendimento individual e oficina, mas não é só oferecido, é também feito uma avaliação do técnico, o que ele pensa que, naquele momento, poderia estar ajudando aquele usuário, e é conversado com o usuário, muitas vezes acaba o usuário escolhendo tudo, escolhendo o que ele quer e o técnico tem pouca interferência, outras vezes o usuário quer algo que talvez naquele momento, por exemplo, atendimento individual, mas não tem vaga, não tem, os técnicos estão todos..., se tem alguém fazendo atendimento individual já não tem horário, então se entra em um acordo das possibilidades, dos desejos do usuário, e das possibilidades que o serviço oferece; isso é o primeiro momento, no segundo momento, ao longo do período do usuário aqui, vão tendo transformações, muitas vezes ele abandona aquele grupo ou oficina, que não era aquilo que ele achava que era bom, que ele gostava, abandona formalmente ou informalmente, simplesmente não vai, ou ele entrou em surto não veio mais, uma série de questões, então isso tudo é retomado, a gente tenta fazer a retomada na reunião das Regionais, reunião mensal, como é que está o tempo dele aqui, o que ainda se mantém fazendo, como ele está se sentindo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos entrevistados destacou que o projeto terapêutico de tratamento do usuário

é sempre pensado a partir da necessidade dele, o que ele traz de necessidade, o que ele traz de sonho, de vontade, de sofrimento, de

tristeza, então, o projeto terapêutico é sempre pensado, repensado, analisado, refletido, em cima da necessidade da pessoa (GIRASSOL, 20/3/2006).

É importante destacar que o planejamento do projeto terapêutico deve envolver o portador de transtorno mental como sujeito deste processo. A participação ativa do usuário na escolha do que fazer e na expressão de suas necessidades favorece a adesão e continuidade no tratamento, confere-lhe o exercício da liberdade de escolha e da cidadania. Neste processo, o ato terapêutico, quando não é mais fundado sobre a doença e não provém da autoridade médica, torna-se a própria organização coletiva, convertendo-se em *tomada de responsabilidade* e produção de subjetividade (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral

No plano teórico, a relação da família com o portador de transtorno mental é construída a partir do alienismo, como produto da sociedade moderna/burguesa. No interior desta perspectiva concentram-se dois entendimentos polarizadores: “o da família ameaçada pela eclosão da enfermidade, portanto, sofrendo suas conseqüências ou causadora da emergência do transtorno mental, assim culpabilizada por sua etiologia” (ROSA, 2002, p. 139). Historicamente, o segundo entendimento foi o que prevaleceu na maioria das abordagens teóricas na área da saúde mental, com uma relativa diminuição nos anos 1970, seguido de uma complexificação da compreensão do grupo familiar e de sua dinâmica, a partir dos avanços teóricos da leitura feminista e marxista. “Contemporaneamente, a inclusão do grupo familiar nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental; a assunção de sua condição de parceira e co-responsável dos serviços e a exigência de constituição de uma nova pedagogia institucional em sua abordagem atravessam a construção de uma nova relação entre o louco e a sociedade” (ROSA, 2002, p. 139).

Nesta direção, um dos objetivos do CAPS é incentivar as famílias a participar do cotidiano do serviço. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas importantes para o trabalho dos CAPS. Eles podem participar de diversas maneiras, incentivando o usuário a se envolver no projeto

terapêutico, participando diretamente das atividades do serviço, nas reuniões, assembléias, nas associações de usuários, técnicos e familiares, trazendo dúvidas, sugestões. A participação pode acontecer tanto nas atividades internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. (BRASIL, 2004).

A Portaria /GM nº 251/2002 constitui-se como mais um dispositivo na mudança das relações entre os serviços de saúde mental e a família à medida que prevê, no desenvolvimento dos projetos terapêuticos, o preparo para o retorno à residência/inserção domiciliar e uma abordagem dirigida à família no sentido de garantir orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento.

O atendimento aos familiares é uma das formas para que as famílias participem, conheçam o trabalho dos CAPS e passem a se envolver ativamente no processo terapêutico. Neste sentido, a família ganha visibilidade como protagonista, parceira dos serviços e co-responsável no provimento de cuidados do portador de transtorno mental.

Além disso, o avanço dos conhecimentos e entendimento de que os fenômenos humanos comportam uma multiplicidade de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos e éticos, inter-relacionados entre si, possibilitou mudanças na assistência às pessoas em estado de sofrimento psíquico. Essas puderam ser compreendidas na totalidade de sua condição existencial. E, o sofrimento, antes tomado apenas como algo individual, passou a ser visto como parte de um contexto onde outras pessoas estão envolvidas e também merecem cuidado e atenção.

No CAPS Ponta do Coral, na sua maioria, os profissionais afirmam que existe atendimento familiar, com ressalvas de um deles que referiu não existir atendimento familiar sistemático e outro que observou que existe atendimento familiar individual. As falas relacionadas expressam de que forma a família participa no tratamento do seu membro no CAPS.

A família participa não como uma preconização ou uma exigência do serviço; o que eu tenho visto é que a família participa aqui no CAPS na medida em que há uma necessidade, quando há necessidade do serviço conversar com a família ela é incluída, quando há uma necessidade da família pelo serviço ela procura, mas não é uma rotina todas as pessoas que vem aqui a família ser atendida, as vezes o usuário não quer saber da família, as vezes a família não quer saber do usuário e assim sucessivamente, ou seja, a família participa na medida que temos a clareza da necessidade, mas não é uma prática oficial do serviço (GIRASSOL, 20/3/2006).

Alguns casos sim, em alguns casos eles vem para a reunião mensal da Regional, ou vem para uma consulta com a psiquiatra, ou vem pra trazer o usuário que não consegue ainda vir sozinho, mas é muito restrita a

participação da família, normalmente ela vem mesmo quando a coisa está apertando, quando o usuário surtou, não está conseguindo segurar, quando ele está já nas últimas (LÉLI, 4/4/2006).

Os profissionais que afirmam a existência da participação da família no tratamento explicitam como esta acontece e como se dá o atendimento no serviço, observando o cuidado que existe em atender a família e o usuário juntos.

Sim, tem alguns usuários que vem acompanhado de familiares, as vezes nós chamamos a família, quando existe necessidade, e isso acontece assim no cotidiano, conforme realmente surge a necessidade; geralmente há uma relação muito conflituosa entre o usuário e família, geralmente o familiar mais próximo, referência mais próxima e aí a gente intervém, mais ou menos com dois objetivos, assim, um de pensar essa relação conflituosa, o que pode ser negociado aí pra viverem melhor, pra ter mais qualidade de vida nesse ambiente, que moram juntos, e o outro pra poder então capacitar, colocar elementos pro familiar sobre o tratamento, sobre os transtornos mentais, pra que ele possa ser um cuidador também, o que ele é, pra que ele possa se qualificar; então, uma outra coisa que eu penso é que esse atendimento familiar ele sempre tem que privilegiar a participação do usuário porque fica complicado falar do usuário sem ele estar presente (VIK, 24/3/2006).

Sim, a família participa, claro, na medida de cada caso; em geral, assim, a gente tem a disponibilidade de atender a família, então, muitas vezes, precisa de o paciente vir com a família em várias situações, e esse atendimento é dado; o grupo de família, também está tendo o grupo de família, as vezes é dado (o atendimento) a família daquele paciente; mas sempre a gente tem o cuidado de receber a família e atendê-la junto com o paciente, nunca assim..., não gerar essas fantasias perseguitórias por parte do paciente “tá falando o que de mim”; isso é mais ou menos quase uma regra aqui no CAPS, a gente atende junto com o paciente (P, 17/3/2006).

Os trechos das entrevistas relacionados a seguir descrevem as formas criadas pelo CAPS para oportunizar a participação da família no tratamento. Alguns profissionais referiram-se a um grupo de famílias que chegou a ser iniciado, mas que pela falta de adesão e outras dificuldades não funcionou mais.

Um pouco assim, o acolhimento na segunda-feira é um espaço que a família pode participar junto com o usuário pra relatar como é que foi o final de semana e pra relatar e como estão as atividades no CAPS; o outro espaço são as reuniões das Regionais de equipe, fora o trabalho individual, que, assim, eu acabo chamando muitas vezes, eu quero atender você na presença de um familiar, as vezes você precisa até forçar nesse sentido, de que a família compareça, faço cartinha, mando e aí atendo em consulta individual, mas não em grupo, não é uma abordagem psicoterápica, é mais no sentido de psicoeducação do que de terapia (J, 22/3/2006).

[...] existe um planejamento pra se atender família, um grupo de familiares a serem atendidos por psicóloga [...]; então, as formas criadas para oportunizar a participação da família é justamente quando ela vem, acompanha, que é aberto para os familiares participarem das oficinas junto com o usuário, então, sempre tem essa oportunidade e grupos específicos pra famílias que estão se tornando real (GIRASSOL, 20/3/2006).

É mais ou menos como eu te falei; então, assim, as vezes a gente chama pra um atendimento individual, e também ela participa dos eventos acontecidos aqui no CAPS, promovidos pelo CAPS, de festas, geralmente o dia nacional da Luta Antimanicomial, quando a gente comemora, que faz uma confraternização, as festas sempre tem a presença de familiares também, festa de natal, festa junina (VIK, 24/3/2006).

As reuniões das Regionais por exemplo, uma vez por mês, e tem alguns técnicos que fazem reuniões com as famílias, discutindo, por exemplo, aquele usuário em que a família está implicada diretamente, tem problema com a família, então chama a família pra trabalhar; já teve grupo de família, mas foi fechado porque as pessoas ficaram um tempo, mas as famílias, segundo as técnicas que fizeram, muito pouco se apropriavam, vinham, se utilizavam desse espaço (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre este aspecto, cabe destacar que o deslocamento do eixo da compreensão do problema individual para o familiar/social, que tem como consequência o acolhimento da família como uma unidade que necessita de cuidado tanto quanto o paciente individual, pressupõe um novo olhar sobre as possibilidades das famílias para enfrentarem suas crises e atuarem como suporte terapêutico. Nessa perspectiva, se impõe a necessidade de não só reconhecer o atendimento ao grupo familiar, mas de oferecer uma atenção singular que leve em conta, por um lado, as especificidades de cada família, considerando a história, a estrutura, a dinâmica, bem como a inserção desta no contexto social. Por outro lado, deve-se avaliar a realidade e as possibilidades das famílias para usufruírem das formas de atenção que lhes são propostas (MIOTO, 1998, pp. 25-26).

Nesta direção, dois dos participantes da pesquisa identificaram como uma das dificuldades em realizar o atendimento familiar, a falta de profissionais qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades, conforme pode ser observado nas falas a seguir.

A maior dificuldade que eu vejo é que não existe ninguém capacitado aqui dentro para lidar com a família, é claro que, assim, eu faço um atendimento com o usuário a família vai estar junto eu vou estar explicando, mas quando você vai pensar em trabalhar com a família, trabalhar no sentido psicoterápico, isso não existe, agora informar a família, tentar com que a família faça parte do planejamento, a gente

tenta e incentiva, estimula que eles venham nas reuniões das Regionais, mas o que eu percebo, assim, a equipe ela é muito pequena pra dar conta de tudo, então a maioria das vezes o paciente chega, a família está ali fora, mas todo mundo tem a sua atividade, estão todas na oficina e isso me sobrecarrega muito porque eu tenho que dar conta de tudo, inclusive da família que chegou, do atestado que está faltando, e a família que quer saber porque que o remédio..., mas não existe um espaço pra ela, não existe um espaço que acolhe a família (J, 22/3/2006).

Profissionais qualificados, eu acho que necessita de profissionais que tenha um pouco mais de experiência, de conhecimento pra estar lidando com família, que toda a família tem sempre os seus nós górdios, tem sempre questões de fundo, que as vezes precisa de um certo conhecimento, experiência pra estar lidando com isso; até que ponto é vítima ou réu, então, acredito que profissionais que tenham experiência, que tenham a qualificação teórica, [...] possa estar oportunizando uma melhor relação no atendimento CAPS com família, então, a qualidade do profissional para estar realizando essa participação (GIRASSOL, 20/3/2006).

Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que é um transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, foram relatados pelos profissionais.

Acho que tem uma junção, eu acho que tem uma coisa primeiro que é o entendimento, a família, muitos familiares, querem deixar o usuário aqui, e querem fazer sua vida, até por questão de sobrevivência; o que eles alegam muito é que eles precisam trabalhar, então não pode faltar ao trabalho uma vez semana pra poder estar aqui porque mesmo que tenha atestado pra poder estar aqui, acaba perdendo o trabalho, não tem como justificar; e a outra questão é o próprio entendimento de que é na família o espaço em que o usuário pode ser tratado, porque a idéia de tratamento é uma idéia também que se direciona, que acaba sendo entendida como médica, hospitalar ou clínica, ou então, agora tem o CAPS; e o lugar de tratamento, digamos tratamento como restituição, como reinserção, também é na família (LÉLI, 4/4/2006).

É, chega um momento que as vezes de fato a relação se esgota, assim, são tantos conflitos, são tantas brigas, tantas dificuldades de convivência, de relacionamento, que já vem desde a infância, que chega em momentos quando, geralmente, o usuário tem as primeiras crises, isso gera um isolamento, assim, o usuário fica isolado nesse ambiente, nesse contexto familiar, realmente é muito difícil; as vezes tem uma mãe muito controladora e que aí o usuário não quer muito aproximação do serviço com essa referência porque o serviço passa a ser então um lugar de acolhimento pra ele que ele não tinha até então, porém, a gente busca a família, pra que a família possa cumprir essa função da referência (VIK, 24/3/2006).

Neste sentido, deve-se considerar que no contexto brasileiro, pela própria ausência ou precariedade da intervenção estatal por meio das políticas públicas de corte social, a família torna-se a principal garantidora da reprodução da força de trabalho. As famílias, para suportar, todas as funções que lhes são atribuídas e enfrentar as situações de risco social, buscam dividir com o Estado o encargo dos cuidados com seu ente enfermo. Mesmo assim, configuram-se, para elas, condições deficitárias de atendimento, em particular no caso da atenção em saúde mental (ROSA, 2003, p. 192).

Na seqüência, o entrevistado realiza uma análise das várias situações singulares e sociais que envolvem as dificuldades do serviço, das famílias e dos usuários, em realizar um tratamento integrado na relação usuário/família/CAPS.

Então, também envolve vários aspectos, eu vou apontar alguns; assim, em primeiro lugar, a gente vê que boa parte das famílias vê o CAPS como um lugar pra poder deixar o seu familiar, é um lugar onde ela não vai precisar cuidar dele durante um certo tempo, então, eles até participam de algumas entrevistas iniciais, hoje, por exemplo, eu tenho uma (entrevista inicial) que a pessoa veio sozinha, não veio família; é bastante freqüente que venha o usuário sem acompanhante familiar algum, esse é um aspecto, a família de uma certa maneira toma o CAPS como um lugar pra deixar o seu familiar, nós por outro lado, não criamos estratégias pra fixar essa família, pra trazer essa família mais perto; tem um grupo de família que funciona de maneira meio irregular, mas que a gente vê cada vez mais a necessidade de tornar isso algo mais organizado, poder atender a família, a gente faz o acompanhamento com família, geralmente, quando há um pedido específico ou do usuário ou da própria família, aí a gente procura fazer, mas é mais individualizado, é uma questão mais individualizada, e há também, por parte dos usuários há o desejo de que a família não participe, isso ficou muito evidente na organização da associação, que é uma associação de usuários, familiares e técnicos, e quando a gente estava organizando a associação, toda vez que se falava na participação dos familiares havia uma certa resistência por parte dos próprios usuários que os familiares participassem; a gente entende isso como uma maneira de buscar uma certa autonomia, uma certa distância dessa família, que é, as vezes, bastante complicado de fato tê-los muito próximos, aí precisa de um outro tipo de abordagem, não dá pra incluir, como a gente fazia no início por exemplo, a gente fazia grupos de usuários e familiares, mas a família atrapalhava mais do que ajudava nesses grupos, aí a gente resolveu começar a separar, deixar o espaço específico para o usuário, porque a família vinha e tomava o espaço, e falava, e ficava reclamando da pessoa, do que ele não fazia, de todas as dificuldades etc..., então, a gente achou melhor botar um pouco uma barreira, botar um filtro ali pra que tivesse espaço do usuário e que ele pudesse aproveitar isso da melhor maneira possível (F, 12/4/2006).

No entanto, cabe destacar que, numa visão mais abrangente e totalizante, a família é entendida, no cerne das condições de reprodução social do portador de transtorno

mental, como um sujeito que procura reconstruir relações cotidianas, criar novos sentidos, manter e fortalecer laços de sociabilidade. É percebida, positivamente, em suas possibilidades, potencialidades e recursos, como elemento fundamental à manutenção do poder contratual, à autonomia e à emancipação do portador de transtorno mental (ROSA, 2002, pp. 152-153).

As falas relacionadas a seguir apresentam a compreensão dos entrevistados com relação às possibilidades da participação da família no tratamento, e as dificuldades do CAPS em realizar esse tipo de atendimento. Um deles argumenta que o acompanhamento à família é essencial para minimizar os efeitos da convivência com o portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Acho que o atendimento familiar assim como ele pode ter dificuldades ele também pode te ajudar um monte, então, assim, tem os dois lados, as dificuldades eu acho que é porque também ele vai estar trazendo, vai sobrecarregando com mais, digamos assim, mais queixas, vai estar trazendo.., as vezes nem está relacionado ao usuário os problemas e as situações, embora eu acredito que na maioria das vezes ela ajuda, ela ajuda porque é que está convivendo com o usuário lá fora o tempo inteiro, que tem mais os dados, quem pode inclusive, ah! ele está muito sedado, vamos tirar esse remédio, esse remédio só faz mal, então, a família se ela não é bem orientada ela acaba, assim, tentando fazer o bem ela acaba fazendo o mal pro paciente, ah! não aquela atividade lá, ficar só batendo palminha, musiquinha, aquilo lá não vai ajudar você, é melhor eu.., vou te colocar de novo na escola porque se não você não vai trabalhar nunca, então todas as ansiedades da família, que se elas forem bem trabalhadas o usuário só tem a ganhar, agora, as dificuldades é: um espaço em que essa família seja acolhida, que ela seja realmente trabalhada e uma equipe, a formação, alguém com formação pra fazer isso, isso não tem (J, 22/3/2006).

Eu acho que o acompanhamento com a família ele é extremamente necessário pra elaborar a imagem que essa pessoa acabou deixando pra essa família; a família ela ainda tem uma imagem, ela tem o imaginário social em relação o que ela de repente produziu; então, há uma necessidade de se ter um acompanhamento com os familiares pra estar elaborando as relações, o dia-a-dia que ela tem com o portador de transtorno mental; as vezes se investe muito em acompanhamento com usuário e não se investe muito no acompanhamento com a família, a família está sobrecarregada, tem que se discutir a questão dos encargos familiares, porque as vezes ter um portador de transtorno mental junto com a família é extremamente estressante, e as vezes a família acaba colocando o portador de transtorno mental no hospital pra descansar, porque as vezes é complicado, tem um portador de transtorno mental que canta o dia inteiro, ou que não dorme durante a noite, dorme de dia, ou que quer ver televisão a todo momento, ou que fica conversando com a vizinhança a todo o momento, tem o portador de transtorno mental que com o seu sofrimento incomoda muito a família, então, tem de haver um profissional articulado ou apaziguador ou que provoque alguma

resolução nessa prática; [...] se não dá pro portador de transtorno mental morar com a família então que se haja (encontre) um espaço harmônico, mas a família tem que ser acompanhada sim (GIRASSOL, 20/3/2006).

Entre as dificuldades que os profissionais identificam na (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e estigma da loucura, ainda presentes no imaginário social das pessoas. Relacionamos na seqüência as respostas dos entrevistados, nas quais é expressa a relação com alguns dos aspectos enfrentados no cotidiano da vida dessas pessoas, em suas relações com a família, as instituições e a sociedade.

Em primeiro lugar a dificuldade de a família compreender o que a pessoa tem, pelo que ela passa, muitas vezes, a idéia é de que é um vagabundo, que o cara não quer trabalhar porque é vagabundo, não quer fazer nada só quer ficar em casa fumando, na frente da televisão porque é vagabundo; então, tem essa dificuldade de poder dar ou ter um certo olhar pra essa pessoa, pra esse usuário que não seja esse da discriminação; tem também o medo, o medo de que essa pessoa venha cometer algum crime, que é um pouco o mito da loucura, é o que envolve o mito da loucura, de ser alguém que é imprevisível e violento, o mito da loucura está muito marcado por isso, muitas vezes a família vem contaminada por isso, eu atendo uma mãe, por exemplo, que apesar de ser uma pessoa que contribui muito, mas ela tem medo do filho, ela tem medo, e ela reconhece isso, diz isso claramente, ela tem medo, agora menos, depois de um tempo isso está começando a se flexibilizar, ela está começando a entender um pouco diferente, mas ela tinha muito medo do que esse filho poderia fazer com ela, então, isso é algo que é bastante comum, mas isso é uma dificuldade; o outro aspecto da resistência é a idéia de que ele se tornou uma pessoa inútil, o usuário se tornou uma pessoa inútil, porque ele não pode trabalhar, que nunca vai fazer nada a não ser ficar como um louco, ficar como uma pessoa que não pode assumir responsabilidades, que não contribui, o aspecto financeiro é um problema; o Programa de Volta pra Casa não resolve isso integralmente porque ele é destinado pra pessoas que estão no mínimo há dois anos internadas, então, aqueles que não tem internação prolongada não têm acesso a esse recurso, então, ele passa a se tornar um peso econômico pra família e aí todos os outros problemas que são decorrentes disso (F, 12/4/2006).

Muitas vezes ele acaba sendo o membro da família rechaçado, ele tem o quartinho dele no fundinho. Bom, eu acho que é o próprio estigma de ter um doente mental, tem ah ele é doente mental, deixa ele quietinho lá porque se não ele vai incomodar, vai surtar, vai xingar e, que vergonha, aí os vizinhos; então, é o estigma do usuário, do paciente com transtorno mental, como muitas famílias não entendem elas tem até crenças de que isso é o demônio, isso é um castigo, ou é porque ele era uma pessoa ruim na vida passada, então, vem com mil, vamos dizer assim, explicações, que só atrapalham e impedem que aquilo seja encarado como..., ok isso aí é uma doença, e como é que a gente vai

fazer pra ajudar e tratar isso; então, os conhecimentos, a ignorância nesse sentido, [...] uma parte eu acho que seja pelo próprio desconhecimento do que é um transtorno mental, e do estigma de que o louco é o que rasga dinheiro e, enfim, isso dificulta, e aí quando você não tem um suporte pra dar à essas famílias aqui dentro, você só reforça lá fora esse estigma; então, claro, a pessoa chama a atenção da população, os pacientes que conseguem lá fora trabalhar e não ficar só dentro do CAPS, então, as oficinas que possam vir a dar renda, que elas sejam trabalhadas lá fora, até pra lá fora você convive com eles, percebe que eles não são os loucos que rasgam dinheiro, saem quebrando tudo e matando todo mundo, esse é o medo da população e acaba sendo o medo da família (J, 22/3/2006).

A questão da diferença do “louco” para o “não louco”, que na sociedade capitalista, é determinada pela relação produtivo/não produtivo, ou seja, aquele que detêm poder de consumo e aquele que não tem poder de consumo, também foi expressa pelos profissionais entrevistados como uma das dificuldades para a (re)inserção social do portador de transtorno mental, na família e na sociedade.

Eu acho que os limites do usuário; tem a coisa do preconceito, da loucura, ele, o usuário, ele não é alguém produtivo na família, ele não leva dinheiro pra casa, ele, ao contrário, ele só gasta, ainda tem que buscar remédio, ele dá mais trabalho ainda, ele não é produtivo, de maneira geral, então, isso já agrega um preconceito maior ainda, além de ter o preconceito da loucura, de ser..., enfim, alguém que tem uma “deficiência”, alguém que é muito dependente, ainda tem isso, então, ele não soma nada à família a não ser o incomodo; daí, geralmente, é uma mãe que até acolhe, ou pai, por questões afetivas, mas sempre está lidando com esse limite do usuário; tem famílias que não querem, tem muitas famílias carentes que não querem mais um problema, e quando a pessoa, então, saiu da família, que foi internada, e ficou um longo tempo fora, a família já se estruturou de forma a não contar com aquele usuário, então, já não conta mais com ele, passou três, quatro, cinco meses, aí vem uma pessoa trazendo toda uma dependência e que não é somar, ou as vezes as próprias crises dentro de casa, então, é difícil um cara que faz xixi no chão, um cara que toma um café e deixa sua xícara, um cara que quebra, que uma vez por mês quebra tudo, que bate nas pessoas dentro de casa, ninguém tem essa tolerância, tem que ser mais de uma pessoa pra suportar e, as vezes, uma pessoa, que é a mãe, suporta, mas os outros irmãos não entendem, não conseguem lidar com a questão, que é difícil mesmo, o nível de dependência, os limites, o risco que, enfim, pode correr o usuário (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Rosa (2003, p. 192), a família, apesar de procurar dividir com o Estado as demandas de cuidado do portador de transtorno mental, ainda é o principal agente responsável pelo seu provimento. Para implementá-lo, na divisão sexual do trabalho do grupo doméstico, seu ônus recai sobre a mulher. Todavia, diferente das demais

enfermidades, o transtorno mental se particulariza pelo fato de seu portador não se reconhecer como enfermo e por seu prognóstico figurar como uma incógnita, sem ter uma temporalidade previsível. Desta forma, em geral, o provimento de cuidados e o tratamento tornam-se impositivos para o portador de transtorno mental, que pouco colabora conscientemente no seu processo de recuperação. Por sua vez, o provedor de cuidado, com frequência a mulher, mãe, tem que ter uma disponibilidade de tempo, periódica ou indefinidamente, para exercer o seu papel. E, para satisfazer as necessidades individuais do portador de transtorno mental e as exigências de sua enfermidade, a mulher, mãe tem seu espaço de vida invadido, seus projetos de vida obstruídos pelas necessidades de prestar cuidado.

3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares

No contexto da Reforma Psiquiátrica, as organizações de usuários, técnicos e/ou familiares tem cumprido um importante papel na mudança do modelo assistencial em saúde mental, participando ativamente das discussões sobre os serviços e promovendo atividades que visam maior inserção social, geração de renda e trabalho e a garantia de direitos sociais. Essas associações constituem-se em importante instrumento de promoção da saúde e da cidadania de todos os envolvidos (BRASIL, 2004)

O CAPS Ponta do Coral conta com uma associação de usuários, familiares e técnicos. Apesar de estatutariamente estar prevista a participação e filiação de familiares e técnicos, atualmente, na prática, esta se tornou, efetivamente, uma associação de usuários. Em gestões anteriores, já teve em sua diretoria a participação de técnicos do serviço. Atualmente, dois técnicos acompanham as atividades desta, mas a diretoria da gestão atual (2006) é composta somente por usuários.

Com relação a participação dos usuários no planejamento das atividades do CAPS, os profissionais referem que esta acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, realizada semanalmente, na qual são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Contudo, os entrevistados observam que

existem dificuldades em realizar um processo de planejamento das ações do serviço, seja por particularidades dos usuários, seja por limitações e/ou problemas institucionais.

Assim, existem alguns espaços em que essas ações são tomadas em conjunto, a assembleia dos usuários, aqui é feita de terça-feira, em que é discutido desde a limpeza, o lanche, qual é o próximo passeio, o que vai ser de reunião, o que está sendo feito, quais são os informes em relação a saúde mental, em relação a congressos, encontros, comissões. O que eu percebo é que embora isso seja estimulado há pouca, baixíssima, aderência e quando há, em geral, são daqueles mais saudáveis no sentido de que de repente nem seriam usuários CAPS, mas eu acredito que isso seja também o próprio sintoma, de a dificuldade de lá fora conseguir um emprego, a dificuldade de iniciar uma atividade, iniciar um curso, é também pra se engajar na própria luta deles; o que eu percebo é que a família, em geral, quando pega isso vai adiante, os usuários tem poucos estímulos próprios, vamos dizer, pra continuar, pra se manter; então, na reunião da Comissão Ampliada²¹, aí participa um, mas depois a semana que vem já não vem; então, são poucos os que realmente conseguem dar conta, eu coloco a palavra no sentido de ser capaz para, tem essa dificuldade, eu acho que é própria condição (J, 22/3/2006).

Então, a gente procura estabelecer parcerias com a associação porque tem muitas coisas que pelo fato de a gente estar submetido a um organograma e a hierarquia, e aí os limites do serviço público, a gente não pode fazer; por exemplo, a questão da venda do material das oficinas, isso é algo que o CAPS não pode assumir, por conta mesmo da legislação que impede a gente de fazer esse tipo de atividade; então apesar de ter uma participação grande, o material vendido é o material das oficinas do CAPS, mas quem faz essa tarefa é a associação, é a associação que se encarrega da venda, de levar o material, de receber dinheiro etc.; além disso a associação se tornou efetivamente uma associação de usuários, apesar de o estatuto dela prever a participação e filiação de familiares e técnicos ela é uma associação de usuários na prática, e como articuladora de um projeto político e de reivindicação dos direitos do usuário dos serviços de saúde mental, como um instrumento pra viabilizar inserção no mercado de trabalho por exemplo, parece que são essas as funções da associação; com os usuários o que a gente tem é uma assembleia semanal onde são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; esse aspecto do planejamento da atividade ele de fato não tem a participação dos usuários até porque nem nós, como te falei no início, o nosso planejamento também é meio caótico, assim, a gente não tem um processo organizado de planejamento pra um ano ou mesmo pra seis meses, então, aí os usuários não chegam a participar desse planejamento, eles participam sim da discussão do funcionamento que é na assembleia,

²¹ A Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental (CPASM) é uma instância do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, criada através da Resolução N°1/CMS/2006, cuja finalidade é assessorar o plenário do conselho no que compete a formulação, implantação, implementação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas, ações e projetos em Saúde Mental, assim como prestar assessoria técnica ao gestor municipal. A CPASM é constituída por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde, e usuários e familiares da saúde mental (nota da pesquisadora).

que é toda semana, e aí se trata das coisas do dia-a-dia, é mais cotidiano (F, 12/4/2006).

A presença e participação dos usuários nas discussões e no planejamento das ações pertinentes à saúde mental vêm se ampliando progressivamente nos últimos anos. O processo de inserção inicia-se com o protagonismo dado ao sujeito na definição de seu projeto terapêutico, estende-se na organização de associações e na representatividade destas nos fóruns deliberativos (Conselhos de Saúde, Conferências, Comissões de Saúde Mental), e na participação em eventos científicos e espaços de militância política pertinentes à área da saúde mental. Essa é uma das formas em que a condição de cidadão dos portadores de transtornos mentais é resgatada. Segundo Rodrigues (2005, p. 80), “a participação política e militância de usuários e familiares em instâncias deliberativas ganham efetividade quando politicamente organizados”.

Neste sentido, a construção coletiva do protagonismo requer a saída da condição de usuário-objeto e a criação de formas concretas que produzam um usuário-ator, sujeito político. Isso vem ocorrendo através de inúmeras iniciativas de reinvenção da cidadania e *empowerment*, como atenta Vasconcelos (2000b), por meio de intervenções via associações de usuários ou de cooperativas sociais, ou ainda da participação política de tais atores nos mais importantes fóruns sociais de formulação de políticas da área, tal como nos conselhos de saúde e comissões de saúde mental.

Nas falas que seguem, os participantes da pesquisa destacam as dificuldades encontradas na organização, na articulação e no funcionamento da Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral²², bem como seus objetivos e principais lutas políticas por direitos.

Assim, eu acho que os usuários têm esse espaço da assembléia junto com os técnicos. É um espaço interessante, onde eles podem estar opinando, mais do que o da associação; o da associação é muito mais difícil de levar adiante; eu também já fiquei um tempo ajudando a associação, já fui até, uma época, da própria gestão, da própria diretoria, e a gente tem

²² Importante estudo sobre a Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral foi realizado por Rodrigues em dois trabalhos: RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral: desvelando sua significação**. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004; e RODRIGUES, J. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

que estar puxando muito como técnico, parece que deixar por conta deles a coisa não anda e, as vezes, a gente vê que fica mais um desejo nosso de que as coisas aconteçam do que deles; então, a assembléia pelo menos é um espaço que eu ainda acho que se consegue ter uma presença, agora a presença dos familiares no planejamento é muito pequena, poucos que vem, vem um ou outro, pai de alguém; dos usuários, eu acho que é mais nesse espaço da assembléia que acontece (P, 17/3/2006).

Os usuários, nós temos a assembléia dos usuários; então, na assembléia se discute algumas questões, por exemplo, as vezes o planejamento, funcionamento da casa, por outro lado nem tudo é discutido na assembléia, [...] tem uma atuação limitada, ela não é totalmente participativa. A associação, ela tem histórias de altos e baixos; teve momentos que a associação tinha uma diretoria, mas ninguém participava, não se articulava; tem momentos que a associação se integra mais, quando ela se integra a coisa fica também mais rica; nós temos aproximação, por exemplo, na questão do vale transporte, as reivindicações, sobretudo do vale transporte, de veículos pra passeio, pra participar de um evento, muito mais do que planejamento das ações, digamos assim, mais no sentido de luta por direitos e reivindicações (LÉLI, 4/4/2006).

A associação de usuários possui cinco objetivos: controle social, ajuda mútua, suporte mútuo, defesa dos direitos, geração de renda; em cima desse objetivos a associação realiza seu movimento e sua luta. Em termos do papel dos usuários no planejamento das ações do CAPS seria discutir esses objetivos em relação ao CAPS. Hoje, o que acontece, a associação de usuários acaba discutindo um pouco mais controle social; ela expressa a representatividade dos usuários na luta social, na dignidade humana, e também na geração de renda; outra coisa muito importante que a gente fala é a luta contra o preconceito, então, a associação ela participa mais nesse sentido, controle social, geração de renda e luta contra o preconceito no CAPS; esse é o papel dos usuários, realizar o controle social, participar da geração de renda e a luta contra o preconceito; a luta contra o preconceito significa realizar teatro, levar pras Academias, levar pra comunidade, mostrar que a história do louco no imaginário social das pessoas ela é transformada, pode-se reverter isso, e isso se reverte com música, cultura e arte (GIRASSOL, 20/3/2006).

O papel da associação no planejamento, é porque assim, a associação ela não é o CAPS, ela é uma entidade separada, a assembléia é uma assembléia geral do CAPS, é um mecanismo facilitador da participação dos usuários e técnicos na gestão do serviço; a associação é uma entidade, sem fins lucrativos, que foi criada e pensada pra que os usuários e familiares se organizem pela luta da política, pela luta da implantação da política de saúde mental, pela luta dos direitos, pela luta da implantação da Reforma Psiquiátrica, pela melhoria do serviço, então, assim, a associação ela caminha, mas ela é muito nova e aí se é muito nova tem uma estrutura um pouco frágil, então assim, a tua pergunta é se ela participa das ações do CAPS, ela participa sim, tem um elo de participação aí, tem um canal de participação, mas é frágil, é muito frágil, eu penso que é muito frágil porque aparece pouco (VIK, 24/3/2006).

Rodrigues (2005, pp. 81-82) destaca que as associações de usuários, enquanto dispositivos, possibilitam uma atitude política que oferece visibilidade ao usuário como ser cidadão e não apenas como portador de um transtorno. Segundo o autor, quando o usuário passa a ver, sentir, e ver sentido em suas ações associativas, sua prática organizativa torna-se efetiva e com empenho. Por isso, as associações precisam desenvolver estratégias mais amplas de adesão, visando revigorar seus quadros associativos. Nesta direção, a profissionalização e formação política dos dirigentes é vista como uma possibilidade para estimular a participação.

A compreensão das associações civis como relacionadas e condicionadas pelas associações políticas leva ao entendimento de que há uma sinergia entre a sociedade civil e a democracia política. Segundo Fleury (2004), a dimensão cívica da cidadania diz respeito à condição de inclusão ativa dos cidadãos à comunidade política, compartilhando um sistema de crenças com relação aos poderes públicos, à sociedade e ao conjunto de direitos e deveres que são atribuídos ao status de cidadão. Como dimensão pública dos indivíduos a cidadania pressupõe um modelo de integração e de sociabilidade, que transcende os interesses egoístas do indivíduo no mercado, em direção à uma atitude generosa e solidária.

A fala a seguir relaciona algumas dificuldades cotidianas vivenciadas na e pela associação de usuários do CAPS Ponta do Coral. Apresenta algumas possibilidades de atuação deste tipo de organização da sociedade civil, tanto com relação a parcerias com outras entidades, para o desenvolvimento de ações que visem a profissionalização e inserção no mundo do trabalho, quanto no processo de politização e conscientização de seus usuários com relação aos direitos de cidadania.

Eu acho que ela tem um papel relevante, a dificuldade é de incrementar esse papel relevante; os familiares vêm muito poucos; bom, talvez a gente não esteja também instigando, muitas vezes a gente convida, mas eu acho que, também, as vezes, falta um pouco de investimento da equipe para que os familiares estejam mais no CAPS; agora, a associação poderia fazer muitas coisas, desde convênios para cursos com esses órgãos que a gente tem, SENAI, SESC; poderia tentar uma penetração, mas isso seria uma outra realidade a ser criada; cada vez que entra uma gestão nova, a gente diz quem sabe agora; desde as pequenas coisas, até divulgar a lojinha aqui, é difícil, a gente uma vez fez uns folders pra distribuir aqui na vizinhança, uma vez a gente tentava vender as verduras que produzia, não conseguia muito, conseguia ali, vendia uma ou outra; agora em termos de espaço de fazer política eu acho que ela tem um peso, deveria realmente crescer, por mais que as pessoas tenham dificuldades; eu acho que tem que continuar existindo, tem que continuar batalhando para que eles possam estar assumindo um pouco

mais esse papel político, essa conexão com outras instâncias da sociedade; por exemplo, na questão até de trabalho, de poder a associação também ajudar nessa abertura de espaços de trabalho; teve uma vez que tentaram no Angeloni (supermercado), depois quando souberam que era portadores de transtorno mental não quiseram; eu acho que a gente precisava mostrar um pouco pra sociedade o que é o paciente psiquiátrico; assim, através desses recursos, não dá pra esperar vamos pra mídia, porque, assim, tem umas coisas que são boas, ótimas, mas são meio ideais, a gente tem que tentar começar com essas pequenas coisas que pode fazer: divulgar a lojinha, sei lá, fazer um contrato lá com o CIC pra fazer cursos, por exemplo, de pintura, coisas que são mais próximas da realidade exequível (P, 17/3/2006).

Para Rodrigues (2005) dois aspectos são importantes para compreender as dificuldades de falta de adesão e continuidade na participação dos membros da associação. Um deles refere-se aos elementos motivadores para a participação. Neste caso, é preciso considerar que a prática política de militância possui seus campos de conflito e tensões, que dentro da especificidade da loucura pode não conferir uma participação freqüente. O outro relaciona-se ao significado da associação na vida dos integrantes. Muitos usuários vêem a associação como possibilidade de geração de recursos financeiros, haja vista que o fator trabalho/vínculo empregatício é algo marcante na vida dos portadores de transtornos mentais, em decorrência de a maioria não possuir fonte de renda própria.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacaram o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário.

A primeira delas é a questão do controle social, a associação tem potencialmente essa função, não só dentro do serviço, mas também nas outras instâncias, conselho municipal de saúde, conselho local, aqui em Florianópolis estamos organizando uma Comissão Permanente, que é consultiva do Conselho Municipal de Saúde, é uma comissão de saúde mental, no estado (SC), a gente tem o Colegiado de Políticas Públicas e Atenção Psicossocial, que tem representação dos usuários; então, novamente, na questão da defesa dos direitos, na questão do resgate da cidadania, as vezes nem é resgate porque o cara nunca teve cidadania alguma, mas da possibilidade de instituir um certo nível de cidadania; eu vejo que a possibilidade de o usuário poder participar politicamente é algo que tem um efeito sobre a sua dinâmica, como tem efeito sobre a dinâmica de qualquer um que descobre um dia que tem essa possibilidade de participar politicamente, da vida política, e pro usuário de saúde mental isso muitas vezes é uma descoberta que representa uma guinada muito grande na sua vida, então, vamos dizer assim, tem um efeito terapêutico, um efeito clínico nesse sentido, além, obviamente, dos

efeitos políticos que isso representa, mas, mais individualmente tem esse efeito, da articulação com as outras pessoas, enfim, tem uma terapêutica aí que é função, mesmo que não reconhecida, mas é função das associações (F, 12/4/2006).

O principal papel das associações é não tornar que os serviços se tornem manicômios; a associação é a vida, é organização, é luta, é enriquecimento, é sentido de vida; tenho escutado muito de pessoas que tiveram suas vidas arruinadas que quando passaram a militar em associações de usuários passaram a ter um sentido de vida, passaram a conceber a razão da sua existência em vida; então, a principal importância das associações é não deixar que o serviço se torne manicômio, é tornar o serviço um pouco mais rico, com mais vida, é organizar a questão política, é falar em nome dos próprios usuários; então, a importância das associações de usuários é levar a boa nova aos CAPS, levar a boa nova aos serviços de saúde mental, levar a boa nova do modelo psicossocial, ou seja, discutir o controle da loucura, ou seja, a maior importância das associações é levar a discussão da liberdade, liberdade e dignidade dos portadores de transtornos mentais (GIRASSOL, 20/3/2006).

Além do tratamento e dos serviços, eu acho importante que a associação possa se fortalecer enquanto movimento popular de luta pela Reforma Psiquiátrica, que os usuários possam se conscientizar dessa importância de estarem articulados, lutando pela implantação da política, da política de saúde mental sob esse novo paradigma da Reforma Psiquiátrica; eu acho que essa é a maior importância, acho que essa é a maior tarefa da associação; claro que isso se reflete na micro política institucional no próprio CAPS; a associação vai estar lutando, a nossa associação aqui, por exemplo, já lutou pelo próprio vale transporte dos usuários, de ir até a secretaria (Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis) conversar com o secretário e reivindicar enquanto essa democracia representativa dos próprios usuários, técnicos e familiares; pela própria manutenção desta casa na época que houve a questão da construção da via de acesso ao Hospital Infantil, existia um projeto da outra via passar também por aqui, os usuários batalharam que essa casa se mantivesse aqui, que o CAPS se mantivesse aqui e conseguiram; então, acho que essa luta maior de articulação que exige uma consciência política dos líderes que estão na associação, dos usuários como um todo, é que é a grande tarefa da associação, só que isso se faz num trabalho de formiguinha, num trabalho miúdo (VIK, 24/3/2006).

Cabe destacar que o controle social compreende a participação da população na perspectiva da interferência na gestão da política pública de saúde, colocando as ações e serviços na direção dos interesses da comunidade e estabelecendo uma nova relação entre Estado e sociedade. Conforme Correia (2002, p. 212), controle social “é a atuação da sociedade civil organizada na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam às demandas e aos interesses das classes subalternas”.

A III CNSM ressalta a importância do controle social, através dos mecanismos já existentes (Conselhos, Conferências e Comissões de Saúde Mental, organizações da

sociedade civil e movimentos sociais), como forma de garantir o avanço da Reforma Psiquiátrica. Os indicativos da Referida Conferência destacam que o controle social deve constituir-se com a representação dos três segmentos – usuários, familiares e profissionais de saúde, na perspectiva de induzir uma ação de acompanhamento da construção das políticas municipais, estaduais e nacional de saúde mental. As Comissões de Saúde Mental em ação conjunta com os Conselhos de Saúde devem exercer seu papel de controle e fiscalização das políticas públicas, o que inclui o orçamento e a destinação de verbas para a saúde mental, em todos os níveis (BRASIL, 2002a).

A ação da sociedade civil e dos movimentos sociais é ressaltada visando a garantir que os programas de saúde mental não sofram descontinuidade por ocasião de mudanças de gestão administrativa e/ou política. Para tanto, devem ser criadas estratégias para a viabilização de maior envolvimento dos diferentes atores sociais com as questões da saúde mental. Entre estas, destacamos o papel das associações de usuários, técnicos e familiares e dos núcleos estaduais e/ou municipais do movimento da luta antimanicomial, na gestão dos serviços e na fiscalização das práticas de saúde mental (BRASIL, 2002a, p. 142).

3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia

A desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial são dois dos pressupostos teórico-epistemológicos orientadores das práticas assistenciais indicadas na e pela Reforma Psiquiátrica. Tendo isso em conta, perguntamos aos participantes da pesquisa se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas para a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referiram que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras.

As falas relacionadas na seqüência explicitam a percepção dos entrevistados sobre a questão e indicam algumas possibilidades que, segundo eles, poderiam favorecer o desenvolvimento de ações de reabilitação psicossocial.

Em parte sim, em parte; eu acho que como a gente não tem um sistema de avaliação a gente não consegue medir isso muito bem; a nossa intenção é essa, o que não quer dizer que as nossas ações consigam de fato alcançar; acho que a gente poderia fazer mais, a gente poderia ter uma articulação mais intensa e mais constante com outras instituições, com outros sistemas de atenção, além claro da própria rede de saúde, que não existe; em Florianópolis a gente não tem rede, até está se formando, dá pra dizer que está se formando, mas não funciona como rede ainda, efetivamente não funciona; a gente tem pouco contato com a atenção básica, com o PSF, que seria um parceiro importante, a gente tem pouco contato com os outros CAPS também em termos de troca, enfim, com outras instituições de saúde, então, acho que a gente ainda continua isolado, e aí pensar em reabilitação psicossocial com essas condições é um pouco mais complicado; a gente vê alguns efeitos, que a gente mede pelo usuário em si, que é o fato de que ele consegue evitar internação, que ele consegue muitas vezes voltar a trabalhar, sua participação nas oficinas passa a ser bastante diferente, enfim, mas são coisas que a gente não tem um instrumento pra avaliar (F, 12/4/2006).

Eu penso que sim, apesar de que hoje o programa de saúde mental não conta com uma rede completa de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, então, assim, a gente tem essa dificuldade; se existisse isso de forma mais estruturada, de forma mais incrementada seria mais fácil a reinserção social; por exemplo, a gente não tem leitos psiquiátricos no HU, um hospital geral, que já tem um ambulatório de psiquiatria, poderia ter um serviço de emergência, facilitaria, evitaria internações, um mercado protegido, um projeto de geração de renda também não temos, não temos os CAPS territorializados ainda, então, tem uma série de dificuldades colocadas aí que impedem essa reinserção social num tempo menor do que acontece hoje; acho que hoje o tempo que o usuário fica dentro do CAPS ainda é muito grande por conta de a gente não ter essa rede completa, que possa dar esse suporte extra CAPS. [...] eu não sei se isso acabaria institucionalizando, de certa forma sim, mas assim, isso está na pauta, e se isso está na pauta não está institucionalizando, você entende o que eu quero dizer? isso está sendo falado pro próprio usuário, isso está sendo dito pra ele, olha tu já está aqui muito tempo, o nosso objetivo pra ti, nosso projeto terapêutico pra ti seria de tu poder estar fazendo isso, isso e isso lá fora, então assim, não diria institucionalizado porque talvez institucionalizado seria quando a gente não se desse conta disso, ah não isso está rolando, o usuário está aqui há anos, ninguém está fazendo nada, continua na mesma, aí sim estaria cronificando, mas acho que não nesse sentido, de que isso está na perspectiva, a gente está querendo a inserção, a gente está querendo a rede extra hospitalar, a territorialização dos CAPS, só que a gente não tem uma série de elementos necessários pra fazer a reinserção, a política, o programa de saúde mental, aliás ele está sendo implantado, incrementado muito mais agora recentemente (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que sim, mas muito pouco ainda; elas se encaminham, elas têm como ideal, elas desejam, mas na prática isso é muito pouco feito; eu vejo que nesse CAPS a equipe acaba estando muito fragmentada porque faz milhões de coisas também, desde a parte administrativa, parte clínica, oficina, se divide; eu acho que deveria ter a equipe como um todo trabalhar nisso, mas ter também grupos de atuação, como a gente

chama de atuação local, então, ainda para o que necessita está muito pouco assim, muito aquém [...] A primeira proposta começaria via Regionais, nas Regionais; por exemplo, as pessoas iriam para os seus bairros, ver qual é a possibilidade, as possibilidades que existem pro usuário se inserir, mas não só a Regional, poderia ter um grupo mesmo, sair com o usuário, fazer a coisa mais concreta, ela é feita, mas é feito muito pontualmente (LÉLI, 4/4/2006).

Em geral sim, mas tem alguns pacientes que, por exemplo, circulam no CAPS e que não tem nenhuma indicação de estar no CAPS, então ele acaba sendo um lugar de institucionalização ou de capsização. Tem isso; isso acaba acontecendo, mas em geral não é isso; em geral eu acho que todas as nossas ações, o que a gente discute em equipe é até a tentativa de diminuir essa dependência, esse vínculo de dependência, que em algum momento ela pode ser muito importante, mas em outros ela é excessiva e acaba aprisionando o paciente dentro do CAPS, e aí o CAPS passa a ter o mesmo papel e a mesma função do hospital; e como isso é o que eles conhecem, esse repertório é o que se conhece, é mais fácil de se acostumar com ele do que ter uma nova postura, uma postura de que, não, aqui eu vou tomar conta do meu tratamento, eu vou lá fora procurar o que é meu...; não, (o usuário) acaba esperando, ah o que você falar está bom, e aí essa atitude bem passiva, que ela é muitas vezes muito cômoda pra todos nós em muitos momentos, pra uns mais que outros, essa atitude de comodismo, de esperar, é ótimo, e aí isso acontece, acaba acontecendo, embora as práticas, elas tem a idéia de que não seja voltada pra isso; não é o objetivo, mas a gente observa que as vezes é falho (J, 22/3/2006).

Essa pergunta é muito difícil [...]; eu acho que não mudou muito meu olhar, a gente tende a sustentar a institucionalização, a gente não consegue dar alta, o paciente não consegue ter alta, não consegue sair; assim, digo um paciente que realmente talvez esteja até mais comprometido com esse tempo aqui, tem paciente que está aqui desde o início; eu acho que a gente acaba reforçando um pouco isso por mais que a gente tem o desejo de que fosse o contrário; existe uma certa comodidade pro paciente também, aqui ele tem atenção, ele é aceito, não tem assim uma grande briga por ele ficar aqui; então, isso me preocupa muito, eu fico pensando: é uma contradição porque ao mesmo tempo que o nosso trabalho é voltado pra isso parece que a nossa ação acaba revertendo o contrário; a questão da cidadania, a questão da construção de outros laços, criação de outros espaços, eu acho que é muito precária ainda [...]; por isso que eu acho que a gente precisa também de ter formas de avaliação dos pacientes, muitas vezes fica assim um exemplo ou outro que você tem, aquela pessoa foi, está lá trabalhando, talvez ela não tenha também construído um elo tão pesado, tão forte com a instituição, que ela já veio, ficou um tempo, saiu, voltou a fazer outras coisas da vida; eu acho que a gente ainda está institucionalizando mais do que desinstitucionalizando [...] (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p. 14) observam que um dos caminhos mais importantes para o qual aponta a desinstitucionalização é o da criação de novas relações com a loucura. Estas se processam a partir da mudança das relações institucionais internas e de

desmontagem dos dispositivos da clínica e da psiquiatria, mas certamente não se restringe a isto. Novas subjetividades e um novo lugar para o sujeito louco só são produzidos em relação com o social. O trabalho de desconstrução da institucionalização, necessariamente, extravasa o contexto institucional específico, atingindo seu objetivo mais amplo de questionamento das instituições e subjetividades capitalísticas, a desconstrução como transformação cultural. Para os autores, através do trabalho no campo social a desinstitucionalização atinge seu sentido mais abrangente, como processo social amplo e complexo de participação popular, territorialização dos serviços, envolvimento de diferentes atores sociais, e mudança da relação social com o fenômeno da loucura.

Sobre este aspecto cabe destacar que a desconstrução do paradigma da institucionalização e a construção do paradigma da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial envolve um conjunto de ações teórico-epistemológicas e de práticas assistenciais, amparadas por um sistema jurídico-político capaz de criar e garantir direitos aos portadores de transtorno mental. De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (1987), a reabilitação psicossocial é o conjunto de atividade capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários (OMS 1987 apud PITTA, 2001).

Nesta direção, a formulação da política de saúde mental, orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais nos campos da educação, cultura, habitação, assistência social, esporte, trabalho, lazer e a articulação de parcerias com universidades, Ministério Público, organizações não governamentais (ONGs), visando a melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania do portador de transtorno mental (BRASIL, 2002a).

Com o objetivo de saber se existem e identificar quais são as práticas de reabilitação psicossocial desenvolvidas no e pelo CAPS Ponta do Coral, perguntamos aos participantes da pesquisa se existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer. Do total de profissionais que responderam ao formulário, a maioria (66,7%), disse não existir, dois referiram não saber responder, e dois destacaram que existem. Dentre os que responderam que não existem tais práticas, um observou não ter conhecimento, oficialmente, das parcerias, um deles destacou que existem poucas e de acordo com o planejamento terapêutico do usuário, e um outro disse que tem em momentos específicos, mas não de forma contínua. Entre os que

responderam que sim, um referiu-se a experiências muito pontuais como por exemplo o uso da quadra de esportes próxima, e outro identificou parcerias com fundações municipais e estaduais de cultura.

Neste aspecto, os indicativos aprovados na e pela III CNSM ressaltam a necessidade de se priorizar, no âmbito da assistência em saúde mental, políticas que fomentem a autonomia dos portadores de transtornos mentais, incentivando o exercício da cidadania plena. Devem-se buscar parcerias entre o poder público e organizações civis para o desenvolvimento de projetos sociais e comunitários, de geração de renda e de acesso a todos os direitos, que possam funcionar como apoio na (re)inserção social destas pessoas.

No estudo realizado, perguntamos aos profissionais se as práticas assistenciais desenvolvidas no e pelo CAPS possibilitam ao usuário a construção de sua autonomia. Os entrevistados destacaram a necessidade de refletir conceitualmente sobre o que seja a autonomia do portador de transtorno mental, como avaliar a autonomia da pessoa. Referiram que, em geral, o serviço consegue cumprir com a função de estimular o usuário à conquista de sua autonomia.

A questão é discutir o que é autonomia, eu sempre parto do princípio de que autonomia não é independência, autonomia na verdade é a possibilidade de a gente poder ampliar as dependências, que é a vida de todo mundo, ou seja, eu pra viver eu dependo de um monte de gente, um que paga meu salário, outro que falo aqui, outro com quem eu me ligo afetivamente, enfim, eu dependo de uma porção de gente e isso me dá autonomia porque eu posso depender de muitas pessoas e de muitas instituições, muitos sistemas; o problema do usuário de serviço de saúde mental, paciente psiquiátrico é que ele, geralmente, depende ou das mesmas pessoas ou das mesmas instituições, ou seja, a capacidade de autonomia dele está muito reduzida porque ele não tem como circular socialmente, ele ou está sempre dentro de casa ou de casa pra uma instituição, seja ela o CAPS ou hospital psiquiátrico; então, pra mim autonomia é isso, é essa possibilidade de você ir ampliando os vínculos pra que você possa depender de muitas pessoas ou de muitas coisas ou de muitas instituições porque afinal de contas, em última instância, essa autonomia tomada como independência ela é imaginária, ela é irreal, não existe; então, eu acho que a gente consegue isso, a gente consegue ampliar a autonomia dessa maneira, primeiro porque o CAPS acaba se tornando um centro de convivência, então, o efeito imediato é que a pessoa deixa de ficar sozinha ou só com a família e passa a conviver com outras pessoas, esse é o efeito imediato, passa a ter outras relações que muitas vezes se desdobram, saem daqui, as pessoas fazem programas juntos fora, pinta relacionamentos amorosos ou só relação sexual, que seja, mas enfim, é uma oportunidade nova que o cara não tinha, encontrar alguém mesmo que seja só pra transar, então, isso já é um ganho também, já implica na ampliação de autonomia; eu vejo que muita gente aprende a lidar com o serviço público, aprende a correr atrás dos seus direitos, aprende a lidar com outros serviços de saúde, passa a

procurar o posto de saúde onde mora ou passa a ir pegar medicação em tal lugar sozinho, por conta própria etc.; eu acho que a gente consegue essa função, a gente consegue autonomia nesse sentido, mas pode ser melhor, na medida que a gente tiver uma rede, que a gente se inserir nessa articulação com outras instituições, com outras instâncias, a gente consegue fazer isso de maneira mais eficaz (F, 12/4/2006).

Em alguns casos sim, eu acredito que alguns casos quando não há uma limitação interna eu acho que sim, que é possível, através até da participação nas oficinas, nos grupos terapêuticos, da adesão ao tratamento médico; muitos conseguem realmente; passaram por um episódio, uma crise, conseguiram ficar bem e voltar para as suas atividades diárias, eu acho que quando eles aderem ao tratamento, quando há essa adesão, quando eu digo ao tratamento é ao projeto terapêutico deles, e não tem uma limitação, vou colocar entre aspas “uma seqüela” da própria doença muito forte, há essa possibilidade; em alguns outros casos eu acho que é difícil, assim, não é tão fácil medir isso, o que, quem melhora, quem não melhora, aquele que consegue voltar, aquele que não consegue, as vezes alguém que tem até uma doença mais incapacitante consegue, outros não, depende, depende do apoio que ele tem, do externo, da família, ou da própria sociedade, da comunidade em que ele é inserido, isso tudo faz diferença, que tem o background do que ele era antes, isso também faz a diferença, ele consegue resgatar; quando já não se tem muito o que resgatar aí fica mais difícil trabalhar; é individualizada essa resposta, mas eu acredito que em alguns casos sim, consegue essa (re)inserção de uma maneira muito boa e gratificante para os dois, pro usuário e para os profissionais (J, 22/3/2006).

[...] dependendo de como o serviço é gerido, dependo de dentro de que política de saúde mental esse CAPS está inserido, ele pode ao invés de estabelecer uma autonomia, mesmo que ele tenha uma boa vontade de estabelecer autonomia, ele acaba tornando a pessoa mais dependente ainda do serviço; então, é uma grande armadilha a construção da autonomia, não só especificamente pro CAPS Ponta do Coral, mas pra todos os CAPS que eu tenho visto; então, a gente volta novamente na questão da avaliação, novamente na discussão dos termos, eu acho que a questão dos conceitos ela tem que estar muito clara, o que significa cada conceito, eu sempre tenho batido muito nisso; o que é autonomia? É a pessoa ter minimamente condição de governar a sua própria vida, gerir sua própria vida, Ok! a gente estimula a pessoa a fazer isso, trabalha nesse sentido com a questão da autonomia, agora, quais são os parâmetros que nós vamos utilizar pra avaliar essa autonomia, isso a gente não tem muito claro ainda, acho que necessita; então, o CAPS possibilita autonomia, mas ao mesmo tempo não tem uma análise crítica [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Não obstante, cabe-nos destacar que a compreensão sobre autonomia que orienta este trabalho refere-se “a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente”. Neste caso, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas

relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001, p. 57).

As falas relacionadas a seguir destacam como o atendimento no CAPS Ponta do Coral possibilita a construção da autonomia do usuário.

Eu acho que em formas gerais sim, na relação que os técnicos tem com o paciente; agora, as vezes, a gente tem uma postura muito assistencialista em muitas situações, um assistencialismo que acaba prendendo o paciente, institucionalizando; são situações, eu acho que as vezes a gente repensa sobre elas, não foi bem por aí, mas, assim, eu vejo as pessoas contando a história do CAPS, teve muitas experiências que foram positivas também, que chegaram a um resultado, assim, sem muito recurso, sem muito com que contar fora da própria equipe, fizeram coisas que são surpreendentes em relação a tantos pacientes; eu acho que essa maneira de você poder dar voz, poder valorizar aquilo que a pessoa faz, consegue fazer em uma Oficina por exemplo, eu acho que essa é uma maneira de você conferir uma posição mais sujeita, mais ativa mesmo (P, 17/3/2006).

Sim, eu acho que sim, só que eu acho que a gente possibilita em alguns casos, não tem uma história linear de possibilitar a todos, eu acho que tem um projeto de possibilitar, mas isso não acontece o tempo todo, porque também isso não é uma via de mão única; hoje, eu já fui mais ingênua em relação a isso, muitas vezes uma pessoa que ficou trinta anos, vinte anos no hospital psiquiátrico, eu não sei mais se ele quer ter mais autonomia, muitas vezes ele quer, não quer; se a gente entender autonomia como trabalhar, seja em qualquer lugar, com uma bolsa trabalho, entender autonomia como decidir ir final de semana para uma praia, autonomia como ir ao supermercado, escolher o que vai comer, até certo ponto sim; por exemplo, se tenta até que muitos usuários saiam no final de semana, a gente na reunião das Regionais combina que eles possam ir, no final de semana, para um passeio, e eles não vão, eles ficam em casa, só vão se o técnico for, no dia de semana; então, acaba ficando um outro processo de não autonomia; então, a luta, a intenção é que isso se dê de outra forma, que também não fique dependendo do CAPS; existe uma construção pra isso e isso acontece, em certa medida acontece, mas ainda não como gostaríamos, porque nós também temos uma idealização de autonomia [...] alguns casos tem sim, vão até um certo ponto da autonomia que é possível pra pessoa, e outros vão mais além, outros regridem (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre as possibilidades de construção da autonomia do portador de transtorno mental, Kinoshita (2001, pp. 56-57) considera que a contratualidade do usuário, primeiramente vai estar determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Estes podem emprestar seu poder contratual para possibilitar relações e

experiências renovadas ao usuário, através de seu prestígio, de sua delegação social, do saber reconhecido pela sociedade. O referido autor destaca que aos profissionais é dada a capacidade de elaborar projetos, isto é, ações práticas que venham a modificar as condições concretas de vida do usuário.

A entrevista citada na seqüência relaciona a construção da autonomia do usuário a ações que envolvem outros serviços e outras políticas sociais como uma possibilidade para que o portador de transtorno mental adquira sua independência econômica. No caso, a profissional refere-se a Política de Assistência Social, através do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Outro recurso financeiro que pode ser acessado pelos egressos de internações psiquiátricas prolongadas é auxílio reabilitação psicossocial instituído com o Programa de Volta Pra Casa, através da Lei Federal N° 10.708/2003.

[...] um outro elemento pra isso (autonomia) são os usuários que estão totalmente desprovidos de qualquer recurso material que conseguem o BPC e isso garante autonomia porque ele tem o mínimo pra poder dar conta das suas necessidades materiais; então, muitas vezes, ele está numa condição muito vulnerável e aí passa a poder comprar aquilo que ele deseja, minimamente, porque é muito pouco o valor, mas consegue algumas coisas e isso garante essa autonomia, porque as vezes ele fica na família, fica sendo aquele peso que só incomoda, que não tem recurso financeiro nenhum porque ele está fora do mercado de trabalho mesmo, então, aí o benefício da previdência social também é um elemento de autonomia e de reconstrução da cidadania, mas entre todos esses outro que eu falei, do próprio material que ele tem contato na oficina terapêutica que ele consegue produzir algo; aquele usuário que é egresso do hospital psiquiátrico de polireincidência nas internações que consegue produzir uma peça bonita e que essa peça é vendida e que depois recebe o dinheiro dessa venda, também confere autonomia, confere cidadania, auto-estima (VIK, 24/3/2006).

Entendemos que a possibilidade de ter recurso financeiro próprio favorece sim a independência econômica do portador de transtorno mental, possibilitando-lhe uma vida com maior autonomia. Contudo, conforme destacou a entrevistada este é só um dos elementos que compõem o rol das necessidades humanas. A reabilitação psicossocial é um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia (KINOSHITA, 2001). Neste sentido, reabilitação e construção da autonomia caminham lado a lado.

3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental

A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos entrevistados como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista jurídico-política dos direitos do portador de transtorno mental.

Eu acho que hoje a gente já tem uma rede assistencial muito mais capacitada e quantitativamente significativa; no Brasil já são 800 CAPS; o fato de que tem recurso financeiro do Ministério da Saúde destinado, especificamente, à saúde mental, isso facilita a criação do serviço no município; em termos das modificações em relação ao que seja a loucura, o que seja o transtorno psíquico, acho que apesar das dificuldades a gente já conseguiu avançar com relação a isso, a gente já conseguiu trazer a discussão pra sociedade de uma outra maneira, levantando a necessidade de olhar isso também de uma outra forma; a medida que as pessoas começam a sair dos hospitais e voltam a morar seja em residências terapêuticas, seja com a sua família, e conseguem se manter bem dessa maneira isso também vai mudando o olhar das pessoas, pelo menos daquelas que o cercam; os projetos que a gente chama de modificação da cultura, a modificação da cultura manicomial, isso eu percebo que há um avanço, gradual, lento, tem um monte de resistência, mas a gente consegue, conseguiu, tem conseguido, e isso implica também no avanço político, no sentido da garantia do direito, no sentido de ter algumas prerrogativas preservadas com relação ao direito do usuário; então, eu vejo que de uma maneira geral a gente tem avanços e avanços muito significativos se a gente compara o que era transtorno mental há vinte, trinta anos, nesse país, tem coisas muito importantes que eu identifico (F, 12/4/2006).

Acho que a própria existência de CAPS, os hospitais dia, de ambulatórios de saúde mental, próximos as casas de onde o paciente mora, o Programa de Volta pra Casa, a possibilidade de uma residência terapêutica, são todas medidas atuais e dispositivos atuais que possibilitam essa nova forma de encarar o que alguém portador de transtorno mental pode ocupar, o que eles podem ocupar; então, eles podem ocupar os espaços, eles podem começar a fazer parte daquela comunidade (J, 22/3/2006).

A fala a seguir expressa como foi, historicamente, se alterando a forma de assistência ao portador de transtorno mental e de atenção em saúde mental na política de saúde do município.

Eu acho que a questão de criar um espaço que é aberto já é uma conquista; eu acho que hoje a gente tem essas possibilidades de CAPS, no posto de saúde mesmo; [...] quando eu comecei a trabalhar na prefeitura, há 20 anos atrás, assim, era uma equipe de um psiquiatra com mais um monte de estagiários de psicologia que saía em uma Kombi velha pra fazer alguma coisa, quando pintava um problema lá com um paciente do Campeche por exemplo [...]; não tinha nada na prefeitura há 20 anos atrás de saúde mental, então, hoje já tem, está se criando uma rede, tem profissionais nos postos, tem psicólogos, se pensa em fazer treinamento de agente de saúde, treinamento de clínico geral, já se fez algumas coisas; eu acho que isso, imagino que alguém que fica confinado dentro de um espaço, ele ter a possibilidade de circular, mesmo o pessoal do HCTP, eu acho que pra eles, assim, tem uns que não querem muito mais que isso na vida, pelo menos eles não estão tendo que trabalhar duramente como trabalhavam quando eram crianças, vem aqui, circulam, comem uma comida, anda aqui, vê televisão, bom! talvez essa seja a vida que eles querem, talvez seja...., já sai lá daquela estrutura fechada (P, 17/3/2006).

Na seqüência, a entrevistada relaciona algumas formas de exercício da cidadania que o usuário pode acessar com o tratamento no CAPS.

É, se for pensar que muitos usuários eles tiveram uma história, antes do surto, de uma vida organizada socialmente, trabalhando, talvez seria a reconstrução da cidadania, mas a medida que vem todo o isolamento propiciado pelo hospital psiquiátrico, todo o estigma do transtorno mental que a própria comunidade coloca, realmente de fato foi perdida; quando ele chega no CAPS e se propõe a se beneficiar desse espaço, assim, de fato se vincula ao projeto terapêutico dele, acho que ele consegue reconstruir elementos pra essa cidadania, num primeiro momento autonomia, acho que o cartão do vale transporte, o exemplo que eu posso dar, o cartão do vale transporte que é oferecido no período que ele tem tratamento aqui é o mesmo cartão do cidadão que vai comprar lá no SETUF, então, aquele usuário que é estigmatizado, eu já presenciei essa cena, um usuário de uma comunidade de periferia que era o louco do bairro, ele entrou dentro do ônibus com o mesmo cartão que qualquer outra pessoa, passou o seu cartão, veio pro CAPS, depois foi embora pra sua casa, então, isso já é um elemento, muito pequeno, mas é um primeiro elemento talvez, que começa aí, de ele se reconhecer enquanto sujeito, enquanto cidadão, e depois aqui também, a possibilidade de participação, no momento que ele consegue produzir algo numa Oficina, no momento quando ele consegue, na clínica, se dar conta dos seus conflitos e ter mais qualidade de vida nas relações [...] (VIK, 24/3/2006).

Uma das entrevistadas fez destaque às formas de atuação que, na sua opinião, representam conquistas significativas e correspondem a práticas que favorecem o exercício da cidadania do portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Avanços, pra começar, acho que o grande avanço foi a Reforma Psiquiátrica, a construção do CAPS, dos CAPS, as portarias que fazem com que os hospitais psiquiátricos sejam substituídos por vários CAPS, esse foi o grande avanço em primeiro lugar, porque é o momento de tirada das pessoas desses castelos, dessas muralhas, não só porque ficaram ali presas, mas de todo aquele sofrimento mesmo, de miséria, enfim, como os últimos dos últimos, então, eu acho que esse é o primeiro ponto, é que os sofredores de transtorno psíquicos e mentais não ficassem segregados, mas poder estarem sendo mostrados e expostos - uma parte da sociedade, são pessoas que podem transitar, que estão aí, não necessariamente precisam ser escondidos como uma vergonha; junto aos CAPS, isso não caminha sozinho, tem a construção as redes de atenção básica também; [...] mas quando fala em cidadania acho que tem três eixos: um é a construção do CAPS, de serviços como o CAPS, outro são as residências terapêuticas e o outro a economia solidária; hoje eu vejo como isso, assim, esses três projetos, que foram feitos com luta, porque a primeira luta foi dos hospitais, então, tem as portarias que substituiu os hospitais por CAPS, progressivamente, tem toda a luta do movimento antimanicomial, tem as leis que protegem, tem esses três eixos; residência terapêutica é um lugar de resgate à cidadania porque a pessoa vai poder estar numa casa, vai poder comprar um bombril pra limpar a panela, vai poder comprar tomate e batata, vai começar a transitar no meio de outras pessoas, com a vizinhança, a se autogerir, poder fazer escolhas para sua casa, onde ele quer botar um quadro, onde ele quer botar o guarda-roupa, sua roupa, com outros colegas, mas enfim...; tem também a economia solidária que é o momento de autogestão, de fazer escolhas também, de decidir sobre sua vida, em uma certa instância, porque em última instância, em última análise ninguém daqui decide sobre a sua vida, nem eu, nem tu, a gente já nasce num sistema que te absorve e a gente é o que em última análise o capitalismo quer que a gente seja mesmo, nossa roupinha, nossa comida, nosso padrão de beleza, tudo a gente faz como é vendido; eu acho que essas iniciativas, porque a economia solidária não é só cooperativa, não é só associação, não é somente, é uma outra forma de produzir trabalho e discutir sobre esse lucro, que antes estava na mão de algumas pessoas, então, é dividir, eu também decido sobre o que é o meu trabalho, eu não me alieno dele, mas eu sei onde é que vai o meu trabalho (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Fleury (2004, p. 4), os grupos excluídos estão, em geral, impossibilitados de participar das relações econômicas predominantes no mercado, como produtores e/ou consumidores, e das relações políticas vigentes, os direitos de cidadania. Segundo a autora, esta situação é agravada pela transformação das políticas públicas de proteção social, afastando-se de um modelo de seguridade social, que buscava assegurar coletivamente o mínimo vital para todos os cidadãos, em direção à individualização da pobreza e da exclusão.

Conforme aponta Pitta (2001), o homem moderno, acriticamente, persegue formas de inclusão social pelo trabalho, desconsiderando o fato do trabalho não ser nem

tão disponível nem tão flexível para suportar as diferentes demandas individuais e coletivas que a sociedade moderna impõe. Não obstante, a tradição asilar e assistencialista das instituições psiquiátricas, historicamente, caracterizou-se pela função de excluir os marginalizados, produtos das disfunções do modo de produção capitalista e da divisão social do trabalho. Em geral, a população internada, e muitos dos egressos de hospitais psiquiátricos atendidos nos CAPS, está cronificada, com poucas chances de retorno ao mundo do trabalho capitalista.

A fala relacionada a seguir traz a compressão e reflexão, do profissional entrevistado, com relação ao conceito de cidadania e as implicações práticas deste quando se tem como parâmetro uma concepção e um modelo de cidadania pautado na lógica da racionalidade.

Eu tenho visto que está se percebendo uma maior clareza da necessidade dessa cidadania do portador de transtorno mental, porém ainda falta um pouco mais de discussão em nome de que direitos o portador de transtorno mental tem pra fazer cidadania, porque é assim, a cidadania dentro desse modelo francês - igualdade, fraternidade, liberdade, ela exige muito a questão da razão, pra você exercer cidadania você tem que falar em nome da razão, e muitas vezes o usuário, quando está em crise acaba não falando numa razão, acaba falando uma desrazão, e aí como fazer? como dar conta disso? ainda não temos resposta, em nome de que cidadania é reinventada uma cidadania para os loucos, mas tudo bem, isso é pra gente pensar; então, o avanço que tem em relação a construção da cidadania é quanto mais ter associação de usuários em que se discuta cidadania, mais vai ter cidadania, que eu não acredito que os CAPS tenham trabalhado muito nessa lógica, porque acaba não discutindo a questão da cidadania, que cidadania é essa, o que se entende por cidadania, o que é o ser cidadão [...](GIRASSOL, 20/3/2006).

A cidadania integra as exigências de justiça e exercício democrático do poder; o sentimento de pertencer a uma comunidade e de estar integrado a uma dada coletividade social, em determinado espaço territorial (FLEURY, 2004). A idéia de direitos do cidadão – civis, políticos e sociais – remete a construção dos Estados nações, em que o princípio das nacionalidades precede o ideal filosófico cidadania universal. A cidadania, definida pelos princípios da democracia, constitui-se na criação de espaços sociais de luta (movimentos sociais) e na criação de instituições permanentes para a expressão política; significa, necessariamente, conquista e consolidação social e política (VIEIRA, 2002, p. 40). Ainda, a cidadania passiva, outorgada pelo Estado, se diferencia da cidadania ativa, na qual o cidadão, portador de direitos e deveres, é essencialmente criador de direitos para abrir novos espaços de participação política.

Diversos são os obstáculos para o exercício da cidadania do portador de transtorno mental entre estes a vinculação dos direitos a racionalidade instrumental-cognitiva da ciência; a vinculação da sua prática a inclusão controlada no mundo do trabalho, modelo este que, no caso brasileiro, é denominado por Santos (1979) de cidadania regulada. Vasconcelos (2000b, p. 191) indica que, para aqueles que assumiram a proposta da desinstitucionalização e reinvenção da cidadania no campo da saúde mental, há de considerar que estamos diante de um terreno de relações de forças complexo e paradoxal, em que a manutenção do caráter democrático nas relações exige abandonar esquemas conceituais lineares, onipotentes, que queiram garantir de antemão a sua eficácia.

Fleury (2004, p. 12), observa que “a mediação entre os indivíduos e o Estado, através da igualização realizada na cidadania só é efetiva, na medida em que a sociedade civil seja capaz de realizar as funções de agregação dos interesses, reconhecimento dos sujeitos e sua inserção na esfera pública. Só assim a cidadania deixa de ser um invólucro legal e passa a ser um exercício na vida social”. Portanto, uma visão mais ativa de cidadania requer um sentido de sociedade civil como uma esfera pública onde os cidadãos se encontram em reconhecimento mútuo, e isto faz possível a sociedade plural.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referiram que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental substitutivos ao modelo tradicional/asilar. As falas a seguir identificam estas dificuldades fazendo uma análise da questão na realidade da sociedade capitalista atual.

Tem o mito de louco, do louco perigoso, do louco imprevisível, é algo que pesa muito [...], que é a lógica do mercado; pra nós, basicamente, estar inserido na sociedade é estar trabalhando, a gente se pauta muito por isso, pra poder se considerar inserido, vinculado no mundo você tem que estar no mercado de trabalho e, muitas vezes, essa lógica enlouqueceu muita gente, e as pessoas não conseguem, principalmente os usuários dos serviços de saúde mental, os psicóticos em particular, tem muita dificuldade em entrar nessa lógica, e se submeter a ela, coisa que pra qualquer um tem um custo muito alto em termos de saúde, eu digo quem está inserido mesmo no mercado de trabalho, em termos de saúde, de relação com a sua família, com as pessoas que gosta, com os amigos etc., isso tem...; viver para o trabalho é algo que pra nós é insalubre de uma certa maneira, a gente não faz outra coisa a não ser trabalhar; então, pra essas pessoas que estão fora do mercado de trabalho

é muito complicado poder voltar, o que sobra é uma rede de assistência que na nossa realidade é sempre capenga, sempre parcial, tem dificuldade em aceitar o louco por conta desses mitos, e, também, da própria resistência do usuário, da pessoa com esse tipo de dificuldade de entrar nessa lógica, no que ele de uma certa maneira faz muito bem, algo que cria outros problemas pra ele (F, 12/4/2006).

São tantas, é assim, primeiro lugar, eu vejo assim, com todo o preconceito que tem da loucura, tem uma coisa no nosso sistema capitalista que é a questão da produção, produção de capital, produção de bens, e inserção no comércio, no mercado de trabalho, então, o portador de transtorno, sofrimento mental, ele a princípio, quando ele está nesse estado, ele não é produtivo, produtivo pra esse sistema capitalista, ele não trabalha, ele não consome muito, porque ele não vai ter dinheiro, portanto, isso de maneira geral, a gente sabe que as pessoas de posse, que a loucura, o sofrimento psíquico ele atravessa qualquer classe, mas 90% tem isso; então, a princípio existe a exclusão, já existe esse preconceito também, mas muito mais que isso, que a sociedade de fato ela é dividida entre os que produzem, os que fazem a engrenagem funcionar e os que estão a margem, então, o usuário é mais um que está a margem, assim como o menino de rua, os rapazes do morro, então, ele é mais um, também, que causa incomodo, e ele no Estado, das políticas públicas do Estado ele seria como só o gasto, não seria mais uma produção; além de ser uma sociedade racionalista que tem toda a sua formação no discurso, no discurso reto, no discurso racional, na fala, a fala racional, na linguagem articulada como o único meio privilegiado de comunicação, e o usuário, muitas vezes, não tem esse instrumento, por conta da sua fragmentação, da sua história, da sua medicação, da própria coisa do delírio, muitas vezes ele não tem o tempo todo essa fala coerente, esse discurso, dessa forma já faz com que ele não seja inserido, uma vez que ele é a minoria digamos assim (LÉLI, 4/4/2006).

Hoje, a gente fala muito em rede de atenção psicossocial; eu percebo que é uma rede que ela tem que estar instituída, que são locais de proteção para o portador de transtorno mental, são as certezas, são os caminhos certos que os usuários teriam, a rede; o problema a começar é que nós não temos essa rede instituída, entendo por rede: emergência psiquiátrica ou emergência em atenção psicossocial em hospital geral, CAPS III, CAPS II, CAPS criança e adolescente, CAPS álcool e droga, associação de usuários, escritório jurídico para amparar o direito do portador de transtorno mental, atenção primária em saúde mental, equipes volantes, centros de convivência, enfim, tudo o que preconiza a rede em atenção psicossocial, esse seria o primeiro passo; então, essa dificuldade, não temos a rede em atenção psicossocial, esse é um passo; segundo, o próprio imaginário social das pessoas em relação a loucura e ao louco, isso é uma outra dificuldade, que daí entra em cena o estigma e o preconceito, onde o portador de transtorno mental passa a não ter crédito na comunidade, e isso ainda é uma dificuldade; e, claro, depois tem toda a questão do trabalho, as cooperativas de trabalho, que ainda não se discute muito em Santa Catarina, não conheço nenhuma cooperativa social de trabalho para portadores de transtorno mental, que é uma forma de gerar trabalho diferente dessa preconizada pelo modo de produção capitalista, que você tem que produzir pra receber, isso é uma outra dificuldade, a dificuldade em cima da questão do trabalho, do emprego, que muitos acabam tendo seu reconhecimento, sua valorização em cima

do dinheiro que tem no bolso, o poder contratual que a pessoa possa ter, as vezes, na sociedade, é o quanto ela tem no bolso, e a maioria dos usuários não possui isso, e é aonde muitos acabam querendo se aposentar para poder ter o seu dinheiro, que não tem outra alternativa ou clareza do que fazer pra ter dinheiro, então, esse é um problema enorme na questão da reinserção social (GIRASSOL, 20/3/2006).

Os participantes da pesquisa apontaram que uma das possibilidades para a (re)inserção familiar e social pode ser a separação das oficinas produtivas da área física do CAPS. Esta proposta e os projetos de geração de renda via economia solidária foram apontadas por alguns dos entrevistados como uma das alternativas para a realização de uma maior integração do serviço com a comunidade, bem como a melhor adequação do próprio espaço físico do CAPS.

[...] a questão do projeto de geração de renda, que eu acho que de fato está faltando, inclusive a gente já está também se mobilizando pra tentar criar um projeto nesse sentido, porque os usuários aqui, nas oficinas terapêuticas produtivas, eles conseguem ter acesso ao material específico de cada oficina produtiva, também, a técnica de produzir o artesanato, mas não tem mercado; eles conseguem vender as peças, conseguem resgatar uma grana, mas não é suficiente pra poder manter ele, manter as condições de sobrevivência; então, precisa implantar essa geração de renda, de fato acho que vai dar um gás pra essa (re)inserção dos usuários que estão sendo tratados do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Já para uma das profissionais entrevistada as dificuldades na (re)inserção social estão mais relacionadas a questões de singularidades dos portadores de transtorno mental.

Eu acredito que volta de novo pro estigma, vai voltar pra própria incapacidade, pra própria dificuldade do usuário, do paciente; muitas vezes eles poderiam fazer algo muito mais do que fazem, e aí tem o medo, o medo deles, o medo de eles terem de enfrentar a própria doença, de eles terem que enfrentar os outros, e a hora que eles conseguem fazer esse movimento aí vem o medo do outro, aí é mais fácil ficar parado, aí volta pro comodismo, mas de alguma forma se a gente consegue..., aí não precisa de grandes movimentos, eu imagino que pequenos movimentos dentro da comunidade, que seja, alguém ir conversar com o diretor da escola, ir conversar, aí a diretora consegue conversar na sala, vamos supor que tem alguns pacientes, mais jovens, que pelo surto psicótico deixaram de ir e aí não retomam, não retomam porque tem medo, porque as vezes vão rir dele porque ele é louco; então, pequenas intervenções, elas tornam possível mudar um pouco essa inserção, essa reinserção, mas a gente esbarra de novo na falta de técnicos pra fazer isso e também acho que até por uma falta de equipe, aí volta pra equipe, entende, não tem uma equipe que pense isso em conjunto, que age em conjunto e aí como fica muito personalizado, individualizado os atendimentos, cada um vai pra..., eu vou pro meu consultório, outro vai pra oficina e aí não tem a equipe (J, 22/3/2006).

Outra entrevistada referiu-se ao estigma e preconceito existente por falta de conhecimento e divulgação, exposição, seja nas universidades ou por parte dos próprios serviços de atenção, sobre saúde mental.

Bom, eu acho que entre elas a questão do estigma, do preconceito, e não é um preconceito.... a gente sabe que tem riscos em algumas situações, a gente também as vezes tem medo de algum paciente, te dizem ah fulano matou três pessoas..., não é um preconceito que nasce do nada, muitas vezes é um preconceito que de alguma forma é compreensível, mas você não pode ah então ta...; eu acho que não existe muito, você não vê muito nos meios de comunicação uma campanha em torno da desestigmatização, você vê de outras coisas, com relação a aleitamento materno, outras questões da política de saúde; com relação a saúde mental eu acho que se fala pouco na sociedade, se discute pouco; por exemplo, na universidade, até não sei se lá na saúde pública o pessoal da saúde mental tem feito mais coisa, até os alunos que vem fazer residência aqui, a primeira reação deles é: a gente está aqui e tem medo, nem eles foram preparados pra isso, então, você começa a avaliar que tem uma falta..., não se fala muito no assunto, acho que assim, não se fala no assunto na sociedade; assim como se faz grupos de mulheres lá nos postos de saúde pra tratar de questões de sexualidade, muitas vezes faz sala de espera pra tarar de questões..., não se faz uma sala de espera pra falar de saúde mental; então, eu acho que talvez assim, a gente pensar, bom! nós estamos nisso (na saúde mental) e nós nunca fomos fazer uma sala de espera no posto de saúde da Agrônômica pra falar de saúde mental, pra falar do CAPS, quem sabe a gente também precisasse fazer algumas coisas assim, começar uma divulgação maior; acho que pouca gente de fora do serviço, fora das pessoas que trabalham na saúde mental sabem da política do Ministério pra saúde mental, que existe uma política de criação residências terapêuticas; eu li relatos de pessoas no Rio (RJ) que tiveram muita dificuldade de alugar pra se fazer uma residência terapêutica, num prédio então, quando ficaram sabendo que eram pessoas que vinham de hospital psiquiátrico ninguém quis; então é muito difícil, e ao mesmo tempo tem experiências positivas, tem pessoas que estão na residência e diz que a vizinhança viu que eles não são bichos, que eles podem interagir, podem estabelecer laços de vizinhança, então, tem algumas experiências boas e algumas experiências que são difíceis (P, 17/3/2006).

No contexto do estudo foi perguntado aos profissionais entrevistados se a atual organização dos serviços de saúde mental favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais. Conforme pode ser observado nas falas relacionadas, as opiniões foram divergentes. Dois deles observaram sobre a necessidade da existência de diversas instituições e serviços articulados e integrados à proposta da rede de saúde mental para que seja possível favorecer a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental

Embora a estrutura se localize no município, pelo menos eu estou pensando em termos de utilização da rede; então, a gente tem no Brasil inteiro muita diversidade, tem cidades onde a rede está montada, foi instituída e funciona legal, não é o caso de Florianópolis, a gente tem dá pra dizer poucos serviços, são só três CAPS que deveriam estar regionalizados ou territorializados, mas não estão, e tem algumas equipes de saúde mental nas Regionais, nas sedes das regionais, então, eu vejo assim, tem uma rede a ser constituída, ela precisa criar os mecanismos pra que a pessoa possa usar isso como rede, isso em termos de atenção à saúde, quando eu falo em rede eu também não estou pensando só em serviço de saúde, estou pensando que há uma possibilidade de a gente ter uma rede que inclua outros serviços, que não sejam só os de saúde, só os especializados, que eu acho que é a nossa necessidade, você incluir outras instituições, outros programas, enfim, que tenham vinculação com a cultura, com o trabalho, com a arte, produção do conhecimento, com as universidades por exemplo, as universidades são um campo excelente, seriam um campo excelente pra gente poder trocar um monte de coisas, pelos programas de extensão que eles tem, pelos projetos comunitários etc., a gente podia estar fazendo parceria com as universidades, mas não conseguimos, não sai, não rola; [...] a saúde mental eu acho que é o melhor exemplo desse distanciamento porque é difícil encontrar uma universidade onde a Reforma Psiquiátrica esteja incluída, ou mesmo os temas da reabilitação psicossocial estejam incluídos nos currículos dos cursos de saúde, é raríssimo (F, 12/4/2006).

Então, essa rede montada de forma territorializada, principalmente, eu acho que esse aspecto da territorialização é fundamental, é chave pra conseguir a reinserção social, não só por facilitar o acesso do usuário, mas pelo fato de o serviço estar ali no seu território, isso é fundamental, além disso, o projeto de geração de renda, as vagas, os leitos psiquiátricos no hospital geral, é todo esse contexto que precisa ser implantado para de fato poder facilitar o trabalho de cada instituição dessas, seja do CAPS, seja do projeto de geração de renda, ou do próprio hospital geral, como um todo, assim, essa engrenagem funcionando bem aí sim vai ser mais rápida a reinserção social do usuário portador de transtorno mental (VIK, 24/3/2006).

A partir das colocações dos participantes da pesquisa, destaca-se a importância da rede de serviços na construção da cidadania das pessoas atendidas pelas políticas de ativação, as quais, segundo Fleury (2004), tem como objetivo a inclusão social de conjuntos populacionais definidos a partir da territorialidade. Tal proposta pretende tratar o território como um componente, tanto material como simbólico, da esfera pública. Neste sentido, a construção da cidadania passa, necessariamente, pela reconstrução das cidades e potencialização da rede de serviços na valorização das características objetivas e subjetivas da demanda local.

Na seqüência, um dos entrevistados enfatiza que a forma como são pensados e estão organizados os serviços de atenção não favorece a construção da cidadania dos usuários.

Não, não favorece, porque, primeiro, os serviços de saúde mental estão sendo construídos pra quê? Não tem muito claro ainda pra quê que se tem atenção básica em saúde mental hoje, pra quê se constrói centro de convivência, pra quê tem o CAPS? acho que o objetivo do serviço parece não estar muito claro, talvez eu esteja enganado; veja bem, a atenção básica é mais no sentido pra estar discutindo os seus conflitos, minimizando os “sintomas psiquiátricos”, e aí acaba não tendo um trabalho de reflexão sobre o contexto que a pessoa está inserida; [...] a questão da cidadania tem a haver..., quanto mais articulada for a pessoa, quanto mais ela se envolver com as lutas sociais, mais cidadania ela vai exercer, quanto mais clareza, mas crítica, mais conhecimento ela vai ter, ela vai desenvolver cidadania; então, a forma hoje como os serviços estão organizados, ela acaba não favorecendo essa questão da construção da cidadania porque ainda vem de uma lógica de modelo centrado no transtorno mental (GIRASSOL, 20/3/2006).

Uma outra profissional considerou ser difícil avaliar a questão pelo fato de a rede de serviços não estar implantada por completo, e por não ter avaliações sistemáticas dos resultados.

Olha, eu não sei se a gente já tem condições de fazer uma avaliação, a rede está meio que andando [...] assim, qualquer coisa que eu vá dizer é, assim, referente uma experiência ou outra, não sei se a gente tem condições de fazer uma avaliação enquanto rede; por exemplo, eu vi muitas experiência positivas em cidades como Campinas (SP) que eles já tem há mais tempo, por exemplo, residências terapêuticas, tem desde o começo dos anos 1990, tem muitas experiências boas de pessoas que conseguem transitar na vida, tem gente que está trabalhando; [...] eu acho que a gente precisa além de ter a política, de ter a carta de intenções, a gente precisa ter avaliações também, eu acho que uma questão dessa eu sinto que precisa ter uma forma mais sistemática de avaliar, qualquer coisa é uma coisa mais ou menos um olhar particular pra aqui pra ali, acho que no todo a gente não tem (avaliação sistemática), pelo menos eu não conheço ainda, pode ser que estão fazendo e eu não saiba ainda (P, 17/3/2006).

Já para duas das entrevistadas, a atual organização da rede de serviços na política de saúde mental favorece sim a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental.

Sim, eu acredito que sim, na teoria ela é muito importante e acho que trabalhando em todas as instâncias, se a gente for pensar naqueles mapinhas, os ambulatórios, os CAPS, hospitais dia, a escola, e os centros comunitários, os postos de saúde, todos capacitados; eu acredito que sim, a rede ela é bem estruturada e ela possibilita aos portadores de doença

mental, enfim, terem uma reinserção melhor e maior na sociedade, e também de entendimento do que ele tem, do que ele pode fazer, quais são os recursos que ele tem também pra lidar, dentro dessa rede (J, 22/3/2006).

Acho que sim, favorece, se tu me perguntasse se ela resolve, eu diria que não claro, ou até que ponto ela resolve, mas favorece sim, eu acho que tem um favorecimento relacionado a forma que as pessoas eram tratadas, acho que favorece muito mais (LÉLI, 4/4/2006).

É possível perceber nas falas relacionadas acima a preocupação com a efetiva implantação da rede de serviços em saúde. As redes, conforme proposto na política de saúde mental, possuem muitos centros, muitos nós que as compõem e as tornam complexas e resistentes. Estão embasadas na noção de território, como um sistema de relações e estruturas, muito mais que um simples espaço geográfico. O fundamental neste processo é que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento.

Neste sentido, torna-se de fundamental importância refletir sobre o exercício da cidadania no contexto das políticas públicas, cada vez mais segmentadas e focalizadas. Para Fleury (2004, p. 2), “as políticas atuais de inserção buscam reafirmar a natureza contratual do elo social em novas bases, com a revalorização do local e comunitário e a transformação do Estado em um animador e mobilizador de recursos societários. Reduzido a mantenedor da estabilidade de uma ordem econômica que produz a fragmentação e a exclusão social, o Estado, busca atuar de maneira compensatória e focalizada, atendendo aos grupos mais vulneráveis e/ou potencialmente ameaçadores da ordem social, por meio da convocatória da solidariedade lançada aos diferentes setores inseridos na ordem econômica. No entanto, a incapacidade de alterar as condições estruturais de produção da exclusão mostra os limites das políticas de ativação, cuja promessa de inserção social carece de expectativas de emancipação dos sujeitos e coletividades beneficiários”.

3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica

Os CAPS compõem o rol de serviços do modelo psicossocial de atenção em saúde mental proposto na e pela Reforma Psiquiátrica. Perguntamos aos entrevistados qual seria o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica e obtivemos como

resposta que este teria a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos ideais da própria Reforma.

Eu acho que a função imediata ela é servir como um ponto de articulação, porque a gente consegue criar um ambiente que é relativamente protegido e que dá ao usuário as condições de ele poder participar de outros circuitos; fundamentalmente é essa a função, de articulação; eu lembro de uma discussão que a gente fazia, em Brasília, uma vez, sobre essa importância excessiva que os CAPS acabaram adquirindo, como quase que o central do sistema hoje é o CAPS, mas ao mesmo tempo a necessidade de se ter um espaço como esse, principalmente, pra quem está vindo de uma internação prolongada ou pra quem sempre passou a vida dentro de um hospital psiquiátrico, se tem que ter um pólo, uma instância articuladora pra poder fazer a passagem, porque o cara não vai sair do hospital e retomar sua vida imediatamente, não vai, ele tem uma série de dificuldades que ele não consegue vencer, e o CAPS, nesse sentido, a função seria essa, de poder..., tem uma expressão que eu acho interessante que é: emprestar poder de contratualidade, ou seja, poder dá um certo aval de que esse sujeito pode participar novamente ou pode participar pela primeira vez dos circuitos sociais, pode fazer laços com outras pessoas, com outras entidade, outras instituições, esse é o aval que eu acho que um CAPS pode fornecer e essa é sua principal função (F, 12/4/2006).

É pensar o CAPS como um espaço em que o paciente vai estar usando e tendo apoio para os momentos de crise, e fora os momentos de crise, também, que não seja hospital, e aí, dentro da Reforma eu acho que o CAPS ele é fundamental, assim como os hospitais dia, é que aqui em Florianópolis a gente não tem hospital dia, mas eu acho que os moldes do CAPS (eles estão) é muito próximos, as vezes até é difícil dizer o que é um o que é outro; esse momento de transição do hospital para a sociedade, nesse momento o CAPS é algo muito importante, ele dá, é capaz de conter, dar uma continência pra o usuário, isso a gente percebe mesmo quando não tem nada, o paciente já está muito bem, eles voltam quando estão em crise, sem ter nada marcado, e só de estar aqui pra muitos já é confortante, então, a gente percebe que essa continência, esse acolhimento, e saber que ninguém vai vir aqui e amarrar e conter, porque acho que esse é o medo, de todo mundo, acho que isso já possibilita a procura, eu estou mal vou lá, vou buscar a ajuda do CAPS (J, 22/3/2006).

Eu diria que o CAPS seria o pensador da estruturação da rede de saúde mental, que via de regra o CAPS acaba sendo pra municípios de médio porte o primeiro serviço a ser instituído no território, no município, aí o CAPS acaba assumindo essa responsabilidade, a portaria fala bem disso, a 336, do que compete ao CAPS, e tem vários itens lá, entre eles organizar a rede de saúde mental no município, porém, acaba sobrecarregando os profissionais de saúde mental que atuam nesse CAPS; então, a importância do CAPS na operacionalização da Reforma, ele é importante enquanto um dispositivo crítico, ou seja, se o CAPS não ter a clareza do que seja a Reforma Psiquiátrica ele não vai

operacionalizar, ele só vai operacionalizar a Reforma Psiquiátrica quando ele entender que Reforma Psiquiátrica é o processo social complexo que se configura pelas quatro dimensões, enquanto ele não repensar, refletir a sua prática, o que ele está fazendo, o que não está fazendo, ter mais autocrítica, ele não vai conseguir operacionalizar a Reforma Psiquiátrica; ele tem importância porque tem vários atores, vários profissionais, é um time de pessoas, muito rico, envolvidas que estão no CAPS; agora, enquanto não ter claro o que é Reforma Psiquiátrica, esse processo, não vai conseguir fazer nada; ele é importante, mas se não tiver clareza de Reforma... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Na medida que o CAPS é a primeira, digamos, unidade, primeiro serviço que se propõem a substituir o hospital psiquiátrico já existe nisso por si só a sua importância; é substituição e não que a pessoa não possa ser internada, mas a idéia é que seja nos hospitais gerais, em algum leito nos hospitais gerais, então, bom, o CAPS é o primeiro ponto, é o primeiro lugar onde a pessoa vai passar o dia, onde vai ser tratado de outra forma o seu sofrimento, então, a importância dele está nisso, na importância política e clínica também (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que o CAPS, fundamentalmente, ele faz a clínica; se tem essa rede montada o CAPS faz a clínica, ele faz o atendimento psicossocial do usuário portador de transtorno mental, ele atende as questões mais subjetivas, e de fato toda esse mix de previdência social, a medicação, o atendimento psicológico, atendimento de enfermagem, mas se existe essa rede montada e aí vamos ter um projeto de geração de renda, aí ele vai fazer geração de renda, todas as Oficinas vão acontecer ali e não dentro do CAPS, o CAPS deveria estar na comunidade ele deveria estar territorializado (VIK, 24/3/2006).

Acho que todo mundo gostaria que ele pudesse ser um eixo desencadeador de todos esses ideais da Reforma Psiquiátrica, que a partir disso se experimentasse uma nova relação, que o paciente pudesse estar se soltando mais pra vida, pra construir seus projetos, seus ideais; acho que é muito importante poder retirar pessoas que estão enclausuradas há anos, criar esses mecanismos como residências, etc. pra pessoas que não vão resgatar os vínculos familiares, tem que procurar outras alternativas; acho que o CAPS ainda é uma instituição que é fundamental nessa política, ainda acho que ela pode fazer um papel importante; no dia-a-dia é um pouco mais difícil porque as vezes a gente não tem tantos mecanismos de avaliações, muitas coisas que também a gente vai capengando; quando você vê algumas experiências de pessoas que estão conseguindo dar conta da sua vida, saem, aí você vê que, bom! tem algumas coisas boas que estão acontecendo, o CAPS também está contribuindo; então, no meio dos prós e dos contras eu acho que os prós ainda são maiores, eu acho que é muito mais humano, muito mais um fator de justiça social você ter um espaço assim do que você ter uma pessoa enclausurada no hospital (P, 17/3/2006).

Neste sentido, conforme inscrito na Política Nacional de Saúde Mental, os CAPS devem assumir seu papel estratégico na articulação e no “tecimento” das redes de atenção em saúde mental. Tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da

rede de serviços, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, ONGs, empresas etc. (BRASIL, 2004, p. 12)

3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde

A proposta do progressivo deslocamento dos centros de cuidados em saúde mental para fora do hospital psiquiátrico, em direção à comunidade, colocada na e pela Reforma psiquiátrica tem nos CAPS o dispositivo estratégico desse movimento. Neste sentido, a rede básica de saúde torna-se o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os portadores de transtorno mental.

Essa rede é formada pelos centros ou unidades locais e/ou regionais de saúde, Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, que atuam na comunidade de sua área de abrangência. Os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, pois tem um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Por sua proximidade com as famílias e comunidades, as equipes de atenção básica são um recurso fundamental para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso de substâncias psicoativas e diversas formas de sofrimento psíquico. Neste sentido, é importante e necessária a integração e articulação dos CAPS com a atenção básica. Assumir esse compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção da saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo (BRASIL, 2004).

As atuais diretrizes da política de saúde mental do Ministério da Saúde orientam que, onde houver cobertura do PSF, deverá haver uma equipe de apoio matricial em saúde mental para no mínimo seis e no máximo nove equipes de PSF. E, que as ações de saúde mental na atenção básica devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2004).

No que se refere à relação existente entre o CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município e qual o tipo de relação existente, os dados coletados na

pesquisa indicam que: a maioria (91,7%) respondeu que sim, com ressalva de que é muito pouco, funciona de maneira precária e confusa, e que está num processo preliminar ainda. O profissional que respondeu não, observou que a rede está em processo de formação. Os profissionais cujas respostas foram positivas identificaram que a relação é de encaminhamentos, atendimentos em conjunto com as equipes de saúde mental das Regionais de Saúde, ajuda em atendimentos nas unidades locais de saúde, com os agentes comunitários de saúde, de referência, de acompanhamento, visitas domiciliares, encontro mensal dos trabalhadores de saúde mental da rede e encontro mensal dos psiquiatras da rede.

Sobre a relação do CAPS com as equipes de PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência alguns entrevistados observaram que a relação é pouca ou mínima, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda²³. Foram apontadas como justificativas o fato de o CAPS Ponta do Coral não estar territorializado, deste ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta do município, e a ausência de um planejamento e de estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente.

O CAPS como ele é único, então, ele é de toda a região; então, eu poderia até estar te respondendo que a gente tem um Posto aqui de cima do CAPS, que é o Posto da Agrônômica, ali tem o Programa de Saúde da Família implantado, com a presença dos residentes do Programa Saúde da Família e o contato que eu tenho, ele é meu, não existe nenhum outro programa ou vamos dizer convênio do CAPS com a Agrônômica, é meu aqui, assim como talvez seja da psicóloga em outro momento quando há essa partilha de paciente quando faz parte dos dois, então, eu só sei do que eu tenho, mas é muito pouco, eu tenho contato com alguns residentes que atendem alguns pacientes daqui, e eles precisam de algumas dicas ou, enfim, de se interar do que acontece, e eu também preciso saber como é que anda o acompanhamento deles lá, e aí entra em contato, as vezes vem aqui ou eu vou lá, mas são essas formas isoladas e depende daquele momento e da necessidade daquele usuário, não é algo que seja programado, que seja antecipado, institucionalizado, no sentido de firmar essas relações de uma forma..., não há; e, assim, o contato é com os residentes, não tem o contato com quem realmente vai ficar, porque os residentes passam depois de dois anos, eu também não tenho contato de quem é o médico, quem é o enfermeiro do Programa Saúde da Família, quem é o agente comunitário que vai na casa desses usuários, isso não tem, acho isso muito ruim, é muito falho, embora, volta pra aquela questão da equipe, que as coisas não são compartilhadas, você nunca sabe direito, é muito fragmentado, o que já foi feito, o que não está sendo feito; também não é delegado a função à ninguém de fazer, não há um planejamento pra isso (J, 22/3/2006).

²³ Em estudo sobre o CAPS de Palhoça/SC, Franco (2005) encontrou situação semelhante na relação do CAPS com o PSF e demais serviços de atenção básica municipais.

É mínima, é mínimo o contato, assim, as vezes, quando a gente necessita a gente vai atrás, tenta achar alguém que se interessa, que tenha alguma afinidade com a saúde mental, as vezes um agente de saúde que consegue se aproximar mais daquele usuário que mora lá e que resolve dá uma força, mas é assim, depende de uma série de coisas, da disponibilidade pessoal, da sorte de encontrar alguém etc., quer dizer é falta mesmo da articulação em rede, porque se a gente tivesse essa articulação o PSF automaticamente já seria acionado, e a gente não tem isso; claro, quando a gente precisa a gente até encontra uma boa resposta das equipes do PSF, mas pode não encontrar, tem um risco[...] não, isso não existe (articulação institucional CAPS – PSF), isso tem que ser construído, tem que ser proposto (F, 12/4/2006).

A relação que o CAPS tem é principalmente pra acompanhamento, a relação é essa, relação de acompanhamento, as vezes precisa realizar alguma busca ativa e não temos a possibilidade no momento, então, tem essa relação, a relação que a gente tem é mais no sentido de acompanhamento do próprio usuário; o que seria ideal, seria um pouco mais de estreitamento, discutir junto com o Programa de Saúde da Família alguns casos, nós irmos aonde os agentes comunitários estão, discutir algumas situações e isso não tem acontecido ainda; com essa lógica aí das regionalizações tem essa possibilidade; então, hoje existe uma relação, só que uma relação muito esporádica de situações isoladas e que precisa ser superada; o maior problema que existe é devido ao CAPS não ser territorializado, o CAPS II Ponta do Coral ele tem que atender uma demanda muito grande, basta ver o IBGE hoje, tem 400 e poucas mil pessoas em Florianópolis, então, é um CAPS II pra atender toda a demanda adulta do município, talvez o ideal seria um CAPS I em cada região, nas cinco regionais, e transformar esse CAPS num CAPS III no caso, e aí repensar depois toda a rede; então, a relação, ela se compromete com o Programa Saúde da Família devido a não territorialização do CAPS Ponta do Coral, a relação que existe é a relação de acompanhamentos isolados (GIRASSOL, 20/3/2006).

É uma relação ainda muito inicial ainda, um pouco precária; com os agentes comunitários a gente tem mais proximidade, no momento da visita domiciliar e no momento de fazer o resgate dos usuários que abandonaram, por algum motivo, o atendimento, mas acho que a relação poderia ser melhorada se o CAPS fosse territorializado, como a gente está aqui, é no centro pra todo o município, fica muito difícil, então, a nossa relação é muito mais com as referências regionais de saúde mental da atenção básica do que com as próprias equipes de PSF das unidades locais de saúde (VIK, 24/3/2006).

É isso que eu falei, essa perspectiva da regionalização que começou aqui visava uma maior articulação com a rede; eu acho que isso é um projeto que está ainda meio que na sua infância, ele está começando e, assim, o que eu te falei, a gente precisa sair mais daqui, no Norte (Regional Norte) a gente vai tentar essa experiência agora (realizar as reuniões da regional nos postos de saúde) de contato e incluir, por exemplo, os agentes comunitários nos processos de reunião com os pacientes daqui, tentar ver se eles podem estar acompanhando o paciente lá; tem uma paciente que está aqui que a gente esteve lá no Posto do Saco Grande pedindo pra equipe assumir alguns cuidados com essa paciente, eles se

dispuseram, mas assim, por enquanto ta muito mais alguma iniciativa aqui, ali, do que um processo mais amplo, não sei assim como isso vai caminhar com a história de já ter, por exemplo, profissionais regionalizados, isso também vai poder ser incrementado, esse é um desejo que eu tenho (P, 17/3/2006).

É muito pequena, muito, muito, muito, muito; eu não sei nem te dizer, em uma escala de um a dez acho que fica em dois, está muito pequena, está muito além do que poderia ser, eu acho que talvez com a implantação agora dos serviços na rede, nós temos em cada Regional um psiquiatra, dois psicólogos, uma média assim, está existindo mais aproximação, mas do CAPS não, muito pouco, muito pouco. [...] quando tu pergunta, hoje, qual é a relação do CAPS? eu não posso te mentir, pra mim é quase zero (LÉLI, 4/4/2006).

Buscando explorar as informações sobre a relação do CAPS com a rede municipal de serviços de saúde, perguntamos aos profissionais se o serviço realiza algum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. A maioria deles (75%) respondeu que não, dois referiram não saber responder e um respondeu que sim. Dentre os que responderam que não, um justificou que o CAPS não tem estrutura para atender mais esta demanda. Dois dos profissionais entrevistados disseram estar pensando neste tipo de trabalho. Um deles falou sobre a existência de um projeto, conforme relatado na fala que segue.

[...] a gente tem um projeto aqui que é de formação de acompanhantes terapêuticos, e no ano passado a gente formalizou esse projeto e mandamos pro Ministério da Saúde, ele foi aprovado e até hoje estamos esperando a liberação de dinheiro, mas enfim, o projeto foi aprovado, e a idéia era justamente transformar o agente comunitário de saúde num acompanhante terapêutico, e aí a gente faria a formação, uma capacitação, um curso de capacitação aqui, e depois faria o segmento com supervisões regulares, é uma forma de dar formação em saúde mental pra atenção básica e manter essa que é uma função do CAPS de dar supervisão e a formação mesmo pra esse nível da atenção; [...] a gente está esperando o dinheiro do Ministério da Saúde, ta lá pendurado, a gente olha o nome do projeto na internet, está lá, mas não tem nem empenho ainda, significa que não tem dinheiro destinado (F, 12/4/2006).

Para que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas na atenção básica é fundamental a capacitação destas equipes. A orientação é que as equipes de saúde mental de apoio á atenção básica incorporem ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. Conforme aparece na fala do profissional, são previstos recursos para o financiamento deste tipo de ações, embora, muitas vezes, a dependência de orçamento, a morosidade burocrática e/ou

ausência de decisão política, que justificam a longa demora, acabam por desestimular, dificultar, inviabilizar as iniciativas dos profissionais.

Repetidamente, temos ressaltado neste trabalho que os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico para a organização da rede de atenção em saúde mental, conforme é indicado nas diretrizes políticas da Reforma Psiquiátrica. Nesta direção, questionamos os técnicos da equipe do CAPS Ponta do Coral sobre qual o lugar que o serviço ocupa na rede municipal de atenção em saúde, em Florianópolis. As falas transcritas na seqüência destacam o fato deste não estar territorializado e, portanto, não se constituir no serviço regulador da porta de entrada para o atendimento em saúde mental. As equipes de saúde mental nas referências das Regionais de Saúde é que, atualmente, constituem-se no serviço primeiro de atenção em saúde mental. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhados pessoas com transtorno mental grave.

Seria esse serviço que articula, que regulamenta; não necessariamente ele é uma porta aberta que entra qualquer um; eu acho que ele pode até ser a articulação e a regulação, pode ser feita até capacitações nas equipes locais de unidades básicas, que a partir daí você vai poder em um caso de uma ansiedade ou uma briga com o namorado, “eu tomei 4 aspirinas”, não vai chegar aqui no CAPS; vai chegar aqui no CAPS realmente aquilo que for um caso mais grave, e só há possibilidade de isso acontecer a partir do momento em que as unidades locais estejam todas capacitadas e entendendo, até porque assim diminui o trânsito desse paciente; vamos supor: ele sai de uma cidade, vem pra Florianópolis, daí diz: onde é que eu vou num psiquiatra? Ah! vai lá no CAPS, aí alguém fala: mas tem que passar no clínico antes, aí passa no clínico, aí o clínico encaminha pro psiquiatra, daí ele não sabe onde vai procurar o psiquiátrica - vem pro CAPS, não vem pro CAPS, aí vem pro CAPS, mas é que na verdade ele toma fluoxetina há 2 anos, está em tratamento de manutenção porque ele tem um quadro de depressão recorrente, não é caso CAPS, então, isso já poderia ter sido triado lá no começo, o paciente já poderia estar tendo as consultas desde o início, todas acertadas, sem precisar ficar correndo de um lado pro outro [...]; então, eu acho que ele tem esse papel, tem essa função de regular, de saber o que está acontecendo no hospital, na Colônia, e ter esse contato, uma ligação sempre com a Colônia, e com os Postos de saúde [...]. (hoje, o CAPS faz isso?) algumas coisas, bem isoladas, de novo, é meio como um apaga fogueira; por exemplo, hoje, a gente foi fazer uma visita domiciliar lá no Saco Grande (bairro de Florianópolis) porque o paciente estava em tratamento psiquiátrico particular e parou de tomar o remédio, e aí a gente foi lá, só que o paciente não queria falar com a gente, mas, assim, eu chego lá, converso com a equipe que está lá naquele local e muitas vezes é só a psicóloga; também tem um certo descaso, no sentido de que ah! agora eu não posso falar, porque não percebe que conversando sobre aquele caso vai possibilitar que isso seja ampliado pra outros casos, pensam-se saídas semelhantes pra outro momentos, mas, assim, acaba virando um apaga fogo, e toda hora você tem que ir

apagar um fogo; então, existe um pouco, mas não de uma forma bem usada (J, 22/3/2006).

É atenção secundária como se diz; ele regula e não regula; [...] tudo vai passar muito pela clareza que os profissionais que estão na saúde mental tem em relação a própria epistemologia, tem em relação a própria política, tem em relação a própria noção de SUS, a própria noção de controle social, a própria noção dos princípios do SUS; então, tudo vai passar por isso, porque que eu estou dizendo isso, o CAPS é uma atenção secundária como a gente chama, eu acho ainda que o atendimento mais complexo, o atendimento terciário, deveria ser no território, acho que centrar as forças no território [...]; então, [...] a atenção básica é onde deveria regular isso, a regulação dessa entrada nesse sistema de saúde mental, nessa rede de saúde mental ela teria que ser prioritariamente atenção primária em saúde; então, as vezes, por necessidades especiais, por situações específicas, a pessoa acaba vindo direto pra cá, direto pro CAPS e aqui a gente atende, e, as vezes, essa pessoa não é indicada pra estar no CAPS, aí volta pra atenção básica, então, tem essa dificuldade, ou seja, o lugar que o CAPS ocupa na rede municipal de atenção em saúde é uma atenção secundária à pessoa com transtorno mental grave, já avaliada pela atenção primária em saúde, aquela pessoa que corre risco de suicídio, que acaba prejudicando a vida de outras pessoas, que está muito mal, nesse sentido (GIRASSOL, 20/3/2006).

Regulador da porta de entrada: não; como não é territorializado, a gente tem esse problema de ser serviço de referência pra onde vem os pacientes já encaminhados, ele passou pela porta de entrada do sistema lá no Posto, ele vem encaminhado pra cá ou através dos hospitais psiquiátricos, que é também uma outra forma de encaminhamento, mas a gente não faz a regulação da entrada; hoje, também, como tem equipes mínimas de saúde mental nas regionais, elas também funcionam muito mais como a reguladora do que nós; a porta de entrada é pelas equipes de saúde mental das regionais (F, 12/4/2006).

Eu acho que são várias coisas, por ser o único CAPS, pela rede não estar estruturada ainda, e pelas pessoas não conhecerem o serviço da rede, existe uma mistura, assim, o que é pra ir lá pro psiquiatra do Sul (regional de saúde), o que é pra vir pro CAPS; qual é o papel do CAPS, é a não internação, mas não tem CAPS III, então, a noite o cara não tem pra onde ir, na verdade, o CAPS ele é um espaço que regula a entrada do usuário sim, num primeiro momento sim, porque todos os que foram para a atenção básica muitos foram daqui, muito mais que a procura de fora daqui, primeiro eles vem pra cá, depois eles vão pra lá, agora o processo até está sendo inverso, já estão procurando a atenção básica porque eles já estão conhecendo, mas antes era daqui pra atenção básica, e é o único espaço, programa que acolhe o usuário psicótico, com transtornos mentais graves, porque a rede básica, ela não atende, se o cara tem um surto psicótico, está com qualquer surto, que está mal, ou ele tem um embotamento, ele não fala, está na família há anos, está lá segregado, está lá no quatinho dos fundos, não é caso de atenção básica é caso CAPS, então, ele é o único serviço de Florianópolis que se propõem a atender o usuário, o portador de sofrimento psíquico fora de hospital (LÉLI, 4/4/2006).

Ele é o primeiro serviço de saúde mental do município, primeiro serviço estruturado, credenciado no Ministério da Saúde, eu penso que ele tem um papel importante, ele serve como uma referência de atendimento em saúde mental a usuários portadores de transtornos mentais; dentro da rede, hoje, a gente tem as referências regionais de atenção em saúde mental na atenção básica, nas ULS, que são as unidades locais de saúde, então o CAPS serve como referência de atendimento a usuários com transtornos mentais graves do município de Florianópolis, é pra isso, essa é a função (VIK, 24/3/2006).

Pelas falas dos profissionais evidencia-se que Florianópolis não tem uma política municipal de saúde mental estruturada. A rede de serviços está em processo de formação e implementação. As ações ainda são muito isoladas e fragmentadas, sem uma direção comum. É notório que um único CAPS para atender a totalidade da demanda adulta do município é insuficiente. As possibilidades de atuação do serviço na prevenção e promoção da saúde mental, na capacitação e supervisão das equipes de atenção básica ficam, assim, prejudicadas e/ou inviabilizadas.

No processo de operacionalização da Reforma Psiquiátrica, conforme as orientações da Política Nacional de Saúde Mental e as propostas aprovadas na III CNSM, é necessário que os gestores estaduais e municipais estabeleçam mecanismos efetivos para o controle das internações psiquiátricas. De acordo com a Portaria GM/MS n ° 336/02, os CAPS devem possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou modulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local (BRASIL, 2002a). Com base nisto, perguntamos aos entrevistados se o CAPS tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Eles referiram que não, contudo, divergiram sobre como o serviço fica sabendo quando ocorre internação de seus usuários.

Não tem. A gente fica sabendo quando a família comunica ou quando é usuário de atenção intensiva, ou ele fez uma crise ou ele desapareceu do serviço, aí pela falta mesmo, pela ausência que ele provoca a gente vai atrás e fica sabendo que ele foi internado, mas a gente não tem instrumentos de controle sobre isso; a gente faz, no momento da internação, a gente procura manter pelo menos uma visita da equipe da Regional pra não perder o vínculo etc., mas nada formalizado, assim, no momento que aparece, que a gente fica sabendo; geralmente, a gente sabe, hoje é relativamente fácil, não acontece daquilo... fulano desapareceu e de repente aparece ele dois meses depois aqui novamente..., sai da internação ontem e tal, isso não acontece mais, geralmente a gente consegue ficar sabendo (F, 12/4/2006).

Não. Na realidade a família leva pra internar e pronto, as vezes comunica, as vezes a gente fica sabendo quando a gente vai fazer uma visita lá, muitas vezes a gente nem sabe que o paciente ficou internado, a não ser quando a gente liga, e aí o que está acontecendo, não está vindo, mas ele foi internado; então, não há esse controle e também quando é internado lá, dificilmente, alguém entra em contato, nunca vi, entra em contato olha fulano de tal está internado aqui com a gente, não tem essa comunicação (J, 22/3/2006).

Em relação ao controle das internações psiquiátricas, oficial e formal, nós não temos; estou falando enquanto profissional que atende uma determinada regional de saúde, isso nós não temos; o que poderia ser feito: um maior estreitamento com o “manicômio”, com o IPQ ou o São José (hospitais psiquiátricos), que quando internasse pessoas lá teria esse contato aqui, pra gente já ir conversando, já acompanhando juntamente com a equipe do hospital psiquiátrico essa pessoa, porque final de semana ou depois das 18 horas o serviço não atende, as vezes as pessoas entram em crise e a gente não tem como acompanhar isso, não tem como saber; o acompanhamento que tem é, as vezes, os familiares nos avisam que a pessoa está internada, quando a gente acompanha essa pessoa e fica sabendo que ela acabou internando; então, não tem uma política mais estreita de acompanhamento de internação psiquiátrica, isso não tem. (GIRASSOL, 20/3/2006).

Da área de abrangência seria toda a cidade, isso não, mas dos usuários aqui sim, atendidos aqui sim; [...] geralmente, assim, quando o usuário está iniciando um surto a gente tenta fazer o atendimento pra prevenir a internação, pra evitar de fato a internação psiquiátrica, só que nós estamos aqui até as 6 horas da tarde e não estamos final de semana, então, a gente não está nem a noite nem final de semana, e aí acontece de a família internar, isso acontece pouco, muito pouco, e quando acontece a gente faz o atendimento no próprio hospital, a gente vai até lá faz o atendimento, mas é pouco assim, agora da cidade como o todo a gente não tem (VIK, 24/3/2006).

O controle ele tem pelo prontuário, não poderia te dizer que tem um controle do ponto vista de uma escala, ah anualmente quanto a gente tinha e quantos foram internados, [...] o usuário se ele foi internado a gente não soube, se está internado, aí ele aparece aqui depois da internação, um mês ou dois meses, a gente tem escrito no prontuário, esse é digamos o que a gente fica sabendo (LÉLI, 4/4/2006).

Não, eu digo por nós, eu acho que, as vezes, a gente... ah o paciente foi internado, como acontece de a gente saber, e as vezes a gente vai lá fazer uma visita, as vezes tem a questão do carro (o CAPS tem um carro a disposição somente um dia por semana), e a gente fica...; sempre que acontece e tal, as vezes, a gente nem fica sabendo, quando vê o paciente já está de volta, as vezes acontece essa situação; eu fui tentar fazer um pequeno levantamento pra fazer essa avaliação e percebi que a gente não tem registro de quantos dias o paciente ficou internado, se ele ficou internado quantas vezes durante o tempo que está em tratamento aqui, falta um registro melhor e um acompanhamento melhor dos técnicos; (como ficam sabendo da internação) as vezes o paciente volta já depois, as vezes a família liga avisando, [...] o hospital não me lembro se eles ligaram, só se precisar de alguma coisa, em geral, eles não ligam; então,

assim, o paciente saiu aí eles trazem de novo aquele encaminhamento, ou ele vem pra cá porque, normalmente, ele já estava aqui, mas assim, a gente tenta ao máximo que ele não precise ser internado, essa política existe, segurar a crise (P, 17/3/2006).

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que a internação e a reinternação psiquiátrica deverão ocorrer após avaliação da equipe técnica de saúde mental dos serviços substitutivos, devendo ser estabelecidas formas de controle único para a emissão de AIH, assegurando que todas as internações necessárias sejam autorizadas pelo serviço público, preferencialmente de base territorial (BRASIL, 2002a).

Conforme pode ser observado nas falas dos participantes da pesquisa, a insuficiência do CAPS em exercer o controle das internações referente a sua clientela e a demanda no município refere-se ao fato de o serviço não estar territorializado, sendo inviável cumprir com tal exigência no âmbito da totalidade de uma população de aproximadamente quatrocentos mil habitantes, distribuídos numa área geográfica de 436,5 Km². Com a implantação das equipes de saúde mental nas Regionais de Saúde, estas passam a ser as responsáveis pela regulação da porta de entrada no sistema de atendimento. O CAPS II Ponta do Coral passa a ser a referência para onde são encaminhadas pessoas com transtornos mentais graves, egressos de hospitais psiquiátricos, internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). A falta de controle das internações psiquiátricas é uma realidade também de outros centros de atenção psicossocial, conforme verificado por Franco (2005), em seu estudo sobre o CAPS do município vizinho de Palhoça/SC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha deste tema de pesquisa está relacionada à minha trajetória de estudos no Curso de Graduação em Serviço Social e à minha inserção como pesquisadora no Núcleo de Estudos e Pesquisas Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas (NESPP) do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. A esta trajetória soma-se a experiência de Estágio Curricular em Serviço Social, realizada no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis, em 2003, da qual resultou o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Programa Alta Progressiva: uma contribuição para o processo de reabilitação psicossocial no HCTP de Florianópolis”. Com o referido Estágio foi possível vivenciar o contato direto com a realidade de algumas instituições como hospitais psiquiátricos e centros de atenção psicossocial da rede municipal e estadual de serviços de atenção em saúde mental, fato este que estimulou a busca de novos conhecimentos e o desejo de atuação profissional na área. A continuidade dos estudos foi possibilitada por meio da entrada como mestranda no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da mesma universidade. Sendo assim, o trabalho que apresentado nesta dissertação tem estreita relação com meu percurso profissional e meu desejo pessoal.

Conforme destacamos no decorrer do estudo, a reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

A implantação de uma nova política de atenção, com as implicações socioculturais da proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira passa pela necessidade de articulação intersetorial e por ações que contribuam para alterar as representações sociais sobre a loucura e os direitos dos portadores de transtornos mentais. A transformação do modelo assistencial e de um conceito teórico em diretrizes operacionais é um processo complexo e depende de vários fatores para que se mantenha a direcionalidade pretendida pelos diferentes atores sociais, participantes do jogo social.

Especificamente, no caso do CAPS estudado, as dificuldades de concretização dessa nova lógica de atenção em saúde mental perpassam e se inter-relacionam nos diferentes eixos que compuseram a presente pesquisa.

No que se refere a estrutura física, os profissionais indicam que o CAPS conta com espaço e equipamentos adequados às necessidades do serviço. Entre os anos de 2003 a 2004, o CAPS passou por uma reforma em suas instalações, ficando estas, adequadas aos objetivos da unidade. As condições poderiam ser melhores se as oficinas produtivas fossem realizadas em outro local, pois além de favorecer a utilização do espaço hoje ocupado para outras atividades, possibilitaria a inserção dos usuários em outro ambiente, favorecendo-lhes sua sociabilidade.

Em relação aos materiais de consumo, os problemas vão desde a ausência total de objetos e utilidades básicas à manutenção do serviço até o recorrente atraso no repasse dos materiais necessários às oficinas terapêuticas e de produtividade. As oficinas ficam prejudicadas e até mesmo paralisadas por conta das faltas de recursos e dificuldades de gestão adequada do serviço. Esta situação coloca em prejuízo o projeto terapêutico de tratamento dos usuários e a eficácia e efetividade dos propósitos da nova política de atenção em saúde mental.

No campo da gestão do CAPS, apesar da histórica escassez de recursos destinados à saúde, foram evidenciadas situações problemáticas, principalmente no processo de descentralização político-administrativa, que poderiam ser melhoradas a partir dos recursos existentes. De acordo com os resultados da pesquisa, 50% do grupo de técnicos afirmam que existe planejamento e avaliação das ações. Alguns deles observam estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação, objetiva e sistemática, dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declaram não existir processo de planejamento e avaliação das ações, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

Sobre este aspecto, cabe destacar que as técnicas disponíveis na área de planejamento e avaliação de serviços de saúde têm mostrado bons resultados quando aliadas à vontade política de mudar a situação. Apesar dos dados demonstrarem uma divisão entre os técnicos no que se refere a afirmação sobre a existência de planejamento e avaliação, destacamos que as poucas ações que acontecem giram em torno das atividades que são e aquelas que poderão ser realizadas, e na discussão sobre as dificuldades cotidianas do trabalho na unidade. As avaliações são informais, realizadas na reunião

mensal da equipe técnica e nas reuniões clínicas semanais, sendo notório a ausência de um processo de planejamento estratégico, sistemático e contínuo do projeto terapêutico do CAPS, bem como, de avaliação de indicadores.

Com relação aos recursos financeiros, os resultados da pesquisa apontam para o que já vem sendo denunciado por autores como Amarante (2003; 2005): o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. O pagamento pelo sistema de procedimentos realizados, por meio das APACs, condiciona a existência de recursos à produtividade do serviço. Quando os CAPS não estão articulados com outras políticas sociais necessárias à sobrevivência do usuário e a adesão dele ao projeto de vida que o serviço deve-lhe oferecer, a tendência é fracassar.

Para que a pessoa possa freqüentar o CAPS ela precisa de condições materiais e psicossociais básicas, como moradia, transporte, alimentação, auto-estima, estímulo, desejo, etc.. Quando o usuário não desfruta de tais condições as chances dele se vincular ao projeto terapêutico são menores e, conseqüentemente, sem a participação ativa dos usuários o CAPS não terá produtividade. Ainda, nem todas as ações realizadas no CAPS constam na tabela de procedimentos pagos pelo atual sistema do SUS, dificultando as atividades de ressocialização que envolvem trabalhos na comunidade e na sociedade.

Os profissionais afirmam que os usuários participam do planejamento das atividades do CAPS. Referem que isso acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Neste caso, foi possível perceber que a participação dos usuários em geral diz respeito mais a questões cotidianas do funcionamento do serviço. A associação participa diretamente da comercialização dos produtos confeccionados nas oficinas e na realização de alguns convênios com entidades da área da cultura, lazer, ensino, etc. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada, que abarque as especificidades da área da saúde mental e envolva os usuários, os familiares e os técnicos como sujeitos partícipes do processo de gestão do serviço.

No eixo recursos humanos e projeto terapêutico existem contradições explícitas e implícitas que perpassam o discurso e as práticas dos técnicos que prestam assistência aos usuários do serviço. Eles reconhecem e destacam a relevância do trabalho em equipe, argumentam que este traz a possibilidade de trocas entre as várias áreas do conhecimento e a conseqüente oferta de um atendimento multidimensional. Contudo, relatam dificuldades

na realização deste trabalho, devido a uma suposta diferença de formação profissional e de concepção, com relação ao que sejam os objetivos do CAPS e da Reforma Psiquiátrica. Indicam existir interdisciplinaridade no atendimento ao usuário, no entanto, percebeu-se que a concepção de interdisciplinaridade aparece muito mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade, estando ainda distante dos ideais da intertransdisciplinaridade.

Sendo assim, cabe destacar que sem a devida clareza e consciência do que exatamente deve mudar corre-se o risco de que, fundamentalmente, se modifiquem os espaços de realização do tratamento, transferindo-se e conservando-se as práticas de exclusão e discriminação. É preciso se ter em conta que toda dimensão técnica tem também uma dimensão política. Dessa forma, faz-se necessário questionar-se sobre o que se pretende com o “fazer” nos novos serviços de atenção à saúde mental e que valores estão presentes nas ações executadas. O usuário precisa ser percebido como sujeito do processo saúde-enfermidade, e não como objeto e instrumento do exercício das relações de poder disciplinar.

Com relação ao eixo participação do usuário e da família no tratamento, os participantes da pesquisa identificam dificuldades em realizar o atendimento familiar no CAPS. Os profissionais relacionam como justificativas, a falta de técnicos qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades da equipe. Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que seja o transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, também foram relatados pelos entrevistados. Entre os obstáculos para a (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e o estigma da loucura ainda presentes no imaginário social das pessoas.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacam o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário. Neste aspecto queremos destacar a necessidade de se reconhecer, no processo de implantação da Reforma e da política de saúde mental, um projeto ético-político social, capaz de reavaliar, substancialmente, o conceito tradicional de

“doença/saúde mental” e, conseqüentemente, a forma de como lidar as diferenças em sociedade.

No eixo (re)inserção social procuramos identificar se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas à desinstitucionalização e à reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referem que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras. A maioria deles afirma que não existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer.

Tais dados nos remetem ao questionamento sobre como a Reforma Psiquiátrica, em sua aplicação prática, apresenta certa inércia política. Existe uma lacuna entre o referencial teórico do novo modelo de atenção e as práticas que se efetivam no cotidiano dos serviços. Com isso, queremos chamar a atenção para a necessidade urgente de se construírem ações de atenção que favoreçam o conhecimento de si, reforcem a autonomia, o cuidado de si e a emancipação do sofredor psíquico.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referem que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental. A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos profissionais como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista político-jurídica dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico. Na visão dos participantes da pesquisa, o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica relaciona-se a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos pressupostos da própria Reforma. Não obstante, destacamos aqui a necessidade de se refletir sobre o descompasso entre a vitória no campo jurídico, o novo discurso da Reforma Psiquiátrica e um fazer prático que parecem ainda negar a emancipação do portador de transtorno mental.

No eixo integração do CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município, os dados coletados na pesquisa indicam que a relação existente é pouca, funciona de maneira precária e confusa, e que ainda está num processo preliminar. A articulação com as equipes de PSF e PACS também é insuficiente, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda. A unidade não realiza nenhum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. Apenas dois profissionais referiram estar pensando neste tipo de trabalho.

Foram apontadas como justificativas para esta situação o fato do CAPS não estar territorializado, de ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta de todo o município, e a ausência de um planejamento e estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhadas pessoas com transtorno mental grave. E, segundo os entrevistados, não tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Neste aspecto, vê-se a urgência na redefinição da abordagem em saúde mental, fazendo-se necessário a construção de estratégias de atenção integral, dentro dos princípios do SUS, que envolvam o portador de transtorno mental como cidadão, a família, o Estado e a sociedade.

De acordo com os profissionais existem diferenças no atendimento prestado no e pelo CAPS em relação aos hospitais psiquiátricos. Eles se referem às diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência do discurso médico psiquiátrico do hospital, e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e as necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial, em contraposição ao tratamento igual para todos das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Por fim, os dados coletados na presente pesquisa indicam que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes, prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a relação eficácia/efetividade dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Concluimos, com este estudo, que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é ainda um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológica, técnico-assistencial, político-jurídico e sócio-cultural.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____, P. (coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995a.

_____, P.. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. vol.11, no.3, jul./set. 1995b, p.491-494. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 14/09/2005.

_____, P. A (clínica) e a Reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. pp. 45-65.

_____, P. **A epistemologia e a Clínica da Reforma**. Conferência proferida no IV Encontro Catarinense de Saúde Mental. Florianópolis, 30 de junho a 2 de julho de 2005. (anotações manuscritas).

BASAGLIA F. (coord.) **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 3ª ed. Tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002a, 213 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em Saúde Mental 1990-2002**. 3ª ed. revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAPS II PONTA DO CORAL. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. **Projeto Terapêutico**. Florianópolis, 2004.

CORREIA, M. V.C..Que controle social na política de Assistência Social? **Revista Serviço Social & Sociedade**. N. 72. São Paulo: Cortez, nov. 2002, pp. 119-144.

COSTA, R. C. R. da.. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia e Política** Nº 18: 49-71 JUN. 2002

COSTA –ROSA, A. da; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. p. 13-44.

COSTA-ROSA, A. da.. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asialr. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. p. 141-168.

CHIZZOTTI, A.. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R.. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

DESVIAT, M.. **A Reforma Psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental**. In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

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

FLEURY, S.. **Espaço, território e cidadania**: a cidade dos cidadãos. Trabalho apresentado no VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra (16,17,18 de setembro), 2004. Disponível em: <www.ces.uc.pt/LAB2004>. Acessado em 20 de fevereiro de 2006.

_____, S.. (org.). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989.

FREIRE, F. H. M. de A.; UGÁ, M.A.D.; AMARANTE, P. Os centros de atenção psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

FRANCO, S. de O.. **Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de caso**. 2005. 110f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Florianópolis, 2005. 110f.

FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial**. Percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004.

GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E.. **A pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, R.. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M.. **Microfísica do poder**. Trad. de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graaal, 1979.

MINAYO, M. C. de S.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC; ABRASCO, 1994.

MIOTO, R.C.T.. Família e saúde mental: contribuições para reflexão sobre os processos familiares. **Revista Katalysis**. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico. Departamento de Serviço Social. N.2 Florianópolis: Editora da UFSC, 1998.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental: em busca da articulação e qualificação das ações em saúde**. Monografia

(Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Latu Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

OLIVEIRA, W. F.; DORNELES, P.. Patrimônio e ambiente da loucura: a formação do profissional de saúde mental e o dialogo com a vida da cidade. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

PITTTA A.. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje. In: PITTA. A.(org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral**: desvelando sua significação. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

_____. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

ROSA, L.C.dos S.. Os saberes construídos sobre a família na área da saúde mental. **Revista Serviço Social & Sociedade**. N° 71. Ano XXIII. São Paulo: Cortez, set de 2002, pp. 138-164.

_____. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, F., et. al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SANTOS, W.G.. **Cidadania e Justiça**. Rio de Janeiro: Editora Campos, 1979.

SARACENO, B.. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SOUZA, W. da S.. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. jul./ago. 2001, vol.17, no.4

p.933-939. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 19/10/2005.

SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Teses em Enfermagem, 42).

STUANI, D.. **Projeto de Estágio**. (Projeto de Estágio Curricular apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina). Florianópolis, 2005. texto digit.

TENÓRIO, F. G. (org.). **Gestão de ONGs**: principais funções gerenciais. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

TORRE, E.H. G; AMARANTE, P.. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. [online]. 2001, vol.6, no.1 [citado 05 Dezembro 2005], p.73-85. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br> >. ISSN 1413-8123.

TRIVIÑOS, A.N. S.. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. (org.). **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000a.

_____, E. M. Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000b. p. 169-194.

VIEIRA, L. **Cidadania e globalização**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Formulário a ser aplicado a todos os profissionais da equipe do CAPS.

Identificação

Nome:

Apelido:

Formação:

Ano:

Capacitação específica na área: Sim Não

Nível: residência especialização mestrado doutorado

Tempo de serviço na instituição:

Tipo de vínculo empregatício: Servidor público concursado contrato temporário

Outro. Especifique _____

Regime de trabalho: _____ (horas semanais)

Tempo de atuação na área:

Experiência de atuação profissional em outra instituição: Sim Não

Qual:

Tempo:

Principais perguntas

- 1) A área física do Caps é suficiente para o atendimento da demanda? Sim Não
- 2) As instalações são adequadas para a realização das atividades propostas? Sim Não
- 3) Os equipamentos disponíveis são suficientes? Sim Não
- 4) Estão em bom estado de utilização? Sim Não
- 5) Os materiais disponíveis são suficientes? Sim Não
- 6) Existem dificuldades na realização das atividades do Caps Sim Não. Em caso de resposta afirmativa, especifique as cinco principais? _____

- 7) O trabalho é realizado em equipe? () Sim () Não.
- 8) Existe algum tipo de supervisão de equipe ou outro recurso para acompanhar e discutir as questões do trabalho em equipe? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual?
-

9) Participa ou já participou de capacitação específica para atuar no Caps? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual? _____

10) Durante o tempo em que está trabalhando na instituição houve algum treinamento ou capacitação? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quando? _____(ano). De quantas horas? _____. Organizado por quem? _____

11) Na sua opinião, existe interdisciplinaridade no trabalho no Caps? () Sim () Não

12) Você conhece a política de saúde mental? () Sim () Não.

13) No Caps, existe disponibilidade de material didático e documentos sobre a política de saúde mental? () Sim () Não.

14) Existe planejamento e avaliação das ações do Caps? () Sim () Não

15) Existe projeto terapêutico de trabalho da instituição? () Sim () Não. Em caso afirmativo, foi planejado em equipe? () Sim () Não.

16) O serviço adota projeto terapêutico individualizado? () Sim () Não.

17) O usuário participa do planejamento do seu tratamento? () Sim () Não.

18) Existe atendimento familiar? () Sim () Não.

19) Existem ações intersetoriais do Caps e outras instituições que envolvam: educação, trabalho, esporte, cultura e lazer? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quais?

20) Existe relação do Caps com a rede básica de saúde municipal? () Sim () Não.

Que tipo? _____

21) O Caps realiza algum trabalho de educação permanente (capacitação e supervisão) sobre saúde mental em cooperação com as equipes de atenção básica? () Sim () Não.

Que tipo? _____

Outras observações:

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Entrevista a ser realizada com os profissionais da equipe do CAPS, segundo o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de nível superior entre as existentes na unidade. Em caso de mais de um profissional na área será realizado sorteio.

Identificação

Nome:

Apelido:

Temas e principais perguntas

1 Estrutura e recursos financeiros

- 1) Qual conhecimento possui sobre o repasse dos recursos financeiros para o Caps?
- 2) Conhece a forma de financiamento do serviço? O que você acha?
- 3) Como são administrados os recursos repassados? Existe planejamento?
- 4) Na sua opinião, a descentralização administrativa dos recursos possibilita o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do Caps? Quais as vantagens e desvantagens identifica?
- 5) Na sua opinião, os recursos repassados (gerados pelo serviço) são suficientes para realizar as atividades do Caps? Em caso de resposta negativa, quais atividades ficam prejudicadas e/ou poderiam ser realizadas se houvessem recursos?
- 6) Existem dificuldades no funcionamento do Caps com relação a falta de recursos financeiros? Quais identifica?

2 Recursos humanos e projeto terapêutico

- 1) Quais dificuldades identifica no trabalho em equipe no Caps?
- 2) Na sua opinião, quais vantagens o trabalho em equipe possibilita?
- 3) Considera importante a capacitação específica em saúde mental para atuar no Caps? Fale sobre.

- 4) Na sua opinião, qual a importância da interdisciplinaridade no atendimento ao usuário de saúde mental?
- 5) Considera importante conhecer sobre a política de saúde mental, seus princípios, sua estrutura e organização para o trabalho do Caps?
- 6) Como acontece o planejamento e a avaliação das ações do Caps?
- 7) Na sua opinião, em relação ao atendimento nas instituições tradicionais/asilares (hospitais psiquiátricos), como é o atendimento ao usuário no Caps?

3 Participação do usuário e da família no tratamento

- 1) Como é pensado o projeto terapêutico de tratamento do usuário?
- 2) Como o usuário participa do planejamento do seu tratamento?
- 3) Quais as formas criadas para oportunizar a participação do usuário no planejamento do seu tratamento?
- 4) A família participa do tratamento? Em caso de resposta afirmativa, de que forma? Em caso de resposta negativa, por quê?
- 5) Quais as formas criadas para oportunizar a participação da família no tratamento?
- 6) Quais dificuldades identifica com relação a realização do atendimento familiar?
- 7) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção familiar do portador de transtornos mentais?
- 8) Qual o papel dos usuários (ou da associação de usuários e familiares) no planejamento das ações do Caps?
- 9) Na sua opinião, qual a importância das associações de usuários e familiares para o tratamento do portador de transtornos mentais e para os serviços de saúde mental?

4 Inserção social

- 1) Na sua opinião, as práticas assistenciais realizadas no Caps encaminham-se na direção da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial?
- 2) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção social do portador de transtornos mentais?
- 3) Quais avanços e conquistas identifica com relação a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais?
- 4) Na sua opinião, o atendimento no Caps possibilita ao usuário a construção da sua autonomia? Como?

- 5) Na sua opinião, a organização atual dos serviços de saúde mental (da política de saúde mental) favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais? Qual a importância do caps nesse contexto?

5 Integração com a rede municipal de assistência em saúde

- 1) Qual a relação do Caps com a(s) equipe(s) de Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência?
- 2) O Caps tem controle das internações psiquiátricas no seu território? Em caso afirmativo, como ocorre este controle?
- 3) Na sua opinião, qual o lugar que o Caps ocupa na rede de atenção em saúde? Constitui-se no serviço que regula a porta de entrada para o atendimento em saúde mental?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este instrumento tem a intenção de obter o seu consentimento por escrito para participar do estudo “A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis”, durante o período de 01 a 31 de março de 2006, com o intuito de contribuir para o levantamento de dados para a elaboração do referido trabalho.

O estudo tem como objetivo geral analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Ao propormos a presente pesquisa esperamos contribuir com a produção de conhecimentos e saberes sobre as novas práticas de atenção e cuidado ao portador de transtornos mentais.

Os relatos obtidos serão confidenciais e, portanto, não será utilizado o nome dos participantes em nenhum momento, garantindo sempre o sigilo da pesquisa e os preceitos éticos da profissão. Os depoimentos serão referenciados pelo apelido a ser escolhido pelo próprio entrevistado

Certa de sua colaboração, agradeço sua disponibilidade em participar do estudo.

Eu _____,
consinto em participar desta pesquisa, desde que respeitadas as respectivas proposições contidas neste termo.

Florianópolis, março de 2006.

Assinatura do entrevistado.

ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

FERNANDA SCALZAVARA

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Serviço Social** - Área de concentração: Serviço Social, Direitos Humanos e Questão Social.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ivete Simionatto.

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de **Mestre em Serviço Social**, e aprovada na sua forma final, em 31/7/2006, atendendo as normas vigentes no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e na Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof^a Dr^a Catarina Maria Schmickler
Coordenadora do PPGSS/UFSC

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Ivete Simionatto, Dr^a.
Departamento de Serviço Social/UFSC
Presidente

Prof^o Walter Ferreira de Oliveira, Ph.D.
Departamento de Saúde Pública/UFSC
Membro

Prof^o Jonas Salomão Spricigo, Dr.
Departamento de Enfermagem/UFSC
Membro

Prof^o Mário Teixeira, Dr.
Departamento de Clínica Médica/UFSC
Membro Suplente

*Aos profissionais e aos usuários do CAPS
Ponta do Coral de Florianópolis.*

AGRADECIMENTOS

Desejo expressar meus sinceros agradecimentos aos profissionais do CAPS Ponta do Coral, pela receptividade, atenção, acolhimento e colaboração na fase mais importante desta pesquisa, assim como pela consideração ao meu trabalho profissional. Também, aos usuários desta unidade de serviço, pela forma carinhosa e acolhedora com que sempre me receberam.

À professora Ivete Simionatto por ter aceitado a orientação do trabalho; agradeço a oportunidade de poder ter desenvolvido a pesquisa de meu interesse e desejo profissional.

Aos professores Jonas Spricigo e Mário Teixeira pela atenção, disponibilidade e colaboração, essenciais na definição e elaboração do projeto de dissertação. Igualmente, ao professor Walter Ferreira de Oliveira pelas considerações e contribuições no exame de qualificação.

À sempre Mestre, amiga e professora Iliane Kohler, pela relação de ensino-aprendizado humana, saudável, mantida no decorrer de toda a minha vida acadêmica; pelas ajudas concretas nos momentos de dificuldades, pelos conselhos, orientações e *encaminhamentos* necessários nos instantes, nas horas, nas fases de incerteza, insegurança, angústia, desespero.

Aos profissionais Mara Regina de Oliveira e Antônio Heinzen Filho, pelo suporte terapêutico necessário nos últimos anos da minha vida; especialmente por terem me ajudado a transformar as dificuldades, os obstáculos, as conquistas cotidianas no *Mestrado da Vida*.

Às profissionais e amigas Maria Sirene Cordioli e Maria Inês Bernardino, pela relação profissional responsável, ética, competente, que me impulsionou para os estudos na área da saúde mental; pela amizade acolhedora, carinhosa, fraterna, pelas comemorações e pelos momentos de descontração.

Aos meus pais e à minha família, base dos meus valores ético-morais.

Às minhas amigas e aos meus amigos, que de perto ou de longe, acompanham minha trajetória, acreditam e torcem por mim.

Formalmente, agradeço as instituições públicas CAPES e UFSC, através dos programas PROF e PGSS, pelo financiamento da bolsa que permitiu a dedicação profissional integral para a realização deste trabalho.

RESUMO

O presente trabalho tem como objeto de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. Constitui-se como objetivo geral da presente pesquisa analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Os procedimentos metodológicos da pesquisa constaram de: pesquisa empírica na coleta das informações, através de entrevistas semi-estruturadas, gravadas, realizadas com um profissional de cada área de formação de nível superior, dentre as existentes no CAPS, e aplicação de formulário, com questões fechadas, a todos os profissionais que compõem a equipe. As informações coletadas foram sistematizadas e organizadas em itens correspondentes aos eixos que nortearam a coleta dos dados, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde. A análise final foi realizada com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os resultados obtidos nos permitem concluir que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a efetividade e eficácia dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial. De maneira geral, podemos afirmar que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológico, técnico assistencial, político-jurídico, social cultural.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, política de saúde mental, serviços substitutivos.

ABSTRACT

The objective of present work is to study the operationalization of the Psychiatric Reformation in the city of Florianopolis, Brazil, based on one specific institutional model - the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral. The general objective of the present research is to analyze the institutional reality at the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral, Florianopolis, related to the operational process of mental health politics, based on the requirements of the Brazilian Psychiatric Reformation. The research methodological procedures have consisted of: empirical research and data collection, through semi-structured interviews, recorded, realized under the presence and supervision of a professional of each field, plus de existing data from the CAPS, and filled application, with closed questions, to all the professionals who compose the team. The data colleted was systematized and organized in items and events that are surrounded the data collection, which are: financial structure and resources, human resources and therapeutic project, participation of the user and the family in the treatment, social insertion, and integration of the service with the municipal network of assistance in health. The final analysis was based on theoretical production on mental health and the Psychiatric Reformation. The results allowed us to conclude that in scope of management of CAPS, the limited number of studies and the difficulties to transfer and administer them harmed the functioning of the service. The contributing factors were lack of strategic planning and systematic evaluation of actions. The difficulties associated with teamwork compromised the effectiveness and efficacy of the objectives. The absence of a municipal network dedicated to structure and articulate mental health appears as an obstacle to the practice of desinstitutionalization and psychosocial rehabilitation. In general, we can affirm that the changes in the assistance model, directed for Psychiatric Reformation is one of the challenges to the concretization to mental health politics in a new interaction between society and people with psychological illnesses. The operationalizational political difficulties of mental health go through different fronts of performance which constitute the complexity of social processes associated with Reformation in its different dimensions. These dimensions are: theoretic-epistemological, technical assistance, politic-legal and socio-cultural.

Keywords: Psychiatric Reformation, mental health politics, substitute services.

LISTA DE SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
APAC - Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CPASM - Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental
CMS – Conselho Municipal de Saúde
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FNS – Fundo Nacional de Saúde
INAMPS – Instituto Nacional de Aposentadorias e Pensões
IPQ – Instituto de Psiquiatria Catarinense
MS – Ministério da Saúde
MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS – Organização Mundial para a Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF - Programa de Saúde da Família
RP – Reforma Psiquiátrica
SIH - Sistema de Informação Hospitalar
SAI – Sistema de Informação Ambulatorial
SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
SUS – Sistema Único de Saúde
TR – Terapeuta de Referência
ULS – Unidade Local de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Procedimentos metodológicos	18
2 REFORMA PSIQUIÁTRICA	222
2.1 O Modo Psicossocial	26
2.1.2 Atenção Psicossocial.....	28
2.2 Desinstitucionalização	30
2.3 Reabilitação psicossocial	32
3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA	344
3.1 Estrutura e recursos financeiros	344
3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico	45
3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental	46
3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário	51
3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações.....	59
3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento.....	65
3.3 Participação do usuário e da família no tratamento	69
3.3.1 Planejamento terapêutico individual.....	70
3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral.....	72
3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares	81
3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia.....	88
3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental.....	96
3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica	106
3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde...	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
REFERÊNCIAS.....	125
APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS.....	130
ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica.....	136

1 INTRODUÇÃO

O processo de mobilização, organização e luta pela Reforma Psiquiátrica brasileira origina-se no contexto dos movimentos sociais, no período de redemocratização do país (décadas de 1970/1980), e tem como base os pressupostos da Reforma Sanitária brasileira e da Psiquiatria Democrática italiana. Tal movimento esteve direcionado no sentido da crítica e desconstrução gradativa da assistência existente, embasada no saber psiquiátrico, que justificava as práticas decorrentes do modelo asilar e, ao mesmo tempo, buscava a construção de propostas de superação deste modelo.

Os anos de luta pela transformação do modelo assistencial tradicional (asilar), centrado na internação hospitalar, culminaram com a criação e regulamentação de leis e portarias relativas à implantação de uma rede de serviços substitutivos a este. A partir da década de 1990 um conjunto de leis, portarias, decretos, resoluções define novas exigências em relação à assistência psiquiátrica prestada aos portadores de transtorno mental¹, incluindo a adequação das condições físicas das instituições de atendimento, a existência de projeto terapêutico, equipe multidisciplinar e outros dispositivos que garantam maior qualidade assistencial.

A Reforma Psiquiátrica é um processo em construção, que envolve tanto a sociedade civil, através dos diferentes os movimentos sociais, os profissionais, os usuários, bem como os órgãos gestores das políticas públicas. Estes são os responsáveis pela operacionalização das ações com relação a mudança de paradigma e prática em saúde mental. Nessa trajetória, aos profissionais cabe exercer o papel de sujeitos e críticos do processo de implantação da Reforma Psiquiátrica; aos gestores da política de saúde compete a decisão política com vistas a assegurar as condições técnicas para a implementação e operacionalização dos serviços de atenção; aos movimentos sociais fica a luta política pela construção social de um outro sentido para lidar com a "loucura" e com o "louco", a partir de uma transformação na relação sociedade/loucura.

¹ Cabe destacar que a expressão “portador de transtorno mental” é adotada neste estudo por acreditar-se que a palavra portador traz em si um caráter mutante. Ou seja, secundariza o transtorno mental e resgata o sujeito envolvido na condição de enfermo, como um ser dinâmico. Por sua vez, o termo transtorno mental traz um caráter psicossociológico, dinâmico, mutável, diferente do termo doença mental, muito embora não seja menos controvertido do que este último (ROSA, 2003, pp. 37-38). E, também, por ser “portador de transtorno mental” a expressão utilizada na linguagem técnica constante na política de saúde mental do Ministério da Saúde.

No curso das transformações operadas na e pela Reforma Psiquiátrica destacamos como marco significativo recente a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM)². Em seu documento conclusivo reafirma-se que as políticas de saúde mental devem respeitar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das leis Federal e estaduais, priorizando a construção da rede de atenção integral em saúde mental. Tais políticas devem ter como pressupostos básicos a inclusão social e a reabilitação psicossocial, estar integradas com outras políticas sociais, como educação, trabalho, lazer, cultura, esporte e habilitação profissional, visando garantir o exercício pleno da cidadania (BRASIL, 2002a).

O mesmo documento ressalta que a reorientação do modelo assistencial deve estar direcionada para concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e de promoção da saúde. Nesse sentido, é fundamental que as novas modalidades assistenciais desenvolvam práticas pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a auto-estima, a autonomia e a cidadania, buscando superar a relação de tutela e reprodução da institucionalização e/ou cronificação (BRASIL, 2002a).

A mudança do modelo assistencial é um dos desafios da Reforma Psiquiátrica. Busca-se, no âmbito da gestão pública, a construção de um novo pacto para transferir os recursos aplicados no modelo hospitalar para uma assistência comunitária. Entretanto, a mudança da lógica de atenção em saúde mental requer, também, uma mudança de paradigma. No bojo dos novos dispositivos de cuidado necessariamente deve estar uma nova ética do cuidar, baseada na premissa básica da autonomia possível e dos direitos humanos dos portadores de sofrimento psíquico. Isso significa considerar que as possibilidades de novas práticas terapêuticas devem caminhar ao lado da preocupação com a mudança das representações simbólicas do “louco” na sociedade, e com a produção de outros saberes.

Na atualidade, todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, bem como a literatura da área, referem-se a desconstrução como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade das ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Tal proposição tem como base a

² Realizada em Brasília, de 11 a 15 de dezembro de 2001. A I Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em 1987 e a II em 1992.

incapacidade da psiquiatria em explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (TORRE; AMARANTE, 2001).

O modelo manicomial tem seu fundamento na noção de que a experiência de sofrimento psíquico diversa (delírio, alucinação) é sinônima de erro. Um dos aspectos mais importantes no processo de transformação radical deste é a superação do conceito de doença. Conforme apontam Torre e Amarante (2001, p.73-85), “não se trata, obviamente, de negar a diversidade da experiência do delírio ou da alucinação, mas de não utilizar o conceito de doença (igual a erro) na relação com o sujeito”. Nesta direção, Rotelli (1990) propõe, no lugar do objeto “doença mental”, o objeto “existência-sofrimento” do sujeito em sua relação com o corpo social.

Segundo Costa-Rosa (et. al., 2003, p. 28), “ao se buscar a superação do saber psiquiátrico, sobretudo do paradigma doença-cura, procurou-se romper com práticas identificadas com o modelo clínico, por considerá-las ineficazes, segregadoras”. Busca-se no modo psicossocial estabelecer-se “a construção de uma relação de contrato com o sujeito que substitua a relação de tutela instaurada pela psiquiatria” (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 73-85). Como oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar surge, no contexto da Reforma Psiquiátrica, a atenção psicossocial como paradigma do modo psicossocial.

A origem das práticas de atenção psicossocial, como designação de experiências significativas no contexto da saúde mental, está relacionada às contribuições das diferentes experiências históricas de reforma, que incluem as Comunidades Terapêuticas e a Antipsiquiatria, na Inglaterra, a Psicoterapia Institucional, na França, a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, nos Estados Unidos e a Psiquiatria Democrática, na Itália³. No caso brasileiro somam-se as contribuições das políticas públicas e das experiências locais pioneiras dos centros e núcleos de atenção psicossocial, em Santos, São Paulo.

O modelo psicossocial vem ganhando elementos tanto em termos teórico e técnico quanto ideológicos e éticos, aptos a constituírem um novo paradigma para as práticas em saúde mental, capaz de substituir o paradigma psiquiátrico que ainda é dominante. Costa-Rosa (et al., 2003, p.31), observa que de modo geral os elementos teóricos subjacentes a essas experiências passam principalmente pelas idéias sociológicas e psicológicas, pelo materialismo histórico, pela psicanálise e pela filosofia da diferença. Nesse sentido, é importante indicar que o lugar social da saúde mental é um lugar de

³ Estudos sobre estas experiências encontram-se em DESVIAT (1999); ROTELLI (2001).

conflito, confronto e contradição. Entender a saúde mental dessa forma implica em reconhecê-la como expressão e resultante de relações e situações sociais concretas. “Por qualquer perspectiva que se olhe, tratar-se-á sempre de um eterno confronto: pulsações de vida/pulsações mortíferas; inclusão/exclusão; tolerância/intolerância” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p. 29).

A operacionalização da Reforma Psiquiátrica, através da implantação da rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, territorializados e integrados à rede de saúde, tem sido uma construção lenta e difícil, perpassada por interesses políticos e econômicos. Muitas vezes são privilegiados procedimentos técnico-burocráticos, assistenciais, em prejuízo de um serviço que tenha como foco o tratamento da pessoa humana na sua dimensão integral. Por outras, a Reforma Psiquiátrica é entendida como sinônimo de reestruturação de serviços; introdução ou modernização de novas tecnologias de tratamento e cuidado; promulgação de uma nova legislação. Em geral, os problemas passam pela tendência de tornar a Reforma a implantação de centros de atenção psicossocial, de forma a banalizar o serviço, fazendo com que estes sejam uma extensão do hospital psiquiátrico (AMARANTE, 2005).

Não obstante, a transformação do modelo de atenção tradicional requer a construção de uma rede de atendimento ampla, com serviços diversificados e complementares, substitutivos das práticas asilares. O modelo substitutivo não significa alternativo, paralelo, complementar ou intermediário do sistema tradicional. Trata-se de um serviço forte, que comporta uma estrutura complexa em que o sentido das práticas deve ser alterado do “eixo da clínica” para o “eixo da cidadania”. Isso significa olhar para a pessoa-sujeito e não unicamente para a doença (AMARANTE, 2005).

Pensar a mudança do paradigma teórico-conceitual clássico significa provocar uma transformação na cultura da forma tradicional de ver e lidar com a loucura, buscar a construção de um outro lugar social para a loucura e a doença mental, a partir de uma transformação das relações sociedade-loucura/doença mental.

Nesse processo, os centros de atenção psicossocial (CAPS) constituem-se no “braço” do modelo psicossocial. Tornam-se serviços privilegiados para o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial e dispositivos estratégicos para a mudança da atenção em saúde mental.

De acordo com as normatizações do Ministério da Saúde, são atribuições dos CAPS: organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; prestar atendimento em regime de atenção diária; oferecer cuidado clínico eficiente e personalizado; realizar a

dispensação de medicamentos; acompanhar usuários que moram em residências terapêuticas; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, assessorando o trabalho dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território ou área de abrangência (BRASIL, 2004).

No sentido de favorecer o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, bem como estimular a mudança da lógica de ver e lidar com a “doença” e o “doente mental”, o direcionamento da Política Nacional de Saúde Mental preconiza que os projetos terapêuticos dos CAPS podem ultrapassar a estrutura física da unidade, em busca da rede de suporte social comunitária. O atendimento prestado deve ser através de projeto terapêutico individualizado, construído conjuntamente com o usuário. A preocupação principal não deve ser o estabelecimento de um diagnóstico clínico, mas sim o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2004).

Com base no exposto, a presente dissertação de mestrado tem como recorte de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - O Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. A escolha deste CAPS deve-se ao fato de ser este um serviço público de atendimento diário a portadores de transtornos mentais adultos, único nesta modalidade no município. A população de Florianópolis conta com outros dois centros de atenção psicossocial, um para atendimento de crianças e adolescentes (CAPSi) e outro para atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (CAPSad).

O CAPS Ponta do Coral constitui-se no principal serviço de atendimento extra-hospitalar na realidade local, desempenhando um papel central na assistência a portadores de transtornos mentais graves. A rede municipal de atenção em saúde mental é incipiente, com poucos recursos e o CAPS enfrenta diversas dificuldades na realização de suas atividades, concentrando uma demanda de atendimento superior a sua capacidade.

Destacamos a relevância deste estudo na medida em que está em curso no país uma reforma nos serviços de assistência em saúde mental, em que a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos pelo cuidado comunitário/ambulatorial tem sido a

diretriz básica para a reorganização da política de saúde mental, desde o nível federal aos níveis estadual e municipal.

A reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

O processo de reestruturação dos serviços de saúde mental está baseado na organização de uma rede comunitária de cuidados. Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esportes etc), culturais, religiosos e de lazer são convocados para potencializar as equipes de saúde na tarefa de realizar ações de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004).

Fazem parte desta rede de serviços de saúde mental os centros de atenção psicossocial, os núcleos de atenção psicossocial (NAPS), os serviços residenciais terapêuticos (SRTs), os hospitais gerais, os centros locais de saúde, as equipes de saúde da família e agente comunitários de saúde, entre outros. Particularmente, neste trabalho, nos interessamos por estudar os CAPS por estes assumirem um papel central na organização da rede, constituindo-se em serviços de atenção que “almejam à outra lógica, outra fundamentação teórica-técnica e outra ética, que não mais a do paradigma psiquiátrico” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.19).

Os CAPS foram criados para serem substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos, oferecendo atendimento em saúde mental à população de sua área de abrangência. São atendidas pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, incluindo aquelas que apresentam transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e crianças e adolescentes. As práticas realizadas neste tipo de serviço devem caracterizar-se por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro, na comunidade.

Oficialmente os CAPS foram instituídos pela Portaria GM/MS N°224/1992 e definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam uma população adscrita definida pelo nível local e oferecem atendimento de cuidados intermediários entre

o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (BRASIL, 2002b).

Atualmente, os CAPS são regulamentados pela Portaria GM/MS N° 336/2002 e integram a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta portaria estabelece critérios de porte/complexidade e abrangência populacional aos CAPS, classificando-os nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad⁴. A classificação dos diversos tipos de CAPS difere, basicamente, quanto ao tamanho da população pela qual se responsabilizam e quanto ao regime de funcionamento.

Os profissionais que trabalham nos CAPS integram uma equipe multiprofissional. São técnicos de nível superior e nível médio, de diferentes áreas de formação. Os profissionais de nível superior são médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física entre outros necessários para as atividades oferecidas, de acordo com o projeto terapêutico do CAPS. Os profissionais de nível médio podem ser técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores, artesãos, profissionais de limpeza e cozinha (BRASIL, 2004).

As equipes técnicas possuem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. Cabe aos profissionais a tarefa de organizar-se para realizar o acolhimento dos usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, realizar as atividades de reabilitação psicossocial, equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas.

Ao considerarmos as práticas em saúde mental de um centro de atenção psicossocial nosso objeto de estudo estamos entendemos que é a partir delas que a mudança de paradigma se torna possível, haja vista que a estruturação de uma rede de

⁴ O CAPS I tem capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e deve funcionar das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira; o CAPS II atende municípios com população entre 70.000 e 200.000, deve funcionar das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas; o CAPS III atende municípios com população acima de 200.000 habitantes, funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana. Já os CAPSi e os CAPSad possuem características diferenciadas dos demais. O CAPSi é referência para municípios com população acima de 200.000 habitantes e constitui-se em um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período até 21 horas. Os CAPSad destinam-se a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. É indicado em municípios com população acima de 100.000 habitantes, funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas (BRASIL, 2002b).

novos serviços de saúde mental não constitui por si só uma ruptura com o paradigma das práticas asilares, da segregação e da tutela do portador de transtorno mental. Contudo, sabemos que analisar uma realidade institucional é uma tarefa difícil, principalmente quando nos propomos olhar esta realidade em movimento, permeada de contradições e como fruto de um processo sócio-histórico.

Nesse sentido, elegemos como sujeitos informantes os profissionais que atuam no Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, por entendermos que a eles cabe a tarefa de realizar as atividades institucionais cotidianas. Esses profissionais integram uma equipe multiprofissional e assumem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. A nosso ver, constituem-se atores sociais centrais no processo de implementação e operacionalização da Reforma Psiquiátrica na realidade local.

Com isso queremos destacar que os profissionais de saúde mental exercem um papel relevante para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, seja como partícipes dos movimentos sociais, como gestores da política de saúde mental e/ou como trabalhadores (técnicos) nos serviços de assistência. Particularmente, aos profissionais dos CAPS cabe o compromisso de operacionalizar a mudança da lógica da assistência, na medida que estão atuando em um serviço considerado um dispositivo estratégico da rede de assistência em saúde mental. Esses profissionais estão diretamente ligados aos usuários do serviço e a implementação da política de saúde mental, função que os coloca na linha de frente de um cenário novo que vem passando por formulações e reformulações nos campos “político-jurídico, técnico-assistencial, epistemológico e sociocultural” (AMARANTE, 2003).

Torna-se pertinente ressaltar que o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) teve forte influência nos avanços ocorridos na mudança da assistência psiquiátrica. Constituído inicialmente de técnicos de saúde mental buscava a melhoria da assistência psiquiátrica e denunciava a situação precária dos manicômios. O MTSM posicionou-se em relação à assistência prestada, politizou a questão da Reforma, construiu uma linha de pensamento crítica no campo da saúde mental. Organizados, os trabalhadores criaram fóruns de discussões locais de caráter técnico e político e defenderam as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Posteriormente, o movimento ampliou-se no sentido de ultrapassar sua natureza técnico-científica, organizou sua estrutura administrativa como fórum nacional e passou a ser designado Movimento da Luta Antimanicomial, tornando-se um movimento social que passou a englobar várias entidades como associações de usuários

e familiares⁵, ONGs, entre outras (AMARANTE, 1994, 1995a; SOUZA, 2001; VASCONCELOS, 2000b, 2004).

Assim, nos parece certo que os profissionais de saúde mental são atores sociais influentes na efetivação da Reforma Psiquiátrica. Razões significativas para pesquisar e valorizar suas experiências e opiniões, na medida em que seus relatos podem indicar como vem se realizando no dia-a-dia a Reforma, bem como contribuir para a construção de novas práticas e a produção de novos saberes. E, entendemos como Foucault, que os saberes não são apenas conhecimentos acadêmicos, produções que se autodenominam científicas. Os saberes também estão onde são produzidos, pois sempre criam visões de mundo, produzem histórias e História.

Dessa forma, a presente pesquisa tem a finalidade específica de contribuir para a análise das práticas locais de saúde mental, a partir do estudo da realidade vivenciada no CAPS de Florianópolis e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Lembramos, ainda, que neste ano de 2006 o CAPS Ponta do Coral completa dez anos de atividades, fato que nos leva a destacar a importância de um estudo que identifique as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação deste serviço. No geral, busca-se fornecer subsídios para os avanços nas políticas de saúde mental e contribuir para a produção de conhecimentos sobre a realidade da prática das políticas públicas de saúde mental. Para tanto, elegemos como eixos de estudo e análise cinco pontos, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social e integração com a rede municipal de assistência em saúde.

Constitui-se como objetivo geral do presente estudo a análise da realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Para alcançarmos este definimos como objetivos específicos: 1) caracterizar a estrutura e os recursos financeiros disponibilizados

⁵ Cabe registrar que no campo da saúde mental encontram-se associações de composição variada. Há associações de usuários; associações de familiares; associações de usuários e familiares; associações de usuários, familiares e técnicos; associações de usuários e técnicos; e associações de técnicos e familiares. Em sua maior parte, o processo organizativo das associações é conduzido por elementos de constituição de laços de solidariedade e ajuda mútua. Contudo, existem associações que são favoráveis à agenda de inovações da assistência colocada pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e, outras, que se caracterizam como uma comunidade de veto em relação à mesma agenda (SOUZA, 2001).

e sua adequação às atividades do Caps; 2) conhecer as práticas assistenciais desenvolvidas pelo CAPS com relação ao projeto terapêutico e como se organiza o trabalho da equipe técnica; 3) identificar como ocorrem as práticas institucionais de participação do usuário e da família no tratamento e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica; 4) identificar se existem e quais são as ações institucionais, intersetoriais e/ou outras criadas com relação a inserção social do portador de transtornos mentais; 5) descrever e analisar a relação existente entre o CAPS e a rede municipal de assistência em saúde com relação a operacionalização da política de saúde mental e do SUS; 6) identificar quais as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação do CAPS, pontos positivos e negativos.

1.1 Procedimentos metodológicos

Para operacionalizar os objetivos do nosso estudo foi realizada uma pesquisa de caráter qualitativo, do tipo estudo de caso. Segundo Minayo (1994), a pesquisa qualitativa, nas ciências sociais, responde a questões particulares, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Isso significa considerar que trabalhamos com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que correspondem a pontos mais profundos das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser quantificáveis. E, segundo Chizzotti (2003, p. 104), em geral, a pesquisa qualitativa objetiva provocar o esclarecimento de uma situação para uma tomada de consciência pelos próprios pesquisados dos seus problemas e das condições que os geram, a fim de elaborar meios e estratégias de resolvê-los.

Dentre os tipos de pesquisa qualitativa, o estudo de caso talvez seja um dos mais relevantes. É uma modalidade que propicia retratar uma realidade de forma ampla e profunda, de forma a revelar a multiplicidade de dimensões presentes numa determinada situação e contextualizar o objeto para melhor compreendê-lo (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Nesta forma de estudo, o caso é tomado como unidade significativa do todo porque tanto retrata uma determinada realidade quanto revela a multiplicidade de aspectos globais presentes em uma dada situação (CHIZZOTTI, 2003). A principal função do estudo de caso é a explicação sistemática de fatos que ocorrem no contexto social e geralmente se

relacionam com uma multiplicidade de variáveis. Essa técnica caracteriza-se por ser um estudo intensivo, o qual deve considerar a compreensão geral do assunto investigado (FACHINI, 2001).

O local escolhido para a realização do estudo, o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, é um serviço público, municipal, cadastrado na modalidade CAPS II, situado à rua Rui Barbosa, 713 (fundos), no bairro Agrônômica, Florianópolis/SC. CAPS Ponta do Coral funciona das 8h às 18hs e atende uma demanda média diária de 40 usuários. O serviço foi criado em março de 1996 e funciona neste endereço desde o mês de dezembro do mesmo ano⁶.

A principal fonte de informação da presente pesquisa constituiu-se das falas dos profissionais, de formação de nível superior, e, no resultado do formulário aplicado a todos os membros da equipe do CAPS Ponta do Coral. Utilizamos para a coleta de informações a entrevista semi-estruturada, gravada, com questões abertas, e a aplicação de formulário com questões fechadas (Apêndices A e B). As entrevistas foram orientadas por um roteiro com perguntas estruturadas e agrupadas em cinco blocos correspondentes aos eixos de estudo da pesquisa. De acordo com Trivinos (1987), a entrevista semi-estruturada geralmente parte de certos questionamentos básicos, de perguntas fundamentais derivadas da teoria que é adotada para a pesquisa e de informações que o pesquisador possui sobre o tema a ser pesquisado.

Na pesquisa qualitativa, a entrevista é uma das técnicas mais utilizadas na coleta do material empírico. No tipo de estudo escolhido, foi possível perceber que a entrevista constituiu-se na ferramenta capaz de possibilitar a obtenção de dados mais profundos da realidade, os quais só podem ser obtidos com a contribuição dos sujeitos envolvidos.

O trabalho empírico para coleta dos dados e das informações na Instituição foi realizado entre a segunda quinzena do mês de março e a primeira quinzena do mês de abril de 2006 (16/3/2006 a 13/4/2006). A coleta teve início após a apresentação e solicitação de autorização para a realização da pesquisa à coordenação da Instituição. O projeto foi encaminhado à Comissão de Ensino e Pesquisa do CAPS II Ponta do Coral e à Direção de

⁶ A implantação do serviço foi efetivada em 25/3/1996, ficando instalado, provisoriamente, junto ao Centro de Saúde II do Centro de Florianópolis (atual ULS Centro), na Avenida Rio Branco. Em dezembro do mesmo ano foi transferido para o atual endereço, passando a ser chamado NAPS Ponta do Coral. Seu credenciamento no Ministério da Saúde aconteceu ao longo do ano de 1997. Em 2002, a Portaria GM n° 336 regulamentou a denominação dos antigos NAPS para CAPS (STUANI, 2005).

Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis para parecer. Mediante o parecer favorável (Anexo A) das referidas instâncias, foi realizada, em reunião de equipe, a apresentação do projeto aos profissionais do CAPS Ponta do Coral. Concluída esta etapa, foi realizada a entrevista pré-teste. A escolha do profissional observou os critérios constantes da metodologia do projeto. A entrevistada foi uma profissional da área da psicologia (área que tem mais de um profissional no CAPS) que tinha disponibilidade para a realização da entrevista na data escolhida. A partir desta entrevista, foram realizadas pequenas alterações no roteiro, com vistas a agrupar algumas perguntas, no sentido de diminuir o tempo necessário à efetivação da mesma. A referida entrevista teve a duração aproximada de uma hora e vinte minutos, acrescida de mais quinze minutos para a aplicação do formulário, totalizando uma hora e trinta e cinco minutos.

No total, foram realizadas seis entrevistas e aplicados doze formulários, de acordo com a metodologia estabelecida, a qual privilegiou, para a entrevista, o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de ensino superior, dentre as existentes no CAPS Ponta do Coral, quais sejam: psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Os formulários foram aplicados a todos os profissionais de formação de nível superior e de formação de nível médio. Foi necessário realizar sorteio do profissional a ser entrevistado apenas com relação a área da psicologia, por esta ter quatro profissionais atuando na equipe do CAPS. Como utilizamos um deles para a realização do pré-teste, participaram do sorteio apenas os outros três. O sorteio foi realizado na presença de outras duas profissionais da equipe.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos profissionais. A aplicação dos formulários foi simultânea e obedeceu ao mesmo critério. No caso de três dos profissionais entrevistados não foi possível realizar a aplicação do formulário no momento da entrevista, a pedido dos mesmos, devido a limitações de tempo. As entrevistas foram gravadas em fitas cassete, com a autorização prévia dos entrevistados, e, posteriormente, as falas foram transcritas.

As informações e os dados coletados foram sistematizados e classificados, de acordo com os eixos de pesquisa, e posteriormente analisados com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os dados originados dos formulários foram analisados e tratados descritivamente, ou seja, reduzidos a termos descritivos. Para efeito de padronização e de comparação foi adotado o método da porcentagem.

A análise final, que, segundo Minayo (1994), corresponde a um movimento contínuo entre o empírico e o teórico e vice-versa para fazer do caos aparente das

informações revelações da sua especificidade, foi construída pela síntese das informações coletadas em cada eixo de estudo, previamente definidos.

As questões éticas foram consideradas em todas as etapas do estudo, especialmente, na relação com os entrevistados, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) e dentro do que determina a Resolução N° 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde e o Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina. Os profissionais foram informados e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa quando da apresentação do projeto em reunião de equipe e individualmente antes da realização da entrevista. Foi preservado o anonimato dos entrevistado ao se utilizar codinomes para referenciar as falas no trabalho, destacando-se que os mesmos escolheram livremente seu próprio apelido quando da realização da entrevista. Apenas uma das entrevistadas optou por deixar a cargo da pesquisadora a escolha do codinome.

O trabalho que ora apresentamos está organizado de forma a contemplar, neste primeiro capítulo, a introdução do tema e a metodologia utilizada na pesquisa; no segundo capítulo descrevemos, sistematizadamente, o norte teórico utilizado como referência para a análise dos dados e das informações coletadas; no terceiro capítulo trazemos os resultados e as análises da pesquisa. Ao final, resgatamos os principais tópicos relacionados aos eixos de estudo e expomos nossas considerações finais sobre o tema.

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA

Procuramos expor neste capítulo uma síntese das análises de alguns autores que têm contribuído para o avanço nas discussões sobre a Reforma Psiquiátrica, bem como a definição do que vem a ser este outro modelo de atenção em saúde mental – o Modo Psicossocial, tanto em seus aspectos prático-assistenciais quanto em suas exigências éticas e teóricas, no sentido de construirmos o norte teórico orientador das análises da presente pesquisa.

Todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, na atualidade, bem como a literatura da área estabelecem a categoria teórico-prática “desconstrução” como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade nas ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Reiteram, também, a incapacidade da psiquiatria de explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (BASAGLIA, 1985; ROTELLI, 1990). Neste sentido, a proposta da Reforma Psiquiátrica objetiva criar experiências alternativas ao hospital psiquiátrico e ao modelo de suas práticas, através da extinção desse tipo de instituição e sua substituição por recursos que sejam capazes de rever tanto as concepções do “objeto” quanto dos “meios” e modos da sua intervenção nessa área.

A partir das contribuições colocadas por Fleury (et. al., 1989), com relação ao conceito de Reforma Sanitária como um “processo de transformação estrutural”, e da noção de *processo social complexo* proposta por Rotelli (1990), Paulo Amarante (2003, p.49), define Reforma Psiquiátrica como:

um processo social complexo que se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade.

Nessa concepção, o autor observa que processo indica algo em permanente movimento, que não tem um fim predeterminado, nem um objetivo último ou ótimo. E, a idéia de complexidade é posta não como sinônimo de complicação, mas sim como uma atitude epistemológica no sentido de reabrir a possibilidade de recomplexificação do fenômeno, proposição oposta a naturalização/objetualização da noção de doença. Neste sentido, a doença deixaria de ser reduzida a uma alteração biológica, para tornar-se um

processo de saúde/enfermidade. Em outras palavras, “a doença não é um objeto, mas uma experiência nas vidas de sujeitos distintos” (AMARANTE, 2003, p.53).

Na continuidade de suas análises sobre a Reforma Psiquiátrica Amarante (2000, 2003) designa quatro dimensões para as transformações operadas na e pelas práticas da Reforma, quais sejam: teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural.

A dimensão teórico-conceitual ou epistemológica contempla o conjunto de questões que dizem respeito a produção de conhecimentos e saberes que irão subsidiar as práticas. É uma dimensão que vai desde a reflexão dos conceitos mais fundamentais do campo das ciências até os conceitos produzidos pela psiquiatria: alienação, doença mental, normalidade/anormalidade, terapêutica e cura. Um aspecto muito importante desta dimensão refere-se ao desafio de se repensar as relações entre conhecimento e objeto (AMARANTE, 2003).

Na interpretação de Costa-Rosa (et al., 2003, p. 32), o campo teórico-conceitual pauta-se na desconstrução de conceitos e práticas, sustentados pela psiquiatria e pela psicologia nas suas visões acerca da doença mental. Propõe-se como contrapartida a construção de noções e conceitos como “existência-sofrimento” do sujeito na sua relação com o corpo social, acolhimento, cuidado, emancipação e contratualidade social. Nesse âmbito, pode-se entender que o conceito de existência-sofrimento impulsiona a Reforma Psiquiátrica na direção de uma revolução paradigmática, uma vez que questiona a tão cara relação sujeito-objeto e o próprio paradigma doença-cura. Tal conceito aparece por contraposição ao paradigma doença-cura, expressando a exigência de se dar ao sujeito a centralidade da cena.

Como exemplo desse campo Amarante (2003, p. 50) destaca o processo de desconstrução do conceito de clínica, que deixaria de ser o isolamento terapêutico ou o tratamento moral para tornar-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades; a desconstrução do conceito de doença produzido pela psiquiatria, em que o sujeito, não mais visto como alteridade incompreensível, possibilitará outras formas de conhecimento, que produzirão novas práticas clínicas e sociais.

Cabe destacar que quando um conceito é submetido ao processo de desconstrução é possível supor que as relações entre as pessoas envolvidas também serão transformadas, assim como os serviços, os dispositivos e os espaços. Conseqüentemente, mudam, ainda, os conceitos e as práticas jurídicas que eram adotadas pelos conceitos desconstruídos.

Para Basaglia (1985) e Rotelli (1990), desconstrução está relacionada à noção de *invenção*, de construção do real, de produção da subjetividade, recolocando em discussão a ciência e a psiquiatria. Os autores referem-se a “desconstrução” do dispositivo psiquiátrico e clínico em seus paradigmas fundantes e suas técnicas de poder-saber, entendendo-a como uma ação prática de dismantelamento das incrustações institucionais que cobriam a doença. A desconstrução questiona as bases do dispositivo psiquiátrico, em sua competência para atuar frente à loucura.

Entende-se desconstrução como um processo social complexo, de desmontagem do dispositivo psiquiátrico, que não tem fim, ou não pretende constituir, um modelo ideal, mas sim dar novo significado às relações e colocar questões imanentes às situações-problema. Nesse sentido, é um processo que precisa, por definição, ser reinventado incessantemente, e questionar também o conjunto dos segmentos sociais que deveria ser [...] objeto de uma verdadeira "revolução molecular", quer dizer, de uma re-invenção permanente (GUATTARI, 1992 apud TORRE; AMARANTE, 2001, p. 14).

A dimensão político-jurídica passa pela criação e alterações na legislação com relação aos direitos e a assistência ao portador de transtornos mentais. O âmbito jurídico é decorrente do fato de a psiquiatria ter instituído a noção de relação entre loucura, periculosidade, irracionalidade, incapacidade, irresponsabilidade civil. No plano político luta-se pela extinção dos manicômios e sua substituição por instituições abertas, pela revisão das legislações sanitárias, civil e penal referente a doença mental, para possibilitar o exercício dos direitos à cidadania, ao trabalho e à inclusão social. Importa nessa dimensão rediscutir e redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais (AMARANTE, 2003, p. 53; COSTA-ROSA, et al., 2003, p. 33).

No âmbito da dimensão técnico-assistencial está o modelo assistencial. É nesse campo que, na realidade brasileira, aparecem mais visivelmente as inovações com relação as práticas assistenciais em saúde mental, concomitante a reconstrução dos conceitos. As transformações vêm acontecendo tanto na concepção de novos serviços (CAPS, oficinas terapêuticas e de reintegração sociocultural, cooperativas de trabalho) quanto na sua forma de organização e gestão (instituições abertas com participação e co-gestão com os usuários e a população).

Nos últimos anos têm-se objetivado construir uma rede de novos serviços, concebidos como espaços de sociabilidade, de trocas, em que se enfatiza a produção de saúde como produção de subjetividades. Essas mudanças indicam para uma mudança nas práticas de atenção e tem significado *colocar a doença entre parênteses*, propiciando

contato com o sujeito, rompendo com as práticas disciplinares; aumentando a possibilidade de recuperação do seu estatuto de sujeito de direitos (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 32-33; AMARANTE, 2003, p.51).

A expressão *colocar a doença entre parênteses* é atribuída a Basaglia, significa a suspensão do conceito e implica na possibilidade de novos contatos empíricos com o fenômeno em questão. Para o autor, a psiquiatria colocou o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença como fenômeno da natureza. Assim, Basaglia propõe uma inversão, isto é, colocar a doença entre parênteses para tornar-se possível lidar com o sujeito e não com a doença.

Amarante (2003) chama a atenção para o fato de a atitude epistemológica de colocar a doença entre parênteses não significa a negação da doença no sentido do não se reconhecer que experiências de sofrimento ou diversidade fazem parte da realidade concreta da saúde mental. Nas palavras do autor:

não significa a recusa em aceitar que exista uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar. Significa, isto sim, a recusa a explicação da psiquiatria, para dar conta daquela experiência, como se esta pudesse ser explicada pelo simples fato de ser nomeada como doença. A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia social e política da exclusão, e a ruptura epistemológica com o saber da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para objetivar conhecer a subjetividade (AMARANTE, 2003, p. 56).

A dimensão sociocultural expressa o objetivo maior da Reforma Psiquiátrica, haja vista que pretende transformar o *lugar social* da loucura no imaginário social, transformando as relações entre a sociedade e a loucura. Muito do imaginário social é decorrente da ideologia psiquiátrica que tornou senso comum a relação da loucura à incapacidade do sujeito de estabelecer trocas sociais e simbólicas (AMARANTE, 2003, p. 53).

Para tanto se têm estimulado uma série de práticas sociais visando transformar o imaginário social relacionado a loucura, a doença mental e a anormalidade. Está em processo de mudança a imagem da loucura e do louco, a imagem da instituição e a da relação dos usuários e a população com ela. A intencionalidade passa pela construção de uma imagem das instituições de atendimento como espaços abertos de circulação e pólos de exercício estético, e uma imagem do “louco” como cidadão que deve almejar poder de contratualidade social (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 33).

Pensar a Reforma Psiquiátrica como um processo complexo implica desconstruir, superar conceitos; pensar, refletir sobre as ações no campo da saúde mental e os efeitos de

suas práticas; criar, construir novas práticas e produzir outros saberes. Trata-se, portanto, de um processo contínuo em que os verbos transformar, produzir, desconstruir, desmontar, emancipar, reconstruir devem estar no cotidiano do fazer em saúde mental.

2.1 O Modo Psicossocial

A elaboração das práticas do modo psicossocial é tributária de diferentes movimentos sociais científicos e vários campos teóricos. Sob esse aspecto, Abílio da Costa-Rosa (2000; 2003), busca especificar elementos básicos do novo paradigma traçando um paralelo de análise entre as práticas constitutivas do modo asilar e aquelas exigidas ao modo psicossocial⁷.

As principais características do modo asilar são: ênfase na consideração de determinantes orgânicos nos problemas que se pretende tratar, o que implica que o seu meio básico seja medicamentoso; pouca ou nenhuma consideração da existência do sujeito, o que implica que não se insista na sua mobilização como participante do tratamento. O indivíduo continua sendo visto como doente, tanto em relação à família quanto em um contexto social mais amplo. Daí decorre que a intervenção seja quase exclusivamente centrada nele. As aproximações da família, quando ocorrem, costumam ter caráter apenas pedagógico e assistencial. Dessa consideração do indivíduo como centro do problema, entre outros fatores, decorre também seu isolamento em relação ao meio familiar e social.

Ainda, com relação as práticas assistenciais, no modo asilar, o trabalho é realizado sem que os profissionais se encontrem para conversar sobre a atividade comum. O prontuário é considerado o elo de interconexão entre os profissionais da equipe. Mesmo no caso em que o meio é multiprofissional, a determinação fundamental dos problemas continua, na prática, sendo biológica. Portanto, a eficácia do tratamento espera-se que venha da química. Sua instituição típica continua sendo o hospital psiquiátrico fechado,

⁷ O autor observa que esta análise tem uma dimensão histórica, na medida que inclui uma consideração dos avanços que tem ocorrido nas práticas concretas até o presente; e outra dimensão lógica, visto que decorre da dedução realizada, através do método de análise, das características imprescindíveis a um determinado dispositivo para que ele configure uma lógica contraditória com a dos dispositivos que pretende superar e substituir (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.36).

ainda que nas últimas décadas esse venha sendo alvo de reformas democratizantes, intermitentes e esteja acompanhado de dispositivos chamados extra-asilares.

No modo psicossocial a concepção do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos sustentados para lidar com esse processo requer a desinstitucionalização do paradigma “doença-cura” e sua substituição pelo “existência-sofrimento”, conjuntamente com a configuração de práticas de trabalho transdisciplinares.

Destacam-se como principais exigências ao modo psicossocial: a determinação e consistência psíquica e sociocultural dos problemas, e não orgânica; a desospitalização e a desmedicalização, o que significa desconsiderar a medicação como resposta única ou preponderante e a priori; o exercício da “clínica da escuta e da criação de si”, e não a clínica da observação e da retomada do estado anterior às crises; a horizontalização das relações intrainstitucionais; a participação dos usuários e da população em forma de autogestão e co-gestão; o livre trânsito dos usuários e da população; a ética do reposicionamento do sujeito, que significa reconhecer a implicação subjetiva como forma de singularização e não supressão sintomática.

Os dispositivos institucionais típicos do modo psicossocial são os centros e núcleos de atenção psicossocial, o Hospital-Dia, ambulatórios de saúde mental; equipes multiprofissionais de saúde mental, inseridas em Centros de Saúde; setores para tratamento em saúde mental, inseridos em hospitais gerais. Seus meios básicos de tratamento são a psicoterapia, a laboterapia, as socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural, além da medicação.

É decisiva a importância que se atribui ao sujeito, daí que se insista de maneira fundamental na sua mobilização como participante principal do tratamento. Não se deixa de considerar, por isso, a sua dimensão de indivíduo (orgânico e sócio-cultural). Dá-se ênfase à consideração da pertinência do indivíduo a um grupo familiar e social. Supõe-se que se deve trabalhar também a família e o grupo social como agentes das mudanças buscadas.

Da consideração de que não é o indivíduo o único problemático, sugere-se que se inclua no tratamento também a família e eventualmente um grupo mais ampliado. As formas de participação da família e do grupo ampliado no tratamento são várias e superam, em muito, as posturas assistencial e orientadora, características do modo asilar. As associações de usuários e familiares criadas no modo psicossocial são reflexos dessa nova postura em relação aos usuários.

No modo psicossocial, espera-se que as diferentes possibilidades de ação se estendam desde a continência do indivíduo, durante a crise, até o reconhecimento da implicação familiar e social nos mesmos problemas. Espera-se, portanto, que tanto uns quanto outros possam assumir a parte de seu compromisso na atenção e no apoio. Além disso, dá-se acentuada ênfase à reinserção social do indivíduo, sem perder de vista que, muitas vezes, não é a problemática com a qual ele chegou a responsável pela sua saída da circulação sociocultural.

Quanto às formas de organização institucional, no modo asilar estas são marcadas por estratificações de poder e saber no âmbito do pessoal da instituição, que se transladam para a relação com os usuários e a população, os quais estão excluídos de qualquer participação que não seja a do objeto inerte e o mundo. Já os dispositivos do modo psicossocial tem suas práticas fundamentadas na lógica da Psicoterapia Institucional e da Comunidade Terapêutica e, geralmente, estas são instrumentadas por meio de assembleias de usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental. Participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais no modo psicossocial, por oposição à estratificação e interdição institucionais à heterogestão e à disciplina das especialidades que dominam no modo asilar.

Neste sentido, o autor propõe designar a Atenção Psicossocial como paradigma do modo psicossocial, em oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar.

2.1.2 Atenção Psicossocial

O termo Atenção, no contexto da Reforma Psiquiátrica, assume o conceito de “dar e prestar atenção, acolher, receber com atenção, tomar em consideração, levar em conta e escutar atentamente”. Designa uma parte fundamental do contorno que se pretende imprimir às ações de Atenção Psicossocial nas práticas em saúde mental. Expressa certos princípios relativos, sobretudo, à forma das relações dos agentes institucionais e das próprias instituições como dispositivos, com os sujeitos usuários e suas demandas (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 22).

Já o conceito Psicossocial designa as práticas em Saúde Mental Coletiva que se inscrevem como transição paradigmática da psiquiatria; enquanto que o termo psicossocial

agrega ao 'objeto' das práticas em saúde mental aspectos psíquicos e sociais, e tem a função de designar experiências reformadoras em sentido amplo (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 19).

Segundo o autor, ao somatizar aspectos sociais e psíquicos aos aspectos biológicos do paradigma e do objeto da psiquiatria a Atenção Psicossocial vai promover transformações nas concepções do objeto, nos modos de conceber e estruturar a instituição como dispositivo e, sobretudo, na forma de conceber e estruturar as relações terapêuticas, que tem, por sua vez, implicações éticas radicalmente distintas das práticas asilares.

A Atenção Psicossocial subentende ações diferenciadas das contidas no paradigma asilar e psiquiátrico. Na definição de Costa-Rosa Luzio e Yasui (2003, pp. 34-36):

a Atenção Psicossocial parece configurar um campo capaz de congrega e nomear todo o conjunto das práticas substitutivas ao Modo Asilar, conservando ao mesmo tempo a abertura necessária para a inclusão das inovações que ainda estão se processando e para outras que certamente virão. [...] As práticas de Atenção Psicossocial representam a sedimentação de um vasto conjunto de variações teórico-técnicas e éticas, mais ou menos radicais, conforme o caso, em relação às práticas vigentes e dominantes, que estão no lugar estrutural de sua alteridade necessária.

Os autores argumentam que a Atenção Psicossocial tem sustentado um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas norteadas pela aspiração de substituírem o modo asilar, e algumas vezes o próprio paradigma da psiquiatria. As ações na esfera político-ideológica trabalham em sintonia com os movimentos sociais que lutam pelo resgate da dignidade humana e dos direitos individuais e coletivos de cidadania. As ações teórico-técnicas referem-se à produção de novas formas de intervenção que possibilitem a construção de novos dispositivos que trabalhem pela transformação radical dos modelos institucionalizados e da ética em que se pautam.

Atenção Psicossocial, entendida como paradigma do modo psicossocial, designa concepções contrárias ao modo asilar. Quando referida as políticas públicas de saúde mental aspira a inclusão de aspectos políticos, econômicos, sociais, culturais e outros relacionados com ações que visam a construção de práticas de emancipação para a cidadania. Neste trabalho, se refere ao modelo de atenção em saúde mental que deve nortear as práticas dos serviços substitutivos, especificamente, a dos centros de atenção psicossocial.

Dessa forma, a complexidade e amplitude das práticas de Atenção Psicossocial inclui como seus componentes necessários, os conceitos e as práticas englobadas na desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, a partir de uma perspectiva baseada no aumento da contratualidade social dos usuários das instituições.

2.2 Desinstitucionalização

A desinstitucionalização tem sua origem nas experiências desenvolvidas por Franco Rotelli (1990), na Psiquiatria Democrática italiana. Segundo o autor, o primeiro passo da desinstitucionalização consiste em desmontar a relação problema-solução, renunciando a busca da solução racional (tendencialmente ótima) que no caso da psiquiatria é a normalidade plenamente restabelecida.

“O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de “cura” mas no projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente” (ROTELLI, 1990, p.30). Neste sentido, trata-se de um processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito doente. A desinstitucionalização traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação na qual exista reciprocidade entre sujeitos - uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade.

Nas palavras do autor,

A desinstitucionalização é, sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. [...] Depois de ter descartado a ‘solução-cura’ se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento (ROTELLI, 1990, p.33).

Em sua origem, os pressupostos da desinstitucionalização encaminham-se no sentido da restituição da subjetividade do indivíduo, possibilitando-lhes a recuperação de sua contratualidade, isto é, da posse de recursos para trocas sociais e, por conseguinte, para a cidadania social. Contudo, alguns estudos sobre as mudanças operadas na assistência no

âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira apontam para a compreensão da desinstitucionalização como desospitalização⁸.

Segundo Spricigo (2001), a desinstitucionalização, não correlata da desospitalização, torna-se a um só tempo, processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito adoecido. Traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação em que exista reciprocidade entre sujeitos, uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade. Isso gera a necessidade de invenção de novas modalidades de mediação, não somente médicas, mas principalmente políticas, sociais e culturais.

Sobre esta questão, Amarante (1995b) enfatiza que a mudança desejada na assistência em saúde mental não corresponde simplesmente ao fechamento de hospitais psiquiátricos e o conseqüente abandono das pessoas em suas famílias ou nas ruas, nem no fechamento de leitos para reduzir custos, no sentido do neoliberalismo ou no sentido do enxugamento do Estado. Segundo o autor,

desinstitucionalização não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativo. Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social (AMARANTE, 1995b, p. 491-494).

⁸ Ver SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Série Teses em Enfermagem, n° 42)

Neste sentido, a proposta da desinstitucionalização está centrada em uma mudança completa do paradigma de saber em saúde mental e, do ponto de vista assistencial, na constatação de que o hospital psiquiátrico tradicional é antiterapêutico. Assim, a estratégia de conversão do sistema de cuidado deve partir da substituição do hospital psiquiátrico por um amplo rol de serviços abertos e comunitários, capazes de assistir o usuário desde a crise aguda até às necessidades mais amplas de caráter social. Nestes novos serviços, a reabilitação psicossocial vem se configurando como um lineamento para o desenvolvimento de programas, eticamente responsáveis, no sentido de dar conta da totalidade das demandas que os problemas mentais severos e persistentes requerem.

2.3 Reabilitação psicossocial

Na definição da Organização Mundial de Saúde (1987 apud PITTA, 2001) reabilitação psicossocial é o conjunto de atividade capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários.

Segundo Pitta (2001), a reabilitação psicossocial, no seu sentido instrumental, é representada por um conjunto de meios (programas e serviços) que são desenvolvidos para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes, ou seja, um processo para facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. Tal processo enfatiza as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo e a cada situação de modo personalizado.

Para Saraceno (2001), a reabilitação psicossocial prevê um processo de restituição e reconstrução de direitos políticos legais e sociais para o cidadão. Para tal, projetos de ressocialização devem promover o reconhecimento do portador de transtorno mental.

Para Kinoshita (2001), reabilitar é reconstruir valores, aumentar o poder contratual, criar condições de possibilidade para que um paciente possa, de alguma

maneira, participar do processo de trocas sociais, produzir dispositivos que, desde uma situação de desvalor quase absoluto (pressuposto), possa passar por experimentações, mediações que busquem adjudicar valores aptos para o intercâmbio, ou seja, modificar o pressuposto de desvalor natural para um pressuposto de valor possível proposto, explícito.

O autor considera que reabilitar pode ser entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia. Sendo que, a contratualidade do usuário vai estar, primeiramente, determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Se estes podem usar de seu poder para aumentar o poder do usuário ou não. Depois pela capacidade de se elaborar projetos, isto é, ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida.

Ainda, diretamente ligada a questão da reabilitação de pacientes está a necessidade de se estabelecerem diversificadas redes de relações, as quais melhor capacitariam os indivíduos a compreenderem quais determinações influenciam sua vida cotidiana, ampliando sua autonomia.

O conceito de autonomia aqui referenciado é entendido como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001).

3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Apresentamos, a seguir, os resultados e as análises da pesquisa realizada, a partir dos eixos que nortearam a coleta dos dados e das informações: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde.

3.1 Estrutura e recursos financeiros

O conjunto de serviços substitutivos ao modelo de atenção em saúde mental tradicional (manicomial/asilar), do qual os centros de atenção psicossocial fazem parte, é, atualmente, regulamentado pela Portaria GM/MS N° 336/2002. Esta portaria estabelece portes diferenciados, a partir de critérios populacionais, para abrangência, financiamento e tipo de serviço prestado, de acordo com cada modalidade de CAPS.

Com relação a estrutura física, os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender a sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado. Para tanto, devem estar equipados com consultórios individuais para consultas, entrevistas, terapias, salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitório, sanitários, área externa para oficinas, recreação e esportes (BRASIL, 2004).

Neste aspecto, O CAPS Ponta do Coral tem uma estrutura que compreende um terreno com área física total aproximada de 1.936,00m², destes, aproximadamente 421m² são de área construída. Fazem parte das instalações, uma casa com dois pavimentos, um anexo, utilizado como sala do brechó, área de lazer e estar externa, e estacionamento. O pavimento superior da casa comporta 2 varandas, sala de recepção, sala de espera, 2 áreas de circulação (corredores), sala de administração, 2 consultórios, sendo que no momento um é utilizado como sala administrativa para realização de procedimentos relacionados ao preenchimento das APACs⁹, 2 salas para atividades grupais com WC, sala de depósito de

⁹ Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo.

material, cozinha com despensa, refeitório com churrasqueira, sala ampla (auditório) equipada com multimídia, sala de enfermagem, sala de repouso, e 7 banheiros distribuídos no espaço físico do pavimento superior. No pavimento inferior encontra-se a sala utilizada pela associação de usuários, 2 salas para a realização de oficinas (com passagem de uma para outra), sala com forno, sala de depósito de material e lavanderia¹⁰.

De acordo a pesquisa realizada, 83,3% dos profissionais considera a área física do CAPS suficiente para o atendimento da demanda e 66,7% consideram as instalações adequadas para a realização das atividades propostas; apenas um profissional observou que considera a estrutura do CAPS suficiente desde que as oficinas produtivas sejam realizadas fora da unidade. A mesma porcentagem (66,7%) considera os equipamentos disponíveis suficientes. Neste âmbito, o serviço conta com computador com impressora, aparelho de telefone e fone/faz, televisão, mesas de escritório, cadeiras, quadro branco, maca para atendimento em enfermagem, camas de repouso, fogão industrial, pia, mesas e bancos no refeitório, bancos para estar e descanso, entre outros. Metade dos profissionais respondeu que os equipamentos estão em bom estado de utilização, com ressalvas para salas com pouca ventilação no pavimento inferior.

Já com relação aos materiais de consumo, 91,7%, correspondente a onze dos doze profissionais que responderam ao formulário, consideram que os materiais de consumo não são suficientes. Eles se referem à falta e irregularidade no recebimento de materiais básicos à manutenção do serviço, tais como copo descartável para água, papel higiênico, e, principalmente, material específico para uso nas oficinas terapêuticas e de produtividade. Esta situação pode ser observada nas falas dos profissionais, que identificam as dificuldades no funcionamento do CAPS com relação a falta de recursos materiais e financeiros:

[...] essa falta de recursos é isso que eu te digo, desde a parte administrativa, nós precisamos de papel, carbono, copo pra tomar água, por exemplo, agora nós somos uma Unidade Local de Saúde que não tem copo descartável, já faz quase quinze dias, vinte dias, não tem copo descartável; falta água, aí nós temos que esperar, sendo que é um lugar que transita muitos usuários, eles tomam medicação e precisam tomar água, eles tomam muita água, e acaba não tendo água potável; por exemplo, teve época que faltou papel higiênico, em um serviço onde os usuários chegam fazem lanche, almoçam, fazem lanche da tarde, eles passam o dia aqui, então precisa ter uma estrutura mínima de atendimento (LÉLI, 4/4/2006).

¹⁰ Conforme Planta Baixa da unidade constante no projeto de reforma e ampliação executado em 2003/2004.

[...] a gente tem também o problema de fornecimento de material de consumo já há algum tempo, também desde que essa administração começou (Gestão Municipal e da Secretaria de Saúde), o fornecimento de material de consumo é interrompido, a gente fica sem tinta pra impressora, sem papel, sem papel higiênico...; tem diversos itens desses que são necessários, fazem parte do funcionamento do dia-a-dia do serviço (F, 12/4/2006).

[...] as oficinas terapêuticas e produtivas, requerem um material específico que precisa de dinheiro, e aqui, na política específica do município não tem uma regularização quanto ao repasse desse dinheiro [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

[...] a falta de agilidade no fornecimento das reservas para as oficinas, tudo isso resulta em um prejuízo para o trabalho; ficou quase uns dois meses a oficina fechada por falta de material, por exemplo [...] (P, 17/3/2006).

Outra dificuldade mencionada pelos profissionais no funcionamento do serviço é o vale transporte dos usuários:

[...] o funcionamento em geral fica prejudicado porque na medida em que falta vale transporte o usuário não vem, não consegue se deslocar para vir até aqui, aí interrompe aquele projeto terapêutico que havia sido feito com o usuário [...] (VIK, 24/3/2006).

[...] a questão, por exemplo, da dificuldade que a gente tem aqui: o transporte dos pacientes, a questão do passe, é muito irregular; então, isso reduz a nossa produtividade também, porque os pacientes acabam não vindo. Muitas vezes a gente não pode, por exemplo, contar com aquele paciente que veio para uma entrevista inicial porque ele não tem como estar vindo no curto prazo, então, acho que isso, a questão do custo que é o transporte em Florianópolis, também acaba afetando o nosso trabalho, então, nesse sentido, a falta de regularidade no passe [...] (P, 17/3/2006).

A partir dessa relação entre as diversas necessidades para o funcionamento do serviço é possível perceber que os profissionais assumem como princípio uma concepção de saúde ampliada, na qual não basta somente o atendimento terapêutico. Outros fatores estão interligados e contribuem para que a assistência efetivamente ocorra. Contudo, a concepção e prática setorializada das políticas sociais brasileiras provoca situações dessa natureza, na medida em que não se trabalha a inter-relação entre elas. Esta forma de setorialização das políticas sociais, no entanto, não é característica apenas da realidade brasileira, mas uma “modalidade do Estado burguês” que traduz as expressões da questão social mediante a tipificação das políticas sociais (NETTO, 1992).

Várias iniciativas têm buscado romper com esta perspectiva como a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), que reafirmou a necessidade de se garantir e melhorar o acesso aos bens e serviços da sociedade: prover trabalho, creches, profissionalização, educação, lazer, escolas, habitação, transporte, segurança pública, saneamento básico. Também, destacou ser fundamental enfatizar a questão do transporte urbano acessível aos usuários, a fim de que seja garantido o deslocamento entre os serviços de saúde e sua moradia (BRASIL, 2002a).

Na seqüência da pesquisa realizada, dois entrevistados referiram que a falta e as dificuldades no fornecimento dos recursos materiais necessários estão mais acentuadas na atual gestão administrativa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)¹¹. Foram relacionadas, ainda, como dificuldades, a falta de um carro disponível para o CAPS, a falta de terapeuta ocupacional, de outro médico psiquiatra e outros profissionais de nível médio (auxiliar administrativo, pessoa para limpeza). Outras questões listadas estão relacionadas aos recursos humanos e as necessidades de integração do serviço na política municipal de saúde. Os profissionais relatam a existência de dificuldades de interação da equipe, falta de capacitação, supervisão institucional, falta de apoio institucional, falta de efetivação de uma rede de saúde mental e/ou a existência de uma rede de atenção ainda incipiente, em processo de formação, falta de estrutura para atenção às urgências, dificuldades do gestor em compreender a lógica da saúde mental, salários incompatíveis com as funções.

Os problemas relatados pelos profissionais aparecem diretamente relacionados à insuficiência dos recursos financeiros de custeio do serviço. Todos os entrevistados referiram que os recursos gerados pelo serviço, através das APACs, não são suficientes para a realização das atividades do CAPS. Dentre as atividades prejudicadas, o trabalho nas oficinas foi apontado como o principal, conforme aparece na fala a seguir:

o que requer mais recursos, atualmente, são as oficinas produtivas, por exemplo, houve uma paralisação de muitas das oficinas quando faltou recurso. O recurso não é exatamente suficiente. Eu acho que os R\$ 500,00 por mês é um recurso pequeno [...] acho que o recurso poderia ser maior, pelas necessidades ele acaba sendo reduzido, não é uma coisa que você possa comprar a vontade, assim, é limitado, muitas vezes, a oficina tira de uma pra passar pra outra (P, 17/3/2006).

¹¹ Gestão Municipal 2004/2008; a Gestão da Secretaria de Saúde referida é a de 2004 a abril de 2006 que teve como gestor o vereador Walter da Luz; à época da coleta dos dados empíricos houve mudança do gestor municipal de saúde, assumindo o cargo o ex-secretário estadual de saúde João José Cândido da Silva.

Um dos profissionais apontou como principal atividade prejudicada pela falta de recursos financeiros a questão do território. Segundo este, a falta de recursos interfere no atendimento prestado, no sentido de que não é possível realizar o acompanhamento, a inclusão e avaliação do usuário em seu território. De acordo com este profissional,

o dinheiro do CAPS pode ser melhor gerido se investir no território. Investir no território seria elaborar projetos, ter mais articulação com a associação de moradores, ou seja, com os recursos que o território oferece, e aí precisa aumentar a própria equipe porque vai ter equipes que vão ter que se deslocar do CAPS; vai ter que ter investimento em carro, daí vai ter que ter um motorista, os próprios agentes comunitários tem que ter essa parceria, isso tudo implica em financiamento. [...] como eu sempre digo, território é onde a vida acontece, onde a cultura é produzida, onde as manifestações de vida, elas estão mais visíveis [...], mas investir lá no território, a equipe tem que estar inserida lá, estar toda hora pensando e discutindo [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

De acordo com as recomendações da política do Ministério da Saúde, as ações de saúde mental devem obedecer a um modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas. São ações que envolvem práticas de reabilitação psicossocial, promoção da cidadania, construção da autonomia possível dos usuários no ambiente em que eles vivem, e que necessitam de uma equipe multidisciplinar capaz de trabalhar sobre a ótica da interdisciplinaridade (BRASIL, 2004).

Necessariamente, a mudança de um modelo assistencial requer a análise de sua estrutura de financiamento. Isso significa que as características singulares e diferentes dos CAPS, em relação aos modelos tradicionais de assistenciais, e a complexidade das ações desenvolvidas por estes serviços necessita vir acompanhada de uma mudança na lógica de alocação de recursos financeiros.

Atualmente, o principal órgão financiador dos CAPS é o Ministério da Saúde (MS). Com a publicação da Portaria GM/MS nº 336/2002 os CAPS passam a fazer parte das ações estratégicas do MS. Esses serviços são incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e a remuneração é através do sistema APAC/SIA¹². Baseado na fatura que o prestador de serviços de saúde apresenta ao SUS, correspondente aos seus gastos

¹² A Portaria GM/MS nº 336/2002 descreve os procedimentos objeto de remuneração, classificando-os em intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Para essas três modalidades de atendimento, a Portaria GM/MS nº 189/2002 fixou o número máximo de atendimentos mensais para cada modalidade, de acordo com cada tipo de CAPS, sendo que para cada tipo de procedimento é destinado um valor diferenciado. Nos CAPS II, um procedimento intensivo custa R\$ 25,40; um semi-intensivo, R\$ 16,30; e um não-intensivo, R\$ 14,85 (BRASIL, 2002).

mensais com a produção de atendimentos aos usuários dos CAPS, o Ministério da Saúde repassa, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, o montante equivalente à sua produção. A inovação introduzida por este modelo de pagamento refere-se à fonte de financiamento, ou seja, ao acréscimo de recursos financeiros repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estadual e Municipal de Saúde (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, pp.129-132).

Sobre este aspecto, perguntamos aos entrevistados qual conhecimento possuem sobre o repasse dos recursos financeiros para o CAPS. Na sua maioria, eles referiram saber sobre os recursos originados a partir das APACs, contudo, relataram não saber sobre o controle do uso desse recurso, conforme expresso nas falas relacionadas:

[...] tem o valor, o montante desse valor que é produzido dos atendimentos pagos pelo Ministério (MS), então, tem isso mensal, a gente tem o valor que chegou, somou, vamos dizer assim, esse montante que a gente somou dos atendimentos feitos no mês, isso a gente sabe, porque as APACs são geradas aqui no CAPS, mas o repasse disso via Fundo Municipal, esse controle eu não sei, eu sei do valor que tem que receber mensalmente (VIK, 24/3/2006).

Bom, formalmente, eu desconheço qualquer..., todas as formas de recursos. O dinheiro da produtividade referente as APACs vai para o Fundo Municipal de Saúde e nunca teve prestação de contas disso. Na verdade a gente não sabe qual é o destino que é dado nem quanto vem; tem o nosso levantamento interno da produtividade, mas não sabemos o que é feito desse recurso (F, 12/4/2006).

Alguns profissionais referiram-se ao fato de o município não ter gestão plena do SUS,

Bom, eu tenho algum, pouco do que é repassado, a gente sabe o que foi recolhido, por exemplo, através das APACs, que são os atendimentos feitos aqui, então eu sei quantos atendimentos foram, qual seria o valor que essas APACs dariam, mas eu não sei qual o valor que a gente acaba recebendo, que fica num fundo perdido, no sentido de que é um fundo único por não ser gestão plena (J, 22/3/2006).

O conhecimento que eu possuo é muito irregular e insatisfatório, assim, a relação APAC, por exemplo, o repasse do dinheiro que viria do Ministério da Saúde a gente acaba..., nós não somos gestão plena então vai pra secretaria (municipal) de saúde e ali é passado pra compra de alimento..., enfim, mas nós não temos autonomia sobre esse dinheiro, então, uma vez que você não tem autonomia o teu conhecimento fica restrito. Está na mão da secretaria mesmo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais discorreu detalhadamente sobre a forma como os recursos são gerados e repassados à unidade gestora (SMS), referindo-se que todas as diretrizes sobre financiamento do serviço são preconizadas pelo Ministério da Saúde através de portarias.

Os recursos financeiros do CAPS são obtidos através de APACs, Autorização de Procedimento de Alto Custo; pra se preencher uma APAC é necessário que haja uma organização do serviço em cima de modalidades de atendimento; as modalidades de atendimento podem ser: semi-intensivo, intensivo e não-intensivo, cada um tem um determinado valor em relação a esse procedimento, ou seja, todas as diretrizes em relação a financiamento, o Ministério preconiza isso em portaria, então, os conhecimentos que eu possuo em relação aos recursos financeiros do Caps são os conhecimentos que já estão preconizados em relação ao Ministério da Saúde; essa APAC uma vez preenchida ela é computada, ela é repassada pro governo federal e este repassa o dinheiro fundo a fundo; esse dinheiro vem pro Fundo Municipal de Saúde, e é esse dinheiro que é aplicado na saúde mental pra ter a gestão do serviço [...] aqui acontece da seguinte forma: cada gestor municipal, como a política é municipalizada, eles criam um protocolo, nesse protocolo eles colocam de que forma esse dinheiro pode ser gastado na saúde mental; então, existe um documento no município dizendo, olha na saúde mental você pode gastar tanto com a associação de usuários, tanto pra comprar materiais, tanto pra gastar em vale transporte; então, existe um protocolo dizendo no que você pode gastar esse dinheiro que vem na saúde mental; é um dinheiro que vem do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde; esse dinheiro cai nessa conta e ali existe um acordo de como se gastar; esse dinheiro é manejado pelo gestor municipal de saúde (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme apontam Freire, Ugá e Amarante (2005, pp. 131-133), o modelo de alocação de recursos dos CAPS (sistema de remuneração por APAC) trás contribuições à política nacional de saúde mental ao inserir os CAPS no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) do MS, pois proporciona maiores incentivos financeiros, haja vista a alocação de recursos municipais extra-teto para a manutenção de serviços já existentes e a implantação de novos serviços.

Contudo, os mesmos autores ressaltam que há de se perceber que a lógica da remuneração que o SUS imprime aos CAPS vincula-se, preponderantemente, à doença. Ou seja, as unidades assistenciais do SUS seguem um sistema de remuneração vinculado a um diagnóstico, mais especificamente, a um episódio de doença, internação, contidos na tabela de procedimentos hospitalares (SIH/SUS) ou a ações ambulatoriais, inscritas na tabela de procedimentos ambulatoriais (SIA/SUS). Desta forma, “o sistema de saúde encontra-se, em sua quase totalidade, voltado para a produção de atos vinculados a doença, isto é, atos

curativos, valorizando, em consequência, intervenções predominantemente individuais, que são remuneradas pela venda de procedimentos, diárias e atos médicos-assistenciais de natureza privatizante” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p 133).

Amarante (2003, pp. 62-63) considera que os CAPS, como os serviços integrantes do SUS, também foram capturados pela lógica da *inampização*, ou seja, pela lógica do pagamento por procedimento. Para o autor, “o modelo prevalente dos CAPS é o herdeiro mais autêntico e legítimo da lógica do antigo INAMPS, onde a saúde era reduzida a doença, ao mesmo tempo em que o sistema de saúde era reduzido a assistência médico-curativa”.

Portanto, o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. Pelo contrário, tente a prejudicar a complexidade de ações dos CAPS, na medida em que não é previsto financiamento das diversas relações que podem ser estabelecidas com a comunidade, com as lideranças e associações comunitárias. Tais ações, dentre muitas outras possibilidades de intervenção territorial, “são inerentes a esse tipo de serviço e objetivariam imprimir um processo de transformação cultural nos diversos segmentos da sociedade, no lidar e no acolhimento das pessoas em sofrimento mental” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 135).

Sobre a forma de repasse dos recursos financeiros ao CAPS, os profissionais entrevistados relataram não existir descentralização administrativa. Os recursos chegam ao serviço na forma de materiais. Alguns profissionais observaram que até a gestão administrativa da secretaria municipal de saúde anterior eles tinham acesso a uma verba de R\$ 500,00 que utilizavam na compra de material para as oficinas. A partir da atual gestão esse dinheiro não foi mais repassado. A compra do material passou a ser feita através de orçamento encaminhado à secretaria, que faz o pagamento, e os profissionais retiram os materiais.

Não, a gente não tem acesso a esse recurso diretamente, a gente não é uma unidade que gere o seu recurso; ele vai pra secretaria e a secretaria... por exemplo: toda a compra de... o pagamento dos almoços, lanches, etc.. é a secretaria que faz; a gente não tem autonomia; o único recurso que a gente manuseia são os R\$ 500,00, que vem para as oficinas; isso é dividido, as Oficinas fazem um rateio, cada oficina compra o seu material, mas até parece..., da última compra fui eu que comprei, ela (SMS de Florianópolis) determinou, já colocou a empresa que vai fornecer; não sei se foi mediante licitação, já fez o pagamento direto, a gente só foi lá escolher e pegar os produtos que tinham sido

solicitados; então..., de outras vezes, por exemplo, a gente pegava o cheque ia lá comprava, pagava naquele valor, agora isso não foi feito dessa forma (P, 17/3/2006).

Desde que começou essa administração (Gestão Municipal 2004-2008) acabou esse repasse; então atualmente a única vez que a gente conseguiu material pras oficinas foi através de empenho que a própria secretaria fez..., então, permanece centralizado, a única coisa que a gente teve que fazer foi ir nas lojas fazer orçamento, passar pra secretaria, a secretaria emitiu as notas, e aí a gente foi buscar o material com essas notas, mas não com o dinheiro (F, 12/4/2006).

Não, não existe, porque, na gestão passada (Gestão Municipal 2000-2004) ainda vinha uma verba de dois em dois meses, tipo quinhentos reais pra compra de material pra oficinas; nós comprávamos, apresentávamos as notas e depois eles colocavam o dinheiro; nessa gestão (Gestão Municipal 2004-2008; Gestão da Secretaria de Saúde de 2004 até abril de 2006) não existe nada, então, a pergunta se existe descentralização administrativa dos recursos financeiros, não, não existe (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais referiu-se a descentralização não apenas como repasse de recursos financeiros e funções administrativas, mas como compartilhamento de poder na gestão do serviço.

Essa descentralização, eu estou entendendo como um compartilhamento de poder; não existe esse compartilhamento de poder na hora de gerir os recursos, assim, o CAPS possui CNPJ, mas ele não possui uma conta específica pra vir dinheiro pro CAPS, não existe isso, existe esse acordo que eu te falei, que vem do fundo a fundo e esse dinheiro vai pra saúde mental e o CAPS tem uma vertente pro CAPS, o dinheiro não é só pro CAPS, ela vai pra saúde mental, e aí o CAPS acaba utilizando esse dinheiro, então, quando pergunta sobre a descentralização eu faço a avaliação de que é o compartilhamento de poder, então, não tem isso, é o gestor que acaba se apoderando desse sistema de financeiro, a gente não interfere (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ao considerarmos a questão da descentralização político-administrativa dos recursos financeiros, temos a intenção de destacar que a transferência desta prática às unidades prestadoras de serviços em saúde nos municípios poderia estar favorecendo uma melhor utilização e adequação dos recursos às necessidades reais do serviço, bem como possibilitar maior agilidade na compra dos materiais e viabilizar um processo de gestão democrática e participativa, entre técnicos trabalhadores, usuários e gestores. Essa prática traduz-se, por sua vez, em um exercício político-pedagógico de construção da democracia, objetivando uma atuação com transparência na administração da coisa pública.

Quando questionados sobre se a descentralização financeira dos recursos possibilitaria o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, os

profissionais, na sua maioria, disseram que sim, com algumas ressalvas feitas para a necessidade de mudanças na forma de gestão administrativa do serviço, conforme expresso nas falas que seguem:

Sem dúvida, sim sem dúvida, isso é um equívoco assim porque..., justamente porque a gente não sabe qual é o destino dado a esse dinheiro. A gente acredita que se a gente tivesse mais transparência nesse processo a gente poderia pelo menos priorizar certas coisas que são de fato importante e garantir que elas fossem..., que a gente conseguisse obter essas coisas, enfim, o investimento necessário (F, 12/4/2006).

A melhor utilização sim acho que o planejamento teria que ser anterior, mas sim, acredito que utilizar no sentido até..., porque muitas vezes, como vai para esse Fundo que é pra todos, pra toda a saúde, você acaba sem saber, igual agora, que a gente já tem o dinheiro da supervisão disponível na secretaria, mas não tem como a gente começar amanhã, embora o dinheiro já esteja lá., porquê? porque a gente não sabe como esse dinheiro vai sair e entrar na mão do terapeuta que vai fazer a supervisão da equipe e isso pode demorar um mês, dois meses, vai saber, seria melhor, claro (J, 22/3/2006).

Sim, com certeza, porque nos iríamos sentar e ver as necessidades, por exemplo, esse ano nós ficamos desde o ano passado até um mês atrás sem material nenhum pras oficinas e as oficinas que mais tinham, capitalizavam usuários e não tínhamos material, nós tivemos que suspender as oficinas; então nós sabemos das necessidades, as necessidades dos usuários, quais as oficinas tem mais usuários, pra gente pode administrar e vê onde pode estar investindo (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que sim porque ficaria mais próximo da própria administração do CAPS, porém, ia surgir a necessidade de ter todo um aparato administrativo pra poder gerenciar isso, mas assim, na medida que aqui no CAPS a gente tem uma gestão participativa, em que os usuários estão reunidos semanalmente pra pensar as regras do CAPS, as necessidades do CAPS, enfim, seria mais interessante talvez, esse repasse direto tu quer dizer, é... não sei assim, a princípio..., hoje a gente tem uma estrutura de conselho que prevê o controle social através do Fundo Municipal de Saúde, o Conselho Municipal tem essa ligação também, e aí a gente está lá também, de certa forma representado (VIK, 24/3/2006).

Olha, eu acho que teria que mudar um pouco a nossa dinâmica de funcionamento; não deixa de ter um lado...bom, é uma faca de dois gumes, poderia facilitar a gente fazer um processo mais rápido talvez, não faltaria coisa, porque as vezes faltam coisas básicas, agora, por exemplo, faltam copos, se você tivesse o recurso você ia ali e comprava uns pacotes de copos, não teria essa... essa falha; agora é saber que é mais uma tarefa também que acumularia em termos administrativos, financeiros, quer dizer, não sei se você não está ali também inchando o processo burocrático aqui dentro do CAPS; eu acho que pode ter vantagens, mas pode ter desvantagens; eu teria que pensar melhor, nunca pensei nessa possibilidade; assim, acho que o dinheiro da Oficina, puxa, se a gente tivesse aqui uma verba seria mais fácil, as vezes faltam coisas

pequenas que você não tem como estar repondo aqui, tem que esperar uma nova verba, de repente pra.... (P, 17/3/2006).

Um dos profissionais observou sobre as questões práticas e políticas que envolvem a descentralização no contexto do SUS:

Esse compartilhamento de poder ele só pode ser discutido dentro da lógica do SUS, universalização, integralização, etc., dentro dos preceitos do SUS tem o controle social, essa descentralização só pode ser discutida quando acontece o controle social. Hoje essa descentralização ela tem que ser discutida no Conselho Municipal de Saúde e mais precisamente no conselho gestor dentro do CAPS; agora, porque não ocorre isso? Porque não tem a clareza da necessidade; eu acredito que as pessoas que acabam estando na prática, principalmente no CAPS, se sobrecarregando com as coisas, e acabam não tendo a clareza, ou não querendo assumir mais um encargo trabalhista; então, esse é um dos grandes problemas que existe, a sobrecarga de trabalho, as condições de trabalho, aí você acaba tendo que lutar por tudo isso; isso aí eu vejo que tem muito a ver com a questão da militância, pessoas que já estão, lá na época ou do ensino médio, que já começam ir pros grêmios, depois a pessoa acaba indo pra militância no movimento estudantil, e quando vão pros serviços de saúde são profissionais mais críticos, que acabam tendo essa visão mais ampla da saúde e da política; então, as pessoas que acabam chegando no serviço com um pouco desse ideal de controle social eu diria, acabam questionando mais essa questão da descentralização; voltando a tua pergunta sobre a descentralização financeira, ela poderia sim possibilitar um melhor planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, se houver o controle social dentro dessa descentralização financeira (GIRASSOL, 20/3/2006).

Cabe destacar que a proposta da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, na regionalização e na hierarquização da rede de serviços, constante entre os princípios e diretrizes do SUS, coloca o município como lugar privilegiado para o desenvolvimento de uma política de financiamento das ações em saúde, com critérios transparentes, e que respeite as particularidades da realidade local. O Ministério da Saúde continua a ser a instância que, na administração do Fundo Nacional de Saúde (FNS), acompanha a aplicação dos recursos que são repassados aos estados e municípios. Estes, por sua vez, são obrigados a constituir os seus respectivos fundos de saúde e conselhos estaduais e municipais, elaborar planos de ação e apresentar relatórios de gestão, garantindo também a existência de contrapartida de recursos para a saúde nos seus orçamentos (COSTA, 2002).

Embora a descentralização seja uma prática com vistas a aumentar o poder decisório de aplicação dos recursos na esfera local, esta ainda apresenta muitos problemas, na medida que não consegue alcançar efetividade, dados os impasses de ordem burocrática e administrativa. Por si só a descentralização não garante maior controle social ou uma prática democrática. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada que abarque as especificidades da área da saúde mental.

Nesse sentido, a lógica fundamental da estrutura de financiamento exigida é a de que os recursos financeiros devem ser centrados nas pessoas e não nos serviços. O financiamento deve contemplar todas as ações necessárias e decorrentes da implantação, implementação e sustentação de uma nova política de saúde mental (BRASIL, 2002a). O que deve ser colocado em pauta é a viabilidade de se financiar o CAPS como um todo, envolvendo todas as suas ações e especificidades, permitindo-se que cada serviço tenha flexibilidade para realizar seu trabalho de acordo com as necessidades locais, desvinculando o financiamento da relação de compra e venda de serviços e da noção de doença (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 136).

3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico

Os profissionais que trabalham nos CAPS compõem um grupo de diferentes técnicos de formação de nível superior e nível médio, e integram uma equipe multidisciplinar. Todas as unidades de serviço devem obedecer a exigência da diversidade profissional e cada CAPS tem suas próprias características quanto ao tipo e a quantidade de profissionais. A equipe mínima indicada para os CAPS II é composta por médico psiquiatra, enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior de outras categorias profissionais entre psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro necessário ao projeto terapêutico e seis profissionais de nível médio entre técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).

O papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. As equipes devem organizar-se para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação

psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e poder equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas (BRASIL, 2004).

Neste item nos propomos a descrever e analisar a composição e perfil da equipe técnica do CAPS Ponta do Coral, bem como as dificuldades e facilidades do trabalho em equipe consideradas pelos profissionais, a existência de práticas interdisciplinares no atendimento ao usuário, de projeto terapêutico e planejamento das ações da unidade de serviço¹³. Ao final do item consideramos os apontamentos dos profissionais sobre as diferenças do atendimento prestado no CAPS em relação ao realizado nas instituições tradicionais/hospitais psiquiátricos.

3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental

O CAPS Ponta do Coral conta com uma equipe de profissionais multidisciplinar que atua diretamente no atendimento aos usuários. São profissionais com formação de nível superior nas áreas de psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Entre os de formação de nível médio estão dois técnicos em enfermagem e um auxiliar administrativo. Compõem a equipe, ainda, os profissionais de apoio, vigilantes e auxiliar de limpeza, e estagiários de psicologia, serviço social e enfermagem.

¹³ É importante destacar que o perfil bem como a opinião dos profissionais sobre o serviço varia, no decorrer do tempo histórico, de acordo com a composição da equipe naquele determinado momento. Outros trabalhos já realizados identificam o perfil da equipe, a percepção dos profissionais sobre o trabalho no CAPS, o significado e o processo de inserção no serviço, a concepção sobre o modelo assistencial e práticas de desinstitucionalização, em épocas anteriores. Entre estes ver: GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003; FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial** - percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004; NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental:** em busca da articulação e qualificação das ações em saúde. Monografia (Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Lato Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

A maioria dos técnicos de nível superior concluiu a graduação na década de 1980. Metade deles possui capacitação específica na área de saúde mental, em geral, cursos de formação e aperfeiçoamento, especialização em terapia cognitiva comportamental, saúde pública, clínica, psicoterapia, psicanálise, atenção psicossocial. Três profissionais possuem mestrado nas áreas de enfermagem, sociologia política, artes cênicas; um fez residência médica em psiquiatria e cursa mestrado na mesma área; uma profissional tem doutorado em sociologia política.

Mais da metade dos profissionais (58,3%) possuem experiências de atuação profissional em outras instituições da área de saúde mental como clínica de internação, hospital psiquiátrico, centro comunitário de saúde mental, serviços de atenção à dependentes químicos e centro de atenção psicossocial. A maioria (66,7%) atua na área de saúde mental a partir da segunda metade da década de 1990. Cinco profissionais identificaram ter experiência de atuação em outras instituições que não da área de saúde mental.

Com relação ao tempo de serviço no CAPS, quatro profissionais atuam desde a implantação do serviço, em 1996, três ingressaram na equipe entre os anos de 2001 e 2002, e quatro profissionais passaram a fazer parte da equipe recentemente, a partir de meados de 2004. Quanto ao tipo de vínculo empregatício, a maioria, 75% (9 profissionais), é servidor público concursado, dois são contrato temporário e um ingressou no serviço público municipal através de indicação técnica. Nove profissionais possuem regime de trabalho de 30 horas semanais e 3 deles trabalham 40 horas semanais.

Com relação a capacitação específica em saúde mental para atuar no CAPS, todos os entrevistados consideram esse quesito de grande importância. Entre as razões apresentadas estão: a necessidade de compreensão e entendimento comum do que é um CAPS e o entendimento do tipo de assistência que este serviço deve oferecer; a preocupação com a diferença no atendimento que o CAPS deve oferecer em relação aquele prestado em outros serviços de saúde mental; a necessidade da capacitação para suprir as defasagens da formação acadêmica, que, em geral, não abarca as especificidades do campo da saúde mental.

Na opinião dos entrevistados,

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS, não tem a qualificação pra atuar, então ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então é necessária a questão da capacitação... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ah sem dúvida, sem dúvida, principalmente porque o que a gente está propondo é uma reformulação no modo da assistência em saúde mental, então é preciso que quem venha trabalhar num CAPS entenda essa lógica, que não venha pra cá com a mesma mentalidade do que se faz no hospital psiquiátrico, do que se faz em ambulatório, é outra coisa também diferente da atenção básica, então o CAPS precisa disso, precisa que o profissional tenha essa.., esse tipo de orientação, esse tipo de compreensão da sua finalidade (F, 12/4/2006).

Muito, muito importante, justamente por isso que eu estou te falando, porque assim, o profissional que trabalha no campo psicossocial, de qualquer área, ele necessariamente precisa quebrar a prática estereotipada pra poder entrar num serviço como esse porque o assistente social de um CAPS ele não é aquele assistente social de um hospital psiquiátrico, ele muda, ele faz outras coisas, ele se coloca de outro jeito, assim também é o médico, assim também é o psicólogo, o enfermeiro, então, uma formação específica pra essa área é bastante adequado porque vai tratar especificamente das necessidades que se colocam no cotidiano (VIK, 24/3/2006).

Considero, considero sim. É interessante que cada um tenha um saber, que traga o seu saber pela sua formação, da sua prática, do seu bairro, da sua comunidade, mas trabalhar no CAPS não é trabalhar em ambulatório, trabalhar no CAPS é ter um conhecimento sim do que é uma Reforma Psiquiátrica, do que significa um CAPS num panorama hospitalocêntrico. É toda essa questão política que tem por trás, questão financeira também, que é um serviço que se propõem substituir sim progressivamente os hospitais. Em muitos lugares isso já é feito, já conseguem fazer internação zero, outros lugares não; então, uma abordagem no CAPS precisa sim ter capacitação (LÉLI, 4/4/2006).

Sim, até por que o que é o CAPS? O quê um CAPS deveria ser? Cada um tem a sua idéia do que é um CAPS, mas ela não é uma idéia homogênea, então a minha experiência do que é um CAPS em outros lugares, que eu já tive em outros lugares especificamente, é muito diferente do que eu chego aqui e encontro as pessoas falando o que é um CAPS. é claro que a capacitação para um CAPS, para o que é o trabalho em CAPS podia homogeneizar, pelo menos todo mundo iria estar falando a mesma língua (J, 22/3/2006).

Sobre este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005, p. 30), observam que “os profissionais de saúde mental são, ainda em grande parte, formados a partir da prática cotidiana que caracteriza a lógica manicomial”. Hospitais e clínicas psiquiátricas constituem-se ainda os espaços onde “são oferecidos treinamentos em serviço (sob a forma de estágios e residências) aos profissionais que irão, no futuro, tentar materializar a nova lógica dos serviços substitutivos”.

Os autores destacam que “do sucesso da forma de organização da produção e transmissão do conhecimento pode depender o sucesso da própria reforma psiquiátrica” (OLIVEIRA; DORNELES, 2005, p. 32). Neste sentido, é importante que seja colocado na

cena do debate o funcionamento das instituições de aprendizado profissional sob a ótica da reflexão sobre as práticas e não apenas sobre o discurso das propostas dos cursos de formação. Os centros de formação devem se programar, planejar e garantir aprendizado e treinamento supervisionado, em que se pratique e construa espaços de práticas genuinamente terapêutica.

Na mesma direção, um dos entrevistados expressou sua preocupação com relação a seleção dos profissionais que vão atuar no CAPS, argumentando que os resultados do trabalho também dependem desse aspecto.

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS não tem a qualificação pra atuar, então, ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então, é necessária a questão da capacitação [...]. o processo de inclusão do profissional na área da saúde mental hoje, como se dá? Ele se dá por indicação política, seleção por contrato temporário e por concurso público. A indicação política pode ofertar profissionais desqualificados, pode! O contrato temporário, se não tiver um rigor no perfil que se quer pra trabalhar em CAPS vai acontecer a mesma coisa, um profissional desqualificado, o concurso público a mesma coisa, se não tiver um perfil, se não tiver o que se gostaria realmente, qual profissional que você gostaria de estar atuando hoje no CAPS, então, enquanto não se superar a forma de inserção no trabalho do CAPS, enquanto não se superar a discussão da saúde mental nos currículos acadêmicos vai continuar sendo sempre necessária a questão da capacitação [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Com relação a formação das equipes técnicas para atuar nos CAPS, as indicações aprovadas na e pela III CNSM apontam para a necessidade de que a contratação de profissionais deva ser realizada exclusivamente por meio de concursos públicos, e em caso de urgência, através da CLT, mas com seleção pública. E, ainda, os concursos devem exigir os pré-requisitos necessários e adequados à proposta de trabalho em saúde mental, alinhada teórica e conceitualmente aos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2002a).

Assim, é necessário considerar, quando da seleção dos profissionais, o perfil para trabalhar junto ao portador de sofrimento psíquico, bem como a existência de uma dimensão subjetiva, humanizante, solidária e fraterna como componente fundamental do perfil dos trabalhadores em saúde mental. Nesta direção, uma das participantes da pesquisa destacou a questão da opção política por este tipo de trabalho, associada a necessidade de competência técnica para atuar na área.

Eu acho que a gente trabalha com situações que requerem um estudo permanente, formação permanente, [...] eu acho que este é um dos vícios da saúde pública. Muitas vezes se confunde um pouco o tratamento ético ou moralmente responsável com uma qualidade também técnica. Eu acho que as duas coisas têm que estar associadas, tem que ter uma empatia pela causa da saúde pública, que aí entra na questão ética, moral de cada um, valores que você tem quando você vem pra esse tipo de trabalho; muitas pessoas que vem pra saúde pública quase que tem uma vocação religiosa. Mas ao mesmo tempo você também tem que ter uma competência técnica; não basta você tratar bem o paciente, você acolher, você precisa saber como intervir dentro da linha de trabalho que cada um escolhe, isso é fundamental (P, 17/3/2006).

Os profissionais, na sua maioria, indicaram ter recebido capacitação para atuar no CAPS. Referiram-se, especificamente, a um treinamento/capacitação realizado em novembro de 2005, com duração aproximada de 20 horas, organizado pela Assessoria Técnica de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde¹⁴. Contudo, alguns observaram que foi um treinamento tipo encontro, de curta duração, com trocas de experiências, e que não chegou a ser muito significativo.

Com relação a política de saúde mental, a maioria dos profissionais (83,3%) afirmou ter no mínimo algum conhecimento de sua organização e diretrizes. Entre os entrevistados, todos consideraram importante saber sobre os princípios, a estrutura e forma de organização da política de saúde mental para o trabalho do CAPS. Todos indicaram haver disponibilidade de material didático relativo a política na unidade de serviço.

Sim, precisa conhecer a política porque o atendimento está dentro dessa política, dessa lógica. (LÉLI, 4/4/2006).

Claro! é vital, pra poder planejar o seu trabalho, pra poder saber como é que a gente se liga com outros serviços, como é que a gente pode montar a rede, isso é fundamental porque o trabalho não se encerra aqui dentro, não pode ficar aqui dentro só, ele tem que poder justamente se expandir (F, 12/4/2006).

Sim é muito importante, até pra saber o que está acontecendo, o que pode ser feito, quais são os recursos disponíveis, o que precisa melhorar. Acredito que, fora a sua capacitação individual, eu acho que isso é uma outra premissa pra você iniciar no serviço [...] (J, 22/3/2006).

É importantíssimo conhecer, primeiro saber se ela existe, primeiro a pessoa tem que ter a curiosidade, tem que ter o desejo e a clareza de que é essencial ter os parâmetros ou diretrizes políticas de saúde mental pra

¹⁴ O município não tem o cargo de Coordenador de Saúde Mental. Em novembro de 2005 foi nomeada Assessora Técnica em Saúde Mental a enfermeira Lílian Pagliuca, que permanece na função até a data da presente pesquisa.

poder acompanhar, se orientar, e, segundo, conhecer sobre essa política (GIRASSOL, 20/3/2006).

Muito importante porque hoje a gente tem acesso a isso, aqui no CAPS a gente tem a legislação de saúde mental e pra gente poder entender porque, assim, a gente está na gestão da política também, por ser participativa, por estar junto nas decisões, então é preciso que a gente entenda, e tem muito detalhamento, são muitas portarias, o sistema de financiamento também é bastante complexo [...] (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que claro, porque a gente está dentro de um braço da política nacional de saúde; tanto pra você ter noção de qual é a perspectiva, em nome de que esse serviço está sendo mantido, também pra você poder avaliar a possibilidade desse ideais, dessas prerrogativas, que são pensadas a nível geral e nacional, serem realmente eficaz em termos práticos, porque muitas vezes você tem uma boa idéia, mas nem sempre uma boa idéia traz um bom resultado [...] (P, 17/3/2006).

Nesse sentido, a construção e consolidação de uma política de saúde mental, coerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o estabelecimento de uma política adequada de recursos humanos, que valorize e considere a importância do trabalhador de saúde mental na produção dos atos de cuidar. Para isso, deve-se garantir a capacitação e qualificação continuadas; a remuneração justa dos profissionais; a garantia de condições de trabalho e de planos de cargos, carreira e salários; a democratização das relações e das discussões em todos os níveis de gestão; a incorporação das questões de segurança, saúde e saúde mental do trabalhador; a garantia de supervisão clínica e institucional; a avaliação de desempenho e garantia da jornada de trabalho adequada para todos os profissionais de nível superior, bem como a isonomia salarial entre eles (BRASIL, 2002a).

3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário

De acordo com as indicações aprovadas na III CNSM, a política de recursos humanos para a saúde mental deve visar implantar, em todos os níveis de atenção, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, na perspectiva do rompimento dos especialismos e da construção de um novo trabalhador em saúde mental, atento e sensível

aos diversos aspectos do cuidado, ou seja, com uma visão integral e não fragmentada da saúde (BRASIL, 2002 a).

Segundo 83,3% dos profissionais o trabalho no CAPS Ponta do Coral é realizado em equipe. A maioria considera que existem dificuldades na realização das atividades. Uma delas está relacionada, conforme identificado por eles, ao fato de que nem todos compartilham das mesmas referências com relação à Reforma Psiquiátrica, à saúde pública e ao projeto do CAPS.

Bom, são várias, mas o que eu vejo de mais complicado é o fato de que nem toda a equipe compartilha das mesmas referências em relação ao que seja a Reforma Psiquiátrica, a função de um CAPS, as necessidades que o CAPS tem pra alcançar esses objetivos. Isso se deve em parte a diversidade da formação, e também às convicções pessoais. O problema não é a diversidade em termos da formação profissional em si, mas o modo, o fato de que você tem uma equipe multiprofissional por exemplo, isso gera alguma dificuldade na troca, na possibilidade de produzir um conhecimento novo a partir dessas experiências que são de diferentes disciplinas, diferentes áreas. Mas eu diria que é mais no sentido da Reforma Psiquiátrica mesmo, naquilo que ela aponta, então parece que esse é um problema a mais; outro que tem se tornado mais evidente pra mim ultimamente é a falta de formação de grande parte dos profissionais sobre o que seja saúde pública, boa parte deles não conhece o sistema de saúde pública, apesar de trabalhar num serviço de saúde pública, mas não conhece o sistema, não sabe a lógica, não sabe como é que ele funciona, então acaba tomando decisões muitas vezes administrativas que são equivocadas, que não levam em conta o modo de funcionamento da saúde pública (F, 12/4/2006).

Tem sim várias dificuldades, entre elas, existem diferenças de formação e, portanto, ideológicas. Alguns momentos a gente vê, assim, o CAPS tem um projeto de não internação, de autonomia do usuário, de gestão plena do usuário, e, as vezes, a equipe, algumas pessoas acabam esbarrando com isso. O entendimento disso é muito difícil também, as vezes é uma linha muito tênue entre o que é o assistencialismo, a autonomia, o que é dar o limite do ponto de vista terapêutico e o que é dar o limite porque você não quer se incomodar. Então, algumas pessoas não vêm de uma postura da Reforma Psiquiátrica, não sabe o que é uma Reforma Psiquiátrica, não tem uma noção, [...] é uma luta política também e algumas pessoas não sabem o que é [...] (LÉLI, 4/4/2006).

Em outras falas, foi apontada como uma das dificuldades do trabalho em equipe questões relacionadas a uma suposta divisão entre o grupo de técnicos.

A relação com a equipe tem uma certa peculiaridade, eu acho que as pessoas, a equipe que começou anteriormente, já desde a formação ou no começo do CAPS, eles se intitulam como a equipe do CAPS. Os que chegaram depois, em geral, não são bem acolhidos, ou são muito pouco,

tanto que as próprias atividades em equipe, em grupo, dificilmente, essas pessoas novas são incorporadas ao que já existe; então, acaba criando aí até a equipe da manhã, a equipe da tarde, mais ou menos, embora eu estou aqui todo o período, mas tem essa divisão... e eu acho que assim o ponto de partida é esse, a sensação é que quem não estava aqui desde o começo não fez parte da história (J, 22/3/2006).

A equipe que iniciou lá em 96 (1996) veio com algumas questões conceituais amarradas. Por quê? Porque a pessoa que estava pensando, planejando o CAPS ela vinha do Movimento da Luta Antimanicomial, era uma das representantes em nível nacional aqui em Floripa, Santa Catarina; então tinha algumas coisas amarradas na estrutura de atendimento do CAPS, que era muito pra poder implantar o sonho da Reforma Psiquiátrica aqui em Floripa, criar um serviço, do município, que de fato evitasse internação, que de fato fosse continente pros usuários com transtorno mental grave, e isso se mantém, porém, com a chegada dos técnicos que foram sendo substituídos, alguns saíram, técnicos novos entraram, a equipe de profissionais foi se modificando, a gente tem uma distância conceitual por mais que a gente pretende uma proposta multiprofissional, e a gente consegue, ao longo do tempo a gente conseguiu, é muito interessante o jeito como nós trabalhamos, porque de fato conseguimos trabalhar cada profissional lado a lado, dividindo o mesmo grupo, a mesma oficina terapêutica, então, assim, isso é possível, mas hoje, a gente, assim, tenta manter esse paradigma da Reforma Psiquiátrica, da desospitalização, do fortalecimento dos serviços territorializados, de um modelo que é um modelo multiprofissional, com a gestão participativa dos usuários, contra o modelo hospitalocêntrico, médico centrado, mas existem diferenças na questão conceitual da equipe, isso é falho, inclusive pra própria equipe (VIK, 24/3/2006).

A importância da unidade da equipe no atendimento ao usuário e na organização do trabalho recai sobre a qualidade do tratamento terapêutico ofertado. A mudança de paradigma epistemológico com relação a saúde mental não garante por si só a alteração das práticas assistenciais. Os conflitos e problemas de equipe existentes precisam ser trabalhados nas supervisões institucionais de forma que os técnicos consigam superar as dificuldades que obstaculizam a união do grupo em torno de um objetivo comum, sejam elas ideológicas, de formação, de concepção e/ou de afinidade com os colegas.

Um dos entrevistados apontou a questão das relações de poder e diferenças nos valores pessoais e nas relações interpessoais como dificuldades do trabalho em equipe.

Primeiro, a relação de poder, eu acho que é um grande problema, uma dificuldade que existe. Essa relação de poder, ela emana, que eu tenho percebido, da psicanálise, da teoria psicanalítica e da teoria psiquiátrica; então, os profissionais detentores desse conhecimento acabam, sutilmente, estabelecendo poder frente aos profissionais não-psi diria; essa relação de poder pelo saber é um dos problemas ou uma das dificuldades que eu encontro pra trabalhar em equipe no CAPS; outra

dificuldade, acho que é a própria experiência de vida das pessoas, aquelas pessoas em que parece que não estão claros os valores humanos como solidariedade, amor, justiça, sabedoria, a práxis, o repensar a prática, profissionais que não fazem a autocrítica da sua prática, pra mim, eu acho que é uma dificuldade trabalhar em equipe devido a isso; então, seria esse poder pela teoria e essa questão um pouco mais pessoal que é a relação de lidar com o outro, as relações interpessoais, são dificuldades que eu vejo em equipe (GIRASSOL, 20/3/2006).

A partir da fala profissional é possível pensar sobre as relações de poder que se estabelecem pelo saber. Conforme nos ensina Foucault (1979), os poderes se exercem em níveis variados e em pontos diferentes da vida social. Neste complexo, existem os micropoderes que estão intimamente relacionados com a produção de determinados saberes (sobre o criminoso, a sexualidade, a doença, a loucura). Assim, o poder não é algo que se detém como uma coisa, como uma propriedade, que se possui ou não. O poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona, como uma máquina social que não está situada em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda estrutura social (MACHADO, 1979 p. XIV).

De acordo com Foucault (1979), todo conhecimento, seja ele científico ou ideológico, só pode existir a partir de condições políticas, que são as condições para que se formem tanto o sujeito quanto os domínios de saber. Para o autor não há saber neutro, todo saber é político. Dessa forma, saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber. E, em contrapartida, todo saber assegura o exercício de um poder (MACHADO, 1979 p. XXI - XXII).

Na seqüência, a entrevistada aponta de forma geral algumas das questões cotidianas como dificuldade no trabalho em equipe.

Bom, eu acho que as vezes a gente é muito trefista, a gente não tem o tempo suficiente que a gente gostaria para estar parando para discutir os casos, se ater a cada paciente; tem diferenças na equipe também, tem conflitos [...] mas assim, a gente ainda tem, as vezes, coisas assim muito imediatistas, que não nos propiciam fazer realmente um estudo de caso mais integrado, ter uma intervenção, as vezes, mais articulada; a gente tem tentado em alguns momentos, mas assim, não é uma coisa que tem um peso forte como eu acho que deveria ter (P, 17/3/2006).

Dessa forma, a intensidade das demandas colocadas aos profissionais, especialmente na atualidade, provocam o desenvolvimento de ações pragmatistas, muitas

vezes sem uma reflexão maior. Isso vem acontecendo em vários contextos institucionais e com diferentes profissões. Ou seja, na medida que aumentam as necessidades humanas e as demandas para satisfazê-las, não ocorre no mesmo ritmo, o aumento da oferta de equipamentos e serviços assistenciais capazes de dar conta da complexidade dos problemas decorrentes da emergência das novas relações sociais, econômicas, culturais, advindas com a modernidade.

A precarização das condições de trabalho também foi apontada pelos entrevistados como mais um dos fatores que, por vezes, dificultam a convivência e o trabalho em equipe. Eles se referem a questão da diferença na remuneração salarial entre os profissionais que trabalham no CAPS, principalmente do médico para as outras profissões. A desproporção salarial chega a diferença de até quatro vezes mais entre o que recebe o profissional médico e o salário dos demais técnicos. Associadas a esta situação estão a diferença na carga horária de trabalho, a condição de contratação temporária, a falta de reconhecimento por parte da SMS, no apoio e incentivo à participação em eventos científicos e de militância política na área, entre outras.

Os profissionais indicaram que contam com supervisão institucional para lidar com as questões do trabalho no cotidiano. A supervisão institucional existente era, até o início deste ano (2006), paga pelos próprios profissionais, mas nem todos participavam. A partir do mês de abril do corrente esta passou a ser financiada com recursos provenientes do Ministério da Saúde. Além deste tipo de supervisão, foi relacionado como outro recurso existente para abordar essas questões as reuniões de equipe, realizadas mensalmente, as reuniões clínicas, realizadas semanalmente, e foi citada pelos técnicos em enfermagem, a supervisão realizada com profissional da área.

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que as políticas de formação e capacitação em saúde mental devem criar espaços de trocas baseados na realidade local, com valorização dos diversos saberes e metodologia participativa. A supervisão clínica e institucional permanentes deve ser estendida a todas as pessoas que trabalham com portadores de transtorno mental: equipes de PSF e PACS, trabalhadores da urgência e emergência, do hospital geral, dos serviços substitutivos e dispositivos residenciais, cuidadores de saúde mental, profissionais de nível médio e superior da rede de saúde mental. A referida Conferência destaca, ainda, a necessidade de implantação da NOB – Recursos Humanos do SUS, salientando a importância da garantia da capacitação para todos os níveis, supervisão permanente, interdisciplinaridade e isonomia salarial (BRASIL, 2002a).

Com relação as potencialidades que o trabalho em equipe possibilita os profissionais destacam a relevância deste no atendimento ao usuário, a possibilidade de trocas entre as varias áreas e a oferta de um atendimento multidimensional.

Entendo que essa é uma clínica multidisciplinar e isso (trabalho em equipe) é importante pela complexidade mesmo do tipo de fenômeno com o qual a gente trabalha, então, a gente precisa, é necessário ter uma oferta de serviços e de formas de atenção, que seja a mais diversificada possível, pra que a gente possa atender a uma série de necessidades que as profissões nas suas especialidades não dão conta; então essa é a grande vantagem, você pode fazer essa atenção multidimensional, isso é interessante (F, 12/4/2006).

A vantagem é justamente a estrutura coletiva de resposta à uma situação que chega pra você; vem a psiquiatria trazer um conhecimento, a psicanálise traz outro, [...] a enfermagem acaba dando a sua contribuição quando discute realmente a relação, vem o serviço social discute essa articulação que a pessoa tem com o social, e essas pessoas (profissionais), com seus conhecimentos, vão socializando esse conhecimento pra dar a resposta às fragilidades ou às potencialidades de vida que essa pessoa traz (GIRASSOL, 20/3/2006).

Acho que a grande vantagem é que a gente quebra a lógica hospitalocêntrica que era muito centrada no médico, na figura do médico, naquilo que o próprio médico decidia do tratamento, hoje quem decide é a equipe multiprofissional [...] (VIK, 24/3/2006).

Ah! Muitas, eu acho, em primeiro lugar, essa possibilidade da troca interdisciplinar; porque eu acho que cada um tem um tipo de contribuição diferente, um saber que te ajuda a pensar com mais amplitude o próprio trabalho, o próprio paciente, e, eu acho que quebra um pouco certas relações de poder; também, assim, o fato de a gente lidar com situações que são muito pesadas para alguém estar lidando sozinho, então quando você sente essa coisa da equipe, quando tem um paciente que está muito comprometido ou que tem risco de vida, a gente se sente muitas vezes angustiada por aquele paciente e você tem a equipe pra te dar um respaldo, pra estar pensando junto. Acho que isso é, sem duvida, algo que gratifica também (P, 17/3/2006).

Primeiro, agregar conhecimentos, se a equipe for multidisciplinar, que não quer dizer interdisciplinar, mas a princípio se ela for multidisciplinar a possibilidade de trocas de conhecimento de várias áreas realmente acaba sendo muito rica; são vários olhares sobre uma mesma questão, vários pontos de vista. Quando o trabalho de equipe é interdisciplinar, as pessoas acabam trocando mesmo, saindo, as vezes, do seu campo de formação, podendo estar se estendendo em outros campos, acaba sendo mais rico ainda. Num trabalho como o CAPS é necessário (o trabalho em equipe). Eu não consigo ver o trabalho que não seja em equipe porque pra você atender um usuário você precisa de uma equipe, pra você abordar o usuário, uma família, receber uma família precisa de vários olhares, enfim, de várias formações, vários olhares técnicos, da parte de

enfermagem, psicologia, da arte, serviço social, então, isso é importante (LÉLI, 4/4/2006).

O reconhecimento de outras dimensões no processo saúde-enfermidade, que não estritamente a biológica, traz a tona a questão da interdisciplinaridade¹⁵, pois na busca da integralidade da assistência a atuação de um único saber profissional não é suficiente. No processo da Reforma Psiquiátrica o campo da saúde mental é chamado a refazer-se por inteiro, ampliando o seu foco de abordagem e procurando romper com as delimitações dos saberes tradicionais na área. Busca-se uma nova recomposição de conhecimentos, sustentados sobre um conjunto de rupturas e novas premissas, e não apenas um novo somatório ou rearranjo simples dos saberes especializados. Desta forma, diversos campos de saber, implicados na assistência em saúde mental, são envolvidos na teorização e nas novas práticas de cuidado (VASCONCELOS, 2000a).

A pesquisa realizada indicou que 66,3% (correspondente a oito dos doze profissionais que responderam o formulário) dos profissionais consideram que existe interdisciplinaridade no atendimento ao usuário no CAPS Ponta do Coral. As falas relacionadas na seqüência apresentam a concepção dos profissionais sobre interdisciplinaridade e indicam a respectiva compreensão sobre a importância desta no atendimento ao usuário.

A gente poder ter o que a gente chama de clínica ampliada, essa multidimensionalidade que nos permite atacar o problema de várias formas e, portanto, oferecer diversas formas de atendimento, desde o medicamentoso até o serviço social, as oficinas, as oficinas expressivas, a arte, etc. (F, 12/4/2006).

Eu acho que em primeiro lugar isso, assim, é um olhar mais amplo para a condição daquele paciente. Cada profissional tem um aspecto que acentua, pela sua vida, pela sua formação; o educador artístico tem uma outra estratégia, por exemplo, pra lidar com aquela queixa do paciente, o assistente social tem uma, o psicólogo tem outro olhar, assim, eu acho que pra mim soma, eu acho que é uma forma da gente também aprender, enriquecer a nossa análise, a nossa possibilidade de intervir; sem dúvida que é rico (P, 17/3/2006).

Alguns profissionais expressaram sua concepção de interdisciplinaridade observando que esta não é sinônimo de multidisciplinaridade e que nem sempre é possível fazer práticas interdisciplinares.

É justamente isso, poder compartilhar o conhecimento que cada disciplina traz, essa inter, mas realmente compartilhar isso e não a

¹⁵ Sobre os conceitos de multi, inter e transdisciplinaridade ver, entre outros, Vasconcelos, 2000a.

multidisciplinaridade; é pensar, coletivamente, saídas pra enriquecer a vida da pessoa e aí é sempre um pensar e repensar (GIRASSOL, 20/3/2006).

Então, essa idéia dessa troca de conhecimento pra poder ajudar o usuário, pra poder a equipe ter um suporte também, pra poder, num estudo de caso, por exemplo, trocar os vários conhecimentos, os vários pontos de vista e poder estar entrelaçando; então, é importante, mas nem sempre se consegue fazer (LÉLI, 4/4/2006).

Já nas falas que seguem é possível perceber a concepção de interdisciplinaridade mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade.

Cada profissional tem a sua especialização, e ele foi formado para atender determinadas características que aquele usuário precise, ou informações, e a própria atenção, e cada um tem uma formação específica e diferenciada; então, eu acho que quanto mais ampla, mais amplamente ele for avaliado, e receber essas informações, e esse tratamento, vai ser melhor pra ele; então, desde o serviço social, desde o atendimento psicológico, o atendimento médico, enfim, até ah! eu cortei meu dedinho, o que eu faço? Então, vai poder ser atendido ali, ser acolhido pelo técnico de enfermagem (J, 22/3/2006).

É muito importante porque cada profissão tem o seu conhecimento específico e contribui aí com o seu conhecimento. É necessário que cada um de nós tenha muito claro o seu papel aqui dentro pra que não vire uma salada mista e se dilua o que cada um faz, que é específico de cada um. Então, é importante que a gente tenha boa formação técnica, específica da saúde mental pra que a gente possa chegar numa equipe que trabalha sob o paradigma do campo psicossocial, e que de fato possa ser multi, no sentido do atendimento, e aí, assim, no campo psicossocial, aqui no CAPS, por exemplo, a gente vê a necessidade de os profissionais trocarem mesmo, porque surgem muitas demandas, são muitas necessidades do usuário, é um campo novo. Então, assim, tem n coisas que vai se descobrindo, que cada área contribui diferentemente, mas ao mesmo tempo de forma conjunta. Então, o psicólogo, obviamente, ele tem mais elementos pra entender a parte clínica, o assistente social tem mais elementos pra entender a parte previdenciária, da assistência social desse usuário, que também é importante, muito importante pra ele, o médico tem o conhecimento sobre os psicofarmacos, sobre essa parte mais específica da medicação, e assim a gente vai trocando (VIK, 24/3/2006).

Com relação a este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005) observam que, no Brasil, a interdisciplinaridade faz parte do discurso politicamente correto, garantindo seu estabelecimento como princípio, traduzido na expansão cada vez maior dos territórios profissionais e na fusão dos saberes. O discurso da multi e da transdisciplinaridade é relativamente bem conhecido e aceito em nível intelectual, mas as práticas institucionais apontam, paradoxalmente, para fortes resistências, isolamento e hiperespecialização.

De acordo com os autores, para que estas ações multidisciplinares se tornem efetivas há necessidade de estratégias e planos, que visem a harmonização da convivência para que esta não seja imposta, mas compreendida e desejada pelos profissionais. Na prática, o momento é de impasse, pois multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade existem em tese e como imposição de comando, mas não se concretizam, ainda, como prática planejada, efetiva e eficaz (OLIVEIRA; DORNELES, 2005).

Ainda segundo os referidos autores, uma verdadeira transdisciplinaridade não está nem mesmo no horizonte das instituições de saúde mental brasileiras. Este é um dilema fundamental no processo da reforma psiquiátrica, que depende de ações integradas (órgãos reguladores do ensino superior, programas universitários, instituições e serviços de atendimento) para cumprir sua missão de transcender as práticas manicomial e os territórios de dominação e poder estabelecidos entre as disciplinas que formam a saúde mental.

3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações

A importância do projeto terapêutico dos CAPS recai sobre a responsabilidade de que todo o trabalho desenvolvido em cada unidade deve ser realizado em um ambiente terapêutico. Isto significa que tanto os atendimentos individuais, grupais como a convivência no serviço tem finalidade terapêutica. Cada CAPS deve ter um projeto terapêutico, que leve em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais, as iniciativas de familiares e usuários e o território onde se situa, com sua identidade, sua cultura local e regional (BRASIL, 2004).

O CAPS Ponta do Coral conta com projeto terapêutico do serviço, o qual, segundo 75% dos profissionais que responderam ao formulário, foi planejado em equipe. Três profissionais referiram não saber sobre o planejamento em equipe por não fazerem parte desta a época.

O sistema atual de atendimento no CAPS Ponta do Coral difere da maioria do adotado pelos serviços desta natureza. Em geral, os CAPS realizam a assistência ao usuário

no modelo de TR¹⁶. O CAPS Ponta do Coral oferece atendimento sob a ótica da regionalização. Ou seja, como o serviço não é territorializado, é o único na modalidade, na cidade e no município, a equipe técnica foi subdividida em pequenos grupos ou mini-equipes de dois e/ou três profissionais, sendo cada uma destes responsáveis por uma das regionais, que é onde o usuário mora. Esta proposta foi pensada e implementada há quase dois anos, quando os profissionais identificaram dificuldades em atender no sistema de Terapeuta de Referência (TR) toda a demanda existente. Tal estratégia utiliza-se do sistema de divisão por regionais da Secretaria Municipal de Saúde. Ao total são cinco Regionais de Saúde, Leste, Norte, Sul, Centro, Continente, distribuídas espacialmente na área geográfica do município. Nestas regionais, foram implantadas, recentemente (a partir do final do ano de 2005 e início de 2006), equipes de atenção em saúde mental, compostas por um médico psiquiatra e duas ou três psicólogas em cada uma das Regionais de Saúde.

De acordo com o projeto terapêutico do serviço, as atividades desenvolvidas são: psicoterapia, atenção medicamentosa, atendimentos de emergência, grupo terapêutico, oficinas terapêuticas¹⁷, assembléia de técnicos, usuários e familiares, visitas domiciliares, articulação com entidade, programas e serviço, atividades de formação e pesquisa, reuniões de equipe, reuniões clínicas de casos¹⁸.

Conforme as determinações da Portaria GM/MS Nº 336/2002, a assistência prestada ao usuário no CAPS deve incluir atendimento individual, em grupo, atendimento à família, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades comunitárias, enfocando a integração do portador de transtorno mental na comunidade e sua (re)inserção familiar e

¹⁶ Este sistema de atendimento é desenvolvido na maioria dos CAPS e constitui-se do acolhimento da pessoa quando de sua chegada ao serviço por um dos profissionais da equipe. A partir daí é traçado um projeto terapêutico com o usuário e o profissional que o acolheu passará a ser uma referência para ele. O Terapeuta de Referência (TR) tem a responsabilidade de monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo as atividades e a frequência de participação. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, discutindo com o usuário e com a equipe técnica do CAPS (BRASIL, 2004, p. 16).

¹⁷ São oferecidas as seguintes oficinas: oficina de cerâmica, oficina de artes plásticas, oficina de mosaico, oficina de jogos, esportes e lazer, oficina de tapeçaria, oficina de trabalhos manuais, oficina da terra, oficina de jornal, oficina de velas, oficina de leitura, oficina de música, oficina brechó, oficina de teatro, oficina de formação política, oficina de fotografia. Destas, as oficinas de cerâmica, velas e mosaico são produtivas, ou seja, sua produção é comercializada. Cabe destacar que algumas oficinas podem estar em funcionamento ou não, em determinado período de tempo, de acordo com a disponibilidade de técnicos para acompanhar, de condições materiais para o funcionamento e da demanda de usuários.

¹⁸ A descrição e o objetivo de cada atividade pode ser consultado no Projeto Terapêutico do CAPS II Ponta do Coral (2004), ou a partir do projeto de Estágio curricular em Serviço Social de Stuari (2005).

social. A depender do projeto terapêutico de cada usuário, o CAPS poderá oferecer as seguintes modalidades de atendimento: atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo¹⁹.

Já com relação ao planejamento das ações, 50% dos profissionais consideram que este existe. Cabe lembrar que ao questionarmos os participantes da pesquisa sobre este fator, estamos nos referindo ao planejamento estratégico, aquele voltado para uma visão ampla, global e de longo alcance da organização/instituição, baseado na análise do contexto e com a finalidade de buscar alternativas de ação. No entanto, alguns dos entrevistados observaram estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação objetivo e sistemático dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declararam não existir processo de planejamento e avaliação das ações do serviço, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

As falas relacionadas a seguir demonstram o tipo de planejamento existente no CAPS e como este acontece.

Bom, o planejamento é feito mais ou menos assim: chega uma época do ano em que a Secretaria (SMS de Florianópolis) nos pede um planejamento e aí, geralmente isso é com uma semana no máximo de antecedência, é aquela correria, a gente monta um plano básico de trabalho etc., mas é muito mais pra cumprir a obrigação. A gente tem um projeto terapêutico que é amplo, que é do serviço todo, e a gente vai, com esse projeto terapêutico a gente vai ajustando as atividades e aquilo que a gente pretende alcançar, mas não há um planejamento muito formalizado, não há um processo de planejamento, até porque é tudo muito fragmentado, o que a gente planeja aqui, boa parte depende desse recurso financeiro, depende do apoio da Secretaria, que é sempre uma coisa incerta. Então, em termos de planejamento a coisa fica sempre muito precária. Em termos de avaliação é mais precário ainda, a gente não tem indicadores; novamente, no final do ano, aí a Secretaria pede um relatório do que foi feito, a gente faz um levantamento geral, mas ele é descritivo, ele não é avaliativo, a gente não sabe de fato quais são

¹⁹*Atendimento intensivo* – atendimento diário, oferecido à pessoa que se encontra em grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento semi-intensivo - nessa modalidade, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Este tipo de atendimento é oferecido quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento não intensivo – oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até 3 dias no mês. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário (BRASIL, 2004, p. 16).

os efeitos que a nossa intervenção produz; claro, a gente tem uma certa dimensão pelo contato direto com os usuários, fulano que não interna a tanto tempo, ou fulano que voltou a trabalhar, ou que resolveu pelo menos algumas coisas que eram mais complicadas na sua vida, isso a gente tem, mas não tem um processo de avaliação estruturado que nos permita dados com visibilidade maior (F, 12/4/2006).

Neste sentido, destacamos que, a nosso entender, a função planejamento deve orientar todas as ações no dia-a-dia das organizações. O planejamento é o processo de estabelecer antecipadamente a finalidade da organização/instituição, definir os objetivos e prever as atividades e os recursos necessários para atingi-los. Planejar é uma forma de pensar o futuro da organização/instituição, definindo o que fazer, como, quando e com recursos. Nesse processo, é importante considerar que as organizações/instituições estão inseridas num contexto constituído pela sociedade, pelo Estado e por outras instituições que influenciam suas decisões (TENÓRIO, 2000).

Alguns profissionais referiram-se, especificamente, ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, reuniões clínicas e na supervisão de equipe. Segundo estes, é na reunião de equipe mensal que se planejam mais as ações, estas entendidas como a definição dos grupos terapêuticos ou oficinas que vão ter, o objetivo e a finalidade destes, a demanda etc..

Mensalmente, a gente tem uma reunião de equipe, que tem um pouco esse objetivo, de planejar e avaliar o que é feito. Além dessa reunião mensal a gente tem dois outros momentos semanais, que é um na quarta-feira outro na quinta-feira, que a gente chama de reunião técnica, [...] mas isso se dá muito no cotidiano também, na assembléia geral do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Ele acontece em reunião de equipe, uma reunião mensal, a gente planeja grupos, planeja..., então.., acontece, primeiro tem uma reunião mensal da equipe e reunião duas vezes por semana, que são os estudos de caso; agora, a avaliação, acontece em reunião de equipe mais; o planejamento, por exemplo, como abordar um determinado caso, como ajudar, de como servir a família, o trabalho, é feito durante a semana nos estudos de caso, e nós temos a supervisão, que é um espaço que também acaba se fazendo uma avaliação, a supervisão de equipe (LÉLI, 4/4/2006).

Outras falas detalharam as conseqüências da falta de um processo sistemático de planejamento e avaliação das ações, inclusive fazendo análise dessa problemática em relação as instituições públicas em geral.

Eu acho que esse é um problema, acho que falta muito; por exemplo, se você esta aqui fazendo a avaliação da política a partir do olhar dos profissionais, eu, nesse momento, tenho tido muito incomodo diante da

necessidade que eu vejo de avaliar as ações, de avaliar os pacientes, e a gente não tem uma forma sistemática de fazer isso; por exemplo, a gente não tem um instrumento de captação do trajeto do paciente dentro do CAPS, a gente não anota algumas coisas, os prontuários também deixam muito..., as vezes a gente não faz registro nos prontuários e mesmo quando a gente faz ele não tem, assim, por exemplo, uma sistematicidade, o que é que eu vou enxergar, como é que eu vou ver se aquele paciente está melhor ou está pior depois que ele está aqui, então, a gente não tem esse instrumento; e, o planejamento, é feito um planejamento terapêutico com o paciente; o planejamento do nosso serviço é mais ou menos...., funciona, assim, com as oficinas, não é um planejamento rigoroso, a cada período a gente senta e reorganiza não, tem algumas diretrizes gerais, eu acho que em termos práticos falta muito dos dois lados, planejamento das nossas atividades, por exemplo, as vezes naquele roldão a gente vai fazendo, vai fazendo, e, também, a avaliação da eficácia, do que realmente aquilo está resultando pra vida do sujeito, se ele está realmente conseguindo chegar mais próximos desses lugares que a gente apregoa como princípios da saúde mental - autonomia, dessas coisas que a gente também fala: relação com o trabalho, relações, laços sociais; então, a gente não tem esse (instrumento de planejamento e avaliação), eu acho que falta (planejamento e avaliação) [...] Na verdade eu acho que esse é um problema das instituições públicas em geral, eu acho que tem uma grande resistência no Brasil a qualquer critério de avaliação, porque, esse discurso, a retórica da igualdade, ela exatamente vai na contramão de um processo meritocrático, ou seja, você avaliar também por mérito; você tem que criar esse tipo de instrumento; a prefeitura não tem, nunca teve uma avaliação nos anos que estou aqui que medisse o desempenho profissional, principalmente aqui, que a gente lida com pessoas que estão aqui pra se tratar, e a gente não sabe se a pessoa...., a gente vai olhando um caso ou outro; não existe um processo institucional de avaliação, nesse sentido (P, 17/3/2006).

Em geral, as organizações precisam de um processo de avaliação que realize uma revisão dos objetivos e metas alcançados e daqueles a serem atingidos. O planejamento e a avaliação são a oportunidade de fazer uma pausa e examinar a situação da instituição.

Não obstante, as políticas públicas no Brasil vêm se estruturando de forma descentralizada, com responsabilidades de organização e financiamento partilhadas entre a União, Estados e Municípios, cabendo a estes últimos a execução dos serviços de atenção direta à população. Deste modo, os processos de avaliação de serviços de saúde mental devem ocorrer no âmbito municipal. Segundo Dias (2002, p. 2)²⁰, este desafio coloca no debate o aspecto de como avaliar o funcionamento de um serviço de saúde mental, que está

²⁰ A autora realizou um trabalho de construção coletiva de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental junto aos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre; uma apresentação resumida dos resultados pode ser consultada em DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental.** In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

inserido num novo patamar conceitual e tem como tarefa não reproduzir uma prática de tutela, com ênfase na patologia, mas de incluir o sujeito portador de transtorno psíquico no planejamento e na execução das ações terapêuticas, numa nova relação que garanta a viabilidade do exercício da cidadania numa sociedade desigual. Ou seja, as dimensões de mudança conceitual, realidade social e política pública de saúde de âmbito municipal, tornam complexa a adoção de processos de avaliação.

A fala descrita na seqüência especifica o processo de planejamento e avaliação no que se refere a ação interventiva profissional no tratamento ao usuário, destacando que não existe um processo sistemático de planejamento e avaliação com relação as ações do CAPS.

O planejamento e a avaliação das ações do CAPS, eles acontecem só de uma forma muito primária ainda, nós temos [...] o planejamento e avaliação da ação do profissional a título de intervenção em relação ao usuário existe de três formas: primeiro, casos clínicos, que aqui nós fazemos reuniões de casos clínicos, quarta-feira das 8 às 9 horas e quinta-feira das 11h30min às 12h30min pra discutir a questão do caso clínico de pessoas; outra forma, construção de projetos terapêuticos ou revisão dos projetos terapêuticos na reunião da regional, cada regional, que são cinco, fazem suas reuniões pra discutir o planejamento e avaliar a vida dessa pessoa nas regionais, e a outra, especificamente do CAPS, a título de gestão, é a reunião de equipe, que você presenciou semana passada, aí é um outro momento de planejar e avaliar, porém, ressalvo, não se tem algo mais fidedigno, ou academicamente falando, que nos ampare pra fazer essa avaliação; então, é extremamente necessário nós termos supervisão, termos pesquisadores, que nos ampare no sentido de avaliar o serviço, avaliar nossa prática, avaliar a autonomia do usuário; a grosso modo nós temos, mas é muito de senso comum; então, precisa cientificar ou legitimar, regularizar, tornar mais fiel esse tipo de avaliação, a grosso modo temos, agora, com mais rigor, por escrito, não temos (GIRASSOL, 20/3/2006).

Sabe-se que a ausência de um processo de planejamento estratégico e avaliação sistemática comprometem a efetividade dos objetivos propostos. Conforme destaca Dias (2002), o cenário da Reforma Psiquiátrica requer tanto uma multiplicidade de respostas à sua plena implantação como para a avaliação de seus resultados. Contudo, é importante ressaltar que a especificidade das ações em saúde mental demanda a adoção de um método participativo, com o fim de superar o caráter unidimensional, comum em avaliações tradicionais.

A avaliação participativa já é uma exigência nas políticas sociais, decorrentes da pressão social pela garantia de acesso a bens e serviços públicos. Por analogia, a

construção de indicadores de avaliação também pode ser participativa, com a contribuição dos sujeitos inseridos na esfera municipal, responsável pela execução da atenção em saúde mental. Para a autora, apesar de certa reserva científica pela adoção desta sistemática metodológica, o seu valor está no alcance social de incluir os responsáveis pela execução de determinada ação, na sua construção e sistematização (DIAS, 2002).

3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento

Conforme já destacado neste trabalho os hospitais psiquiátricos são instituições representativas do modo asilar enquanto os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico de exercício das práticas de atenção psicossocial, do modo psicossocial.

O modelo de assistência do modo psicossocial destaca-se por seus meios básicos de tratamento (rede diversificada de serviços territorializados), e pela importância decisiva que se atribui ao sujeito na sua mobilização como participante principal do tratamento. Neste, considera-se o indivíduo como pertencente a um grupo familiar e social, o que supõe que se deve trabalhar, também, a família e o grupo social, como agentes das mudanças buscadas.

Já no modo asilar a organização institucional é marcada por estratificações de poder e saber, no âmbito das relações profissionais e da instituição, as quais transladam para a relação com os usuários e a população. Estes são excluídos de qualquer forma de participação, enquanto que no modo psicossocial, participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais.

Na pesquisa realizada, a maioria dos profissionais entrevistados referiu conhecer sobre a forma de atendimento no hospital psiquiátrico, seja por visitas, atuação profissional, contatos institucionais, relato dos usuários que estiveram internados.

No que se refere as diferenças no atendimento prestado pelo CAPS em relação ao hospital psiquiátricos, os entrevistados consideraram que existem diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência de um só discurso, o médico psiquiátrico do hospital e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial em contraposição ao tratamento igual para todos

das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Eu acho que é diferente em vários aspectos, primeiro, são essas diferenças que eu digo que são de base, sobre a Reforma Psiquiátrica e a função de um CAPS nesse processo de reforma. Existe por parte da maioria da equipe uma convicção de que a nossa função é evitar a internação e de uma certa maneira poder fazer substituição a essas instituições tradicionais; deslocar a centralidade do sistema pra um serviço aberto, que seja interdisciplinar, ou seja, onde você não tenha um discurso único dando a orientação, que no caso é o discurso psiquiátrico nas instituições (tradicionais); você tem essa multidimensionalidade então você pode compartilhar o discurso; em relação ao próprio atendimento, começa na forma do acolhimento, eu acho que o nosso acolhimento é bom, ele tem condições de receber a pessoa, de entender o que ela está procurando, o que ela está precisando, quais são as suas necessidades; a gente tenta de alguma maneira envolver família embora com dificuldades, mas a gente tenta e tenta principalmente manter a vinculação ou criar novos vínculos desse usuário; o projeto terapêutico que é individualizado também é outra coisa fundamental, que aí a gente quebra com a lógica tradicional de que todos recebem o mesmo tratamento, é a mesma medicação, são os mesmos horários, são as mesmas atividades pra todo mundo, não, a gente procura justamente ao levar em consideração essas características que são mais individuais, são mais singulares, a gente procura atender e levar em conta esses aspectos, então, isso pra mim já é muito diferente, além do que a gente procura o tempo todo ou minimizar ou quebrar mesmo a hierarquia, instituindo certas formas que evitam que a hierarquia se cristalize de maneira muito brutal, pra você não ter um deslocamento de poder dentro do serviço, que seja prejudicial pra todo mundo, igual no hospital (F, 12/4/2006).

A relação entre profissional e usuário foi destacada como diferencial por todos os entrevistados, conforme pode ser observado a seguir.

A relação entre o profissional e o usuário, pra mim, a maior diferença é essa relação interinstitucional ou interpessoal; é a forma como se dá, porque as ações também são diferentes, porque existem oficinas terapêuticas, existem os grupos terapêuticos, existem os atendimentos, mas esse modelo de atendimento pode também ocorrer numa outra instituição, ou mesmo num CAPS, mas se a relação de profissional e usuário não estiver pautada no respeito, uma relação sujeito-sujeito onde se possa esse serviço, obviamente, quando ele estiver num bom nível de participação, num bom nível de reabilitação, mas também..., o fundamental é isso, é estar pra além da instituição, estar pra relação do usuário com o profissional, e claro, o espaço também, o espaço físico tem que ter qualidade, a gente vê aqui um espaço super bom aqui no caso, as propostas de atendimento, como que são colocadas, como que é olhado esse usuário, esse usuário está junto no pensar da instituição, mas a cima de tudo assim, entender como cidadão de direitos, de respeitá-lo (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que tem um maior reconhecimento da condição subjetiva do paciente, acho que um certo respeito. Hoje, a Colônia Santana tem tido mudanças, tem uma política que também..., na verdade a política do Ministério também visa atingir as instituições mais asilares, os hospitais também estão mudando..., talvez seja mais lenta, aqui, a gente já chegou com uma outra perspectiva de trabalho; eu acho que a equipe toda, de forma geral, tem uma sensibilidade pra esse respeito pelo paciente, pelo outro, procura, na medida do possível, não estabelecer uma relação de poder; eu acho que aqui, por exemplo, a recepção é muito bem feita, os vigias também são pessoas que entraram no clima, assim, talvez já seja deles, mas entraram no clima do CAPS; acho que todos têm um compromisso com isso, um valor digamos; também, talvez seja deste CAPS, eu não conheço tantos outros CAPSs; eu acho que é uma relação diferenciada, na medida que você está aqui com esse objetivo de que a pessoa assuma a própria vida, contribuir para que isso aconteça; isso implica em ter pelo menos um respeito, um reconhecimento do outro (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p.10) destacam que o papel do técnico se transforma quando ele se coloca sob outros princípios; “se ele faz funcionar a tecnologia da doença mental, fortalece o dispositivo psiquiátrico. Mas, se transforma sua forma de intervenção, trabalha no sentido da desmontagem desse dispositivo”. Segundo os autores, isso significa pôr em funcionamento um dispositivo de desinstitucionalização e reinserir a complexidade dos problemas com os quais lida. Significa ainda abrir mão das interpretações da loucura segundo erro, incapacidade, inferioridade, doença mental, e potencializá-la como diferença, um modo diferente de relação com o mundo. Enfim, não usar o saber como técnica normativa, mas como possibilidade de criação de subjetividades. A técnica deixa de ser instrumento da violência quando a prática funciona como uma desconstrução da clínica.

As falas que seguem referem-se ao atendimento aberto e as possibilidades de escolha que o CAPS oferece em contraposição ao isolamento e segregação gerados pela internação hospitalar prolongada.

Em primeiro lugar o atendimento no CAPS é um atendimento, vou usar a palavra, aberto, ou seja, pra começar o usuário ele não fica internado aqui, mesmo se em algum momento tiver o CAPS III, é diferente. Ele vem, ele faz o trabalho dele, a sua terapia, durante o dia, e ele volta, quando, no caso tem família, pra casa; então, primeiro lugar a idéia do CAPS, o trabalho do CAPS não é segregar e isolar; quando o usuário vai para o hospital, eu acho que seja ele em qualquer campo da saúde, mas vai para o hospital e fica internado trinta dias, quinze dias, ele já esta sendo isolado do convívio com a família, do convívio social, ou seja, acaba perdendo progressivamente o contato com as pessoas e com o grupo social mesmo, e acaba sendo destituído das suas práticas pequenas, como desde pegar um ônibus, fazer sua comida, ir no

supermercado; no momento em que uma pessoa é colocada em um hospital e fica um mês, ele acaba perdendo o contato com essas mínimas..., não é nem com o mundo lá fora, mas com as mínimas coisas que ele teria em casa, na sua casa, enfim, ele perde tudo isso como se fosse realmente uma pessoa que não tem possibilidade nenhuma de fazer nem um café, enquanto o CAPS possibilita isso, acho que o CAPS ele, independente dos problemas que tem, acho que ele mostra que não, você ainda, apesar da sua crise, com a sua crise, com todas as limitações que as vezes um surto pode oferecer do ponto de vista cotidiano, você ainda pode fazer algumas coisas sim, como pegar um ônibus pra ir e voltar pra casa, fazer a escolha do seu planejamento terapêutico, vem aqui escolhe, em parte, o que gostaria de participar (LÉLI, 4/4/2006).

Assim, a possibilidade do usuário no CAPS de ter voz ela é muito maior do que nas outras instituições, as outras eu não vou generalizar, mas em algumas, as asilares, esses hospitais são.., enfim, crônicos até pela dificuldade mesmo de antes você pensar em ter outra alternativa que não a trancar e deixar lá e não tem medicação, não tem nada disso, estou falando de bem bastante tempo atrás, e isso ficou e se perpetuou, então, eu acho que a possibilidade do usuário aqui, no CAPS, nos CAPS, e até mesmo nos ambulatórios, acho que hoje em dia não é só CAPS que permite isso, é fazer parte como contribuinte do próprio tratamento, então isso é o que diferencia do paciente internado, vamos dizer assim, em São Paulo, no Vera Cruz, que é um hospital e tal, diferente de outros, tem algumas dessas internações que são diferentes, mas essa relação aí de profissional e usuário ela é mais aberta, é mais ampla, além do CAPS, especificamente, oferecer algumas possibilidades; então, a possibilidade de trabalhar em uma oficina, dessa oficina ter uma renda, que, assim, é um entrave no sentido que eles se sentem muito limitados e não só se sentem como eu acho que muitas doenças incapacitam mesmo, são incapacitantes, a esquizofrenia é uma delas, e é a nossa clientela aqui, a maior parte é de pacientes com esquizofrenia; a própria esquizofrenia já altera, vamos dizer assim, na cognição, na parte de planejamento, de você conseguir realmente se estruturar para trabalhar; tem umas pessoas que não conseguem nem ter o início, a iniciativa, ela é minada com a esquizofrenia, e aqui tem uma possibilidade, mesmo que essa possibilidade seja fazer oficina e ganhar uma renda, mesmo que, assim, seja só..., não é o valor que importa, é simbólico (J,22/3/2006).

O relato a seguir explicita epistemologicamente e em termos técnico-assistencial a diferença entre o modelo de atenção tradicional/hospitalar e o modelo de atenção psicossocial.

Primeiro, em relação a concepção da pessoa e em relação a concepção dos próprios meios de trabalho; na instituição psiquiátrica predomina o modelo manicomial/asilar como a gente chama, que daí vai olhar a pessoa enquanto doença, enquanto diagnóstico, aqui, no CAPS, a gente olha os seres humanos enquanto pessoas, enquanto a existência de um sofrimento, o que podemos fazer pra minimizar esse sofrimento da pessoa, então, essa é a primeira diferença que tem, quem é essa pessoa, que no modelo manicomial acaba sendo vista mais como diagnóstico, como um doente, isso que eu sempre falo, essa iatrogênia que o modelo

manicomial acaba inserindo na pessoa, você é um doente, vai ter que tomar remédio pra vida toda, e o máximo que você pode chegar é um portador de transtorno mental em recuperação, isso é uma das diferenças, outra é a própria concepção de saúde/doença que existe; as formas de organização dos dois modelos, são modelos diferentes, um é mais centralizado no psiquiatra, na instituição psiquiátrica, o no CAPS seria mais centralizado na equipe e, principalmente, nos usuários; a forma de relação com a clientela ou com o usuário, no modelo manicomial, é sempre uma relação hierárquica, de cima pra baixo, no CAPS, sempre uma relação, ou a gente tenta sempre ter uma relação horizontal; e a própria questão do que é bom ou não é bom pra pessoa, a pessoa tem que dizer o que é bom pra ela e, as vezes, no hospital, são os profissionais que já dizem o que deva ser bom pra ela, ou seja, a grande diferença que existe é: quem decide o que? No hospital as pessoas decidem sobre a vida da pessoa, eu acho que no modelo psicossocial é a pessoa que compartilha a decisão da sua vida (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme destaca Rotelli (1990), no manicômio (modelo/tradicional) a sociabilidade é reduzida a zero. A tutela, a internação tem a única finalidade de subtração das trocas, de estabelecer relações de mera dependência pessoal. Enquanto que a emancipação terapêutica (que se torna o objetivo substituto da "cura") só pode ser (cientemente) a mobilização de ações e de comportamentos que emancipem a estrutura inteira do campo terapêutico. Assim, o problema que se coloca aos novos serviços (CAPS) não é cura (a vida produtiva), mas sim a produção de vida, de sentido, de sociabilidade.

Neste aspecto, pode-se considerar a proposta basagliana de *colocar a doença entre parênteses* para assim direcionar o olhar ao sujeito em sofrimento e não à doença. Essa é uma questão fundamental, pois é o movimento de *tomada de responsabilidade* (DELL'ACQUA, 1992) individual e coletiva que se constitui como meio para a transformação institucional e para o processo de desconstrução. A cura cede espaço à emancipação, mudando a natureza do ato terapêutico, que agora se centra em outra finalidade: produzir autonomia, cidadania ativa, desconstruindo a relação de tutela e o lugar de objeto que captura a possibilidade de ser sujeito (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3 Participação do usuário e da família no tratamento

De acordo com as diretrizes da atenção em saúde mental do modelo psicossocial, o protagonismo dos usuários é fundamental para que seja alcançado o objetivo do CAPS de se constituir como dispositivo de promoção da saúde e da reabilitação psicossocial. Os

usuários e familiares devem ser chamados a participar das discussões sobre as atividades terapêuticas do serviço. A equipe técnica deve trabalhar de forma a estimulá-los a participar de forma ativa do tratamento e da construção de laços sociais. Entre os tipos de atendimento que o CAPS pode oferecer está o atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, de lazer com familiares (BRASIL, 2004).

Na seqüência deste item analisaremos as formas criadas pelo CAPS Ponta do Coral para envolver ativamente usuários e familiares no processo terapêutico, seja com relação ao projeto terapêutico individual, ao atendimento e a participação das famílias no tratamento.

3.3.1 Planejamento terapêutico individual

Conforme as determinações da política de atenção em saúde mental, cada usuário deve ter um projeto terapêutico individual, composto por um conjunto de atendimentos personalizado, que respeite as particularidades, necessidades de cada pessoa e proponha atividades durante a permanência diária na unidade e fora dela (BRASIL, 2004).

O atendimento no CAPS oferece projeto terapêutico de tratamento individualizado, o qual é pensado e avaliado com a participação do usuário. A fala relacionada a seguir detalha como acontece o planejamento do tratamento.

O primeiro passo desse projeto terapêutico ele é feito na entrevista inicial, que é basicamente a entrada desse usuário no serviço; então, a gente pensa uma programação mínima, levando em conta as necessidades, as condições, os limites e as capacidades do usuário e, quando a gente pode contar, com a família também. Além disso, uma vez por mês, [...] tem o encontro da Regional, e os usuários dessa Regional podem reelaborar o seu projeto terapêutico, a gente faz a revisão, a gente discute como é que está sendo esse projeto, se está sendo interessante, que ganhos, se está havendo ganhos ou não, se a pessoa está se sentindo contemplada de alguma maneira e tal, e aí a gente faz as alterações que a gente discute e acha necessário (F, 12/4/2006).

Com relação a forma como o usuário participa do processo de planejamento do seu tratamento, os entrevistados colocaram que é através da manifestação das preferências,

opções e desejos dele, dentro das possibilidades que o CAPS oferece. Nas falas relacionadas é explicitado qual a participação do usuário e do profissional no planejamento do projeto terapêutico de tratamento.

Quando o usuário chega no serviço, encaminhado de algum outro (serviço), ou de um hospital, ou de uma unidade local de saúde, ou por demanda espontânea é feito o acolhimento, onde a gente usa uma entrevista inicial pra fazer uma coleta de dados, ali resgata um pouco da história que o próprio usuário vai estar contando, e, então, nesse momento é feito o projeto terapêutico; inicia-se o projeto terapêutico, não que ele tenha que se esgotar nesse momento inicial; uma pergunta que a gente sempre faz pra ele é do que ele precisa, como a gente vai poder ajudar, então, a partir daí a gente oferece o nosso leque de atendimentos, o nosso projeto terapêutico do CAPS, e aí vai se construindo dessa forma (VIK, 24/3/2006).

Em geral a gente faz isso quando ele chega, na entrevista inicial, a gente pede pra que ele diga, a gente apresenta o que a gente tem; a gente pede que ele diga o que ele gostaria de estar fazendo, o que ele fazia, quais as preferências que ele têm, se ele não sabe, em algumas situações, a gente sugere que ele venha participar de algumas oficinas para ele, por exemplo, escolher; então, assim, é feito muito respeitando o desejo do paciente, o que ele gosta mais, as preferências dele; agora, se a gente vê que o paciente está muito ansioso, se ele precisa, a gente sugere um grupo terapêutico ou as vezes o atendimento individual; assim, não tem uma uniformidade, em geral a gente age assim (P, 17/3/2006).

Ele tem, esse projeto terapêutico, ele tem um primeiro momento, quando o usuário chega e faz a entrevista inicial é colocado com ele e oferecido, mostrado as possibilidades, o que o CAPS oferece em termos de terapia, desde grupos terapêuticos, atendimento individual e oficina, mas não é só oferecido, é também feito uma avaliação do técnico, o que ele pensa que, naquele momento, poderia estar ajudando aquele usuário, e é conversado com o usuário, muitas vezes acaba o usuário escolhendo tudo, escolhendo o que ele quer e o técnico tem pouca interferência, outras vezes o usuário quer algo que talvez naquele momento, por exemplo, atendimento individual, mas não tem vaga, não tem, os técnicos estão todos..., se tem alguém fazendo atendimento individual já não tem horário, então se entra em um acordo das possibilidades, dos desejos do usuário, e das possibilidades que o serviço oferece; isso é o primeiro momento, no segundo momento, ao longo do período do usuário aqui, vão tendo transformações, muitas vezes ele abandona aquele grupo ou oficina, que não era aquilo que ele achava que era bom, que ele gostava, abandona formalmente ou informalmente, simplesmente não vai, ou ele entrou em surto não veio mais, uma série de questões, então isso tudo é retomado, a gente tenta fazer a retomada na reunião das Regionais, reunião mensal, como é que está o tempo dele aqui, o que ainda se mantém fazendo, como ele está se sentindo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos entrevistados destacou que o projeto terapêutico de tratamento do usuário

é sempre pensado a partir da necessidade dele, o que ele traz de necessidade, o que ele traz de sonho, de vontade, de sofrimento, de

tristeza, então, o projeto terapêutico é sempre pensado, repensado, analisado, refletido, em cima da necessidade da pessoa (GIRASSOL, 20/3/2006).

É importante destacar que o planejamento do projeto terapêutico deve envolver o portador de transtorno mental como sujeito deste processo. A participação ativa do usuário na escolha do que fazer e na expressão de suas necessidades favorece a adesão e continuidade no tratamento, confere-lhe o exercício da liberdade de escolha e da cidadania. Neste processo, o ato terapêutico, quando não é mais fundado sobre a doença e não provém da autoridade médica, torna-se a própria organização coletiva, convertendo-se em *tomada de responsabilidade* e produção de subjetividade (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral

No plano teórico, a relação da família com o portador de transtorno mental é construída a partir do alienismo, como produto da sociedade moderna/burguesa. No interior desta perspectiva concentram-se dois entendimentos polarizadores: “o da família ameaçada pela eclosão da enfermidade, portanto, sofrendo suas conseqüências ou causadora da emergência do transtorno mental, assim culpabilizada por sua etiologia” (ROSA, 2002, p. 139). Historicamente, o segundo entendimento foi o que prevaleceu na maioria das abordagens teóricas na área da saúde mental, com uma relativa diminuição nos anos 1970, seguido de uma complexificação da compreensão do grupo familiar e de sua dinâmica, a partir dos avanços teóricos da leitura feminista e marxista. “Contemporaneamente, a inclusão do grupo familiar nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental; a assunção de sua condição de parceira e co-responsável dos serviços e a exigência de constituição de uma nova pedagogia institucional em sua abordagem atravessam a construção de uma nova relação entre o louco e a sociedade” (ROSA, 2002, p. 139).

Nesta direção, um dos objetivos do CAPS é incentivar as famílias a participar do cotidiano do serviço. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas importantes para o trabalho dos CAPS. Eles podem participar de diversas maneiras, incentivando o usuário a se envolver no projeto

terapêutico, participando diretamente das atividades do serviço, nas reuniões, assembléias, nas associações de usuários, técnicos e familiares, trazendo dúvidas, sugestões. A participação pode acontecer tanto nas atividades internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. (BRASIL, 2004).

A Portaria /GM nº 251/2002 constitui-se como mais um dispositivo na mudança das relações entre os serviços de saúde mental e a família à medida que prevê, no desenvolvimento dos projetos terapêuticos, o preparo para o retorno à residência/inserção domiciliar e uma abordagem dirigida à família no sentido de garantir orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento.

O atendimento aos familiares é uma das formas para que as famílias participem, conheçam o trabalho dos CAPS e passem a se envolver ativamente no processo terapêutico. Neste sentido, a família ganha visibilidade como protagonista, parceira dos serviços e co-responsável no provimento de cuidados do portador de transtorno mental.

Além disso, o avanço dos conhecimentos e entendimento de que os fenômenos humanos comportam uma multiplicidade de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos e éticos, inter-relacionados entre si, possibilitou mudanças na assistência às pessoas em estado de sofrimento psíquico. Essas puderam ser compreendidas na totalidade de sua condição existencial. E, o sofrimento, antes tomado apenas como algo individual, passou a ser visto como parte de um contexto onde outras pessoas estão envolvidas e também merecem cuidado e atenção.

No CAPS Ponta do Coral, na sua maioria, os profissionais afirmam que existe atendimento familiar, com ressalvas de um deles que referiu não existir atendimento familiar sistemático e outro que observou que existe atendimento familiar individual. As falas relacionadas expressam de que forma a família participa no tratamento do seu membro no CAPS.

A família participa não como uma preconização ou uma exigência do serviço; o que eu tenho visto é que a família participa aqui no CAPS na medida em que há uma necessidade, quando há necessidade do serviço conversar com a família ela é incluída, quando há uma necessidade da família pelo serviço ela procura, mas não é uma rotina todas as pessoas que vem aqui a família ser atendida, as vezes o usuário não quer saber da família, as vezes a família não quer saber do usuário e assim sucessivamente, ou seja, a família participa na medida que temos a clareza da necessidade, mas não é uma prática oficial do serviço (GIRASSOL, 20/3/2006).

Alguns casos sim, em alguns casos eles vem para a reunião mensal da Regional, ou vem para uma consulta com a psiquiatra, ou vem pra trazer o usuário que não consegue ainda vir sozinho, mas é muito restrita a

participação da família, normalmente ela vem mesmo quando a coisa está apertando, quando o usuário surtou, não está conseguindo segurar, quando ele está já nas últimas (LÉLI, 4/4/2006).

Os profissionais que afirmam a existência da participação da família no tratamento explicitam como esta acontece e como se dá o atendimento no serviço, observando o cuidado que existe em atender a família e o usuário juntos.

Sim, tem alguns usuários que vem acompanhado de familiares, as vezes nós chamamos a família, quando existe necessidade, e isso acontece assim no cotidiano, conforme realmente surge a necessidade; geralmente há uma relação muito conflituosa entre o usuário e família, geralmente o familiar mais próximo, referência mais próxima e aí a gente intervém, mais ou menos com dois objetivos, assim, um de pensar essa relação conflituosa, o que pode ser negociado aí pra viverem melhor, pra ter mais qualidade de vida nesse ambiente, que moram juntos, e o outro pra poder então capacitar, colocar elementos pro familiar sobre o tratamento, sobre os transtornos mentais, pra que ele possa ser um cuidador também, o que ele é, pra que ele possa se qualificar; então, uma outra coisa que eu penso é que esse atendimento familiar ele sempre tem que privilegiar a participação do usuário porque fica complicado falar do usuário sem ele estar presente (VIK, 24/3/2006).

Sim, a família participa, claro, na medida de cada caso; em geral, assim, a gente tem a disponibilidade de atender a família, então, muitas vezes, precisa de o paciente vir com a família em várias situações, e esse atendimento é dado; o grupo de família, também está tendo o grupo de família, as vezes é dado (o atendimento) a família daquele paciente; mas sempre a gente tem o cuidado de receber a família e atendê-la junto com o paciente, nunca assim..., não gerar essas fantasias perseguitórias por parte do paciente “tá falando o que de mim”; isso é mais ou menos quase uma regra aqui no CAPS, a gente atende junto com o paciente (P, 17/3/2006).

Os trechos das entrevistas relacionados a seguir descrevem as formas criadas pelo CAPS para oportunizar a participação da família no tratamento. Alguns profissionais referiram-se a um grupo de famílias que chegou a ser iniciado, mas que pela falta de adesão e outras dificuldades não funcionou mais.

Um pouco assim, o acolhimento na segunda-feira é um espaço que a família pode participar junto com o usuário pra relatar como é que foi o final de semana e pra relatar e como estão as atividades no CAPS; o outro espaço são as reuniões das Regionais de equipe, fora o trabalho individual, que, assim, eu acabo chamando muitas vezes, eu quero atender você na presença de um familiar, as vezes você precisa até forçar nesse sentido, de que a família compareça, faço cartinha, mando e aí atendo em consulta individual, mas não em grupo, não é uma abordagem psicoterápica, é mais no sentido de psicoeducação do que de terapia (J, 22/3/2006).

[...] existe um planejamento pra se atender família, um grupo de familiares a serem atendidos por psicóloga [...]; então, as formas criadas para oportunizar a participação da família é justamente quando ela vem, acompanha, que é aberto para os familiares participarem das oficinas junto com o usuário, então, sempre tem essa oportunidade e grupos específicos pra famílias que estão se tornando real (GIRASSOL, 20/3/2006).

É mais ou menos como eu te falei; então, assim, as vezes a gente chama pra um atendimento individual, e também ela participa dos eventos acontecidos aqui no CAPS, promovidos pelo CAPS, de festas, geralmente o dia nacional da Luta Antimanicomial, quando a gente comemora, que faz uma confraternização, as festas sempre tem a presença de familiares também, festa de natal, festa junina (VIK, 24/3/2006).

As reuniões das Regionais por exemplo, uma vez por mês, e tem alguns técnicos que fazem reuniões com as famílias, discutindo, por exemplo, aquele usuário em que a família está implicada diretamente, tem problema com a família, então chama a família pra trabalhar; já teve grupo de família, mas foi fechado porque as pessoas ficaram um tempo, mas as famílias, segundo as técnicas que fizeram, muito pouco se apropriavam, vinham, se utilizavam desse espaço (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre este aspecto, cabe destacar que o deslocamento do eixo da compreensão do problema individual para o familiar/social, que tem como consequência o acolhimento da família como uma unidade que necessita de cuidado tanto quanto o paciente individual, pressupõe um novo olhar sobre as possibilidades das famílias para enfrentarem suas crises e atuarem como suporte terapêutico. Nessa perspectiva, se impõe a necessidade de não só reconhecer o atendimento ao grupo familiar, mas de oferecer uma atenção singular que leve em conta, por um lado, as especificidades de cada família, considerando a história, a estrutura, a dinâmica, bem como a inserção desta no contexto social. Por outro lado, deve-se avaliar a realidade e as possibilidades das famílias para usufruírem das formas de atenção que lhes são propostas (MIOTO, 1998, pp. 25-26).

Nesta direção, dois dos participantes da pesquisa identificaram como uma das dificuldades em realizar o atendimento familiar, a falta de profissionais qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades, conforme pode ser observado nas falas a seguir.

A maior dificuldade que eu vejo é que não existe ninguém capacitado aqui dentro para lidar com a família, é claro que, assim, eu faço um atendimento com o usuário a família vai estar junto eu vou estar explicando, mas quando você vai pensar em trabalhar com a família, trabalhar no sentido psicoterápico, isso não existe, agora informar a família, tentar com que a família faça parte do planejamento, a gente

tenta e incentiva, estimula que eles venham nas reuniões das Regionais, mas o que eu percebo, assim, a equipe ela é muito pequena pra dar conta de tudo, então a maioria das vezes o paciente chega, a família está ali fora, mas todo mundo tem a sua atividade, estão todas na oficina e isso me sobrecarrega muito porque eu tenho que dar conta de tudo, inclusive da família que chegou, do atestado que está faltando, e a família que quer saber porque que o remédio..., mas não existe um espaço pra ela, não existe um espaço que acolhe a família (J, 22/3/2006).

Profissionais qualificados, eu acho que necessita de profissionais que tenha um pouco mais de experiência, de conhecimento pra estar lidando com família, que toda a família tem sempre os seus nós górdios, tem sempre questões de fundo, que as vezes precisa de um certo conhecimento, experiência pra estar lidando com isso; até que ponto é vítima ou réu, então, acredito que profissionais que tenham experiência, que tenham a qualificação teórica, [...] possa estar oportunizando uma melhor relação no atendimento CAPS com família, então, a qualidade do profissional para estar realizando essa participação (GIRASSOL, 20/3/2006).

Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que é um transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, foram relatados pelos profissionais.

Acho que tem uma junção, eu acho que tem uma coisa primeiro que é o entendimento, a família, muitos familiares, querem deixar o usuário aqui, e querem fazer sua vida, até por questão de sobrevivência; o que eles alegam muito é que eles precisam trabalhar, então não pode faltar ao trabalho uma vez semana pra poder estar aqui porque mesmo que tenha atestado pra poder estar aqui, acaba perdendo o trabalho, não tem como justificar; e a outra questão é o próprio entendimento de que é na família o espaço em que o usuário pode ser tratado, porque a idéia de tratamento é uma idéia também que se direciona, que acaba sendo entendida como médica, hospitalar ou clínica, ou então, agora tem o CAPS; e o lugar de tratamento, digamos tratamento como restituição, como reinserção, também é na família (LÉLI, 4/4/2006).

É, chega um momento que as vezes de fato a relação se esgota, assim, são tantos conflitos, são tantas brigas, tantas dificuldades de convivência, de relacionamento, que já vem desde a infância, que chega em momentos quando, geralmente, o usuário tem as primeiras crises, isso gera um isolamento, assim, o usuário fica isolado nesse ambiente, nesse contexto familiar, realmente é muito difícil; as vezes tem uma mãe muito controladora e que aí o usuário não quer muito aproximação do serviço com essa referência porque o serviço passa a ser então um lugar de acolhimento pra ele que ele não tinha até então, porém, a gente busca a família, pra que a família possa cumprir essa função da referência (VIK, 24/3/2006).

Neste sentido, deve-se considerar que no contexto brasileiro, pela própria ausência ou precariedade da intervenção estatal por meio das políticas públicas de corte social, a família torna-se a principal garantidora da reprodução da força de trabalho. As famílias, para suportar, todas as funções que lhes são atribuídas e enfrentar as situações de risco social, buscam dividir com o Estado o encargo dos cuidados com seu ente enfermo. Mesmo assim, configuram-se, para elas, condições deficitárias de atendimento, em particular no caso da atenção em saúde mental (ROSA, 2003, p. 192).

Na seqüência, o entrevistado realiza uma análise das várias situações singulares e sociais que envolvem as dificuldades do serviço, das famílias e dos usuários, em realizar um tratamento integrado na relação usuário/família/CAPS.

Então, também envolve vários aspectos, eu vou apontar alguns; assim, em primeiro lugar, a gente vê que boa parte das famílias vê o CAPS como um lugar pra poder deixar o seu familiar, é um lugar onde ela não vai precisar cuidar dele durante um certo tempo, então, eles até participam de algumas entrevistas iniciais, hoje, por exemplo, eu tenho uma (entrevista inicial) que a pessoa veio sozinha, não veio família; é bastante freqüente que venha o usuário sem acompanhante familiar algum, esse é um aspecto, a família de uma certa maneira toma o CAPS como um lugar pra deixar o seu familiar, nós por outro lado, não criamos estratégias pra fixar essa família, pra trazer essa família mais perto; tem um grupo de família que funciona de maneira meio irregular, mas que a gente vê cada vez mais a necessidade de tornar isso algo mais organizado, poder atender a família, a gente faz o acompanhamento com família, geralmente, quando há um pedido específico ou do usuário ou da própria família, aí a gente procura fazer, mas é mais individualizado, é uma questão mais individualizada, e há também, por parte dos usuários há o desejo de que a família não participe, isso ficou muito evidente na organização da associação, que é uma associação de usuários, familiares e técnicos, e quando a gente estava organizando a associação, toda vez que se falava na participação dos familiares havia uma certa resistência por parte dos próprios usuários que os familiares participassem; a gente entende isso como uma maneira de buscar uma certa autonomia, uma certa distância dessa família, que é, as vezes, bastante complicado de fato tê-los muito próximos, aí precisa de um outro tipo de abordagem, não dá pra incluir, como a gente fazia no início por exemplo, a gente fazia grupos de usuários e familiares, mas a família atrapalhava mais do que ajudava nesses grupos, aí a gente resolveu começar a separar, deixar o espaço específico para o usuário, porque a família vinha e tomava o espaço, e falava, e ficava reclamando da pessoa, do que ele não fazia, de todas as dificuldades etc..., então, a gente achou melhor botar um pouco uma barreira, botar um filtro ali pra que tivesse espaço do usuário e que ele pudesse aproveitar isso da melhor maneira possível (F, 12/4/2006).

No entanto, cabe destacar que, numa visão mais abrangente e totalizante, a família é entendida, no cerne das condições de reprodução social do portador de transtorno

mental, como um sujeito que procura reconstruir relações cotidianas, criar novos sentidos, manter e fortalecer laços de sociabilidade. É percebida, positivamente, em suas possibilidades, potencialidades e recursos, como elemento fundamental à manutenção do poder contratual, à autonomia e à emancipação do portador de transtorno mental (ROSA, 2002, pp. 152-153).

As falas relacionadas a seguir apresentam a compreensão dos entrevistados com relação às possibilidades da participação da família no tratamento, e as dificuldades do CAPS em realizar esse tipo de atendimento. Um deles argumenta que o acompanhamento à família é essencial para minimizar os efeitos da convivência com o portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Acho que o atendimento familiar assim como ele pode ter dificuldades ele também pode te ajudar um monte, então, assim, tem os dois lados, as dificuldades eu acho que é porque também ele vai estar trazendo, vai sobrecarregando com mais, digamos assim, mais queixas, vai estar trazendo.., as vezes nem está relacionado ao usuário os problemas e as situações, embora eu acredito que na maioria das vezes ela ajuda, ela ajuda porque é que está convivendo com o usuário lá fora o tempo inteiro, que tem mais os dados, quem pode inclusive, ah! ele está muito sedado, vamos tirar esse remédio, esse remédio só faz mal, então, a família se ela não é bem orientada ela acaba, assim, tentando fazer o bem ela acaba fazendo o mal pro paciente, ah! não aquela atividade lá, ficar só batendo palminha, musiquinha, aquilo lá não vai ajudar você, é melhor eu.., vou te colocar de novo na escola porque se não você não vai trabalhar nunca, então todas as ansiedades da família, que se elas forem bem trabalhadas o usuário só tem a ganhar, agora, as dificuldades é: um espaço em que essa família seja acolhida, que ela seja realmente trabalhada e uma equipe, a formação, alguém com formação pra fazer isso, isso não tem (J, 22/3/2006).

Eu acho que o acompanhamento com a família ele é extremamente necessário pra elaborar a imagem que essa pessoa acabou deixando pra essa família; a família ela ainda tem uma imagem, ela tem o imaginário social em relação o que ela de repente produziu; então, há uma necessidade de se ter um acompanhamento com os familiares pra estar elaborando as relações, o dia-a-dia que ela tem com o portador de transtorno mental; as vezes se investe muito em acompanhamento com usuário e não se investe muito no acompanhamento com a família, a família está sobrecarregada, tem que se discutir a questão dos encargos familiares, porque as vezes ter um portador de transtorno mental junto com a família é extremamente estressante, e as vezes a família acaba colocando o portador de transtorno mental no hospital pra descansar, porque as vezes é complicado, tem um portador de transtorno mental que canta o dia inteiro, ou que não dorme durante a noite, dorme de dia, ou que quer ver televisão a todo momento, ou que fica conversando com a vizinhança a todo o momento, tem o portador de transtorno mental que com o seu sofrimento incomoda muito a família, então, tem de haver um profissional articulado ou apaziguador ou que provoque alguma

resolução nessa prática; [...] se não dá pro portador de transtorno mental morar com a família então que se haja (encontre) um espaço harmônico, mas a família tem que ser acompanhada sim (GIRASSOL, 20/3/2006).

Entre as dificuldades que os profissionais identificam na (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e estigma da loucura, ainda presentes no imaginário social das pessoas. Relacionamos na seqüência as respostas dos entrevistados, nas quais é expressa a relação com alguns dos aspectos enfrentados no cotidiano da vida dessas pessoas, em suas relações com a família, as instituições e a sociedade.

Em primeiro lugar a dificuldade de a família compreender o que a pessoa tem, pelo que ela passa, muitas vezes, a idéia é de que é um vagabundo, que o cara não quer trabalhar porque é vagabundo, não quer fazer nada só quer ficar em casa fumando, na frente da televisão porque é vagabundo; então, tem essa dificuldade de poder dar ou ter um certo olhar pra essa pessoa, pra esse usuário que não seja esse da discriminação; tem também o medo, o medo de que essa pessoa venha cometer algum crime, que é um pouco o mito da loucura, é o que envolve o mito da loucura, de ser alguém que é imprevisível e violento, o mito da loucura está muito marcado por isso, muitas vezes a família vem contaminada por isso, eu atendo uma mãe, por exemplo, que apesar de ser uma pessoa que contribui muito, mas ela tem medo do filho, ela tem medo, e ela reconhece isso, diz isso claramente, ela tem medo, agora menos, depois de um tempo isso está começando a se flexibilizar, ela está começando a entender um pouco diferente, mas ela tinha muito medo do que esse filho poderia fazer com ela, então, isso é algo que é bastante comum, mas isso é uma dificuldade; o outro aspecto da resistência é a idéia de que ele se tornou uma pessoa inútil, o usuário se tornou uma pessoa inútil, porque ele não pode trabalhar, que nunca vai fazer nada a não ser ficar como um louco, ficar como uma pessoa que não pode assumir responsabilidades, que não contribui, o aspecto financeiro é um problema; o Programa de Volta pra Casa não resolve isso integralmente porque ele é destinado pra pessoas que estão no mínimo há dois anos internadas, então, aqueles que não tem internação prolongada não têm acesso a esse recurso, então, ele passa a se tornar um peso econômico pra família e aí todos os outros problemas que são decorrentes disso (F, 12/4/2006).

Muitas vezes ele acaba sendo o membro da família rechaçado, ele tem o quartinho dele no fundinho. Bom, eu acho que é o próprio estigma de ter um doente mental, tem ah ele é doente mental, deixa ele quietinho lá porque se não ele vai incomodar, vai surtar, vai xingar e, que vergonha, aí os vizinhos; então, é o estigma do usuário, do paciente com transtorno mental, como muitas famílias não entendem elas tem até crenças de que isso é o demônio, isso é um castigo, ou é porque ele era uma pessoa ruim na vida passada, então, vem com mil, vamos dizer assim, explicações, que só atrapalham e impedem que aquilo seja encarado como..., ok isso aí é uma doença, e como é que a gente vai

fazer pra ajudar e tratar isso; então, os conhecimentos, a ignorância nesse sentido, [...] uma parte eu acho que seja pelo próprio desconhecimento do que é um transtorno mental, e do estigma de que o louco é o que rasga dinheiro e, enfim, isso dificulta, e aí quando você não tem um suporte pra dar à essas famílias aqui dentro, você só reforça lá fora esse estigma; então, claro, a pessoa chama a atenção da população, os pacientes que conseguem lá fora trabalhar e não ficar só dentro do CAPS, então, as oficinas que possam vir a dar renda, que elas sejam trabalhadas lá fora, até pra lá fora você convive com eles, percebe que eles não são os loucos que rasgam dinheiro, saem quebrando tudo e matando todo mundo, esse é o medo da população e acaba sendo o medo da família (J, 22/3/2006).

A questão da diferença do “louco” para o “não louco”, que na sociedade capitalista, é determinada pela relação produtivo/não produtivo, ou seja, aquele que detêm poder de consumo e aquele que não tem poder de consumo, também foi expressa pelos profissionais entrevistados como uma das dificuldades para a (re)inserção social do portador de transtorno mental, na família e na sociedade.

Eu acho que os limites do usuário; tem a coisa do preconceito, da loucura, ele, o usuário, ele não é alguém produtivo na família, ele não leva dinheiro pra casa, ele, ao contrário, ele só gasta, ainda tem que buscar remédio, ele dá mais trabalho ainda, ele não é produtivo, de maneira geral, então, isso já agrega um preconceito maior ainda, além de ter o preconceito da loucura, de ser..., enfim, alguém que tem uma “deficiência”, alguém que é muito dependente, ainda tem isso, então, ele não soma nada à família a não ser o incomodo; daí, geralmente, é uma mãe que até acolhe, ou pai, por questões afetivas, mas sempre está lidando com esse limite do usuário; tem famílias que não querem, tem muitas famílias carentes que não querem mais um problema, e quando a pessoa, então, saiu da família, que foi internada, e ficou um longo tempo fora, a família já se estruturou de forma a não contar com aquele usuário, então, já não conta mais com ele, passou três, quatro, cinco meses, aí vem uma pessoa trazendo toda uma dependência e que não é somar, ou as vezes as próprias crises dentro de casa, então, é difícil um cara que faz xixi no chão, um cara que toma um café e deixa sua xícara, um cara que quebra, que uma vez por mês quebra tudo, que bate nas pessoas dentro de casa, ninguém tem essa tolerância, tem que ser mais de uma pessoa pra suportar e, as vezes, uma pessoa, que é a mãe, suporta, mas os outros irmãos não entendem, não conseguem lidar com a questão, que é difícil mesmo, o nível de dependência, os limites, o risco que, enfim, pode correr o usuário (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Rosa (2003, p. 192), a família, apesar de procurar dividir com o Estado as demandas de cuidado do portador de transtorno mental, ainda é o principal agente responsável pelo seu provimento. Para implementá-lo, na divisão sexual do trabalho do grupo doméstico, seu ônus recai sobre a mulher. Todavia, diferente das demais

enfermidades, o transtorno mental se particulariza pelo fato de seu portador não se reconhecer como enfermo e por seu prognóstico figurar como uma incógnita, sem ter uma temporalidade previsível. Desta forma, em geral, o provimento de cuidados e o tratamento tornam-se impositivos para o portador de transtorno mental, que pouco colabora conscientemente no seu processo de recuperação. Por sua vez, o provedor de cuidado, com frequência a mulher, mãe, tem que ter uma disponibilidade de tempo, periódica ou indefinidamente, para exercer o seu papel. E, para satisfazer as necessidades individuais do portador de transtorno mental e as exigências de sua enfermidade, a mulher, mãe tem seu espaço de vida invadido, seus projetos de vida obstruídos pelas necessidades de prestar cuidado.

3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares

No contexto da Reforma Psiquiátrica, as organizações de usuários, técnicos e/ou familiares tem cumprido um importante papel na mudança do modelo assistencial em saúde mental, participando ativamente das discussões sobre os serviços e promovendo atividades que visam maior inserção social, geração de renda e trabalho e a garantia de direitos sociais. Essas associações constituem-se em importante instrumento de promoção da saúde e da cidadania de todos os envolvidos (BRASIL, 2004)

O CAPS Ponta do Coral conta com uma associação de usuários, familiares e técnicos. Apesar de estatutariamente estar prevista a participação e filiação de familiares e técnicos, atualmente, na prática, esta se tornou, efetivamente, uma associação de usuários. Em gestões anteriores, já teve em sua diretoria a participação de técnicos do serviço. Atualmente, dois técnicos acompanham as atividades desta, mas a diretoria da gestão atual (2006) é composta somente por usuários.

Com relação a participação dos usuários no planejamento das atividades do CAPS, os profissionais referem que esta acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, realizada semanalmente, na qual são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Contudo, os entrevistados observam que

existem dificuldades em realizar um processo de planejamento das ações do serviço, seja por particularidades dos usuários, seja por limitações e/ou problemas institucionais.

Assim, existem alguns espaços em que essas ações são tomadas em conjunto, a assembléia dos usuários, aqui é feita de terça-feira, em que é discutido desde a limpeza, o lanche, qual é o próximo passeio, o que vai ser de reunião, o que está sendo feito, quais são os informes em relação a saúde mental, em relação a congressos, encontros, comissões. O que eu percebo é que embora isso seja estimulado há pouca, baixíssima, aderência e quando há, em geral, são daqueles mais saudáveis no sentido de que de repente nem seriam usuários CAPS, mas eu acredito que isso seja também o próprio sintoma, de a dificuldade de lá fora conseguir um emprego, a dificuldade de iniciar uma atividade, iniciar um curso, é também pra se engajar na própria luta deles; o que eu percebo é que a família, em geral, quando pega isso vai adiante, os usuários tem poucos estímulos próprios, vamos dizer, pra continuar, pra se manter; então, na reunião da Comissão Ampliada²¹, aí participa um, mas depois a semana que vem já não vem; então, são poucos os que realmente conseguem dar conta, eu coloco a palavra no sentido de ser capaz para, tem essa dificuldade, eu acho que é própria condição (J, 22/3/2006).

Então, a gente procura estabelecer parcerias com a associação porque tem muitas coisas que pelo fato de a gente estar submetido a um organograma e a hierarquia, e aí os limites do serviço público, a gente não pode fazer; por exemplo, a questão da venda do material das oficinas, isso é algo que o CAPS não pode assumir, por conta mesmo da legislação que impede a gente de fazer esse tipo de atividade; então apesar de ter uma participação grande, o material vendido é o material das oficinas do CAPS, mas quem faz essa tarefa é a associação, é a associação que se encarrega da venda, de levar o material, de receber dinheiro etc.; além disso a associação se tornou efetivamente uma associação de usuários, apesar de o estatuto dela prever a participação e filiação de familiares e técnicos ela é uma associação de usuários na prática, e como articuladora de um projeto político e de reivindicação dos direitos do usuário dos serviços de saúde mental, como um instrumento pra viabilizar inserção no mercado de trabalho por exemplo, parece que são essas as funções da associação; com os usuários o que a gente tem é uma assembléia semanal onde são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; esse aspecto do planejamento da atividade ele de fato não tem a participação dos usuários até porque nem nós, como te falei no início, o nosso planejamento também é meio caótico, assim, a gente não tem um processo organizado de planejamento pra um ano ou mesmo pra seis meses, então, aí os usuários não chegam a participar desse planejamento, eles participam sim da discussão do funcionamento que é na assembléia,

²¹ A Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental (CPASM) é uma instância do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, criada através da Resolução N°1/CMS/2006, cuja finalidade é assessorar o plenário do conselho no que compete a formulação, implantação, implementação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas, ações e projetos em Saúde Mental, assim como prestar assessoria técnica ao gestor municipal. A CPASM é constituída por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde, e usuários e familiares da saúde mental (nota da pesquisadora).

que é toda semana, e aí se trata das coisas do dia-a-dia, é mais cotidiano (F, 12/4/2006).

A presença e participação dos usuários nas discussões e no planejamento das ações pertinentes à saúde mental vêm se ampliando progressivamente nos últimos anos. O processo de inserção inicia-se com o protagonismo dado ao sujeito na definição de seu projeto terapêutico, estende-se na organização de associações e na representatividade destas nos fóruns deliberativos (Conselhos de Saúde, Conferências, Comissões de Saúde Mental), e na participação em eventos científicos e espaços de militância política pertinentes à área da saúde mental. Essa é uma das formas em que a condição de cidadão dos portadores de transtornos mentais é resgatada. Segundo Rodrigues (2005, p. 80), “a participação política e militância de usuários e familiares em instâncias deliberativas ganham efetividade quando politicamente organizados”.

Neste sentido, a construção coletiva do protagonismo requer a saída da condição de usuário-objeto e a criação de formas concretas que produzam um usuário-ator, sujeito político. Isso vem ocorrendo através de inúmeras iniciativas de reinvenção da cidadania e *empowerment*, como atenta Vasconcelos (2000b), por meio de intervenções via associações de usuários ou de cooperativas sociais, ou ainda da participação política de tais atores nos mais importantes fóruns sociais de formulação de políticas da área, tal como nos conselhos de saúde e comissões de saúde mental.

Nas falas que seguem, os participantes da pesquisa destacam as dificuldades encontradas na organização, na articulação e no funcionamento da Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral²², bem como seus objetivos e principais lutas políticas por direitos.

Assim, eu acho que os usuários têm esse espaço da assembléia junto com os técnicos. É um espaço interessante, onde eles podem estar opinando, mais do que o da associação; o da associação é muito mais difícil de levar adiante; eu também já fiquei um tempo ajudando a associação, já fui até, uma época, da própria gestão, da própria diretoria, e a gente tem

²² Importante estudo sobre a Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral foi realizado por Rodrigues em dois trabalhos: RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral: desvelando sua significação**. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004; e RODRIGUES, J. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

que estar puxando muito como técnico, parece que deixar por conta deles a coisa não anda e, as vezes, a gente vê que fica mais um desejo nosso de que as coisas aconteçam do que deles; então, a assembléia pelo menos é um espaço que eu ainda acho que se consegue ter uma presença, agora a presença dos familiares no planejamento é muito pequena, poucos que vem, vem um ou outro, pai de alguém; dos usuários, eu acho que é mais nesse espaço da assembléia que acontece (P, 17/3/2006).

Os usuários, nós temos a assembléia dos usuários; então, na assembléia se discute algumas questões, por exemplo, as vezes o planejamento, funcionamento da casa, por outro lado nem tudo é discutido na assembléia, [...] tem uma atuação limitada, ela não é totalmente participativa. A associação, ela tem histórias de altos e baixos; teve momentos que a associação tinha uma diretoria, mas ninguém participava, não se articulava; tem momentos que a associação se integra mais, quando ela se integra a coisa fica também mais rica; nós temos aproximação, por exemplo, na questão do vale transporte, as reivindicações, sobretudo do vale transporte, de veículos pra passeio, pra participar de um evento, muito mais do que planejamento das ações, digamos assim, mais no sentido de luta por direitos e reivindicações (LÉLI, 4/4/2006).

A associação de usuários possui cinco objetivos: controle social, ajuda mútua, suporte mútuo, defesa dos direitos, geração de renda; em cima desse objetivos a associação realiza seu movimento e sua luta. Em termos do papel dos usuários no planejamento das ações do CAPS seria discutir esses objetivos em relação ao CAPS. Hoje, o que acontece, a associação de usuários acaba discutindo um pouco mais controle social; ela expressa a representatividade dos usuários na luta social, na dignidade humana, e também na geração de renda; outra coisa muito importante que a gente fala é a luta contra o preconceito, então, a associação ela participa mais nesse sentido, controle social, geração de renda e luta contra o preconceito no CAPS; esse é o papel dos usuários, realizar o controle social, participar da geração de renda e a luta contra o preconceito; a luta contra o preconceito significa realizar teatro, levar pras Academias, levar pra comunidade, mostrar que a história do louco no imaginário social das pessoas ela é transformada, pode-se reverter isso, e isso se reverte com música, cultura e arte (GIRASSOL, 20/3/2006).

O papel da associação no planejamento, é porque assim, a associação ela não é o CAPS, ela é uma entidade separada, a assembléia é uma assembléia geral do CAPS, é um mecanismo facilitador da participação dos usuários e técnicos na gestão do serviço; a associação é uma entidade, sem fins lucrativos, que foi criada e pensada pra que os usuários e familiares se organizem pela luta da política, pela luta da implantação da política de saúde mental, pela luta dos direitos, pela luta da implantação da Reforma Psiquiátrica, pela melhoria do serviço, então, assim, a associação ela caminha, mas ela é muito nova e aí se é muito nova tem uma estrutura um pouco frágil, então assim, a tua pergunta é se ela participa das ações do CAPS, ela participa sim, tem um elo de participação aí, tem um canal de participação, mas é frágil, é muito frágil, eu penso que é muito frágil porque aparece pouco (VIK, 24/3/2006).

Rodrigues (2005, pp. 81-82) destaca que as associações de usuários, enquanto dispositivos, possibilitam uma atitude política que oferece visibilidade ao usuário como ser cidadão e não apenas como portador de um transtorno. Segundo o autor, quando o usuário passa a ver, sentir, e ver sentido em suas ações associativas, sua prática organizativa torna-se efetiva e com empenho. Por isso, as associações precisam desenvolver estratégias mais amplas de adesão, visando revigorar seus quadros associativos. Nesta direção, a profissionalização e formação política dos dirigentes é vista como uma possibilidade para estimular a participação.

A compreensão das associações civis como relacionadas e condicionadas pelas associações políticas leva ao entendimento de que há uma sinergia entre a sociedade civil e a democracia política. Segundo Fleury (2004), a dimensão cívica da cidadania diz respeito à condição de inclusão ativa dos cidadãos à comunidade política, compartilhando um sistema de crenças com relação aos poderes públicos, à sociedade e ao conjunto de direitos e deveres que são atribuídos ao status de cidadão. Como dimensão pública dos indivíduos a cidadania pressupõe um modelo de integração e de sociabilidade, que transcende os interesses egoístas do indivíduo no mercado, em direção à uma atitude generosa e solidária.

A fala a seguir relaciona algumas dificuldades cotidianas vivenciadas na e pela associação de usuários do CAPS Ponta do Coral. Apresenta algumas possibilidades de atuação deste tipo de organização da sociedade civil, tanto com relação a parcerias com outras entidades, para o desenvolvimento de ações que visem a profissionalização e inserção no mundo do trabalho, quanto no processo de politização e conscientização de seus usuários com relação aos direitos de cidadania.

Eu acho que ela tem um papel relevante, a dificuldade é de incrementar esse papel relevante; os familiares vêm muito poucos; bom, talvez a gente não esteja também instigando, muitas vezes a gente convida, mas eu acho que, também, as vezes, falta um pouco de investimento da equipe para que os familiares estejam mais no CAPS; agora, a associação poderia fazer muitas coisas, desde convênios para cursos com esses órgãos que a gente tem, SENAI, SESC; poderia tentar uma penetração, mas isso seria uma outra realidade a ser criada; cada vez que entra uma gestão nova, a gente diz quem sabe agora; desde as pequenas coisas, até divulgar a lojinha aqui, é difícil, a gente uma vez fez uns folders pra distribuir aqui na vizinhança, uma vez a gente tentava vender as verduras que produzia, não conseguia muito, conseguia ali, vendia uma ou outra; agora em termos de espaço de fazer política eu acho que ela tem um peso, deveria realmente crescer, por mais que as pessoas tenham dificuldades; eu acho que tem que continuar existindo, tem que continuar batalhando para que eles possam estar assumindo um pouco

mais esse papel político, essa conexão com outras instâncias da sociedade; por exemplo, na questão até de trabalho, de poder a associação também ajudar nessa abertura de espaços de trabalho; teve uma vez que tentaram no Angeloni (supermercado), depois quando souberam que era portadores de transtorno mental não quiseram; eu acho que a gente precisava mostrar um pouco pra sociedade o que é o paciente psiquiátrico; assim, através desses recursos, não dá pra esperar vamos pra mídia, porque, assim, tem umas coisas que são boas, ótimas, mas são meio ideais, a gente tem que tentar começar com essas pequenas coisas que pode fazer: divulgar a lojinha, sei lá, fazer um contrato lá com o CIC pra fazer cursos, por exemplo, de pintura, coisas que são mais próximas da realidade exequível (P, 17/3/2006).

Para Rodrigues (2005) dois aspectos são importantes para compreender as dificuldades de falta de adesão e continuidade na participação dos membros da associação. Um deles refere-se aos elementos motivadores para a participação. Neste caso, é preciso considerar que a prática política de militância possui seus campos de conflito e tensões, que dentro da especificidade da loucura pode não conferir uma participação freqüente. O outro relaciona-se ao significado da associação na vida dos integrantes. Muitos usuários vêem a associação como possibilidade de geração de recursos financeiros, haja vista que o fator trabalho/vínculo empregatício é algo marcante na vida dos portadores de transtornos mentais, em decorrência de a maioria não possuir fonte de renda própria.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacaram o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário.

A primeira delas é a questão do controle social, a associação tem potencialmente essa função, não só dentro do serviço, mas também nas outras instâncias, conselho municipal de saúde, conselho local, aqui em Florianópolis estamos organizando uma Comissão Permanente, que é consultiva do Conselho Municipal de Saúde, é uma comissão de saúde mental, no estado (SC), a gente tem o Colegiado de Políticas Públicas e Atenção Psicossocial, que tem representação dos usuários; então, novamente, na questão da defesa dos direitos, na questão do resgate da cidadania, as vezes nem é resgate porque o cara nunca teve cidadania alguma, mas da possibilidade de instituir um certo nível de cidadania; eu vejo que a possibilidade de o usuário poder participar politicamente é algo que tem um efeito sobre a sua dinâmica, como tem efeito sobre a dinâmica de qualquer um que descobre um dia que tem essa possibilidade de participar politicamente, da vida política, e pro usuário de saúde mental isso muitas vezes é uma descoberta que representa uma guinada muito grande na sua vida, então, vamos dizer assim, tem um efeito terapêutico, um efeito clínico nesse sentido, além, obviamente, dos

efeitos políticos que isso representa, mas, mais individualmente tem esse efeito, da articulação com as outras pessoas, enfim, tem uma terapêutica aí que é função, mesmo que não reconhecida, mas é função das associações (F, 12/4/2006).

O principal papel das associações é não tornar que os serviços se tornem manicômios; a associação é a vida, é organização, é luta, é enriquecimento, é sentido de vida; tenho escutado muito de pessoas que tiveram suas vidas arruinadas que quando passaram a militar em associações de usuários passaram a ter um sentido de vida, passaram a conceber a razão da sua existência em vida; então, a principal importância das associações é não deixar que o serviço se torne manicômio, é tornar o serviço um pouco mais rico, com mais vida, é organizar a questão política, é falar em nome dos próprios usuários; então, a importância das associações de usuários é levar a boa nova aos CAPS, levar a boa nova aos serviços de saúde mental, levar a boa nova do modelo psicossocial, ou seja, discutir o controle da loucura, ou seja, a maior importância das associações é levar a discussão da liberdade, liberdade e dignidade dos portadores de transtornos mentais (GIRASSOL, 20/3/2006).

Além do tratamento e dos serviços, eu acho importante que a associação possa se fortalecer enquanto movimento popular de luta pela Reforma Psiquiátrica, que os usuários possam se conscientizar dessa importância de estarem articulados, lutando pela implantação da política, da política de saúde mental sob esse novo paradigma da Reforma Psiquiátrica; eu acho que essa é a maior importância, acho que essa é a maior tarefa da associação; claro que isso se reflete na micro política institucional no próprio CAPS; a associação vai estar lutando, a nossa associação aqui, por exemplo, já lutou pelo próprio vale transporte dos usuários, de ir até a secretaria (Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis) conversar com o secretário e reivindicar enquanto essa democracia representativa dos próprios usuários, técnicos e familiares; pela própria manutenção desta casa na época que houve a questão da construção da via de acesso ao Hospital Infantil, existia um projeto da outra via passar também por aqui, os usuários batalharam que essa casa se mantivesse aqui, que o CAPS se mantivesse aqui e conseguiram; então, acho que essa luta maior de articulação que exige uma consciência política dos líderes que estão na associação, dos usuários como um todo, é que é a grande tarefa da associação, só que isso se faz num trabalho de formiguinha, num trabalho miúdo (VIK, 24/3/2006).

Cabe destacar que o controle social compreende a participação da população na perspectiva da interferência na gestão da política pública de saúde, colocando as ações e serviços na direção dos interesses da comunidade e estabelecendo uma nova relação entre Estado e sociedade. Conforme Correia (2002, p. 212), controle social “é a atuação da sociedade civil organizada na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam às demandas e aos interesses das classes subalternas”.

A III CNSM ressalta a importância do controle social, através dos mecanismos já existentes (Conselhos, Conferências e Comissões de Saúde Mental, organizações da

sociedade civil e movimentos sociais), como forma de garantir o avanço da Reforma Psiquiátrica. Os indicativos da Referida Conferência destacam que o controle social deve constituir-se com a representação dos três segmentos – usuários, familiares e profissionais de saúde, na perspectiva de induzir uma ação de acompanhamento da construção das políticas municipais, estaduais e nacional de saúde mental. As Comissões de Saúde Mental em ação conjunta com os Conselhos de Saúde devem exercer seu papel de controle e fiscalização das políticas públicas, o que inclui o orçamento e a destinação de verbas para a saúde mental, em todos os níveis (BRASIL, 2002a).

A ação da sociedade civil e dos movimentos sociais é ressaltada visando a garantir que os programas de saúde mental não sofram descontinuidade por ocasião de mudanças de gestão administrativa e/ou política. Para tanto, devem ser criadas estratégias para a viabilização de maior envolvimento dos diferentes atores sociais com as questões da saúde mental. Entre estas, destacamos o papel das associações de usuários, técnicos e familiares e dos núcleos estaduais e/ou municipais do movimento da luta antimanicomial, na gestão dos serviços e na fiscalização das práticas de saúde mental (BRASIL, 2002a, p. 142).

3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia

A desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial são dois dos pressupostos teórico-epistemológicos orientadores das práticas assistenciais indicadas na e pela Reforma Psiquiátrica. Tendo isso em conta, perguntamos aos participantes da pesquisa se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas para a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referiram que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras.

As falas relacionadas na seqüência explicitam a percepção dos entrevistados sobre a questão e indicam algumas possibilidades que, segundo eles, poderiam favorecer o desenvolvimento de ações de reabilitação psicossocial.

Em parte sim, em parte; eu acho que como a gente não tem um sistema de avaliação a gente não consegue medir isso muito bem; a nossa intenção é essa, o que não quer dizer que as nossas ações consigam de fato alcançar; acho que a gente poderia fazer mais, a gente poderia ter uma articulação mais intensa e mais constante com outras instituições, com outros sistemas de atenção, além claro da própria rede de saúde, que não existe; em Florianópolis a gente não tem rede, até está se formando, dá pra dizer que está se formando, mas não funciona como rede ainda, efetivamente não funciona; a gente tem pouco contato com a atenção básica, com o PSF, que seria um parceiro importante, a gente tem pouco contato com os outros CAPS também em termos de troca, enfim, com outras instituições de saúde, então, acho que a gente ainda continua isolado, e aí pensar em reabilitação psicossocial com essas condições é um pouco mais complicado; a gente vê alguns efeitos, que a gente mede pelo usuário em si, que é o fato de que ele consegue evitar internação, que ele consegue muitas vezes voltar a trabalhar, sua participação nas oficinas passa a ser bastante diferente, enfim, mas são coisas que a gente não tem um instrumento pra avaliar (F, 12/4/2006).

Eu penso que sim, apesar de que hoje o programa de saúde mental não conta com uma rede completa de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, então, assim, a gente tem essa dificuldade; se existisse isso de forma mais estruturada, de forma mais incrementada seria mais fácil a reinserção social; por exemplo, a gente não tem leitos psiquiátricos no HU, um hospital geral, que já tem um ambulatório de psiquiatria, poderia ter um serviço de emergência, facilitaria, evitaria internações, um mercado protegido, um projeto de geração de renda também não temos, não temos os CAPS territorializados ainda, então, tem uma série de dificuldades colocadas aí que impedem essa reinserção social num tempo menor do que acontece hoje; acho que hoje o tempo que o usuário fica dentro do CAPS ainda é muito grande por conta de a gente não ter essa rede completa, que possa dar esse suporte extra CAPS. [...] eu não sei se isso acabaria institucionalizando, de certa forma sim, mas assim, isso está na pauta, e se isso está na pauta não está institucionalizando, você entende o que eu quero dizer? isso está sendo falado pro próprio usuário, isso está sendo dito pra ele, olha tu já está aqui muito tempo, o nosso objetivo pra ti, nosso projeto terapêutico pra ti seria de tu poder estar fazendo isso, isso e isso lá fora, então assim, não diria institucionalizado porque talvez institucionalizado seria quando a gente não se desse conta disso, ah não isso está rolando, o usuário está aqui há anos, ninguém está fazendo nada, continua na mesma, aí sim estaria cronificando, mas acho que não nesse sentido, de que isso está na perspectiva, a gente está querendo a inserção, a gente está querendo a rede extra hospitalar, a territorialização dos CAPS, só que a gente não tem uma série de elementos necessários pra fazer a reinserção, a política, o programa de saúde mental, aliás ele está sendo implantado, incrementado muito mais agora recentemente (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que sim, mas muito pouco ainda; elas se encaminham, elas têm como ideal, elas desejam, mas na prática isso é muito pouco feito; eu vejo que nesse CAPS a equipe acaba estando muito fragmentada porque faz milhões de coisas também, desde a parte administrativa, parte clínica, oficina, se divide; eu acho que deveria ter a equipe como um todo trabalhar nisso, mas ter também grupos de atuação, como a gente

chama de atuação local, então, ainda para o que necessita está muito pouco assim, muito aquém [...] A primeira proposta começaria via Regionais, nas Regionais; por exemplo, as pessoas iriam para os seus bairros, ver qual é a possibilidade, as possibilidades que existem pro usuário se inserir, mas não só a Regional, poderia ter um grupo mesmo, sair com o usuário, fazer a coisa mais concreta, ela é feita, mas é feito muito pontualmente (LÉLI, 4/4/2006).

Em geral sim, mas tem alguns pacientes que, por exemplo, circulam no CAPS e que não tem nenhuma indicação de estar no CAPS, então ele acaba sendo um lugar de institucionalização ou de capsização. Tem isso; isso acaba acontecendo, mas em geral não é isso; em geral eu acho que todas as nossas ações, o que a gente discute em equipe é até a tentativa de diminuir essa dependência, esse vínculo de dependência, que em algum momento ela pode ser muito importante, mas em outros ela é excessiva e acaba aprisionando o paciente dentro do CAPS, e aí o CAPS passa a ter o mesmo papel e a mesma função do hospital; e como isso é o que eles conhecem, esse repertório é o que se conhece, é mais fácil de se acostumar com ele do que ter uma nova postura, uma postura de que, não, aqui eu vou tomar conta do meu tratamento, eu vou lá fora procurar o que é meu...; não, (o usuário) acaba esperando, ah o que você falar está bom, e aí essa atitude bem passiva, que ela é muitas vezes muito cômoda pra todos nós em muitos momentos, pra uns mais que outros, essa atitude de comodismo, de esperar, é ótimo, e aí isso acontece, acaba acontecendo, embora as práticas, elas tem a idéia de que não seja voltada pra isso; não é o objetivo, mas a gente observa que as vezes é falho (J, 22/3/2006).

Essa pergunta é muito difícil [...]; eu acho que não mudou muito meu olhar, a gente tende a sustentar a institucionalização, a gente não consegue dar alta, o paciente não consegue ter alta, não consegue sair; assim, digo um paciente que realmente talvez esteja até mais comprometido com esse tempo aqui, tem paciente que está aqui desde o início; eu acho que a gente acaba reforçando um pouco isso por mais que a gente tem o desejo de que fosse o contrário; existe uma certa comodidade pro paciente também, aqui ele tem atenção, ele é aceito, não tem assim uma grande briga por ele ficar aqui; então, isso me preocupa muito, eu fico pensando: é uma contradição porque ao mesmo tempo que o nosso trabalho é voltado pra isso parece que a nossa ação acaba revertendo o contrário; a questão da cidadania, a questão da construção de outros laços, criação de outros espaços, eu acho que é muito precária ainda [...]; por isso que eu acho que a gente precisa também de ter formas de avaliação dos pacientes, muitas vezes fica assim um exemplo ou outro que você tem, aquela pessoa foi, está lá trabalhando, talvez ela não tenha também construído um elo tão pesado, tão forte com a instituição, que ela já veio, ficou um tempo, saiu, voltou a fazer outras coisas da vida; eu acho que a gente ainda está institucionalizando mais do que desinstitucionalizando [...] (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p. 14) observam que um dos caminhos mais importantes para o qual aponta a desinstitucionalização é o da criação de novas relações com a loucura. Estas se processam a partir da mudança das relações institucionais internas e de

desmontagem dos dispositivos da clínica e da psiquiatria, mas certamente não se restringe a isto. Novas subjetividades e um novo lugar para o sujeito louco só são produzidos em relação com o social. O trabalho de desconstrução da institucionalização, necessariamente, extravasa o contexto institucional específico, atingindo seu objetivo mais amplo de questionamento das instituições e subjetividades capitalísticas, a desconstrução como transformação cultural. Para os autores, através do trabalho no campo social a desinstitucionalização atinge seu sentido mais abrangente, como processo social amplo e complexo de participação popular, territorialização dos serviços, envolvimento de diferentes atores sociais, e mudança da relação social com o fenômeno da loucura.

Sobre este aspecto cabe destacar que a desconstrução do paradigma da institucionalização e a construção do paradigma da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial envolve um conjunto de ações teórico-epistemológicas e de práticas assistenciais, amparadas por um sistema jurídico-político capaz de criar e garantir direitos aos portadores de transtorno mental. De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (1987), a reabilitação psicossocial é o conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários (OMS 1987 apud PITTA, 2001).

Nesta direção, a formulação da política de saúde mental, orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais nos campos da educação, cultura, habitação, assistência social, esporte, trabalho, lazer e a articulação de parcerias com universidades, Ministério Público, organizações não governamentais (ONGs), visando a melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania do portador de transtorno mental (BRASIL, 2002a).

Com o objetivo de saber se existem e identificar quais são as práticas de reabilitação psicossocial desenvolvidas no e pelo CAPS Ponta do Coral, perguntamos aos participantes da pesquisa se existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer. Do total de profissionais que responderam ao formulário, a maioria (66,7%), disse não existir, dois referiram não saber responder, e dois destacaram que existem. Dentre os que responderam que não existem tais práticas, um observou não ter conhecimento, oficialmente, das parcerias, um deles destacou que existem poucas e de acordo com o planejamento terapêutico do usuário, e um outro disse que tem em momentos específicos, mas não de forma contínua. Entre os que

responderam que sim, um referiu-se a experiências muito pontuais como por exemplo o uso da quadra de esportes próxima, e outro identificou parcerias com fundações municipais e estaduais de cultura.

Neste aspecto, os indicativos aprovados na e pela III CNSM ressaltam a necessidade de se priorizar, no âmbito da assistência em saúde mental, políticas que fomentem a autonomia dos portadores de transtornos mentais, incentivando o exercício da cidadania plena. Devem-se buscar parcerias entre o poder público e organizações civis para o desenvolvimento de projetos sociais e comunitários, de geração de renda e de acesso a todos os direitos, que possam funcionar como apoio na (re)inserção social destas pessoas.

No estudo realizado, perguntamos aos profissionais se as práticas assistenciais desenvolvidas no e pelo CAPS possibilitam ao usuário a construção de sua autonomia. Os entrevistados destacaram a necessidade de refletir conceitualmente sobre o que seja a autonomia do portador de transtorno mental, como avaliar a autonomia da pessoa. Referiram que, em geral, o serviço consegue cumprir com a função de estimular o usuário à conquista de sua autonomia.

A questão é discutir o que é autonomia, eu sempre parto do princípio de que autonomia não é independência, autonomia na verdade é a possibilidade de a gente poder ampliar as dependências, que é a vida de todo mundo, ou seja, eu pra viver eu dependo de um monte de gente, um que paga meu salário, outro que falo aqui, outro com quem eu me ligo afetivamente, enfim, eu dependo de uma porção de gente e isso me dá autonomia porque eu posso depender de muitas pessoas e de muitas instituições, muitos sistemas; o problema do usuário de serviço de saúde mental, paciente psiquiátrico é que ele, geralmente, depende ou das mesmas pessoas ou das mesmas instituições, ou seja, a capacidade de autonomia dele está muito reduzida porque ele não tem como circular socialmente, ele ou está sempre dentro de casa ou de casa pra uma instituição, seja ela o CAPS ou hospital psiquiátrico; então, pra mim autonomia é isso, é essa possibilidade de você ir ampliando os vínculos pra que você possa depender de muitas pessoas ou de muitas coisas ou de muitas instituições porque afinal de contas, em última instância, essa autonomia tomada como independência ela é imaginária, ela é irreal, não existe; então, eu acho que a gente consegue isso, a gente consegue ampliar a autonomia dessa maneira, primeiro porque o CAPS acaba se tornando um centro de convivência, então, o efeito imediato é que a pessoa deixa de ficar sozinha ou só com a família e passa a conviver com outras pessoas, esse é o efeito imediato, passa a ter outras relações que muitas vezes se desdobram, saem daqui, as pessoas fazem programas juntos fora, pinta relacionamentos amorosos ou só relação sexual, que seja, mas enfim, é uma oportunidade nova que o cara não tinha, encontrar alguém mesmo que seja só pra transar, então, isso já é um ganho também, já implica na ampliação de autonomia; eu vejo que muita gente aprende a lidar com o serviço público, aprende a correr atrás dos seus direitos, aprende a lidar com outros serviços de saúde, passa a

procurar o posto de saúde onde mora ou passa a ir pegar medicação em tal lugar sozinho, por conta própria etc.; eu acho que a gente consegue essa função, a gente consegue autonomia nesse sentido, mas pode ser melhor, na medida que a gente tiver uma rede, que a gente se inserir nessa articulação com outras instituições, com outras instâncias, a gente consegue fazer isso de maneira mais eficaz (F, 12/4/2006).

Em alguns casos sim, eu acredito que alguns casos quando não há uma limitação interna eu acho que sim, que é possível, através até da participação nas oficinas, nos grupos terapêuticos, da adesão ao tratamento médico; muitos conseguem realmente; passaram por um episódio, uma crise, conseguiram ficar bem e voltar para as suas atividades diárias, eu acho que quando eles aderem ao tratamento, quando há essa adesão, quando eu digo ao tratamento é ao projeto terapêutico deles, e não tem uma limitação, vou colocar entre aspas “uma seqüela” da própria doença muito forte, há essa possibilidade; em alguns outros casos eu acho que é difícil, assim, não é tão fácil medir isso, o que, quem melhora, quem não melhora, aquele que consegue voltar, aquele que não consegue, as vezes alguém que tem até uma doença mais incapacitante consegue, outros não, depende, depende do apoio que ele tem, do externo, da família, ou da própria sociedade, da comunidade em que ele é inserido, isso tudo faz diferença, que tem o background do que ele era antes, isso também faz a diferença, ele consegue resgatar; quando já não se tem muito o que resgatar aí fica mais difícil trabalhar; é individualizada essa resposta, mas eu acredito que em alguns casos sim, consegue essa (re)inserção de uma maneira muito boa e gratificante para os dois, pro usuário e para os profissionais (J, 22/3/2006).

[...] dependendo de como o serviço é gerido, dependo de dentro de que política de saúde mental esse CAPS está inserido, ele pode ao invés de estabelecer uma autonomia, mesmo que ele tenha uma boa vontade de estabelecer autonomia, ele acaba tornando a pessoa mais dependente ainda do serviço; então, é uma grande armadilha a construção da autonomia, não só especificamente pro CAPS Ponta do Coral, mas pra todos os CAPS que eu tenho visto; então, a gente volta novamente na questão da avaliação, novamente na discussão dos termos, eu acho que a questão dos conceitos ela tem que estar muito clara, o que significa cada conceito, eu sempre tenho batido muito nisso; o que é autonomia? É a pessoa ter minimamente condição de governar a sua própria vida, gerir sua própria vida, Ok! a gente estimula a pessoa a fazer isso, trabalha nesse sentido com a questão da autonomia, agora, quais são os parâmetros que nós vamos utilizar pra avaliar essa autonomia, isso a gente não tem muito claro ainda, acho que necessita; então, o CAPS possibilita autonomia, mas ao mesmo tempo não tem uma análise crítica [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Não obstante, cabe-nos destacar que a compreensão sobre autonomia que orienta este trabalho refere-se “a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente”. Neste caso, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas

relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001, p. 57).

As falas relacionadas a seguir destacam como o atendimento no CAPS Ponta do Coral possibilita a construção da autonomia do usuário.

Eu acho que em formas gerais sim, na relação que os técnicos tem com o paciente; agora, as vezes, a gente tem uma postura muito assistencialista em muitas situações, um assistencialismo que acaba prendendo o paciente, institucionalizando; são situações, eu acho que as vezes a gente repensa sobre elas, não foi bem por aí, mas, assim, eu vejo as pessoas contando a história do CAPS, teve muitas experiências que foram positivas também, que chegaram a um resultado, assim, sem muito recurso, sem muito com que contar fora da própria equipe, fizeram coisas que são surpreendentes em relação a tantos pacientes; eu acho que essa maneira de você poder dar voz, poder valorizar aquilo que a pessoa faz, consegue fazer em uma Oficina por exemplo, eu acho que essa é uma maneira de você conferir uma posição mais sujeita, mais ativa mesmo (P, 17/3/2006).

Sim, eu acho que sim, só que eu acho que a gente possibilita em alguns casos, não tem uma história linear de possibilitar a todos, eu acho que tem um projeto de possibilitar, mas isso não acontece o tempo todo, porque também isso não é uma via de mão única; hoje, eu já fui mais ingênua em relação a isso, muitas vezes uma pessoa que ficou trinta anos, vinte anos no hospital psiquiátrico, eu não sei mais se ele quer ter mais autonomia, muitas vezes ele quer, não quer; se a gente entender autonomia como trabalhar, seja em qualquer lugar, com uma bolsa trabalho, entender autonomia como decidir ir final de semana para uma praia, autonomia como ir ao supermercado, escolher o que vai comer, até certo ponto sim; por exemplo, se tenta até que muitos usuários saiam no final de semana, a gente na reunião das Regionais combina que eles possam ir, no final de semana, para um passeio, e eles não vão, eles ficam em casa, só vão se o técnico for, no dia de semana; então, acaba ficando um outro processo de não autonomia; então, a luta, a intenção é que isso se dê de outra forma, que também não fique dependendo do CAPS; existe uma construção pra isso e isso acontece, em certa medida acontece, mas ainda não como gostaríamos, porque nós também temos uma idealização de autonomia [...] alguns casos tem sim, vão até um certo ponto da autonomia que é possível pra pessoa, e outros vão mais além, outros regridem (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre as possibilidades de construção da autonomia do portador de transtorno mental, Kinoshita (2001, pp. 56-57) considera que a contratualidade do usuário, primeiramente vai estar determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Estes podem emprestar seu poder contratual para possibilitar relações e

experiências renovadas ao usuário, através de seu prestígio, de sua delegação social, do saber reconhecido pela sociedade. O referido autor destaca que aos profissionais é dada a capacidade de elaborar projetos, isto é, ações práticas que venham a modificar as condições concretas de vida do usuário.

A entrevista citada na seqüência relaciona a construção da autonomia do usuário a ações que envolvem outros serviços e outras políticas sociais como uma possibilidade para que o portador de transtorno mental adquira sua independência econômica. No caso, a profissional refere-se a Política de Assistência Social, através do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Outro recurso financeiro que pode ser acessado pelos egressos de internações psiquiátricas prolongadas é auxílio reabilitação psicossocial instituído com o Programa de Volta Pra Casa, através da Lei Federal N° 10.708/2003.

[...] um outro elemento pra isso (autonomia) são os usuários que estão totalmente desprovidos de qualquer recurso material que conseguem o BPC e isso garante autonomia porque ele tem o mínimo pra poder dar conta das suas necessidades materiais; então, muitas vezes, ele está numa condição muito vulnerável e aí passa a poder comprar aquilo que ele deseja, minimamente, porque é muito pouco o valor, mas consegue algumas coisas e isso garante essa autonomia, porque as vezes ele fica na família, fica sendo aquele peso que só incomoda, que não tem recurso financeiro nenhum porque ele está fora do mercado de trabalho mesmo, então, aí o benefício da previdência social também é um elemento de autonomia e de reconstrução da cidadania, mas entre todos esses outro que eu falei, do próprio material que ele tem contato na oficina terapêutica que ele consegue produzir algo; aquele usuário que é egresso do hospital psiquiátrico de polireincidência nas internações que consegue produzir uma peça bonita e que essa peça é vendida e que depois recebe o dinheiro dessa venda, também confere autonomia, confere cidadania, auto-estima (VIK, 24/3/2006).

Entendemos que a possibilidade de ter recurso financeiro próprio favorece sim a independência econômica do portador de transtorno mental, possibilitando-lhe uma vida com maior autonomia. Contudo, conforme destacou a entrevistada este é só um dos elementos que compõem o rol das necessidades humanas. A reabilitação psicossocial é um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia (KINOSHITA, 2001). Neste sentido, reabilitação e construção da autonomia caminham lado a lado.

3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental

A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos entrevistados como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista jurídico-política dos direitos do portador de transtorno mental.

Eu acho que hoje a gente já tem uma rede assistencial muito mais capacitada e quantitativamente significativa; no Brasil já são 800 CAPS; o fato de que tem recurso financeiro do Ministério da Saúde destinado, especificamente, à saúde mental, isso facilita a criação do serviço no município; em termos das modificações em relação ao que seja a loucura, o que seja o transtorno psíquico, acho que apesar das dificuldades a gente já conseguiu avançar com relação a isso, a gente já conseguiu trazer a discussão pra sociedade de uma outra maneira, levantando a necessidade de olhar isso também de uma outra forma; a medida que as pessoas começam a sair dos hospitais e voltam a morar seja em residências terapêuticas, seja com a sua família, e conseguem se manter bem dessa maneira isso também vai mudando o olhar das pessoas, pelo menos daquelas que o cercam; os projetos que a gente chama de modificação da cultura, a modificação da cultura manicomial, isso eu percebo que há um avanço, gradual, lento, tem um monte de resistência, mas a gente consegue, conseguiu, tem conseguido, e isso implica também no avanço político, no sentido da garantia do direito, no sentido de ter algumas prerrogativas preservadas com relação ao direito do usuário; então, eu vejo que de uma maneira geral a gente tem avanços e avanços muito significativos se a gente compara o que era transtorno mental há vinte, trinta anos, nesse país, tem coisas muito importantes que eu identifico (F, 12/4/2006).

Acho que a própria existência de CAPS, os hospitais dia, de ambulatórios de saúde mental, próximos as casas de onde o paciente mora, o Programa de Volta pra Casa, a possibilidade de uma residência terapêutica, são todas medidas atuais e dispositivos atuais que possibilitam essa nova forma de encarar o que alguém portador de transtorno mental pode ocupar, o que eles podem ocupar; então, eles podem ocupar os espaços, eles podem começar a fazer parte daquela comunidade (J, 22/3/2006).

A fala a seguir expressa como foi, historicamente, se alterando a forma de assistência ao portador de transtorno mental e de atenção em saúde mental na política de saúde do município.

Eu acho que a questão de criar um espaço que é aberto já é uma conquista; eu acho que hoje a gente tem essas possibilidades de CAPS, no posto de saúde mesmo; [...] quando eu comecei a trabalhar na prefeitura, há 20 anos atrás, assim, era uma equipe de um psiquiatra com mais um monte de estagiários de psicologia que saía em uma Kombi velha pra fazer alguma coisa, quando pintava um problema lá com um paciente do Campeche por exemplo [...]; não tinha nada na prefeitura há 20 anos atrás de saúde mental, então, hoje já tem, está se criando uma rede, tem profissionais nos postos, tem psicólogos, se pensa em fazer treinamento de agente de saúde, treinamento de clínico geral, já se fez algumas coisas; eu acho que isso, imagino que alguém que fica confinado dentro de um espaço, ele ter a possibilidade de circular, mesmo o pessoal do HCTP, eu acho que pra eles, assim, tem uns que não querem muito mais que isso na vida, pelo menos eles não estão tendo que trabalhar duramente como trabalhavam quando eram crianças, vem aqui, circulam, comem uma comida, anda aqui, vê televisão, bom! talvez essa seja a vida que eles querem, talvez seja...., já sai lá daquela estrutura fechada (P, 17/3/2006).

Na seqüência, a entrevistada relaciona algumas formas de exercício da cidadania que o usuário pode acessar com o tratamento no CAPS.

É, se for pensar que muitos usuários eles tiveram uma história, antes do surto, de uma vida organizada socialmente, trabalhando, talvez seria a reconstrução da cidadania, mas a medida que vem todo o isolamento propiciado pelo hospital psiquiátrico, todo o estigma do transtorno mental que a própria comunidade coloca, realmente de fato foi perdida; quando ele chega no CAPS e se propõe a se beneficiar desse espaço, assim, de fato se vincula ao projeto terapêutico dele, acho que ele consegue reconstruir elementos pra essa cidadania, num primeiro momento autonomia, acho que o cartão do vale transporte, o exemplo que eu posso dar, o cartão do vale transporte que é oferecido no período que ele tem tratamento aqui é o mesmo cartão do cidadão que vai comprar lá no SETUF, então, aquele usuário que é estigmatizado, eu já presenciei essa cena, um usuário de uma comunidade de periferia que era o louco do bairro, ele entrou dentro do ônibus com o mesmo cartão que qualquer outra pessoa, passou o seu cartão, veio pro CAPS, depois foi embora pra sua casa, então, isso já é um elemento, muito pequeno, mas é um primeiro elemento talvez, que começa aí, de ele se reconhecer enquanto sujeito, enquanto cidadão, e depois aqui também, a possibilidade de participação, no momento que ele consegue produzir algo numa Oficina, no momento quando ele consegue, na clínica, se dar conta dos seus conflitos e ter mais qualidade de vida nas relações [...] (VIK, 24/3/2006).

Uma das entrevistadas fez destaque às formas de atuação que, na sua opinião, representam conquistas significativas e correspondem a práticas que favorecem o exercício da cidadania do portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Avanços, pra começar, acho que o grande avanço foi a Reforma Psiquiátrica, a construção do CAPS, dos CAPS, as portarias que fazem com que os hospitais psiquiátricos sejam substituídos por vários CAPS, esse foi o grande avanço em primeiro lugar, porque é o momento de tirada das pessoas desses castelos, dessas muralhas, não só porque ficaram ali presas, mas de todo aquele sofrimento mesmo, de miséria, enfim, como os últimos dos últimos, então, eu acho que esse é o primeiro ponto, é que os sofredores de transtorno psíquicos e mentais não ficassem segregados, mas poder estarem sendo mostrados e expostos - uma parte da sociedade, são pessoas que podem transitar, que estão aí, não necessariamente precisam ser escondidos como uma vergonha; junto aos CAPS, isso não caminha sozinho, tem a construção as redes de atenção básica também; [...] mas quando fala em cidadania acho que tem três eixos: um é a construção do CAPS, de serviços como o CAPS, outro são as residências terapêuticas e o outro a economia solidária; hoje eu vejo como isso, assim, esses três projetos, que foram feitos com luta, porque a primeira luta foi dos hospitais, então, tem as portarias que substituiu os hospitais por CAPS, progressivamente, tem toda a luta do movimento antimanicomial, tem as leis que protegem, tem esses três eixos; residência terapêutica é um lugar de resgate à cidadania porque a pessoa vai poder estar numa casa, vai poder comprar um bombril pra limpar a panela, vai poder comprar tomate e batata, vai começar a transitar no meio de outras pessoas, com a vizinhança, a se autogerir, poder fazer escolhas para sua casa, onde ele quer botar um quadro, onde ele quer botar o guarda-roupa, sua roupa, com outros colegas, mas enfim...; tem também a economia solidária que é o momento de autogestão, de fazer escolhas também, de decidir sobre sua vida, em uma certa instância, porque em última instância, em última análise ninguém daqui decide sobre a sua vida, nem eu, nem tu, a gente já nasce num sistema que te absorve e a gente é o que em última análise o capitalismo quer que a gente seja mesmo, nossa roupinha, nossa comida, nosso padrão de beleza, tudo a gente faz como é vendido; eu acho que essas iniciativas, porque a economia solidária não é só cooperativa, não é só associação, não é somente, é uma outra forma de produzir trabalho e discutir sobre esse lucro, que antes estava na mão de algumas pessoas, então, é dividir, eu também decido sobre o que é o meu trabalho, eu não me alieno dele, mas eu sei onde é que vai o meu trabalho (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Fleury (2004, p. 4), os grupos excluídos estão, em geral, impossibilitados de participar das relações econômicas predominantes no mercado, como produtores e/ou consumidores, e das relações políticas vigentes, os direitos de cidadania. Segundo a autora, esta situação é agravada pela transformação das políticas públicas de proteção social, afastando-se de um modelo de seguridade social, que buscava assegurar coletivamente o mínimo vital para todos os cidadãos, em direção à individualização da pobreza e da exclusão.

Conforme aponta Pitta (2001), o homem moderno, acriticamente, persegue formas de inclusão social pelo trabalho, desconsiderando o fato do trabalho não ser nem

tão disponível nem tão flexível para suportar as diferentes demandas individuais e coletivas que a sociedade moderna impõe. Não obstante, a tradição asilar e assistencialista das instituições psiquiátricas, historicamente, caracterizou-se pela função de excluir os marginalizados, produtos das disfunções do modo de produção capitalista e da divisão social do trabalho. Em geral, a população internada, e muitos dos egressos de hospitais psiquiátricos atendidos nos CAPS, está cronificada, com poucas chances de retorno ao mundo do trabalho capitalista.

A fala relacionada a seguir traz a compressão e reflexão, do profissional entrevistado, com relação ao conceito de cidadania e as implicações práticas deste quando se tem como parâmetro uma concepção e um modelo de cidadania pautado na lógica da racionalidade.

Eu tenho visto que está se percebendo uma maior clareza da necessidade dessa cidadania do portador de transtorno mental, porém ainda falta um pouco mais de discussão em nome de que direitos o portador de transtorno mental tem pra fazer cidadania, porque é assim, a cidadania dentro desse modelo francês - igualdade, fraternidade, liberdade, ela exige muito a questão da razão, pra você exercer cidadania você tem que falar em nome da razão, e muitas vezes o usuário, quando está em crise acaba não falando numa razão, acaba falando uma desrazão, e aí como fazer? como dar conta disso? ainda não temos resposta, em nome de que cidadania é reinventada uma cidadania para os loucos, mas tudo bem, isso é pra gente pensar; então, o avanço que tem em relação a construção da cidadania é quanto mais ter associação de usuários em que se discuta cidadania, mais vai ter cidadania, que eu não acredito que os CAPS tenham trabalhado muito nessa lógica, porque acaba não discutindo a questão da cidadania, que cidadania é essa, o que se entende por cidadania, o que é o ser cidadão [...](GIRASSOL, 20/3/2006).

A cidadania integra as exigências de justiça e exercício democrático do poder; o sentimento de pertencer a uma comunidade e de estar integrado a uma dada coletividade social, em determinado espaço territorial (FLEURY, 2004). A idéia de direitos do cidadão – civis, políticos e sociais – remete a construção dos Estados nações, em que o princípio das nacionalidades precede o ideal filosófico cidadania universal. A cidadania, definida pelos princípios da democracia, constitui-se na criação de espaços sociais de luta (movimentos sociais) e na criação de instituições permanentes para a expressão política; significa, necessariamente, conquista e consolidação social e política (VIEIRA, 2002, p. 40). Ainda, a cidadania passiva, outorgada pelo Estado, se diferencia da cidadania ativa, na qual o cidadão, portador de direitos e deveres, é essencialmente criador de direitos para abrir novos espaços de participação política.

Diversos são os obstáculos para o exercício da cidadania do portador de transtorno mental entre estes a vinculação dos direitos a racionalidade instrumental-cognitiva da ciência; a vinculação da sua prática a inclusão controlada no mundo do trabalho, modelo este que, no caso brasileiro, é denominado por Santos (1979) de cidadania regulada. Vasconcelos (2000b, p. 191) indica que, para aqueles que assumiram a proposta da desinstitucionalização e reinvenção da cidadania no campo da saúde mental, há de considerar que estamos diante de um terreno de relações de forças complexo e paradoxal, em que a manutenção do caráter democrático nas relações exige abandonar esquemas conceituais lineares, onipotentes, que queiram garantir de antemão a sua eficácia.

Fleury (2004, p. 12), observa que “a mediação entre os indivíduos e o Estado, através da igualização realizada na cidadania só é efetiva, na medida em que a sociedade civil seja capaz de realizar as funções de agregação dos interesses, reconhecimento dos sujeitos e sua inserção na esfera pública. Só assim a cidadania deixa de ser um invólucro legal e passa a ser um exercício na vida social”. Portanto, uma visão mais ativa de cidadania requer um sentido de sociedade civil como uma esfera pública onde os cidadãos se encontram em reconhecimento mútuo, e isto faz possível a sociedade plural.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referiram que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental substitutivos ao modelo tradicional/asilar. As falas a seguir identificam estas dificuldades fazendo uma análise da questão na realidade da sociedade capitalista atual.

Tem o mito de louco, do louco perigoso, do louco imprevisível, é algo que pesa muito [...], que é a lógica do mercado; pra nós, basicamente, estar inserido na sociedade é estar trabalhando, a gente se pauta muito por isso, pra poder se considerar inserido, vinculado no mundo você tem que estar no mercado de trabalho e, muitas vezes, essa lógica enlouqueceu muita gente, e as pessoas não conseguem, principalmente os usuários dos serviços de saúde mental, os psicóticos em particular, tem muita dificuldade em entrar nessa lógica, e se submeter a ela, coisa que pra qualquer um tem um custo muito alto em termos de saúde, eu digo quem está inserido mesmo no mercado de trabalho, em termos de saúde, de relação com a sua família, com as pessoas que gosta, com os amigos etc., isso tem...; viver para o trabalho é algo que pra nós é insalubre de uma certa maneira, a gente não faz outra coisa a não ser trabalhar; então, pra essas pessoas que estão fora do mercado de trabalho

é muito complicado poder voltar, o que sobra é uma rede de assistência que na nossa realidade é sempre capenga, sempre parcial, tem dificuldade em aceitar o louco por conta desses mitos, e, também, da própria resistência do usuário, da pessoa com esse tipo de dificuldade de entrar nessa lógica, no que ele de uma certa maneira faz muito bem, algo que cria outros problemas pra ele (F, 12/4/2006).

São tantas, é assim, primeiro lugar, eu vejo assim, com todo o preconceito que tem da loucura, tem uma coisa no nosso sistema capitalista que é a questão da produção, produção de capital, produção de bens, e inserção no comércio, no mercado de trabalho, então, o portador de transtorno, sofrimento mental, ele a princípio, quando ele está nesse estado, ele não é produtivo, produtivo pra esse sistema capitalista, ele não trabalha, ele não consome muito, porque ele não vai ter dinheiro, portanto, isso de maneira geral, a gente sabe que as pessoas de posse, que a loucura, o sofrimento psíquico ele atravessa qualquer classe, mas 90% tem isso; então, a princípio existe a exclusão, já existe esse preconceito também, mas muito mais que isso, que a sociedade de fato ela é dividida entre os que produzem, os que fazem a engrenagem funcionar e os que estão a margem, então, o usuário é mais um que está a margem, assim como o menino de rua, os rapazes do morro, então, ele é mais um, também, que causa incomodo, e ele no Estado, das políticas públicas do Estado ele seria como só o gasto, não seria mais uma produção; além de ser uma sociedade racionalista que tem toda a sua formação no discurso, no discurso reto, no discurso racional, na fala, a fala racional, na linguagem articulada como o único meio privilegiado de comunicação, e o usuário, muitas vezes, não tem esse instrumento, por conta da sua fragmentação, da sua história, da sua medicação, da própria coisa do delírio, muitas vezes ele não tem o tempo todo essa fala coerente, esse discurso, dessa forma já faz com que ele não seja inserido, uma vez que ele é a minoria digamos assim (LÉLI, 4/4/2006).

Hoje, a gente fala muito em rede de atenção psicossocial; eu percebo que é uma rede que ela tem que estar instituída, que são locais de proteção para o portador de transtorno mental, são as certezas, são os caminhos certos que os usuários teriam, a rede; o problema a começar é que nós não temos essa rede instituída, entendo por rede: emergência psiquiátrica ou emergência em atenção psicossocial em hospital geral, CAPS III, CAPS II, CAPS criança e adolescente, CAPS álcool e droga, associação de usuários, escritório jurídico para amparar o direito do portador de transtorno mental, atenção primária em saúde mental, equipes volantes, centros de convivência, enfim, tudo o que preconiza a rede em atenção psicossocial, esse seria o primeiro passo; então, essa dificuldade, não temos a rede em atenção psicossocial, esse é um passo; segundo, o próprio imaginário social das pessoas em relação a loucura e ao louco, isso é uma outra dificuldade, que daí entra em cena o estigma e o preconceito, onde o portador de transtorno mental passa a não ter crédito na comunidade, e isso ainda é uma dificuldade; e, claro, depois tem toda a questão do trabalho, as cooperativas de trabalho, que ainda não se discute muito em Santa Catarina, não conheço nenhuma cooperativa social de trabalho para portadores de transtorno mental, que é uma forma de gerar trabalho diferente dessa preconizada pelo modo de produção capitalista, que você tem que produzir pra receber, isso é uma outra dificuldade, a dificuldade em cima da questão do trabalho, do emprego, que muitos acabam tendo seu reconhecimento, sua valorização em cima

do dinheiro que tem no bolso, o poder contratual que a pessoa possa ter, as vezes, na sociedade, é o quanto ela tem no bolso, e a maioria dos usuários não possui isso, e é aonde muitos acabam querendo se aposentar para poder ter o seu dinheiro, que não tem outra alternativa ou clareza do que fazer pra ter dinheiro, então, esse é um problema enorme na questão da reinserção social (GIRASSOL, 20/3/2006).

Os participantes da pesquisa apontaram que uma das possibilidades para a (re)inserção familiar e social pode ser a separação das oficinas produtivas da área física do CAPS. Esta proposta e os projetos de geração de renda via economia solidária foram apontadas por alguns dos entrevistados como uma das alternativas para a realização de uma maior integração do serviço com a comunidade, bem como a melhor adequação do próprio espaço físico do CAPS.

[...] a questão do projeto de geração de renda, que eu acho que de fato está faltando, inclusive a gente já está também se mobilizando pra tentar criar um projeto nesse sentido, porque os usuários aqui, nas oficinas terapêuticas produtivas, eles conseguem ter acesso ao material específico de cada oficina produtiva, também, a técnica de produzir o artesanato, mas não tem mercado; eles conseguem vender as peças, conseguem resgatar uma grana, mas não é suficiente pra poder manter ele, manter as condições de sobrevivência; então, precisa implantar essa geração de renda, de fato acho que vai dar um gás pra essa (re)inserção dos usuários que estão sendo tratados do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Já para uma das profissionais entrevistada as dificuldades na (re)inserção social estão mais relacionadas a questões de singularidades dos portadores de transtorno mental.

Eu acredito que volta de novo pro estigma, vai voltar pra própria incapacidade, pra própria dificuldade do usuário, do paciente; muitas vezes eles poderiam fazer algo muito mais do que fazem, e aí tem o medo, o medo deles, o medo de eles terem de enfrentar a própria doença, de eles terem que enfrentar os outros, e a hora que eles conseguem fazer esse movimento aí vem o medo do outro, aí é mais fácil ficar parado, aí volta pro comodismo, mas de alguma forma se a gente consegue..., aí não precisa de grandes movimentos, eu imagino que pequenos movimentos dentro da comunidade, que seja, alguém ir conversar com o diretor da escola, ir conversar, aí a diretora consegue conversar na sala, vamos supor que tem alguns pacientes, mais jovens, que pelo surto psicótico deixaram de ir e aí não retomam, não retomam porque tem medo, porque as vezes vão rir dele porque ele é louco; então, pequenas intervenções, elas tornam possível mudar um pouco essa inserção, essa reinserção, mas a gente esbarra de novo na falta de técnicos pra fazer isso e também acho que até por uma falta de equipe, aí volta pra equipe, entende, não tem uma equipe que pense isso em conjunto, que age em conjunto e aí como fica muito personalizado, individualizado os atendimentos, cada um vai pra..., eu vou pro meu consultório, outro vai pra oficina e aí não tem a equipe (J, 22/3/2006).

Outra entrevistada referiu-se ao estigma e preconceito existente por falta de conhecimento e divulgação, exposição, seja nas universidades ou por parte dos próprios serviços de atenção, sobre saúde mental.

Bom, eu acho que entre elas a questão do estigma, do preconceito, e não é um preconceito.... a gente sabe que tem riscos em algumas situações, a gente também as vezes tem medo de algum paciente, te dizem ah fulano matou três pessoas..., não é um preconceito que nasce do nada, muitas vezes é um preconceito que de alguma forma é compreensível, mas você não pode ah então ta...; eu acho que não existe muito, você não vê muito nos meios de comunicação uma campanha em torno da desestigmatização, você vê de outras coisas, com relação a aleitamento materno, outras questões da política de saúde; com relação a saúde mental eu acho que se fala pouco na sociedade, se discute pouco; por exemplo, na universidade, até não sei se lá na saúde pública o pessoal da saúde mental tem feito mais coisa, até os alunos que vem fazer residência aqui, a primeira reação deles é: a gente está aqui e tem medo, nem eles foram preparados pra isso, então, você começa a avaliar que tem uma falta..., não se fala muito no assunto, acho que assim, não se fala no assunto na sociedade; assim como se faz grupos de mulheres lá nos postos de saúde pra tratar de questões de sexualidade, muitas vezes faz sala de espera pra tarar de questões..., não se faz uma sala de espera pra falar de saúde mental; então, eu acho que talvez assim, a gente pensar, bom! nós estamos nisso (na saúde mental) e nós nunca fomos fazer uma sala de espera no posto de saúde da Agrônômica pra falar de saúde mental, pra falar do CAPS, quem sabe a gente também precisasse fazer algumas coisas assim, começar uma divulgação maior; acho que pouca gente de fora do serviço, fora das pessoas que trabalham na saúde mental sabem da política do Ministério pra saúde mental, que existe uma política de criação residências terapêuticas; eu li relatos de pessoas no Rio (RJ) que tiveram muita dificuldade de alugar pra se fazer uma residência terapêutica, num prédio então, quando ficaram sabendo que eram pessoas que vinham de hospital psiquiátrico ninguém quis; então é muito difícil, e ao mesmo tempo tem experiências positivas, tem pessoas que estão na residência e diz que a vizinhança viu que eles não são bichos, que eles podem interagir, podem estabelecer laços de vizinhança, então, tem algumas experiências boas e algumas experiências que são difíceis (P, 17/3/2006).

No contexto do estudo foi perguntado aos profissionais entrevistados se a atual organização dos serviços de saúde mental favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais. Conforme pode ser observado nas falas relacionadas, as opiniões foram divergentes. Dois deles observaram sobre a necessidade da existência de diversas instituições e serviços articulados e integrados à proposta da rede de saúde mental para que seja possível favorecer a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental

Embora a estrutura se localize no município, pelo menos eu estou pensando em termos de utilização da rede; então, a gente tem no Brasil inteiro muita diversidade, tem cidades onde a rede está montada, foi instituída e funciona legal, não é o caso de Florianópolis, a gente tem dá pra dizer poucos serviços, são só três CAPS que deveriam estar regionalizados ou territorializados, mas não estão, e tem algumas equipes de saúde mental nas Regionais, nas sedes das regionais, então, eu vejo assim, tem uma rede a ser constituída, ela precisa criar os mecanismos pra que a pessoa possa usar isso como rede, isso em termos de atenção à saúde, quando eu falo em rede eu também não estou pensando só em serviço de saúde, estou pensando que há uma possibilidade de a gente ter uma rede que inclua outros serviços, que não sejam só os de saúde, só os especializados, que eu acho que é a nossa necessidade, você incluir outras instituições, outros programas, enfim, que tenham vinculação com a cultura, com o trabalho, com a arte, produção do conhecimento, com as universidades por exemplo, as universidades são um campo excelente, seriam um campo excelente pra gente poder trocar um monte de coisas, pelos programas de extensão que eles tem, pelos projetos comunitários etc., a gente podia estar fazendo parceria com as universidades, mas não conseguimos, não sai, não rola; [...] a saúde mental eu acho que é o melhor exemplo desse distanciamento porque é difícil encontrar uma universidade onde a Reforma Psiquiátrica esteja incluída, ou mesmo os temas da reabilitação psicossocial estejam incluídos nos currículos dos cursos de saúde, é raríssimo (F, 12/4/2006).

Então, essa rede montada de forma territorializada, principalmente, eu acho que esse aspecto da territorialização é fundamental, é chave pra conseguir a reinserção social, não só por facilitar o acesso do usuário, mas pelo fato de o serviço estar ali no seu território, isso é fundamental, além disso, o projeto de geração de renda, as vagas, os leitos psiquiátricos no hospital geral, é todo esse contexto que precisa ser implantado para de fato poder facilitar o trabalho de cada instituição dessas, seja do CAPS, seja do projeto de geração de renda, ou do próprio hospital geral, como um todo, assim, essa engrenagem funcionando bem aí sim vai ser mais rápida a reinserção social do usuário portador de transtorno mental (VIK, 24/3/2006).

A partir das colocações dos participantes da pesquisa, destaca-se a importância da rede de serviços na construção da cidadania das pessoas atendidas pelas políticas de ativação, as quais, segundo Fleury (2004), tem como objetivo a inclusão social de conjuntos populacionais definidos a partir da territorialidade. Tal proposta pretende tratar o território como um componente, tanto material como simbólico, da esfera pública. Neste sentido, a construção da cidadania passa, necessariamente, pela reconstrução das cidades e potencialização da rede de serviços na valorização das características objetivas e subjetivas da demanda local.

Na seqüência, um dos entrevistados enfatiza que a forma como são pensados e estão organizados os serviços de atenção não favorece a construção da cidadania dos usuários.

Não, não favorece, porque, primeiro, os serviços de saúde mental estão sendo construídos pra quê? Não tem muito claro ainda pra quê que se tem atenção básica em saúde mental hoje, pra quê se constrói centro de convivência, pra quê tem o CAPS? acho que o objetivo do serviço parece não estar muito claro, talvez eu esteja enganado; veja bem, a atenção básica é mais no sentido pra estar discutindo os seus conflitos, minimizando os “sintomas psiquiátricos”, e aí acaba não tendo um trabalho de reflexão sobre o contexto que a pessoa está inserida; [...] a questão da cidadania tem a haver..., quanto mais articulada for a pessoa, quanto mais ela se envolver com as lutas sociais, mais cidadania ela vai exercer, quanto mais clareza, mas crítica, mais conhecimento ela vai ter, ela vai desenvolver cidadania; então, a forma hoje como os serviços estão organizados, ela acaba não favorecendo essa questão da construção da cidadania porque ainda vem de uma lógica de modelo centrado no transtorno mental (GIRASSOL, 20/3/2006).

Uma outra profissional considerou ser difícil avaliar a questão pelo fato de a rede de serviços não estar implantada por completo, e por não ter avaliações sistemáticas dos resultados.

Olha, eu não sei se a gente já tem condições de fazer uma avaliação, a rede está meio que andando [...] assim, qualquer coisa que eu vá dizer é, assim, referente uma experiência ou outra, não sei se a gente tem condições de fazer uma avaliação enquanto rede; por exemplo, eu vi muitas experiência positivas em cidades como Campinas (SP) que eles já tem há mais tempo, por exemplo, residências terapêuticas, tem desde o começo dos anos 1990, tem muitas experiências boas de pessoas que conseguem transitar na vida, tem gente que está trabalhando; [...] eu acho que a gente precisa além de ter a política, de ter a carta de intenções, a gente precisa ter avaliações também, eu acho que uma questão dessa eu sinto que precisa ter uma forma mais sistemática de avaliar, qualquer coisa é uma coisa mais ou menos um olhar particular pra aqui pra ali, acho que no todo a gente não tem (avaliação sistemática), pelo menos eu não conheço ainda, pode ser que estão fazendo e eu não saiba ainda (P, 17/3/2006).

Já para duas das entrevistadas, a atual organização da rede de serviços na política de saúde mental favorece sim a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental.

Sim, eu acredito que sim, na teoria ela é muito importante e acho que trabalhando em todas as instâncias, se a gente for pensar naqueles mapinhas, os ambulatórios, os CAPS, hospitais dia, a escola, e os centros comunitários, os postos de saúde, todos capacitados; eu acredito que sim, a rede ela é bem estruturada e ela possibilita aos portadores de doença

mental, enfim, terem uma reinserção melhor e maior na sociedade, e também de entendimento do que ele tem, do que ele pode fazer, quais são os recursos que ele tem também pra lidar, dentro dessa rede (J, 22/3/2006).

Acho que sim, favorece, se tu me perguntasse se ela resolve, eu diria que não claro, ou até que ponto ela resolve, mas favorece sim, eu acho que tem um favorecimento relacionado a forma que as pessoas eram tratadas, acho que favorece muito mais (LÉLI, 4/4/2006).

É possível perceber nas falas relacionadas acima a preocupação com a efetiva implantação da rede de serviços em saúde. As redes, conforme proposto na política de saúde mental, possuem muitos centros, muitos nós que as compõem e as tornam complexas e resistentes. Estão embasadas na noção de território, como um sistema de relações e estruturas, muito mais que um simples espaço geográfico. O fundamental neste processo é que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento.

Neste sentido, torna-se de fundamental importância refletir sobre o exercício da cidadania no contexto das políticas públicas, cada vez mais segmentadas e focalizadas. Para Fleury (2004, p. 2), “as políticas atuais de inserção buscam reafirmar a natureza contratual do elo social em novas bases, com a revalorização do local e comunitário e a transformação do Estado em um animador e mobilizador de recursos societários. Reduzido a mantenedor da estabilidade de uma ordem econômica que produz a fragmentação e a exclusão social, o Estado, busca atuar de maneira compensatória e focalizada, atendendo aos grupos mais vulneráveis e/ou potencialmente ameaçadores da ordem social, por meio da convocatória da solidariedade lançada aos diferentes setores inseridos na ordem econômica. No entanto, a incapacidade de alterar as condições estruturais de produção da exclusão mostra os limites das políticas de ativação, cuja promessa de inserção social carece de expectativas de emancipação dos sujeitos e coletividades beneficiários”.

3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica

Os CAPS compõem o rol de serviços do modelo psicossocial de atenção em saúde mental proposto na e pela Reforma Psiquiátrica. Perguntamos aos entrevistados qual seria o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica e obtivemos como

resposta que este teria a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos ideais da própria Reforma.

Eu acho que a função imediata ela é servir como um ponto de articulação, porque a gente consegue criar um ambiente que é relativamente protegido e que dá ao usuário as condições de ele poder participar de outros circuitos; fundamentalmente é essa a função, de articulação; eu lembro de uma discussão que a gente fazia, em Brasília, uma vez, sobre essa importância excessiva que os CAPS acabaram adquirindo, como quase que o central do sistema hoje é o CAPS, mas ao mesmo tempo a necessidade de se ter um espaço como esse, principalmente, pra quem está vindo de uma internação prolongada ou pra quem sempre passou a vida dentro de um hospital psiquiátrico, se tem que ter um pólo, uma instância articuladora pra poder fazer a passagem, porque o cara não vai sair do hospital e retomar sua vida imediatamente, não vai, ele tem uma série de dificuldades que ele não consegue vencer, e o CAPS, nesse sentido, a função seria essa, de poder..., tem uma expressão que eu acho interessante que é: emprestar poder de contratualidade, ou seja, poder dá um certo aval de que esse sujeito pode participar novamente ou pode participar pela primeira vez dos circuitos sociais, pode fazer laços com outras pessoas, com outras entidade, outras instituições, esse é o aval que eu acho que um CAPS pode fornecer e essa é sua principal função (F, 12/4/2006).

É pensar o CAPS como um espaço em que o paciente vai estar usando e tendo apoio para os momentos de crise, e fora os momentos de crise, também, que não seja hospital, e aí, dentro da Reforma eu acho que o CAPS ele é fundamental, assim como os hospitais dia, é que aqui em Florianópolis a gente não tem hospital dia, mas eu acho que os moldes do CAPS (eles estão) é muito próximos, as vezes até é difícil dizer o que é um o que é outro; esse momento de transição do hospital para a sociedade, nesse momento o CAPS é algo muito importante, ele dá, é capaz de conter, dar uma continência pra o usuário, isso a gente percebe mesmo quando não tem nada, o paciente já está muito bem, eles voltam quando estão em crise, sem ter nada marcado, e só de estar aqui pra muitos já é confortante, então, a gente percebe que essa continência, esse acolhimento, e saber que ninguém vai vir aqui e amarrar e conter, porque acho que esse é o medo, de todo mundo, acho que isso já possibilita a procura, eu estou mal vou lá, vou buscar a ajuda do CAPS (J, 22/3/2006).

Eu diria que o CAPS seria o pensador da estruturação da rede de saúde mental, que via de regra o CAPS acaba sendo pra municípios de médio porte o primeiro serviço a ser instituído no território, no município, aí o CAPS acaba assumindo essa responsabilidade, a portaria fala bem disso, a 336, do que compete ao CAPS, e tem vários itens lá, entre eles organizar a rede de saúde mental no município, porém, acaba sobrecarregando os profissionais de saúde mental que atuam nesse CAPS; então, a importância do CAPS na operacionalização da Reforma, ele é importante enquanto um dispositivo crítico, ou seja, se o CAPS não ter a clareza do que seja a Reforma Psiquiátrica ele não vai

operacionalizar, ele só vai operacionalizar a Reforma Psiquiátrica quando ele entender que Reforma Psiquiátrica é o processo social complexo que se configura pelas quatro dimensões, enquanto ele não repensar, refletir a sua prática, o que ele está fazendo, o que não está fazendo, ter mais autocrítica, ele não vai conseguir operacionalizar a Reforma Psiquiátrica; ele tem importância porque tem vários atores, vários profissionais, é um time de pessoas, muito rico, envolvidas que estão no CAPS; agora, enquanto não ter claro o que é Reforma Psiquiátrica, esse processo, não vai conseguir fazer nada; ele é importante, mas se não tiver clareza de Reforma... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Na medida que o CAPS é a primeira, digamos, unidade, primeiro serviço que se propõem a substituir o hospital psiquiátrico já existe nisso por si só a sua importância; é substituição e não que a pessoa não possa ser internada, mas a idéia é que seja nos hospitais gerais, em algum leito nos hospitais gerais, então, bom, o CAPS é o primeiro ponto, é o primeiro lugar onde a pessoa vai passar o dia, onde vai ser tratado de outra forma o seu sofrimento, então, a importância dele está nisso, na importância política e clínica também (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que o CAPS, fundamentalmente, ele faz a clínica; se tem essa rede montada o CAPS faz a clínica, ele faz o atendimento psicossocial do usuário portador de transtorno mental, ele atende as questões mais subjetivas, e de fato toda esse mix de previdência social, a medicação, o atendimento psicológico, atendimento de enfermagem, mas se existe essa rede montada e aí vamos ter um projeto de geração de renda, aí ele vai fazer geração de renda, todas as Oficinas vão acontecer ali e não dentro do CAPS, o CAPS deveria estar na comunidade ele deveria estar territorializado (VIK, 24/3/2006).

Acho que todo mundo gostaria que ele pudesse ser um eixo desencadeador de todos esses ideais da Reforma Psiquiátrica, que a partir disso se experimentasse uma nova relação, que o paciente pudesse estar se soltando mais pra vida, pra construir seus projetos, seus ideais; acho que é muito importante poder retirar pessoas que estão enclausuradas há anos, criar esses mecanismos como residências, etc. pra pessoas que não vão resgatar os vínculos familiares, tem que procurar outras alternativas; acho que o CAPS ainda é uma instituição que é fundamental nessa política, ainda acho que ela pode fazer um papel importante; no dia-a-dia é um pouco mais difícil porque as vezes a gente não tem tantos mecanismos de avaliações, muitas coisas que também a gente vai capengando; quando você vê algumas experiências de pessoas que estão conseguindo dar conta da sua vida, saem, aí você vê que, bom! tem algumas coisas boas que estão acontecendo, o CAPS também está contribuindo; então, no meio dos prós e dos contras eu acho que os prós ainda são maiores, eu acho que é muito mais humano, muito mais um fator de justiça social você ter um espaço assim do que você ter uma pessoa enclausurada no hospital (P, 17/3/2006).

Neste sentido, conforme inscrito na Política Nacional de Saúde Mental, os CAPS devem assumir seu papel estratégico na articulação e no “tecimento” das redes de atenção em saúde mental. Tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da

rede de serviços, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, ONGs, empresas etc. (BRASIL, 2004, p. 12)

3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde

A proposta do progressivo deslocamento dos centros de cuidados em saúde mental para fora do hospital psiquiátrico, em direção à comunidade, colocada na e pela Reforma psiquiátrica tem nos CAPS o dispositivo estratégico desse movimento. Neste sentido, a rede básica de saúde torna-se o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os portadores de transtorno mental.

Essa rede é formada pelos centros ou unidades locais e/ou regionais de saúde, Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, que atuam na comunidade de sua área de abrangência. Os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, pois tem um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Por sua proximidade com as famílias e comunidades, as equipes de atenção básica são um recurso fundamental para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso de substâncias psicoativas e diversas formas de sofrimento psíquico. Neste sentido, é importante e necessária a integração e articulação dos CAPS com a atenção básica. Assumir esse compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção da saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo (BRASIL, 2004).

As atuais diretrizes da política de saúde mental do Ministério da Saúde orientam que, onde houver cobertura do PSF, deverá haver uma equipe de apoio matricial em saúde mental para no mínimo seis e no máximo nove equipes de PSF. E, que as ações de saúde mental na atenção básica devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2004).

No que se refere à relação existente entre o CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município e qual o tipo de relação existente, os dados coletados na

pesquisa indicam que: a maioria (91,7%) respondeu que sim, com ressalva de que é muito pouco, funciona de maneira precária e confusa, e que está num processo preliminar ainda. O profissional que respondeu não, observou que a rede está em processo de formação. Os profissionais cujas respostas foram positivas identificaram que a relação é de encaminhamentos, atendimentos em conjunto com as equipes de saúde mental das Regionais de Saúde, ajuda em atendimentos nas unidades locais de saúde, com os agentes comunitários de saúde, de referência, de acompanhamento, visitas domiciliares, encontro mensal dos trabalhadores de saúde mental da rede e encontro mensal dos psiquiatras da rede.

Sobre a relação do CAPS com as equipes de PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência alguns entrevistados observaram que a relação é pouca ou mínima, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda²³. Foram apontadas como justificativas o fato de o CAPS Ponta do Coral não estar territorializado, deste ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta do município, e a ausência de um planejamento e de estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente.

O CAPS como ele é único, então, ele é de toda a região; então, eu poderia até estar te respondendo que a gente tem um Posto aqui de cima do CAPS, que é o Posto da Agrônômica, ali tem o Programa de Saúde da Família implantado, com a presença dos residentes do Programa Saúde da Família e o contato que eu tenho, ele é meu, não existe nenhum outro programa ou vamos dizer convênio do CAPS com a Agrônômica, é meu aqui, assim como talvez seja da psicóloga em outro momento quando há essa partilha de paciente quando faz parte dos dois, então, eu só sei do que eu tenho, mas é muito pouco, eu tenho contato com alguns residentes que atendem alguns pacientes daqui, e eles precisam de algumas dicas ou, enfim, de se interar do que acontece, e eu também preciso saber como é que anda o acompanhamento deles lá, e aí entra em contato, as vezes vem aqui ou eu vou lá, mas são essas formas isoladas e depende daquele momento e da necessidade daquele usuário, não é algo que seja programado, que seja antecipado, institucionalizado, no sentido de firmar essas relações de uma forma.., não há; e, assim, o contato é com os residentes, não tem o contato com quem realmente vai ficar, porque os residentes passam depois de dois anos, eu também não tenho contato de quem é o médico, quem é o enfermeiro do Programa Saúde da Família, quem é o agente comunitário que vai na casa desses usuários, isso não tem, acho isso muito ruim, é muito falho, embora, volta pra aquela questão da equipe, que as coisas não são compartilhadas, você nunca sabe direito, é muito fragmentado, o que já foi feito, o que não está sendo feito; também não é delegado a função à ninguém de fazer, não há um planejamento pra isso (J, 22/3/2006).

²³ Em estudo sobre o CAPS de Palhoça/SC, Franco (2005) encontrou situação semelhante na relação do CAPS com o PSF e demais serviços de atenção básica municipais.

É mínima, é mínimo o contato, assim, as vezes, quando a gente necessita a gente vai atrás, tenta achar alguém que se interessa, que tenha alguma afinidade com a saúde mental, as vezes um agente de saúde que consegue se aproximar mais daquele usuário que mora lá e que resolve dá uma força, mas é assim, depende de uma série de coisas, da disponibilidade pessoal, da sorte de encontrar alguém etc., quer dizer é falta mesmo da articulação em rede, porque se a gente tivesse essa articulação o PSF automaticamente já seria acionado, e a gente não tem isso; claro, quando a gente precisa a gente até encontra uma boa resposta das equipes do PSF, mas pode não encontrar, tem um risco[...] não, isso não existe (articulação institucional CAPS – PSF), isso tem que ser construído, tem que ser proposto (F, 12/4/2006).

A relação que o CAPS tem é principalmente pra acompanhamento, a relação é essa, relação de acompanhamento, as vezes precisa realizar alguma busca ativa e não temos a possibilidade no momento, então, tem essa relação, a relação que a gente tem é mais no sentido de acompanhamento do próprio usuário; o que seria ideal, seria um pouco mais de estreitamento, discutir junto com o Programa de Saúde da Família alguns casos, nós irmos aonde os agentes comunitários estão, discutir algumas situações e isso não tem acontecido ainda; com essa lógica aí das regionalizações tem essa possibilidade; então, hoje existe uma relação, só que uma relação muito esporádica de situações isoladas e que precisa ser superada; o maior problema que existe é devido ao CAPS não ser territorializado, o CAPS II Ponta do Coral ele tem que atender uma demanda muito grande, basta ver o IBGE hoje, tem 400 e poucas mil pessoas em Florianópolis, então, é um CAPS II pra atender toda a demanda adulta do município, talvez o ideal seria um CAPS I em cada região, nas cinco regionais, e transformar esse CAPS num CAPS III no caso, e aí repensar depois toda a rede; então, a relação, ela se compromete com o Programa Saúde da Família devido a não territorialização do CAPS Ponta do Coral, a relação que existe é a relação de acompanhamentos isolados (GIRASSOL, 20/3/2006).

É uma relação ainda muito inicial ainda, um pouco precária; com os agentes comunitários a gente tem mais proximidade, no momento da visita domiciliar e no momento de fazer o resgate dos usuários que abandonaram, por algum motivo, o atendimento, mas acho que a relação poderia ser melhorada se o CAPS fosse territorializado, como a gente está aqui, é no centro pra todo o município, fica muito difícil, então, a nossa relação é muito mais com as referências regionais de saúde mental da atenção básica do que com as próprias equipes de PSF das unidades locais de saúde (VIK, 24/3/2006).

É isso que eu falei, essa perspectiva da regionalização que começou aqui visava uma maior articulação com a rede; eu acho que isso é um projeto que está ainda meio que na sua infância, ele está começando e, assim, o que eu te falei, a gente precisa sair mais daqui, no Norte (Regional Norte) a gente vai tentar essa experiência agora (realizar as reuniões da regional nos postos de saúde) de contato e incluir, por exemplo, os agentes comunitários nos processos de reunião com os pacientes daqui, tentar ver se eles podem estar acompanhando o paciente lá; tem uma paciente que está aqui que a gente esteve lá no Posto do Saco Grande pedindo pra equipe assumir alguns cuidados com essa paciente, eles se

dispuseram, mas assim, por enquanto ta muito mais alguma iniciativa aqui, ali, do que um processo mais amplo, não sei assim como isso vai caminhar com a história de já ter, por exemplo, profissionais regionalizados, isso também vai poder ser incrementado, esse é um desejo que eu tenho (P, 17/3/2006).

É muito pequena, muito, muito, muito, muito; eu não sei nem te dizer, em uma escala de um a dez acho que fica em dois, está muito pequena, está muito além do que poderia ser, eu acho que talvez com a implantação agora dos serviços na rede, nós temos em cada Regional um psiquiatra, dois psicólogos, uma média assim, está existindo mais aproximação, mas do CAPS não, muito pouco, muito pouco. [...] quando tu pergunta, hoje, qual é a relação do CAPS? eu não posso te mentir, pra mim é quase zero (LÉLI, 4/4/2006).

Buscando explorar as informações sobre a relação do CAPS com a rede municipal de serviços de saúde, perguntamos aos profissionais se o serviço realiza algum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. A maioria deles (75%) respondeu que não, dois referiram não saber responder e um respondeu que sim. Dentre os que responderam que não, um justificou que o CAPS não tem estrutura para atender mais esta demanda. Dois dos profissionais entrevistados disseram estar pensando neste tipo de trabalho. Um deles falou sobre a existência de um projeto, conforme relatado na fala que segue.

[...] a gente tem um projeto aqui que é de formação de acompanhantes terapêuticos, e no ano passado a gente formalizou esse projeto e mandamos pro Ministério da Saúde, ele foi aprovado e até hoje estamos esperando a liberação de dinheiro, mas enfim, o projeto foi aprovado, e a idéia era justamente transformar o agente comunitário de saúde num acompanhante terapêutico, e aí a gente faria a formação, uma capacitação, um curso de capacitação aqui, e depois faria o segmento com supervisões regulares, é uma forma de dar formação em saúde mental pra atenção básica e manter essa que é uma função do CAPS de dar supervisão e a formação mesmo pra esse nível da atenção; [...] a gente está esperando o dinheiro do Ministério da Saúde, ta lá pendurado, a gente olha o nome do projeto na internet, está lá, mas não tem nem empenho ainda, significa que não tem dinheiro destinado (F, 12/4/2006).

Para que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas na atenção básica é fundamental a capacitação destas equipes. A orientação é que as equipes de saúde mental de apoio á atenção básica incorporem ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. Conforme aparece na fala do profissional, são previstos recursos para o financiamento deste tipo de ações, embora, muitas vezes, a dependência de orçamento, a morosidade burocrática e/ou

ausência de decisão política, que justificam a longa demora, acabam por desestimular, dificultar, inviabilizar as iniciativas dos profissionais.

Repetidamente, temos ressaltado neste trabalho que os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico para a organização da rede de atenção em saúde mental, conforme é indicado nas diretrizes políticas da Reforma Psiquiátrica. Nesta direção, questionamos os técnicos da equipe do CAPS Ponta do Coral sobre qual o lugar que o serviço ocupa na rede municipal de atenção em saúde, em Florianópolis. As falas transcritas na seqüência destacam o fato deste não estar territorializado e, portanto, não se constituir no serviço regulador da porta de entrada para o atendimento em saúde mental. As equipes de saúde mental nas referências das Regionais de Saúde é que, atualmente, constituem-se no serviço primeiro de atenção em saúde mental. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhados pessoas com transtorno mental grave.

Seria esse serviço que articula, que regulamenta; não necessariamente ele é uma porta aberta que entra qualquer um; eu acho que ele pode até ser a articulação e a regulação, pode ser feita até capacitações nas equipes locais de unidades básicas, que a partir daí você vai poder em um caso de uma ansiedade ou uma briga com o namorado, “eu tomei 4 aspirinas”, não vai chegar aqui no CAPS; vai chegar aqui no CAPS realmente aquilo que for um caso mais grave, e só há possibilidade de isso acontecer a partir do momento em que as unidades locais estejam todas capacitadas e entendendo, até porque assim diminui o trânsito desse paciente; vamos supor: ele sai de uma cidade, vem pra Florianópolis, daí diz: onde é que eu vou num psiquiatra? Ah! vai lá no CAPS, aí alguém fala: mas tem que passar no clínico antes, aí passa no clínico, aí o clínico encaminha pro psiquiatra, daí ele não sabe onde vai procurar o psiquiátrica - vem pro CAPS, não vem pro CAPS, aí vem pro CAPS, mas é que na verdade ele toma fluoxetina há 2 anos, está em tratamento de manutenção porque ele tem um quadro de depressão recorrente, não é caso CAPS, então, isso já poderia ter sido triado lá no começo, o paciente já poderia estar tendo as consultas desde o início, todas acertadas, sem precisar ficar correndo de um lado pro outro [...]; então, eu acho que ele tem esse papel, tem essa função de regular, de saber o que está acontecendo no hospital, na Colônia, e ter esse contato, uma ligação sempre com a Colônia, e com os Postos de saúde [...]. (hoje, o CAPS faz isso?) algumas coisas, bem isoladas, de novo, é meio como um apaga fogueira; por exemplo, hoje, a gente foi fazer uma visita domiciliar lá no Saco Grande (bairro de Florianópolis) porque o paciente estava em tratamento psiquiátrico particular e parou de tomar o remédio, e aí a gente foi lá, só que o paciente não queria falar com a gente, mas, assim, eu chego lá, converso com a equipe que está lá naquele local e muitas vezes é só a psicóloga; também tem um certo descaso, no sentido de que ah! agora eu não posso falar, porque não percebe que conversando sobre aquele caso vai possibilitar que isso seja ampliado pra outros casos, pensam-se saídas semelhantes pra outro momentos, mas, assim, acaba virando um apaga fogo, e toda hora você tem que ir

apagar um fogo; então, existe um pouco, mas não de uma forma bem usada (J, 22/3/2006).

É atenção secundária como se diz; ele regula e não regula; [...] tudo vai passar muito pela clareza que os profissionais que estão na saúde mental tem em relação a própria epistemologia, tem em relação a própria política, tem em relação a própria noção de SUS, a própria noção de controle social, a própria noção dos princípios do SUS; então, tudo vai passar por isso, porque que eu estou dizendo isso, o CAPS é uma atenção secundária como a gente chama, eu acho ainda que o atendimento mais complexo, o atendimento terciário, deveria ser no território, acho que centrar as forças no território [...]; então, [...] a atenção básica é onde deveria regular isso, a regulação dessa entrada nesse sistema de saúde mental, nessa rede de saúde mental ela teria que ser prioritariamente atenção primária em saúde; então, as vezes, por necessidades especiais, por situações específicas, a pessoa acaba vindo direto pra cá, direto pro CAPS e aqui a gente atende, e, as vezes, essa pessoa não é indicada pra estar no CAPS, aí volta pra atenção básica, então, tem essa dificuldade, ou seja, o lugar que o CAPS ocupa na rede municipal de atenção em saúde é uma atenção secundária à pessoa com transtorno mental grave, já avaliada pela atenção primária em saúde, aquela pessoa que corre risco de suicídio, que acaba prejudicando a vida de outras pessoas, que está muito mal, nesse sentido (GIRASSOL, 20/3/2006).

Regulador da porta de entrada: não; como não é territorializado, a gente tem esse problema de ser serviço de referência pra onde vem os pacientes já encaminhados, ele passou pela porta de entrada do sistema lá no Posto, ele vem encaminhado pra cá ou através dos hospitais psiquiátricos, que é também uma outra forma de encaminhamento, mas a gente não faz a regulação da entrada; hoje, também, como tem equipes mínimas de saúde mental nas regionais, elas também funcionam muito mais como a reguladora do que nós; a porta de entrada é pelas equipes de saúde mental das regionais (F, 12/4/2006).

Eu acho que são várias coisas, por ser o único CAPS, pela rede não estar estruturada ainda, e pelas pessoas não conhecerem o serviço da rede, existe uma mistura, assim, o que é pra ir lá pro psiquiatra do Sul (regional de saúde), o que é pra vir pro CAPS; qual é o papel do CAPS, é a não internação, mas não tem CAPS III, então, a noite o cara não tem pra onde ir, na verdade, o CAPS ele é um espaço que regula a entrada do usuário sim, num primeiro momento sim, porque todos os que foram para a atenção básica muitos foram daqui, muito mais que a procura de fora daqui, primeiro eles vem pra cá, depois eles vão pra lá, agora o processo até está sendo inverso, já estão procurando a atenção básica porque eles já estão conhecendo, mas antes era daqui pra atenção básica, e é o único espaço, programa que acolhe o usuário psicótico, com transtornos mentais graves, porque a rede básica, ela não atende, se o cara tem um surto psicótico, está com qualquer surto, que está mal, ou ele tem um embotamento, ele não fala, está na família há anos, está lá segregado, está lá no quatinho dos fundos, não é caso de atenção básica é caso CAPS, então, ele é o único serviço de Florianópolis que se propõem a atender o usuário, o portador de sofrimento psíquico fora de hospital (LÉLI, 4/4/2006).

Ele é o primeiro serviço de saúde mental do município, primeiro serviço estruturado, credenciado no Ministério da Saúde, eu penso que ele tem um papel importante, ele serve como uma referência de atendimento em saúde mental a usuários portadores de transtornos mentais; dentro da rede, hoje, a gente tem as referências regionais de atenção em saúde mental na atenção básica, nas ULS, que são as unidades locais de saúde, então o CAPS serve como referência de atendimento a usuários com transtornos mentais graves do município de Florianópolis, é pra isso, essa é a função (VIK, 24/3/2006).

Pelas falas dos profissionais evidencia-se que Florianópolis não tem uma política municipal de saúde mental estruturada. A rede de serviços está em processo de formação e implementação. As ações ainda são muito isoladas e fragmentadas, sem uma direção comum. É notório que um único CAPS para atender a totalidade da demanda adulta do município é insuficiente. As possibilidades de atuação do serviço na prevenção e promoção da saúde mental, na capacitação e supervisão das equipes de atenção básica ficam, assim, prejudicadas e/ou inviabilizadas.

No processo de operacionalização da Reforma Psiquiátrica, conforme as orientações da Política Nacional de Saúde Mental e as propostas aprovadas na III CNSM, é necessário que os gestores estaduais e municipais estabeleçam mecanismos efetivos para o controle das internações psiquiátricas. De acordo com a Portaria GM/MS n ° 336/02, os CAPS devem possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou modulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local (BRASIL, 2002a). Com base nisto, perguntamos aos entrevistados se o CAPS tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Eles referiram que não, contudo, divergiram sobre como o serviço fica sabendo quando ocorre internação de seus usuários.

Não tem. A gente fica sabendo quando a família comunica ou quando é usuário de atenção intensiva, ou ele fez uma crise ou ele desapareceu do serviço, aí pela falta mesmo, pela ausência que ele provoca a gente vai atrás e fica sabendo que ele foi internado, mas a gente não tem instrumentos de controle sobre isso; a gente faz, no momento da internação, a gente procura manter pelo menos uma visita da equipe da Regional pra não perder o vínculo etc., mas nada formalizado, assim, no momento que aparece, que a gente fica sabendo; geralmente, a gente sabe, hoje é relativamente fácil, não acontece daquilo... fulano desapareceu e de repente aparece ele dois meses depois aqui novamente..., sai da internação ontem e tal, isso não acontece mais, geralmente a gente consegue ficar sabendo (F, 12/4/2006).

Não. Na realidade a família leva pra internar e pronto, as vezes comunica, as vezes a gente fica sabendo quando a gente vai fazer uma visita lá, muitas vezes a gente nem sabe que o paciente ficou internado, a não ser quando a gente liga, e aí o que está acontecendo, não está vindo, mas ele foi internado; então, não há esse controle e também quando é internado lá, dificilmente, alguém entra em contato, nunca vi, entra em contato olha fulano de tal está internado aqui com a gente, não tem essa comunicação (J, 22/3/2006).

Em relação ao controle das internações psiquiátricas, oficial e formal, nós não temos; estou falando enquanto profissional que atende uma determinada regional de saúde, isso nós não temos; o que poderia ser feito: um maior estreitamento com o “manicômio”, com o IPQ ou o São José (hospitais psiquiátricos), que quando internasse pessoas lá teria esse contato aqui, pra gente já ir conversando, já acompanhando juntamente com a equipe do hospital psiquiátrico essa pessoa, porque final de semana ou depois das 18 horas o serviço não atende, as vezes as pessoas entram em crise e a gente não tem como acompanhar isso, não tem como saber; o acompanhamento que tem é, as vezes, os familiares nos avisam que a pessoa está internada, quando a gente acompanha essa pessoa e fica sabendo que ela acabou internando; então, não tem uma política mais estreita de acompanhamento de internação psiquiátrica, isso não tem. (GIRASSOL, 20/3/2006).

Da área de abrangência seria toda a cidade, isso não, mas dos usuários aqui sim, atendidos aqui sim; [...] geralmente, assim, quando o usuário está iniciando um surto a gente tenta fazer o atendimento pra prevenir a internação, pra evitar de fato a internação psiquiátrica, só que nós estamos aqui até as 6 horas da tarde e não estamos final de semana, então, a gente não está nem a noite nem final de semana, e aí acontece de a família internar, isso acontece pouco, muito pouco, e quando acontece a gente faz o atendimento no próprio hospital, a gente vai até lá faz o atendimento, mas é pouco assim, agora da cidade como o todo a gente não tem (VIK, 24/3/2006).

O controle ele tem pelo prontuário, não poderia te dizer que tem um controle do ponto vista de uma escala, ah anualmente quanto a gente tinha e quantos foram internados, [...] o usuário se ele foi internado a gente não soube, se está internado, aí ele aparece aqui depois da internação, um mês ou dois meses, a gente tem escrito no prontuário, esse é digamos o que a gente fica sabendo (LÉLI, 4/4/2006).

Não, eu digo por nós, eu acho que, as vezes, a gente... ah o paciente foi internado, como acontece de a gente saber, e as vezes a gente vai lá fazer uma visita, as vezes tem a questão do carro (o CAPS tem um carro a disposição somente um dia por semana), e a gente fica...; sempre que acontece e tal, as vezes, a gente nem fica sabendo, quando vê o paciente já está de volta, as vezes acontece essa situação; eu fui tentar fazer um pequeno levantamento pra fazer essa avaliação e percebi que a gente não tem registro de quantos dias o paciente ficou internado, se ele ficou internado quantas vezes durante o tempo que está em tratamento aqui, falta um registro melhor e um acompanhamento melhor dos técnicos; (como ficam sabendo da internação) as vezes o paciente volta já depois, as vezes a família liga avisando, [...] o hospital não me lembro se eles ligaram, só se precisar de alguma coisa, em geral, eles não ligam; então,

assim, o paciente saiu aí eles trazem de novo aquele encaminhamento, ou ele vem pra cá porque, normalmente, ele já estava aqui, mas assim, a gente tenta ao máximo que ele não precise ser internado, essa política existe, segurar a crise (P, 17/3/2006).

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que a internação e a reinternação psiquiátrica deverão ocorrer após avaliação da equipe técnica de saúde mental dos serviços substitutivos, devendo ser estabelecidas formas de controle único para a emissão de AIH, assegurando que todas as internações necessárias sejam autorizadas pelo serviço público, preferencialmente de base territorial (BRASIL, 2002a).

Conforme pode ser observado nas falas dos participantes da pesquisa, a insuficiência do CAPS em exercer o controle das internações referente a sua clientela e a demanda no município refere-se ao fato de o serviço não estar territorializado, sendo inviável cumprir com tal exigência no âmbito da totalidade de uma população de aproximadamente quatrocentos mil habitantes, distribuídos numa área geográfica de 436,5 Km². Com a implantação das equipes de saúde mental nas Regionais de Saúde, estas passam a ser as responsáveis pela regulação da porta de entrada no sistema de atendimento. O CAPS II Ponta do Coral passa a ser a referência para onde são encaminhadas pessoas com transtornos mentais graves, egressos de hospitais psiquiátricos, internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). A falta de controle das internações psiquiátricas é uma realidade também de outros centros de atenção psicossocial, conforme verificado por Franco (2005), em seu estudo sobre o CAPS do município vizinho de Palhoça/SC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha deste tema de pesquisa está relacionada à minha trajetória de estudos no Curso de Graduação em Serviço Social e à minha inserção como pesquisadora no Núcleo de Estudos e Pesquisas Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas (NESPP) do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. A esta trajetória soma-se a experiência de Estágio Curricular em Serviço Social, realizada no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis, em 2003, da qual resultou o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Programa Alta Progressiva: uma contribuição para o processo de reabilitação psicossocial no HCTP de Florianópolis”. Com o referido Estágio foi possível vivenciar o contato direto com a realidade de algumas instituições como hospitais psiquiátricos e centros de atenção psicossocial da rede municipal e estadual de serviços de atenção em saúde mental, fato este que estimulou a busca de novos conhecimentos e o desejo de atuação profissional na área. A continuidade dos estudos foi possibilitada por meio da entrada como mestranda no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da mesma universidade. Sendo assim, o trabalho que apresentado nesta dissertação tem estreita relação com meu percurso profissional e meu desejo pessoal.

Conforme destacamos no decorrer do estudo, a reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

A implantação de uma nova política de atenção, com as implicações socioculturais da proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira passa pela necessidade de articulação intersetorial e por ações que contribuam para alterar as representações sociais sobre a loucura e os direitos dos portadores de transtornos mentais. A transformação do modelo assistencial e de um conceito teórico em diretrizes operacionais é um processo complexo e depende de vários fatores para que se mantenha a direcionalidade pretendida pelos diferentes atores sociais, participantes do jogo social.

Especificamente, no caso do CAPS estudado, as dificuldades de concretização dessa nova lógica de atenção em saúde mental perpassam e se inter-relacionam nos diferentes eixos que compuseram a presente pesquisa.

No que se refere a estrutura física, os profissionais indicam que o CAPS conta com espaço e equipamentos adequados às necessidades do serviço. Entre os anos de 2003 a 2004, o CAPS passou por uma reforma em suas instalações, ficando estas, adequadas aos objetivos da unidade. As condições poderiam ser melhores se as oficinas produtivas fossem realizadas em outro local, pois além de favorecer a utilização do espaço hoje ocupado para outras atividades, possibilitaria a inserção dos usuários em outro ambiente, favorecendo-lhes sua sociabilidade.

Em relação aos materiais de consumo, os problemas vão desde a ausência total de objetos e utilidades básicas à manutenção do serviço até o recorrente atraso no repasse dos materiais necessários às oficinas terapêuticas e de produtividade. As oficinas ficam prejudicadas e até mesmo paralisadas por conta das faltas de recursos e dificuldades de gestão adequada do serviço. Esta situação coloca em prejuízo o projeto terapêutico de tratamento dos usuários e a eficácia e efetividade dos propósitos da nova política de atenção em saúde mental.

No campo da gestão do CAPS, apesar da histórica escassez de recursos destinados à saúde, foram evidenciadas situações problemáticas, principalmente no processo de descentralização político-administrativa, que poderiam ser melhoradas a partir dos recursos existentes. De acordo com os resultados da pesquisa, 50% do grupo de técnicos afirmam que existe planejamento e avaliação das ações. Alguns deles observam estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação, objetiva e sistemática, dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declaram não existir processo de planejamento e avaliação das ações, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

Sobre este aspecto, cabe destacar que as técnicas disponíveis na área de planejamento e avaliação de serviços de saúde têm mostrado bons resultados quando aliadas à vontade política de mudar a situação. Apesar dos dados demonstrarem uma divisão entre os técnicos no que se refere a afirmação sobre a existência de planejamento e avaliação, destacamos que as poucas ações que acontecem giram em torno das atividades que são e aquelas que poderão ser realizadas, e na discussão sobre as dificuldades cotidianas do trabalho na unidade. As avaliações são informais, realizadas na reunião

mensal da equipe técnica e nas reuniões clínicas semanais, sendo notório a ausência de um processo de planejamento estratégico, sistemático e contínuo do projeto terapêutico do CAPS, bem como, de avaliação de indicadores.

Com relação aos recursos financeiros, os resultados da pesquisa apontam para o que já vem sendo denunciado por autores como Amarante (2003; 2005): o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. O pagamento pelo sistema de procedimentos realizados, por meio das APACs, condiciona a existência de recursos à produtividade do serviço. Quando os CAPS não estão articulados com outras políticas sociais necessárias à sobrevivência do usuário e a adesão dele ao projeto de vida que o serviço deve-lhe oferecer, a tendência é fracassar.

Para que a pessoa possa freqüentar o CAPS ela precisa de condições materiais e psicossociais básicas, como moradia, transporte, alimentação, auto-estima, estímulo, desejo, etc.. Quando o usuário não desfruta de tais condições as chances dele se vincular ao projeto terapêutico são menores e, conseqüentemente, sem a participação ativa dos usuários o CAPS não terá produtividade. Ainda, nem todas as ações realizadas no CAPS constam na tabela de procedimentos pagos pelo atual sistema do SUS, dificultando as atividades de ressocialização que envolvem trabalhos na comunidade e na sociedade.

Os profissionais afirmam que os usuários participam do planejamento das atividades do CAPS. Referem que isso acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Neste caso, foi possível perceber que a participação dos usuários em geral diz respeito mais a questões cotidianas do funcionamento do serviço. A associação participa diretamente da comercialização dos produtos confeccionados nas oficinas e na realização de alguns convênios com entidades da área da cultura, lazer, ensino, etc. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada, que abarque as especificidades da área da saúde mental e envolva os usuários, os familiares e os técnicos como sujeitos partícipes do processo de gestão do serviço.

No eixo recursos humanos e projeto terapêutico existem contradições explícitas e implícitas que perpassam o discurso e as práticas dos técnicos que prestam assistência aos usuários do serviço. Eles reconhecem e destacam a relevância do trabalho em equipe, argumentam que este traz a possibilidade de trocas entre as várias áreas do conhecimento e a conseqüente oferta de um atendimento multidimensional. Contudo, relatam dificuldades

na realização deste trabalho, devido a uma suposta diferença de formação profissional e de concepção, com relação ao que sejam os objetivos do CAPS e da Reforma Psiquiátrica. Indicam existir interdisciplinaridade no atendimento ao usuário, no entanto, percebeu-se que a concepção de interdisciplinaridade aparece muito mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade, estando ainda distante dos ideais da intertransdisciplinaridade.

Sendo assim, cabe destacar que sem a devida clareza e consciência do que exatamente deve mudar corre-se o risco de que, fundamentalmente, se modifiquem os espaços de realização do tratamento, transferindo-se e conservando-se as práticas de exclusão e discriminação. É preciso se ter em conta que toda dimensão técnica tem também uma dimensão política. Dessa forma, faz-se necessário questionar-se sobre o que se pretende com o “fazer” nos novos serviços de atenção à saúde mental e que valores estão presentes nas ações executadas. O usuário precisa ser percebido como sujeito do processo saúde-enfermidade, e não como objeto e instrumento do exercício das relações de poder disciplinar.

Com relação ao eixo participação do usuário e da família no tratamento, os participantes da pesquisa identificam dificuldades em realizar o atendimento familiar no CAPS. Os profissionais relacionam como justificativas, a falta de técnicos qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades da equipe. Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que seja o transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, também foram relatados pelos entrevistados. Entre os obstáculos para a (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e o estigma da loucura ainda presentes no imaginário social das pessoas.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacam o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário. Neste aspecto queremos destacar a necessidade de se reconhecer, no processo de implantação da Reforma e da política de saúde mental, um projeto ético-político social, capaz de reavaliar, substancialmente, o conceito tradicional de

“doença/saúde mental” e, conseqüentemente, a forma de como lidar as diferenças em sociedade.

No eixo (re)inserção social procuramos identificar se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas à desinstitucionalização e à reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referem que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras. A maioria deles afirma que não existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer.

Tais dados nos remetem ao questionamento sobre como a Reforma Psiquiátrica, em sua aplicação prática, apresenta certa inércia política. Existe uma lacuna entre o referencial teórico do novo modelo de atenção e as práticas que se efetivam no cotidiano dos serviços. Com isso, queremos chamar a atenção para a necessidade urgente de se construírem ações de atenção que favoreçam o conhecimento de si, reforcem a autonomia, o cuidado de si e a emancipação do sofredor psíquico.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referem que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental. A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos profissionais como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista político-jurídica dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico. Na visão dos participantes da pesquisa, o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica relaciona-se a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos pressupostos da própria Reforma. Não obstante, destacamos aqui a necessidade de se refletir sobre o descompasso entre a vitória no campo jurídico, o novo discurso da Reforma Psiquiátrica e um fazer prático que parecem ainda negar a emancipação do portador de transtorno mental.

No eixo integração do CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município, os dados coletados na pesquisa indicam que a relação existente é pouca, funciona de maneira precária e confusa, e que ainda está num processo preliminar. A articulação com as equipes de PSF e PACS também é insuficiente, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda. A unidade não realiza nenhum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. Apenas dois profissionais referiram estar pensando neste tipo de trabalho.

Foram apontadas como justificativas para esta situação o fato do CAPS não estar territorializado, de ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta de todo o município, e a ausência de um planejamento e estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhadas pessoas com transtorno mental grave. E, segundo os entrevistados, não tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Neste aspecto, vê-se a urgência na redefinição da abordagem em saúde mental, fazendo-se necessário a construção de estratégias de atenção integral, dentro dos princípios do SUS, que envolvam o portador de transtorno mental como cidadão, a família, o Estado e a sociedade.

De acordo com os profissionais existem diferenças no atendimento prestado no e pelo CAPS em relação aos hospitais psiquiátricos. Eles se referem às diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência do discurso médico psiquiátrico do hospital, e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e as necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial, em contraposição ao tratamento igual para todos das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Por fim, os dados coletados na presente pesquisa indicam que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes, prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a relação eficácia/efetividade dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Concluimos, com este estudo, que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é ainda um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológica, técnico-assistencial, político-jurídico e sócio-cultural.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____, P. (coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995a.

_____, P.. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. vol.11, no.3, jul./set. 1995b, p.491-494. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 14/09/2005.

_____, P. A (clínica) e a Reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. pp. 45-65.

_____, P. **A epistemologia e a Clínica da Reforma**. Conferência proferida no IV Encontro Catarinense de Saúde Mental. Florianópolis, 30 de junho a 2 de julho de 2005. (anotações manuscritas).

BASAGLIA F. (coord.) **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 3ª ed. Tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002a, 213 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em Saúde Mental 1990-2002**. 3ª ed. revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAPS II PONTA DO CORAL. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. **Projeto Terapêutico**. Florianópolis, 2004.

CORREIA, M. V.C..Que controle social na política de Assistência Social? **Revista Serviço Social & Sociedade**. N. 72. São Paulo: Cortez, nov. 2002, pp. 119-144.

COSTA, R. C. R. da.. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia e Política** Nº 18: 49-71 JUN. 2002

COSTA –ROSA, A. da; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. p. 13-44.

COSTA-ROSA, A. da.. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asialr. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. p. 141-168.

CHIZZOTTI, A.. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R.. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

DESVIAT, M.. **A Reforma Psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental**. In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

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

FLEURY, S.. **Espaço, território e cidadania: a cidade dos cidadãos**. Trabalho apresentado no VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra (16,17,18 de setembro), 2004. Disponível em: <www.ces.uc.pt/LAB2004>. Acessado em 20 de fevereiro de 2006.

_____, S.. (org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989.

FREIRE, F. H. M. de A.; UGÁ, M.A.D.; AMARANTE, P. Os centros de atenção psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

FRANCO, S. de O.. **Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de caso**. 2005. 110f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Florianópolis, 2005. 110f.

FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial**. Percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004.

GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E.. **A pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, R.. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M.. **Microfísica do poder**. Trad. de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graaal, 1979.

MINAYO, M. C. de S.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC; ABRASCO, 1994.

MIOTO, R.C.T.. Família e saúde mental: contribuições para reflexão sobre os processos familiares. **Revista Katalysis**. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico. Departamento de Serviço Social. N.2 Florianópolis: Editora da UFSC, 1998.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental: em busca da articulação e qualificação das ações em saúde**. Monografia

(Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Latu Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

OLIVEIRA, W. F.; DORNELES, P.. Patrimônio e ambiente da loucura: a formação do profissional de saúde mental e o dialogo com a vida da cidade. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

PITTTA A.. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje. In: PITTA. A.(org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral**: desvelando sua significação. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

_____. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

ROSA, L.C.dos S.. Os saberes construídos sobre a família na área da saúde mental. **Revista Serviço Social & Sociedade**. N° 71. Ano XXIII. São Paulo: Cortez, set de 2002, pp. 138-164.

_____. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, F., et. al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SANTOS, W.G.. **Cidadania e Justiça**. Rio de Janeiro: Editora Campos, 1979.

SARACENO, B.. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SOUZA, W. da S.. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. jul./ago. 2001, vol.17, no.4

p.933-939. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 19/10/2005.

SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Teses em Enfermagem, 42).

STUANI, D.. **Projeto de Estágio**. (Projeto de Estágio Curricular apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina). Florianópolis, 2005. texto digit.

TENÓRIO, F. G. (org.). **Gestão de ONGs**: principais funções gerenciais. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

TORRE, E.H. G; AMARANTE, P.. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. [online]. 2001, vol.6, no.1 [citado 05 Dezembro 2005], p.73-85. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br> >. ISSN 1413-8123.

TRIVIÑOS, A.N. S.. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. (org.). **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000a.

_____, E. M. Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000b. p. 169-194.

VIEIRA, L. **Cidadania e globalização**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Formulário a ser aplicado a todos os profissionais da equipe do CAPS.

Identificação

Nome:

Apelido:

Formação:

Ano:

Capacitação específica na área: Sim Não

Nível: residência especialização mestrado doutorado

Tempo de serviço na instituição:

Tipo de vínculo empregatício: Servidor público concursado contrato temporário

Outro. Especifique _____

Regime de trabalho: _____ (horas semanais)

Tempo de atuação na área:

Experiência de atuação profissional em outra instituição: Sim Não

Qual:

Tempo:

Principais perguntas

- 1) A área física do Caps é suficiente para o atendimento da demanda? Sim Não
- 2) As instalações são adequadas para a realização das atividades propostas? Sim Não
- 3) Os equipamentos disponíveis são suficientes? Sim Não
- 4) Estão em bom estado de utilização? Sim Não
- 5) Os materiais disponíveis são suficientes? Sim Não
- 6) Existem dificuldades na realização das atividades do Caps Sim Não. Em caso de resposta afirmativa, especifique as cinco principais? _____

- 7) O trabalho é realizado em equipe? () Sim () Não.
- 8) Existe algum tipo de supervisão de equipe ou outro recurso para acompanhar e discutir as questões do trabalho em equipe? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual?
-

9) Participa ou já participou de capacitação específica para atuar no Caps? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual? _____

10) Durante o tempo em que está trabalhando na instituição houve algum treinamento ou capacitação? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quando? _____(ano). De quantas horas? _____. Organizado por quem? _____

11) Na sua opinião, existe interdisciplinaridade no trabalho no Caps? () Sim () Não

12) Você conhece a política de saúde mental? () Sim () Não.

13) No Caps, existe disponibilidade de material didático e documentos sobre a política de saúde mental? () Sim () Não.

14) Existe planejamento e avaliação das ações do Caps? () Sim () Não

15) Existe projeto terapêutico de trabalho da instituição? () Sim () Não. Em caso afirmativo, foi planejado em equipe? () Sim () Não.

16) O serviço adota projeto terapêutico individualizado? () Sim () Não.

17) O usuário participa do planejamento do seu tratamento? () Sim () Não.

18) Existe atendimento familiar? () Sim () Não.

19) Existem ações intersetoriais do Caps e outras instituições que envolvam: educação, trabalho, esporte, cultura e lazer? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quais?

20) Existe relação do Caps com a rede básica de saúde municipal? () Sim () Não.

Que tipo? _____

21) O Caps realiza algum trabalho de educação permanente (capacitação e supervisão) sobre saúde mental em cooperação com as equipes de atenção básica? () Sim () Não.

Que tipo? _____

Outras observações:

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Entrevista a ser realizada com os profissionais da equipe do CAPS, segundo o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de nível superior entre as existentes na unidade. Em caso de mais de um profissional na área será realizado sorteio.

Identificação

Nome:

Apelido:

Temas e principais perguntas

1 Estrutura e recursos financeiros

- 1) Qual conhecimento possui sobre o repasse dos recursos financeiros para o Caps?
- 2) Conhece a forma de financiamento do serviço? O que você acha?
- 3) Como são administrados os recursos repassados? Existe planejamento?
- 4) Na sua opinião, a descentralização administrativa dos recursos possibilita o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do Caps? Quais as vantagens e desvantagens identifica?
- 5) Na sua opinião, os recursos repassados (gerados pelo serviço) são suficientes para realizar as atividades do Caps? Em caso de resposta negativa, quais atividades ficam prejudicadas e/ou poderiam ser realizadas se houvessem recursos?
- 6) Existem dificuldades no funcionamento do Caps com relação a falta de recursos financeiros? Quais identifica?

2 Recursos humanos e projeto terapêutico

- 1) Quais dificuldades identifica no trabalho em equipe no Caps?
- 2) Na sua opinião, quais vantagens o trabalho em equipe possibilita?
- 3) Considera importante a capacitação específica em saúde mental para atuar no Caps? Fale sobre.

- 4) Na sua opinião, qual a importância da interdisciplinaridade no atendimento ao usuário de saúde mental?
- 5) Considera importante conhecer sobre a política de saúde mental, seus princípios, sua estrutura e organização para o trabalho do Caps?
- 6) Como acontece o planejamento e a avaliação das ações do Caps?
- 7) Na sua opinião, em relação ao atendimento nas instituições tradicionais/asilares (hospitais psiquiátricos), como é o atendimento ao usuário no Caps?

3 Participação do usuário e da família no tratamento

- 1) Como é pensado o projeto terapêutico de tratamento do usuário?
- 2) Como o usuário participa do planejamento do seu tratamento?
- 3) Quais as formas criadas para oportunizar a participação do usuário no planejamento do seu tratamento?
- 4) A família participa do tratamento? Em caso de resposta afirmativa, de que forma? Em caso de resposta negativa, por quê?
- 5) Quais as formas criadas para oportunizar a participação da família no tratamento?
- 6) Quais dificuldades identifica com relação a realização do atendimento familiar?
- 7) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção familiar do portador de transtornos mentais?
- 8) Qual o papel dos usuários (ou da associação de usuários e familiares) no planejamento das ações do Caps?
- 9) Na sua opinião, qual a importância das associações de usuários e familiares para o tratamento do portador de transtornos mentais e para os serviços de saúde mental?

4 Inserção social

- 1) Na sua opinião, as práticas assistenciais realizadas no Caps encaminham-se na direção da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial?
- 2) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção social do portador de transtornos mentais?
- 3) Quais avanços e conquistas identifica com relação a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais?
- 4) Na sua opinião, o atendimento no Caps possibilita ao usuário a construção da sua autonomia? Como?

- 5) Na sua opinião, a organização atual dos serviços de saúde mental (da política de saúde mental) favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais? Qual a importância do caps nesse contexto?

5 Integração com a rede municipal de assistência em saúde

- 1) Qual a relação do Caps com a(s) equipe(s) de Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência?
- 2) O Caps tem controle das internações psiquiátricas no seu território? Em caso afirmativo, como ocorre este controle?
- 3) Na sua opinião, qual o lugar que o Caps ocupa na rede de atenção em saúde? Constitui-se no serviço que regula a porta de entrada para o atendimento em saúde mental?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este instrumento tem a intenção de obter o seu consentimento por escrito para participar do estudo “A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis”, durante o período de 01 a 31 de março de 2006, com o intuito de contribuir para o levantamento de dados para a elaboração do referido trabalho.

O estudo tem como objetivo geral analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Ao propormos a presente pesquisa esperamos contribuir com a produção de conhecimentos e saberes sobre as novas práticas de atenção e cuidado ao portador de transtornos mentais.

Os relatos obtidos serão confidenciais e, portanto, não será utilizado o nome dos participantes em nenhum momento, garantindo sempre o sigilo da pesquisa e os preceitos éticos da profissão. Os depoimentos serão referenciados pelo apelido a ser escolhido pelo próprio entrevistado

Certa de sua colaboração, agradeço sua disponibilidade em participar do estudo.

Eu _____,
consinto em participar desta pesquisa, desde que respeitadas as respectivas proposições contidas neste termo.

Florianópolis, março de 2006.

Assinatura do entrevistado.

ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

FERNANDA SCALZAVARA

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Serviço Social** - Área de concentração: Serviço Social, Direitos Humanos e Questão Social.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ivete Simionatto.

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de **Mestre em Serviço Social**, e aprovada na sua forma final, em 31/7/2006, atendendo as normas vigentes no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e na Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof^a Dr^a Catarina Maria Schmickler
Coordenadora do PPGSS/UFSC

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Ivete Simionatto, Dr^a.
Departamento de Serviço Social/UFSC
Presidente

Prof^o Walter Ferreira de Oliveira, Ph.D.
Departamento de Saúde Pública/UFSC
Membro

Prof^o Jonas Salomão Spricigo, Dr.
Departamento de Enfermagem/UFSC
Membro

Prof^o Mário Teixeira, Dr.
Departamento de Clínica Médica/UFSC
Membro Suplente

*Aos profissionais e aos usuários do CAPS
Ponta do Coral de Florianópolis.*

AGRADECIMENTOS

Desejo expressar meus sinceros agradecimentos aos profissionais do CAPS Ponta do Coral, pela receptividade, atenção, acolhimento e colaboração na fase mais importante desta pesquisa, assim como pela consideração ao meu trabalho profissional. Também, aos usuários desta unidade de serviço, pela forma carinhosa e acolhedora com que sempre me receberam.

À professora Ivete Simionatto por ter aceitado a orientação do trabalho; agradeço a oportunidade de poder ter desenvolvido a pesquisa de meu interesse e desejo profissional.

Aos professores Jonas Spricigo e Mário Teixeira pela atenção, disponibilidade e colaboração, essenciais na definição e elaboração do projeto de dissertação. Igualmente, ao professor Walter Ferreira de Oliveira pelas considerações e contribuições no exame de qualificação.

À sempre Mestre, amiga e professora Iliane Kohler, pela relação de ensino-aprendizado humana, saudável, mantida no decorrer de toda a minha vida acadêmica; pelas ajudas concretas nos momentos de dificuldades, pelos conselhos, orientações e *encaminhamentos* necessários nos instantes, nas horas, nas fases de incerteza, insegurança, angústia, desespero.

Aos profissionais Mara Regina de Oliveira e Antônio Heinzen Filho, pelo suporte terapêutico necessário nos últimos anos da minha vida; especialmente por terem me ajudado a transformar as dificuldades, os obstáculos, as conquistas cotidianas no *Mestrado da Vida*.

Às profissionais e amigas Maria Sirene Cordioli e Maria Inês Bernardino, pela relação profissional responsável, ética, competente, que me impulsionou para os estudos na área da saúde mental; pela amizade acolhedora, carinhosa, fraterna, pelas comemorações e pelos momentos de descontração.

Aos meus pais e à minha família, base dos meus valores ético-morais.

Às minhas amigas e aos meus amigos, que de perto ou de longe, acompanham minha trajetória, acreditam e torcem por mim.

Formalmente, agradeço as instituições públicas CAPES e UFSC, através dos programas PROF e PGSS, pelo financiamento da bolsa que permitiu a dedicação profissional integral para a realização deste trabalho.

RESUMO

O presente trabalho tem como objeto de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. Constitui-se como objetivo geral da presente pesquisa analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Os procedimentos metodológicos da pesquisa constaram de: pesquisa empírica na coleta das informações, através de entrevistas semi-estruturadas, gravadas, realizadas com um profissional de cada área de formação de nível superior, dentre as existentes no CAPS, e aplicação de formulário, com questões fechadas, a todos os profissionais que compõem a equipe. As informações coletadas foram sistematizadas e organizadas em itens correspondentes aos eixos que nortearam a coleta dos dados, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde. A análise final foi realizada com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os resultados obtidos nos permitem concluir que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a efetividade e eficácia dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial. De maneira geral, podemos afirmar que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológico, técnico assistencial, político-jurídico, social cultural.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, política de saúde mental, serviços substitutivos.

ABSTRACT

The objective of present work is to study the operationalization of the Psychiatric Reformation in the city of Florianopolis, Brazil, based on one specific institutional model - the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral. The general objective of the present research is to analyze the institutional reality at the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral, Florianopolis, related to the operational process of mental health politics, based on the requirements of the Brazilian Psychiatric Reformation. The research methodological procedures have consisted of: empirical research and data collection, through semi-structured interviews, recorded, realized under the presence and supervision of a professional of each field, plus de existing data from the CAPS, and filled application, with closed questions, to all the professionals who compose the team. The data colleted was systematized and organized in items and events that are surrounded the data collection, which are: financial structure and resources, human resources and therapeutic project, participation of the user and the family in the treatment, social insertion, and integration of the service with the municipal network of assistance in health. The final analysis was based on theoretical production on mental health and the Psychiatric Reformation. The results allowed us to conclude that in scope of management of CAPS, the limited number of studies and the difficulties to transfer and administer them harmed the functioning of the service. The contributing factors were lack of strategic planning and systematic evaluation of actions. The difficulties associated with teamwork compromised the effectiveness and efficacy of the objectives. The absence of a municipal network dedicated to structure and articulate mental health appears as an obstacle to the practice of desinstitutionalization and psychosocial rehabilitation. In general, we can affirm that the changes in the assistance model, directed for Psychiatric Reformation is one of the challenges to the concretization to mental health politics in a new interaction between society and people with psychological illnesses. The operationalizational political difficulties of mental health go through different fronts of performance which constitute the complexity of social processes associated with Reformation in its different dimensions. These dimensions are: theoretic-epistemological, technical assistance, politic-legal and socio-cultural.

Keywords: Psychiatric Reformation, mental health politics, substitute services.

LISTA DE SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
APAC - Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CPASM - Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental
CMS – Conselho Municipal de Saúde
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FNS – Fundo Nacional de Saúde
INAMPS – Instituto Nacional de Aposentadorias e Pensões
IPQ – Instituto de Psiquiatria Catarinense
MS – Ministério da Saúde
MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS – Organização Mundial para a Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF - Programa de Saúde da Família
RP – Reforma Psiquiátrica
SIH - Sistema de Informação Hospitalar
SAI – Sistema de Informação Ambulatorial
SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
SUS – Sistema Único de Saúde
TR – Terapeuta de Referência
ULS – Unidade Local de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Procedimentos metodológicos	18
2 REFORMA PSIQUIÁTRICA	222
2.1 O Modo Psicossocial	26
2.1.2 Atenção Psicossocial.....	28
2.2 Desinstitucionalização	30
2.3 Reabilitação psicossocial	32
3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA	344
3.1 Estrutura e recursos financeiros	344
3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico	45
3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental	46
3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário	51
3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações.....	59
3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento.....	65
3.3 Participação do usuário e da família no tratamento	69
3.3.1 Planejamento terapêutico individual.....	70
3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral.....	72
3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares	81
3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia.....	88
3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental.....	96
3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica	106
3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde...	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
REFERÊNCIAS.....	125
APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS.....	130
ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica.....	136

1 INTRODUÇÃO

O processo de mobilização, organização e luta pela Reforma Psiquiátrica brasileira origina-se no contexto dos movimentos sociais, no período de redemocratização do país (décadas de 1970/1980), e tem como base os pressupostos da Reforma Sanitária brasileira e da Psiquiatria Democrática italiana. Tal movimento esteve direcionado no sentido da crítica e desconstrução gradativa da assistência existente, embasada no saber psiquiátrico, que justificava as práticas decorrentes do modelo asilar e, ao mesmo tempo, buscava a construção de propostas de superação deste modelo.

Os anos de luta pela transformação do modelo assistencial tradicional (asilar), centrado na internação hospitalar, culminaram com a criação e regulamentação de leis e portarias relativas à implantação de uma rede de serviços substitutivos a este. A partir da década de 1990 um conjunto de leis, portarias, decretos, resoluções define novas exigências em relação à assistência psiquiátrica prestada aos portadores de transtorno mental¹, incluindo a adequação das condições físicas das instituições de atendimento, a existência de projeto terapêutico, equipe multidisciplinar e outros dispositivos que garantam maior qualidade assistencial.

A Reforma Psiquiátrica é um processo em construção, que envolve tanto a sociedade civil, através dos diferentes os movimentos sociais, os profissionais, os usuários, bem como os órgãos gestores das políticas públicas. Estes são os responsáveis pela operacionalização das ações com relação a mudança de paradigma e prática em saúde mental. Nessa trajetória, aos profissionais cabe exercer o papel de sujeitos e críticos do processo de implantação da Reforma Psiquiátrica; aos gestores da política de saúde compete a decisão política com vistas a assegurar as condições técnicas para a implementação e operacionalização dos serviços de atenção; aos movimentos sociais fica a luta política pela construção social de um outro sentido para lidar com a "loucura" e com o "louco", a partir de uma transformação na relação sociedade/loucura.

¹ Cabe destacar que a expressão “portador de transtorno mental” é adotada neste estudo por acreditar-se que a palavra portador traz em si um caráter mutante. Ou seja, secundariza o transtorno mental e resgata o sujeito envolvido na condição de enfermo, como um ser dinâmico. Por sua vez, o termo transtorno mental traz um caráter psicossociológico, dinâmico, mutável, diferente do termo doença mental, muito embora não seja menos controvertido do que este último (ROSA, 2003, pp. 37-38). E, também, por ser “portador de transtorno mental” a expressão utilizada na linguagem técnica constante na política de saúde mental do Ministério da Saúde.

No curso das transformações operadas na e pela Reforma Psiquiátrica destacamos como marco significativo recente a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM)². Em seu documento conclusivo reafirma-se que as políticas de saúde mental devem respeitar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das leis Federal e estaduais, priorizando a construção da rede de atenção integral em saúde mental. Tais políticas devem ter como pressupostos básicos a inclusão social e a reabilitação psicossocial, estar integradas com outras políticas sociais, como educação, trabalho, lazer, cultura, esporte e habilitação profissional, visando garantir o exercício pleno da cidadania (BRASIL, 2002a).

O mesmo documento ressalta que a reorientação do modelo assistencial deve estar direcionada para concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e de promoção da saúde. Nesse sentido, é fundamental que as novas modalidades assistenciais desenvolvam práticas pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a auto-estima, a autonomia e a cidadania, buscando superar a relação de tutela e reprodução da institucionalização e/ou cronificação (BRASIL, 2002a).

A mudança do modelo assistencial é um dos desafios da Reforma Psiquiátrica. Busca-se, no âmbito da gestão pública, a construção de um novo pacto para transferir os recursos aplicados no modelo hospitalar para uma assistência comunitária. Entretanto, a mudança da lógica de atenção em saúde mental requer, também, uma mudança de paradigma. No bojo dos novos dispositivos de cuidado necessariamente deve estar uma nova ética do cuidar, baseada na premissa básica da autonomia possível e dos direitos humanos dos portadores de sofrimento psíquico. Isso significa considerar que as possibilidades de novas práticas terapêuticas devem caminhar ao lado da preocupação com a mudança das representações simbólicas do “louco” na sociedade, e com a produção de outros saberes.

Na atualidade, todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, bem como a literatura da área, referem-se a desconstrução como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade das ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Tal proposição tem como base a

² Realizada em Brasília, de 11 a 15 de dezembro de 2001. A I Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em 1987 e a II em 1992.

incapacidade da psiquiatria em explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (TORRE; AMARANTE, 2001).

O modelo manicomial tem seu fundamento na noção de que a experiência de sofrimento psíquico diversa (delírio, alucinação) é sinônima de erro. Um dos aspectos mais importantes no processo de transformação radical deste é a superação do conceito de doença. Conforme apontam Torre e Amarante (2001, p.73-85), “não se trata, obviamente, de negar a diversidade da experiência do delírio ou da alucinação, mas de não utilizar o conceito de doença (igual a erro) na relação com o sujeito”. Nesta direção, Rotelli (1990) propõe, no lugar do objeto “doença mental”, o objeto “existência-sofrimento” do sujeito em sua relação com o corpo social.

Segundo Costa-Rosa (et. al., 2003, p. 28), “ao se buscar a superação do saber psiquiátrico, sobretudo do paradigma doença-cura, procurou-se romper com práticas identificadas com o modelo clínico, por considerá-las ineficazes, segregadoras”. Busca-se no modo psicossocial estabelecer-se “a construção de uma relação de contrato com o sujeito que substitua a relação de tutela instaurada pela psiquiatria” (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 73-85). Como oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar surge, no contexto da Reforma Psiquiátrica, a atenção psicossocial como paradigma do modo psicossocial.

A origem das práticas de atenção psicossocial, como designação de experiências significativas no contexto da saúde mental, está relacionada às contribuições das diferentes experiências históricas de reforma, que incluem as Comunidades Terapêuticas e a Antipsiquiatria, na Inglaterra, a Psicoterapia Institucional, na França, a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, nos Estados Unidos e a Psiquiatria Democrática, na Itália³. No caso brasileiro somam-se as contribuições das políticas públicas e das experiências locais pioneiras dos centros e núcleos de atenção psicossocial, em Santos, São Paulo.

O modelo psicossocial vem ganhando elementos tanto em termos teórico e técnico quanto ideológicos e éticos, aptos a constituírem um novo paradigma para as práticas em saúde mental, capaz de substituir o paradigma psiquiátrico que ainda é dominante. Costa-Rosa (et al., 2003, p.31), observa que de modo geral os elementos teóricos subjacentes a essas experiências passam principalmente pelas idéias sociológicas e psicológicas, pelo materialismo histórico, pela psicanálise e pela filosofia da diferença. Nesse sentido, é importante indicar que o lugar social da saúde mental é um lugar de

³ Estudos sobre estas experiências encontram-se em DESVIAT (1999); ROTELLI (2001).

conflito, confronto e contradição. Entender a saúde mental dessa forma implica em reconhecê-la como expressão e resultante de relações e situações sociais concretas. “Por qualquer perspectiva que se olhe, tratar-se-á sempre de um eterno confronto: pulsações de vida/pulsações mortíferas; inclusão/exclusão; tolerância/intolerância” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p. 29).

A operacionalização da Reforma Psiquiátrica, através da implantação da rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, territorializados e integrados à rede de saúde, tem sido uma construção lenta e difícil, perpassada por interesses políticos e econômicos. Muitas vezes são privilegiados procedimentos técnico-burocráticos, assistenciais, em prejuízo de um serviço que tenha como foco o tratamento da pessoa humana na sua dimensão integral. Por outras, a Reforma Psiquiátrica é entendida como sinônimo de reestruturação de serviços; introdução ou modernização de novas tecnologias de tratamento e cuidado; promulgação de uma nova legislação. Em geral, os problemas passam pela tendência de tornar a Reforma a implantação de centros de atenção psicossocial, de forma a banalizar o serviço, fazendo com que estes sejam uma extensão do hospital psiquiátrico (AMARANTE, 2005).

Não obstante, a transformação do modelo de atenção tradicional requer a construção de uma rede de atendimento ampla, com serviços diversificados e complementares, substitutivos das práticas asilares. O modelo substitutivo não significa alternativo, paralelo, complementar ou intermediário do sistema tradicional. Trata-se de um serviço forte, que comporta uma estrutura complexa em que o sentido das práticas deve ser alterado do “eixo da clínica” para o “eixo da cidadania”. Isso significa olhar para a pessoa-sujeito e não unicamente para a doença (AMARANTE, 2005).

Pensar a mudança do paradigma teórico-conceitual clássico significa provocar uma transformação na cultura da forma tradicional de ver e lidar com a loucura, buscar a construção de um outro lugar social para a loucura e a doença mental, a partir de uma transformação das relações sociedade-loucura/doença mental.

Nesse processo, os centros de atenção psicossocial (CAPS) constituem-se no “braço” do modelo psicossocial. Tornam-se serviços privilegiados para o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial e dispositivos estratégicos para a mudança da atenção em saúde mental.

De acordo com as normatizações do Ministério da Saúde, são atribuições dos CAPS: organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; prestar atendimento em regime de atenção diária; oferecer cuidado clínico eficiente e personalizado; realizar a

dispensação de medicamentos; acompanhar usuários que moram em residências terapêuticas; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, assessorando o trabalho dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território ou área de abrangência (BRASIL, 2004).

No sentido de favorecer o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, bem como estimular a mudança da lógica de ver e lidar com a “doença” e o “doente mental”, o direcionamento da Política Nacional de Saúde Mental preconiza que os projetos terapêuticos dos CAPS podem ultrapassar a estrutura física da unidade, em busca da rede de suporte social comunitária. O atendimento prestado deve ser através de projeto terapêutico individualizado, construído conjuntamente com o usuário. A preocupação principal não deve ser o estabelecimento de um diagnóstico clínico, mas sim o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2004).

Com base no exposto, a presente dissertação de mestrado tem como recorte de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - O Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. A escolha deste CAPS deve-se ao fato de ser este um serviço público de atendimento diário a portadores de transtornos mentais adultos, único nesta modalidade no município. A população de Florianópolis conta com outros dois centros de atenção psicossocial, um para atendimento de crianças e adolescentes (CAPSi) e outro para atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (CAPSad).

O CAPS Ponta do Coral constitui-se no principal serviço de atendimento extra-hospitalar na realidade local, desempenhando um papel central na assistência a portadores de transtornos mentais graves. A rede municipal de atenção em saúde mental é incipiente, com poucos recursos e o CAPS enfrenta diversas dificuldades na realização de suas atividades, concentrando uma demanda de atendimento superior a sua capacidade.

Destacamos a relevância deste estudo na medida em que está em curso no país uma reforma nos serviços de assistência em saúde mental, em que a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos pelo cuidado comunitário/ambulatorial tem sido a

diretriz básica para a reorganização da política de saúde mental, desde o nível federal aos níveis estadual e municipal.

A reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

O processo de reestruturação dos serviços de saúde mental está baseado na organização de uma rede comunitária de cuidados. Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esportes etc), culturais, religiosos e de lazer são convocados para potencializar as equipes de saúde na tarefa de realizar ações de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004).

Fazem parte desta rede de serviços de saúde mental os centros de atenção psicossocial, os núcleos de atenção psicossocial (NAPS), os serviços residenciais terapêuticos (SRTs), os hospitais gerais, os centros locais de saúde, as equipes de saúde da família e agente comunitários de saúde, entre outros. Particularmente, neste trabalho, nos interessamos por estudar os CAPS por estes assumirem um papel central na organização da rede, constituindo-se em serviços de atenção que “almejam à outra lógica, outra fundamentação teórica-técnica e outra ética, que não mais a do paradigma psiquiátrico” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.19).

Os CAPS foram criados para serem substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos, oferecendo atendimento em saúde mental à população de sua área de abrangência. São atendidas pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, incluindo aquelas que apresentam transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e crianças e adolescentes. As práticas realizadas neste tipo de serviço devem caracterizar-se por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro, na comunidade.

Oficialmente os CAPS foram instituídos pela Portaria GM/MS N°224/1992 e definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam uma população adscrita definida pelo nível local e oferecem atendimento de cuidados intermediários entre

o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (BRASIL, 2002b).

Atualmente, os CAPS são regulamentados pela Portaria GM/MS N° 336/2002 e integram a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta portaria estabelece critérios de porte/complexidade e abrangência populacional aos CAPS, classificando-os nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad⁴. A classificação dos diversos tipos de CAPS difere, basicamente, quanto ao tamanho da população pela qual se responsabilizam e quanto ao regime de funcionamento.

Os profissionais que trabalham nos CAPS integram uma equipe multiprofissional. São técnicos de nível superior e nível médio, de diferentes áreas de formação. Os profissionais de nível superior são médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física entre outros necessários para as atividades oferecidas, de acordo com o projeto terapêutico do CAPS. Os profissionais de nível médio podem ser técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores, artesãos, profissionais de limpeza e cozinha (BRASIL, 2004).

As equipes técnicas possuem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. Cabe aos profissionais a tarefa de organizar-se para realizar o acolhimento dos usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, realizar as atividades de reabilitação psicossocial, equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas.

Ao considerarmos as práticas em saúde mental de um centro de atenção psicossocial nosso objeto de estudo estamos entendemos que é a partir delas que a mudança de paradigma se torna possível, haja vista que a estruturação de uma rede de

⁴ O CAPS I tem capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e deve funcionar das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira; o CAPS II atende municípios com população entre 70.000 e 200.000, deve funcionar das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas; o CAPS III atende municípios com população acima de 200.000 habitantes, funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana. Já os CAPSi e os CAPSad possuem características diferenciadas dos demais. O CAPSi é referência para municípios com população acima de 200.000 habitantes e constitui-se em um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período até 21 horas. Os CAPSad destinam-se a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. É indicado em municípios com população acima de 100.000 habitantes, funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas (BRASIL, 2002b).

novos serviços de saúde mental não constitui por si só uma ruptura com o paradigma das práticas asilares, da segregação e da tutela do portador de transtorno mental. Contudo, sabemos que analisar uma realidade institucional é uma tarefa difícil, principalmente quando nos propomos olhar esta realidade em movimento, permeada de contradições e como fruto de um processo sócio-histórico.

Nesse sentido, elegemos como sujeitos informantes os profissionais que atuam no Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, por entendermos que a eles cabe a tarefa de realizar as atividades institucionais cotidianas. Esses profissionais integram uma equipe multiprofissional e assumem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. A nosso ver, constituem-se atores sociais centrais no processo de implementação e operacionalização da Reforma Psiquiátrica na realidade local.

Com isso queremos destacar que os profissionais de saúde mental exercem um papel relevante para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, seja como partícipes dos movimentos sociais, como gestores da política de saúde mental e/ou como trabalhadores (técnicos) nos serviços de assistência. Particularmente, aos profissionais dos CAPS cabe o compromisso de operacionalizar a mudança da lógica da assistência, na medida que estão atuando em um serviço considerado um dispositivo estratégico da rede de assistência em saúde mental. Esses profissionais estão diretamente ligados aos usuários do serviço e a implementação da política de saúde mental, função que os coloca na linha de frente de um cenário novo que vem passando por formulações e reformulações nos campos “político-jurídico, técnico-assistencial, epistemológico e sociocultural” (AMARANTE, 2003).

Torna-se pertinente ressaltar que o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) teve forte influência nos avanços ocorridos na mudança da assistência psiquiátrica. Constituído inicialmente de técnicos de saúde mental buscava a melhoria da assistência psiquiátrica e denunciava a situação precária dos manicômios. O MTSM posicionou-se em relação à assistência prestada, politizou a questão da Reforma, construiu uma linha de pensamento crítica no campo da saúde mental. Organizados, os trabalhadores criaram fóruns de discussões locais de caráter técnico e político e defenderam as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Posteriormente, o movimento ampliou-se no sentido de ultrapassar sua natureza técnico-científica, organizou sua estrutura administrativa como fórum nacional e passou a ser designado Movimento da Luta Antimanicomial, tornando-se um movimento social que passou a englobar várias entidades como associações de usuários

e familiares⁵, ONGs, entre outras (AMARANTE, 1994, 1995a; SOUZA, 2001; VASCONCELOS, 2000b, 2004).

Assim, nos parece certo que os profissionais de saúde mental são atores sociais influentes na efetivação da Reforma Psiquiátrica. Razões significativas para pesquisar e valorizar suas experiências e opiniões, na medida em que seus relatos podem indicar como vem se realizando no dia-a-dia a Reforma, bem como contribuir para a construção de novas práticas e a produção de novos saberes. E, entendemos como Foucault, que os saberes não são apenas conhecimentos acadêmicos, produções que se autodenominam científicas. Os saberes também estão onde são produzidos, pois sempre criam visões de mundo, produzem histórias e História.

Dessa forma, a presente pesquisa tem a finalidade específica de contribuir para a análise das práticas locais de saúde mental, a partir do estudo da realidade vivenciada no CAPS de Florianópolis e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Lembramos, ainda, que neste ano de 2006 o CAPS Ponta do Coral completa dez anos de atividades, fato que nos leva a destacar a importância de um estudo que identifique as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação deste serviço. No geral, busca-se fornecer subsídios para os avanços nas políticas de saúde mental e contribuir para a produção de conhecimentos sobre a realidade da prática das políticas públicas de saúde mental. Para tanto, elegemos como eixos de estudo e análise cinco pontos, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social e integração com a rede municipal de assistência em saúde.

Constitui-se como objetivo geral do presente estudo a análise da realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Para alcançarmos este definimos como objetivos específicos: 1) caracterizar a estrutura e os recursos financeiros disponibilizados

⁵ Cabe registrar que no campo da saúde mental encontram-se associações de composição variada. Há associações de usuários; associações de familiares; associações de usuários e familiares; associações de usuários, familiares e técnicos; associações de usuários e técnicos; e associações de técnicos e familiares. Em sua maior parte, o processo organizativo das associações é conduzido por elementos de constituição de laços de solidariedade e ajuda mútua. Contudo, existem associações que são favoráveis à agenda de inovações da assistência colocada pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e, outras, que se caracterizam como uma comunidade de veto em relação à mesma agenda (SOUZA, 2001).

e sua adequação às atividades do Caps; 2) conhecer as práticas assistenciais desenvolvidas pelo CAPS com relação ao projeto terapêutico e como se organiza o trabalho da equipe técnica; 3) identificar como ocorrem as práticas institucionais de participação do usuário e da família no tratamento e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica; 4) identificar se existem e quais são as ações institucionais, intersetoriais e/ou outras criadas com relação a inserção social do portador de transtornos mentais; 5) descrever e analisar a relação existente entre o CAPS e a rede municipal de assistência em saúde com relação a operacionalização da política de saúde mental e do SUS; 6) identificar quais as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação do CAPS, pontos positivos e negativos.

1.1 Procedimentos metodológicos

Para operacionalizar os objetivos do nosso estudo foi realizada uma pesquisa de caráter qualitativo, do tipo estudo de caso. Segundo Minayo (1994), a pesquisa qualitativa, nas ciências sociais, responde a questões particulares, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Isso significa considerar que trabalhamos com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que correspondem a pontos mais profundos das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser quantificáveis. E, segundo Chizzotti (2003, p. 104), em geral, a pesquisa qualitativa objetiva provocar o esclarecimento de uma situação para uma tomada de consciência pelos próprios pesquisados dos seus problemas e das condições que os geram, a fim de elaborar meios e estratégias de resolvê-los.

Dentre os tipos de pesquisa qualitativa, o estudo de caso talvez seja um dos mais relevantes. É uma modalidade que propicia retratar uma realidade de forma ampla e profunda, de forma a revelar a multiplicidade de dimensões presentes numa determinada situação e contextualizar o objeto para melhor compreendê-lo (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Nesta forma de estudo, o caso é tomado como unidade significativa do todo porque tanto retrata uma determinada realidade quanto revela a multiplicidade de aspectos globais presentes em uma dada situação (CHIZZOTTI, 2003). A principal função do estudo de caso é a explicação sistemática de fatos que ocorrem no contexto social e geralmente se

relacionam com uma multiplicidade de variáveis. Essa técnica caracteriza-se por ser um estudo intensivo, o qual deve considerar a compreensão geral do assunto investigado (FACHINI, 2001).

O local escolhido para a realização do estudo, o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, é um serviço público, municipal, cadastrado na modalidade CAPS II, situado à rua Rui Barbosa, 713 (fundos), no bairro Agronômica, Florianópolis/SC. CAPS Ponta do Coral funciona das 8h às 18hs e atende uma demanda média diária de 40 usuários. O serviço foi criado em março de 1996 e funciona neste endereço desde o mês de dezembro do mesmo ano⁶.

A principal fonte de informação da presente pesquisa constituiu-se das falas dos profissionais, de formação de nível superior, e, no resultado do formulário aplicado a todos os membros da equipe do CAPS Ponta do Coral. Utilizamos para a coleta de informações a entrevista semi-estruturada, gravada, com questões abertas, e a aplicação de formulário com questões fechadas (Apêndices A e B). As entrevistas foram orientadas por um roteiro com perguntas estruturadas e agrupadas em cinco blocos correspondentes aos eixos de estudo da pesquisa. De acordo com Trivinos (1987), a entrevista semi-estruturada geralmente parte de certos questionamentos básicos, de perguntas fundamentais derivadas da teoria que é adotada para a pesquisa e de informações que o pesquisador possui sobre o tema a ser pesquisado.

Na pesquisa qualitativa, a entrevista é uma das técnicas mais utilizadas na coleta do material empírico. No tipo de estudo escolhido, foi possível perceber que a entrevista constituiu-se na ferramenta capaz de possibilitar a obtenção de dados mais profundos da realidade, os quais só podem ser obtidos com a contribuição dos sujeitos envolvidos.

O trabalho empírico para coleta dos dados e das informações na Instituição foi realizado entre a segunda quinzena do mês de março e a primeira quinzena do mês de abril de 2006 (16/3/2006 a 13/4/2006). A coleta teve início após a apresentação e solicitação de autorização para a realização da pesquisa à coordenação da Instituição. O projeto foi encaminhado à Comissão de Ensino e Pesquisa do CAPS II Ponta do Coral e à Direção de

⁶ A implantação do serviço foi efetivada em 25/3/1996, ficando instalado, provisoriamente, junto ao Centro de Saúde II do Centro de Florianópolis (atual ULS Centro), na Avenida Rio Branco. Em dezembro do mesmo ano foi transferido para o atual endereço, passando a ser chamado NAPS Ponta do Coral. Seu credenciamento no Ministério da Saúde aconteceu ao longo do ano de 1997. Em 2002, a Portaria GM n° 336 regulamentou a denominação dos antigos NAPS para CAPS (STUANI, 2005).

Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis para parecer. Mediante o parecer favorável (Anexo A) das referidas instâncias, foi realizada, em reunião de equipe, a apresentação do projeto aos profissionais do CAPS Ponta do Coral. Concluída esta etapa, foi realizada a entrevista pré-teste. A escolha do profissional observou os critérios constantes da metodologia do projeto. A entrevistada foi uma profissional da área da psicologia (área que tem mais de um profissional no CAPS) que tinha disponibilidade para a realização da entrevista na data escolhida. A partir desta entrevista, foram realizadas pequenas alterações no roteiro, com vistas a agrupar algumas perguntas, no sentido de diminuir o tempo necessário à efetivação da mesma. A referida entrevista teve a duração aproximada de uma hora e vinte minutos, acrescida de mais quinze minutos para a aplicação do formulário, totalizando uma hora e trinta e cinco minutos.

No total, foram realizadas seis entrevistas e aplicados doze formulários, de acordo com a metodologia estabelecida, a qual privilegiou, para a entrevista, o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de ensino superior, dentre as existentes no CAPS Ponta do Coral, quais sejam: psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Os formulários foram aplicados a todos os profissionais de formação de nível superior e de formação de nível médio. Foi necessário realizar sorteio do profissional a ser entrevistado apenas com relação a área da psicologia, por esta ter quatro profissionais atuando na equipe do CAPS. Como utilizamos um deles para a realização do pré-teste, participaram do sorteio apenas os outros três. O sorteio foi realizado na presença de outras duas profissionais da equipe.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos profissionais. A aplicação dos formulários foi simultânea e obedeceu ao mesmo critério. No caso de três dos profissionais entrevistados não foi possível realizar a aplicação do formulário no momento da entrevista, a pedido dos mesmos, devido a limitações de tempo. As entrevistas foram gravadas em fitas cassete, com a autorização prévia dos entrevistados, e, posteriormente, as falas foram transcritas.

As informações e os dados coletados foram sistematizados e classificados, de acordo com os eixos de pesquisa, e posteriormente analisados com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os dados originados dos formulários foram analisados e tratados descritivamente, ou seja, reduzidos a termos descritivos. Para efeito de padronização e de comparação foi adotado o método da porcentagem.

A análise final, que, segundo Minayo (1994), corresponde a um movimento contínuo entre o empírico e o teórico e vice-versa para fazer do caos aparente das

informações revelações da sua especificidade, foi construída pela síntese das informações coletadas em cada eixo de estudo, previamente definidos.

As questões éticas foram consideradas em todas as etapas do estudo, especialmente, na relação com os entrevistados, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) e dentro do que determina a Resolução N° 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde e o Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina. Os profissionais foram informados e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa quando da apresentação do projeto em reunião de equipe e individualmente antes da realização da entrevista. Foi preservado o anonimato dos entrevistado ao se utilizar codinomes para referenciar as falas no trabalho, destacando-se que os mesmos escolheram livremente seu próprio apelido quando da realização da entrevista. Apenas uma das entrevistadas optou por deixar a cargo da pesquisadora a escolha do codinome.

O trabalho que ora apresentamos está organizado de forma a contemplar, neste primeiro capítulo, a introdução do tema e a metodologia utilizada na pesquisa; no segundo capítulo descrevemos, sistematizadamente, o norte teórico utilizado como referência para a análise dos dados e das informações coletadas; no terceiro capítulo trazemos os resultados e as análises da pesquisa. Ao final, resgatamos os principais tópicos relacionados aos eixos de estudo e expomos nossas considerações finais sobre o tema.

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA

Procuramos expor neste capítulo uma síntese das análises de alguns autores que têm contribuído para o avanço nas discussões sobre a Reforma Psiquiátrica, bem como a definição do que vem a ser este outro modelo de atenção em saúde mental – o Modo Psicossocial, tanto em seus aspectos prático-assistenciais quanto em suas exigências éticas e teóricas, no sentido de construirmos o norte teórico orientador das análises da presente pesquisa.

Todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, na atualidade, bem como a literatura da área estabelecem a categoria teórico-prática “desconstrução” como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade nas ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Reiteram, também, a incapacidade da psiquiatria de explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (BASAGLIA, 1985; ROTELLI, 1990). Neste sentido, a proposta da Reforma Psiquiátrica objetiva criar experiências alternativas ao hospital psiquiátrico e ao modelo de suas práticas, através da extinção desse tipo de instituição e sua substituição por recursos que sejam capazes de rever tanto as concepções do “objeto” quanto dos “meios” e modos da sua intervenção nessa área.

A partir das contribuições colocadas por Fleury (et. al., 1989), com relação ao conceito de Reforma Sanitária como um “processo de transformação estrutural”, e da noção de *processo social complexo* proposta por Rotelli (1990), Paulo Amarante (2003, p.49), define Reforma Psiquiátrica como:

um processo social complexo que se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade.

Nessa concepção, o autor observa que processo indica algo em permanente movimento, que não tem um fim predeterminado, nem um objetivo último ou ótimo. E, a idéia de complexidade é posta não como sinônimo de complicação, mas sim como uma atitude epistemológica no sentido de reabrir a possibilidade de recomplexificação do fenômeno, proposição oposta a naturalização/objetualização da noção de doença. Neste sentido, a doença deixaria de ser reduzida a uma alteração biológica, para tornar-se um

processo de saúde/enfermidade. Em outras palavras, “a doença não é um objeto, mas uma experiência nas vidas de sujeitos distintos” (AMARANTE, 2003, p.53).

Na continuidade de suas análises sobre a Reforma Psiquiátrica Amarante (2000, 2003) designa quatro dimensões para as transformações operadas na e pelas práticas da Reforma, quais sejam: teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural.

A dimensão teórico-conceitual ou epistemológica contempla o conjunto de questões que dizem respeito a produção de conhecimentos e saberes que irão subsidiar as práticas. É uma dimensão que vai desde a reflexão dos conceitos mais fundamentais do campo das ciências até os conceitos produzidos pela psiquiatria: alienação, doença mental, normalidade/anormalidade, terapêutica e cura. Um aspecto muito importante desta dimensão refere-se ao desafio de se repensar as relações entre conhecimento e objeto (AMARANTE, 2003).

Na interpretação de Costa-Rosa (et al., 2003, p. 32), o campo teórico-conceitual pauta-se na desconstrução de conceitos e práticas, sustentados pela psiquiatria e pela psicologia nas suas visões acerca da doença mental. Propõe-se como contrapartida a construção de noções e conceitos como “existência-sofrimento” do sujeito na sua relação com o corpo social, acolhimento, cuidado, emancipação e contratualidade social. Nesse âmbito, pode-se entender que o conceito de existência-sofrimento impulsiona a Reforma Psiquiátrica na direção de uma revolução paradigmática, uma vez que questiona a tão cara relação sujeito-objeto e o próprio paradigma doença-cura. Tal conceito aparece por contraposição ao paradigma doença-cura, expressando a exigência de se dar ao sujeito a centralidade da cena.

Como exemplo desse campo Amarante (2003, p. 50) destaca o processo de desconstrução do conceito de clínica, que deixaria de ser o isolamento terapêutico ou o tratamento moral para tornar-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades; a desconstrução do conceito de doença produzido pela psiquiatria, em que o sujeito, não mais visto como alteridade incompreensível, possibilitará outras formas de conhecimento, que produzirão novas práticas clínicas e sociais.

Cabe destacar que quando um conceito é submetido ao processo de desconstrução é possível supor que as relações entre as pessoas envolvidas também serão transformadas, assim como os serviços, os dispositivos e os espaços. Conseqüentemente, mudam, ainda, os conceitos e as práticas jurídicas que eram adotadas pelos conceitos desconstruídos.

Para Basaglia (1985) e Rotelli (1990), desconstrução está relacionada à noção de *invenção*, de construção do real, de produção da subjetividade, recolocando em discussão a ciência e a psiquiatria. Os autores referem-se a “desconstrução” do dispositivo psiquiátrico e clínico em seus paradigmas fundantes e suas técnicas de poder-saber, entendendo-a como uma ação prática de desmantelamento das incrustações institucionais que cobriam a doença. A desconstrução questiona as bases do dispositivo psiquiátrico, em sua competência para atuar frente à loucura.

Entende-se desconstrução como um processo social complexo, de desmontagem do dispositivo psiquiátrico, que não tem fim, ou não pretende constituir, um modelo ideal, mas sim dar novo significado às relações e colocar questões imanentes às situações-problema. Nesse sentido, é um processo que precisa, por definição, ser reinventado incessantemente, e questionar também o conjunto dos segmentos sociais que deveria ser [...] objeto de uma verdadeira "revolução molecular", quer dizer, de uma re-invenção permanente (GUATTARI, 1992 apud TORRE; AMARANTE, 2001, p. 14).

A dimensão político-jurídica passa pela criação e alterações na legislação com relação aos direitos e a assistência ao portador de transtornos mentais. O âmbito jurídico é decorrente do fato de a psiquiatria ter instituído a noção de relação entre loucura, periculosidade, irracionalidade, incapacidade, irresponsabilidade civil. No plano político luta-se pela extinção dos manicômios e sua substituição por instituições abertas, pela revisão das legislações sanitárias, civil e penal referente a doença mental, para possibilitar o exercício dos direitos à cidadania, ao trabalho e à inclusão social. Importa nessa dimensão rediscutir e redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais (AMARANTE, 2003, p. 53; COSTA-ROSA, et al., 2003, p. 33).

No âmbito da dimensão técnico-assistencial está o modelo assistencial. É nesse campo que, na realidade brasileira, aparecem mais visivelmente as inovações com relação as práticas assistenciais em saúde mental, concomitante a reconstrução dos conceitos. As transformações vêm acontecendo tanto na concepção de novos serviços (CAPS, oficinas terapêuticas e de reintegração sociocultural, cooperativas de trabalho) quanto na sua forma de organização e gestão (instituições abertas com participação e co-gestão com os usuários e a população).

Nos últimos anos têm-se objetivado construir uma rede de novos serviços, concebidos como espaços de sociabilidade, de trocas, em que se enfatiza a produção de saúde como produção de subjetividades. Essas mudanças indicam para uma mudança nas práticas de atenção e tem significado *colocar a doença entre parênteses*, propiciando

contato com o sujeito, rompendo com as práticas disciplinares; aumentando a possibilidade de recuperação do seu estatuto de sujeito de direitos (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 32-33; AMARANTE, 2003, p.51).

A expressão *colocar a doença entre parênteses* é atribuída a Basaglia, significa a suspensão do conceito e implica na possibilidade de novos contatos empíricos com o fenômeno em questão. Para o autor, a psiquiatria colocou o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença como fenômeno da natureza. Assim, Basaglia propõe uma inversão, isto é, colocar a doença entre parênteses para tornar-se possível lidar com o sujeito e não com a doença.

Amarante (2003) chama a atenção para o fato de a atitude epistemológica de colocar a doença entre parênteses não significa a negação da doença no sentido do não se reconhecer que experiências de sofrimento ou diversidade fazem parte da realidade concreta da saúde mental. Nas palavras do autor:

não significa a recusa em aceitar que exista uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar. Significa, isto sim, a recusa a explicação da psiquiatria, para dar conta daquela experiência, como se esta pudesse ser explicada pelo simples fato de ser nomeada como doença. A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia social e política da exclusão, e a ruptura epistemológica com o saber da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para objetivar conhecer a subjetividade (AMARANTE, 2003, p. 56).

A dimensão sociocultural expressa o objetivo maior da Reforma Psiquiátrica, haja vista que pretende transformar o *lugar social* da loucura no imaginário social, transformando as relações entre a sociedade e a loucura. Muito do imaginário social é decorrente da ideologia psiquiátrica que tornou senso comum a relação da loucura à incapacidade do sujeito de estabelecer trocas sociais e simbólicas (AMARANTE, 2003, p. 53).

Para tanto se têm estimulado uma série de práticas sociais visando transformar o imaginário social relacionado a loucura, a doença mental e a anormalidade. Está em processo de mudança a imagem da loucura e do louco, a imagem da instituição e a da relação dos usuários e a população com ela. A intencionalidade passa pela construção de uma imagem das instituições de atendimento como espaços abertos de circulação e pólos de exercício estético, e uma imagem do “louco” como cidadão que deve almejar poder de contratualidade social (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 33).

Pensar a Reforma Psiquiátrica como um processo complexo implica desconstruir, superar conceitos; pensar, refletir sobre as ações no campo da saúde mental e os efeitos de

suas práticas; criar, construir novas práticas e produzir outros saberes. Trata-se, portanto, de um processo contínuo em que os verbos transformar, produzir, desconstruir, desmontar, emancipar, reconstruir devem estar no cotidiano do fazer em saúde mental.

2.1 O Modo Psicossocial

A elaboração das práticas do modo psicossocial é tributária de diferentes movimentos sociais científicos e vários campos teóricos. Sob esse aspecto, Abílio da Costa-Rosa (2000; 2003), busca especificar elementos básicos do novo paradigma traçando um paralelo de análise entre as práticas constitutivas do modo asilar e aquelas exigidas ao modo psicossocial⁷.

As principais características do modo asilar são: ênfase na consideração de determinantes orgânicos nos problemas que se pretende tratar, o que implica que o seu meio básico seja medicamentoso; pouca ou nenhuma consideração da existência do sujeito, o que implica que não se insista na sua mobilização como participante do tratamento. O indivíduo continua sendo visto como doente, tanto em relação à família quanto em um contexto social mais amplo. Daí decorre que a intervenção seja quase exclusivamente centrada nele. As aproximações da família, quando ocorrem, costumam ter caráter apenas pedagógico e assistencial. Dessa consideração do indivíduo como centro do problema, entre outros fatores, decorre também seu isolamento em relação ao meio familiar e social.

Ainda, com relação as práticas assistenciais, no modo asilar, o trabalho é realizado sem que os profissionais se encontrem para conversar sobre a atividade comum. O prontuário é considerado o elo de interconexão entre os profissionais da equipe. Mesmo no caso em que o meio é multiprofissional, a determinação fundamental dos problemas continua, na prática, sendo biológica. Portanto, a eficácia do tratamento espera-se que venha da química. Sua instituição típica continua sendo o hospital psiquiátrico fechado,

⁷ O autor observa que esta análise tem uma dimensão histórica, na medida que inclui uma consideração dos avanços que tem ocorrido nas práticas concretas até o presente; e outra dimensão lógica, visto que decorre da dedução realizada, através do método de análise, das características imprescindíveis a um determinado dispositivo para que ele configure uma lógica contraditória com a dos dispositivos que pretende superar e substituir (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.36).

ainda que nas últimas décadas esse venha sendo alvo de reformas democratizantes, intermitentes e esteja acompanhado de dispositivos chamados extra-asilares.

No modo psicossocial a concepção do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos sustentados para lidar com esse processo requer a desinstitucionalização do paradigma “doença-cura” e sua substituição pelo “existência-sofrimento”, conjuntamente com a configuração de práticas de trabalho transdisciplinares.

Destacam-se como principais exigências ao modo psicossocial: a determinação e consistência psíquica e sociocultural dos problemas, e não orgânica; a desospitalização e a desmedicalização, o que significa desconsiderar a medicação como resposta única ou preponderante e a priori; o exercício da “clínica da escuta e da criação de si”, e não a clínica da observação e da retomada do estado anterior às crises; a horizontalização das relações intrainstitucionais; a participação dos usuários e da população em forma de autogestão e co-gestão; o livre trânsito dos usuários e da população; a ética do reposicionamento do sujeito, que significa reconhecer a implicação subjetiva como forma de singularização e não supressão sintomática.

Os dispositivos institucionais típicos do modo psicossocial são os centros e núcleos de atenção psicossocial, o Hospital-Dia, ambulatórios de saúde mental; equipes multiprofissionais de saúde mental, inseridas em Centros de Saúde; setores para tratamento em saúde mental, inseridos em hospitais gerais. Seus meios básicos de tratamento são a psicoterapia, a laboterapia, as socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural, além da medicação.

É decisiva a importância que se atribui ao sujeito, daí que se insista de maneira fundamental na sua mobilização como participante principal do tratamento. Não se deixa de considerar, por isso, a sua dimensão de indivíduo (orgânico e sócio-cultural). Dá-se ênfase à consideração da pertinência do indivíduo a um grupo familiar e social. Supõe-se que se deve trabalhar também a família e o grupo social como agentes das mudanças buscadas.

Da consideração de que não é o indivíduo o único problemático, sugere-se que se inclua no tratamento também a família e eventualmente um grupo mais ampliado. As formas de participação da família e do grupo ampliado no tratamento são várias e superam, em muito, as posturas assistencial e orientadora, características do modo asilar. As associações de usuários e familiares criadas no modo psicossocial são reflexos dessa nova postura em relação aos usuários.

No modo psicossocial, espera-se que as diferentes possibilidades de ação se estendam desde a continência do indivíduo, durante a crise, até o reconhecimento da implicação familiar e social nos mesmos problemas. Espera-se, portanto, que tanto uns quanto outros possam assumir a parte de seu compromisso na atenção e no apoio. Além disso, dá-se acentuada ênfase à reinserção social do indivíduo, sem perder de vista que, muitas vezes, não é a problemática com a qual ele chegou a responsável pela sua saída da circulação sociocultural.

Quanto às formas de organização institucional, no modo asilar estas são marcadas por estratificações de poder e saber no âmbito do pessoal da instituição, que se transladam para a relação com os usuários e a população, os quais estão excluídos de qualquer participação que não seja a do objeto inerte e o mundo. Já os dispositivos do modo psicossocial tem suas práticas fundamentadas na lógica da Psicoterapia Institucional e da Comunidade Terapêutica e, geralmente, estas são instrumentadas por meio de assembleias de usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental. Participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais no modo psicossocial, por oposição à estratificação e interdição institucionais à heterogestão e à disciplina das especialidades que dominam no modo asilar.

Neste sentido, o autor propõe designar a Atenção Psicossocial como paradigma do modo psicossocial, em oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar.

2.1.2 Atenção Psicossocial

O termo Atenção, no contexto da Reforma Psiquiátrica, assume o conceito de “dar e prestar atenção, acolher, receber com atenção, tomar em consideração, levar em conta e escutar atentamente”. Designa uma parte fundamental do contorno que se pretende imprimir às ações de Atenção Psicossocial nas práticas em saúde mental. Expressa certos princípios relativos, sobretudo, à forma das relações dos agentes institucionais e das próprias instituições como dispositivos, com os sujeitos usuários e suas demandas (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 22).

Já o conceito Psicossocial designa as práticas em Saúde Mental Coletiva que se inscrevem como transição paradigmática da psiquiatria; enquanto que o termo psicossocial

agrega ao 'objeto' das práticas em saúde mental aspectos psíquicos e sociais, e tem a função de designar experiências reformadoras em sentido amplo (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 19).

Segundo o autor, ao somatizar aspectos sociais e psíquicos aos aspectos biológicos do paradigma e do objeto da psiquiatria a Atenção Psicossocial vai promover transformações nas concepções do objeto, nos modos de conceber e estruturar a instituição como dispositivo e, sobretudo, na forma de conceber e estruturar as relações terapêuticas, que tem, por sua vez, implicações éticas radicalmente distintas das práticas asilares.

A Atenção Psicossocial subentende ações diferenciadas das contidas no paradigma asilar e psiquiátrico. Na definição de Costa-Rosa Luzio e Yasui (2003, pp. 34-36):

a Atenção Psicossocial parece configurar um campo capaz de congrega e nomear todo o conjunto das práticas substitutivas ao Modo Asilar, conservando ao mesmo tempo a abertura necessária para a inclusão das inovações que ainda estão se processando e para outras que certamente virão. [...] As práticas de Atenção Psicossocial representam a sedimentação de um vasto conjunto de variações teórico-técnicas e éticas, mais ou menos radicais, conforme o caso, em relação às práticas vigentes e dominantes, que estão no lugar estrutural de sua alteridade necessária.

Os autores argumentam que a Atenção Psicossocial tem sustentado um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas norteadas pela aspiração de substituírem o modo asilar, e algumas vezes o próprio paradigma da psiquiatria. As ações na esfera político-ideológica trabalham em sintonia com os movimentos sociais que lutam pelo resgate da dignidade humana e dos direitos individuais e coletivos de cidadania. As ações teórico-técnicas referem-se à produção de novas formas de intervenção que possibilitem a construção de novos dispositivos que trabalhem pela transformação radical dos modelos institucionalizados e da ética em que se pautam.

Atenção Psicossocial, entendida como paradigma do modo psicossocial, designa concepções contrárias ao modo asilar. Quando referida as políticas públicas de saúde mental aspira a inclusão de aspectos políticos, econômicos, sociais, culturais e outros relacionados com ações que visam a construção de práticas de emancipação para a cidadania. Neste trabalho, se refere ao modelo de atenção em saúde mental que deve nortear as práticas dos serviços substitutivos, especificamente, a dos centros de atenção psicossocial.

Dessa forma, a complexidade e amplitude das práticas de Atenção Psicossocial inclui como seus componentes necessários, os conceitos e as práticas englobadas na desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, a partir de uma perspectiva baseada no aumento da contratualidade social dos usuários das instituições.

2.2 Desinstitucionalização

A desinstitucionalização tem sua origem nas experiências desenvolvidas por Franco Rotelli (1990), na Psiquiatria Democrática italiana. Segundo o autor, o primeiro passo da desinstitucionalização consiste em desmontar a relação problema-solução, renunciando a busca da solução racional (tendencialmente ótima) que no caso da psiquiatria é a normalidade plenamente restabelecida.

“O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de “cura” mas no projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente” (ROTELLI, 1990, p.30). Neste sentido, trata-se de um processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito doente. A desinstitucionalização traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação na qual exista reciprocidade entre sujeitos - uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade.

Nas palavras do autor,

A desinstitucionalização é, sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. [...] Depois de ter descartado a ‘solução-cura’ se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento (ROTELLI, 1990, p.33).

Em sua origem, os pressupostos da desinstitucionalização encaminham-se no sentido da restituição da subjetividade do indivíduo, possibilitando-lhes a recuperação de sua contratualidade, isto é, da posse de recursos para trocas sociais e, por conseguinte, para a cidadania social. Contudo, alguns estudos sobre as mudanças operadas na assistência no

âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira apontam para a compreensão da desinstitucionalização como desospitalização⁸.

Segundo Spricigo (2001), a desinstitucionalização, não correlata da desospitalização, torna-se a um só tempo, processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito adoecido. Traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação em que exista reciprocidade entre sujeitos, uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade. Isso gera a necessidade de invenção de novas modalidades de mediação, não somente médicas, mas principalmente políticas, sociais e culturais.

Sobre esta questão, Amarante (1995b) enfatiza que a mudança desejada na assistência em saúde mental não corresponde simplesmente ao fechamento de hospitais psiquiátricos e o conseqüente abandono das pessoas em suas famílias ou nas ruas, nem no fechamento de leitos para reduzir custos, no sentido do neoliberalismo ou no sentido do enxugamento do Estado. Segundo o autor,

desinstitucionalização não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativo. Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social (AMARANTE, 1995b, p. 491-494).

⁸ Ver SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Série Teses em Enfermagem, n° 42)

Neste sentido, a proposta da desinstitucionalização está centrada em uma mudança completa do paradigma de saber em saúde mental e, do ponto de vista assistencial, na constatação de que o hospital psiquiátrico tradicional é antiterapêutico. Assim, a estratégia de conversão do sistema de cuidado deve partir da substituição do hospital psiquiátrico por um amplo rol de serviços abertos e comunitários, capazes de assistir o usuário desde a crise aguda até às necessidades mais amplas de caráter social. Nestes novos serviços, a reabilitação psicossocial vem se configurando como um lineamento para o desenvolvimento de programas, eticamente responsáveis, no sentido de dar conta da totalidade das demandas que os problemas mentais severos e persistentes requerem.

2.3 Reabilitação psicossocial

Na definição da Organização Mundial de Saúde (1987 apud PITTA, 2001) reabilitação psicossocial é o conjunto de atividade capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários.

Segundo Pitta (2001), a reabilitação psicossocial, no seu sentido instrumental, é representada por um conjunto de meios (programas e serviços) que são desenvolvidos para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes, ou seja, um processo para facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. Tal processo enfatiza as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo e a cada situação de modo personalizado.

Para Saraceno (2001), a reabilitação psicossocial prevê um processo de restituição e reconstrução de direitos políticos legais e sociais para o cidadão. Para tal, projetos de ressocialização devem promover o reconhecimento do portador de transtorno mental.

Para Kinoshita (2001), reabilitar é reconstruir valores, aumentar o poder contratual, criar condições de possibilidade para que um paciente possa, de alguma

maneira, participar do processo de trocas sociais, produzir dispositivos que, desde uma situação de desvalor quase absoluto (pressuposto), possa passar por experimentações, mediações que busquem adjudicar valores aptos para o intercâmbio, ou seja, modificar o pressuposto de desvalor natural para um pressuposto de valor possível proposto, explícito.

O autor considera que reabilitar pode ser entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia. Sendo que, a contratualidade do usuário vai estar, primeiramente, determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Se estes podem usar de seu poder para aumentar o poder do usuário ou não. Depois pela capacidade de se elaborar projetos, isto é, ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida.

Ainda, diretamente ligada a questão da reabilitação de pacientes está a necessidade de se estabelecerem diversificadas redes de relações, as quais melhor capacitariam os indivíduos a compreenderem quais determinações influenciam sua vida cotidiana, ampliando sua autonomia.

O conceito de autonomia aqui referenciado é entendido como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001).

3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Apresentamos, a seguir, os resultados e as análises da pesquisa realizada, a partir dos eixos que nortearam a coleta dos dados e das informações: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde.

3.1 Estrutura e recursos financeiros

O conjunto de serviços substitutivos ao modelo de atenção em saúde mental tradicional (manicomial/asilar), do qual os centros de atenção psicossocial fazem parte, é, atualmente, regulamentado pela Portaria GM/MS N° 336/2002. Esta portaria estabelece portes diferenciados, a partir de critérios populacionais, para abrangência, financiamento e tipo de serviço prestado, de acordo com cada modalidade de CAPS.

Com relação a estrutura física, os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender a sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado. Para tanto, devem estar equipados com consultórios individuais para consultas, entrevistas, terapias, salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitório, sanitários, área externa para oficinas, recreação e esportes (BRASIL, 2004).

Neste aspecto, O CAPS Ponta do Coral tem uma estrutura que compreende um terreno com área física total aproximada de 1.936,00m², destes, aproximadamente 421m² são de área construída. Fazem parte das instalações, uma casa com dois pavimentos, um anexo, utilizado como sala do brechó, área de lazer e estar externa, e estacionamento. O pavimento superior da casa comporta 2 varandas, sala de recepção, sala de espera, 2 áreas de circulação (corredores), sala de administração, 2 consultórios, sendo que no momento um é utilizado como sala administrativa para realização de procedimentos relacionados ao preenchimento das APACs⁹, 2 salas para atividades grupais com WC, sala de depósito de

⁹ Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo.

material, cozinha com despensa, refeitório com churrasqueira, sala ampla (auditório) equipada com multimídia, sala de enfermagem, sala de repouso, e 7 banheiros distribuídos no espaço físico do pavimento superior. No pavimento inferior encontra-se a sala utilizada pela associação de usuários, 2 salas para a realização de oficinas (com passagem de uma para outra), sala com forno, sala de depósito de material e lavanderia¹⁰.

De acordo a pesquisa realizada, 83,3% dos profissionais considera a área física do CAPS suficiente para o atendimento da demanda e 66,7% consideram as instalações adequadas para a realização das atividades propostas; apenas um profissional observou que considera a estrutura do CAPS suficiente desde que as oficinas produtivas sejam realizadas fora da unidade. A mesma porcentagem (66,7%) considera os equipamentos disponíveis suficientes. Neste âmbito, o serviço conta com computador com impressora, aparelho de telefone e fone/faz, televisão, mesas de escritório, cadeiras, quadro branco, maca para atendimento em enfermagem, camas de repouso, fogão industrial, pia, mesas e bancos no refeitório, bancos para estar e descanso, entre outros. Metade dos profissionais respondeu que os equipamentos estão em bom estado de utilização, com ressalvas para salas com pouca ventilação no pavimento inferior.

Já com relação aos materiais de consumo, 91,7%, correspondente a onze dos doze profissionais que responderam ao formulário, consideram que os materiais de consumo não são suficientes. Eles se referem à falta e irregularidade no recebimento de materiais básicos à manutenção do serviço, tais como copo descartável para água, papel higiênico, e, principalmente, material específico para uso nas oficinas terapêuticas e de produtividade. Esta situação pode ser observada nas falas dos profissionais, que identificam as dificuldades no funcionamento do CAPS com relação a falta de recursos materiais e financeiros:

[...] essa falta de recursos é isso que eu te digo, desde a parte administrativa, nós precisamos de papel, carbono, copo pra tomar água, por exemplo, agora nós somos uma Unidade Local de Saúde que não tem copo descartável, já faz quase quinze dias, vinte dias, não tem copo descartável; falta água, aí nós temos que esperar, sendo que é um lugar que transita muitos usuários, eles tomam medicação e precisam tomar água, eles tomam muita água, e acaba não tendo água potável; por exemplo, teve época que faltou papel higiênico, em um serviço onde os usuários chegam fazem lanche, almoçam, fazem lanche da tarde, eles passam o dia aqui, então precisa ter uma estrutura mínima de atendimento (LÉLI, 4/4/2006).

¹⁰ Conforme Planta Baixa da unidade constante no projeto de reforma e ampliação executado em 2003/2004.

[...] a gente tem também o problema de fornecimento de material de consumo já há algum tempo, também desde que essa administração começou (Gestão Municipal e da Secretaria de Saúde), o fornecimento de material de consumo é interrompido, a gente fica sem tinta pra impressora, sem papel, sem papel higiênico...; tem diversos itens desses que são necessários, fazem parte do funcionamento do dia-a-dia do serviço (F, 12/4/2006).

[...] as oficinas terapêuticas e produtivas, requerem um material específico que precisa de dinheiro, e aqui, na política específica do município não tem uma regularização quanto ao repasse desse dinheiro [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

[...] a falta de agilidade no fornecimento das reservas para as oficinas, tudo isso resulta em um prejuízo para o trabalho; ficou quase uns dois meses a oficina fechada por falta de material, por exemplo [...] (P, 17/3/2006).

Outra dificuldade mencionada pelos profissionais no funcionamento do serviço é o vale transporte dos usuários:

[...] o funcionamento em geral fica prejudicado porque na medida em que falta vale transporte o usuário não vem, não consegue se deslocar para vir até aqui, aí interrompe aquele projeto terapêutico que havia sido feito com o usuário [...] (VIK, 24/3/2006).

[...] a questão, por exemplo, da dificuldade que a gente tem aqui: o transporte dos pacientes, a questão do passe, é muito irregular; então, isso reduz a nossa produtividade também, porque os pacientes acabam não vindo. Muitas vezes a gente não pode, por exemplo, contar com aquele paciente que veio para uma entrevista inicial porque ele não tem como estar vindo no curto prazo, então, acho que isso, a questão do custo que é o transporte em Florianópolis, também acaba afetando o nosso trabalho, então, nesse sentido, a falta de regularidade no passe [...] (P, 17/3/2006).

A partir dessa relação entre as diversas necessidades para o funcionamento do serviço é possível perceber que os profissionais assumem como princípio uma concepção de saúde ampliada, na qual não basta somente o atendimento terapêutico. Outros fatores estão interligados e contribuem para que a assistência efetivamente ocorra. Contudo, a concepção e prática setorializada das políticas sociais brasileiras provoca situações dessa natureza, na medida em que não se trabalha a inter-relação entre elas. Esta forma de setorialização das políticas sociais, no entanto, não é característica apenas da realidade brasileira, mas uma “modalidade do Estado burguês” que traduz as expressões da questão social mediante a tipificação das políticas sociais (NETTO, 1992).

Várias iniciativas têm buscado romper com esta perspectiva como a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), que reafirmou a necessidade de se garantir e melhorar o acesso aos bens e serviços da sociedade: prover trabalho, creches, profissionalização, educação, lazer, escolas, habitação, transporte, segurança pública, saneamento básico. Também, destacou ser fundamental enfatizar a questão do transporte urbano acessível aos usuários, a fim de que seja garantido o deslocamento entre os serviços de saúde e sua moradia (BRASIL, 2002a).

Na seqüência da pesquisa realizada, dois entrevistados referiram que a falta e as dificuldades no fornecimento dos recursos materiais necessários estão mais acentuadas na atual gestão administrativa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)¹¹. Foram relacionadas, ainda, como dificuldades, a falta de um carro disponível para o CAPS, a falta de terapeuta ocupacional, de outro médico psiquiatra e outros profissionais de nível médio (auxiliar administrativo, pessoa para limpeza). Outras questões listadas estão relacionadas aos recursos humanos e as necessidades de integração do serviço na política municipal de saúde. Os profissionais relatam a existência de dificuldades de interação da equipe, falta de capacitação, supervisão institucional, falta de apoio institucional, falta de efetivação de uma rede de saúde mental e/ou a existência de uma rede de atenção ainda incipiente, em processo de formação, falta de estrutura para atenção às urgências, dificuldades do gestor em compreender a lógica da saúde mental, salários incompatíveis com as funções.

Os problemas relatados pelos profissionais aparecem diretamente relacionados à insuficiência dos recursos financeiros de custeio do serviço. Todos os entrevistados referiram que os recursos gerados pelo serviço, através das APACs, não são suficientes para a realização das atividades do CAPS. Dentre as atividades prejudicadas, o trabalho nas oficinas foi apontado como o principal, conforme aparece na fala a seguir:

o que requer mais recursos, atualmente, são as oficinas produtivas, por exemplo, houve uma paralisação de muitas das oficinas quando faltou recurso. O recurso não é exatamente suficiente. Eu acho que os R\$ 500,00 por mês é um recurso pequeno [...] acho que o recurso poderia ser maior, pelas necessidades ele acaba sendo reduzido, não é uma coisa que você possa comprar a vontade, assim, é limitado, muitas vezes, a oficina tira de uma pra passar pra outra (P, 17/3/2006).

¹¹ Gestão Municipal 2004/2008; a Gestão da Secretaria de Saúde referida é a de 2004 a abril de 2006 que teve como gestor o vereador Walter da Luz; à época da coleta dos dados empíricos houve mudança do gestor municipal de saúde, assumindo o cargo o ex-secretário estadual de saúde João José Cândido da Silva.

Um dos profissionais apontou como principal atividade prejudicada pela falta de recursos financeiros a questão do território. Segundo este, a falta de recursos interfere no atendimento prestado, no sentido de que não é possível realizar o acompanhamento, a inclusão e avaliação do usuário em seu território. De acordo com este profissional,

o dinheiro do CAPS pode ser melhor gerido se investir no território. Investir no território seria elaborar projetos, ter mais articulação com a associação de moradores, ou seja, com os recursos que o território oferece, e aí precisa aumentar a própria equipe porque vai ter equipes que vão ter que se deslocar do CAPS; vai ter que ter investimento em carro, daí vai ter que ter um motorista, os próprios agentes comunitários tem que ter essa parceria, isso tudo implica em financiamento. [...] como eu sempre digo, território é onde a vida acontece, onde a cultura é produzida, onde as manifestações de vida, elas estão mais visíveis [...], mas investir lá no território, a equipe tem que estar inserida lá, estar toda hora pensando e discutindo [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

De acordo com as recomendações da política do Ministério da Saúde, as ações de saúde mental devem obedecer a um modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas. São ações que envolvem práticas de reabilitação psicossocial, promoção da cidadania, construção da autonomia possível dos usuários no ambiente em que eles vivem, e que necessitam de uma equipe multidisciplinar capaz de trabalhar sobre a ótica da interdisciplinaridade (BRASIL, 2004).

Necessariamente, a mudança de um modelo assistencial requer a análise de sua estrutura de financiamento. Isso significa que as características singulares e diferentes dos CAPS, em relação aos modelos tradicionais de assistenciais, e a complexidade das ações desenvolvidas por estes serviços necessita vir acompanhada de uma mudança na lógica de alocação de recursos financeiros.

Atualmente, o principal órgão financiador dos CAPS é o Ministério da Saúde (MS). Com a publicação da Portaria GM/MS nº 336/2002 os CAPS passam a fazer parte das ações estratégicas do MS. Esses serviços são incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e a remuneração é através do sistema APAC/SIA¹². Baseado na fatura que o prestador de serviços de saúde apresenta ao SUS, correspondente aos seus gastos

¹² A Portaria GM/MS nº 336/2002 descreve os procedimentos objeto de remuneração, classificando-os em intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Para essas três modalidades de atendimento, a Portaria GM/MS nº 189/2002 fixou o número máximo de atendimentos mensais para cada modalidade, de acordo com cada tipo de CAPS, sendo que para cada tipo de procedimento é destinado um valor diferenciado. Nos CAPS II, um procedimento intensivo custa R\$ 25,40; um semi-intensivo, R\$ 16,30; e um não-intensivo, R\$ 14,85 (BRASIL, 2002).

mensais com a produção de atendimentos aos usuários dos CAPS, o Ministério da Saúde repassa, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, o montante equivalente à sua produção. A inovação introduzida por este modelo de pagamento refere-se à fonte de financiamento, ou seja, ao acréscimo de recursos financeiros repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estadual e Municipal de Saúde (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, pp.129-132).

Sobre este aspecto, perguntamos aos entrevistados qual conhecimento possuem sobre o repasse dos recursos financeiros para o CAPS. Na sua maioria, eles referiram saber sobre os recursos originados a partir das APACs, contudo, relataram não saber sobre o controle do uso desse recurso, conforme expresso nas falas relacionadas:

[...] tem o valor, o montante desse valor que é produzido dos atendimentos pagos pelo Ministério (MS), então, tem isso mensal, a gente tem o valor que chegou, somou, vamos dizer assim, esse montante que a gente somou dos atendimentos feitos no mês, isso a gente sabe, porque as APACs são geradas aqui no CAPS, mas o repasse disso via Fundo Municipal, esse controle eu não sei, eu sei do valor que tem que receber mensalmente (VIK, 24/3/2006).

Bom, formalmente, eu desconheço qualquer..., todas as formas de recursos. O dinheiro da produtividade referente as APACs vai para o Fundo Municipal de Saúde e nunca teve prestação de contas disso. Na verdade a gente não sabe qual é o destino que é dado nem quanto vem; tem o nosso levantamento interno da produtividade, mas não sabemos o que é feito desse recurso (F, 12/4/2006).

Alguns profissionais referiram-se ao fato de o município não ter gestão plena do SUS,

Bom, eu tenho algum, pouco do que é repassado, a gente sabe o que foi recolhido, por exemplo, através das APACs, que são os atendimentos feitos aqui, então eu sei quantos atendimentos foram, qual seria o valor que essas APACs dariam, mas eu não sei qual o valor que a gente acaba recebendo, que fica num fundo perdido, no sentido de que é um fundo único por não ser gestão plena (J, 22/3/2006).

O conhecimento que eu possuo é muito irregular e insatisfatório, assim, a relação APAC, por exemplo, o repasse do dinheiro que viria do Ministério da Saúde a gente acaba..., nós não somos gestão plena então vai pra secretaria (municipal) de saúde e ali é passado pra compra de alimento..., enfim, mas nós não temos autonomia sobre esse dinheiro, então, uma vez que você não tem autonomia o teu conhecimento fica restrito. Está na mão da secretaria mesmo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais discorreu detalhadamente sobre a forma como os recursos são gerados e repassados à unidade gestora (SMS), referindo-se que todas as diretrizes sobre financiamento do serviço são preconizadas pelo Ministério da Saúde através de portarias.

Os recursos financeiros do CAPS são obtidos através de APACs, Autorização de Procedimento de Alto Custo; pra se preencher uma APAC é necessário que haja uma organização do serviço em cima de modalidades de atendimento; as modalidades de atendimento podem ser: semi-intensivo, intensivo e não-intensivo, cada um tem um determinado valor em relação a esse procedimento, ou seja, todas as diretrizes em relação a financiamento, o Ministério preconiza isso em portaria, então, os conhecimentos que eu possuo em relação aos recursos financeiros do Caps são os conhecimentos que já estão preconizados em relação ao Ministério da Saúde; essa APAC uma vez preenchida ela é computada, ela é repassada pro governo federal e este repassa o dinheiro fundo a fundo; esse dinheiro vem pro Fundo Municipal de Saúde, e é esse dinheiro que é aplicado na saúde mental pra ter a gestão do serviço [...] aqui acontece da seguinte forma: cada gestor municipal, como a política é municipalizada, eles criam um protocolo, nesse protocolo eles colocam de que forma esse dinheiro pode ser gastado na saúde mental; então, existe um documento no município dizendo, olha na saúde mental você pode gastar tanto com a associação de usuários, tanto pra comprar materiais, tanto pra gastar em vale transporte; então, existe um protocolo dizendo no que você pode gastar esse dinheiro que vem na saúde mental; é um dinheiro que vem do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde; esse dinheiro cai nessa conta e ali existe um acordo de como se gastar; esse dinheiro é manejado pelo gestor municipal de saúde (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme apontam Freire, Ugá e Amarante (2005, pp. 131-133), o modelo de alocação de recursos dos CAPS (sistema de remuneração por APAC) trás contribuições à política nacional de saúde mental ao inserir os CAPS no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) do MS, pois proporciona maiores incentivos financeiros, haja vista a alocação de recursos municipais extra-teto para a manutenção de serviços já existentes e a implantação de novos serviços.

Contudo, os mesmos autores ressaltam que há de se perceber que a lógica da remuneração que o SUS imprime aos CAPS vincula-se, preponderantemente, à doença. Ou seja, as unidades assistenciais do SUS seguem um sistema de remuneração vinculado a um diagnóstico, mais especificamente, a um episódio de doença, internação, contidos na tabela de procedimentos hospitalares (SIH/SUS) ou a ações ambulatoriais, inscritas na tabela de procedimentos ambulatoriais (SIA/SUS). Desta forma, “o sistema de saúde encontra-se, em sua quase totalidade, voltado para a produção de atos vinculados a doença, isto é, atos

curativos, valorizando, em consequência, intervenções predominantemente individuais, que são remuneradas pela venda de procedimentos, diárias e atos médicos-assistenciais de natureza privatizante” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p 133).

Amarante (2003, pp. 62-63) considera que os CAPS, como os serviços integrantes do SUS, também foram capturados pela lógica da *inampização*, ou seja, pela lógica do pagamento por procedimento. Para o autor, “o modelo prevalente dos CAPS é o herdeiro mais autêntico e legítimo da lógica do antigo INAMPS, onde a saúde era reduzida a doença, ao mesmo tempo em que o sistema de saúde era reduzido a assistência médico-curativa”.

Portanto, o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. Pelo contrário, tente a prejudicar a complexidade de ações dos CAPS, na medida em que não é previsto financiamento das diversas relações que podem ser estabelecidas com a comunidade, com as lideranças e associações comunitárias. Tais ações, dentre muitas outras possibilidades de intervenção territorial, “são inerentes a esse tipo de serviço e objetivariam imprimir um processo de transformação cultural nos diversos segmentos da sociedade, no lidar e no acolhimento das pessoas em sofrimento mental” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 135).

Sobre a forma de repasse dos recursos financeiros ao CAPS, os profissionais entrevistados relataram não existir descentralização administrativa. Os recursos chegam ao serviço na forma de materiais. Alguns profissionais observaram que até a gestão administrativa da secretaria municipal de saúde anterior eles tinham acesso a uma verba de R\$ 500,00 que utilizavam na compra de material para as oficinas. A partir da atual gestão esse dinheiro não foi mais repassado. A compra do material passou a ser feita através de orçamento encaminhado à secretaria, que faz o pagamento, e os profissionais retiram os materiais.

Não, a gente não tem acesso a esse recurso diretamente, a gente não é uma unidade que gere o seu recurso; ele vai pra secretaria e a secretaria... por exemplo: toda a compra de... o pagamento dos almoços, lanches, etc.. é a secretaria que faz; a gente não tem autonomia; o único recurso que a gente manuseia são os R\$ 500,00, que vem para as oficinas; isso é dividido, as Oficinas fazem um rateio, cada oficina compra o seu material, mas até parece..., da última compra fui eu que comprei, ela (SMS de Florianópolis) determinou, já colocou a empresa que vai fornecer; não sei se foi mediante licitação, já fez o pagamento direto, a gente só foi lá escolher e pegar os produtos que tinham sido

solicitados; então..., de outras vezes, por exemplo, a gente pegava o cheque ia lá comprava, pagava naquele valor, agora isso não foi feito dessa forma (P, 17/3/2006).

Desde que começou essa administração (Gestão Municipal 2004-2008) acabou esse repasse; então atualmente a única vez que a gente conseguiu material pras oficinas foi através de empenho que a própria secretaria fez..., então, permanece centralizado, a única coisa que a gente teve que fazer foi ir nas lojas fazer orçamento, passar pra secretaria, a secretaria emitiu as notas, e aí a gente foi buscar o material com essas notas, mas não com o dinheiro (F, 12/4/2006).

Não, não existe, porque, na gestão passada (Gestão Municipal 2000-2004) ainda vinha uma verba de dois em dois meses, tipo quinhentos reais pra compra de material pra oficinas; nós comprávamos, apresentávamos as notas e depois eles colocavam o dinheiro; nessa gestão (Gestão Municipal 2004-2008; Gestão da Secretaria de Saúde de 2004 até abril de 2006) não existe nada, então, a pergunta se existe descentralização administrativa dos recursos financeiros, não, não existe (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais referiu-se a descentralização não apenas como repasse de recursos financeiros e funções administrativas, mas como compartilhamento de poder na gestão do serviço.

Essa descentralização, eu estou entendendo como um compartilhamento de poder; não existe esse compartilhamento de poder na hora de gerir os recursos, assim, o CAPS possui CNPJ, mas ele não possui uma conta específica pra vir dinheiro pro CAPS, não existe isso, existe esse acordo que eu te falei, que vem do fundo a fundo e esse dinheiro vai pra saúde mental e o CAPS tem uma vertente pro CAPS, o dinheiro não é só pro CAPS, ela vai pra saúde mental, e aí o CAPS acaba utilizando esse dinheiro, então, quando pergunta sobre a descentralização eu faço a avaliação de que é o compartilhamento de poder, então, não tem isso, é o gestor que acaba se apoderando desse sistema de financeiro, a gente não interfere (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ao considerarmos a questão da descentralização político-administrativa dos recursos financeiros, temos a intenção de destacar que a transferência desta prática às unidades prestadoras de serviços em saúde nos municípios poderia estar favorecendo uma melhor utilização e adequação dos recursos às necessidades reais do serviço, bem como possibilitar maior agilidade na compra dos materiais e viabilizar um processo de gestão democrática e participativa, entre técnicos trabalhadores, usuários e gestores. Essa prática traduz-se, por sua vez, em um exercício político-pedagógico de construção da democracia, objetivando uma atuação com transparência na administração da coisa pública.

Quando questionados sobre se a descentralização financeira dos recursos possibilitaria o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, os

profissionais, na sua maioria, disseram que sim, com algumas ressalvas feitas para a necessidade de mudanças na forma de gestão administrativa do serviço, conforme expresso nas falas que seguem:

Sem dúvida, sim sem dúvida, isso é um equívoco assim porque..., justamente porque a gente não sabe qual é o destino dado a esse dinheiro. A gente acredita que se a gente tivesse mais transparência nesse processo a gente poderia pelo menos priorizar certas coisas que são de fato importante e garantir que elas fossem..., que a gente conseguisse obter essas coisas, enfim, o investimento necessário (F, 12/4/2006).

A melhor utilização sim acho que o planejamento teria que ser anterior, mas sim, acredito que utilizar no sentido até..., porque muitas vezes, como vai para esse Fundo que é pra todos, pra toda a saúde, você acaba sem saber, igual agora, que a gente já tem o dinheiro da supervisão disponível na secretaria, mas não tem como a gente começar amanhã, embora o dinheiro já esteja lá., porquê? porque a gente não sabe como esse dinheiro vai sair e entrar na mão do terapeuta que vai fazer a supervisão da equipe e isso pode demorar um mês, dois meses, vai saber, seria melhor, claro (J, 22/3/2006).

Sim, com certeza, porque nos iríamos sentar e ver as necessidades, por exemplo, esse ano nós ficamos desde o ano passado até um mês atrás sem material nenhum pras oficinas e as oficinas que mais tinham, capitalizavam usuários e não tínhamos material, nós tivemos que suspender as oficinas; então nós sabemos das necessidades, as necessidades dos usuários, quais as oficinas tem mais usuários, pra gente pode administrar e vê onde pode estar investindo (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que sim porque ficaria mais próximo da própria administração do CAPS, porém, ia surgir a necessidade de ter todo um aparato administrativo pra poder gerenciar isso, mas assim, na medida que aqui no CAPS a gente tem uma gestão participativa, em que os usuários estão reunidos semanalmente pra pensar as regras do CAPS, as necessidades do CAPS, enfim, seria mais interessante talvez, esse repasse direto tu quer dizer, é... não sei assim, a princípio..., hoje a gente tem uma estrutura de conselho que prevê o controle social através do Fundo Municipal de Saúde, o Conselho Municipal tem essa ligação também, e aí a gente está lá também, de certa forma representado (VIK, 24/3/2006).

Olha, eu acho que teria que mudar um pouco a nossa dinâmica de funcionamento; não deixa de ter um lado...bom, é uma faca de dois gumes, poderia facilitar a gente fazer um processo mais rápido talvez, não faltaria coisa, porque as vezes faltam coisas básicas, agora, por exemplo, faltam copos, se você tivesse o recurso você ia ali e comprava uns pacotes de copos, não teria essa... essa falha; agora é saber que é mais uma tarefa também que acumularia em termos administrativos, financeiros, quer dizer, não sei se você não está ali também inchando o processo burocrático aqui dentro do CAPS; eu acho que pode ter vantagens, mas pode ter desvantagens; eu teria que pensar melhor, nunca pensei nessa possibilidade; assim, acho que o dinheiro da Oficina, puxa, se a gente tivesse aqui uma verba seria mais fácil, as vezes faltam coisas

pequenas que você não tem como estar repondo aqui, tem que esperar uma nova verba, de repente pra.... (P, 17/3/2006).

Um dos profissionais observou sobre as questões práticas e políticas que envolvem a descentralização no contexto do SUS:

Esse compartilhamento de poder ele só pode ser discutido dentro da lógica do SUS, universalização, integralização, etc., dentro dos preceitos do SUS tem o controle social, essa descentralização só pode ser discutida quando acontece o controle social. Hoje essa descentralização ela tem que ser discutida no Conselho Municipal de Saúde e mais precisamente no conselho gestor dentro do CAPS; agora, porque não ocorre isso? Porque não tem a clareza da necessidade; eu acredito que as pessoas que acabam estando na prática, principalmente no CAPS, se sobrecarregando com as coisas, e acabam não tendo a clareza, ou não querendo assumir mais um encargo trabalhista; então, esse é um dos grandes problemas que existe, a sobrecarga de trabalho, as condições de trabalho, aí você acaba tendo que lutar por tudo isso; isso aí eu vejo que tem muito a ver com a questão da militância, pessoas que já estão, lá na época ou do ensino médio, que já começam ir pros grêmios, depois a pessoa acaba indo pra militância no movimento estudantil, e quando vão pros serviços de saúde são profissionais mais críticos, que acabam tendo essa visão mais ampla da saúde e da política; então, as pessoas que acabam chegando no serviço com um pouco desse ideal de controle social eu diria, acabam questionando mais essa questão da descentralização; voltando a tua pergunta sobre a descentralização financeira, ela poderia sim possibilitar um melhor planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, se houver o controle social dentro dessa descentralização financeira (GIRASSOL, 20/3/2006).

Cabe destacar que a proposta da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, na regionalização e na hierarquização da rede de serviços, constante entre os princípios e diretrizes do SUS, coloca o município como lugar privilegiado para o desenvolvimento de uma política de financiamento das ações em saúde, com critérios transparentes, e que respeite as particularidades da realidade local. O Ministério da Saúde continua a ser a instância que, na administração do Fundo Nacional de Saúde (FNS), acompanha a aplicação dos recursos que são repassados aos estados e municípios. Estes, por sua vez, são obrigados a constituir os seus respectivos fundos de saúde e conselhos estaduais e municipais, elaborar planos de ação e apresentar relatórios de gestão, garantindo também a existência de contrapartida de recursos para a saúde nos seus orçamentos (COSTA, 2002).

Embora a descentralização seja uma prática com vistas a aumentar o poder decisório de aplicação dos recursos na esfera local, esta ainda apresenta muitos problemas, na medida que não consegue alcançar efetividade, dados os impasses de ordem burocrática e administrativa. Por si só a descentralização não garante maior controle social ou uma prática democrática. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada que abarque as especificidades da área da saúde mental.

Nesse sentido, a lógica fundamental da estrutura de financiamento exigida é a de que os recursos financeiros devem ser centrados nas pessoas e não nos serviços. O financiamento deve contemplar todas as ações necessárias e decorrentes da implantação, implementação e sustentação de uma nova política de saúde mental (BRASIL, 2002a). O que deve ser colocado em pauta é a viabilidade de se financiar o CAPS como um todo, envolvendo todas as suas ações e especificidades, permitindo-se que cada serviço tenha flexibilidade para realizar seu trabalho de acordo com as necessidades locais, desvinculando o financiamento da relação de compra e venda de serviços e da noção de doença (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 136).

3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico

Os profissionais que trabalham nos CAPS compõem um grupo de diferentes técnicos de formação de nível superior e nível médio, e integram uma equipe multidisciplinar. Todas as unidades de serviço devem obedecer a exigência da diversidade profissional e cada CAPS tem suas próprias características quanto ao tipo e a quantidade de profissionais. A equipe mínima indicada para os CAPS II é composta por médico psiquiatra, enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior de outras categorias profissionais entre psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro necessário ao projeto terapêutico e seis profissionais de nível médio entre técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).

O papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. As equipes devem organizar-se para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação

psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e poder equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas (BRASIL, 2004).

Neste item nos propomos a descrever e analisar a composição e perfil da equipe técnica do CAPS Ponta do Coral, bem como as dificuldades e facilidades do trabalho em equipe consideradas pelos profissionais, a existência de práticas interdisciplinares no atendimento ao usuário, de projeto terapêutico e planejamento das ações da unidade de serviço¹³. Ao final do item consideramos os apontamentos dos profissionais sobre as diferenças do atendimento prestado no CAPS em relação ao realizado nas instituições tradicionais/hospitais psiquiátricos.

3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental

O CAPS Ponta do Coral conta com uma equipe de profissionais multidisciplinar que atua diretamente no atendimento aos usuários. São profissionais com formação de nível superior nas áreas de psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Entre os de formação de nível médio estão dois técnicos em enfermagem e um auxiliar administrativo. Compõem a equipe, ainda, os profissionais de apoio, vigilantes e auxiliar de limpeza, e estagiários de psicologia, serviço social e enfermagem.

¹³ É importante destacar que o perfil bem como a opinião dos profissionais sobre o serviço varia, no decorrer do tempo histórico, de acordo com a composição da equipe naquele determinado momento. Outros trabalhos já realizados identificam o perfil da equipe, a percepção dos profissionais sobre o trabalho no CAPS, o significado e o processo de inserção no serviço, a concepção sobre o modelo assistencial e práticas de desinstitucionalização, em épocas anteriores. Entre estes ver: GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003; FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial** - percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004; NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental:** em busca da articulação e qualificação das ações em saúde. Monografia (Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Lato Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

A maioria dos técnicos de nível superior concluiu a graduação na década de 1980. Metade deles possui capacitação específica na área de saúde mental, em geral, cursos de formação e aperfeiçoamento, especialização em terapia cognitiva comportamental, saúde pública, clínica, psicoterapia, psicanálise, atenção psicossocial. Três profissionais possuem mestrado nas áreas de enfermagem, sociologia política, artes cênicas; um fez residência médica em psiquiatria e cursa mestrado na mesma área; uma profissional tem doutorado em sociologia política.

Mais da metade dos profissionais (58,3%) possuem experiências de atuação profissional em outras instituições da área de saúde mental como clínica de internação, hospital psiquiátrico, centro comunitário de saúde mental, serviços de atenção à dependentes químicos e centro de atenção psicossocial. A maioria (66,7%) atua na área de saúde mental a partir da segunda metade da década de 1990. Cinco profissionais identificaram ter experiência de atuação em outras instituições que não da área de saúde mental.

Com relação ao tempo de serviço no CAPS, quatro profissionais atuam desde a implantação do serviço, em 1996, três ingressaram na equipe entre os anos de 2001 e 2002, e quatro profissionais passaram a fazer parte da equipe recentemente, a partir de meados de 2004. Quanto ao tipo de vínculo empregatício, a maioria, 75% (9 profissionais), é servidor público concursado, dois são contrato temporário e um ingressou no serviço público municipal através de indicação técnica. Nove profissionais possuem regime de trabalho de 30 horas semanais e 3 deles trabalham 40 horas semanais.

Com relação a capacitação específica em saúde mental para atuar no CAPS, todos os entrevistados consideram esse quesito de grande importância. Entre as razões apresentadas estão: a necessidade de compreensão e entendimento comum do que é um CAPS e o entendimento do tipo de assistência que este serviço deve oferecer; a preocupação com a diferença no atendimento que o CAPS deve oferecer em relação aquele prestado em outros serviços de saúde mental; a necessidade da capacitação para suprir as defasagens da formação acadêmica, que, em geral, não abarca as especificidades do campo da saúde mental.

Na opinião dos entrevistados,

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS, não tem a qualificação pra atuar, então ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então é necessária a questão da capacitação... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ah sem dúvida, sem dúvida, principalmente porque o que a gente está propondo é uma reformulação no modo da assistência em saúde mental, então é preciso que quem venha trabalhar num CAPS entenda essa lógica, que não venha pra cá com a mesma mentalidade do que se faz no hospital psiquiátrico, do que se faz em ambulatório, é outra coisa também diferente da atenção básica, então o CAPS precisa disso, precisa que o profissional tenha essa.., esse tipo de orientação, esse tipo de compreensão da sua finalidade (F, 12/4/2006).

Muito, muito importante, justamente por isso que eu estou te falando, porque assim, o profissional que trabalha no campo psicossocial, de qualquer área, ele necessariamente precisa quebrar a prática estereotipada pra poder entrar num serviço como esse porque o assistente social de um CAPS ele não é aquele assistente social de um hospital psiquiátrico, ele muda, ele faz outras coisas, ele se coloca de outro jeito, assim também é o médico, assim também é o psicólogo, o enfermeiro, então, uma formação específica pra essa área é bastante adequado porque vai tratar especificamente das necessidades que se colocam no cotidiano (VIK, 24/3/2006).

Considero, considero sim. É interessante que cada um tenha um saber, que traga o seu saber pela sua formação, da sua prática, do seu bairro, da sua comunidade, mas trabalhar no CAPS não é trabalhar em ambulatório, trabalhar no CAPS é ter um conhecimento sim do que é uma Reforma Psiquiátrica, do que significa um CAPS num panorama hospitalocêntrico. É toda essa questão política que tem por trás, questão financeira também, que é um serviço que se propõem substituir sim progressivamente os hospitais. Em muitos lugares isso já é feito, já conseguem fazer internação zero, outros lugares não; então, uma abordagem no CAPS precisa sim ter capacitação (LÉLI, 4/4/2006).

Sim, até por que o que é o CAPS? O quê um CAPS deveria ser? Cada um tem a sua idéia do que é um CAPS, mas ela não é uma idéia homogênea, então a minha experiência do que é um CAPS em outros lugares, que eu já tive em outros lugares especificamente, é muito diferente do que eu chego aqui e encontro as pessoas falando o que é um CAPS. é claro que a capacitação para um CAPS, para o que é o trabalho em CAPS podia homogeneizar, pelo menos todo mundo iria estar falando a mesma língua (J, 22/3/2006).

Sobre este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005, p. 30), observam que “os profissionais de saúde mental são, ainda em grande parte, formados a partir da prática cotidiana que caracteriza a lógica manicomial”. Hospitais e clínicas psiquiátricas constituem-se ainda os espaços onde “são oferecidos treinamentos em serviço (sob a forma de estágios e residências) aos profissionais que irão, no futuro, tentar materializar a nova lógica dos serviços substitutivos”.

Os autores destacam que “do sucesso da forma de organização da produção e transmissão do conhecimento pode depender o sucesso da própria reforma psiquiátrica” (OLIVEIRA; DORNELES, 2005, p. 32). Neste sentido, é importante que seja colocado na

cena do debate o funcionamento das instituições de aprendizado profissional sob a ótica da reflexão sobre as práticas e não apenas sobre o discurso das propostas dos cursos de formação. Os centros de formação devem se programar, planejar e garantir aprendizado e treinamento supervisionado, em que se pratique e construa espaços de práticas genuinamente terapêutica.

Na mesma direção, um dos entrevistados expressou sua preocupação com relação a seleção dos profissionais que vão atuar no CAPS, argumentando que os resultados do trabalho também dependem desse aspecto.

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS não tem a qualificação pra atuar, então, ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então, é necessária a questão da capacitação [...]. o processo de inclusão do profissional na área da saúde mental hoje, como se dá? Ele se dá por indicação política, seleção por contrato temporário e por concurso público. A indicação política pode ofertar profissionais desqualificados, pode! O contrato temporário, se não tiver um rigor no perfil que se quer pra trabalhar em CAPS vai acontecer a mesma coisa, um profissional desqualificado, o concurso público a mesma coisa, se não tiver um perfil, se não tiver o que se gostaria realmente, qual profissional que você gostaria de estar atuando hoje no CAPS, então, enquanto não se superar a forma de inserção no trabalho do CAPS, enquanto não se superar a discussão da saúde mental nos currículos acadêmicos vai continuar sendo sempre necessária a questão da capacitação [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Com relação a formação das equipes técnicas para atuar nos CAPS, as indicações aprovadas na e pela III CNSM apontam para a necessidade de que a contratação de profissionais deva ser realizada exclusivamente por meio de concursos públicos, e em caso de urgência, através da CLT, mas com seleção pública. E, ainda, os concursos devem exigir os pré-requisitos necessários e adequados à proposta de trabalho em saúde mental, alinhada teórica e conceitualmente aos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2002a).

Assim, é necessário considerar, quando da seleção dos profissionais, o perfil para trabalhar junto ao portador de sofrimento psíquico, bem como a existência de uma dimensão subjetiva, humanizante, solidária e fraterna como componente fundamental do perfil dos trabalhadores em saúde mental. Nesta direção, uma das participantes da pesquisa destacou a questão da opção política por este tipo de trabalho, associada a necessidade de competência técnica para atuar na área.

Eu acho que a gente trabalha com situações que requerem um estudo permanente, formação permanente, [...] eu acho que este é um dos vícios da saúde pública. Muitas vezes se confunde um pouco o tratamento ético ou moralmente responsável com uma qualidade também técnica. Eu acho que as duas coisas têm que estar associadas, tem que ter uma empatia pela causa da saúde pública, que aí entra na questão ética, moral de cada um, valores que você tem quando você vem pra esse tipo de trabalho; muitas pessoas que vem pra saúde pública quase que tem uma vocação religiosa. Mas ao mesmo tempo você também tem que ter uma competência técnica; não basta você tratar bem o paciente, você acolher, você precisa saber como intervir dentro da linha de trabalho que cada um escolhe, isso é fundamental (P, 17/3/2006).

Os profissionais, na sua maioria, indicaram ter recebido capacitação para atuar no CAPS. Referiram-se, especificamente, a um treinamento/capacitação realizado em novembro de 2005, com duração aproximada de 20 horas, organizado pela Assessoria Técnica de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde¹⁴. Contudo, alguns observaram que foi um treinamento tipo encontro, de curta duração, com trocas de experiências, e que não chegou a ser muito significativo.

Com relação a política de saúde mental, a maioria dos profissionais (83,3%) afirmou ter no mínimo algum conhecimento de sua organização e diretrizes. Entre os entrevistados, todos consideram importante saber sobre os princípios, a estrutura e forma de organização da política de saúde mental para o trabalho do CAPS. Todos indicaram haver disponibilidade de material didático relativo a política na unidade de serviço.

Sim, precisa conhecer a política porque o atendimento está dentro dessa política, dessa lógica. (LÉLI, 4/4/2006).

Claro! é vital, pra poder planejar o seu trabalho, pra poder saber como é que a gente se liga com outros serviços, como é que a gente pode montar a rede, isso é fundamental porque o trabalho não se encerra aqui dentro, não pode ficar aqui dentro só, ele tem que poder justamente se expandir (F, 12/4/2006).

Sim é muito importante, até pra saber o que está acontecendo, o que pode ser feito, quais são os recursos disponíveis, o que precisa melhorar. Acredito que, fora a sua capacitação individual, eu acho que isso é uma outra premissa pra você iniciar no serviço [...] (J, 22/3/2006).

É importantíssimo conhecer, primeiro saber se ela existe, primeiro a pessoa tem que ter a curiosidade, tem que ter o desejo e a clareza de que é essencial ter os parâmetros ou diretrizes políticas de saúde mental pra

¹⁴ O município não tem o cargo de Coordenador de Saúde Mental. Em novembro de 2005 foi nomeada Assessora Técnica em Saúde Mental a enfermeira Lílian Pagliuca, que permanece na função até a data da presente pesquisa.

poder acompanhar, se orientar, e, segundo, conhecer sobre essa política (GIRASSOL, 20/3/2006).

Muito importante porque hoje a gente tem acesso a isso, aqui no CAPS a gente tem a legislação de saúde mental e pra gente poder entender porque, assim, a gente está na gestão da política também, por ser participativa, por estar junto nas decisões, então é preciso que a gente entenda, e tem muito detalhamento, são muitas portarias, o sistema de financiamento também é bastante complexo [...] (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que claro, porque a gente está dentro de um braço da política nacional de saúde; tanto pra você ter noção de qual é a perspectiva, em nome de que esse serviço está sendo mantido, também pra você poder avaliar a possibilidade desses ideais, dessas prerrogativas, que são pensadas a nível geral e nacional, serem realmente eficaz em termos práticos, porque muitas vezes você tem uma boa idéia, mas nem sempre uma boa idéia traz um bom resultado [...] (P, 17/3/2006).

Nesse sentido, a construção e consolidação de uma política de saúde mental, coerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o estabelecimento de uma política adequada de recursos humanos, que valorize e considere a importância do trabalhador de saúde mental na produção dos atos de cuidar. Para isso, deve-se garantir a capacitação e qualificação continuadas; a remuneração justa dos profissionais; a garantia de condições de trabalho e de planos de cargos, carreira e salários; a democratização das relações e das discussões em todos os níveis de gestão; a incorporação das questões de segurança, saúde e saúde mental do trabalhador; a garantia de supervisão clínica e institucional; a avaliação de desempenho e garantia da jornada de trabalho adequada para todos os profissionais de nível superior, bem como a isonomia salarial entre eles (BRASIL, 2002a).

3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário

De acordo com as indicações aprovadas na III CNSM, a política de recursos humanos para a saúde mental deve visar implantar, em todos os níveis de atenção, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, na perspectiva do rompimento dos especialismos e da construção de um novo trabalhador em saúde mental, atento e sensível

aos diversos aspectos do cuidado, ou seja, com uma visão integral e não fragmentada da saúde (BRASIL, 2002 a).

Segundo 83,3% dos profissionais o trabalho no CAPS Ponta do Coral é realizado em equipe. A maioria considera que existem dificuldades na realização das atividades. Uma delas está relacionada, conforme identificado por eles, ao fato de que nem todos compartilham das mesmas referências com relação à Reforma Psiquiátrica, à saúde pública e ao projeto do CAPS.

Bom, são várias, mas o que eu vejo de mais complicado é o fato de que nem toda a equipe compartilha das mesmas referências em relação ao que seja a Reforma Psiquiátrica, a função de um CAPS, as necessidades que o CAPS tem pra alcançar esses objetivos. Isso se deve em parte a diversidade da formação, e também às convicções pessoais. O problema não é a diversidade em termos da formação profissional em si, mas o modo, o fato de que você tem uma equipe multiprofissional por exemplo, isso gera alguma dificuldade na troca, na possibilidade de produzir um conhecimento novo a partir dessas experiências que são de diferentes disciplinas, diferentes áreas. Mas eu diria que é mais no sentido da Reforma Psiquiátrica mesmo, naquilo que ela aponta, então parece que esse é um problema a mais; outro que tem se tornado mais evidente pra mim ultimamente é a falta de formação de grande parte dos profissionais sobre o que seja saúde pública, boa parte deles não conhece o sistema de saúde pública, apesar de trabalhar num serviço de saúde pública, mas não conhece o sistema, não sabe a lógica, não sabe como é que ele funciona, então acaba tomando decisões muitas vezes administrativas que são equivocadas, que não levam em conta o modo de funcionamento da saúde pública (F, 12/4/2006).

Tem sim várias dificuldades, entre elas, existem diferenças de formação e, portanto, ideológicas. Alguns momentos a gente vê, assim, o CAPS tem um projeto de não internação, de autonomia do usuário, de gestão plena do usuário, e, as vezes, a equipe, algumas pessoas acabam esbarrando com isso. O entendimento disso é muito difícil também, as vezes é uma linha muito tênue entre o que é o assistencialismo, a autonomia, o que é dar o limite do ponto de vista terapêutico e o que é dar o limite porque você não quer se incomodar. Então, algumas pessoas não vêm de uma postura da Reforma Psiquiátrica, não sabe o que é uma Reforma Psiquiátrica, não tem uma noção, [...] é uma luta política também e algumas pessoas não sabem o que é [...] (LÉLI, 4/4/2006).

Em outras falas, foi apontada como uma das dificuldades do trabalho em equipe questões relacionadas a uma suposta divisão entre o grupo de técnicos.

A relação com a equipe tem uma certa peculiaridade, eu acho que as pessoas, a equipe que começou anteriormente, já desde a formação ou no começo do CAPS, eles se intitulam como a equipe do CAPS. Os que chegaram depois, em geral, não são bem acolhidos, ou são muito pouco,

tanto que as próprias atividades em equipe, em grupo, dificilmente, essas pessoas novas são incorporadas ao que já existe; então, acaba criando aí até a equipe da manhã, a equipe da tarde, mais ou menos, embora eu estou aqui todo o período, mas tem essa divisão... e eu acho que assim o ponto de partida é esse, a sensação é que quem não estava aqui desde o começo não fez parte da história (J, 22/3/2006).

A equipe que iniciou lá em 96 (1996) veio com algumas questões conceituais amarradas. Por quê? Porque a pessoa que estava pensando, planejando o CAPS ela vinha do Movimento da Luta Antimanicomial, era uma das representantes em nível nacional aqui em Floripa, Santa Catarina; então tinha algumas coisas amarradas na estrutura de atendimento do CAPS, que era muito pra poder implantar o sonho da Reforma Psiquiátrica aqui em Floripa, criar um serviço, do município, que de fato evitasse internação, que de fato fosse continente pros usuários com transtorno mental grave, e isso se mantém, porém, com a chegada dos técnicos que foram sendo substituídos, alguns saíram, técnicos novos entraram, a equipe de profissionais foi se modificando, a gente tem uma distância conceitual por mais que a gente pretende uma proposta multiprofissional, e a gente consegue, ao longo do tempo a gente conseguiu, é muito interessante o jeito como nós trabalhamos, porque de fato conseguimos trabalhar cada profissional lado a lado, dividindo o mesmo grupo, a mesma oficina terapêutica, então, assim, isso é possível, mas hoje, a gente, assim, tenta manter esse paradigma da Reforma Psiquiátrica, da desospitalização, do fortalecimento dos serviços territorializados, de um modelo que é um modelo multiprofissional, com a gestão participativa dos usuários, contra o modelo hospitalocêntrico, médico centrado, mas existem diferenças na questão conceitual da equipe, isso é falho, inclusive pra própria equipe (VIK, 24/3/2006).

A importância da unidade da equipe no atendimento ao usuário e na organização do trabalho recai sobre a qualidade do tratamento terapêutico ofertado. A mudança de paradigma epistemológico com relação a saúde mental não garante por si só a alteração das práticas assistenciais. Os conflitos e problemas de equipe existentes precisam ser trabalhados nas supervisões institucionais de forma que os técnicos consigam superar as dificuldades que obstaculizam a união do grupo em torno de um objetivo comum, sejam elas ideológicas, de formação, de concepção e/ou de afinidade com os colegas.

Um dos entrevistados apontou a questão das relações de poder e diferenças nos valores pessoais e nas relações interpessoais como dificuldades do trabalho em equipe.

Primeiro, a relação de poder, eu acho que é um grande problema, uma dificuldade que existe. Essa relação de poder, ela emana, que eu tenho percebido, da psicanálise, da teoria psicanalítica e da teoria psiquiátrica; então, os profissionais detentores desse conhecimento acabam, sutilmente, estabelecendo poder frente aos profissionais não-psi diria; essa relação de poder pelo saber é um dos problemas ou uma das dificuldades que eu encontro pra trabalhar em equipe no CAPS; outra

dificuldade, acho que é a própria experiência de vida das pessoas, aquelas pessoas em que parece que não estão claros os valores humanos como solidariedade, amor, justiça, sabedoria, a práxis, o repensar a prática, profissionais que não fazem a autocrítica da sua prática, pra mim, eu acho que é uma dificuldade trabalhar em equipe devido a isso; então, seria esse poder pela teoria e essa questão um pouco mais pessoal que é a relação de lidar com o outro, as relações interpessoais, são dificuldades que eu vejo em equipe (GIRASSOL, 20/3/2006).

A partir da fala profissional é possível pensar sobre as relações de poder que se estabelecem pelo saber. Conforme nos ensina Foucault (1979), os poderes se exercem em níveis variados e em pontos diferentes da vida social. Neste complexo, existem os micropoderes que estão intimamente relacionados com a produção de determinados saberes (sobre o criminoso, a sexualidade, a doença, a loucura). Assim, o poder não é algo que se detém como uma coisa, como uma propriedade, que se possui ou não. O poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona, como uma máquina social que não está situada em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda estrutura social (MACHADO, 1979 p. XIV).

De acordo com Foucault (1979), todo conhecimento, seja ele científico ou ideológico, só pode existir a partir de condições políticas, que são as condições para que se formem tanto o sujeito quanto os domínios de saber. Para o autor não há saber neutro, todo saber é político. Dessa forma, saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber. E, em contrapartida, todo saber assegura o exercício de um poder (MACHADO, 1979 p. XXI - XXII).

Na seqüência, a entrevistada aponta de forma geral algumas das questões cotidianas como dificuldade no trabalho em equipe.

Bom, eu acho que as vezes a gente é muito trefista, a gente não tem o tempo suficiente que a gente gostaria para estar parando para discutir os casos, se ater a cada paciente; tem diferenças na equipe também, tem conflitos [...] mas assim, a gente ainda tem, as vezes, coisas assim muito imediatistas, que não nos propiciam fazer realmente um estudo de caso mais integrado, ter uma intervenção, as vezes, mais articulada; a gente tem tentado em alguns momentos, mas assim, não é uma coisa que tem um peso forte como eu acho que deveria ter (P, 17/3/2006).

Dessa forma, a intensidade das demandas colocadas aos profissionais, especialmente na atualidade, provocam o desenvolvimento de ações pragmatistas, muitas

vezes sem uma reflexão maior. Isso vem acontecendo em vários contextos institucionais e com diferentes profissões. Ou seja, na medida que aumentam as necessidades humanas e as demandas para satisfazê-las, não ocorre no mesmo ritmo, o aumento da oferta de equipamentos e serviços assistenciais capazes de dar conta da complexidade dos problemas decorrentes da emergência das novas relações sociais, econômicas, culturais, advindas com a modernidade.

A precarização das condições de trabalho também foi apontada pelos entrevistados como mais um dos fatores que, por vezes, dificultam a convivência e o trabalho em equipe. Eles se referem a questão da diferença na remuneração salarial entre os profissionais que trabalham no CAPS, principalmente do médico para as outras profissões. A desproporção salarial chega a diferença de até quatro vezes mais entre o que recebe o profissional médico e o salário dos demais técnicos. Associadas a esta situação estão a diferença na carga horária de trabalho, a condição de contratação temporária, a falta de reconhecimento por parte da SMS, no apoio e incentivo à participação em eventos científicos e de militância política na área, entre outras.

Os profissionais indicaram que contam com supervisão institucional para lidar com as questões do trabalho no cotidiano. A supervisão institucional existente era, até o início deste ano (2006), paga pelos próprios profissionais, mas nem todos participavam. A partir do mês de abril do corrente esta passou a ser financiada com recursos provenientes do Ministério da Saúde. Além deste tipo de supervisão, foi relacionado como outro recurso existente para abordar essas questões as reuniões de equipe, realizadas mensalmente, as reuniões clínicas, realizadas semanalmente, e foi citada pelos técnicos em enfermagem, a supervisão realizada com profissional da área.

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que as políticas de formação e capacitação em saúde mental devem criar espaços de trocas baseados na realidade local, com valorização dos diversos saberes e metodologia participativa. A supervisão clínica e institucional permanentes deve ser estendida a todas as pessoas que trabalham com portadores de transtorno mental: equipes de PSF e PACS, trabalhadores da urgência e emergência, do hospital geral, dos serviços substitutivos e dispositivos residenciais, cuidadores de saúde mental, profissionais de nível médio e superior da rede de saúde mental. A referida Conferência destaca, ainda, a necessidade de implantação da NOB – Recursos Humanos do SUS, salientando a importância da garantia da capacitação para todos os níveis, supervisão permanente, interdisciplinaridade e isonomia salarial (BRASIL, 2002a).

Com relação as potencialidades que o trabalho em equipe possibilita os profissionais destacam a relevância deste no atendimento ao usuário, a possibilidade de trocas entre as varias áreas e a oferta de um atendimento multidimensional.

Entendo que essa é uma clínica multidisciplinar e isso (trabalho em equipe) é importante pela complexidade mesmo do tipo de fenômeno com o qual a gente trabalha, então, a gente precisa, é necessário ter uma oferta de serviços e de formas de atenção, que seja a mais diversificada possível, pra que a gente possa atender a uma série de necessidades que as profissões nas suas especialidades não dão conta; então essa é a grande vantagem, você pode fazer essa atenção multidimensional, isso é interessante (F, 12/4/2006).

A vantagem é justamente a estrutura coletiva de resposta à uma situação que chega pra você; vem a psiquiatria trazer um conhecimento, a psicanálise traz outro, [...] a enfermagem acaba dando a sua contribuição quando discute realmente a relação, vem o serviço social discute essa articulação que a pessoa tem com o social, e essas pessoas (profissionais), com seus conhecimentos, vão socializando esse conhecimento pra dar a resposta às fragilidades ou às potencialidades de vida que essa pessoa traz (GIRASSOL, 20/3/2006).

Acho que a grande vantagem é que a gente quebra a lógica hospitalocêntrica que era muito centrada no médico, na figura do médico, naquilo que o próprio médico decidia do tratamento, hoje quem decide é a equipe multiprofissional [...] (VIK, 24/3/2006).

Ah! Muitas, eu acho, em primeiro lugar, essa possibilidade da troca interdisciplinar; porque eu acho que cada um tem um tipo de contribuição diferente, um saber que te ajuda a pensar com mais amplitude o próprio trabalho, o próprio paciente, e, eu acho que quebra um pouco certas relações de poder; também, assim, o fato de a gente lidar com situações que são muito pesadas para alguém estar lidando sozinho, então quando você sente essa coisa da equipe, quando tem um paciente que está muito comprometido ou que tem risco de vida, a gente se sente muitas vezes angustiada por aquele paciente e você tem a equipe pra te dar um respaldo, pra estar pensando junto. Acho que isso é, sem duvida, algo que gratifica também (P, 17/3/2006).

Primeiro, agregar conhecimentos, se a equipe for multidisciplinar, que não quer dizer interdisciplinar, mas a princípio se ela for multidisciplinar a possibilidade de trocas de conhecimento de várias áreas realmente acaba sendo muito rica; são vários olhares sobre uma mesma questão, vários pontos de vista. Quando o trabalho de equipe é interdisciplinar, as pessoas acabam trocando mesmo, saindo, as vezes, do seu campo de formação, podendo estar se estendendo em outros campos, acaba sendo mais rico ainda. Num trabalho como o CAPS é necessário (o trabalho em equipe). Eu não consigo ver o trabalho que não seja em equipe porque pra você atender um usuário você precisa de uma equipe, pra você abordar o usuário, uma família, receber uma família precisa de vários olhares, enfim, de várias formações, vários olhares técnicos, da parte de

enfermagem, psicologia, da arte, serviço social, então, isso é importante (LÉLI, 4/4/2006).

O reconhecimento de outras dimensões no processo saúde-enfermidade, que não estritamente a biológica, traz a tona a questão da interdisciplinaridade¹⁵, pois na busca da integralidade da assistência a atuação de um único saber profissional não é suficiente. No processo da Reforma Psiquiátrica o campo da saúde mental é chamado a refazer-se por inteiro, ampliando o seu foco de abordagem e procurando romper com as delimitações dos saberes tradicionais na área. Busca-se uma nova recomposição de conhecimentos, sustentados sobre um conjunto de rupturas e novas premissas, e não apenas um novo somatório ou rearranjo simples dos saberes especializados. Desta forma, diversos campos de saber, implicados na assistência em saúde mental, são envolvidos na teorização e nas novas práticas de cuidado (VASCONCELOS, 2000a).

A pesquisa realizada indicou que 66,3% (correspondente a oito dos doze profissionais que responderam o formulário) dos profissionais consideram que existe interdisciplinaridade no atendimento ao usuário no CAPS Ponta do Coral. As falas relacionadas na seqüência apresentam a concepção dos profissionais sobre interdisciplinaridade e indicam a respectiva compreensão sobre a importância desta no atendimento ao usuário.

A gente poder ter o que a gente chama de clínica ampliada, essa multidimensionalidade que nos permite atacar o problema de várias formas e, portanto, oferecer diversas formas de atendimento, desde o medicamentoso até o serviço social, as oficinas, as oficinas expressivas, a arte, etc. (F, 12/4/2006).

Eu acho que em primeiro lugar isso, assim, é um olhar mais amplo para a condição daquele paciente. Cada profissional tem um aspecto que acentua, pela sua vida, pela sua formação; o educador artístico tem uma outra estratégia, por exemplo, pra lidar com aquela queixa do paciente, o assistente social tem uma, o psicólogo tem outro olhar, assim, eu acho que pra mim soma, eu acho que é uma forma da gente também aprender, enriquecer a nossa análise, a nossa possibilidade de intervir; sem dúvida que é rico (P, 17/3/2006).

Alguns profissionais expressaram sua concepção de interdisciplinaridade observando que esta não é sinônimo de multidisciplinaridade e que nem sempre é possível fazer práticas interdisciplinares.

É justamente isso, poder compartilhar o conhecimento que cada disciplina traz, essa inter, mas realmente compartilhar isso e não a

¹⁵ Sobre os conceitos de multi, inter e transdisciplinaridade ver, entre outros, Vasconcelos, 2000a.

multidisciplinaridade; é pensar, coletivamente, saídas pra enriquecer a vida da pessoa e aí é sempre um pensar e repensar (GIRASSOL, 20/3/2006).

Então, essa idéia dessa troca de conhecimento pra poder ajudar o usuário, pra poder a equipe ter um suporte também, pra poder, num estudo de caso, por exemplo, trocar os vários conhecimentos, os vários pontos de vista e poder estar entrelaçando; então, é importante, mas nem sempre se consegue fazer (LÉLI, 4/4/2006).

Já nas falas que seguem é possível perceber a concepção de interdisciplinaridade mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade.

Cada profissional tem a sua especialização, e ele foi formado para atender determinadas características que aquele usuário precise, ou informações, e a própria atenção, e cada um tem uma formação específica e diferenciada; então, eu acho que quanto mais ampla, mais amplamente ele for avaliado, e receber essas informações, e esse tratamento, vai ser melhor pra ele; então, desde o serviço social, desde o atendimento psicológico, o atendimento médico, enfim, até ah! eu cortei meu dedinho, o que eu faço? Então, vai poder ser atendido ali, ser acolhido pelo técnico de enfermagem (J, 22/3/2006).

É muito importante porque cada profissão tem o seu conhecimento específico e contribui aí com o seu conhecimento. É necessário que cada um de nós tenha muito claro o seu papel aqui dentro pra que não vire uma salada mista e se dilua o que cada um faz, que é específico de cada um. Então, é importante que a gente tenha boa formação técnica, específica da saúde mental pra que a gente possa chegar numa equipe que trabalha sob o paradigma do campo psicossocial, e que de fato possa ser multi, no sentido do atendimento, e aí, assim, no campo psicossocial, aqui no CAPS, por exemplo, a gente vê a necessidade de os profissionais trocarem mesmo, porque surgem muitas demandas, são muitas necessidades do usuário, é um campo novo. Então, assim, tem n coisas que vai se descobrindo, que cada área contribui diferentemente, mas ao mesmo tempo de forma conjunta. Então, o psicólogo, obviamente, ele tem mais elementos pra entender a parte clínica, o assistente social tem mais elementos pra entender a parte previdenciária, da assistência social desse usuário, que também é importante, muito importante pra ele, o médico tem o conhecimento sobre os psicofarmacos, sobre essa parte mais específica da medicação, e assim a gente vai trocando (VIK, 24/3/2006).

Com relação a este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005) observam que, no Brasil, a interdisciplinaridade faz parte do discurso politicamente correto, garantindo seu estabelecimento como princípio, traduzido na expansão cada vez maior dos territórios profissionais e na fusão dos saberes. O discurso da multi e da transdisciplinaridade é relativamente bem conhecido e aceito em nível intelectual, mas as práticas institucionais apontam, paradoxalmente, para fortes resistências, isolamento e hiperespecialização.

De acordo com os autores, para que estas ações multidisciplinares se tornem efetivas há necessidade de estratégias e planos, que visem a harmonização da convivência para que esta não seja imposta, mas compreendida e desejada pelos profissionais. Na prática, o momento é de impasse, pois multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade existem em tese e como imposição de comando, mas não se concretizam, ainda, como prática planejada, efetiva e eficaz (OLIVEIRA; DORNELES, 2005).

Ainda segundo os referidos autores, uma verdadeira transdisciplinaridade não está nem mesmo no horizonte das instituições de saúde mental brasileiras. Este é um dilema fundamental no processo da reforma psiquiátrica, que depende de ações integradas (órgãos reguladores do ensino superior, programas universitários, instituições e serviços de atendimento) para cumprir sua missão de transcender as práticas manicomial e os territórios de dominação e poder estabelecidos entre as disciplinas que formam a saúde mental.

3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações

A importância do projeto terapêutico dos CAPS recai sobre a responsabilidade de que todo o trabalho desenvolvido em cada unidade deve ser realizado em um ambiente terapêutico. Isto significa que tanto os atendimentos individuais, grupais como a convivência no serviço tem finalidade terapêutica. Cada CAPS deve ter um projeto terapêutico, que leve em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais, as iniciativas de familiares e usuários e o território onde se situa, com sua identidade, sua cultura local e regional (BRASIL, 2004).

O CAPS Ponta do Coral conta com projeto terapêutico do serviço, o qual, segundo 75% dos profissionais que responderam ao formulário, foi planejado em equipe. Três profissionais referiram não saber sobre o planejamento em equipe por não fazerem parte desta a época.

O sistema atual de atendimento no CAPS Ponta do Coral difere da maioria do adotado pelos serviços desta natureza. Em geral, os CAPS realizam a assistência ao usuário

no modelo de TR¹⁶. O CAPS Ponta do Coral oferece atendimento sob a ótica da regionalização. Ou seja, como o serviço não é territorializado, é o único na modalidade, na cidade e no município, a equipe técnica foi subdividida em pequenos grupos ou mini-equipes de dois e/ou três profissionais, sendo cada uma destes responsáveis por uma das regionais, que é onde o usuário mora. Esta proposta foi pensada e implementada há quase dois anos, quando os profissionais identificaram dificuldades em atender no sistema de Terapeuta de Referência (TR) toda a demanda existente. Tal estratégia utiliza-se do sistema de divisão por regionais da Secretaria Municipal de Saúde. Ao total são cinco Regionais de Saúde, Leste, Norte, Sul, Centro, Continente, distribuídas espacialmente na área geográfica do município. Nestas regionais, foram implantadas, recentemente (a partir do final do ano de 2005 e início de 2006), equipes de atenção em saúde mental, compostas por um médico psiquiatra e duas ou três psicólogas em cada uma das Regionais de Saúde.

De acordo com o projeto terapêutico do serviço, as atividades desenvolvidas são: psicoterapia, atenção medicamentosa, atendimentos de emergência, grupo terapêutico, oficinas terapêuticas¹⁷, assembléia de técnicos, usuários e familiares, visitas domiciliares, articulação com entidade, programas e serviço, atividades de formação e pesquisa, reuniões de equipe, reuniões clínicas de casos¹⁸.

Conforme as determinações da Portaria GM/MS Nº 336/2002, a assistência prestada ao usuário no CAPS deve incluir atendimento individual, em grupo, atendimento à família, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades comunitárias, enfocando a integração do portador de transtorno mental na comunidade e sua (re)inserção familiar e

¹⁶ Este sistema de atendimento é desenvolvido na maioria dos CAPS e constitui-se do acolhimento da pessoa quando de sua chegada ao serviço por um dos profissionais da equipe. A partir daí é traçado um projeto terapêutico com o usuário e o profissional que o acolheu passará a ser uma referência para ele. O Terapeuta de Referência (TR) tem a responsabilidade de monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo as atividades e a frequência de participação. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, discutindo com o usuário e com a equipe técnica do CAPS (BRASIL, 2004, p. 16).

¹⁷ São oferecidas as seguintes oficinas: oficina de cerâmica, oficina de artes plásticas, oficina de mosaico, oficina de jogos, esportes e lazer, oficina de tapeçaria, oficina de trabalhos manuais, oficina da terra, oficina de jornal, oficina de velas, oficina de leitura, oficina de música, oficina brechó, oficina de teatro, oficina de formação política, oficina de fotografia. Destas, as oficinas de cerâmica, velas e mosaico são produtivas, ou seja, sua produção é comercializada. Cabe destacar que algumas oficinas podem estar em funcionamento ou não, em determinado período de tempo, de acordo com a disponibilidade de técnicos para acompanhar, de condições materiais para o funcionamento e da demanda de usuários.

¹⁸ A descrição e o objetivo de cada atividade pode ser consultado no Projeto Terapêutico do CAPS II Ponta do Coral (2004), ou a partir do projeto de Estágio curricular em Serviço Social de Stuari (2005).

social. A depender do projeto terapêutico de cada usuário, o CAPS poderá oferecer as seguintes modalidades de atendimento: atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo¹⁹.

Já com relação ao planejamento das ações, 50% dos profissionais consideram que este existe. Cabe lembrar que ao questionarmos os participantes da pesquisa sobre este fator, estamos nos referindo ao planejamento estratégico, aquele voltado para uma visão ampla, global e de longo alcance da organização/instituição, baseado na análise do contexto e com a finalidade de buscar alternativas de ação. No entanto, alguns dos entrevistados observaram estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação objetivo e sistemático dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declararam não existir processo de planejamento e avaliação das ações do serviço, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

As falas relacionadas a seguir demonstram o tipo de planejamento existente no CAPS e como este acontece.

Bom, o planejamento é feito mais ou menos assim: chega uma época do ano em que a Secretaria (SMS de Florianópolis) nos pede um planejamento e aí, geralmente isso é com uma semana no máximo de antecedência, é aquela correria, a gente monta um plano básico de trabalho etc., mas é muito mais pra cumprir a obrigação. A gente tem um projeto terapêutico que é amplo, que é do serviço todo, e a gente vai, com esse projeto terapêutico a gente vai ajustando as atividades e aquilo que a gente pretende alcançar, mas não há um planejamento muito formalizado, não há um processo de planejamento, até porque é tudo muito fragmentado, o que a gente planeja aqui, boa parte depende desse recurso financeiro, depende do apoio da Secretaria, que é sempre uma coisa incerta. Então, em termos de planejamento a coisa fica sempre muito precária. Em termos de avaliação é mais precário ainda, a gente não tem indicadores; novamente, no final do ano, aí a Secretaria pede um relatório do que foi feito, a gente faz um levantamento geral, mas ele é descritivo, ele não é avaliativo, a gente não sabe de fato quais são

¹⁹*Atendimento intensivo* – atendimento diário, oferecido à pessoa que se encontra em grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento semi-intensivo - nessa modalidade, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Este tipo de atendimento é oferecido quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento não intensivo – oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até 3 dias no mês. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário (BRASIL, 2004, p. 16).

os efeitos que a nossa intervenção produz; claro, a gente tem uma certa dimensão pelo contato direto com os usuários, fulano que não interna a tanto tempo, ou fulano que voltou a trabalhar, ou que resolveu pelo menos algumas coisas que eram mais complicadas na sua vida, isso a gente tem, mas não tem um processo de avaliação estruturado que nos permita dados com visibilidade maior (F, 12/4/2006).

Neste sentido, destacamos que, a nosso entender, a função planejamento deve orientar todas as ações no dia-a-dia das organizações. O planejamento é o processo de estabelecer antecipadamente a finalidade da organização/instituição, definir os objetivos e prever as atividades e os recursos necessários para atingi-los. Planejar é uma forma de pensar o futuro da organização/instituição, definindo o que fazer, como, quando e com recursos. Nesse processo, é importante considerar que as organizações/instituições estão inseridas num contexto constituído pela sociedade, pelo Estado e por outras instituições que influenciam suas decisões (TENÓRIO, 2000).

Alguns profissionais referiram-se, especificamente, ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, reuniões clínicas e na supervisão de equipe. Segundo estes, é na reunião de equipe mensal que se planejam mais as ações, estas entendidas como a definição dos grupos terapêuticos ou oficinas que vão ter, o objetivo e a finalidade destes, a demanda etc..

Mensalmente, a gente tem uma reunião de equipe, que tem um pouco esse objetivo, de planejar e avaliar o que é feito. Além dessa reunião mensal a gente tem dois outros momentos semanais, que é um na quarta-feira outro na quinta-feira, que a gente chama de reunião técnica, [...] mas isso se dá muito no cotidiano também, na assembléia geral do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Ele acontece em reunião de equipe, uma reunião mensal, a gente planeja grupos, planeja..., então.., acontece, primeiro tem uma reunião mensal da equipe e reunião duas vezes por semana, que são os estudos de caso; agora, a avaliação, acontece em reunião de equipe mais; o planejamento, por exemplo, como abordar um determinado caso, como ajudar, de como servir a família, o trabalho, é feito durante a semana nos estudos de caso, e nós temos a supervisão, que é um espaço que também acaba se fazendo uma avaliação, a supervisão de equipe (LÉLI, 4/4/2006).

Outras falas detalharam as conseqüências da falta de um processo sistemático de planejamento e avaliação das ações, inclusive fazendo análise dessa problemática em relação as instituições públicas em geral.

Eu acho que esse é um problema, acho que falta muito; por exemplo, se você esta aqui fazendo a avaliação da política a partir do olhar dos profissionais, eu, nesse momento, tenho tido muito incomodo diante da

necessidade que eu vejo de avaliar as ações, de avaliar os pacientes, e a gente não tem uma forma sistemática de fazer isso; por exemplo, a gente não tem um instrumento de captação do trajeto do paciente dentro do CAPS, a gente não anota algumas coisas, os prontuários também deixam muito..., as vezes a gente não faz registro nos prontuários e mesmo quando a gente faz ele não tem, assim, por exemplo, uma sistematicidade, o que é que eu vou enxergar, como é que eu vou ver se aquele paciente está melhor ou está pior depois que ele está aqui, então, a gente não tem esse instrumento; e, o planejamento, é feito um planejamento terapêutico com o paciente; o planejamento do nosso serviço é mais ou menos...., funciona, assim, com as oficinas, não é um planejamento rigoroso, a cada período a gente senta e reorganiza não, tem algumas diretrizes gerais, eu acho que em termos práticos falta muito dos dois lados, planejamento das nossas atividades, por exemplo, as vezes naquele roldão a gente vai fazendo, vai fazendo, e, também, a avaliação da eficácia, do que realmente aquilo está resultando pra vida do sujeito, se ele está realmente conseguindo chegar mais próximos desses lugares que a gente apregoa como princípios da saúde mental - autonomia, dessas coisas que a gente também fala: relação com o trabalho, relações, laços sociais; então, a gente não tem esse (instrumento de planejamento e avaliação), eu acho que falta (planejamento e avaliação) [...] Na verdade eu acho que esse é um problema das instituições públicas em geral, eu acho que tem uma grande resistência no Brasil a qualquer critério de avaliação, porque, esse discurso, a retórica da igualdade, ela exatamente vai na contramão de um processo meritocrático, ou seja, você avaliar também por mérito; você tem que criar esse tipo de instrumento; a prefeitura não tem, nunca teve uma avaliação nos anos que estou aqui que medisse o desempenho profissional, principalmente aqui, que a gente lida com pessoas que estão aqui pra se tratar, e a gente não sabe se a pessoa...., a gente vai olhando um caso ou outro; não existe um processo institucional de avaliação, nesse sentido (P, 17/3/2006).

Em geral, as organizações precisam de um processo de avaliação que realize uma revisão dos objetivos e metas alcançados e daqueles a serem atingidos. O planejamento e a avaliação são a oportunidade de fazer uma pausa e examinar a situação da instituição.

Não obstante, as políticas públicas no Brasil vêm se estruturando de forma descentralizada, com responsabilidades de organização e financiamento partilhadas entre a União, Estados e Municípios, cabendo a estes últimos a execução dos serviços de atenção direta à população. Deste modo, os processos de avaliação de serviços de saúde mental devem ocorrer no âmbito municipal. Segundo Dias (2002, p. 2)²⁰, este desafio coloca no debate o aspecto de como avaliar o funcionamento de um serviço de saúde mental, que está

²⁰ A autora realizou um trabalho de construção coletiva de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental junto aos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre; uma apresentação resumida dos resultados pode ser consultada em DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental.** In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

inserido num novo patamar conceitual e tem como tarefa não reproduzir uma prática de tutela, com ênfase na patologia, mas de incluir o sujeito portador de transtorno psíquico no planejamento e na execução das ações terapêuticas, numa nova relação que garanta a viabilidade do exercício da cidadania numa sociedade desigual. Ou seja, as dimensões de mudança conceitual, realidade social e política pública de saúde de âmbito municipal, tornam complexa a adoção de processos de avaliação.

A fala descrita na seqüência especifica o processo de planejamento e avaliação no que se refere a ação interventiva profissional no tratamento ao usuário, destacando que não existe um processo sistemático de planejamento e avaliação com relação as ações do CAPS.

O planejamento e a avaliação das ações do CAPS, eles acontecem só de uma forma muito primária ainda, nós temos [...] o planejamento e avaliação da ação do profissional a título de intervenção em relação ao usuário existe de três formas: primeiro, casos clínicos, que aqui nós fazemos reuniões de casos clínicos, quarta-feira das 8 às 9 horas e quinta-feira das 11h30min às 12h30min pra discutir a questão do caso clínico de pessoas; outra forma, construção de projetos terapêuticos ou revisão dos projetos terapêuticos na reunião da regional, cada regional, que são cinco, fazem suas reuniões pra discutir o planejamento e avaliar a vida dessa pessoa nas regionais, e a outra, especificamente do CAPS, a título de gestão, é a reunião de equipe, que você presenciou semana passada, aí é um outro momento de planejar e avaliar, porém, ressalvo, não se tem algo mais fidedigno, ou academicamente falando, que nos ampare pra fazer essa avaliação; então, é extremamente necessário nós termos supervisão, termos pesquisadores, que nos ampare no sentido de avaliar o serviço, avaliar nossa prática, avaliar a autonomia do usuário; a grosso modo nós temos, mas é muito de senso comum; então, precisa cientificar ou legitimar, regularizar, tornar mais fiel esse tipo de avaliação, a grosso modo temos, agora, com mais rigor, por escrito, não temos (GIRASSOL, 20/3/2006).

Sabe-se que a ausência de um processo de planejamento estratégico e avaliação sistemática comprometem a efetividade dos objetivos propostos. Conforme destaca Dias (2002), o cenário da Reforma Psiquiátrica requer tanto uma multiplicidade de respostas à sua plena implantação como para a avaliação de seus resultados. Contudo, é importante ressaltar que a especificidade das ações em saúde mental demanda a adoção de um método participativo, com o fim de superar o caráter unidimensional, comum em avaliações tradicionais.

A avaliação participativa já é uma exigência nas políticas sociais, decorrentes da pressão social pela garantia de acesso a bens e serviços públicos. Por analogia, a

construção de indicadores de avaliação também pode ser participativa, com a contribuição dos sujeitos inseridos na esfera municipal, responsável pela execução da atenção em saúde mental. Para a autora, apesar de certa reserva científica pela adoção desta sistemática metodológica, o seu valor está no alcance social de incluir os responsáveis pela execução de determinada ação, na sua construção e sistematização (DIAS, 2002).

3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento

Conforme já destacado neste trabalho os hospitais psiquiátricos são instituições representativas do modo asilar enquanto os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico de exercício das práticas de atenção psicossocial, do modo psicossocial.

O modelo de assistência do modo psicossocial destaca-se por seus meios básicos de tratamento (rede diversificada de serviços territorializados), e pela importância decisiva que se atribui ao sujeito na sua mobilização como participante principal do tratamento. Neste, considera-se o indivíduo como pertencente a um grupo familiar e social, o que supõe que se deve trabalhar, também, a família e o grupo social, como agentes das mudanças buscadas.

Já no modo asilar a organização institucional é marcada por estratificações de poder e saber, no âmbito das relações profissionais e da instituição, as quais transladam para a relação com os usuários e a população. Estes são excluídos de qualquer forma de participação, enquanto que no modo psicossocial, participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais.

Na pesquisa realizada, a maioria dos profissionais entrevistados referiu conhecer sobre a forma de atendimento no hospital psiquiátrico, seja por visitas, atuação profissional, contatos institucionais, relato dos usuários que estiveram internados.

No que se refere as diferenças no atendimento prestado pelo CAPS em relação ao hospital psiquiátricos, os entrevistados consideraram que existem diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência de um só discurso, o médico psiquiátrico do hospital e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial em contraposição ao tratamento igual para todos

das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Eu acho que é diferente em vários aspectos, primeiro, são essas diferenças que eu digo que são de base, sobre a Reforma Psiquiátrica e a função de um CAPS nesse processo de reforma. Existe por parte da maioria da equipe uma convicção de que a nossa função é evitar a internação e de uma certa maneira poder fazer substituição a essas instituições tradicionais; deslocar a centralidade do sistema pra um serviço aberto, que seja interdisciplinar, ou seja, onde você não tenha um discurso único dando a orientação, que no caso é o discurso psiquiátrico nas instituições (tradicionais); você tem essa multidimensionalidade então você pode compartilhar o discurso; em relação ao próprio atendimento, começa na forma do acolhimento, eu acho que o nosso acolhimento é bom, ele tem condições de receber a pessoa, de entender o que ela está procurando, o que ela está precisando, quais são as suas necessidades; a gente tenta de alguma maneira envolver família embora com dificuldades, mas a gente tenta e tenta principalmente manter a vinculação ou criar novos vínculos desse usuário; o projeto terapêutico que é individualizado também é outra coisa fundamental, que aí a gente quebra com a lógica tradicional de que todos recebem o mesmo tratamento, é a mesma medicação, são os mesmos horários, são as mesmas atividades pra todo mundo, não, a gente procura justamente ao levar em consideração essas características que são mais individuais, são mais singulares, a gente procura atender e levar em conta esses aspectos, então, isso pra mim já é muito diferente, além do que a gente procura o tempo todo ou minimizar ou quebrar mesmo a hierarquia, instituindo certas formas que evitam que a hierarquia se cristalize de maneira muito brutal, pra você não ter um deslocamento de poder dentro do serviço, que seja prejudicial pra todo mundo, igual no hospital (F, 12/4/2006).

A relação entre profissional e usuário foi destacada como diferencial por todos os entrevistados, conforme pode ser observado a seguir.

A relação entre o profissional e o usuário, pra mim, a maior diferença é essa relação interinstitucional ou interpessoal; é a forma como se dá, porque as ações também são diferentes, porque existem oficinas terapêuticas, existem os grupos terapêuticos, existem os atendimentos, mas esse modelo de atendimento pode também ocorrer numa outra instituição, ou mesmo num CAPS, mas se a relação de profissional e usuário não estiver pautada no respeito, uma relação sujeito-sujeito onde se possa esse serviço, obviamente, quando ele estiver num bom nível de participação, num bom nível de reabilitação, mas também..., o fundamental é isso, é estar pra além da instituição, estar pra relação do usuário com o profissional, e claro, o espaço também, o espaço físico tem que ter qualidade, a gente vê aqui um espaço super bom aqui no caso, as propostas de atendimento, como que são colocadas, como que é olhado esse usuário, esse usuário está junto no pensar da instituição, mas a cima de tudo assim, entender como cidadão de direitos, de respeitá-lo (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que tem um maior reconhecimento da condição subjetiva do paciente, acho que um certo respeito. Hoje, a Colônia Santana tem tido mudanças, tem uma política que também..., na verdade a política do Ministério também visa atingir as instituições mais asilares, os hospitais também estão mudando..., talvez seja mais lenta, aqui, a gente já chegou com uma outra perspectiva de trabalho; eu acho que a equipe toda, de forma geral, tem uma sensibilidade pra esse respeito pelo paciente, pelo outro, procura, na medida do possível, não estabelecer uma relação de poder; eu acho que aqui, por exemplo, a recepção é muito bem feita, os vigias também são pessoas que entraram no clima, assim, talvez já seja deles, mas entraram no clima do CAPS; acho que todos têm um compromisso com isso, um valor digamos; também, talvez seja deste CAPS, eu não conheço tantos outros CAPSs; eu acho que é uma relação diferenciada, na medida que você está aqui com esse objetivo de que a pessoa assuma a própria vida, contribuir para que isso aconteça; isso implica em ter pelo menos um respeito, um reconhecimento do outro (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p.10) destacam que o papel do técnico se transforma quando ele se coloca sob outros princípios; “se ele faz funcionar a tecnologia da doença mental, fortalece o dispositivo psiquiátrico. Mas, se transforma sua forma de intervenção, trabalha no sentido da desmontagem desse dispositivo”. Segundo os autores, isso significa pôr em funcionamento um dispositivo de desinstitucionalização e reinserir a complexidade dos problemas com os quais lida. Significa ainda abrir mão das interpretações da loucura segundo erro, incapacidade, inferioridade, doença mental, e potencializá-la como diferença, um modo diferente de relação com o mundo. Enfim, não usar o saber como técnica normativa, mas como possibilidade de criação de subjetividades. A técnica deixa de ser instrumento da violência quando a prática funciona como uma desconstrução da clínica.

As falas que seguem referem-se ao atendimento aberto e as possibilidades de escolha que o CAPS oferece em contraposição ao isolamento e segregação gerados pela internação hospitalar prolongada.

Em primeiro lugar o atendimento no CAPS é um atendimento, vou usar a palavra, aberto, ou seja, pra começar o usuário ele não fica internado aqui, mesmo se em algum momento tiver o CAPS III, é diferente. Ele vem, ele faz o trabalho dele, a sua terapia, durante o dia, e ele volta, quando, no caso tem família, pra casa; então, primeiro lugar a idéia do CAPS, o trabalho do CAPS não é segregar e isolar; quando o usuário vai para o hospital, eu acho que seja ele em qualquer campo da saúde, mas vai para o hospital e fica internado trinta dias, quinze dias, ele já esta sendo isolado do convívio com a família, do convívio social, ou seja, acaba perdendo progressivamente o contato com as pessoas e com o grupo social mesmo, e acaba sendo destituído das suas práticas pequenas, como desde pegar um ônibus, fazer sua comida, ir no

supermercado; no momento em que uma pessoa é colocada em um hospital e fica um mês, ele acaba perdendo o contato com essas mínimas..., não é nem com o mundo lá fora, mas com as mínimas coisas que ele teria em casa, na sua casa, enfim, ele perde tudo isso como se fosse realmente uma pessoa que não tem possibilidade nenhuma de fazer nem um café, enquanto o CAPS possibilita isso, acho que o CAPS ele, independente dos problemas que tem, acho que ele mostra que não, você ainda, apesar da sua crise, com a sua crise, com todas as limitações que as vezes um surto pode oferecer do ponto de vista cotidiano, você ainda pode fazer algumas coisas sim, como pegar um ônibus pra ir e voltar pra casa, fazer a escolha do seu planejamento terapêutico, vem aqui escolhe, em parte, o que gostaria de participar (LÉLI, 4/4/2006).

Assim, a possibilidade do usuário no CAPS de ter voz ela é muito maior do que nas outras instituições, as outras eu não vou generalizar, mas em algumas, as asilares, esses hospitais são..., enfim, crônicos até pela dificuldade mesmo de antes você pensar em ter outra alternativa que não a trancar e deixar lá e não tem medicação, não tem nada disso, estou falando de bem bastante tempo atrás, e isso ficou e se perpetuou, então, eu acho que a possibilidade do usuário aqui, no CAPS, nos CAPS, e até mesmo nos ambulatórios, acho que hoje em dia não é só CAPS que permite isso, é fazer parte como contribuinte do próprio tratamento, então isso é o que diferencia do paciente internado, vamos dizer assim, em São Paulo, no Vera Cruz, que é um hospital e tal, diferente de outros, tem algumas dessas internações que são diferentes, mas essa relação aí de profissional e usuário ela é mais aberta, é mais ampla, além do CAPS, especificamente, oferecer algumas possibilidades; então, a possibilidade de trabalhar em uma oficina, dessa oficina ter uma renda, que, assim, é um entrave no sentido que eles se sentem muito limitados e não só se sentem como eu acho que muitas doenças incapacitam mesmo, são incapacitantes, a esquizofrenia é uma delas, e é a nossa clientela aqui, a maior parte é de pacientes com esquizofrenia; a própria esquizofrenia já altera, vamos dizer assim, na cognição, na parte de planejamento, de você conseguir realmente se estruturar para trabalhar; tem umas pessoas que não conseguem nem ter o início, a iniciativa, ela é minada com a esquizofrenia, e aqui tem uma possibilidade, mesmo que essa possibilidade seja fazer oficina e ganhar uma renda, mesmo que, assim, seja só..., não é o valor que importa, é simbólico (J,22/3/2006).

O relato a seguir explicita epistemologicamente e em termos técnico-assistencial a diferença entre o modelo de atenção tradicional/hospitalar e o modelo de atenção psicossocial.

Primeiro, em relação a concepção da pessoa e em relação a concepção dos próprios meios de trabalho; na instituição psiquiátrica predomina o modelo manicomial/asilar como a gente chama, que daí vai olhar a pessoa enquanto doença, enquanto diagnóstico, aqui, no CAPS, a gente olha os seres humanos enquanto pessoas, enquanto a existência de um sofrimento, o que podemos fazer pra minimizar esse sofrimento da pessoa, então, essa é a primeira diferença que tem, quem é essa pessoa, que no modelo manicomial acaba sendo vista mais como diagnóstico, como um doente, isso que eu sempre falo, essa iatrogênia que o modelo

manicomial acaba inserindo na pessoa, você é um doente, vai ter que tomar remédio pra vida toda, e o máximo que você pode chegar é um portador de transtorno mental em recuperação, isso é uma das diferenças, outra é a própria concepção de saúde/doença que existe; as formas de organização dos dois modelos, são modelos diferentes, um é mais centralizado no psiquiatra, na instituição psiquiátrica, o no CAPS seria mais centralizado na equipe e, principalmente, nos usuários; a forma de relação com a clientela ou com o usuário, no modelo manicomial, é sempre uma relação hierárquica, de cima pra baixo, no CAPS, sempre uma relação, ou a gente tenta sempre ter uma relação horizontal; e a própria questão do que é bom ou não é bom pra pessoa, a pessoa tem que dizer o que é bom pra ela e, as vezes, no hospital, são os profissionais que já dizem o que deva ser bom pra ela, ou seja, a grande diferença que existe é: quem decide o que? No hospital as pessoas decidem sobre a vida da pessoa, eu acho que no modelo psicossocial é a pessoa que compartilha a decisão da sua vida (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme destaca Rotelli (1990), no manicômio (modelo/tradicional) a sociabilidade é reduzida a zero. A tutela, a internação tem a única finalidade de subtração das trocas, de estabelecer relações de mera dependência pessoal. Enquanto que a emancipação terapêutica (que se torna o objetivo substituto da "cura") só pode ser (cientemente) a mobilização de ações e de comportamentos que emancipem a estrutura inteira do campo terapêutico. Assim, o problema que se coloca aos novos serviços (CAPS) não é cura (a vida produtiva), mas sim a produção de vida, de sentido, de sociabilidade.

Neste aspecto, pode-se considerar a proposta basagliana de *colocar a doença entre parênteses* para assim direcionar o olhar ao sujeito em sofrimento e não à doença. Essa é uma questão fundamental, pois é o movimento de *tomada de responsabilidade* (DELL'ACQUA, 1992) individual e coletiva que se constitui como meio para a transformação institucional e para o processo de desconstrução. A cura cede espaço à emancipação, mudando a natureza do ato terapêutico, que agora se centra em outra finalidade: produzir autonomia, cidadania ativa, desconstruindo a relação de tutela e o lugar de objeto que captura a possibilidade de ser sujeito (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3 Participação do usuário e da família no tratamento

De acordo com as diretrizes da atenção em saúde mental do modelo psicossocial, o protagonismo dos usuários é fundamental para que seja alcançado o objetivo do CAPS de se constituir como dispositivo de promoção da saúde e da reabilitação psicossocial. Os

usuários e familiares devem ser chamados a participar das discussões sobre as atividades terapêuticas do serviço. A equipe técnica deve trabalhar de forma a estimulá-los a participar de forma ativa do tratamento e da construção de laços sociais. Entre os tipos de atendimento que o CAPS pode oferecer está o atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, de lazer com familiares (BRASIL, 2004).

Na seqüência deste item analisaremos as formas criadas pelo CAPS Ponta do Coral para envolver ativamente usuários e familiares no processo terapêutico, seja com relação ao projeto terapêutico individual, ao atendimento e a participação das famílias no tratamento.

3.3.1 Planejamento terapêutico individual

Conforme as determinações da política de atenção em saúde mental, cada usuário deve ter um projeto terapêutico individual, composto por um conjunto de atendimentos personalizado, que respeite as particularidades, necessidades de cada pessoa e proponha atividades durante a permanência diária na unidade e fora dela (BRASIL, 2004).

O atendimento no CAPS oferece projeto terapêutico de tratamento individualizado, o qual é pensado e avaliado com a participação do usuário. A fala relacionada a seguir detalha como acontece o planejamento do tratamento.

O primeiro passo desse projeto terapêutico ele é feito na entrevista inicial, que é basicamente a entrada desse usuário no serviço; então, a gente pensa uma programação mínima, levando em conta as necessidades, as condições, os limites e as capacidades do usuário e, quando a gente pode contar, com a família também. Além disso, uma vez por mês, [...] tem o encontro da Regional, e os usuários dessa Regional podem reelaborar o seu projeto terapêutico, a gente faz a revisão, a gente discute como é que está sendo esse projeto, se está sendo interessante, que ganhos, se está havendo ganhos ou não, se a pessoa está se sentindo contemplada de alguma maneira e tal, e aí a gente faz as alterações que a gente discute e acha necessário (F, 12/4/2006).

Com relação a forma como o usuário participa do processo de planejamento do seu tratamento, os entrevistados colocaram que é através da manifestação das preferências,

opções e desejos dele, dentro das possibilidades que o CAPS oferece. Nas falas relacionadas é explicitado qual a participação do usuário e do profissional no planejamento do projeto terapêutico de tratamento.

Quando o usuário chega no serviço, encaminhado de algum outro (serviço), ou de um hospital, ou de uma unidade local de saúde, ou por demanda espontânea é feito o acolhimento, onde a gente usa uma entrevista inicial pra fazer uma coleta de dados, ali resgata um pouco da história que o próprio usuário vai estar contando, e, então, nesse momento é feito o projeto terapêutico; inicia-se o projeto terapêutico, não que ele tenha que se esgotar nesse momento inicial; uma pergunta que a gente sempre faz pra ele é do que ele precisa, como a gente vai poder ajudar, então, a partir daí a gente oferece o nosso leque de atendimentos, o nosso projeto terapêutico do CAPS, e aí vai se construindo dessa forma (VIK, 24/3/2006).

Em geral a gente faz isso quando ele chega, na entrevista inicial, a gente pede pra que ele diga, a gente apresenta o que a gente tem; a gente pede que ele diga o que ele gostaria de estar fazendo, o que ele fazia, quais as preferências que ele têm, se ele não sabe, em algumas situações, a gente sugere que ele venha participar de algumas oficinas para ele, por exemplo, escolher; então, assim, é feito muito respeitando o desejo do paciente, o que ele gosta mais, as preferências dele; agora, se a gente vê que o paciente está muito ansioso, se ele precisa, a gente sugere um grupo terapêutico ou as vezes o atendimento individual; assim, não tem uma uniformidade, em geral a gente age assim (P, 17/3/2006).

Ele tem, esse projeto terapêutico, ele tem um primeiro momento, quando o usuário chega e faz a entrevista inicial é colocado com ele e oferecido, mostrado as possibilidades, o que o CAPS oferece em termos de terapia, desde grupos terapêuticos, atendimento individual e oficina, mas não é só oferecido, é também feito uma avaliação do técnico, o que ele pensa que, naquele momento, poderia estar ajudando aquele usuário, e é conversado com o usuário, muitas vezes acaba o usuário escolhendo tudo, escolhendo o que ele quer e o técnico tem pouca interferência, outras vezes o usuário quer algo que talvez naquele momento, por exemplo, atendimento individual, mas não tem vaga, não tem, os técnicos estão todos..., se tem alguém fazendo atendimento individual já não tem horário, então se entra em um acordo das possibilidades, dos desejos do usuário, e das possibilidades que o serviço oferece; isso é o primeiro momento, no segundo momento, ao longo do período do usuário aqui, vão tendo transformações, muitas vezes ele abandona aquele grupo ou oficina, que não era aquilo que ele achava que era bom, que ele gostava, abandona formalmente ou informalmente, simplesmente não vai, ou ele entrou em surto não veio mais, uma série de questões, então isso tudo é retomado, a gente tenta fazer a retomada na reunião das Regionais, reunião mensal, como é que está o tempo dele aqui, o que ainda se mantém fazendo, como ele está se sentindo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos entrevistados destacou que o projeto terapêutico de tratamento do usuário

é sempre pensado a partir da necessidade dele, o que ele traz de necessidade, o que ele traz de sonho, de vontade, de sofrimento, de

tristeza, então, o projeto terapêutico é sempre pensado, repensado, analisado, refletido, em cima da necessidade da pessoa (GIRASSOL, 20/3/2006).

É importante destacar que o planejamento do projeto terapêutico deve envolver o portador de transtorno mental como sujeito deste processo. A participação ativa do usuário na escolha do que fazer e na expressão de suas necessidades favorece a adesão e continuidade no tratamento, confere-lhe o exercício da liberdade de escolha e da cidadania. Neste processo, o ato terapêutico, quando não é mais fundado sobre a doença e não provém da autoridade médica, torna-se a própria organização coletiva, convertendo-se em *tomada de responsabilidade* e produção de subjetividade (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral

No plano teórico, a relação da família com o portador de transtorno mental é construída a partir do alienismo, como produto da sociedade moderna/burguesa. No interior desta perspectiva concentram-se dois entendimentos polarizadores: “o da família ameaçada pela eclosão da enfermidade, portanto, sofrendo suas conseqüências ou causadora da emergência do transtorno mental, assim culpabilizada por sua etiologia” (ROSA, 2002, p. 139). Historicamente, o segundo entendimento foi o que prevaleceu na maioria das abordagens teóricas na área da saúde mental, com uma relativa diminuição nos anos 1970, seguido de uma complexificação da compreensão do grupo familiar e de sua dinâmica, a partir dos avanços teóricos da leitura feminista e marxista. “Contemporaneamente, a inclusão do grupo familiar nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental; a assunção de sua condição de parceira e co-responsável dos serviços e a exigência de constituição de uma nova pedagogia institucional em sua abordagem atravessam a construção de uma nova relação entre o louco e a sociedade” (ROSA, 2002, p. 139).

Nesta direção, um dos objetivos do CAPS é incentivar as famílias a participar do cotidiano do serviço. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas importantes para o trabalho dos CAPS. Eles podem participar de diversas maneiras, incentivando o usuário a se envolver no projeto

terapêutico, participando diretamente das atividades do serviço, nas reuniões, assembléias, nas associações de usuários, técnicos e familiares, trazendo dúvidas, sugestões. A participação pode acontecer tanto nas atividades internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. (BRASIL, 2004).

A Portaria /GM nº 251/2002 constitui-se como mais um dispositivo na mudança das relações entre os serviços de saúde mental e a família à medida que prevê, no desenvolvimento dos projetos terapêuticos, o preparo para o retorno à residência/inserção domiciliar e uma abordagem dirigida à família no sentido de garantir orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento.

O atendimento aos familiares é uma das formas para que as famílias participem, conheçam o trabalho dos CAPS e passem a se envolver ativamente no processo terapêutico. Neste sentido, a família ganha visibilidade como protagonista, parceira dos serviços e co-responsável no provimento de cuidados do portador de transtorno mental.

Além disso, o avanço dos conhecimentos e entendimento de que os fenômenos humanos comportam uma multiplicidade de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos e éticos, inter-relacionados entre si, possibilitou mudanças na assistência às pessoas em estado de sofrimento psíquico. Essas puderam ser compreendidas na totalidade de sua condição existencial. E, o sofrimento, antes tomado apenas como algo individual, passou a ser visto como parte de um contexto onde outras pessoas estão envolvidas e também merecem cuidado e atenção.

No CAPS Ponta do Coral, na sua maioria, os profissionais afirmam que existe atendimento familiar, com ressalvas de um deles que referiu não existir atendimento familiar sistemático e outro que observou que existe atendimento familiar individual. As falas relacionadas expressam de que forma a família participa no tratamento do seu membro no CAPS.

A família participa não como uma preconização ou uma exigência do serviço; o que eu tenho visto é que a família participa aqui no CAPS na medida em que há uma necessidade, quando há necessidade do serviço conversar com a família ela é incluída, quando há uma necessidade da família pelo serviço ela procura, mas não é uma rotina todas as pessoas que vem aqui a família ser atendida, as vezes o usuário não quer saber da família, as vezes a família não quer saber do usuário e assim sucessivamente, ou seja, a família participa na medida que temos a clareza da necessidade, mas não é uma prática oficial do serviço (GIRASSOL, 20/3/2006).

Alguns casos sim, em alguns casos eles vem para a reunião mensal da Regional, ou vem para uma consulta com a psiquiatra, ou vem pra trazer o usuário que não consegue ainda vir sozinho, mas é muito restrita a

participação da família, normalmente ela vem mesmo quando a coisa está apertando, quando o usuário surtou, não está conseguindo segurar, quando ele está já nas últimas (LÉLI, 4/4/2006).

Os profissionais que afirmam a existência da participação da família no tratamento explicitam como esta acontece e como se dá o atendimento no serviço, observando o cuidado que existe em atender a família e o usuário juntos.

Sim, tem alguns usuários que vem acompanhado de familiares, as vezes nós chamamos a família, quando existe necessidade, e isso acontece assim no cotidiano, conforme realmente surge a necessidade; geralmente há uma relação muito conflituosa entre o usuário e família, geralmente o familiar mais próximo, referência mais próxima e aí a gente intervém, mais ou menos com dois objetivos, assim, um de pensar essa relação conflituosa, o que pode ser negociado aí pra viverem melhor, pra ter mais qualidade de vida nesse ambiente, que moram juntos, e o outro pra poder então capacitar, colocar elementos pro familiar sobre o tratamento, sobre os transtornos mentais, pra que ele possa ser um cuidador também, o que ele é, pra que ele possa se qualificar; então, uma outra coisa que eu penso é que esse atendimento familiar ele sempre tem que privilegiar a participação do usuário porque fica complicado falar do usuário sem ele estar presente (VIK, 24/3/2006).

Sim, a família participa, claro, na medida de cada caso; em geral, assim, a gente tem a disponibilidade de atender a família, então, muitas vezes, precisa de o paciente vir com a família em várias situações, e esse atendimento é dado; o grupo de família, também está tendo o grupo de família, as vezes é dado (o atendimento) a família daquele paciente; mas sempre a gente tem o cuidado de receber a família e atendê-la junto com o paciente, nunca assim..., não gerar essas fantasias perseguitórias por parte do paciente “tá falando o que de mim”; isso é mais ou menos quase uma regra aqui no CAPS, a gente atende junto com o paciente (P, 17/3/2006).

Os trechos das entrevistas relacionados a seguir descrevem as formas criadas pelo CAPS para oportunizar a participação da família no tratamento. Alguns profissionais referiram-se a um grupo de famílias que chegou a ser iniciado, mas que pela falta de adesão e outras dificuldades não funcionou mais.

Um pouco assim, o acolhimento na segunda-feira é um espaço que a família pode participar junto com o usuário pra relatar como é que foi o final de semana e pra relatar e como estão as atividades no CAPS; o outro espaço são as reuniões das Regionais de equipe, fora o trabalho individual, que, assim, eu acabo chamando muitas vezes, eu quero atender você na presença de um familiar, as vezes você precisa até forçar nesse sentido, de que a família compareça, faço cartinha, mando e aí atendo em consulta individual, mas não em grupo, não é uma abordagem psicoterápica, é mais no sentido de psicoeducação do que de terapia (J, 22/3/2006).

[...] existe um planejamento pra se atender família, um grupo de familiares a serem atendidos por psicóloga [...]; então, as formas criadas para oportunizar a participação da família é justamente quando ela vem, acompanha, que é aberto para os familiares participarem das oficinas junto com o usuário, então, sempre tem essa oportunidade e grupos específicos pra famílias que estão se tornando real (GIRASSOL, 20/3/2006).

É mais ou menos como eu te falei; então, assim, as vezes a gente chama pra um atendimento individual, e também ela participa dos eventos acontecidos aqui no CAPS, promovidos pelo CAPS, de festas, geralmente o dia nacional da Luta Antimanicomial, quando a gente comemora, que faz uma confraternização, as festas sempre tem a presença de familiares também, festa de natal, festa junina (VIK, 24/3/2006).

As reuniões das Regionais por exemplo, uma vez por mês, e tem alguns técnicos que fazem reuniões com as famílias, discutindo, por exemplo, aquele usuário em que a família está implicada diretamente, tem problema com a família, então chama a família pra trabalhar; já teve grupo de família, mas foi fechado porque as pessoas ficaram um tempo, mas as famílias, segundo as técnicas que fizeram, muito pouco se apropriavam, vinham, se utilizavam desse espaço (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre este aspecto, cabe destacar que o deslocamento do eixo da compreensão do problema individual para o familiar/social, que tem como consequência o acolhimento da família como uma unidade que necessita de cuidado tanto quanto o paciente individual, pressupõe um novo olhar sobre as possibilidades das famílias para enfrentarem suas crises e atuarem como suporte terapêutico. Nessa perspectiva, se impõe a necessidade de não só reconhecer o atendimento ao grupo familiar, mas de oferecer uma atenção singular que leve em conta, por um lado, as especificidades de cada família, considerando a história, a estrutura, a dinâmica, bem como a inserção desta no contexto social. Por outro lado, deve-se avaliar a realidade e as possibilidades das famílias para usufruírem das formas de atenção que lhes são propostas (MIOTO, 1998, pp. 25-26).

Nesta direção, dois dos participantes da pesquisa identificaram como uma das dificuldades em realizar o atendimento familiar, a falta de profissionais qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades, conforme pode ser observado nas falas a seguir.

A maior dificuldade que eu vejo é que não existe ninguém capacitado aqui dentro para lidar com a família, é claro que, assim, eu faço um atendimento com o usuário a família vai estar junto eu vou estar explicando, mas quando você vai pensar em trabalhar com a família, trabalhar no sentido psicoterápico, isso não existe, agora informar a família, tentar com que a família faça parte do planejamento, a gente

tenta e incentiva, estimula que eles venham nas reuniões das Regionais, mas o que eu percebo, assim, a equipe ela é muito pequena pra dar conta de tudo, então a maioria das vezes o paciente chega, a família está ali fora, mas todo mundo tem a sua atividade, estão todas na oficina e isso me sobrecarrega muito porque eu tenho que dar conta de tudo, inclusive da família que chegou, do atestado que está faltando, e a família que quer saber porque que o remédio..., mas não existe um espaço pra ela, não existe um espaço que acolhe a família (J, 22/3/2006).

Profissionais qualificados, eu acho que necessita de profissionais que tenha um pouco mais de experiência, de conhecimento pra estar lidando com família, que toda a família tem sempre os seus nós górdios, tem sempre questões de fundo, que as vezes precisa de um certo conhecimento, experiência pra estar lidando com isso; até que ponto é vítima ou réu, então, acredito que profissionais que tenham experiência, que tenham a qualificação teórica, [...] possa estar oportunizando uma melhor relação no atendimento CAPS com família, então, a qualidade do profissional para estar realizando essa participação (GIRASSOL, 20/3/2006).

Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que é um transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, foram relatados pelos profissionais.

Acho que tem uma junção, eu acho que tem uma coisa primeiro que é o entendimento, a família, muitos familiares, querem deixar o usuário aqui, e querem fazer sua vida, até por questão de sobrevivência; o que eles alegam muito é que eles precisam trabalhar, então não pode faltar ao trabalho uma vez semana pra poder estar aqui porque mesmo que tenha atestado pra poder estar aqui, acaba perdendo o trabalho, não tem como justificar; e a outra questão é o próprio entendimento de que é na família o espaço em que o usuário pode ser tratado, porque a idéia de tratamento é uma idéia também que se direciona, que acaba sendo entendida como médica, hospitalar ou clínica, ou então, agora tem o CAPS; e o lugar de tratamento, digamos tratamento como restituição, como reinserção, também é na família (LÉLI, 4/4/2006).

É, chega um momento que as vezes de fato a relação se esgota, assim, são tantos conflitos, são tantas brigas, tantas dificuldades de convivência, de relacionamento, que já vem desde a infância, que chega em momentos quando, geralmente, o usuário tem as primeiras crises, isso gera um isolamento, assim, o usuário fica isolado nesse ambiente, nesse contexto familiar, realmente é muito difícil; as vezes tem uma mãe muito controladora e que aí o usuário não quer muito aproximação do serviço com essa referência porque o serviço passa a ser então um lugar de acolhimento pra ele que ele não tinha até então, porém, a gente busca a família, pra que a família possa cumprir essa função da referência (VIK, 24/3/2006).

Neste sentido, deve-se considerar que no contexto brasileiro, pela própria ausência ou precariedade da intervenção estatal por meio das políticas públicas de corte social, a família torna-se a principal garantidora da reprodução da força de trabalho. As famílias, para suportar, todas as funções que lhes são atribuídas e enfrentar as situações de risco social, buscam dividir com o Estado o encargo dos cuidados com seu ente enfermo. Mesmo assim, configuram-se, para elas, condições deficitárias de atendimento, em particular no caso da atenção em saúde mental (ROSA, 2003, p. 192).

Na seqüência, o entrevistado realiza uma análise das várias situações singulares e sociais que envolvem as dificuldades do serviço, das famílias e dos usuários, em realizar um tratamento integrado na relação usuário/família/CAPS.

Então, também envolve vários aspectos, eu vou apontar alguns; assim, em primeiro lugar, a gente vê que boa parte das famílias vê o CAPS como um lugar pra poder deixar o seu familiar, é um lugar onde ela não vai precisar cuidar dele durante um certo tempo, então, eles até participam de algumas entrevistas iniciais, hoje, por exemplo, eu tenho uma (entrevista inicial) que a pessoa veio sozinha, não veio família; é bastante freqüente que venha o usuário sem acompanhante familiar algum, esse é um aspecto, a família de uma certa maneira toma o CAPS como um lugar pra deixar o seu familiar, nós por outro lado, não criamos estratégias pra fixar essa família, pra trazer essa família mais perto; tem um grupo de família que funciona de maneira meio irregular, mas que a gente vê cada vez mais a necessidade de tornar isso algo mais organizado, poder atender a família, a gente faz o acompanhamento com família, geralmente, quando há um pedido específico ou do usuário ou da própria família, aí a gente procura fazer, mas é mais individualizado, é uma questão mais individualizada, e há também, por parte dos usuários há o desejo de que a família não participe, isso ficou muito evidente na organização da associação, que é uma associação de usuários, familiares e técnicos, e quando a gente estava organizando a associação, toda vez que se falava na participação dos familiares havia uma certa resistência por parte dos próprios usuários que os familiares participassem; a gente entende isso como uma maneira de buscar uma certa autonomia, uma certa distância dessa família, que é, as vezes, bastante complicado de fato tê-los muito próximos, aí precisa de um outro tipo de abordagem, não dá pra incluir, como a gente fazia no início por exemplo, a gente fazia grupos de usuários e familiares, mas a família atrapalhava mais do que ajudava nesses grupos, aí a gente resolveu começar a separar, deixar o espaço específico para o usuário, porque a família vinha e tomava o espaço, e falava, e ficava reclamando da pessoa, do que ele não fazia, de todas as dificuldades etc..., então, a gente achou melhor botar um pouco uma barreira, botar um filtro ali pra que tivesse espaço do usuário e que ele pudesse aproveitar isso da melhor maneira possível (F, 12/4/2006).

No entanto, cabe destacar que, numa visão mais abrangente e totalizante, a família é entendida, no cerne das condições de reprodução social do portador de transtorno

mental, como um sujeito que procura reconstruir relações cotidianas, criar novos sentidos, manter e fortalecer laços de sociabilidade. É percebida, positivamente, em suas possibilidades, potencialidades e recursos, como elemento fundamental à manutenção do poder contratual, à autonomia e à emancipação do portador de transtorno mental (ROSA, 2002, pp. 152-153).

As falas relacionadas a seguir apresentam a compreensão dos entrevistados com relação às possibilidades da participação da família no tratamento, e as dificuldades do CAPS em realizar esse tipo de atendimento. Um deles argumenta que o acompanhamento à família é essencial para minimizar os efeitos da convivência com o portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Acho que o atendimento familiar assim como ele pode ter dificuldades ele também pode te ajudar um monte, então, assim, tem os dois lados, as dificuldades eu acho que é porque também ele vai estar trazendo, vai sobrecarregando com mais, digamos assim, mais queixas, vai estar trazendo.., as vezes nem está relacionado ao usuário os problemas e as situações, embora eu acredito que na maioria das vezes ela ajuda, ela ajuda porque é que está convivendo com o usuário lá fora o tempo inteiro, que tem mais os dados, quem pode inclusive, ah! ele está muito sedado, vamos tirar esse remédio, esse remédio só faz mal, então, a família se ela não é bem orientada ela acaba, assim, tentando fazer o bem ela acaba fazendo o mal pro paciente, ah! não aquela atividade lá, ficar só batendo palminha, musiquinha, aquilo lá não vai ajudar você, é melhor eu.., vou te colocar de novo na escola porque se não você não vai trabalhar nunca, então todas as ansiedades da família, que se elas forem bem trabalhadas o usuário só tem a ganhar, agora, as dificuldades é: um espaço em que essa família seja acolhida, que ela seja realmente trabalhada e uma equipe, a formação, alguém com formação pra fazer isso, isso não tem (J, 22/3/2006).

Eu acho que o acompanhamento com a família ele é extremamente necessário pra elaborar a imagem que essa pessoa acabou deixando pra essa família; a família ela ainda tem uma imagem, ela tem o imaginário social em relação o que ela de repente produziu; então, há uma necessidade de se ter um acompanhamento com os familiares pra estar elaborando as relações, o dia-a-dia que ela tem com o portador de transtorno mental; as vezes se investe muito em acompanhamento com usuário e não se investe muito no acompanhamento com a família, a família está sobrecarregada, tem que se discutir a questão dos encargos familiares, porque as vezes ter um portador de transtorno mental junto com a família é extremamente estressante, e as vezes a família acaba colocando o portador de transtorno mental no hospital pra descansar, porque as vezes é complicado, tem um portador de transtorno mental que canta o dia inteiro, ou que não dorme durante a noite, dorme de dia, ou que quer ver televisão a todo momento, ou que fica conversando com a vizinhança a todo o momento, tem o portador de transtorno mental que com o seu sofrimento incomoda muito a família, então, tem de haver um profissional articulado ou apaziguador ou que provoque alguma

resolução nessa prática; [...] se não dá pro portador de transtorno mental morar com a família então que se haja (encontre) um espaço harmônico, mas a família tem que ser acompanhada sim (GIRASSOL, 20/3/2006).

Entre as dificuldades que os profissionais identificam na (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e estigma da loucura, ainda presentes no imaginário social das pessoas. Relacionamos na seqüência as respostas dos entrevistados, nas quais é expressa a relação com alguns dos aspectos enfrentados no cotidiano da vida dessas pessoas, em suas relações com a família, as instituições e a sociedade.

Em primeiro lugar a dificuldade de a família compreender o que a pessoa tem, pelo que ela passa, muitas vezes, a idéia é de que é um vagabundo, que o cara não quer trabalhar porque é vagabundo, não quer fazer nada só quer ficar em casa fumando, na frente da televisão porque é vagabundo; então, tem essa dificuldade de poder dar ou ter um certo olhar pra essa pessoa, pra esse usuário que não seja esse da discriminação; tem também o medo, o medo de que essa pessoa venha cometer algum crime, que é um pouco o mito da loucura, é o que envolve o mito da loucura, de ser alguém que é imprevisível e violento, o mito da loucura está muito marcado por isso, muitas vezes a família vem contaminada por isso, eu atendo uma mãe, por exemplo, que apesar de ser uma pessoa que contribui muito, mas ela tem medo do filho, ela tem medo, e ela reconhece isso, diz isso claramente, ela tem medo, agora menos, depois de um tempo isso está começando a se flexibilizar, ela está começando a entender um pouco diferente, mas ela tinha muito medo do que esse filho poderia fazer com ela, então, isso é algo que é bastante comum, mas isso é uma dificuldade; o outro aspecto da resistência é a idéia de que ele se tornou uma pessoa inútil, o usuário se tornou uma pessoa inútil, porque ele não pode trabalhar, que nunca vai fazer nada a não ser ficar como um louco, ficar como uma pessoa que não pode assumir responsabilidades, que não contribui, o aspecto financeiro é um problema; o Programa de Volta pra Casa não resolve isso integralmente porque ele é destinado pra pessoas que estão no mínimo há dois anos internadas, então, aqueles que não tem internação prolongada não têm acesso a esse recurso, então, ele passa a se tornar um peso econômico pra família e aí todos os outros problemas que são decorrentes disso (F, 12/4/2006).

Muitas vezes ele acaba sendo o membro da família rejeitado, ele tem o quartinho dele no fundinho. Bom, eu acho que é o próprio estigma de ter um doente mental, tem ah ele é doente mental, deixa ele quietinho lá porque se não ele vai incomodar, vai surtar, vai xingar e, que vergonha, aí os vizinhos; então, é o estigma do usuário, do paciente com transtorno mental, como muitas famílias não entendem elas tem até crenças de que isso é o demônio, isso é um castigo, ou é porque ele era uma pessoa ruim na vida passada, então, vem com mil, vamos dizer assim, explicações, que só atrapalham e impedem que aquilo seja encarado como..., ok isso aí é uma doença, e como é que a gente vai

fazer pra ajudar e tratar isso; então, os conhecimentos, a ignorância nesse sentido, [...] uma parte eu acho que seja pelo próprio desconhecimento do que é um transtorno mental, e do estigma de que o louco é o que rasga dinheiro e, enfim, isso dificulta, e aí quando você não tem um suporte pra dar à essas famílias aqui dentro, você só reforça lá fora esse estigma; então, claro, a pessoa chama a atenção da população, os pacientes que conseguem lá fora trabalhar e não ficar só dentro do CAPS, então, as oficinas que possam vir a dar renda, que elas sejam trabalhadas lá fora, até pra lá fora você convive com eles, percebe que eles não são os loucos que rasgam dinheiro, saem quebrando tudo e matando todo mundo, esse é o medo da população e acaba sendo o medo da família (J, 22/3/2006).

A questão da diferença do “louco” para o “não louco”, que na sociedade capitalista, é determinada pela relação produtivo/não produtivo, ou seja, aquele que detêm poder de consumo e aquele que não tem poder de consumo, também foi expressa pelos profissionais entrevistados como uma das dificuldades para a (re)inserção social do portador de transtorno mental, na família e na sociedade.

Eu acho que os limites do usuário; tem a coisa do preconceito, da loucura, ele, o usuário, ele não é alguém produtivo na família, ele não leva dinheiro pra casa, ele, ao contrário, ele só gasta, ainda tem que buscar remédio, ele dá mais trabalho ainda, ele não é produtivo, de maneira geral, então, isso já agrega um preconceito maior ainda, além de ter o preconceito da loucura, de ser..., enfim, alguém que tem uma “deficiência”, alguém que é muito dependente, ainda tem isso, então, ele não soma nada à família a não ser o incomodo; daí, geralmente, é uma mãe que até acolhe, ou pai, por questões afetivas, mas sempre está lidando com esse limite do usuário; tem famílias que não querem, tem muitas famílias carentes que não querem mais um problema, e quando a pessoa, então, saiu da família, que foi internada, e ficou um longo tempo fora, a família já se estruturou de forma a não contar com aquele usuário, então, já não conta mais com ele, passou três, quatro, cinco meses, aí vem uma pessoa trazendo toda uma dependência e que não é somar, ou as vezes as próprias crises dentro de casa, então, é difícil um cara que faz xixi no chão, um cara que toma um café e deixa sua xícara, um cara que quebra, que uma vez por mês quebra tudo, que bate nas pessoas dentro de casa, ninguém tem essa tolerância, tem que ser mais de uma pessoa pra suportar e, as vezes, uma pessoa, que é a mãe, suporta, mas os outros irmãos não entendem, não conseguem lidar com a questão, que é difícil mesmo, o nível de dependência, os limites, o risco que, enfim, pode correr o usuário (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Rosa (2003, p. 192), a família, apesar de procurar dividir com o Estado as demandas de cuidado do portador de transtorno mental, ainda é o principal agente responsável pelo seu provimento. Para implementá-lo, na divisão sexual do trabalho do grupo doméstico, seu ônus recai sobre a mulher. Todavia, diferente das demais

enfermidades, o transtorno mental se particulariza pelo fato de seu portador não se reconhecer como enfermo e por seu prognóstico figurar como uma incógnita, sem ter uma temporalidade previsível. Desta forma, em geral, o provimento de cuidados e o tratamento tornam-se impositivos para o portador de transtorno mental, que pouco colabora conscientemente no seu processo de recuperação. Por sua vez, o provedor de cuidado, com frequência a mulher, mãe, tem que ter uma disponibilidade de tempo, periódica ou indefinidamente, para exercer o seu papel. E, para satisfazer as necessidades individuais do portador de transtorno mental e as exigências de sua enfermidade, a mulher, mãe tem seu espaço de vida invadido, seus projetos de vida obstruídos pelas necessidades de prestar cuidado.

3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares

No contexto da Reforma Psiquiátrica, as organizações de usuários, técnicos e/ou familiares tem cumprido um importante papel na mudança do modelo assistencial em saúde mental, participando ativamente das discussões sobre os serviços e promovendo atividades que visam maior inserção social, geração de renda e trabalho e a garantia de direitos sociais. Essas associações constituem-se em importante instrumento de promoção da saúde e da cidadania de todos os envolvidos (BRASIL, 2004)

O CAPS Ponta do Coral conta com uma associação de usuários, familiares e técnicos. Apesar de estatutariamente estar prevista a participação e filiação de familiares e técnicos, atualmente, na prática, esta se tornou, efetivamente, uma associação de usuários. Em gestões anteriores, já teve em sua diretoria a participação de técnicos do serviço. Atualmente, dois técnicos acompanham as atividades desta, mas a diretoria da gestão atual (2006) é composta somente por usuários.

Com relação a participação dos usuários no planejamento das atividades do CAPS, os profissionais referem que esta acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, realizada semanalmente, na qual são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Contudo, os entrevistados observam que

existem dificuldades em realizar um processo de planejamento das ações do serviço, seja por particularidades dos usuários, seja por limitações e/ou problemas institucionais.

Assim, existem alguns espaços em que essas ações são tomadas em conjunto, a assembléia dos usuários, aqui é feita de terça-feira, em que é discutido desde a limpeza, o lanche, qual é o próximo passeio, o que vai ser de reunião, o que está sendo feito, quais são os informes em relação a saúde mental, em relação a congressos, encontros, comissões. O que eu percebo é que embora isso seja estimulado há pouca, baixíssima, aderência e quando há, em geral, são daqueles mais saudáveis no sentido de que de repente nem seriam usuários CAPS, mas eu acredito que isso seja também o próprio sintoma, de a dificuldade de lá fora conseguir um emprego, a dificuldade de iniciar uma atividade, iniciar um curso, é também pra se engajar na própria luta deles; o que eu percebo é que a família, em geral, quando pega isso vai adiante, os usuários tem poucos estímulos próprios, vamos dizer, pra continuar, pra se manter; então, na reunião da Comissão Ampliada²¹, aí participa um, mas depois a semana que vem já não vem; então, são poucos os que realmente conseguem dar conta, eu coloco a palavra no sentido de ser capaz para, tem essa dificuldade, eu acho que é própria condição (J, 22/3/2006).

Então, a gente procura estabelecer parcerias com a associação porque tem muitas coisas que pelo fato de a gente estar submetido a um organograma e a hierarquia, e aí os limites do serviço público, a gente não pode fazer; por exemplo, a questão da venda do material das oficinas, isso é algo que o CAPS não pode assumir, por conta mesmo da legislação que impede a gente de fazer esse tipo de atividade; então apesar de ter uma participação grande, o material vendido é o material das oficinas do CAPS, mas quem faz essa tarefa é a associação, é a associação que se encarrega da venda, de levar o material, de receber dinheiro etc.; além disso a associação se tornou efetivamente uma associação de usuários, apesar de o estatuto dela prever a participação e filiação de familiares e técnicos ela é uma associação de usuários na prática, e como articuladora de um projeto político e de reivindicação dos direitos do usuário dos serviços de saúde mental, como um instrumento pra viabilizar inserção no mercado de trabalho por exemplo, parece que são essas as funções da associação; com os usuários o que a gente tem é uma assembléia semanal onde são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; esse aspecto do planejamento da atividade ele de fato não tem a participação dos usuários até porque nem nós, como te falei no início, o nosso planejamento também é meio caótico, assim, a gente não tem um processo organizado de planejamento pra um ano ou mesmo pra seis meses, então, aí os usuários não chegam a participar desse planejamento, eles participam sim da discussão do funcionamento que é na assembléia,

²¹ A Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental (CPASM) é uma instância do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, criada através da Resolução N°1/CMS/2006, cuja finalidade é assessorar o plenário do conselho no que compete a formulação, implantação, implementação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas, ações e projetos em Saúde Mental, assim como prestar assessoria técnica ao gestor municipal. A CPASM é constituída por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde, e usuários e familiares da saúde mental (nota da pesquisadora).

que é toda semana, e aí se trata das coisas do dia-a-dia, é mais cotidiano (F, 12/4/2006).

A presença e participação dos usuários nas discussões e no planejamento das ações pertinentes à saúde mental vêm se ampliando progressivamente nos últimos anos. O processo de inserção inicia-se com o protagonismo dado ao sujeito na definição de seu projeto terapêutico, estende-se na organização de associações e na representatividade destas nos fóruns deliberativos (Conselhos de Saúde, Conferências, Comissões de Saúde Mental), e na participação em eventos científicos e espaços de militância política pertinentes à área da saúde mental. Essa é uma das formas em que a condição de cidadão dos portadores de transtornos mentais é resgatada. Segundo Rodrigues (2005, p. 80), “a participação política e militância de usuários e familiares em instâncias deliberativas ganham efetividade quando politicamente organizados”.

Neste sentido, a construção coletiva do protagonismo requer a saída da condição de usuário-objeto e a criação de formas concretas que produzam um usuário-ator, sujeito político. Isso vem ocorrendo através de inúmeras iniciativas de reinvenção da cidadania e *empowerment*, como atenta Vasconcelos (2000b), por meio de intervenções via associações de usuários ou de cooperativas sociais, ou ainda da participação política de tais atores nos mais importantes fóruns sociais de formulação de políticas da área, tal como nos conselhos de saúde e comissões de saúde mental.

Nas falas que seguem, os participantes da pesquisa destacam as dificuldades encontradas na organização, na articulação e no funcionamento da Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral²², bem como seus objetivos e principais lutas políticas por direitos.

Assim, eu acho que os usuários têm esse espaço da assembléia junto com os técnicos. É um espaço interessante, onde eles podem estar opinando, mais do que o da associação; o da associação é muito mais difícil de levar adiante; eu também já fiquei um tempo ajudando a associação, já fui até, uma época, da própria gestão, da própria diretoria, e a gente tem

²² Importante estudo sobre a Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral foi realizado por Rodrigues em dois trabalhos: RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral: desvelando sua significação**. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004; e RODRIGUES, J. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

que estar puxando muito como técnico, parece que deixar por conta deles a coisa não anda e, as vezes, a gente vê que fica mais um desejo nosso de que as coisas aconteçam do que deles; então, a assembléia pelo menos é um espaço que eu ainda acho que se consegue ter uma presença, agora a presença dos familiares no planejamento é muito pequena, poucos que vem, vem um ou outro, pai de alguém; dos usuários, eu acho que é mais nesse espaço da assembléia que acontece (P, 17/3/2006).

Os usuários, nós temos a assembléia dos usuários; então, na assembléia se discute algumas questões, por exemplo, as vezes o planejamento, funcionamento da casa, por outro lado nem tudo é discutido na assembléia, [...] tem uma atuação limitada, ela não é totalmente participativa. A associação, ela tem histórias de altos e baixos; teve momentos que a associação tinha uma diretoria, mas ninguém participava, não se articulava; tem momentos que a associação se integra mais, quando ela se integra a coisa fica também mais rica; nós temos aproximação, por exemplo, na questão do vale transporte, as reivindicações, sobretudo do vale transporte, de veículos pra passeio, pra participar de um evento, muito mais do que planejamento das ações, digamos assim, mais no sentido de luta por direitos e reivindicações (LÉLI, 4/4/2006).

A associação de usuários possui cinco objetivos: controle social, ajuda mútua, suporte mútuo, defesa dos direitos, geração de renda; em cima desse objetivos a associação realiza seu movimento e sua luta. Em termos do papel dos usuários no planejamento das ações do CAPS seria discutir esses objetivos em relação ao CAPS. Hoje, o que acontece, a associação de usuários acaba discutindo um pouco mais controle social; ela expressa a representatividade dos usuários na luta social, na dignidade humana, e também na geração de renda; outra coisa muito importante que a gente fala é a luta contra o preconceito, então, a associação ela participa mais nesse sentido, controle social, geração de renda e luta contra o preconceito no CAPS; esse é o papel dos usuários, realizar o controle social, participar da geração de renda e a luta contra o preconceito; a luta contra o preconceito significa realizar teatro, levar pras Academias, levar pra comunidade, mostrar que a história do louco no imaginário social das pessoas ela é transformada, pode-se reverter isso, e isso se reverte com música, cultura e arte (GIRASSOL, 20/3/2006).

O papel da associação no planejamento, é porque assim, a associação ela não é o CAPS, ela é uma entidade separada, a assembléia é uma assembléia geral do CAPS, é um mecanismo facilitador da participação dos usuários e técnicos na gestão do serviço; a associação é uma entidade, sem fins lucrativos, que foi criada e pensada pra que os usuários e familiares se organizem pela luta da política, pela luta da implantação da política de saúde mental, pela luta dos direitos, pela luta da implantação da Reforma Psiquiátrica, pela melhoria do serviço, então, assim, a associação ela caminha, mas ela é muito nova e aí se é muito nova tem uma estrutura um pouco frágil, então assim, a tua pergunta é se ela participa das ações do CAPS, ela participa sim, tem um elo de participação aí, tem um canal de participação, mas é frágil, é muito frágil, eu penso que é muito frágil porque aparece pouco (VIK, 24/3/2006).

Rodrigues (2005, pp. 81-82) destaca que as associações de usuários, enquanto dispositivos, possibilitam uma atitude política que oferece visibilidade ao usuário como ser cidadão e não apenas como portador de um transtorno. Segundo o autor, quando o usuário passa a ver, sentir, e ver sentido em suas ações associativas, sua prática organizativa torna-se efetiva e com empenho. Por isso, as associações precisam desenvolver estratégias mais amplas de adesão, visando revigorar seus quadros associativos. Nesta direção, a profissionalização e formação política dos dirigentes é vista como uma possibilidade para estimular a participação.

A compreensão das associações civis como relacionadas e condicionadas pelas associações políticas leva ao entendimento de que há uma sinergia entre a sociedade civil e a democracia política. Segundo Fleury (2004), a dimensão cívica da cidadania diz respeito à condição de inclusão ativa dos cidadãos à comunidade política, compartilhando um sistema de crenças com relação aos poderes públicos, à sociedade e ao conjunto de direitos e deveres que são atribuídos ao status de cidadão. Como dimensão pública dos indivíduos a cidadania pressupõe um modelo de integração e de sociabilidade, que transcende os interesses egoístas do indivíduo no mercado, em direção à uma atitude generosa e solidária.

A fala a seguir relaciona algumas dificuldades cotidianas vivenciadas na e pela associação de usuários do CAPS Ponta do Coral. Apresenta algumas possibilidades de atuação deste tipo de organização da sociedade civil, tanto com relação a parcerias com outras entidades, para o desenvolvimento de ações que visem a profissionalização e inserção no mundo do trabalho, quanto no processo de politização e conscientização de seus usuários com relação aos direitos de cidadania.

Eu acho que ela tem um papel relevante, a dificuldade é de incrementar esse papel relevante; os familiares vêm muito poucos; bom, talvez a gente não esteja também instigando, muitas vezes a gente convida, mas eu acho que, também, as vezes, falta um pouco de investimento da equipe para que os familiares estejam mais no CAPS; agora, a associação poderia fazer muitas coisas, desde convênios para cursos com esses órgãos que a gente tem, SENAI, SESC; poderia tentar uma penetração, mas isso seria uma outra realidade a ser criada; cada vez que entra uma gestão nova, a gente diz quem sabe agora; desde as pequenas coisas, até divulgar a lojinha aqui, é difícil, a gente uma vez fez uns folders pra distribuir aqui na vizinhança, uma vez a gente tentava vender as verduras que produzia, não conseguia muito, conseguia ali, vendia uma ou outra; agora em termos de espaço de fazer política eu acho que ela tem um peso, deveria realmente crescer, por mais que as pessoas tenham dificuldades; eu acho que tem que continuar existindo, tem que continuar batalhando para que eles possam estar assumindo um pouco

mais esse papel político, essa conexão com outras instâncias da sociedade; por exemplo, na questão até de trabalho, de poder a associação também ajudar nessa abertura de espaços de trabalho; teve uma vez que tentaram no Angeloni (supermercado), depois quando souberam que era portadores de transtorno mental não quiseram; eu acho que a gente precisava mostrar um pouco pra sociedade o que é o paciente psiquiátrico; assim, através desses recursos, não dá pra esperar vamos pra mídia, porque, assim, tem umas coisas que são boas, ótimas, mas são meio ideais, a gente tem que tentar começar com essas pequenas coisas que pode fazer: divulgar a lojinha, sei lá, fazer um contrato lá com o CIC pra fazer cursos, por exemplo, de pintura, coisas que são mais próximas da realidade exequível (P, 17/3/2006).

Para Rodrigues (2005) dois aspectos são importantes para compreender as dificuldades de falta de adesão e continuidade na participação dos membros da associação. Um deles refere-se aos elementos motivadores para a participação. Neste caso, é preciso considerar que a prática política de militância possui seus campos de conflito e tensões, que dentro da especificidade da loucura pode não conferir uma participação freqüente. O outro relaciona-se ao significado da associação na vida dos integrantes. Muitos usuários vêem a associação como possibilidade de geração de recursos financeiros, haja vista que o fator trabalho/vínculo empregatício é algo marcante na vida dos portadores de transtornos mentais, em decorrência de a maioria não possuir fonte de renda própria.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacaram o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário.

A primeira delas é a questão do controle social, a associação tem potencialmente essa função, não só dentro do serviço, mas também nas outras instâncias, conselho municipal de saúde, conselho local, aqui em Florianópolis estamos organizando uma Comissão Permanente, que é consultiva do Conselho Municipal de Saúde, é uma comissão de saúde mental, no estado (SC), a gente tem o Colegiado de Políticas Públicas e Atenção Psicossocial, que tem representação dos usuários; então, novamente, na questão da defesa dos direitos, na questão do resgate da cidadania, as vezes nem é resgate porque o cara nunca teve cidadania alguma, mas da possibilidade de instituir um certo nível de cidadania; eu vejo que a possibilidade de o usuário poder participar politicamente é algo que tem um efeito sobre a sua dinâmica, como tem efeito sobre a dinâmica de qualquer um que descobre um dia que tem essa possibilidade de participar politicamente, da vida política, e pro usuário de saúde mental isso muitas vezes é uma descoberta que representa uma guinada muito grande na sua vida, então, vamos dizer assim, tem um efeito terapêutico, um efeito clínico nesse sentido, além, obviamente, dos

efeitos políticos que isso representa, mas, mais individualmente tem esse efeito, da articulação com as outras pessoas, enfim, tem uma terapêutica aí que é função, mesmo que não reconhecida, mas é função das associações (F, 12/4/2006).

O principal papel das associações é não tornar que os serviços se tornem manicômios; a associação é a vida, é organização, é luta, é enriquecimento, é sentido de vida; tenho escutado muito de pessoas que tiveram suas vidas arruinadas que quando passaram a militar em associações de usuários passaram a ter um sentido de vida, passaram a conceber a razão da sua existência em vida; então, a principal importância das associações é não deixar que o serviço se torne manicômio, é tornar o serviço um pouco mais rico, com mais vida, é organizar a questão política, é falar em nome dos próprios usuários; então, a importância das associações de usuários é levar a boa nova aos CAPS, levar a boa nova aos serviços de saúde mental, levar a boa nova do modelo psicossocial, ou seja, discutir o controle da loucura, ou seja, a maior importância das associações é levar a discussão da liberdade, liberdade e dignidade dos portadores de transtornos mentais (GIRASSOL, 20/3/2006).

Além do tratamento e dos serviços, eu acho importante que a associação possa se fortalecer enquanto movimento popular de luta pela Reforma Psiquiátrica, que os usuários possam se conscientizar dessa importância de estarem articulados, lutando pela implantação da política, da política de saúde mental sob esse novo paradigma da Reforma Psiquiátrica; eu acho que essa é a maior importância, acho que essa é a maior tarefa da associação; claro que isso se reflete na micro política institucional no próprio CAPS; a associação vai estar lutando, a nossa associação aqui, por exemplo, já lutou pelo próprio vale transporte dos usuários, de ir até a secretaria (Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis) conversar com o secretário e reivindicar enquanto essa democracia representativa dos próprios usuários, técnicos e familiares; pela própria manutenção desta casa na época que houve a questão da construção da via de acesso ao Hospital Infantil, existia um projeto da outra via passar também por aqui, os usuários batalharam que essa casa se mantivesse aqui, que o CAPS se mantivesse aqui e conseguiram; então, acho que essa luta maior de articulação que exige uma consciência política dos líderes que estão na associação, dos usuários como um todo, é que é a grande tarefa da associação, só que isso se faz num trabalho de formiguinha, num trabalho miúdo (VIK, 24/3/2006).

Cabe destacar que o controle social compreende a participação da população na perspectiva da interferência na gestão da política pública de saúde, colocando as ações e serviços na direção dos interesses da comunidade e estabelecendo uma nova relação entre Estado e sociedade. Conforme Correia (2002, p. 212), controle social “é a atuação da sociedade civil organizada na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam às demandas e aos interesses das classes subalternas”.

A III CNSM ressalta a importância do controle social, através dos mecanismos já existentes (Conselhos, Conferências e Comissões de Saúde Mental, organizações da

sociedade civil e movimentos sociais), como forma de garantir o avanço da Reforma Psiquiátrica. Os indicativos da Referida Conferência destacam que o controle social deve constituir-se com a representação dos três segmentos – usuários, familiares e profissionais de saúde, na perspectiva de induzir uma ação de acompanhamento da construção das políticas municipais, estaduais e nacional de saúde mental. As Comissões de Saúde Mental em ação conjunta com os Conselhos de Saúde devem exercer seu papel de controle e fiscalização das políticas públicas, o que inclui o orçamento e a destinação de verbas para a saúde mental, em todos os níveis (BRASIL, 2002a).

A ação da sociedade civil e dos movimentos sociais é ressaltada visando a garantir que os programas de saúde mental não sofram descontinuidade por ocasião de mudanças de gestão administrativa e/ou política. Para tanto, devem ser criadas estratégias para a viabilização de maior envolvimento dos diferentes atores sociais com as questões da saúde mental. Entre estas, destacamos o papel das associações de usuários, técnicos e familiares e dos núcleos estaduais e/ou municipais do movimento da luta antimanicomial, na gestão dos serviços e na fiscalização das práticas de saúde mental (BRASIL, 2002a, p. 142).

3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia

A desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial são dois dos pressupostos teórico-epistemológicos orientadores das práticas assistenciais indicadas na e pela Reforma Psiquiátrica. Tendo isso em conta, perguntamos aos participantes da pesquisa se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas para a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referiram que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras.

As falas relacionadas na seqüência explicitam a percepção dos entrevistados sobre a questão e indicam algumas possibilidades que, segundo eles, poderiam favorecer o desenvolvimento de ações de reabilitação psicossocial.

Em parte sim, em parte; eu acho que como a gente não tem um sistema de avaliação a gente não consegue medir isso muito bem; a nossa intenção é essa, o que não quer dizer que as nossas ações consigam de fato alcançar; acho que a gente poderia fazer mais, a gente poderia ter uma articulação mais intensa e mais constante com outras instituições, com outros sistemas de atenção, além claro da própria rede de saúde, que não existe; em Florianópolis a gente não tem rede, até está se formando, dá pra dizer que está se formando, mas não funciona como rede ainda, efetivamente não funciona; a gente tem pouco contato com a atenção básica, com o PSF, que seria um parceiro importante, a gente tem pouco contato com os outros CAPS também em termos de troca, enfim, com outras instituições de saúde, então, acho que a gente ainda continua isolado, e aí pensar em reabilitação psicossocial com essas condições é um pouco mais complicado; a gente vê alguns efeitos, que a gente mede pelo usuário em si, que é o fato de que ele consegue evitar internação, que ele consegue muitas vezes voltar a trabalhar, sua participação nas oficinas passa a ser bastante diferente, enfim, mas são coisas que a gente não tem um instrumento pra avaliar (F, 12/4/2006).

Eu penso que sim, apesar de que hoje o programa de saúde mental não conta com uma rede completa de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, então, assim, a gente tem essa dificuldade; se existisse isso de forma mais estruturada, de forma mais incrementada seria mais fácil a reinserção social; por exemplo, a gente não tem leitos psiquiátricos no HU, um hospital geral, que já tem um ambulatório de psiquiatria, poderia ter um serviço de emergência, facilitaria, evitaria internações, um mercado protegido, um projeto de geração de renda também não temos, não temos os CAPS territorializados ainda, então, tem uma série de dificuldades colocadas aí que impedem essa reinserção social num tempo menor do que acontece hoje; acho que hoje o tempo que o usuário fica dentro do CAPS ainda é muito grande por conta de a gente não ter essa rede completa, que possa dar esse suporte extra CAPS. [...] eu não sei se isso acabaria institucionalizando, de certa forma sim, mas assim, isso está na pauta, e se isso está na pauta não está institucionalizando, você entende o que eu quero dizer? isso está sendo falado pro próprio usuário, isso está sendo dito pra ele, olha tu já está aqui muito tempo, o nosso objetivo pra ti, nosso projeto terapêutico pra ti seria de tu poder estar fazendo isso, isso e isso lá fora, então assim, não diria institucionalizado porque talvez institucionalizado seria quando a gente não se desse conta disso, ah não isso está rolando, o usuário está aqui há anos, ninguém está fazendo nada, continua na mesma, aí sim estaria cronificando, mas acho que não nesse sentido, de que isso está na perspectiva, a gente está querendo a inserção, a gente está querendo a rede extra hospitalar, a territorialização dos CAPS, só que a gente não tem uma série de elementos necessários pra fazer a reinserção, a política, o programa de saúde mental, aliás ele está sendo implantado, incrementado muito mais agora recentemente (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que sim, mas muito pouco ainda; elas se encaminham, elas têm como ideal, elas desejam, mas na prática isso é muito pouco feito; eu vejo que nesse CAPS a equipe acaba estando muito fragmentada porque faz milhões de coisas também, desde a parte administrativa, parte clínica, oficina, se divide; eu acho que deveria ter a equipe como um todo trabalhar nisso, mas ter também grupos de atuação, como a gente

chama de atuação local, então, ainda para o que necessita está muito pouco assim, muito aquém [...] A primeira proposta começaria via Regionais, nas Regionais; por exemplo, as pessoas iriam para os seus bairros, ver qual é a possibilidade, as possibilidades que existem pro usuário se inserir, mas não só a Regional, poderia ter um grupo mesmo, sair com o usuário, fazer a coisa mais concreta, ela é feita, mas é feito muito pontualmente (LÉLI, 4/4/2006).

Em geral sim, mas tem alguns pacientes que, por exemplo, circulam no CAPS e que não tem nenhuma indicação de estar no CAPS, então ele acaba sendo um lugar de institucionalização ou de capsização. Tem isso; isso acaba acontecendo, mas em geral não é isso; em geral eu acho que todas as nossas ações, o que a gente discute em equipe é até a tentativa de diminuir essa dependência, esse vínculo de dependência, que em algum momento ela pode ser muito importante, mas em outros ela é excessiva e acaba aprisionando o paciente dentro do CAPS, e aí o CAPS passa a ter o mesmo papel e a mesma função do hospital; e como isso é o que eles conhecem, esse repertório é o que se conhece, é mais fácil de se acostumar com ele do que ter uma nova postura, uma postura de que, não, aqui eu vou tomar conta do meu tratamento, eu vou lá fora procurar o que é meu...; não, (o usuário) acaba esperando, ah o que você falar está bom, e aí essa atitude bem passiva, que ela é muitas vezes muito cômoda pra todos nós em muitos momentos, pra uns mais que outros, essa atitude de comodismo, de esperar, é ótimo, e aí isso acontece, acaba acontecendo, embora as práticas, elas tem a idéia de que não seja voltada pra isso; não é o objetivo, mas a gente observa que as vezes é falho (J, 22/3/2006).

Essa pergunta é muito difícil [...]; eu acho que não mudou muito meu olhar, a gente tende a sustentar a institucionalização, a gente não consegue dar alta, o paciente não consegue ter alta, não consegue sair; assim, digo um paciente que realmente talvez esteja até mais comprometido com esse tempo aqui, tem paciente que está aqui desde o início; eu acho que a gente acaba reforçando um pouco isso por mais que a gente tem o desejo de que fosse o contrário; existe uma certa comodidade pro paciente também, aqui ele tem atenção, ele é aceito, não tem assim uma grande briga por ele ficar aqui; então, isso me preocupa muito, eu fico pensando: é uma contradição porque ao mesmo tempo que o nosso trabalho é voltado pra isso parece que a nossa ação acaba revertendo o contrário; a questão da cidadania, a questão da construção de outros laços, criação de outros espaços, eu acho que é muito precária ainda [...]; por isso que eu acho que a gente precisa também de ter formas de avaliação dos pacientes, muitas vezes fica assim um exemplo ou outro que você tem, aquela pessoa foi, está lá trabalhando, talvez ela não tenha também construído um elo tão pesado, tão forte com a instituição, que ela já veio, ficou um tempo, saiu, voltou a fazer outras coisas da vida; eu acho que a gente ainda está institucionalizando mais do que desinstitucionalizando [...] (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p. 14) observam que um dos caminhos mais importantes para o qual aponta a desinstitucionalização é o da criação de novas relações com a loucura. Estas se processam a partir da mudança das relações institucionais internas e de

desmontagem dos dispositivos da clínica e da psiquiatria, mas certamente não se restringe a isto. Novas subjetividades e um novo lugar para o sujeito louco só são produzidos em relação com o social. O trabalho de desconstrução da institucionalização, necessariamente, extravasa o contexto institucional específico, atingindo seu objetivo mais amplo de questionamento das instituições e subjetividades capitalísticas, a desconstrução como transformação cultural. Para os autores, através do trabalho no campo social a desinstitucionalização atinge seu sentido mais abrangente, como processo social amplo e complexo de participação popular, territorialização dos serviços, envolvimento de diferentes atores sociais, e mudança da relação social com o fenômeno da loucura.

Sobre este aspecto cabe destacar que a desconstrução do paradigma da institucionalização e a construção do paradigma da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial envolve um conjunto de ações teórico-epistemológicas e de práticas assistenciais, amparadas por um sistema jurídico-político capaz de criar e garantir direitos aos portadores de transtorno mental. De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (1987), a reabilitação psicossocial é o conjunto de atividade capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários (OMS 1987 apud PITTA, 2001).

Nesta direção, a formulação da política de saúde mental, orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais nos campos da educação, cultura, habitação, assistência social, esporte, trabalho, lazer e a articulação de parcerias com universidades, Ministério Público, organizações não governamentais (ONGs), visando a melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania do portador de transtorno mental (BRASIL, 2002a).

Com o objetivo de saber se existem e identificar quais são as práticas de reabilitação psicossocial desenvolvidas no e pelo CAPS Ponta do Coral, perguntamos aos participantes da pesquisa se existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer. Do total de profissionais que responderam ao formulário, a maioria (66,7%), disse não existir, dois referiram não saber responder, e dois destacaram que existem. Dentre os que responderam que não existem tais práticas, um observou não ter conhecimento, oficialmente, das parcerias, um deles destacou que existem poucas e de acordo com o planejamento terapêutico do usuário, e um outro disse que tem em momentos específicos, mas não de forma contínua. Entre os que

responderam que sim, um referiu-se a experiências muito pontuais como por exemplo o uso da quadra de esportes próxima, e outro identificou parcerias com fundações municipais e estaduais de cultura.

Neste aspecto, os indicativos aprovados na e pela III CNSM ressaltam a necessidade de se priorizar, no âmbito da assistência em saúde mental, políticas que fomentem a autonomia dos portadores de transtornos mentais, incentivando o exercício da cidadania plena. Devem-se buscar parcerias entre o poder público e organizações civis para o desenvolvimento de projetos sociais e comunitários, de geração de renda e de acesso a todos os direitos, que possam funcionar como apoio na (re)inserção social destas pessoas.

No estudo realizado, perguntamos aos profissionais se as práticas assistenciais desenvolvidas no e pelo CAPS possibilitam ao usuário a construção de sua autonomia. Os entrevistados destacaram a necessidade de refletir conceitualmente sobre o que seja a autonomia do portador de transtorno mental, como avaliar a autonomia da pessoa. Referiram que, em geral, o serviço consegue cumprir com a função de estimular o usuário à conquista de sua autonomia.

A questão é discutir o que é autonomia, eu sempre parto do princípio de que autonomia não é independência, autonomia na verdade é a possibilidade de a gente poder ampliar as dependências, que é a vida de todo mundo, ou seja, eu pra viver eu dependo de um monte de gente, um que paga meu salário, outro que falo aqui, outro com quem eu me ligo afetivamente, enfim, eu dependo de uma porção de gente e isso me dá autonomia porque eu posso depender de muitas pessoas e de muitas instituições, muitos sistemas; o problema do usuário de serviço de saúde mental, paciente psiquiátrico é que ele, geralmente, depende ou das mesmas pessoas ou das mesmas instituições, ou seja, a capacidade de autonomia dele está muito reduzida porque ele não tem como circular socialmente, ele ou está sempre dentro de casa ou de casa pra uma instituição, seja ela o CAPS ou hospital psiquiátrico; então, pra mim autonomia é isso, é essa possibilidade de você ir ampliando os vínculos pra que você possa depender de muitas pessoas ou de muitas coisas ou de muitas instituições porque afinal de contas, em última instância, essa autonomia tomada como independência ela é imaginária, ela é irreal, não existe; então, eu acho que a gente consegue isso, a gente consegue ampliar a autonomia dessa maneira, primeiro porque o CAPS acaba se tornando um centro de convivência, então, o efeito imediato é que a pessoa deixa de ficar sozinha ou só com a família e passa a conviver com outras pessoas, esse é o efeito imediato, passa a ter outras relações que muitas vezes se desdobram, saem daqui, as pessoas fazem programas juntos fora, pinta relacionamentos amorosos ou só relação sexual, que seja, mas enfim, é uma oportunidade nova que o cara não tinha, encontrar alguém mesmo que seja só pra transar, então, isso já é um ganho também, já implica na ampliação de autonomia; eu vejo que muita gente aprende a lidar com o serviço público, aprende a correr atrás dos seus direitos, aprende a lidar com outros serviços de saúde, passa a

procurar o posto de saúde onde mora ou passa a ir pegar medicação em tal lugar sozinho, por conta própria etc.; eu acho que a gente consegue essa função, a gente consegue autonomia nesse sentido, mas pode ser melhor, na medida que a gente tiver uma rede, que a gente se inserir nessa articulação com outras instituições, com outras instâncias, a gente consegue fazer isso de maneira mais eficaz (F, 12/4/2006).

Em alguns casos sim, eu acredito que alguns casos quando não há uma limitação interna eu acho que sim, que é possível, através até da participação nas oficinas, nos grupos terapêuticos, da adesão ao tratamento médico; muitos conseguem realmente; passaram por um episódio, uma crise, conseguiram ficar bem e voltar para as suas atividades diárias, eu acho que quando eles aderem ao tratamento, quando há essa adesão, quando eu digo ao tratamento é ao projeto terapêutico deles, e não tem uma limitação, vou colocar entre aspas “uma seqüela” da própria doença muito forte, há essa possibilidade; em alguns outros casos eu acho que é difícil, assim, não é tão fácil medir isso, o que, quem melhora, quem não melhora, aquele que consegue voltar, aquele que não consegue, as vezes alguém que tem até uma doença mais incapacitante consegue, outros não, depende, depende do apoio que ele tem, do externo, da família, ou da própria sociedade, da comunidade em que ele é inserido, isso tudo faz diferença, que tem o background do que ele era antes, isso também faz a diferença, ele consegue resgatar; quando já não se tem muito o que resgatar aí fica mais difícil trabalhar; é individualizada essa resposta, mas eu acredito que em alguns casos sim, consegue essa (re)inserção de uma maneira muito boa e gratificante para os dois, pro usuário e para os profissionais (J, 22/3/2006).

[...] dependendo de como o serviço é gerido, dependo de dentro de que política de saúde mental esse CAPS está inserido, ele pode ao invés de estabelecer uma autonomia, mesmo que ele tenha uma boa vontade de estabelecer autonomia, ele acaba tornando a pessoa mais dependente ainda do serviço; então, é uma grande armadilha a construção da autonomia, não só especificamente pro CAPS Ponta do Coral, mas pra todos os CAPS que eu tenho visto; então, a gente volta novamente na questão da avaliação, novamente na discussão dos termos, eu acho que a questão dos conceitos ela tem que estar muito clara, o que significa cada conceito, eu sempre tenho batido muito nisso; o que é autonomia? É a pessoa ter minimamente condição de governar a sua própria vida, gerir sua própria vida, Ok! a gente estimula a pessoa a fazer isso, trabalha nesse sentido com a questão da autonomia, agora, quais são os parâmetros que nós vamos utilizar pra avaliar essa autonomia, isso a gente não tem muito claro ainda, acho que necessita; então, o CAPS possibilita autonomia, mas ao mesmo tempo não tem uma análise crítica [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Não obstante, cabe-nos destacar que a compreensão sobre autonomia que orienta este trabalho refere-se “a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente”. Neste caso, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas

relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001, p. 57).

As falas relacionadas a seguir destacam como o atendimento no CAPS Ponta do Coral possibilita a construção da autonomia do usuário.

Eu acho que em formas gerais sim, na relação que os técnicos tem com o paciente; agora, as vezes, a gente tem uma postura muito assistencialista em muitas situações, um assistencialismo que acaba prendendo o paciente, institucionalizando; são situações, eu acho que as vezes a gente repensa sobre elas, não foi bem por aí, mas, assim, eu vejo as pessoas contando a história do CAPS, teve muitas experiências que foram positivas também, que chegaram a um resultado, assim, sem muito recurso, sem muito com que contar fora da própria equipe, fizeram coisas que são surpreendentes em relação a tantos pacientes; eu acho que essa maneira de você poder dar voz, poder valorizar aquilo que a pessoa faz, consegue fazer em uma Oficina por exemplo, eu acho que essa é uma maneira de você conferir uma posição mais sujeita, mais ativa mesmo (P, 17/3/2006).

Sim, eu acho que sim, só que eu acho que a gente possibilita em alguns casos, não tem uma história linear de possibilitar a todos, eu acho que tem um projeto de possibilitar, mas isso não acontece o tempo todo, porque também isso não é uma via de mão única; hoje, eu já fui mais ingênua em relação a isso, muitas vezes uma pessoa que ficou trinta anos, vinte anos no hospital psiquiátrico, eu não sei mais se ele quer ter mais autonomia, muitas vezes ele quer, não quer; se a gente entender autonomia como trabalhar, seja em qualquer lugar, com uma bolsa trabalho, entender autonomia como decidir ir final de semana para uma praia, autonomia como ir ao supermercado, escolher o que vai comer, até certo ponto sim; por exemplo, se tenta até que muitos usuários saiam no final de semana, a gente na reunião das Regionais combina que eles possam ir, no final de semana, para um passeio, e eles não vão, eles ficam em casa, só vão se o técnico for, no dia de semana; então, acaba ficando um outro processo de não autonomia; então, a luta, a intenção é que isso se dê de outra forma, que também não fique dependendo do CAPS; existe uma construção pra isso e isso acontece, em certa medida acontece, mas ainda não como gostaríamos, porque nós também temos uma idealização de autonomia [...] alguns casos tem sim, vão até um certo ponto da autonomia que é possível pra pessoa, e outros vão mais além, outros regridem (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre as possibilidades de construção da autonomia do portador de transtorno mental, Kinoshita (2001, pp. 56-57) considera que a contratualidade do usuário, primeiramente vai estar determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Estes podem emprestar seu poder contratual para possibilitar relações e

experiências renovadas ao usuário, através de seu prestígio, de sua delegação social, do saber reconhecido pela sociedade. O referido autor destaca que aos profissionais é dada a capacidade de elaborar projetos, isto é, ações práticas que venham a modificar as condições concretas de vida do usuário.

A entrevista citada na seqüência relaciona a construção da autonomia do usuário a ações que envolvem outros serviços e outras políticas sociais como uma possibilidade para que o portador de transtorno mental adquira sua independência econômica. No caso, a profissional refere-se a Política de Assistência Social, através do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Outro recurso financeiro que pode ser acessado pelos egressos de internações psiquiátricas prolongadas é auxílio reabilitação psicossocial instituído com o Programa de Volta Pra Casa, através da Lei Federal N° 10.708/2003.

[...] um outro elemento pra isso (autonomia) são os usuários que estão totalmente desprovidos de qualquer recurso material que conseguem o BPC e isso garante autonomia porque ele tem o mínimo pra poder dar conta das suas necessidades materiais; então, muitas vezes, ele está numa condição muito vulnerável e aí passa a poder comprar aquilo que ele deseja, minimamente, porque é muito pouco o valor, mas consegue algumas coisas e isso garante essa autonomia, porque as vezes ele fica na família, fica sendo aquele peso que só incomoda, que não tem recurso financeiro nenhum porque ele está fora do mercado de trabalho mesmo, então, aí o benefício da previdência social também é um elemento de autonomia e de reconstrução da cidadania, mas entre todos esses outro que eu falei, do próprio material que ele tem contato na oficina terapêutica que ele consegue produzir algo; aquele usuário que é egresso do hospital psiquiátrico de polireincidência nas internações que consegue produzir uma peça bonita e que essa peça é vendida e que depois recebe o dinheiro dessa venda, também confere autonomia, confere cidadania, auto-estima (VIK, 24/3/2006).

Entendemos que a possibilidade de ter recurso financeiro próprio favorece sim a independência econômica do portador de transtorno mental, possibilitando-lhe uma vida com maior autonomia. Contudo, conforme destacou a entrevistada este é só um dos elementos que compõem o rol das necessidades humanas. A reabilitação psicossocial é um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia (KINOSHITA, 2001). Neste sentido, reabilitação e construção da autonomia caminham lado a lado.

3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental

A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos entrevistados como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista jurídico-política dos direitos do portador de transtorno mental.

Eu acho que hoje a gente já tem uma rede assistencial muito mais capacitada e quantitativamente significativa; no Brasil já são 800 CAPS; o fato de que tem recurso financeiro do Ministério da Saúde destinado, especificamente, à saúde mental, isso facilita a criação do serviço no município; em termos das modificações em relação ao que seja a loucura, o que seja o transtorno psíquico, acho que apesar das dificuldades a gente já conseguiu avançar com relação a isso, a gente já conseguiu trazer a discussão pra sociedade de uma outra maneira, levantando a necessidade de olhar isso também de uma outra forma; a medida que as pessoas começam a sair dos hospitais e voltam a morar seja em residências terapêuticas, seja com a sua família, e conseguem se manter bem dessa maneira isso também vai mudando o olhar das pessoas, pelo menos daquelas que o cercam; os projetos que a gente chama de modificação da cultura, a modificação da cultura manicomial, isso eu percebo que há um avanço, gradual, lento, tem um monte de resistência, mas a gente consegue, conseguiu, tem conseguido, e isso implica também no avanço político, no sentido da garantia do direito, no sentido de ter algumas prerrogativas preservadas com relação ao direito do usuário; então, eu vejo que de uma maneira geral a gente tem avanços e avanços muito significativos se a gente compara o que era transtorno mental há vinte, trinta anos, nesse país, tem coisas muito importantes que eu identifico (F, 12/4/2006).

Acho que a própria existência de CAPS, os hospitais dia, de ambulatórios de saúde mental, próximos as casas de onde o paciente mora, o Programa de Volta pra Casa, a possibilidade de uma residência terapêutica, são todas medidas atuais e dispositivos atuais que possibilitam essa nova forma de encarar o que alguém portador de transtorno mental pode ocupar, o que eles podem ocupar; então, eles podem ocupar os espaços, eles podem começar a fazer parte daquela comunidade (J, 22/3/2006).

A fala a seguir expressa como foi, historicamente, se alterando a forma de assistência ao portador de transtorno mental e de atenção em saúde mental na política de saúde do município.

Eu acho que a questão de criar um espaço que é aberto já é uma conquista; eu acho que hoje a gente tem essas possibilidades de CAPS, no posto de saúde mesmo; [...] quando eu comecei a trabalhar na prefeitura, há 20 anos atrás, assim, era uma equipe de um psiquiatra com mais um monte de estagiários de psicologia que saía em uma Kombi velha pra fazer alguma coisa, quando pintava um problema lá com um paciente do Campeche por exemplo [...]; não tinha nada na prefeitura há 20 anos atrás de saúde mental, então, hoje já tem, está se criando uma rede, tem profissionais nos postos, tem psicólogos, se pensa em fazer treinamento de agente de saúde, treinamento de clínico geral, já se fez algumas coisas; eu acho que isso, imagino que alguém que fica confinado dentro de um espaço, ele ter a possibilidade de circular, mesmo o pessoal do HCTP, eu acho que pra eles, assim, tem uns que não querem muito mais que isso na vida, pelo menos eles não estão tendo que trabalhar duramente como trabalhavam quando eram crianças, vem aqui, circulam, comem uma comida, anda aqui, vê televisão, bom! talvez essa seja a vida que eles querem, talvez seja...., já sai lá daquela estrutura fechada (P, 17/3/2006).

Na seqüência, a entrevistada relaciona algumas formas de exercício da cidadania que o usuário pode acessar com o tratamento no CAPS.

É, se for pensar que muitos usuários eles tiveram uma história, antes do surto, de uma vida organizada socialmente, trabalhando, talvez seria a reconstrução da cidadania, mas a medida que vem todo o isolamento propiciado pelo hospital psiquiátrico, todo o estigma do transtorno mental que a própria comunidade coloca, realmente de fato foi perdida; quando ele chega no CAPS e se propõe a se beneficiar desse espaço, assim, de fato se vincula ao projeto terapêutico dele, acho que ele consegue reconstruir elementos pra essa cidadania, num primeiro momento autonomia, acho que o cartão do vale transporte, o exemplo que eu posso dar, o cartão do vale transporte que é oferecido no período que ele tem tratamento aqui é o mesmo cartão do cidadão que vai comprar lá no SETUF, então, aquele usuário que é estigmatizado, eu já presenciei essa cena, um usuário de uma comunidade de periferia que era o louco do bairro, ele entrou dentro do ônibus com o mesmo cartão que qualquer outra pessoa, passou o seu cartão, veio pro CAPS, depois foi embora pra sua casa, então, isso já é um elemento, muito pequeno, mas é um primeiro elemento talvez, que começa aí, de ele se reconhecer enquanto sujeito, enquanto cidadão, e depois aqui também, a possibilidade de participação, no momento que ele consegue produzir algo numa Oficina, no momento quando ele consegue, na clínica, se dar conta dos seus conflitos e ter mais qualidade de vida nas relações [...] (VIK, 24/3/2006).

Uma das entrevistadas fez destaque às formas de atuação que, na sua opinião, representam conquistas significativas e correspondem a práticas que favorecem o exercício da cidadania do portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Avanços, pra começar, acho que o grande avanço foi a Reforma Psiquiátrica, a construção do CAPS, dos CAPS, as portarias que fazem com que os hospitais psiquiátricos sejam substituídos por vários CAPS, esse foi o grande avanço em primeiro lugar, porque é o momento de tirada das pessoas desses castelos, dessas muralhas, não só porque ficaram ali presas, mas de todo aquele sofrimento mesmo, de miséria, enfim, como os últimos dos últimos, então, eu acho que esse é o primeiro ponto, é que os sofredores de transtorno psíquicos e mentais não ficassem segregados, mas poder estarem sendo mostrados e expostos - uma parte da sociedade, são pessoas que podem transitar, que estão aí, não necessariamente precisam ser escondidos como uma vergonha; junto aos CAPS, isso não caminha sozinho, tem a construção as redes de atenção básica também; [...] mas quando fala em cidadania acho que tem três eixos: um é a construção do CAPS, de serviços como o CAPS, outro são as residências terapêuticas e o outro a economia solidária; hoje eu vejo como isso, assim, esses três projetos, que foram feitos com luta, porque a primeira luta foi dos hospitais, então, tem as portarias que substituiu os hospitais por CAPS, progressivamente, tem toda a luta do movimento antimanicomial, tem as leis que protegem, tem esses três eixos; residência terapêutica é um lugar de resgate à cidadania porque a pessoa vai poder estar numa casa, vai poder comprar um bombril pra limpar a panela, vai poder comprar tomate e batata, vai começar a transitar no meio de outras pessoas, com a vizinhança, a se autogerir, poder fazer escolhas para sua casa, onde ele quer botar um quadro, onde ele quer botar o guarda-roupa, sua roupa, com outros colegas, mas enfim...; tem também a economia solidária que é o momento de autogestão, de fazer escolhas também, de decidir sobre sua vida, em uma certa instância, porque em última instância, em última análise ninguém daqui decide sobre a sua vida, nem eu, nem tu, a gente já nasce num sistema que te absorve e a gente é o que em última análise o capitalismo quer que a gente seja mesmo, nossa roupinha, nossa comida, nosso padrão de beleza, tudo a gente faz como é vendido; eu acho que essas iniciativas, porque a economia solidária não é só cooperativa, não é só associação, não é somente, é uma outra forma de produzir trabalho e discutir sobre esse lucro, que antes estava na mão de algumas pessoas, então, é dividir, eu também decido sobre o que é o meu trabalho, eu não me alieno dele, mas eu sei onde é que vai o meu trabalho (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Fleury (2004, p. 4), os grupos excluídos estão, em geral, impossibilitados de participar das relações econômicas predominantes no mercado, como produtores e/ou consumidores, e das relações políticas vigentes, os direitos de cidadania. Segundo a autora, esta situação é agravada pela transformação das políticas públicas de proteção social, afastando-se de um modelo de seguridade social, que buscava assegurar coletivamente o mínimo vital para todos os cidadãos, em direção à individualização da pobreza e da exclusão.

Conforme aponta Pitta (2001), o homem moderno, acriticamente, persegue formas de inclusão social pelo trabalho, desconsiderando o fato do trabalho não ser nem

tão disponível nem tão flexível para suportar as diferentes demandas individuais e coletivas que a sociedade moderna impõe. Não obstante, a tradição asilar e assistencialista das instituições psiquiátricas, historicamente, caracterizou-se pela função de excluir os marginalizados, produtos das disfunções do modo de produção capitalista e da divisão social do trabalho. Em geral, a população internada, e muitos dos egressos de hospitais psiquiátricos atendidos nos CAPS, está cronificada, com poucas chances de retorno ao mundo do trabalho capitalista.

A fala relacionada a seguir traz a compressão e reflexão, do profissional entrevistado, com relação ao conceito de cidadania e as implicações práticas deste quando se tem como parâmetro uma concepção e um modelo de cidadania pautado na lógica da racionalidade.

Eu tenho visto que está se percebendo uma maior clareza da necessidade dessa cidadania do portador de transtorno mental, porém ainda falta um pouco mais de discussão em nome de que direitos o portador de transtorno mental tem pra fazer cidadania, porque é assim, a cidadania dentro desse modelo francês - igualdade, fraternidade, liberdade, ela exige muito a questão da razão, pra você exercer cidadania você tem que falar em nome da razão, e muitas vezes o usuário, quando está em crise acaba não falando numa razão, acaba falando uma desrazão, e aí como fazer? como dar conta disso? ainda não temos resposta, em nome de que cidadania é reinventada uma cidadania para os loucos, mas tudo bem, isso é pra gente pensar; então, o avanço que tem em relação a construção da cidadania é quanto mais ter associação de usuários em que se discuta cidadania, mais vai ter cidadania, que eu não acredito que os CAPS tenham trabalhado muito nessa lógica, porque acaba não discutindo a questão da cidadania, que cidadania é essa, o que se entende por cidadania, o que é o ser cidadão [...](GIRASSOL, 20/3/2006).

A cidadania integra as exigências de justiça e exercício democrático do poder; o sentimento de pertencer a uma comunidade e de estar integrado a uma dada coletividade social, em determinado espaço territorial (FLEURY, 2004). A idéia de direitos do cidadão – civis, políticos e sociais – remete a construção dos Estados nações, em que o princípio das nacionalidades precede o ideal filosófico cidadania universal. A cidadania, definida pelos princípios da democracia, constitui-se na criação de espaços sociais de luta (movimentos sociais) e na criação de instituições permanentes para a expressão política; significa, necessariamente, conquista e consolidação social e política (VIEIRA, 2002, p. 40). Ainda, a cidadania passiva, outorgada pelo Estado, se diferencia da cidadania ativa, na qual o cidadão, portador de direitos e deveres, é essencialmente criador de direitos para abrir novos espaços de participação política.

Diversos são os obstáculos para o exercício da cidadania do portador de transtorno mental entre estes a vinculação dos direitos a racionalidade instrumental-cognitiva da ciência; a vinculação da sua prática a inclusão controlada no mundo do trabalho, modelo este que, no caso brasileiro, é denominado por Santos (1979) de cidadania regulada. Vasconcelos (2000b, p. 191) indica que, para aqueles que assumiram a proposta da desinstitucionalização e reinvenção da cidadania no campo da saúde mental, há de considerar que estamos diante de um terreno de relações de forças complexo e paradoxal, em que a manutenção do caráter democrático nas relações exige abandonar esquemas conceituais lineares, onipotentes, que queiram garantir de antemão a sua eficácia.

Fleury (2004, p. 12), observa que “a mediação entre os indivíduos e o Estado, através da igualização realizada na cidadania só é efetiva, na medida em que a sociedade civil seja capaz de realizar as funções de agregação dos interesses, reconhecimento dos sujeitos e sua inserção na esfera pública. Só assim a cidadania deixa de ser um invólucro legal e passa a ser um exercício na vida social”. Portanto, uma visão mais ativa de cidadania requer um sentido de sociedade civil como uma esfera pública onde os cidadãos se encontram em reconhecimento mútuo, e isto faz possível a sociedade plural.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referiram que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental substitutivos ao modelo tradicional/asilar. As falas a seguir identificam estas dificuldades fazendo uma análise da questão na realidade da sociedade capitalista atual.

Tem o mito de louco, do louco perigoso, do louco imprevisível, é algo que pesa muito [...], que é a lógica do mercado; pra nós, basicamente, estar inserido na sociedade é estar trabalhando, a gente se pauta muito por isso, pra poder se considerar inserido, vinculado no mundo você tem que estar no mercado de trabalho e, muitas vezes, essa lógica enlouqueceu muita gente, e as pessoas não conseguem, principalmente os usuários dos serviços de saúde mental, os psicóticos em particular, tem muita dificuldade em entrar nessa lógica, e se submeter a ela, coisa que pra qualquer um tem um custo muito alto em termos de saúde, eu digo quem está inserido mesmo no mercado de trabalho, em termos de saúde, de relação com a sua família, com as pessoas que gosta, com os amigos etc., isso tem...; viver para o trabalho é algo que pra nós é insalubre de uma certa maneira, a gente não faz outra coisa a não ser trabalhar; então, pra essas pessoas que estão fora do mercado de trabalho

é muito complicado poder voltar, o que sobra é uma rede de assistência que na nossa realidade é sempre capenga, sempre parcial, tem dificuldade em aceitar o louco por conta desses mitos, e, também, da própria resistência do usuário, da pessoa com esse tipo de dificuldade de entrar nessa lógica, no que ele de uma certa maneira faz muito bem, algo que cria outros problemas pra ele (F, 12/4/2006).

São tantas, é assim, primeiro lugar, eu vejo assim, com todo o preconceito que tem da loucura, tem uma coisa no nosso sistema capitalista que é a questão da produção, produção de capital, produção de bens, e inserção no comércio, no mercado de trabalho, então, o portador de transtorno, sofrimento mental, ele a princípio, quando ele está nesse estado, ele não é produtivo, produtivo pra esse sistema capitalista, ele não trabalha, ele não consome muito, porque ele não vai ter dinheiro, portanto, isso de maneira geral, a gente sabe que as pessoas de posse, que a loucura, o sofrimento psíquico ele atravessa qualquer classe, mas 90% tem isso; então, a princípio existe a exclusão, já existe esse preconceito também, mas muito mais que isso, que a sociedade de fato ela é dividida entre os que produzem, os que fazem a engrenagem funcionar e os que estão a margem, então, o usuário é mais um que está a margem, assim como o menino de rua, os rapazes do morro, então, ele é mais um, também, que causa incomodo, e ele no Estado, das políticas públicas do Estado ele seria como só o gasto, não seria mais uma produção; além de ser uma sociedade racionalista que tem toda a sua formação no discurso, no discurso reto, no discurso racional, na fala, a fala racional, na linguagem articulada como o único meio privilegiado de comunicação, e o usuário, muitas vezes, não tem esse instrumento, por conta da sua fragmentação, da sua história, da sua medicação, da própria coisa do delírio, muitas vezes ele não tem o tempo todo essa fala coerente, esse discurso, dessa forma já faz com que ele não seja inserido, uma vez que ele é a minoria digamos assim (LÉLI, 4/4/2006).

Hoje, a gente fala muito em rede de atenção psicossocial; eu percebo que é uma rede que ela tem que estar instituída, que são locais de proteção para o portador de transtorno mental, são as certezas, são os caminhos certos que os usuários teriam, a rede; o problema a começar é que nós não temos essa rede instituída, entendo por rede: emergência psiquiátrica ou emergência em atenção psicossocial em hospital geral, CAPS III, CAPS II, CAPS criança e adolescente, CAPS álcool e droga, associação de usuários, escritório jurídico para amparar o direito do portador de transtorno mental, atenção primária em saúde mental, equipes volantes, centros de convivência, enfim, tudo o que preconiza a rede em atenção psicossocial, esse seria o primeiro passo; então, essa dificuldade, não temos a rede em atenção psicossocial, esse é um passo; segundo, o próprio imaginário social das pessoas em relação a loucura e ao louco, isso é uma outra dificuldade, que daí entra em cena o estigma e o preconceito, onde o portador de transtorno mental passa a não ter crédito na comunidade, e isso ainda é uma dificuldade; e, claro, depois tem toda a questão do trabalho, as cooperativas de trabalho, que ainda não se discute muito em Santa Catarina, não conheço nenhuma cooperativa social de trabalho para portadores de transtorno mental, que é uma forma de gerar trabalho diferente dessa preconizada pelo modo de produção capitalista, que você tem que produzir pra receber, isso é uma outra dificuldade, a dificuldade em cima da questão do trabalho, do emprego, que muitos acabam tendo seu reconhecimento, sua valorização em cima

do dinheiro que tem no bolso, o poder contratual que a pessoa possa ter, as vezes, na sociedade, é o quanto ela tem no bolso, e a maioria dos usuários não possui isso, e é aonde muitos acabam querendo se aposentar para poder ter o seu dinheiro, que não tem outra alternativa ou clareza do que fazer pra ter dinheiro, então, esse é um problema enorme na questão da reinserção social (GIRASSOL, 20/3/2006).

Os participantes da pesquisa apontaram que uma das possibilidades para a (re)inserção familiar e social pode ser a separação das oficinas produtivas da área física do CAPS. Esta proposta e os projetos de geração de renda via economia solidária foram apontadas por alguns dos entrevistados como uma das alternativas para a realização de uma maior integração do serviço com a comunidade, bem como a melhor adequação do próprio espaço físico do CAPS.

[...] a questão do projeto de geração de renda, que eu acho que de fato está faltando, inclusive a gente já está também se mobilizando pra tentar criar um projeto nesse sentido, porque os usuários aqui, nas oficinas terapêuticas produtivas, eles conseguem ter acesso ao material específico de cada oficina produtiva, também, a técnica de produzir o artesanato, mas não tem mercado; eles conseguem vender as peças, conseguem resgatar uma grana, mas não é suficiente pra poder manter ele, manter as condições de sobrevivência; então, precisa implantar essa geração de renda, de fato acho que vai dar um gás pra essa (re)inserção dos usuários que estão sendo tratados do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Já para uma das profissionais entrevistada as dificuldades na (re)inserção social estão mais relacionadas a questões de singularidades dos portadores de transtorno mental.

Eu acredito que volta de novo pro estigma, vai voltar pra própria incapacidade, pra própria dificuldade do usuário, do paciente; muitas vezes eles poderiam fazer algo muito mais do que fazem, e aí tem o medo, o medo deles, o medo de eles terem de enfrentar a própria doença, de eles terem que enfrentar os outros, e a hora que eles conseguem fazer esse movimento aí vem o medo do outro, aí é mais fácil ficar parado, aí volta pro comodismo, mas de alguma forma se a gente consegue..., aí não precisa de grandes movimentos, eu imagino que pequenos movimentos dentro da comunidade, que seja, alguém ir conversar com o diretor da escola, ir conversar, aí a diretora consegue conversar na sala, vamos supor que tem alguns pacientes, mais jovens, que pelo surto psicótico deixaram de ir e aí não retomam, não retomam porque tem medo, porque as vezes vão rir dele porque ele é louco; então, pequenas intervenções, elas tornam possível mudar um pouco essa inserção, essa reinserção, mas a gente esbarra de novo na falta de técnicos pra fazer isso e também acho que até por uma falta de equipe, aí volta pra equipe, entende, não tem uma equipe que pense isso em conjunto, que age em conjunto e aí como fica muito personalizado, individualizado os atendimentos, cada um vai pra..., eu vou pro meu consultório, outro vai pra oficina e aí não tem a equipe (J, 22/3/2006).

Outra entrevistada referiu-se ao estigma e preconceito existente por falta de conhecimento e divulgação, exposição, seja nas universidades ou por parte dos próprios serviços de atenção, sobre saúde mental.

Bom, eu acho que entre elas a questão do estigma, do preconceito, e não é um preconceito.... a gente sabe que tem riscos em algumas situações, a gente também as vezes tem medo de algum paciente, te dizem ah fulano matou três pessoas..., não é um preconceito que nasce do nada, muitas vezes é um preconceito que de alguma forma é compreensível, mas você não pode ah então ta...; eu acho que não existe muito, você não vê muito nos meios de comunicação uma campanha em torno da desestigmatização, você vê de outras coisas, com relação a aleitamento materno, outras questões da política de saúde; com relação a saúde mental eu acho que se fala pouco na sociedade, se discute pouco; por exemplo, na universidade, até não sei se lá na saúde pública o pessoal da saúde mental tem feito mais coisa, até os alunos que vem fazer residência aqui, a primeira reação deles é: a gente está aqui e tem medo, nem eles foram preparados pra isso, então, você começa a avaliar que tem uma falta..., não se fala muito no assunto, acho que assim, não se fala no assunto na sociedade; assim como se faz grupos de mulheres lá nos postos de saúde pra tratar de questões de sexualidade, muitas vezes faz sala de espera pra tarar de questões..., não se faz uma sala de espera pra falar de saúde mental; então, eu acho que talvez assim, a gente pensar, bom! nós estamos nisso (na saúde mental) e nós nunca fomos fazer uma sala de espera no posto de saúde da Agrônômica pra falar de saúde mental, pra falar do CAPS, quem sabe a gente também precisasse fazer algumas coisas assim, começar uma divulgação maior; acho que pouca gente de fora do serviço, fora das pessoas que trabalham na saúde mental sabem da política do Ministério pra saúde mental, que existe uma política de criação residências terapêuticas; eu li relatos de pessoas no Rio (RJ) que tiveram muita dificuldade de alugar pra se fazer uma residência terapêutica, num prédio então, quando ficaram sabendo que eram pessoas que vinham de hospital psiquiátrico ninguém quis; então é muito difícil, e ao mesmo tempo tem experiências positivas, tem pessoas que estão na residência e diz que a vizinhança viu que eles não são bichos, que eles podem interagir, podem estabelecer laços de vizinhança, então, tem algumas experiências boas e algumas experiências que são difíceis (P, 17/3/2006).

No contexto do estudo foi perguntado aos profissionais entrevistados se a atual organização dos serviços de saúde mental favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais. Conforme pode ser observado nas falas relacionadas, as opiniões foram divergentes. Dois deles observaram sobre a necessidade da existência de diversas instituições e serviços articulados e integrados à proposta da rede de saúde mental para que seja possível favorecer a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental

Embora a estrutura se localize no município, pelo menos eu estou pensando em termos de utilização da rede; então, a gente tem no Brasil inteiro muita diversidade, tem cidades onde a rede está montada, foi instituída e funciona legal, não é o caso de Florianópolis, a gente tem dá pra dizer poucos serviços, são só três CAPS que deveriam estar regionalizados ou territorializados, mas não estão, e tem algumas equipes de saúde mental nas Regionais, nas sedes das regionais, então, eu vejo assim, tem uma rede a ser constituída, ela precisa criar os mecanismos pra que a pessoa possa usar isso como rede, isso em termos de atenção à saúde, quando eu falo em rede eu também não estou pensando só em serviço de saúde, estou pensando que há uma possibilidade de a gente ter uma rede que inclua outros serviços, que não sejam só os de saúde, só os especializados, que eu acho que é a nossa necessidade, você incluir outras instituições, outros programas, enfim, que tenham vinculação com a cultura, com o trabalho, com a arte, produção do conhecimento, com as universidades por exemplo, as universidades são um campo excelente, seriam um campo excelente pra gente poder trocar um monte de coisas, pelos programas de extensão que eles tem, pelos projetos comunitários etc., a gente podia estar fazendo parceria com as universidades, mas não conseguimos, não sai, não rola; [...] a saúde mental eu acho que é o melhor exemplo desse distanciamento porque é difícil encontrar uma universidade onde a Reforma Psiquiátrica esteja incluída, ou mesmo os temas da reabilitação psicossocial estejam incluídos nos currículos dos cursos de saúde, é raríssimo (F, 12/4/2006).

Então, essa rede montada de forma territorializada, principalmente, eu acho que esse aspecto da territorialização é fundamental, é chave pra conseguir a reinserção social, não só por facilitar o acesso do usuário, mas pelo fato de o serviço estar ali no seu território, isso é fundamental, além disso, o projeto de geração de renda, as vagas, os leitos psiquiátricos no hospital geral, é todo esse contexto que precisa ser implantado para de fato poder facilitar o trabalho de cada instituição dessas, seja do CAPS, seja do projeto de geração de renda, ou do próprio hospital geral, como um todo, assim, essa engrenagem funcionando bem aí sim vai ser mais rápida a reinserção social do usuário portador de transtorno mental (VIK, 24/3/2006).

A partir das colocações dos participantes da pesquisa, destaca-se a importância da rede de serviços na construção da cidadania das pessoas atendidas pelas políticas de ativação, as quais, segundo Fleury (2004), tem como objetivo a inclusão social de conjuntos populacionais definidos a partir da territorialidade. Tal proposta pretende tratar o território como um componente, tanto material como simbólico, da esfera pública. Neste sentido, a construção da cidadania passa, necessariamente, pela reconstrução das cidades e potencialização da rede de serviços na valorização das características objetivas e subjetivas da demanda local.

Na seqüência, um dos entrevistados enfatiza que a forma como são pensados e estão organizados os serviços de atenção não favorece a construção da cidadania dos usuários.

Não, não favorece, porque, primeiro, os serviços de saúde mental estão sendo construídos pra quê? Não tem muito claro ainda pra quê que se tem atenção básica em saúde mental hoje, pra quê se constrói centro de convivência, pra quê tem o CAPS? acho que o objetivo do serviço parece não estar muito claro, talvez eu esteja enganado; veja bem, a atenção básica é mais no sentido pra estar discutindo os seus conflitos, minimizando os “sintomas psiquiátricos”, e aí acaba não tendo um trabalho de reflexão sobre o contexto que a pessoa está inserida; [...] a questão da cidadania tem a haver..., quanto mais articulada for a pessoa, quanto mais ela se envolver com as lutas sociais, mais cidadania ela vai exercer, quanto mais clareza, mas crítica, mais conhecimento ela vai ter, ela vai desenvolver cidadania; então, a forma hoje como os serviços estão organizados, ela acaba não favorecendo essa questão da construção da cidadania porque ainda vem de uma lógica de modelo centrado no transtorno mental (GIRASSOL, 20/3/2006).

Uma outra profissional considerou ser difícil avaliar a questão pelo fato de a rede de serviços não estar implantada por completo, e por não ter avaliações sistemáticas dos resultados.

Olha, eu não sei se a gente já tem condições de fazer uma avaliação, a rede está meio que andando [...] assim, qualquer coisa que eu vá dizer é, assim, referente uma experiência ou outra, não sei se a gente tem condições de fazer uma avaliação enquanto rede; por exemplo, eu vi muitas experiência positivas em cidades como Campinas (SP) que eles já tem há mais tempo, por exemplo, residências terapêuticas, tem desde o começo dos anos 1990, tem muitas experiências boas de pessoas que conseguem transitar na vida, tem gente que está trabalhando; [...] eu acho que a gente precisa além de ter a política, de ter a carta de intenções, a gente precisa ter avaliações também, eu acho que uma questão dessa eu sinto que precisa ter uma forma mais sistemática de avaliar, qualquer coisa é uma coisa mais ou menos um olhar particular pra aqui pra ali, acho que no todo a gente não tem (avaliação sistemática), pelo menos eu não conheço ainda, pode ser que estão fazendo e eu não saiba ainda (P, 17/3/2006).

Já para duas das entrevistadas, a atual organização da rede de serviços na política de saúde mental favorece sim a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental.

Sim, eu acredito que sim, na teoria ela é muito importante e acho que trabalhando em todas as instâncias, se a gente for pensar naqueles mapinhas, os ambulatórios, os CAPS, hospitais dia, a escola, e os centros comunitários, os postos de saúde, todos capacitados; eu acredito que sim, a rede ela é bem estruturada e ela possibilita aos portadores de doença

mental, enfim, terem uma reinserção melhor e maior na sociedade, e também de entendimento do que ele tem, do que ele pode fazer, quais são os recursos que ele tem também pra lidar, dentro dessa rede (J, 22/3/2006).

Acho que sim, favorece, se tu me perguntasse se ela resolve, eu diria que não claro, ou até que ponto ela resolve, mas favorece sim, eu acho que tem um favorecimento relacionado a forma que as pessoas eram tratadas, acho que favorece muito mais (LÉLI, 4/4/2006).

É possível perceber nas falas relacionadas acima a preocupação com a efetiva implantação da rede de serviços em saúde. As redes, conforme proposto na política de saúde mental, possuem muitos centros, muitos nós que as compõem e as tornam complexas e resistentes. Estão embasadas na noção de território, como um sistema de relações e estruturas, muito mais que um simples espaço geográfico. O fundamental neste processo é que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento.

Neste sentido, torna-se de fundamental importância refletir sobre o exercício da cidadania no contexto das políticas públicas, cada vez mais segmentadas e focalizadas. Para Fleury (2004, p. 2), “as políticas atuais de inserção buscam reafirmar a natureza contratual do elo social em novas bases, com a revalorização do local e comunitário e a transformação do Estado em um animador e mobilizador de recursos societários. Reduzido a mantenedor da estabilidade de uma ordem econômica que produz a fragmentação e a exclusão social, o Estado, busca atuar de maneira compensatória e focalizada, atendendo aos grupos mais vulneráveis e/ou potencialmente ameaçadores da ordem social, por meio da convocatória da solidariedade lançada aos diferentes setores inseridos na ordem econômica. No entanto, a incapacidade de alterar as condições estruturais de produção da exclusão mostra os limites das políticas de ativação, cuja promessa de inserção social carece de expectativas de emancipação dos sujeitos e coletividades beneficiários”.

3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica

Os CAPS compõem o rol de serviços do modelo psicossocial de atenção em saúde mental proposto na e pela Reforma Psiquiátrica. Perguntamos aos entrevistados qual seria o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica e obtivemos como

resposta que este teria a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos ideais da própria Reforma.

Eu acho que a função imediata ela é servir como um ponto de articulação, porque a gente consegue criar um ambiente que é relativamente protegido e que dá ao usuário as condições de ele poder participar de outros circuitos; fundamentalmente é essa a função, de articulação; eu lembro de uma discussão que a gente fazia, em Brasília, uma vez, sobre essa importância excessiva que os CAPS acabaram adquirindo, como quase que o central do sistema hoje é o CAPS, mas ao mesmo tempo a necessidade de se ter um espaço como esse, principalmente, pra quem está vindo de uma internação prolongada ou pra quem sempre passou a vida dentro de um hospital psiquiátrico, se tem que ter um pólo, uma instância articuladora pra poder fazer a passagem, porque o cara não vai sair do hospital e retomar sua vida imediatamente, não vai, ele tem uma série de dificuldades que ele não consegue vencer, e o CAPS, nesse sentido, a função seria essa, de poder..., tem uma expressão que eu acho interessante que é: emprestar poder de contratualidade, ou seja, poder dá um certo aval de que esse sujeito pode participar novamente ou pode participar pela primeira vez dos circuitos sociais, pode fazer laços com outras pessoas, com outras entidade, outras instituições, esse é o aval que eu acho que um CAPS pode fornecer e essa é sua principal função (F, 12/4/2006).

É pensar o CAPS como um espaço em que o paciente vai estar usando e tendo apoio para os momentos de crise, e fora os momentos de crise, também, que não seja hospital, e aí, dentro da Reforma eu acho que o CAPS ele é fundamental, assim como os hospitais dia, é que aqui em Florianópolis a gente não tem hospital dia, mas eu acho que os moldes do CAPS (eles estão) é muito próximos, as vezes até é difícil dizer o que é um o que é outro; esse momento de transição do hospital para a sociedade, nesse momento o CAPS é algo muito importante, ele dá, é capaz de conter, dar uma continência pra o usuário, isso a gente percebe mesmo quando não tem nada, o paciente já está muito bem, eles voltam quando estão em crise, sem ter nada marcado, e só de estar aqui pra muitos já é confortante, então, a gente percebe que essa continência, esse acolhimento, e saber que ninguém vai vir aqui e amarrar e conter, porque acho que esse é o medo, de todo mundo, acho que isso já possibilita a procura, eu estou mal vou lá, vou buscar a ajuda do CAPS (J, 22/3/2006).

Eu diria que o CAPS seria o pensador da estruturação da rede de saúde mental, que via de regra o CAPS acaba sendo pra municípios de médio porte o primeiro serviço a ser instituído no território, no município, aí o CAPS acaba assumindo essa responsabilidade, a portaria fala bem disso, a 336, do que compete ao CAPS, e tem vários itens lá, entre eles organizar a rede de saúde mental no município, porém, acaba sobrecarregando os profissionais de saúde mental que atuam nesse CAPS; então, a importância do CAPS na operacionalização da Reforma, ele é importante enquanto um dispositivo crítico, ou seja, se o CAPS não ter a clareza do que seja a Reforma Psiquiátrica ele não vai

operacionalizar, ele só vai operacionalizar a Reforma Psiquiátrica quando ele entender que Reforma Psiquiátrica é o processo social complexo que se configura pelas quatro dimensões, enquanto ele não repensar, refletir a sua prática, o que ele está fazendo, o que não está fazendo, ter mais autocrítica, ele não vai conseguir operacionalizar a Reforma Psiquiátrica; ele tem importância porque tem vários atores, vários profissionais, é um time de pessoas, muito rico, envolvidas que estão no CAPS; agora, enquanto não ter claro o que é Reforma Psiquiátrica, esse processo, não vai conseguir fazer nada; ele é importante, mas se não tiver clareza de Reforma... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Na medida que o CAPS é a primeira, digamos, unidade, primeiro serviço que se propõem a substituir o hospital psiquiátrico já existe nisso por si só a sua importância; é substituição e não que a pessoa não possa ser internada, mas a idéia é que seja nos hospitais gerais, em algum leito nos hospitais gerais, então, bom, o CAPS é o primeiro ponto, é o primeiro lugar onde a pessoa vai passar o dia, onde vai ser tratado de outra forma o seu sofrimento, então, a importância dele está nisso, na importância política e clínica também (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que o CAPS, fundamentalmente, ele faz a clínica; se tem essa rede montada o CAPS faz a clínica, ele faz o atendimento psicossocial do usuário portador de transtorno mental, ele atende as questões mais subjetivas, e de fato toda esse mix de previdência social, a medicação, o atendimento psicológico, atendimento de enfermagem, mas se existe essa rede montada e aí vamos ter um projeto de geração de renda, aí ele vai fazer geração de renda, todas as Oficinas vão acontecer ali e não dentro do CAPS, o CAPS deveria estar na comunidade ele deveria estar territorializado (VIK, 24/3/2006).

Acho que todo mundo gostaria que ele pudesse ser um eixo desencadeador de todos esses ideais da Reforma Psiquiátrica, que a partir disso se experimentasse uma nova relação, que o paciente pudesse estar se soltando mais pra vida, pra construir seus projetos, seus ideais; acho que é muito importante poder retirar pessoas que estão enclausuradas há anos, criar esses mecanismos como residências, etc. pra pessoas que não vão resgatar os vínculos familiares, tem que procurar outras alternativas; acho que o CAPS ainda é uma instituição que é fundamental nessa política, ainda acho que ela pode fazer um papel importante; no dia-a-dia é um pouco mais difícil porque as vezes a gente não tem tantos mecanismos de avaliações, muitas coisas que também a gente vai capengando; quando você vê algumas experiências de pessoas que estão conseguindo dar conta da sua vida, saem, aí você vê que, bom! tem algumas coisas boas que estão acontecendo, o CAPS também está contribuindo; então, no meio dos prós e dos contras eu acho que os prós ainda são maiores, eu acho que é muito mais humano, muito mais um fator de justiça social você ter um espaço assim do que você ter uma pessoa enclausurada no hospital (P, 17/3/2006).

Neste sentido, conforme inscrito na Política Nacional de Saúde Mental, os CAPS devem assumir seu papel estratégico na articulação e no “tecimento” das redes de atenção em saúde mental. Tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da

rede de serviços, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, ONGs, empresas etc. (BRASIL, 2004, p. 12)

3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde

A proposta do progressivo deslocamento dos centros de cuidados em saúde mental para fora do hospital psiquiátrico, em direção à comunidade, colocada na e pela Reforma psiquiátrica tem nos CAPS o dispositivo estratégico desse movimento. Neste sentido, a rede básica de saúde torna-se o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os portadores de transtorno mental.

Essa rede é formada pelos centros ou unidades locais e/ou regionais de saúde, Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, que atuam na comunidade de sua área de abrangência. Os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, pois tem um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Por sua proximidade com as famílias e comunidades, as equipes de atenção básica são um recurso fundamental para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso de substâncias psicoativas e diversas formas de sofrimento psíquico. Neste sentido, é importante e necessária a integração e articulação dos CAPS com a atenção básica. Assumir esse compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção da saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo (BRASIL, 2004).

As atuais diretrizes da política de saúde mental do Ministério da Saúde orientam que, onde houver cobertura do PSF, deverá haver uma equipe de apoio matricial em saúde mental para no mínimo seis e no máximo nove equipes de PSF. E, que as ações de saúde mental na atenção básica devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2004).

No que se refere à relação existente entre o CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município e qual o tipo de relação existente, os dados coletados na

pesquisa indicam que: a maioria (91,7%) respondeu que sim, com ressalva de que é muito pouco, funciona de maneira precária e confusa, e que está num processo preliminar ainda. O profissional que respondeu não, observou que a rede está em processo de formação. Os profissionais cujas respostas foram positivas identificaram que a relação é de encaminhamentos, atendimentos em conjunto com as equipes de saúde mental das Regionais de Saúde, ajuda em atendimentos nas unidades locais de saúde, com os agentes comunitários de saúde, de referência, de acompanhamento, visitas domiciliares, encontro mensal dos trabalhadores de saúde mental da rede e encontro mensal dos psiquiatras da rede.

Sobre a relação do CAPS com as equipes de PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência alguns entrevistados observaram que a relação é pouca ou mínima, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda²³. Foram apontadas como justificativas o fato de o CAPS Ponta do Coral não estar territorializado, deste ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta do município, e a ausência de um planejamento e de estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente.

O CAPS como ele é único, então, ele é de toda a região; então, eu poderia até estar te respondendo que a gente tem um Posto aqui de cima do CAPS, que é o Posto da Agrônômica, ali tem o Programa de Saúde da Família implantado, com a presença dos residentes do Programa Saúde da Família e o contato que eu tenho, ele é meu, não existe nenhum outro programa ou vamos dizer convênio do CAPS com a Agrônômica, é meu aqui, assim como talvez seja da psicóloga em outro momento quando há essa partilha de paciente quando faz parte dos dois, então, eu só sei do que eu tenho, mas é muito pouco, eu tenho contato com alguns residentes que atendem alguns pacientes daqui, e eles precisam de algumas dicas ou, enfim, de se interar do que acontece, e eu também preciso saber como é que anda o acompanhamento deles lá, e aí entra em contato, as vezes vem aqui ou eu vou lá, mas são essas formas isoladas e depende daquele momento e da necessidade daquele usuário, não é algo que seja programado, que seja antecipado, institucionalizado, no sentido de firmar essas relações de uma forma..., não há; e, assim, o contato é com os residentes, não tem o contato com quem realmente vai ficar, porque os residentes passam depois de dois anos, eu também não tenho contato de quem é o médico, quem é o enfermeiro do Programa Saúde da Família, quem é o agente comunitário que vai na casa desses usuários, isso não tem, acho isso muito ruim, é muito falho, embora, volta pra aquela questão da equipe, que as coisas não são compartilhadas, você nunca sabe direito, é muito fragmentado, o que já foi feito, o que não está sendo feito; também não é delegado a função à ninguém de fazer, não há um planejamento pra isso (J, 22/3/2006).

²³ Em estudo sobre o CAPS de Palhoça/SC, Franco (2005) encontrou situação semelhante na relação do CAPS com o PSF e demais serviços de atenção básica municipais.

É mínima, é mínimo o contato, assim, as vezes, quando a gente necessita a gente vai atrás, tenta achar alguém que se interessa, que tenha alguma afinidade com a saúde mental, as vezes um agente de saúde que consegue se aproximar mais daquele usuário que mora lá e que resolve dá uma força, mas é assim, depende de uma série de coisas, da disponibilidade pessoal, da sorte de encontrar alguém etc., quer dizer é falta mesmo da articulação em rede, porque se a gente tivesse essa articulação o PSF automaticamente já seria acionado, e a gente não tem isso; claro, quando a gente precisa a gente até encontra uma boa resposta das equipes do PSF, mas pode não encontrar, tem um risco[...] não, isso não existe (articulação institucional CAPS – PSF), isso tem que ser construído, tem que ser proposto (F, 12/4/2006).

A relação que o CAPS tem é principalmente pra acompanhamento, a relação é essa, relação de acompanhamento, as vezes precisa realizar alguma busca ativa e não temos a possibilidade no momento, então, tem essa relação, a relação que a gente tem é mais no sentido de acompanhamento do próprio usuário; o que seria ideal, seria um pouco mais de estreitamento, discutir junto com o Programa de Saúde da Família alguns casos, nós irmos aonde os agentes comunitários estão, discutir algumas situações e isso não tem acontecido ainda; com essa lógica aí das regionalizações tem essa possibilidade; então, hoje existe uma relação, só que uma relação muito esporádica de situações isoladas e que precisa ser superada; o maior problema que existe é devido ao CAPS não ser territorializado, o CAPS II Ponta do Coral ele tem que atender uma demanda muito grande, basta ver o IBGE hoje, tem 400 e poucas mil pessoas em Florianópolis, então, é um CAPS II pra atender toda a demanda adulta do município, talvez o ideal seria um CAPS I em cada região, nas cinco regionais, e transformar esse CAPS num CAPS III no caso, e aí repensar depois toda a rede; então, a relação, ela se compromete com o Programa Saúde da Família devido a não territorialização do CAPS Ponta do Coral, a relação que existe é a relação de acompanhamentos isolados (GIRASSOL, 20/3/2006).

É uma relação ainda muito inicial ainda, um pouco precária; com os agentes comunitários a gente tem mais proximidade, no momento da visita domiciliar e no momento de fazer o resgate dos usuários que abandonaram, por algum motivo, o atendimento, mas acho que a relação poderia ser melhorada se o CAPS fosse territorializado, como a gente está aqui, é no centro pra todo o município, fica muito difícil, então, a nossa relação é muito mais com as referências regionais de saúde mental da atenção básica do que com as próprias equipes de PSF das unidades locais de saúde (VIK, 24/3/2006).

É isso que eu falei, essa perspectiva da regionalização que começou aqui visava uma maior articulação com a rede; eu acho que isso é um projeto que está ainda meio que na sua infância, ele está começando e, assim, o que eu te falei, a gente precisa sair mais daqui, no Norte (Regional Norte) a gente vai tentar essa experiência agora (realizar as reuniões da regional nos postos de saúde) de contato e incluir, por exemplo, os agentes comunitários nos processos de reunião com os pacientes daqui, tentar ver se eles podem estar acompanhando o paciente lá; tem uma paciente que está aqui que a gente esteve lá no Posto do Saco Grande pedindo pra equipe assumir alguns cuidados com essa paciente, eles se

dispuseram, mas assim, por enquanto ta muito mais alguma iniciativa aqui, ali, do que um processo mais amplo, não sei assim como isso vai caminhar com a história de já ter, por exemplo, profissionais regionalizados, isso também vai poder ser incrementado, esse é um desejo que eu tenho (P, 17/3/2006).

É muito pequena, muito, muito, muito, muito; eu não sei nem te dizer, em uma escala de um a dez acho que fica em dois, está muito pequena, está muito além do que poderia ser, eu acho que talvez com a implantação agora dos serviços na rede, nós temos em cada Regional um psiquiatra, dois psicólogos, uma média assim, está existindo mais aproximação, mas do CAPS não, muito pouco, muito pouco. [...] quando tu pergunta, hoje, qual é a relação do CAPS? eu não posso te mentir, pra mim é quase zero (LÉLI, 4/4/2006).

Buscando explorar as informações sobre a relação do CAPS com a rede municipal de serviços de saúde, perguntamos aos profissionais se o serviço realiza algum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. A maioria deles (75%) respondeu que não, dois referiram não saber responder e um respondeu que sim. Dentre os que responderam que não, um justificou que o CAPS não tem estrutura para atender mais esta demanda. Dois dos profissionais entrevistados disseram estar pensando neste tipo de trabalho. Um deles falou sobre a existência de um projeto, conforme relatado na fala que segue.

[...] a gente tem um projeto aqui que é de formação de acompanhantes terapêuticos, e no ano passado a gente formalizou esse projeto e mandamos pro Ministério da Saúde, ele foi aprovado e até hoje estamos esperando a liberação de dinheiro, mas enfim, o projeto foi aprovado, e a idéia era justamente transformar o agente comunitário de saúde num acompanhante terapêutico, e aí a gente faria a formação, uma capacitação, um curso de capacitação aqui, e depois faria o segmento com supervisões regulares, é uma forma de dar formação em saúde mental pra atenção básica e manter essa que é uma função do CAPS de dar supervisão e a formação mesmo pra esse nível da atenção; [...] a gente está esperando o dinheiro do Ministério da Saúde, ta lá pendurado, a gente olha o nome do projeto na internet, está lá, mas não tem nem empenho ainda, significa que não tem dinheiro destinado (F, 12/4/2006).

Para que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas na atenção básica é fundamental a capacitação destas equipes. A orientação é que as equipes de saúde mental de apoio á atenção básica incorporem ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. Conforme aparece na fala do profissional, são previstos recursos para o financiamento deste tipo de ações, embora, muitas vezes, a dependência de orçamento, a morosidade burocrática e/ou

ausência de decisão política, que justificam a longa demora, acabam por desestimular, dificultar, inviabilizar as iniciativas dos profissionais.

Repetidamente, temos ressaltado neste trabalho que os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico para a organização da rede de atenção em saúde mental, conforme é indicado nas diretrizes políticas da Reforma Psiquiátrica. Nesta direção, questionamos os técnicos da equipe do CAPS Ponta do Coral sobre qual o lugar que o serviço ocupa na rede municipal de atenção em saúde, em Florianópolis. As falas transcritas na seqüência destacam o fato deste não estar territorializado e, portanto, não se constituir no serviço regulador da porta de entrada para o atendimento em saúde mental. As equipes de saúde mental nas referências das Regionais de Saúde é que, atualmente, constituem-se no serviço primeiro de atenção em saúde mental. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhados pessoas com transtorno mental grave.

Seria esse serviço que articula, que regulamenta; não necessariamente ele é uma porta aberta que entra qualquer um; eu acho que ele pode até ser a articulação e a regulação, pode ser feita até capacitações nas equipes locais de unidades básicas, que a partir daí você vai poder em um caso de uma ansiedade ou uma briga com o namorado, “eu tomei 4 aspirinas”, não vai chegar aqui no CAPS; vai chegar aqui no CAPS realmente aquilo que for um caso mais grave, e só há possibilidade de isso acontecer a partir do momento em que as unidades locais estejam todas capacitadas e entendendo, até porque assim diminui o trânsito desse paciente; vamos supor: ele sai de uma cidade, vem pra Florianópolis, daí diz: onde é que eu vou num psiquiatra? Ah! vai lá no CAPS, aí alguém fala: mas tem que passar no clínico antes, aí passa no clínico, aí o clínico encaminha pro psiquiatra, daí ele não sabe onde vai procurar o psiquiátrica - vem pro CAPS, não vem pro CAPS, aí vem pro CAPS, mas é que na verdade ele toma fluoxetina há 2 anos, está em tratamento de manutenção porque ele tem um quadro de depressão recorrente, não é caso CAPS, então, isso já poderia ter sido triado lá no começo, o paciente já poderia estar tendo as consultas desde o início, todas acertadas, sem precisar ficar correndo de um lado pro outro [...]; então, eu acho que ele tem esse papel, tem essa função de regular, de saber o que está acontecendo no hospital, na Colônia, e ter esse contato, uma ligação sempre com a Colônia, e com os Postos de saúde [...]. (hoje, o CAPS faz isso?) algumas coisas, bem isoladas, de novo, é meio como um apaga fogueira; por exemplo, hoje, a gente foi fazer uma visita domiciliar lá no Saco Grande (bairro de Florianópolis) porque o paciente estava em tratamento psiquiátrico particular e parou de tomar o remédio, e aí a gente foi lá, só que o paciente não queria falar com a gente, mas, assim, eu chego lá, converso com a equipe que está lá naquele local e muitas vezes é só a psicóloga; também tem um certo descaso, no sentido de que ah! agora eu não posso falar, porque não percebe que conversando sobre aquele caso vai possibilitar que isso seja ampliado pra outros casos, pensam-se saídas semelhantes pra outro momentos, mas, assim, acaba virando um apaga fogo, e toda hora você tem que ir

apagar um fogo; então, existe um pouco, mas não de uma forma bem usada (J, 22/3/2006).

É atenção secundária como se diz; ele regula e não regula; [...] tudo vai passar muito pela clareza que os profissionais que estão na saúde mental tem em relação a própria epistemologia, tem em relação a própria política, tem em relação a própria noção de SUS, a própria noção de controle social, a própria noção dos princípios do SUS; então, tudo vai passar por isso, porque que eu estou dizendo isso, o CAPS é uma atenção secundária como a gente chama, eu acho ainda que o atendimento mais complexo, o atendimento terciário, deveria ser no território, acho que centrar as forças no território [...]; então, [...] a atenção básica é onde deveria regular isso, a regulação dessa entrada nesse sistema de saúde mental, nessa rede de saúde mental ela teria que ser prioritariamente atenção primária em saúde; então, as vezes, por necessidades especiais, por situações específicas, a pessoa acaba vindo direto pra cá, direto pro CAPS e aqui a gente atende, e, as vezes, essa pessoa não é indicada pra estar no CAPS, aí volta pra atenção básica, então, tem essa dificuldade, ou seja, o lugar que o CAPS ocupa na rede municipal de atenção em saúde é uma atenção secundária à pessoa com transtorno mental grave, já avaliada pela atenção primária em saúde, aquela pessoa que corre risco de suicídio, que acaba prejudicando a vida de outras pessoas, que está muito mal, nesse sentido (GIRASSOL, 20/3/2006).

Regulador da porta de entrada: não; como não é territorializado, a gente tem esse problema de ser serviço de referência pra onde vem os pacientes já encaminhados, ele passou pela porta de entrada do sistema lá no Posto, ele vem encaminhado pra cá ou através dos hospitais psiquiátricos, que é também uma outra forma de encaminhamento, mas a gente não faz a regulação da entrada; hoje, também, como tem equipes mínimas de saúde mental nas regionais, elas também funcionam muito mais como a reguladora do que nós; a porta de entrada é pelas equipes de saúde mental das regionais (F, 12/4/2006).

Eu acho que são várias coisas, por ser o único CAPS, pela rede não estar estruturada ainda, e pelas pessoas não conhecerem o serviço da rede, existe uma mistura, assim, o que é pra ir lá pro psiquiatra do Sul (regional de saúde), o que é pra vir pro CAPS; qual é o papel do CAPS, é a não internação, mas não tem CAPS III, então, a noite o cara não tem pra onde ir, na verdade, o CAPS ele é um espaço que regula a entrada do usuário sim, num primeiro momento sim, porque todos os que foram para a atenção básica muitos foram daqui, muito mais que a procura de fora daqui, primeiro eles vem pra cá, depois eles vão pra lá, agora o processo até está sendo inverso, já estão procurando a atenção básica porque eles já estão conhecendo, mas antes era daqui pra atenção básica, e é o único espaço, programa que acolhe o usuário psicótico, com transtornos mentais graves, porque a rede básica, ela não atende, se o cara tem um surto psicótico, está com qualquer surto, que está mal, ou ele tem um embotamento, ele não fala, está na família há anos, está lá segregado, está lá no quatinho dos fundos, não é caso de atenção básica é caso CAPS, então, ele é o único serviço de Florianópolis que se propõem a atender o usuário, o portador de sofrimento psíquico fora de hospital (LÉLI, 4/4/2006).

Ele é o primeiro serviço de saúde mental do município, primeiro serviço estruturado, credenciado no Ministério da Saúde, eu penso que ele tem um papel importante, ele serve como uma referência de atendimento em saúde mental a usuários portadores de transtornos mentais; dentro da rede, hoje, a gente tem as referências regionais de atenção em saúde mental na atenção básica, nas ULS, que são as unidades locais de saúde, então o CAPS serve como referência de atendimento a usuários com transtornos mentais graves do município de Florianópolis, é pra isso, essa é a função (VIK, 24/3/2006).

Pelas falas dos profissionais evidencia-se que Florianópolis não tem uma política municipal de saúde mental estruturada. A rede de serviços está em processo de formação e implementação. As ações ainda são muito isoladas e fragmentadas, sem uma direção comum. É notório que um único CAPS para atender a totalidade da demanda adulta do município é insuficiente. As possibilidades de atuação do serviço na prevenção e promoção da saúde mental, na capacitação e supervisão das equipes de atenção básica ficam, assim, prejudicadas e/ou inviabilizadas.

No processo de operacionalização da Reforma Psiquiátrica, conforme as orientações da Política Nacional de Saúde Mental e as propostas aprovadas na III CNSM, é necessário que os gestores estaduais e municipais estabeleçam mecanismos efetivos para o controle das internações psiquiátricas. De acordo com a Portaria GM/MS n ° 336/02, os CAPS devem possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou modulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local (BRASIL, 2002a). Com base nisto, perguntamos aos entrevistados se o CAPS tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Eles referiram que não, contudo, divergiram sobre como o serviço fica sabendo quando ocorre internação de seus usuários.

Não tem. A gente fica sabendo quando a família comunica ou quando é usuário de atenção intensiva, ou ele fez uma crise ou ele desapareceu do serviço, aí pela falta mesmo, pela ausência que ele provoca a gente vai atrás e fica sabendo que ele foi internado, mas a gente não tem instrumentos de controle sobre isso; a gente faz, no momento da internação, a gente procura manter pelo menos uma visita da equipe da Regional pra não perder o vínculo etc., mas nada formalizado, assim, no momento que aparece, que a gente fica sabendo; geralmente, a gente sabe, hoje é relativamente fácil, não acontece daquilo... fulano desapareceu e de repente aparece ele dois meses depois aqui novamente..., sai da internação ontem e tal, isso não acontece mais, geralmente a gente consegue ficar sabendo (F, 12/4/2006).

Não. Na realidade a família leva pra internar e pronto, as vezes comunica, as vezes a gente fica sabendo quando a gente vai fazer uma visita lá, muitas vezes a gente nem sabe que o paciente ficou internado, a não ser quando a gente liga, e aí o que está acontecendo, não está vindo, mas ele foi internado; então, não há esse controle e também quando é internado lá, dificilmente, alguém entra em contato, nunca vi, entra em contato olha fulano de tal está internado aqui com a gente, não tem essa comunicação (J, 22/3/2006).

Em relação ao controle das internações psiquiátricas, oficial e formal, nós não temos; estou falando enquanto profissional que atende uma determinada regional de saúde, isso nós não temos; o que poderia ser feito: um maior estreitamento com o “manicômio”, com o IPQ ou o São José (hospitais psiquiátricos), que quando internasse pessoas lá teria esse contato aqui, pra gente já ir conversando, já acompanhando juntamente com a equipe do hospital psiquiátrico essa pessoa, porque final de semana ou depois das 18 horas o serviço não atende, as vezes as pessoas entram em crise e a gente não tem como acompanhar isso, não tem como saber; o acompanhamento que tem é, as vezes, os familiares nos avisam que a pessoa está internada, quando a gente acompanha essa pessoa e fica sabendo que ela acabou internando; então, não tem uma política mais estreita de acompanhamento de internação psiquiátrica, isso não tem. (GIRASSOL, 20/3/2006).

Da área de abrangência seria toda a cidade, isso não, mas dos usuários aqui sim, atendidos aqui sim; [...] geralmente, assim, quando o usuário está iniciando um surto a gente tenta fazer o atendimento pra prevenir a internação, pra evitar de fato a internação psiquiátrica, só que nós estamos aqui até as 6 horas da tarde e não estamos final de semana, então, a gente não está nem a noite nem final de semana, e aí acontece de a família internar, isso acontece pouco, muito pouco, e quando acontece a gente faz o atendimento no próprio hospital, a gente vai até lá faz o atendimento, mas é pouco assim, agora da cidade como o todo a gente não tem (VIK, 24/3/2006).

O controle ele tem pelo prontuário, não poderia te dizer que tem um controle do ponto vista de uma escala, ah anualmente quanto a gente tinha e quantos foram internados, [...] o usuário se ele foi internado a gente não soube, se está internado, aí ele aparece aqui depois da internação, um mês ou dois meses, a gente tem escrito no prontuário, esse é digamos o que a gente fica sabendo (LÉLI, 4/4/2006).

Não, eu digo por nós, eu acho que, as vezes, a gente... ah o paciente foi internado, como acontece de a gente saber, e as vezes a gente vai lá fazer uma visita, as vezes tem a questão do carro (o CAPS tem um carro a disposição somente um dia por semana), e a gente fica...; sempre que acontece e tal, as vezes, a gente nem fica sabendo, quando vê o paciente já está de volta, as vezes acontece essa situação; eu fui tentar fazer um pequeno levantamento pra fazer essa avaliação e percebi que a gente não tem registro de quantos dias o paciente ficou internado, se ele ficou internado quantas vezes durante o tempo que está em tratamento aqui, falta um registro melhor e um acompanhamento melhor dos técnicos; (como ficam sabendo da internação) as vezes o paciente volta já depois, as vezes a família liga avisando, [...] o hospital não me lembro se eles ligaram, só se precisar de alguma coisa, em geral, eles não ligam; então,

assim, o paciente saiu aí eles trazem de novo aquele encaminhamento, ou ele vem pra cá porque, normalmente, ele já estava aqui, mas assim, a gente tenta ao máximo que ele não precise ser internado, essa política existe, segurar a crise (P, 17/3/2006).

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que a internação e a reinternação psiquiátrica deverão ocorrer após avaliação da equipe técnica de saúde mental dos serviços substitutivos, devendo ser estabelecidas formas de controle único para a emissão de AIH, assegurando que todas as internações necessárias sejam autorizadas pelo serviço público, preferencialmente de base territorial (BRASIL, 2002a).

Conforme pode ser observado nas falas dos participantes da pesquisa, a insuficiência do CAPS em exercer o controle das internações referente a sua clientela e a demanda no município refere-se ao fato de o serviço não estar territorializado, sendo inviável cumprir com tal exigência no âmbito da totalidade de uma população de aproximadamente quatrocentos mil habitantes, distribuídos numa área geográfica de 436,5 Km². Com a implantação das equipes de saúde mental nas Regionais de Saúde, estas passam a ser as responsáveis pela regulação da porta de entrada no sistema de atendimento. O CAPS II Ponta do Coral passa a ser a referência para onde são encaminhadas pessoas com transtornos mentais graves, egressos de hospitais psiquiátricos, internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). A falta de controle das internações psiquiátricas é uma realidade também de outros centros de atenção psicossocial, conforme verificado por Franco (2005), em seu estudo sobre o CAPS do município vizinho de Palhoça/SC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha deste tema de pesquisa está relacionada à minha trajetória de estudos no Curso de Graduação em Serviço Social e à minha inserção como pesquisadora no Núcleo de Estudos e Pesquisas Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas (NESPP) do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. A esta trajetória soma-se a experiência de Estágio Curricular em Serviço Social, realizada no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis, em 2003, da qual resultou o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Programa Alta Progressiva: uma contribuição para o processo de reabilitação psicossocial no HCTP de Florianópolis”. Com o referido Estágio foi possível vivenciar o contato direto com a realidade de algumas instituições como hospitais psiquiátricos e centros de atenção psicossocial da rede municipal e estadual de serviços de atenção em saúde mental, fato este que estimulou a busca de novos conhecimentos e o desejo de atuação profissional na área. A continuidade dos estudos foi possibilitada por meio da entrada como mestranda no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da mesma universidade. Sendo assim, o trabalho que apresentado nesta dissertação tem estreita relação com meu percurso profissional e meu desejo pessoal.

Conforme destacamos no decorrer do estudo, a reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

A implantação de uma nova política de atenção, com as implicações socioculturais da proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira passa pela necessidade de articulação intersetorial e por ações que contribuam para alterar as representações sociais sobre a loucura e os direitos dos portadores de transtornos mentais. A transformação do modelo assistencial e de um conceito teórico em diretrizes operacionais é um processo complexo e depende de vários fatores para que se mantenha a direcionalidade pretendida pelos diferentes atores sociais, participantes do jogo social.

Especificamente, no caso do CAPS estudado, as dificuldades de concretização dessa nova lógica de atenção em saúde mental perpassam e se inter-relacionam nos diferentes eixos que compuseram a presente pesquisa.

No que se refere a estrutura física, os profissionais indicam que o CAPS conta com espaço e equipamentos adequados às necessidades do serviço. Entre os anos de 2003 a 2004, o CAPS passou por uma reforma em suas instalações, ficando estas, adequadas aos objetivos da unidade. As condições poderiam ser melhores se as oficinas produtivas fossem realizadas em outro local, pois além de favorecer a utilização do espaço hoje ocupado para outras atividades, possibilitaria a inserção dos usuários em outro ambiente, favorecendo-lhes sua sociabilidade.

Em relação aos materiais de consumo, os problemas vão desde a ausência total de objetos e utilidades básicas à manutenção do serviço até o recorrente atraso no repasse dos materiais necessários às oficinas terapêuticas e de produtividade. As oficinas ficam prejudicadas e até mesmo paralisadas por conta das faltas de recursos e dificuldades de gestão adequada do serviço. Esta situação coloca em prejuízo o projeto terapêutico de tratamento dos usuários e a eficácia e efetividade dos propósitos da nova política de atenção em saúde mental.

No campo da gestão do CAPS, apesar da histórica escassez de recursos destinados à saúde, foram evidenciadas situações problemáticas, principalmente no processo de descentralização político-administrativa, que poderiam ser melhoradas a partir dos recursos existentes. De acordo com os resultados da pesquisa, 50% do grupo de técnicos afirmam que existe planejamento e avaliação das ações. Alguns deles observam estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação, objetiva e sistemática, dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declaram não existir processo de planejamento e avaliação das ações, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

Sobre este aspecto, cabe destacar que as técnicas disponíveis na área de planejamento e avaliação de serviços de saúde têm mostrado bons resultados quando aliadas à vontade política de mudar a situação. Apesar dos dados demonstrarem uma divisão entre os técnicos no que se refere a afirmação sobre a existência de planejamento e avaliação, destacamos que as poucas ações que acontecem giram em torno das atividades que são e aquelas que poderão ser realizadas, e na discussão sobre as dificuldades cotidianas do trabalho na unidade. As avaliações são informais, realizadas na reunião

mensal da equipe técnica e nas reuniões clínicas semanais, sendo notório a ausência de um processo de planejamento estratégico, sistemático e contínuo do projeto terapêutico do CAPS, bem como, de avaliação de indicadores.

Com relação aos recursos financeiros, os resultados da pesquisa apontam para o que já vem sendo denunciado por autores como Amarante (2003; 2005): o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. O pagamento pelo sistema de procedimentos realizados, por meio das APACs, condiciona a existência de recursos à produtividade do serviço. Quando os CAPS não estão articulados com outras políticas sociais necessárias à sobrevivência do usuário e a adesão dele ao projeto de vida que o serviço deve-lhe oferecer, a tendência é fracassar.

Para que a pessoa possa freqüentar o CAPS ela precisa de condições materiais e psicossociais básicas, como moradia, transporte, alimentação, auto-estima, estímulo, desejo, etc.. Quando o usuário não desfruta de tais condições as chances dele se vincular ao projeto terapêutico são menores e, conseqüentemente, sem a participação ativa dos usuários o CAPS não terá produtividade. Ainda, nem todas as ações realizadas no CAPS constam na tabela de procedimentos pagos pelo atual sistema do SUS, dificultando as atividades de ressocialização que envolvem trabalhos na comunidade e na sociedade.

Os profissionais afirmam que os usuários participam do planejamento das atividades do CAPS. Referem que isso acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Neste caso, foi possível perceber que a participação dos usuários em geral diz respeito mais a questões cotidianas do funcionamento do serviço. A associação participa diretamente da comercialização dos produtos confeccionados nas oficinas e na realização de alguns convênios com entidades da área da cultura, lazer, ensino, etc. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada, que abarque as especificidades da área da saúde mental e envolva os usuários, os familiares e os técnicos como sujeitos partícipes do processo de gestão do serviço.

No eixo recursos humanos e projeto terapêutico existem contradições explícitas e implícitas que perpassam o discurso e as práticas dos técnicos que prestam assistência aos usuários do serviço. Eles reconhecem e destacam a relevância do trabalho em equipe, argumentam que este traz a possibilidade de trocas entre as várias áreas do conhecimento e a conseqüente oferta de um atendimento multidimensional. Contudo, relatam dificuldades

na realização deste trabalho, devido a uma suposta diferença de formação profissional e de concepção, com relação ao que sejam os objetivos do CAPS e da Reforma Psiquiátrica. Indicam existir interdisciplinaridade no atendimento ao usuário, no entanto, percebeu-se que a concepção de interdisciplinaridade aparece muito mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade, estando ainda distante dos ideais da intertransdisciplinaridade.

Sendo assim, cabe destacar que sem a devida clareza e consciência do que exatamente deve mudar corre-se o risco de que, fundamentalmente, se modifiquem os espaços de realização do tratamento, transferindo-se e conservando-se as práticas de exclusão e discriminação. É preciso se ter em conta que toda dimensão técnica tem também uma dimensão política. Dessa forma, faz-se necessário questionar-se sobre o que se pretende com o “fazer” nos novos serviços de atenção à saúde mental e que valores estão presentes nas ações executadas. O usuário precisa ser percebido como sujeito do processo saúde-enfermidade, e não como objeto e instrumento do exercício das relações de poder disciplinar.

Com relação ao eixo participação do usuário e da família no tratamento, os participantes da pesquisa identificam dificuldades em realizar o atendimento familiar no CAPS. Os profissionais relacionam como justificativas, a falta de técnicos qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades da equipe. Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que seja o transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, também foram relatados pelos entrevistados. Entre os obstáculos para a (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e o estigma da loucura ainda presentes no imaginário social das pessoas.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacam o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário. Neste aspecto queremos destacar a necessidade de se reconhecer, no processo de implantação da Reforma e da política de saúde mental, um projeto ético-político social, capaz de reavaliar, substancialmente, o conceito tradicional de

“doença/saúde mental” e, conseqüentemente, a forma de como lidar as diferenças em sociedade.

No eixo (re)inserção social procuramos identificar se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas à desinstitucionalização e à reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referem que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras. A maioria deles afirma que não existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer.

Tais dados nos remetem ao questionamento sobre como a Reforma Psiquiátrica, em sua aplicação prática, apresenta certa inércia política. Existe uma lacuna entre o referencial teórico do novo modelo de atenção e as práticas que se efetivam no cotidiano dos serviços. Com isso, queremos chamar a atenção para a necessidade urgente de se construírem ações de atenção que favoreçam o conhecimento de si, reforcem a autonomia, o cuidado de si e a emancipação do sofredor psíquico.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referem que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental. A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos profissionais como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista político-jurídica dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico. Na visão dos participantes da pesquisa, o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica relaciona-se a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos pressupostos da própria Reforma. Não obstante, destacamos aqui a necessidade de se refletir sobre o descompasso entre a vitória no campo jurídico, o novo discurso da Reforma Psiquiátrica e um fazer prático que parecem ainda negar a emancipação do portador de transtorno mental.

No eixo integração do CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município, os dados coletados na pesquisa indicam que a relação existente é pouca, funciona de maneira precária e confusa, e que ainda está num processo preliminar. A articulação com as equipes de PSF e PACS também é insuficiente, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda. A unidade não realiza nenhum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. Apenas dois profissionais referiram estar pensando neste tipo de trabalho.

Foram apontadas como justificativas para esta situação o fato do CAPS não estar territorializado, de ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta de todo o município, e a ausência de um planejamento e estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhadas pessoas com transtorno mental grave. E, segundo os entrevistados, não tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Neste aspecto, vê-se a urgência na redefinição da abordagem em saúde mental, fazendo-se necessário a construção de estratégias de atenção integral, dentro dos princípios do SUS, que envolvam o portador de transtorno mental como cidadão, a família, o Estado e a sociedade.

De acordo com os profissionais existem diferenças no atendimento prestado no e pelo CAPS em relação aos hospitais psiquiátricos. Eles se referem às diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência do discurso médico psiquiátrico do hospital, e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e as necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial, em contraposição ao tratamento igual para todos das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Por fim, os dados coletados na presente pesquisa indicam que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes, prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a relação eficácia/efetividade dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Concluimos, com este estudo, que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é ainda um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológica, técnico-assistencial, político-jurídico e sócio-cultural.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____, P. (coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995a.

_____, P.. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. vol.11, no.3, jul./set. 1995b, p.491-494. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 14/09/2005.

_____, P. A (clínica) e a Reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. pp. 45-65.

_____, P. **A epistemologia e a Clínica da Reforma**. Conferência proferida no IV Encontro Catarinense de Saúde Mental. Florianópolis, 30 de junho a 2 de julho de 2005. (anotações manuscritas).

BASAGLIA F. (coord.) **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 3ª ed. Tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002a, 213 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em Saúde Mental 1990-2002**. 3ª ed. revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAPS II PONTA DO CORAL. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. **Projeto Terapêutico**. Florianópolis, 2004.

CORREIA, M. V.C..Que controle social na política de Assistência Social? **Revista Serviço Social & Sociedade**. N. 72. São Paulo: Cortez, nov. 2002, pp. 119-144.

COSTA, R. C. R. da.. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia e Política** Nº 18: 49-71 JUN. 2002

COSTA –ROSA, A. da; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. p. 13-44.

COSTA-ROSA, A. da.. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asialr. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. p. 141-168.

CHIZZOTTI, A.. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R.. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

DESVIAT, M.. **A Reforma Psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental**. In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

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

FLEURY, S.. **Espaço, território e cidadania: a cidade dos cidadãos**. Trabalho apresentado no VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra (16,17,18 de setembro), 2004. Disponível em: <www.ces.uc.pt/LAB2004>. Acessado em 20 de fevereiro de 2006.

_____, S.. (org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989.

FREIRE, F. H. M. de A.; UGÁ, M.A.D.; AMARANTE, P. Os centros de atenção psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

FRANCO, S. de O.. **Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de caso**. 2005. 110f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Florianópolis, 2005. 110f.

FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial**. Percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004.

GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E.. **A pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, R.. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M.. **Microfísica do poder**. Trad. de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graaal, 1979.

MINAYO, M. C. de S.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC; ABRASCO, 1994.

MIOTO, R.C.T.. Família e saúde mental: contribuições para reflexão sobre os processos familiares. **Revista Katalysis**. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico. Departamento de Serviço Social. N.2 Florianópolis: Editora da UFSC, 1998.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental: em busca da articulação e qualificação das ações em saúde**. Monografia

(Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Latu Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

OLIVEIRA, W. F.; DORNELES, P.. Patrimônio e ambiente da loucura: a formação do profissional de saúde mental e o dialogo com a vida da cidade. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

PITTTA A.. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje. In: PITTA. A.(org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral**: desvelando sua significação. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

_____. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

ROSA, L.C.dos S.. Os saberes construídos sobre a família na área da saúde mental. **Revista Serviço Social & Sociedade**. N° 71. Ano XXIII. São Paulo: Cortez, set de 2002, pp. 138-164.

_____. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, F., et. al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SANTOS, W.G.. **Cidadania e Justiça**. Rio de Janeiro: Editora Campos, 1979.

SARACENO, B.. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SOUZA, W. da S.. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. jul./ago. 2001, vol.17, no.4

p.933-939. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 19/10/2005.

SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Teses em Enfermagem, 42).

STUANI, D.. **Projeto de Estágio**. (Projeto de Estágio Curricular apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina). Florianópolis, 2005. texto digit.

TENÓRIO, F. G. (org.). **Gestão de ONGs**: principais funções gerenciais. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

TORRE, E.H. G; AMARANTE, P.. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. [online]. 2001, vol.6, no.1 [citado 05 Dezembro 2005], p.73-85. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br> >. ISSN 1413-8123.

TRIVIÑOS, A.N. S.. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. (org.). **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000a.

_____, E. M. Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000b. p. 169-194.

VIEIRA, L. **Cidadania e globalização**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Formulário a ser aplicado a todos os profissionais da equipe do CAPS.

Identificação

Nome:

Apelido:

Formação:

Ano:

Capacitação específica na área: Sim Não

Nível: residência especialização mestrado doutorado

Tempo de serviço na instituição:

Tipo de vínculo empregatício: Servidor público concursado contrato temporário

Outro. Especifique _____

Regime de trabalho: _____ (horas semanais)

Tempo de atuação na área:

Experiência de atuação profissional em outra instituição: Sim Não

Qual:

Tempo:

Principais perguntas

- 1) A área física do Caps é suficiente para o atendimento da demanda? Sim Não
- 2) As instalações são adequadas para a realização das atividades propostas? Sim Não
- 3) Os equipamentos disponíveis são suficientes? Sim Não
- 4) Estão em bom estado de utilização? Sim Não
- 5) Os materiais disponíveis são suficientes? Sim Não
- 6) Existem dificuldades na realização das atividades do Caps Sim Não. Em caso de resposta afirmativa, especifique as cinco principais? _____

- 7) O trabalho é realizado em equipe? () Sim () Não.
- 8) Existe algum tipo de supervisão de equipe ou outro recurso para acompanhar e discutir as questões do trabalho em equipe? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual?

- 9) Participa ou já participou de capacitação específica para atuar no Caps? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual? _____
- 10) Durante o tempo em que está trabalhando na instituição houve algum treinamento ou capacitação? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quando? _____(ano). De quantas horas? _____. Organizado por quem? _____
- 11) Na sua opinião, existe interdisciplinaridade no trabalho no Caps? () Sim () Não
- 12) Você conhece a política de saúde mental? () Sim () Não.
- 13) No Caps, existe disponibilidade de material didático e documentos sobre a política de saúde mental? () Sim () Não.
- 14) Existe planejamento e avaliação das ações do Caps? () Sim () Não
- 15) Existe projeto terapêutico de trabalho da instituição? () Sim () Não. Em caso afirmativo, foi planejado em equipe? () Sim () Não.
- 16) O serviço adota projeto terapêutico individualizado? () Sim () Não.
- 17) O usuário participa do planejamento do seu tratamento? () Sim () Não.
- 18) Existe atendimento familiar? () Sim () Não.
- 19) Existem ações intersetoriais do Caps e outras instituições que envolvam: educação, trabalho, esporte, cultura e lazer? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quais?

- 20) Existe relação do Caps com a rede básica de saúde municipal? () Sim () Não.
Que tipo? _____
- 21) O Caps realiza algum trabalho de educação permanente (capacitação e supervisão) sobre saúde mental em cooperação com as equipes de atenção básica? () Sim () Não.
Que tipo? _____

Outras observações:

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Entrevista a ser realizada com os profissionais da equipe do CAPS, segundo o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de nível superior entre as existentes na unidade. Em caso de mais de um profissional na área será realizado sorteio.

Identificação

Nome:

Apelido:

Temas e principais perguntas

1 Estrutura e recursos financeiros

- 1) Qual conhecimento possui sobre o repasse dos recursos financeiros para o Caps?
- 2) Conhece a forma de financiamento do serviço? O que você acha?
- 3) Como são administrados os recursos repassados? Existe planejamento?
- 4) Na sua opinião, a descentralização administrativa dos recursos possibilita o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do Caps? Quais as vantagens e desvantagens identifica?
- 5) Na sua opinião, os recursos repassados (gerados pelo serviço) são suficientes para realizar as atividades do Caps? Em caso de resposta negativa, quais atividades ficam prejudicadas e/ou poderiam ser realizadas se houvessem recursos?
- 6) Existem dificuldades no funcionamento do Caps com relação a falta de recursos financeiros? Quais identifica?

2 Recursos humanos e projeto terapêutico

- 1) Quais dificuldades identifica no trabalho em equipe no Caps?
- 2) Na sua opinião, quais vantagens o trabalho em equipe possibilita?
- 3) Considera importante a capacitação específica em saúde mental para atuar no Caps? Fale sobre.

- 4) Na sua opinião, qual a importância da interdisciplinaridade no atendimento ao usuário de saúde mental?
- 5) Considera importante conhecer sobre a política de saúde mental, seus princípios, sua estrutura e organização para o trabalho do Caps?
- 6) Como acontece o planejamento e a avaliação das ações do Caps?
- 7) Na sua opinião, em relação ao atendimento nas instituições tradicionais/asilares (hospitais psiquiátricos), como é o atendimento ao usuário no Caps?

3 Participação do usuário e da família no tratamento

- 1) Como é pensado o projeto terapêutico de tratamento do usuário?
- 2) Como o usuário participa do planejamento do seu tratamento?
- 3) Quais as formas criadas para oportunizar a participação do usuário no planejamento do seu tratamento?
- 4) A família participa do tratamento? Em caso de resposta afirmativa, de que forma? Em caso de resposta negativa, por quê?
- 5) Quais as formas criadas para oportunizar a participação da família no tratamento?
- 6) Quais dificuldades identifica com relação a realização do atendimento familiar?
- 7) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção familiar do portador de transtornos mentais?
- 8) Qual o papel dos usuários (ou da associação de usuários e familiares) no planejamento das ações do Caps?
- 9) Na sua opinião, qual a importância das associações de usuários e familiares para o tratamento do portador de transtornos mentais e para os serviços de saúde mental?

4 Inserção social

- 1) Na sua opinião, as práticas assistenciais realizadas no Caps encaminham-se na direção da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial?
- 2) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção social do portador de transtornos mentais?
- 3) Quais avanços e conquistas identifica com relação a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais?
- 4) Na sua opinião, o atendimento no Caps possibilita ao usuário a construção da sua autonomia? Como?

- 5) Na sua opinião, a organização atual dos serviços de saúde mental (da política de saúde mental) favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais? Qual a importância do caps nesse contexto?

5 Integração com a rede municipal de assistência em saúde

- 1) Qual a relação do Caps com a(s) equipe(s) de Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência?
- 2) O Caps tem controle das internações psiquiátricas no seu território? Em caso afirmativo, como ocorre este controle?
- 3) Na sua opinião, qual o lugar que o Caps ocupa na rede de atenção em saúde? Constitui-se no serviço que regula a porta de entrada para o atendimento em saúde mental?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este instrumento tem a intenção de obter o seu consentimento por escrito para participar do estudo “A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis”, durante o período de 01 a 31 de março de 2006, com o intuito de contribuir para o levantamento de dados para a elaboração do referido trabalho.

O estudo tem como objetivo geral analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Ao propormos a presente pesquisa esperamos contribuir com a produção de conhecimentos e saberes sobre as novas práticas de atenção e cuidado ao portador de transtornos mentais.

Os relatos obtidos serão confidenciais e, portanto, não será utilizado o nome dos participantes em nenhum momento, garantindo sempre o sigilo da pesquisa e os preceitos éticos da profissão. Os depoimentos serão referenciados pelo apelido a ser escolhido pelo próprio entrevistado

Certa de sua colaboração, agradeço sua disponibilidade em participar do estudo.

Eu _____,
consinto em participar desta pesquisa, desde que respeitadas as respectivas proposições contidas neste termo.

Florianópolis, março de 2006.

Assinatura do entrevistado.

ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

FERNANDA SCALZAVARA

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Serviço Social** - Área de concentração: Serviço Social, Direitos Humanos e Questão Social.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ivete Simionatto.

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de **Mestre em Serviço Social**, e aprovada na sua forma final, em 31/7/2006, atendendo as normas vigentes no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e na Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof^a Dr^a Catarina Maria Schmickler
Coordenadora do PPGSS/UFSC

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Ivete Simionatto, Dr^a.
Departamento de Serviço Social/UFSC
Presidente

Prof^o Walter Ferreira de Oliveira, Ph.D.
Departamento de Saúde Pública/UFSC
Membro

Prof^o Jonas Salomão Spricigo, Dr.
Departamento de Enfermagem/UFSC
Membro

Prof^o Mário Teixeira, Dr.
Departamento de Clínica Médica/UFSC
Membro Suplente

*Aos profissionais e aos usuários do CAPS
Ponta do Coral de Florianópolis.*

AGRADECIMENTOS

Desejo expressar meus sinceros agradecimentos aos profissionais do CAPS Ponta do Coral, pela receptividade, atenção, acolhimento e colaboração na fase mais importante desta pesquisa, assim como pela consideração ao meu trabalho profissional. Também, aos usuários desta unidade de serviço, pela forma carinhosa e acolhedora com que sempre me receberam.

À professora Ivete Simionatto por ter aceitado a orientação do trabalho; agradeço a oportunidade de poder ter desenvolvido a pesquisa de meu interesse e desejo profissional.

Aos professores Jonas Spricigo e Mário Teixeira pela atenção, disponibilidade e colaboração, essenciais na definição e elaboração do projeto de dissertação. Igualmente, ao professor Walter Ferreira de Oliveira pelas considerações e contribuições no exame de qualificação.

À sempre Mestre, amiga e professora Iliane Kohler, pela relação de ensino-aprendizado humana, saudável, mantida no decorrer de toda a minha vida acadêmica; pelas ajudas concretas nos momentos de dificuldades, pelos conselhos, orientações e *encaminhamentos* necessários nos instantes, nas horas, nas fases de incerteza, insegurança, angústia, desespero.

Aos profissionais Mara Regina de Oliveira e Antônio Heinzen Filho, pelo suporte terapêutico necessário nos últimos anos da minha vida; especialmente por terem me ajudado a transformar as dificuldades, os obstáculos, as conquistas cotidianas no *Mestrado da Vida*.

Às profissionais e amigas Maria Sirene Cordioli e Maria Inês Bernardino, pela relação profissional responsável, ética, competente, que me impulsionou para os estudos na área da saúde mental; pela amizade acolhedora, carinhosa, fraterna, pelas comemorações e pelos momentos de descontração.

Aos meus pais e à minha família, base dos meus valores ético-morais.

Às minhas amigas e aos meus amigos, que de perto ou de longe, acompanham minha trajetória, acreditam e torcem por mim.

Formalmente, agradeço as instituições públicas CAPES e UFSC, através dos programas PROF e PGSS, pelo financiamento da bolsa que permitiu a dedicação profissional integral para a realização deste trabalho.

RESUMO

O presente trabalho tem como objeto de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. Constitui-se como objetivo geral da presente pesquisa analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Os procedimentos metodológicos da pesquisa constaram de: pesquisa empírica na coleta das informações, através de entrevistas semi-estruturadas, gravadas, realizadas com um profissional de cada área de formação de nível superior, dentre as existentes no CAPS, e aplicação de formulário, com questões fechadas, a todos os profissionais que compõem a equipe. As informações coletadas foram sistematizadas e organizadas em itens correspondentes aos eixos que nortearam a coleta dos dados, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde. A análise final foi realizada com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os resultados obtidos nos permitem concluir que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a efetividade e eficácia dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial. De maneira geral, podemos afirmar que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológico, técnico assistencial, político-jurídico, social cultural.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, política de saúde mental, serviços substitutivos.

ABSTRACT

The objective of present work is to study the operationalization of the Psychiatric Reformation in the city of Florianopolis, Brazil, based on one specific institutional model - the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral. The general objective of the present research is to analyze the institutional reality at the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral, Florianopolis, related to the operational process of mental health politics, based on the requirements of the Brazilian Psychiatric Reformation. The research methodological procedures have consisted of: empirical research and data collection, through semi-structured interviews, recorded, realized under the presence and supervision of a professional of each field, plus de existing data from the CAPS, and filled application, with closed questions, to all the professionals who compose the team. The data colleted was systematized and organized in items and events that are surrounded the data collection, which are: financial structure and resources, human resources and therapeutic project, participation of the user and the family in the treatment, social insertion, and integration of the service with the municipal network of assistance in health. The final analysis was based on theoretical production on mental health and the Psychiatric Reformation. The results allowed us to conclude that in scope of management of CAPS, the limited number of studies and the difficulties to transfer and administer them harmed the functioning of the service. The contributing factors were lack of strategic planning and systematic evaluation of actions. The difficulties associated with teamwork compromised the effectiveness and efficacy of the objectives. The absence of a municipal network dedicated to structure and articulate mental health appears as an obstacle to the practice of desinstitutionalization and psychosocial rehabilitation. In general, we can affirm that the changes in the assistance model, directed for Psychiatric Reformation is one of the challenges to the concretization to mental health politics in a new interaction between society and people with psychological illnesses. The operationalizational political difficulties of mental health go through different fronts of performance which constitute the complexity of social processes associated with Reformation in its different dimensions. These dimensions are: theoretic-epistemological, technical assistance, politic-legal and socio-cultural.

Keywords: Psychiatric Reformation, mental health politics, substitute services.

LISTA DE SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
APAC - Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CPASM - Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental
CMS – Conselho Municipal de Saúde
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FNS – Fundo Nacional de Saúde
INAMPS – Instituto Nacional de Aposentadorias e Pensões
IPQ – Instituto de Psiquiatria Catarinense
MS – Ministério da Saúde
MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS – Organização Mundial para a Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF - Programa de Saúde da Família
RP – Reforma Psiquiátrica
SIH - Sistema de Informação Hospitalar
SAI – Sistema de Informação Ambulatorial
SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
SUS – Sistema Único de Saúde
TR – Terapeuta de Referência
ULS – Unidade Local de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Procedimentos metodológicos	18
2 REFORMA PSIQUIÁTRICA	222
2.1 O Modo Psicossocial	26
2.1.2 Atenção Psicossocial.....	28
2.2 Desinstitucionalização	30
2.3 Reabilitação psicossocial	32
3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA	344
3.1 Estrutura e recursos financeiros	344
3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico	45
3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental	46
3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário	51
3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações.....	59
3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento.....	65
3.3 Participação do usuário e da família no tratamento	69
3.3.1 Planejamento terapêutico individual.....	70
3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral.....	72
3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares	81
3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia.....	88
3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental.....	96
3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica	106
3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde...	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
REFERÊNCIAS.....	125
APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS.....	130
ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica.....	136

1 INTRODUÇÃO

O processo de mobilização, organização e luta pela Reforma Psiquiátrica brasileira origina-se no contexto dos movimentos sociais, no período de redemocratização do país (décadas de 1970/1980), e tem como base os pressupostos da Reforma Sanitária brasileira e da Psiquiatria Democrática italiana. Tal movimento esteve direcionado no sentido da crítica e desconstrução gradativa da assistência existente, embasada no saber psiquiátrico, que justificava as práticas decorrentes do modelo asilar e, ao mesmo tempo, buscava a construção de propostas de superação deste modelo.

Os anos de luta pela transformação do modelo assistencial tradicional (asilar), centrado na internação hospitalar, culminaram com a criação e regulamentação de leis e portarias relativas à implantação de uma rede de serviços substitutivos a este. A partir da década de 1990 um conjunto de leis, portarias, decretos, resoluções define novas exigências em relação à assistência psiquiátrica prestada aos portadores de transtorno mental¹, incluindo a adequação das condições físicas das instituições de atendimento, a existência de projeto terapêutico, equipe multidisciplinar e outros dispositivos que garantam maior qualidade assistencial.

A Reforma Psiquiátrica é um processo em construção, que envolve tanto a sociedade civil, através dos diferentes os movimentos sociais, os profissionais, os usuários, bem como os órgãos gestores das políticas públicas. Estes são os responsáveis pela operacionalização das ações com relação a mudança de paradigma e prática em saúde mental. Nessa trajetória, aos profissionais cabe exercer o papel de sujeitos e críticos do processo de implantação da Reforma Psiquiátrica; aos gestores da política de saúde compete a decisão política com vistas a assegurar as condições técnicas para a implementação e operacionalização dos serviços de atenção; aos movimentos sociais fica a luta política pela construção social de um outro sentido para lidar com a "loucura" e com o "louco", a partir de uma transformação na relação sociedade/loucura.

¹ Cabe destacar que a expressão “portador de transtorno mental” é adotada neste estudo por acreditar-se que a palavra portador traz em si um caráter mutante. Ou seja, secundariza o transtorno mental e resgata o sujeito envolvido na condição de enfermo, como um ser dinâmico. Por sua vez, o termo transtorno mental traz um caráter psicossociológico, dinâmico, mutável, diferente do termo doença mental, muito embora não seja menos controvertido do que este último (ROSA, 2003, pp. 37-38). E, também, por ser “portador de transtorno mental” a expressão utilizada na linguagem técnica constante na política de saúde mental do Ministério da Saúde.

No curso das transformações operadas na e pela Reforma Psiquiátrica destacamos como marco significativo recente a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM)². Em seu documento conclusivo reafirma-se que as políticas de saúde mental devem respeitar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das leis Federal e estaduais, priorizando a construção da rede de atenção integral em saúde mental. Tais políticas devem ter como pressupostos básicos a inclusão social e a reabilitação psicossocial, estar integradas com outras políticas sociais, como educação, trabalho, lazer, cultura, esporte e habilitação profissional, visando garantir o exercício pleno da cidadania (BRASIL, 2002a).

O mesmo documento ressalta que a reorientação do modelo assistencial deve estar direcionada para concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e de promoção da saúde. Nesse sentido, é fundamental que as novas modalidades assistenciais desenvolvam práticas pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a auto-estima, a autonomia e a cidadania, buscando superar a relação de tutela e reprodução da institucionalização e/ou cronificação (BRASIL, 2002a).

A mudança do modelo assistencial é um dos desafios da Reforma Psiquiátrica. Busca-se, no âmbito da gestão pública, a construção de um novo pacto para transferir os recursos aplicados no modelo hospitalar para uma assistência comunitária. Entretanto, a mudança da lógica de atenção em saúde mental requer, também, uma mudança de paradigma. No bojo dos novos dispositivos de cuidado necessariamente deve estar uma nova ética do cuidar, baseada na premissa básica da autonomia possível e dos direitos humanos dos portadores de sofrimento psíquico. Isso significa considerar que as possibilidades de novas práticas terapêuticas devem caminhar ao lado da preocupação com a mudança das representações simbólicas do “louco” na sociedade, e com a produção de outros saberes.

Na atualidade, todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, bem como a literatura da área, referem-se a desconstrução como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade das ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Tal proposição tem como base a

² Realizada em Brasília, de 11 a 15 de dezembro de 2001. A I Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em 1987 e a II em 1992.

incapacidade da psiquiatria em explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (TORRE; AMARANTE, 2001).

O modelo manicomial tem seu fundamento na noção de que a experiência de sofrimento psíquico diversa (delírio, alucinação) é sinônima de erro. Um dos aspectos mais importantes no processo de transformação radical deste é a superação do conceito de doença. Conforme apontam Torre e Amarante (2001, p.73-85), “não se trata, obviamente, de negar a diversidade da experiência do delírio ou da alucinação, mas de não utilizar o conceito de doença (igual a erro) na relação com o sujeito”. Nesta direção, Rotelli (1990) propõe, no lugar do objeto “doença mental”, o objeto “existência-sofrimento” do sujeito em sua relação com o corpo social.

Segundo Costa-Rosa (et. al., 2003, p. 28), “ao se buscar a superação do saber psiquiátrico, sobretudo do paradigma doença-cura, procurou-se romper com práticas identificadas com o modelo clínico, por considerá-las ineficazes, segregadoras”. Busca-se no modo psicossocial estabelecer-se “a construção de uma relação de contrato com o sujeito que substitua a relação de tutela instaurada pela psiquiatria” (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 73-85). Como oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar surge, no contexto da Reforma Psiquiátrica, a atenção psicossocial como paradigma do modo psicossocial.

A origem das práticas de atenção psicossocial, como designação de experiências significativas no contexto da saúde mental, está relacionada às contribuições das diferentes experiências históricas de reforma, que incluem as Comunidades Terapêuticas e a Antipsiquiatria, na Inglaterra, a Psicoterapia Institucional, na França, a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, nos Estados Unidos e a Psiquiatria Democrática, na Itália³. No caso brasileiro somam-se as contribuições das políticas públicas e das experiências locais pioneiras dos centros e núcleos de atenção psicossocial, em Santos, São Paulo.

O modelo psicossocial vem ganhando elementos tanto em termos teórico e técnico quanto ideológicos e éticos, aptos a constituírem um novo paradigma para as práticas em saúde mental, capaz de substituir o paradigma psiquiátrico que ainda é dominante. Costa-Rosa (et al., 2003, p.31), observa que de modo geral os elementos teóricos subjacentes a essas experiências passam principalmente pelas idéias sociológicas e psicológicas, pelo materialismo histórico, pela psicanálise e pela filosofia da diferença. Nesse sentido, é importante indicar que o lugar social da saúde mental é um lugar de

³ Estudos sobre estas experiências encontram-se em DESVIAT (1999); ROTELLI (2001).

conflito, confronto e contradição. Entender a saúde mental dessa forma implica em reconhecê-la como expressão e resultante de relações e situações sociais concretas. “Por qualquer perspectiva que se olhe, tratar-se-á sempre de um eterno confronto: pulsações de vida/pulsações mortíferas; inclusão/exclusão; tolerância/intolerância” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p. 29).

A operacionalização da Reforma Psiquiátrica, através da implantação da rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, territorializados e integrados à rede de saúde, tem sido uma construção lenta e difícil, perpassada por interesses políticos e econômicos. Muitas vezes são privilegiados procedimentos técnico-burocráticos, assistenciais, em prejuízo de um serviço que tenha como foco o tratamento da pessoa humana na sua dimensão integral. Por outras, a Reforma Psiquiátrica é entendida como sinônimo de reestruturação de serviços; introdução ou modernização de novas tecnologias de tratamento e cuidado; promulgação de uma nova legislação. Em geral, os problemas passam pela tendência de tornar a Reforma a implantação de centros de atenção psicossocial, de forma a banalizar o serviço, fazendo com que estes sejam uma extensão do hospital psiquiátrico (AMARANTE, 2005).

Não obstante, a transformação do modelo de atenção tradicional requer a construção de uma rede de atendimento ampla, com serviços diversificados e complementares, substitutivos das práticas asilares. O modelo substitutivo não significa alternativo, paralelo, complementar ou intermediário do sistema tradicional. Trata-se de um serviço forte, que comporta uma estrutura complexa em que o sentido das práticas deve ser alterado do “eixo da clínica” para o “eixo da cidadania”. Isso significa olhar para a pessoa-sujeito e não unicamente para a doença (AMARANTE, 2005).

Pensar a mudança do paradigma teórico-conceitual clássico significa provocar uma transformação na cultura da forma tradicional de ver e lidar com a loucura, buscar a construção de um outro lugar social para a loucura e a doença mental, a partir de uma transformação das relações sociedade-loucura/doença mental.

Nesse processo, os centros de atenção psicossocial (CAPS) constituem-se no “braço” do modelo psicossocial. Tornam-se serviços privilegiados para o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial e dispositivos estratégicos para a mudança da atenção em saúde mental.

De acordo com as normatizações do Ministério da Saúde, são atribuições dos CAPS: organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; prestar atendimento em regime de atenção diária; oferecer cuidado clínico eficiente e personalizado; realizar a

dispensação de medicamentos; acompanhar usuários que moram em residências terapêuticas; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, assessorando o trabalho dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território ou área de abrangência (BRASIL, 2004).

No sentido de favorecer o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, bem como estimular a mudança da lógica de ver e lidar com a “doença” e o “doente mental”, o direcionamento da Política Nacional de Saúde Mental preconiza que os projetos terapêuticos dos CAPS podem ultrapassar a estrutura física da unidade, em busca da rede de suporte social comunitária. O atendimento prestado deve ser através de projeto terapêutico individualizado, construído conjuntamente com o usuário. A preocupação principal não deve ser o estabelecimento de um diagnóstico clínico, mas sim o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2004).

Com base no exposto, a presente dissertação de mestrado tem como recorte de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - O Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. A escolha deste CAPS deve-se ao fato de ser este um serviço público de atendimento diário a portadores de transtornos mentais adultos, único nesta modalidade no município. A população de Florianópolis conta com outros dois centros de atenção psicossocial, um para atendimento de crianças e adolescentes (CAPSi) e outro para atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (CAPSad).

O CAPS Ponta do Coral constitui-se no principal serviço de atendimento extra-hospitalar na realidade local, desempenhando um papel central na assistência a portadores de transtornos mentais graves. A rede municipal de atenção em saúde mental é incipiente, com poucos recursos e o CAPS enfrenta diversas dificuldades na realização de suas atividades, concentrando uma demanda de atendimento superior a sua capacidade.

Destacamos a relevância deste estudo na medida em que está em curso no país uma reforma nos serviços de assistência em saúde mental, em que a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos pelo cuidado comunitário/ambulatorial tem sido a

diretriz básica para a reorganização da política de saúde mental, desde o nível federal aos níveis estadual e municipal.

A reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

O processo de reestruturação dos serviços de saúde mental está baseado na organização de uma rede comunitária de cuidados. Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esportes etc), culturais, religiosos e de lazer são convocados para potencializar as equipes de saúde na tarefa de realizar ações de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004).

Fazem parte desta rede de serviços de saúde mental os centros de atenção psicossocial, os núcleos de atenção psicossocial (NAPS), os serviços residenciais terapêuticos (SRTs), os hospitais gerais, os centros locais de saúde, as equipes de saúde da família e agente comunitários de saúde, entre outros. Particularmente, neste trabalho, nos interessamos por estudar os CAPS por estes assumirem um papel central na organização da rede, constituindo-se em serviços de atenção que “almejam à outra lógica, outra fundamentação teórica-técnica e outra ética, que não mais a do paradigma psiquiátrico” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.19).

Os CAPS foram criados para serem substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos, oferecendo atendimento em saúde mental à população de sua área de abrangência. São atendidas pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, incluindo aquelas que apresentam transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e crianças e adolescentes. As práticas realizadas neste tipo de serviço devem caracterizar-se por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro, na comunidade.

Oficialmente os CAPS foram instituídos pela Portaria GM/MS N°224/1992 e definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam uma população adscrita definida pelo nível local e oferecem atendimento de cuidados intermediários entre

o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (BRASIL, 2002b).

Atualmente, os CAPS são regulamentados pela Portaria GM/MS N° 336/2002 e integram a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta portaria estabelece critérios de porte/complexidade e abrangência populacional aos CAPS, classificando-os nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad⁴. A classificação dos diversos tipos de CAPS difere, basicamente, quanto ao tamanho da população pela qual se responsabilizam e quanto ao regime de funcionamento.

Os profissionais que trabalham nos CAPS integram uma equipe multiprofissional. São técnicos de nível superior e nível médio, de diferentes áreas de formação. Os profissionais de nível superior são médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física entre outros necessários para as atividades oferecidas, de acordo com o projeto terapêutico do CAPS. Os profissionais de nível médio podem ser técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores, artesãos, profissionais de limpeza e cozinha (BRASIL, 2004).

As equipes técnicas possuem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. Cabe aos profissionais a tarefa de organizar-se para realizar o acolhimento dos usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, realizar as atividades de reabilitação psicossocial, equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas.

Ao considerarmos as práticas em saúde mental de um centro de atenção psicossocial nosso objeto de estudo estamos entendemos que é a partir delas que a mudança de paradigma se torna possível, haja vista que a estruturação de uma rede de

⁴ O CAPS I tem capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e deve funcionar das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira; o CAPS II atende municípios com população entre 70.000 e 200.000, deve funcionar das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas; o CAPS III atende municípios com população acima de 200.000 habitantes, funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana. Já os CAPSi e os CAPSad possuem características diferenciadas dos demais. O CAPSi é referência para municípios com população acima de 200.000 habitantes e constitui-se em um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período até 21 horas. Os CAPSad destinam-se a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. É indicado em municípios com população acima de 100.000 habitantes, funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas (BRASIL, 2002b).

novos serviços de saúde mental não constitui por si só uma ruptura com o paradigma das práticas asilares, da segregação e da tutela do portador de transtorno mental. Contudo, sabemos que analisar uma realidade institucional é uma tarefa difícil, principalmente quando nos propomos olhar esta realidade em movimento, permeada de contradições e como fruto de um processo sócio-histórico.

Nesse sentido, elegemos como sujeitos informantes os profissionais que atuam no Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, por entendermos que a eles cabe a tarefa de realizar as atividades institucionais cotidianas. Esses profissionais integram uma equipe multiprofissional e assumem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. A nosso ver, constituem-se atores sociais centrais no processo de implementação e operacionalização da Reforma Psiquiátrica na realidade local.

Com isso queremos destacar que os profissionais de saúde mental exercem um papel relevante para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, seja como partícipes dos movimentos sociais, como gestores da política de saúde mental e/ou como trabalhadores (técnicos) nos serviços de assistência. Particularmente, aos profissionais dos CAPS cabe o compromisso de operacionalizar a mudança da lógica da assistência, na medida que estão atuando em um serviço considerado um dispositivo estratégico da rede de assistência em saúde mental. Esses profissionais estão diretamente ligados aos usuários do serviço e a implementação da política de saúde mental, função que os coloca na linha de frente de um cenário novo que vem passando por formulações e reformulações nos campos “político-jurídico, técnico-assistencial, epistemológico e sociocultural” (AMARANTE, 2003).

Torna-se pertinente ressaltar que o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) teve forte influência nos avanços ocorridos na mudança da assistência psiquiátrica. Constituído inicialmente de técnicos de saúde mental buscava a melhoria da assistência psiquiátrica e denunciava a situação precária dos manicômios. O MTSM posicionou-se em relação à assistência prestada, politizou a questão da Reforma, construiu uma linha de pensamento crítica no campo da saúde mental. Organizados, os trabalhadores criaram fóruns de discussões locais de caráter técnico e político e defenderam as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Posteriormente, o movimento ampliou-se no sentido de ultrapassar sua natureza técnico-científica, organizou sua estrutura administrativa como fórum nacional e passou a ser designado Movimento da Luta Antimanicomial, tornando-se um movimento social que passou a englobar várias entidades como associações de usuários

e familiares⁵, ONGs, entre outras (AMARANTE, 1994, 1995a; SOUZA, 2001; VASCONCELOS, 2000b, 2004).

Assim, nos parece certo que os profissionais de saúde mental são atores sociais influentes na efetivação da Reforma Psiquiátrica. Razões significativas para pesquisar e valorizar suas experiências e opiniões, na medida em que seus relatos podem indicar como vem se realizando no dia-a-dia a Reforma, bem como contribuir para a construção de novas práticas e a produção de novos saberes. E, entendemos como Foucault, que os saberes não são apenas conhecimentos acadêmicos, produções que se autodenominam científicas. Os saberes também estão onde são produzidos, pois sempre criam visões de mundo, produzem histórias e História.

Dessa forma, a presente pesquisa tem a finalidade específica de contribuir para a análise das práticas locais de saúde mental, a partir do estudo da realidade vivenciada no CAPS de Florianópolis e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Lembramos, ainda, que neste ano de 2006 o CAPS Ponta do Coral completa dez anos de atividades, fato que nos leva a destacar a importância de um estudo que identifique as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação deste serviço. No geral, busca-se fornecer subsídios para os avanços nas políticas de saúde mental e contribuir para a produção de conhecimentos sobre a realidade da prática das políticas públicas de saúde mental. Para tanto, elegemos como eixos de estudo e análise cinco pontos, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social e integração com a rede municipal de assistência em saúde.

Constitui-se como objetivo geral do presente estudo a análise da realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Para alcançarmos este definimos como objetivos específicos: 1) caracterizar a estrutura e os recursos financeiros disponibilizados

⁵ Cabe registrar que no campo da saúde mental encontram-se associações de composição variada. Há associações de usuários; associações de familiares; associações de usuários e familiares; associações de usuários, familiares e técnicos; associações de usuários e técnicos; e associações de técnicos e familiares. Em sua maior parte, o processo organizativo das associações é conduzido por elementos de constituição de laços de solidariedade e ajuda mútua. Contudo, existem associações que são favoráveis à agenda de inovações da assistência colocada pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e, outras, que se caracterizam como uma comunidade de veto em relação à mesma agenda (SOUZA, 2001).

e sua adequação às atividades do Caps; 2) conhecer as práticas assistenciais desenvolvidas pelo CAPS com relação ao projeto terapêutico e como se organiza o trabalho da equipe técnica; 3) identificar como ocorrem as práticas institucionais de participação do usuário e da família no tratamento e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica; 4) identificar se existem e quais são as ações institucionais, intersetoriais e/ou outras criadas com relação a inserção social do portador de transtornos mentais; 5) descrever e analisar a relação existente entre o CAPS e a rede municipal de assistência em saúde com relação a operacionalização da política de saúde mental e do SUS; 6) identificar quais as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação do CAPS, pontos positivos e negativos.

1.1 Procedimentos metodológicos

Para operacionalizar os objetivos do nosso estudo foi realizada uma pesquisa de caráter qualitativo, do tipo estudo de caso. Segundo Minayo (1994), a pesquisa qualitativa, nas ciências sociais, responde a questões particulares, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Isso significa considerar que trabalhamos com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que correspondem a pontos mais profundos das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser quantificáveis. E, segundo Chizzotti (2003, p. 104), em geral, a pesquisa qualitativa objetiva provocar o esclarecimento de uma situação para uma tomada de consciência pelos próprios pesquisados dos seus problemas e das condições que os geram, a fim de elaborar meios e estratégias de resolvê-los.

Dentre os tipos de pesquisa qualitativa, o estudo de caso talvez seja um dos mais relevantes. É uma modalidade que propicia retratar uma realidade de forma ampla e profunda, de forma a revelar a multiplicidade de dimensões presentes numa determinada situação e contextualizar o objeto para melhor compreendê-lo (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Nesta forma de estudo, o caso é tomado como unidade significativa do todo porque tanto retrata uma determinada realidade quanto revela a multiplicidade de aspectos globais presentes em uma dada situação (CHIZZOTTI, 2003). A principal função do estudo de caso é a explicação sistemática de fatos que ocorrem no contexto social e geralmente se

relacionam com uma multiplicidade de variáveis. Essa técnica caracteriza-se por ser um estudo intensivo, o qual deve considerar a compreensão geral do assunto investigado (FACHINI, 2001).

O local escolhido para a realização do estudo, o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, é um serviço público, municipal, cadastrado na modalidade CAPS II, situado à rua Rui Barbosa, 713 (fundos), no bairro Agrônômica, Florianópolis/SC. CAPS Ponta do Coral funciona das 8h às 18hs e atende uma demanda média diária de 40 usuários. O serviço foi criado em março de 1996 e funciona neste endereço desde o mês de dezembro do mesmo ano⁶.

A principal fonte de informação da presente pesquisa constituiu-se das falas dos profissionais, de formação de nível superior, e, no resultado do formulário aplicado a todos os membros da equipe do CAPS Ponta do Coral. Utilizamos para a coleta de informações a entrevista semi-estruturada, gravada, com questões abertas, e a aplicação de formulário com questões fechadas (Apêndices A e B). As entrevistas foram orientadas por um roteiro com perguntas estruturadas e agrupadas em cinco blocos correspondentes aos eixos de estudo da pesquisa. De acordo com Trivinos (1987), a entrevista semi-estruturada geralmente parte de certos questionamentos básicos, de perguntas fundamentais derivadas da teoria que é adotada para a pesquisa e de informações que o pesquisador possui sobre o tema a ser pesquisado.

Na pesquisa qualitativa, a entrevista é uma das técnicas mais utilizadas na coleta do material empírico. No tipo de estudo escolhido, foi possível perceber que a entrevista constituiu-se na ferramenta capaz de possibilitar a obtenção de dados mais profundos da realidade, os quais só podem ser obtidos com a contribuição dos sujeitos envolvidos.

O trabalho empírico para coleta dos dados e das informações na Instituição foi realizado entre a segunda quinzena do mês de março e a primeira quinzena do mês de abril de 2006 (16/3/2006 a 13/4/2006). A coleta teve início após a apresentação e solicitação de autorização para a realização da pesquisa à coordenação da Instituição. O projeto foi encaminhado à Comissão de Ensino e Pesquisa do CAPS II Ponta do Coral e à Direção de

⁶ A implantação do serviço foi efetivada em 25/3/1996, ficando instalado, provisoriamente, junto ao Centro de Saúde II do Centro de Florianópolis (atual ULS Centro), na Avenida Rio Branco. Em dezembro do mesmo ano foi transferido para o atual endereço, passando a ser chamado NAPS Ponta do Coral. Seu credenciamento no Ministério da Saúde aconteceu ao longo do ano de 1997. Em 2002, a Portaria GM n° 336 regulamentou a denominação dos antigos NAPS para CAPS (STUANI, 2005).

Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis para parecer. Mediante o parecer favorável (Anexo A) das referidas instâncias, foi realizada, em reunião de equipe, a apresentação do projeto aos profissionais do CAPS Ponta do Coral. Concluída esta etapa, foi realizada a entrevista pré-teste. A escolha do profissional observou os critérios constantes da metodologia do projeto. A entrevistada foi uma profissional da área da psicologia (área que tem mais de um profissional no CAPS) que tinha disponibilidade para a realização da entrevista na data escolhida. A partir desta entrevista, foram realizadas pequenas alterações no roteiro, com vistas a agrupar algumas perguntas, no sentido de diminuir o tempo necessário à efetivação da mesma. A referida entrevista teve a duração aproximada de uma hora e vinte minutos, acrescida de mais quinze minutos para a aplicação do formulário, totalizando uma hora e trinta e cinco minutos.

No total, foram realizadas seis entrevistas e aplicados doze formulários, de acordo com a metodologia estabelecida, a qual privilegiou, para a entrevista, o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de ensino superior, dentre as existentes no CAPS Ponta do Coral, quais sejam: psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Os formulários foram aplicados a todos os profissionais de formação de nível superior e de formação de nível médio. Foi necessário realizar sorteio do profissional a ser entrevistado apenas com relação a área da psicologia, por esta ter quatro profissionais atuando na equipe do CAPS. Como utilizamos um deles para a realização do pré-teste, participaram do sorteio apenas os outros três. O sorteio foi realizado na presença de outras duas profissionais da equipe.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos profissionais. A aplicação dos formulários foi simultânea e obedeceu ao mesmo critério. No caso de três dos profissionais entrevistados não foi possível realizar a aplicação do formulário no momento da entrevista, a pedido dos mesmos, devido a limitações de tempo. As entrevistas foram gravadas em fitas cassete, com a autorização prévia dos entrevistados, e, posteriormente, as falas foram transcritas.

As informações e os dados coletados foram sistematizados e classificados, de acordo com os eixos de pesquisa, e posteriormente analisados com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os dados originados dos formulários foram analisados e tratados descritivamente, ou seja, reduzidos a termos descritivos. Para efeito de padronização e de comparação foi adotado o método da porcentagem.

A análise final, que, segundo Minayo (1994), corresponde a um movimento contínuo entre o empírico e o teórico e vice-versa para fazer do caos aparente das

informações revelações da sua especificidade, foi construída pela síntese das informações coletadas em cada eixo de estudo, previamente definidos.

As questões éticas foram consideradas em todas as etapas do estudo, especialmente, na relação com os entrevistados, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) e dentro do que determina a Resolução N° 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde e o Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina. Os profissionais foram informados e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa quando da apresentação do projeto em reunião de equipe e individualmente antes da realização da entrevista. Foi preservado o anonimato dos entrevistado ao se utilizar codinomes para referenciar as falas no trabalho, destacando-se que os mesmos escolheram livremente seu próprio apelido quando da realização da entrevista. Apenas uma das entrevistadas optou por deixar a cargo da pesquisadora a escolha do codinome.

O trabalho que ora apresentamos está organizado de forma a contemplar, neste primeiro capítulo, a introdução do tema e a metodologia utilizada na pesquisa; no segundo capítulo descrevemos, sistematizadamente, o norte teórico utilizado como referência para a análise dos dados e das informações coletadas; no terceiro capítulo trazemos os resultados e as análises da pesquisa. Ao final, resgatamos os principais tópicos relacionados aos eixos de estudo e expomos nossas considerações finais sobre o tema.

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA

Procuramos expor neste capítulo uma síntese das análises de alguns autores que têm contribuído para o avanço nas discussões sobre a Reforma Psiquiátrica, bem como a definição do que vem a ser este outro modelo de atenção em saúde mental – o Modo Psicossocial, tanto em seus aspectos prático-assistenciais quanto em suas exigências éticas e teóricas, no sentido de construirmos o norte teórico orientador das análises da presente pesquisa.

Todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, na atualidade, bem como a literatura da área estabelecem a categoria teórico-prática “desconstrução” como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade nas ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Reiteram, também, a incapacidade da psiquiatria de explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (BASAGLIA, 1985; ROTELLI, 1990). Neste sentido, a proposta da Reforma Psiquiátrica objetiva criar experiências alternativas ao hospital psiquiátrico e ao modelo de suas práticas, através da extinção desse tipo de instituição e sua substituição por recursos que sejam capazes de rever tanto as concepções do “objeto” quanto dos “meios” e modos da sua intervenção nessa área.

A partir das contribuições colocadas por Fleury (et. al., 1989), com relação ao conceito de Reforma Sanitária como um “processo de transformação estrutural”, e da noção de *processo social complexo* proposta por Rotelli (1990), Paulo Amarante (2003, p.49), define Reforma Psiquiátrica como:

um processo social complexo que se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade.

Nessa concepção, o autor observa que processo indica algo em permanente movimento, que não tem um fim predeterminado, nem um objetivo último ou ótimo. E, a idéia de complexidade é posta não como sinônimo de complicação, mas sim como uma atitude epistemológica no sentido de reabrir a possibilidade de recomplexificação do fenômeno, proposição oposta a naturalização/objetualização da noção de doença. Neste sentido, a doença deixaria de ser reduzida a uma alteração biológica, para tornar-se um

processo de saúde/enfermidade. Em outras palavras, “a doença não é um objeto, mas uma experiência nas vidas de sujeitos distintos” (AMARANTE, 2003, p.53).

Na continuidade de suas análises sobre a Reforma Psiquiátrica Amarante (2000, 2003) designa quatro dimensões para as transformações operadas na e pelas práticas da Reforma, quais sejam: teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural.

A dimensão teórico-conceitual ou epistemológica contempla o conjunto de questões que dizem respeito a produção de conhecimentos e saberes que irão subsidiar as práticas. É uma dimensão que vai desde a reflexão dos conceitos mais fundamentais do campo das ciências até os conceitos produzidos pela psiquiatria: alienação, doença mental, normalidade/anormalidade, terapêutica e cura. Um aspecto muito importante desta dimensão refere-se ao desafio de se repensar as relações entre conhecimento e objeto (AMARANTE, 2003).

Na interpretação de Costa-Rosa (et al., 2003, p. 32), o campo teórico-conceitual pauta-se na desconstrução de conceitos e práticas, sustentados pela psiquiatria e pela psicologia nas suas visões acerca da doença mental. Propõe-se como contrapartida a construção de noções e conceitos como “existência-sofrimento” do sujeito na sua relação com o corpo social, acolhimento, cuidado, emancipação e contratualidade social. Nesse âmbito, pode-se entender que o conceito de existência-sofrimento impulsiona a Reforma Psiquiátrica na direção de uma revolução paradigmática, uma vez que questiona a tão cara relação sujeito-objeto e o próprio paradigma doença-cura. Tal conceito aparece por contraposição ao paradigma doença-cura, expressando a exigência de se dar ao sujeito a centralidade da cena.

Como exemplo desse campo Amarante (2003, p. 50) destaca o processo de desconstrução do conceito de clínica, que deixaria de ser o isolamento terapêutico ou o tratamento moral para tornar-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades; a desconstrução do conceito de doença produzido pela psiquiatria, em que o sujeito, não mais visto como alteridade incompreensível, possibilitará outras formas de conhecimento, que produzirão novas práticas clínicas e sociais.

Cabe destacar que quando um conceito é submetido ao processo de desconstrução é possível supor que as relações entre as pessoas envolvidas também serão transformadas, assim como os serviços, os dispositivos e os espaços. Conseqüentemente, mudam, ainda, os conceitos e as práticas jurídicas que eram adotadas pelos conceitos desconstruídos.

Para Basaglia (1985) e Rotelli (1990), desconstrução está relacionada à noção de *invenção*, de construção do real, de produção da subjetividade, recolocando em discussão a ciência e a psiquiatria. Os autores referem-se a “desconstrução” do dispositivo psiquiátrico e clínico em seus paradigmas fundantes e suas técnicas de poder-saber, entendendo-a como uma ação prática de dismantelamento das incrustações institucionais que cobriam a doença. A desconstrução questiona as bases do dispositivo psiquiátrico, em sua competência para atuar frente à loucura.

Entende-se desconstrução como um processo social complexo, de desmontagem do dispositivo psiquiátrico, que não tem fim, ou não pretende constituir, um modelo ideal, mas sim dar novo significado às relações e colocar questões imanentes às situações-problema. Nesse sentido, é um processo que precisa, por definição, ser reinventado incessantemente, e questionar também o conjunto dos segmentos sociais que deveria ser [...] objeto de uma verdadeira "revolução molecular", quer dizer, de uma re-invenção permanente (GUATTARI, 1992 apud TORRE; AMARANTE, 2001, p. 14).

A dimensão político-jurídica passa pela criação e alterações na legislação com relação aos direitos e a assistência ao portador de transtornos mentais. O âmbito jurídico é decorrente do fato de a psiquiatria ter instituído a noção de relação entre loucura, periculosidade, irracionalidade, incapacidade, irresponsabilidade civil. No plano político luta-se pela extinção dos manicômios e sua substituição por instituições abertas, pela revisão das legislações sanitárias, civil e penal referente a doença mental, para possibilitar o exercício dos direitos à cidadania, ao trabalho e à inclusão social. Importa nessa dimensão rediscutir e redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais (AMARANTE, 2003, p. 53; COSTA-ROSA, et al., 2003, p. 33).

No âmbito da dimensão técnico-assistencial está o modelo assistencial. É nesse campo que, na realidade brasileira, aparecem mais visivelmente as inovações com relação as práticas assistenciais em saúde mental, concomitante a reconstrução dos conceitos. As transformações vêm acontecendo tanto na concepção de novos serviços (CAPS, oficinas terapêuticas e de reintegração sociocultural, cooperativas de trabalho) quanto na sua forma de organização e gestão (instituições abertas com participação e co-gestão com os usuários e a população).

Nos últimos anos têm-se objetivado construir uma rede de novos serviços, concebidos como espaços de sociabilidade, de trocas, em que se enfatiza a produção de saúde como produção de subjetividades. Essas mudanças indicam para uma mudança nas práticas de atenção e tem significado *colocar a doença entre parênteses*, propiciando

contato com o sujeito, rompendo com as práticas disciplinares; aumentando a possibilidade de recuperação do seu estatuto de sujeito de direitos (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 32-33; AMARANTE, 2003, p.51).

A expressão *colocar a doença entre parênteses* é atribuída a Basaglia, significa a suspensão do conceito e implica na possibilidade de novos contatos empíricos com o fenômeno em questão. Para o autor, a psiquiatria colocou o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença como fenômeno da natureza. Assim, Basaglia propõe uma inversão, isto é, colocar a doença entre parênteses para tornar-se possível lidar com o sujeito e não com a doença.

Amarante (2003) chama a atenção para o fato de a atitude epistemológica de colocar a doença entre parênteses não significa a negação da doença no sentido do não se reconhecer que experiências de sofrimento ou diversidade fazem parte da realidade concreta da saúde mental. Nas palavras do autor:

não significa a recusa em aceitar que exista uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar. Significa, isto sim, a recusa a explicação da psiquiatria, para dar conta daquela experiência, como se esta pudesse ser explicada pelo simples fato de ser nomeada como doença. A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia social e política da exclusão, e a ruptura epistemológica com o saber da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para objetivar conhecer a subjetividade (AMARANTE, 2003, p. 56).

A dimensão sociocultural expressa o objetivo maior da Reforma Psiquiátrica, haja vista que pretende transformar o *lugar social* da loucura no imaginário social, transformando as relações entre a sociedade e a loucura. Muito do imaginário social é decorrente da ideologia psiquiátrica que tornou senso comum a relação da loucura à incapacidade do sujeito de estabelecer trocas sociais e simbólicas (AMARANTE, 2003, p. 53).

Para tanto se têm estimulado uma série de práticas sociais visando transformar o imaginário social relacionado a loucura, a doença mental e a anormalidade. Está em processo de mudança a imagem da loucura e do louco, a imagem da instituição e a da relação dos usuários e a população com ela. A intencionalidade passa pela construção de uma imagem das instituições de atendimento como espaços abertos de circulação e pólos de exercício estético, e uma imagem do “louco” como cidadão que deve almejar poder de contratualidade social (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 33).

Pensar a Reforma Psiquiátrica como um processo complexo implica desconstruir, superar conceitos; pensar, refletir sobre as ações no campo da saúde mental e os efeitos de

suas práticas; criar, construir novas práticas e produzir outros saberes. Trata-se, portanto, de um processo contínuo em que os verbos transformar, produzir, desconstruir, desmontar, emancipar, reconstruir devem estar no cotidiano do fazer em saúde mental.

2.1 O Modo Psicossocial

A elaboração das práticas do modo psicossocial é tributária de diferentes movimentos sociais científicos e vários campos teóricos. Sob esse aspecto, Abílio da Costa-Rosa (2000; 2003), busca especificar elementos básicos do novo paradigma traçando um paralelo de análise entre as práticas constitutivas do modo asilar e aquelas exigidas ao modo psicossocial⁷.

As principais características do modo asilar são: ênfase na consideração de determinantes orgânicos nos problemas que se pretende tratar, o que implica que o seu meio básico seja medicamentoso; pouca ou nenhuma consideração da existência do sujeito, o que implica que não se insista na sua mobilização como participante do tratamento. O indivíduo continua sendo visto como doente, tanto em relação à família quanto em um contexto social mais amplo. Daí decorre que a intervenção seja quase exclusivamente centrada nele. As aproximações da família, quando ocorrem, costumam ter caráter apenas pedagógico e assistencial. Dessa consideração do indivíduo como centro do problema, entre outros fatores, decorre também seu isolamento em relação ao meio familiar e social.

Ainda, com relação as práticas assistenciais, no modo asilar, o trabalho é realizado sem que os profissionais se encontrem para conversar sobre a atividade comum. O prontuário é considerado o elo de interconexão entre os profissionais da equipe. Mesmo no caso em que o meio é multiprofissional, a determinação fundamental dos problemas continua, na prática, sendo biológica. Portanto, a eficácia do tratamento espera-se que venha da química. Sua instituição típica continua sendo o hospital psiquiátrico fechado,

⁷ O autor observa que esta análise tem uma dimensão histórica, na medida que inclui uma consideração dos avanços que tem ocorrido nas práticas concretas até o presente; e outra dimensão lógica, visto que decorre da dedução realizada, através do método de análise, das características imprescindíveis a um determinado dispositivo para que ele configure uma lógica contraditória com a dos dispositivos que pretende superar e substituir (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.36).

ainda que nas últimas décadas esse venha sendo alvo de reformas democratizantes, intermitentes e esteja acompanhado de dispositivos chamados extra-asilares.

No modo psicossocial a concepção do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos sustentados para lidar com esse processo requer a desinstitucionalização do paradigma “doença-cura” e sua substituição pelo “existência-sofrimento”, conjuntamente com a configuração de práticas de trabalho transdisciplinares.

Destacam-se como principais exigências ao modo psicossocial: a determinação e consistência psíquica e sociocultural dos problemas, e não orgânica; a desospitalização e a desmedicalização, o que significa desconsiderar a medicação como resposta única ou preponderante e a priori; o exercício da “clínica da escuta e da criação de si”, e não a clínica da observação e da retomada do estado anterior às crises; a horizontalização das relações intrainstitucionais; a participação dos usuários e da população em forma de autogestão e co-gestão; o livre trânsito dos usuários e da população; a ética do reposicionamento do sujeito, que significa reconhecer a implicação subjetiva como forma de singularização e não supressão sintomática.

Os dispositivos institucionais típicos do modo psicossocial são os centros e núcleos de atenção psicossocial, o Hospital-Dia, ambulatórios de saúde mental; equipes multiprofissionais de saúde mental, inseridas em Centros de Saúde; setores para tratamento em saúde mental, inseridos em hospitais gerais. Seus meios básicos de tratamento são a psicoterapia, a laboterapia, as socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural, além da medicação.

É decisiva a importância que se atribui ao sujeito, daí que se insista de maneira fundamental na sua mobilização como participante principal do tratamento. Não se deixa de considerar, por isso, a sua dimensão de indivíduo (orgânico e sócio-cultural). Dá-se ênfase à consideração da pertinência do indivíduo a um grupo familiar e social. Supõe-se que se deve trabalhar também a família e o grupo social como agentes das mudanças buscadas.

Da consideração de que não é o indivíduo o único problemático, sugere-se que se inclua no tratamento também a família e eventualmente um grupo mais ampliado. As formas de participação da família e do grupo ampliado no tratamento são várias e superam, em muito, as posturas assistencial e orientadora, características do modo asilar. As associações de usuários e familiares criadas no modo psicossocial são reflexos dessa nova postura em relação aos usuários.

No modo psicossocial, espera-se que as diferentes possibilidades de ação se estendam desde a continência do indivíduo, durante a crise, até o reconhecimento da implicação familiar e social nos mesmos problemas. Espera-se, portanto, que tanto uns quanto outros possam assumir a parte de seu compromisso na atenção e no apoio. Além disso, dá-se acentuada ênfase à reinserção social do indivíduo, sem perder de vista que, muitas vezes, não é a problemática com a qual ele chegou a responsável pela sua saída da circulação sociocultural.

Quanto às formas de organização institucional, no modo asilar estas são marcadas por estratificações de poder e saber no âmbito do pessoal da instituição, que se transladam para a relação com os usuários e a população, os quais estão excluídos de qualquer participação que não seja a do objeto inerte e o mundo. Já os dispositivos do modo psicossocial tem suas práticas fundamentadas na lógica da Psicoterapia Institucional e da Comunidade Terapêutica e, geralmente, estas são instrumentadas por meio de assembleias de usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental. Participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais no modo psicossocial, por oposição à estratificação e interdição institucionais à heterogestão e à disciplina das especialidades que dominam no modo asilar.

Neste sentido, o autor propõe designar a Atenção Psicossocial como paradigma do modo psicossocial, em oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar.

2.1.2 Atenção Psicossocial

O termo Atenção, no contexto da Reforma Psiquiátrica, assume o conceito de “dar e prestar atenção, acolher, receber com atenção, tomar em consideração, levar em conta e escutar atentamente”. Designa uma parte fundamental do contorno que se pretende imprimir às ações de Atenção Psicossocial nas práticas em saúde mental. Expressa certos princípios relativos, sobretudo, à forma das relações dos agentes institucionais e das próprias instituições como dispositivos, com os sujeitos usuários e suas demandas (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 22).

Já o conceito Psicossocial designa as práticas em Saúde Mental Coletiva que se inscrevem como transição paradigmática da psiquiatria; enquanto que o termo psicossocial

agrega ao 'objeto' das práticas em saúde mental aspectos psíquicos e sociais, e tem a função de designar experiências reformadoras em sentido amplo (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 19).

Segundo o autor, ao somatizar aspectos sociais e psíquicos aos aspectos biológicos do paradigma e do objeto da psiquiatria a Atenção Psicossocial vai promover transformações nas concepções do objeto, nos modos de conceber e estruturar a instituição como dispositivo e, sobretudo, na forma de conceber e estruturar as relações terapêuticas, que tem, por sua vez, implicações éticas radicalmente distintas das práticas asilares.

A Atenção Psicossocial subentende ações diferenciadas das contidas no paradigma asilar e psiquiátrico. Na definição de Costa-Rosa Luzio e Yasui (2003, pp. 34-36):

a Atenção Psicossocial parece configurar um campo capaz de congrega e nomear todo o conjunto das práticas substitutivas ao Modo Asilar, conservando ao mesmo tempo a abertura necessária para a inclusão das inovações que ainda estão se processando e para outras que certamente virão. [...] As práticas de Atenção Psicossocial representam a sedimentação de um vasto conjunto de variações teórico-técnicas e éticas, mais ou menos radicais, conforme o caso, em relação às práticas vigentes e dominantes, que estão no lugar estrutural de sua alteridade necessária.

Os autores argumentam que a Atenção Psicossocial tem sustentado um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas norteadas pela aspiração de substituírem o modo asilar, e algumas vezes o próprio paradigma da psiquiatria. As ações na esfera político-ideológica trabalham em sintonia com os movimentos sociais que lutam pelo resgate da dignidade humana e dos direitos individuais e coletivos de cidadania. As ações teórico-técnicas referem-se à produção de novas formas de intervenção que possibilitem a construção de novos dispositivos que trabalhem pela transformação radical dos modelos institucionalizados e da ética em que se pautam.

Atenção Psicossocial, entendida como paradigma do modo psicossocial, designa concepções contrárias ao modo asilar. Quando referida as políticas públicas de saúde mental aspira a inclusão de aspectos políticos, econômicos, sociais, culturais e outros relacionados com ações que visam a construção de práticas de emancipação para a cidadania. Neste trabalho, se refere ao modelo de atenção em saúde mental que deve nortear as práticas dos serviços substitutivos, especificamente, a dos centros de atenção psicossocial.

Dessa forma, a complexidade e amplitude das práticas de Atenção Psicossocial inclui como seus componentes necessários, os conceitos e as práticas englobadas na desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, a partir de uma perspectiva baseada no aumento da contratualidade social dos usuários das instituições.

2.2 Desinstitucionalização

A desinstitucionalização tem sua origem nas experiências desenvolvidas por Franco Rotelli (1990), na Psiquiatria Democrática italiana. Segundo o autor, o primeiro passo da desinstitucionalização consiste em desmontar a relação problema-solução, renunciando a busca da solução racional (tendencialmente ótima) que no caso da psiquiatria é a normalidade plenamente restabelecida.

“O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de “cura” mas no projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente” (ROTELLI, 1990, p.30). Neste sentido, trata-se de um processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito doente. A desinstitucionalização traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação na qual exista reciprocidade entre sujeitos - uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade.

Nas palavras do autor,

A desinstitucionalização é, sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. [...] Depois de ter descartado a ‘solução-cura’ se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento (ROTELLI, 1990, p.33).

Em sua origem, os pressupostos da desinstitucionalização encaminham-se no sentido da restituição da subjetividade do indivíduo, possibilitando-lhes a recuperação de sua contratualidade, isto é, da posse de recursos para trocas sociais e, por conseguinte, para a cidadania social. Contudo, alguns estudos sobre as mudanças operadas na assistência no

âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira apontam para a compreensão da desinstitucionalização como desospitalização⁸.

Segundo Spricigo (2001), a desinstitucionalização, não correlata da desospitalização, torna-se a um só tempo, processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito adoecido. Traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação em que exista reciprocidade entre sujeitos, uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade. Isso gera a necessidade de invenção de novas modalidades de mediação, não somente médicas, mas principalmente políticas, sociais e culturais.

Sobre esta questão, Amarante (1995b) enfatiza que a mudança desejada na assistência em saúde mental não corresponde simplesmente ao fechamento de hospitais psiquiátricos e o conseqüente abandono das pessoas em suas famílias ou nas ruas, nem no fechamento de leitos para reduzir custos, no sentido do neoliberalismo ou no sentido do enxugamento do Estado. Segundo o autor,

desinstitucionalização não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativo. Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social (AMARANTE, 1995b, p. 491-494).

⁸ Ver SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Série Teses em Enfermagem, n° 42)

Neste sentido, a proposta da desinstitucionalização está centrada em uma mudança completa do paradigma de saber em saúde mental e, do ponto de vista assistencial, na constatação de que o hospital psiquiátrico tradicional é antiterapêutico. Assim, a estratégia de conversão do sistema de cuidado deve partir da substituição do hospital psiquiátrico por um amplo rol de serviços abertos e comunitários, capazes de assistir o usuário desde a crise aguda até às necessidades mais amplas de caráter social. Nestes novos serviços, a reabilitação psicossocial vem se configurando como um lineamento para o desenvolvimento de programas, eticamente responsáveis, no sentido de dar conta da totalidade das demandas que os problemas mentais severos e persistentes requerem.

2.3 Reabilitação psicossocial

Na definição da Organização Mundial de Saúde (1987 apud PITTA, 2001) reabilitação psicossocial é o conjunto de atividade capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários.

Segundo Pitta (2001), a reabilitação psicossocial, no seu sentido instrumental, é representada por um conjunto de meios (programas e serviços) que são desenvolvidos para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes, ou seja, um processo para facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. Tal processo enfatiza as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo e a cada situação de modo personalizado.

Para Saraceno (2001), a reabilitação psicossocial prevê um processo de restituição e reconstrução de direitos políticos legais e sociais para o cidadão. Para tal, projetos de ressocialização devem promover o reconhecimento do portador de transtorno mental.

Para Kinoshita (2001), reabilitar é reconstruir valores, aumentar o poder contratual, criar condições de possibilidade para que um paciente possa, de alguma

maneira, participar do processo de trocas sociais, produzir dispositivos que, desde uma situação de desvalor quase absoluto (pressuposto), possa passar por experimentações, mediações que busquem adjudicar valores aptos para o intercâmbio, ou seja, modificar o pressuposto de desvalor natural para um pressuposto de valor possível proposto, explícito.

O autor considera que reabilitar pode ser entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia. Sendo que, a contratualidade do usuário vai estar, primeiramente, determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Se estes podem usar de seu poder para aumentar o poder do usuário ou não. Depois pela capacidade de se elaborar projetos, isto é, ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida.

Ainda, diretamente ligada a questão da reabilitação de pacientes está a necessidade de se estabelecerem diversificadas redes de relações, as quais melhor capacitariam os indivíduos a compreenderem quais determinações influenciam sua vida cotidiana, ampliando sua autonomia.

O conceito de autonomia aqui referenciado é entendido como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001).

3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Apresentamos, a seguir, os resultados e as análises da pesquisa realizada, a partir dos eixos que nortearam a coleta dos dados e das informações: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde.

3.1 Estrutura e recursos financeiros

O conjunto de serviços substitutivos ao modelo de atenção em saúde mental tradicional (manicomial/asilar), do qual os centros de atenção psicossocial fazem parte, é, atualmente, regulamentado pela Portaria GM/MS N° 336/2002. Esta portaria estabelece portes diferenciados, a partir de critérios populacionais, para abrangência, financiamento e tipo de serviço prestado, de acordo com cada modalidade de CAPS.

Com relação a estrutura física, os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender a sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado. Para tanto, devem estar equipados com consultórios individuais para consultas, entrevistas, terapias, salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitório, sanitários, área externa para oficinas, recreação e esportes (BRASIL, 2004).

Neste aspecto, O CAPS Ponta do Coral tem uma estrutura que compreende um terreno com área física total aproximada de 1.936,00m², destes, aproximadamente 421m² são de área construída. Fazem parte das instalações, uma casa com dois pavimentos, um anexo, utilizado como sala do brechó, área de lazer e estar externa, e estacionamento. O pavimento superior da casa comporta 2 varandas, sala de recepção, sala de espera, 2 áreas de circulação (corredores), sala de administração, 2 consultórios, sendo que no momento um é utilizado como sala administrativa para realização de procedimentos relacionados ao preenchimento das APACs⁹, 2 salas para atividades grupais com WC, sala de depósito de

⁹ Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo.

material, cozinha com despensa, refeitório com churrasqueira, sala ampla (auditório) equipada com multimídia, sala de enfermagem, sala de repouso, e 7 banheiros distribuídos no espaço físico do pavimento superior. No pavimento inferior encontra-se a sala utilizada pela associação de usuários, 2 salas para a realização de oficinas (com passagem de uma para outra), sala com forno, sala de depósito de material e lavanderia¹⁰.

De acordo a pesquisa realizada, 83,3% dos profissionais considera a área física do CAPS suficiente para o atendimento da demanda e 66,7% consideram as instalações adequadas para a realização das atividades propostas; apenas um profissional observou que considera a estrutura do CAPS suficiente desde que as oficinas produtivas sejam realizadas fora da unidade. A mesma porcentagem (66,7%) considera os equipamentos disponíveis suficientes. Neste âmbito, o serviço conta com computador com impressora, aparelho de telefone e fone/faz, televisão, mesas de escritório, cadeiras, quadro branco, maca para atendimento em enfermagem, camas de repouso, fogão industrial, pia, mesas e bancos no refeitório, bancos para estar e descanso, entre outros. Metade dos profissionais respondeu que os equipamentos estão em bom estado de utilização, com ressalvas para salas com pouca ventilação no pavimento inferior.

Já com relação aos materiais de consumo, 91,7%, correspondente a onze dos doze profissionais que responderam ao formulário, consideram que os materiais de consumo não são suficientes. Eles se referem à falta e irregularidade no recebimento de materiais básicos à manutenção do serviço, tais como copo descartável para água, papel higiênico, e, principalmente, material específico para uso nas oficinas terapêuticas e de produtividade. Esta situação pode ser observada nas falas dos profissionais, que identificam as dificuldades no funcionamento do CAPS com relação a falta de recursos materiais e financeiros:

[...] essa falta de recursos é isso que eu te digo, desde a parte administrativa, nós precisamos de papel, carbono, copo pra tomar água, por exemplo, agora nós somos uma Unidade Local de Saúde que não tem copo descartável, já faz quase quinze dias, vinte dias, não tem copo descartável; falta água, aí nós temos que esperar, sendo que é um lugar que transita muitos usuários, eles tomam medicação e precisam tomar água, eles tomam muita água, e acaba não tendo água potável; por exemplo, teve época que faltou papel higiênico, em um serviço onde os usuários chegam fazem lanche, almoçam, fazem lanche da tarde, eles passam o dia aqui, então precisa ter uma estrutura mínima de atendimento (LÉLI, 4/4/2006).

¹⁰ Conforme Planta Baixa da unidade constante no projeto de reforma e ampliação executado em 2003/2004.

[...] a gente tem também o problema de fornecimento de material de consumo já há algum tempo, também desde que essa administração começou (Gestão Municipal e da Secretaria de Saúde), o fornecimento de material de consumo é interrompido, a gente fica sem tinta pra impressora, sem papel, sem papel higiênico...; tem diversos itens desses que são necessários, fazem parte do funcionamento do dia-a-dia do serviço (F, 12/4/2006).

[...] as oficinas terapêuticas e produtivas, requerem um material específico que precisa de dinheiro, e aqui, na política específica do município não tem uma regularização quanto ao repasse desse dinheiro [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

[...] a falta de agilidade no fornecimento das reservas para as oficinas, tudo isso resulta em um prejuízo para o trabalho; ficou quase uns dois meses a oficina fechada por falta de material, por exemplo [...] (P, 17/3/2006).

Outra dificuldade mencionada pelos profissionais no funcionamento do serviço é o vale transporte dos usuários:

[...] o funcionamento em geral fica prejudicado porque na medida em que falta vale transporte o usuário não vem, não consegue se deslocar para vir até aqui, aí interrompe aquele projeto terapêutico que havia sido feito com o usuário [...] (VIK, 24/3/2006).

[...] a questão, por exemplo, da dificuldade que a gente tem aqui: o transporte dos pacientes, a questão do passe, é muito irregular; então, isso reduz a nossa produtividade também, porque os pacientes acabam não vindo. Muitas vezes a gente não pode, por exemplo, contar com aquele paciente que veio para uma entrevista inicial porque ele não tem como estar vindo no curto prazo, então, acho que isso, a questão do custo que é o transporte em Florianópolis, também acaba afetando o nosso trabalho, então, nesse sentido, a falta de regularidade no passe [...] (P, 17/3/2006).

A partir dessa relação entre as diversas necessidades para o funcionamento do serviço é possível perceber que os profissionais assumem como princípio uma concepção de saúde ampliada, na qual não basta somente o atendimento terapêutico. Outros fatores estão interligados e contribuem para que a assistência efetivamente ocorra. Contudo, a concepção e prática setorializada das políticas sociais brasileiras provoca situações dessa natureza, na medida em que não se trabalha a inter-relação entre elas. Esta forma de setorialização das políticas sociais, no entanto, não é característica apenas da realidade brasileira, mas uma “modalidade do Estado burguês” que traduz as expressões da questão social mediante a tipificação das políticas sociais (NETTO, 1992).

Várias iniciativas têm buscado romper com esta perspectiva como a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), que reafirmou a necessidade de se garantir e melhorar o acesso aos bens e serviços da sociedade: prover trabalho, creches, profissionalização, educação, lazer, escolas, habitação, transporte, segurança pública, saneamento básico. Também, destacou ser fundamental enfatizar a questão do transporte urbano acessível aos usuários, a fim de que seja garantido o deslocamento entre os serviços de saúde e sua moradia (BRASIL, 2002a).

Na seqüência da pesquisa realizada, dois entrevistados referiram que a falta e as dificuldades no fornecimento dos recursos materiais necessários estão mais acentuadas na atual gestão administrativa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)¹¹. Foram relacionadas, ainda, como dificuldades, a falta de um carro disponível para o CAPS, a falta de terapeuta ocupacional, de outro médico psiquiatra e outros profissionais de nível médio (auxiliar administrativo, pessoa para limpeza). Outras questões listadas estão relacionadas aos recursos humanos e as necessidades de integração do serviço na política municipal de saúde. Os profissionais relatam a existência de dificuldades de interação da equipe, falta de capacitação, supervisão institucional, falta de apoio institucional, falta de efetivação de uma rede de saúde mental e/ou a existência de uma rede de atenção ainda incipiente, em processo de formação, falta de estrutura para atenção às urgências, dificuldades do gestor em compreender a lógica da saúde mental, salários incompatíveis com as funções.

Os problemas relatados pelos profissionais aparecem diretamente relacionados à insuficiência dos recursos financeiros de custeio do serviço. Todos os entrevistados referiram que os recursos gerados pelo serviço, através das APACs, não são suficientes para a realização das atividades do CAPS. Dentre as atividades prejudicadas, o trabalho nas oficinas foi apontado como o principal, conforme aparece na fala a seguir:

o que requer mais recursos, atualmente, são as oficinas produtivas, por exemplo, houve uma paralisação de muitas das oficinas quando faltou recurso. O recurso não é exatamente suficiente. Eu acho que os R\$ 500,00 por mês é um recurso pequeno [...] acho que o recurso poderia ser maior, pelas necessidades ele acaba sendo reduzido, não é uma coisa que você possa comprar a vontade, assim, é limitado, muitas vezes, a oficina tira de uma pra passar pra outra (P, 17/3/2006).

¹¹ Gestão Municipal 2004/2008; a Gestão da Secretaria de Saúde referida é a de 2004 a abril de 2006 que teve como gestor o vereador Walter da Luz; à época da coleta dos dados empíricos houve mudança do gestor municipal de saúde, assumindo o cargo o ex-secretário estadual de saúde João José Cândido da Silva.

Um dos profissionais apontou como principal atividade prejudicada pela falta de recursos financeiros a questão do território. Segundo este, a falta de recursos interfere no atendimento prestado, no sentido de que não é possível realizar o acompanhamento, a inclusão e avaliação do usuário em seu território. De acordo com este profissional,

o dinheiro do CAPS pode ser melhor gerido se investir no território. Investir no território seria elaborar projetos, ter mais articulação com a associação de moradores, ou seja, com os recursos que o território oferece, e aí precisa aumentar a própria equipe porque vai ter equipes que vão ter que se deslocar do CAPS; vai ter que ter investimento em carro, daí vai ter que ter um motorista, os próprios agentes comunitários tem que ter essa parceria, isso tudo implica em financiamento. [...] como eu sempre digo, território é onde a vida acontece, onde a cultura é produzida, onde as manifestações de vida, elas estão mais visíveis [...], mas investir lá no território, a equipe tem que estar inserida lá, estar toda hora pensando e discutindo [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

De acordo com as recomendações da política do Ministério da Saúde, as ações de saúde mental devem obedecer a um modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas. São ações que envolvem práticas de reabilitação psicossocial, promoção da cidadania, construção da autonomia possível dos usuários no ambiente em que eles vivem, e que necessitam de uma equipe multidisciplinar capaz de trabalhar sobre a ótica da interdisciplinaridade (BRASIL, 2004).

Necessariamente, a mudança de um modelo assistencial requer a análise de sua estrutura de financiamento. Isso significa que as características singulares e diferentes dos CAPS, em relação aos modelos tradicionais de assistenciais, e a complexidade das ações desenvolvidas por estes serviços necessita vir acompanhada de uma mudança na lógica de alocação de recursos financeiros.

Atualmente, o principal órgão financiador dos CAPS é o Ministério da Saúde (MS). Com a publicação da Portaria GM/MS nº 336/2002 os CAPS passam a fazer parte das ações estratégicas do MS. Esses serviços são incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e a remuneração é através do sistema APAC/SIA¹². Baseado na fatura que o prestador de serviços de saúde apresenta ao SUS, correspondente aos seus gastos

¹² A Portaria GM/MS nº 336/2002 descreve os procedimentos objeto de remuneração, classificando-os em intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Para essas três modalidades de atendimento, a Portaria GM/MS nº 189/2002 fixou o número máximo de atendimentos mensais para cada modalidade, de acordo com cada tipo de CAPS, sendo que para cada tipo de procedimento é destinado um valor diferenciado. Nos CAPS II, um procedimento intensivo custa R\$ 25,40; um semi-intensivo, R\$ 16,30; e um não-intensivo, R\$ 14,85 (BRASIL, 2002).

mensais com a produção de atendimentos aos usuários dos CAPS, o Ministério da Saúde repassa, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, o montante equivalente à sua produção. A inovação introduzida por este modelo de pagamento refere-se à fonte de financiamento, ou seja, ao acréscimo de recursos financeiros repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estadual e Municipal de Saúde (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, pp.129-132).

Sobre este aspecto, perguntamos aos entrevistados qual conhecimento possuem sobre o repasse dos recursos financeiros para o CAPS. Na sua maioria, eles referiram saber sobre os recursos originados a partir das APACs, contudo, relataram não saber sobre o controle do uso desse recurso, conforme expresso nas falas relacionadas:

[...] tem o valor, o montante desse valor que é produzido dos atendimentos pagos pelo Ministério (MS), então, tem isso mensal, a gente tem o valor que chegou, somou, vamos dizer assim, esse montante que a gente somou dos atendimentos feitos no mês, isso a gente sabe, porque as APACs são geradas aqui no CAPS, mas o repasse disso via Fundo Municipal, esse controle eu não sei, eu sei do valor que tem que receber mensalmente (VIK, 24/3/2006).

Bom, formalmente, eu desconheço qualquer..., todas as formas de recursos. O dinheiro da produtividade referente as APACs vai para o Fundo Municipal de Saúde e nunca teve prestação de contas disso. Na verdade a gente não sabe qual é o destino que é dado nem quanto vem; tem o nosso levantamento interno da produtividade, mas não sabemos o que é feito desse recurso (F, 12/4/2006).

Alguns profissionais referiram-se ao fato de o município não ter gestão plena do SUS,

Bom, eu tenho algum, pouco do que é repassado, a gente sabe o que foi recolhido, por exemplo, através das APACs, que são os atendimentos feitos aqui, então eu sei quantos atendimentos foram, qual seria o valor que essas APACs dariam, mas eu não sei qual o valor que a gente acaba recebendo, que fica num fundo perdido, no sentido de que é um fundo único por não ser gestão plena (J, 22/3/2006).

O conhecimento que eu possuo é muito irregular e insatisfatório, assim, a relação APAC, por exemplo, o repasse do dinheiro que viria do Ministério da Saúde a gente acaba..., nós não somos gestão plena então vai pra secretaria (municipal) de saúde e ali é passado pra compra de alimento..., enfim, mas nós não temos autonomia sobre esse dinheiro, então, uma vez que você não tem autonomia o teu conhecimento fica restrito. Está na mão da secretaria mesmo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais discorreu detalhadamente sobre a forma como os recursos são gerados e repassados à unidade gestora (SMS), referindo-se que todas as diretrizes sobre financiamento do serviço são preconizadas pelo Ministério da Saúde através de portarias.

Os recursos financeiros do CAPS são obtidos através de APACs, Autorização de Procedimento de Alto Custo; pra se preencher uma APAC é necessário que haja uma organização do serviço em cima de modalidades de atendimento; as modalidades de atendimento podem ser: semi-intensivo, intensivo e não-intensivo, cada um tem um determinado valor em relação a esse procedimento, ou seja, todas as diretrizes em relação a financiamento, o Ministério preconiza isso em portaria, então, os conhecimentos que eu possuo em relação aos recursos financeiros do Caps são os conhecimentos que já estão preconizados em relação ao Ministério da Saúde; essa APAC uma vez preenchida ela é computada, ela é repassada pro governo federal e este repassa o dinheiro fundo a fundo; esse dinheiro vem pro Fundo Municipal de Saúde, e é esse dinheiro que é aplicado na saúde mental pra ter a gestão do serviço [...] aqui acontece da seguinte forma: cada gestor municipal, como a política é municipalizada, eles criam um protocolo, nesse protocolo eles colocam de que forma esse dinheiro pode ser gastado na saúde mental; então, existe um documento no município dizendo, olha na saúde mental você pode gastar tanto com a associação de usuários, tanto pra comprar materiais, tanto pra gastar em vale transporte; então, existe um protocolo dizendo no que você pode gastar esse dinheiro que vem na saúde mental; é um dinheiro que vem do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde; esse dinheiro cai nessa conta e ali existe um acordo de como se gastar; esse dinheiro é manejado pelo gestor municipal de saúde (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme apontam Freire, Ugá e Amarante (2005, pp. 131-133), o modelo de alocação de recursos dos CAPS (sistema de remuneração por APAC) trás contribuições à política nacional de saúde mental ao inserir os CAPS no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) do MS, pois proporciona maiores incentivos financeiros, haja vista a alocação de recursos municipais extra-teto para a manutenção de serviços já existentes e a implantação de novos serviços.

Contudo, os mesmos autores ressaltam que há de se perceber que a lógica da remuneração que o SUS imprime aos CAPS vincula-se, preponderantemente, à doença. Ou seja, as unidades assistenciais do SUS seguem um sistema de remuneração vinculado a um diagnóstico, mais especificamente, a um episódio de doença, internação, contidos na tabela de procedimentos hospitalares (SIH/SUS) ou a ações ambulatoriais, inscritas na tabela de procedimentos ambulatoriais (SIA/SUS). Desta forma, “o sistema de saúde encontra-se, em sua quase totalidade, voltado para a produção de atos vinculados a doença, isto é, atos

curativos, valorizando, em consequência, intervenções predominantemente individuais, que são remuneradas pela venda de procedimentos, diárias e atos médicos-assistenciais de natureza privatizante” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p 133).

Amarante (2003, pp. 62-63) considera que os CAPS, como os serviços integrantes do SUS, também foram capturados pela lógica da *inampização*, ou seja, pela lógica do pagamento por procedimento. Para o autor, “o modelo prevalente dos CAPS é o herdeiro mais autêntico e legítimo da lógica do antigo INAMPS, onde a saúde era reduzida a doença, ao mesmo tempo em que o sistema de saúde era reduzido a assistência médico-curativa”.

Portanto, o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. Pelo contrário, tente a prejudicar a complexidade de ações dos CAPS, na medida em que não é previsto financiamento das diversas relações que podem ser estabelecidas com a comunidade, com as lideranças e associações comunitárias. Tais ações, dentre muitas outras possibilidades de intervenção territorial, “são inerentes a esse tipo de serviço e objetivariam imprimir um processo de transformação cultural nos diversos segmentos da sociedade, no lidar e no acolhimento das pessoas em sofrimento mental” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 135).

Sobre a forma de repasse dos recursos financeiros ao CAPS, os profissionais entrevistados relataram não existir descentralização administrativa. Os recursos chegam ao serviço na forma de materiais. Alguns profissionais observaram que até a gestão administrativa da secretaria municipal de saúde anterior eles tinham acesso a uma verba de R\$ 500,00 que utilizavam na compra de material para as oficinas. A partir da atual gestão esse dinheiro não foi mais repassado. A compra do material passou a ser feita através de orçamento encaminhado à secretaria, que faz o pagamento, e os profissionais retiram os materiais.

Não, a gente não tem acesso a esse recurso diretamente, a gente não é uma unidade que gere o seu recurso; ele vai pra secretaria e a secretaria... por exemplo: toda a compra de... o pagamento dos almoços, lanches, etc.. é a secretaria que faz; a gente não tem autonomia; o único recurso que a gente manuseia são os R\$ 500,00, que vem para as oficinas; isso é dividido, as Oficinas fazem um rateio, cada oficina compra o seu material, mas até parece..., da última compra fui eu que comprei, ela (SMS de Florianópolis) determinou, já colocou a empresa que vai fornecer; não sei se foi mediante licitação, já fez o pagamento direto, a gente só foi lá escolher e pegar os produtos que tinham sido

solicitados; então..., de outras vezes, por exemplo, a gente pegava o cheque ia lá comprava, pagava naquele valor, agora isso não foi feito dessa forma (P, 17/3/2006).

Desde que começou essa administração (Gestão Municipal 2004-2008) acabou esse repasse; então atualmente a única vez que a gente conseguiu material pras oficinas foi através de empenho que a própria secretaria fez..., então, permanece centralizado, a única coisa que a gente teve que fazer foi ir nas lojas fazer orçamento, passar pra secretaria, a secretaria emitiu as notas, e aí a gente foi buscar o material com essas notas, mas não com o dinheiro (F, 12/4/2006).

Não, não existe, porque, na gestão passada (Gestão Municipal 2000-2004) ainda vinha uma verba de dois em dois meses, tipo quinhentos reais pra compra de material pra oficinas; nós comprávamos, apresentávamos as notas e depois eles colocavam o dinheiro; nessa gestão (Gestão Municipal 2004-2008; Gestão da Secretaria de Saúde de 2004 até abril de 2006) não existe nada, então, a pergunta se existe descentralização administrativa dos recursos financeiros, não, não existe (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais referiu-se a descentralização não apenas como repasse de recursos financeiros e funções administrativas, mas como compartilhamento de poder na gestão do serviço.

Essa descentralização, eu estou entendendo como um compartilhamento de poder; não existe esse compartilhamento de poder na hora de gerir os recursos, assim, o CAPS possui CNPJ, mas ele não possui uma conta específica pra vir dinheiro pro CAPS, não existe isso, existe esse acordo que eu te falei, que vem do fundo a fundo e esse dinheiro vai pra saúde mental e o CAPS tem uma vertente pro CAPS, o dinheiro não é só pro CAPS, ela vai pra saúde mental, e aí o CAPS acaba utilizando esse dinheiro, então, quando pergunta sobre a descentralização eu faço a avaliação de que é o compartilhamento de poder, então, não tem isso, é o gestor que acaba se apoderando desse sistema de financeiro, a gente não interfere (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ao considerarmos a questão da descentralização político-administrativa dos recursos financeiros, temos a intenção de destacar que a transferência desta prática às unidades prestadoras de serviços em saúde nos municípios poderia estar favorecendo uma melhor utilização e adequação dos recursos às necessidades reais do serviço, bem como possibilitar maior agilidade na compra dos materiais e viabilizar um processo de gestão democrática e participativa, entre técnicos trabalhadores, usuários e gestores. Essa prática traduz-se, por sua vez, em um exercício político-pedagógico de construção da democracia, objetivando uma atuação com transparência na administração da coisa pública.

Quando questionados sobre se a descentralização financeira dos recursos possibilitaria o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, os

profissionais, na sua maioria, disseram que sim, com algumas ressalvas feitas para a necessidade de mudanças na forma de gestão administrativa do serviço, conforme expresso nas falas que seguem:

Sem dúvida, sim sem dúvida, isso é um equívoco assim porque..., justamente porque a gente não sabe qual é o destino dado a esse dinheiro. A gente acredita que se a gente tivesse mais transparência nesse processo a gente poderia pelo menos priorizar certas coisas que são de fato importante e garantir que elas fossem..., que a gente conseguisse obter essas coisas, enfim, o investimento necessário (F, 12/4/2006).

A melhor utilização sim acho que o planejamento teria que ser anterior, mas sim, acredito que utilizar no sentido até..., porque muitas vezes, como vai para esse Fundo que é pra todos, pra toda a saúde, você acaba sem saber, igual agora, que a gente já tem o dinheiro da supervisão disponível na secretaria, mas não tem como a gente começar amanhã, embora o dinheiro já esteja lá., porquê? porque a gente não sabe como esse dinheiro vai sair e entrar na mão do terapeuta que vai fazer a supervisão da equipe e isso pode demorar um mês, dois meses, vai saber, seria melhor, claro (J, 22/3/2006).

Sim, com certeza, porque nos iríamos sentar e ver as necessidades, por exemplo, esse ano nós ficamos desde o ano passado até um mês atrás sem material nenhum pras oficinas e as oficinas que mais tinham, capitalizavam usuários e não tínhamos material, nós tivemos que suspender as oficinas; então nós sabemos das necessidades, as necessidades dos usuários, quais as oficinas tem mais usuários, pra gente pode administrar e vê onde pode estar investindo (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que sim porque ficaria mais próximo da própria administração do CAPS, porém, ia surgir a necessidade de ter todo um aparato administrativo pra poder gerenciar isso, mas assim, na medida que aqui no CAPS a gente tem uma gestão participativa, em que os usuários estão reunidos semanalmente pra pensar as regras do CAPS, as necessidades do CAPS, enfim, seria mais interessante talvez, esse repasse direto tu quer dizer, é... não sei assim, a princípio..., hoje a gente tem uma estrutura de conselho que prevê o controle social através do Fundo Municipal de Saúde, o Conselho Municipal tem essa ligação também, e aí a gente está lá também, de certa forma representado (VIK, 24/3/2006).

Olha, eu acho que teria que mudar um pouco a nossa dinâmica de funcionamento; não deixa de ter um lado...bom, é uma faca de dois gumes, poderia facilitar a gente fazer um processo mais rápido talvez, não faltaria coisa, porque as vezes faltam coisas básicas, agora, por exemplo, faltam copos, se você tivesse o recurso você ia ali e comprava uns pacotes de copos, não teria essa... essa falha; agora é saber que é mais uma tarefa também que acumularia em termos administrativos, financeiros, quer dizer, não sei se você não está ali também inchando o processo burocrático aqui dentro do CAPS; eu acho que pode ter vantagens, mas pode ter desvantagens; eu teria que pensar melhor, nunca pensei nessa possibilidade; assim, acho que o dinheiro da Oficina, puxa, se a gente tivesse aqui uma verba seria mais fácil, as vezes faltam coisas

pequenas que você não tem como estar repondo aqui, tem que esperar uma nova verba, de repente pra.... (P, 17/3/2006).

Um dos profissionais observou sobre as questões práticas e políticas que envolvem a descentralização no contexto do SUS:

Esse compartilhamento de poder ele só pode ser discutido dentro da lógica do SUS, universalização, integralização, etc., dentro dos preceitos do SUS tem o controle social, essa descentralização só pode ser discutida quando acontece o controle social. Hoje essa descentralização ela tem que ser discutida no Conselho Municipal de Saúde e mais precisamente no conselho gestor dentro do CAPS; agora, porque não ocorre isso? Porque não tem a clareza da necessidade; eu acredito que as pessoas que acabam estando na prática, principalmente no CAPS, se sobrecarregando com as coisas, e acabam não tendo a clareza, ou não querendo assumir mais um encargo trabalhista; então, esse é um dos grandes problemas que existe, a sobrecarga de trabalho, as condições de trabalho, aí você acaba tendo que lutar por tudo isso; isso aí eu vejo que tem muito a ver com a questão da militância, pessoas que já estão, lá na época ou do ensino médio, que já começam ir pros grêmios, depois a pessoa acaba indo pra militância no movimento estudantil, e quando vão pros serviços de saúde são profissionais mais críticos, que acabam tendo essa visão mais ampla da saúde e da política; então, as pessoas que acabam chegando no serviço com um pouco desse ideal de controle social eu diria, acabam questionando mais essa questão da descentralização; voltando a tua pergunta sobre a descentralização financeira, ela poderia sim possibilitar um melhor planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, se houver o controle social dentro dessa descentralização financeira (GIRASSOL, 20/3/2006).

Cabe destacar que a proposta da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, na regionalização e na hierarquização da rede de serviços, constante entre os princípios e diretrizes do SUS, coloca o município como lugar privilegiado para o desenvolvimento de uma política de financiamento das ações em saúde, com critérios transparentes, e que respeite as particularidades da realidade local. O Ministério da Saúde continua a ser a instância que, na administração do Fundo Nacional de Saúde (FNS), acompanha a aplicação dos recursos que são repassados aos estados e municípios. Estes, por sua vez, são obrigados a constituir os seus respectivos fundos de saúde e conselhos estaduais e municipais, elaborar planos de ação e apresentar relatórios de gestão, garantindo também a existência de contrapartida de recursos para a saúde nos seus orçamentos (COSTA, 2002).

Embora a descentralização seja uma prática com vistas a aumentar o poder decisório de aplicação dos recursos na esfera local, esta ainda apresenta muitos problemas, na medida que não consegue alcançar efetividade, dados os impasses de ordem burocrática e administrativa. Por si só a descentralização não garante maior controle social ou uma prática democrática. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada que abarque as especificidades da área da saúde mental.

Nesse sentido, a lógica fundamental da estrutura de financiamento exigida é a de que os recursos financeiros devem ser centrados nas pessoas e não nos serviços. O financiamento deve contemplar todas as ações necessárias e decorrentes da implantação, implementação e sustentação de uma nova política de saúde mental (BRASIL, 2002a). O que deve ser colocado em pauta é a viabilidade de se financiar o CAPS como um todo, envolvendo todas as suas ações e especificidades, permitindo-se que cada serviço tenha flexibilidade para realizar seu trabalho de acordo com as necessidades locais, desvinculando o financiamento da relação de compra e venda de serviços e da noção de doença (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 136).

3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico

Os profissionais que trabalham nos CAPS compõem um grupo de diferentes técnicos de formação de nível superior e nível médio, e integram uma equipe multidisciplinar. Todas as unidades de serviço devem obedecer a exigência da diversidade profissional e cada CAPS tem suas próprias características quanto ao tipo e a quantidade de profissionais. A equipe mínima indicada para os CAPS II é composta por médico psiquiatra, enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior de outras categorias profissionais entre psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro necessário ao projeto terapêutico e seis profissionais de nível médio entre técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).

O papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. As equipes devem organizar-se para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação

psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e poder equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas (BRASIL, 2004).

Neste item nos propomos a descrever e analisar a composição e perfil da equipe técnica do CAPS Ponta do Coral, bem como as dificuldades e facilidades do trabalho em equipe consideradas pelos profissionais, a existência de práticas interdisciplinares no atendimento ao usuário, de projeto terapêutico e planejamento das ações da unidade de serviço¹³. Ao final do item consideramos os apontamentos dos profissionais sobre as diferenças do atendimento prestado no CAPS em relação ao realizado nas instituições tradicionais/hospitais psiquiátricos.

3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental

O CAPS Ponta do Coral conta com uma equipe de profissionais multidisciplinar que atua diretamente no atendimento aos usuários. São profissionais com formação de nível superior nas áreas de psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Entre os de formação de nível médio estão dois técnicos em enfermagem e um auxiliar administrativo. Compõem a equipe, ainda, os profissionais de apoio, vigilantes e auxiliar de limpeza, e estagiários de psicologia, serviço social e enfermagem.

¹³ É importante destacar que o perfil bem como a opinião dos profissionais sobre o serviço varia, no decorrer do tempo histórico, de acordo com a composição da equipe naquele determinado momento. Outros trabalhos já realizados identificam o perfil da equipe, a percepção dos profissionais sobre o trabalho no CAPS, o significado e o processo de inserção no serviço, a concepção sobre o modelo assistencial e práticas de desinstitucionalização, em épocas anteriores. Entre estes ver: GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003; FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial** - percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004; NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental:** em busca da articulação e qualificação das ações em saúde. Monografia (Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Lato Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

A maioria dos técnicos de nível superior concluiu a graduação na década de 1980. Metade deles possui capacitação específica na área de saúde mental, em geral, cursos de formação e aperfeiçoamento, especialização em terapia cognitiva comportamental, saúde pública, clínica, psicoterapia, psicanálise, atenção psicossocial. Três profissionais possuem mestrado nas áreas de enfermagem, sociologia política, artes cênicas; um fez residência médica em psiquiatria e cursa mestrado na mesma área; uma profissional tem doutorado em sociologia política.

Mais da metade dos profissionais (58,3%) possuem experiências de atuação profissional em outras instituições da área de saúde mental como clínica de internação, hospital psiquiátrico, centro comunitário de saúde mental, serviços de atenção à dependentes químicos e centro de atenção psicossocial. A maioria (66,7%) atua na área de saúde mental a partir da segunda metade da década de 1990. Cinco profissionais identificaram ter experiência de atuação em outras instituições que não da área de saúde mental.

Com relação ao tempo de serviço no CAPS, quatro profissionais atuam desde a implantação do serviço, em 1996, três ingressaram na equipe entre os anos de 2001 e 2002, e quatro profissionais passaram a fazer parte da equipe recentemente, a partir de meados de 2004. Quanto ao tipo de vínculo empregatício, a maioria, 75% (9 profissionais), é servidor público concursado, dois são contrato temporário e um ingressou no serviço público municipal através de indicação técnica. Nove profissionais possuem regime de trabalho de 30 horas semanais e 3 deles trabalham 40 horas semanais.

Com relação a capacitação específica em saúde mental para atuar no CAPS, todos os entrevistados consideram esse quesito de grande importância. Entre as razões apresentadas estão: a necessidade de compreensão e entendimento comum do que é um CAPS e o entendimento do tipo de assistência que este serviço deve oferecer; a preocupação com a diferença no atendimento que o CAPS deve oferecer em relação aquele prestado em outros serviços de saúde mental; a necessidade da capacitação para suprir as defasagens da formação acadêmica, que, em geral, não abarca as especificidades do campo da saúde mental.

Na opinião dos entrevistados,

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS, não tem a qualificação pra atuar, então ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então é necessária a questão da capacitação... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ah sem dúvida, sem dúvida, principalmente porque o que a gente está propondo é uma reformulação no modo da assistência em saúde mental, então é preciso que quem venha trabalhar num CAPS entenda essa lógica, que não venha pra cá com a mesma mentalidade do que se faz no hospital psiquiátrico, do que se faz em ambulatório, é outra coisa também diferente da atenção básica, então o CAPS precisa disso, precisa que o profissional tenha essa.., esse tipo de orientação, esse tipo de compreensão da sua finalidade (F, 12/4/2006).

Muito, muito importante, justamente por isso que eu estou te falando, porque assim, o profissional que trabalha no campo psicossocial, de qualquer área, ele necessariamente precisa quebrar a prática estereotipada pra poder entrar num serviço como esse porque o assistente social de um CAPS ele não é aquele assistente social de um hospital psiquiátrico, ele muda, ele faz outras coisas, ele se coloca de outro jeito, assim também é o médico, assim também é o psicólogo, o enfermeiro, então, uma formação específica pra essa área é bastante adequado porque vai tratar especificamente das necessidades que se colocam no cotidiano (VIK, 24/3/2006).

Considero, considero sim. É interessante que cada um tenha um saber, que traga o seu saber pela sua formação, da sua prática, do seu bairro, da sua comunidade, mas trabalhar no CAPS não é trabalhar em ambulatório, trabalhar no CAPS é ter um conhecimento sim do que é uma Reforma Psiquiátrica, do que significa um CAPS num panorama hospitalocêntrico. É toda essa questão política que tem por trás, questão financeira também, que é um serviço que se propõem substituir sim progressivamente os hospitais. Em muitos lugares isso já é feito, já conseguem fazer internação zero, outros lugares não; então, uma abordagem no CAPS precisa sim ter capacitação (LÉLI, 4/4/2006).

Sim, até por que o que é o CAPS? O quê um CAPS deveria ser? Cada um tem a sua idéia do que é um CAPS, mas ela não é uma idéia homogênea, então a minha experiência do que é um CAPS em outros lugares, que eu já tive em outros lugares especificamente, é muito diferente do que eu chego aqui e encontro as pessoas falando o que é um CAPS. é claro que a capacitação para um CAPS, para o que é o trabalho em CAPS podia homogeneizar, pelo menos todo mundo iria estar falando a mesma língua (J, 22/3/2006).

Sobre este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005, p. 30), observam que “os profissionais de saúde mental são, ainda em grande parte, formados a partir da prática cotidiana que caracteriza a lógica manicomial”. Hospitais e clínicas psiquiátricas constituem-se ainda os espaços onde “são oferecidos treinamentos em serviço (sob a forma de estágios e residências) aos profissionais que irão, no futuro, tentar materializar a nova lógica dos serviços substitutivos”.

Os autores destacam que “do sucesso da forma de organização da produção e transmissão do conhecimento pode depender o sucesso da própria reforma psiquiátrica” (OLIVEIRA; DORNELES, 2005, p. 32). Neste sentido, é importante que seja colocado na

cena do debate o funcionamento das instituições de aprendizado profissional sob a ótica da reflexão sobre as práticas e não apenas sobre o discurso das propostas dos cursos de formação. Os centros de formação devem se programar, planejar e garantir aprendizado e treinamento supervisionado, em que se pratique e construa espaços de práticas genuinamente terapêutica.

Na mesma direção, um dos entrevistados expressou sua preocupação com relação a seleção dos profissionais que vão atuar no CAPS, argumentando que os resultados do trabalho também dependem desse aspecto.

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS não tem a qualificação pra atuar, então, ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então, é necessária a questão da capacitação [...]. o processo de inclusão do profissional na área da saúde mental hoje, como se dá? Ele se dá por indicação política, seleção por contrato temporário e por concurso público. A indicação política pode ofertar profissionais desqualificados, pode! O contrato temporário, se não tiver um rigor no perfil que se quer pra trabalhar em CAPS vai acontecer a mesma coisa, um profissional desqualificado, o concurso público a mesma coisa, se não tiver um perfil, se não tiver o que se gostaria realmente, qual profissional que você gostaria de estar atuando hoje no CAPS, então, enquanto não se superar a forma de inserção no trabalho do CAPS, enquanto não se superar a discussão da saúde mental nos currículos acadêmicos vai continuar sendo sempre necessária a questão da capacitação [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Com relação a formação das equipes técnicas para atuar nos CAPS, as indicações aprovadas na e pela III CNSM apontam para a necessidade de que a contratação de profissionais deva ser realizada exclusivamente por meio de concursos públicos, e em caso de urgência, através da CLT, mas com seleção pública. E, ainda, os concursos devem exigir os pré-requisitos necessários e adequados à proposta de trabalho em saúde mental, alinhada teórica e conceitualmente aos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2002a).

Assim, é necessário considerar, quando da seleção dos profissionais, o perfil para trabalhar junto ao portador de sofrimento psíquico, bem como a existência de uma dimensão subjetiva, humanizante, solidária e fraterna como componente fundamental do perfil dos trabalhadores em saúde mental. Nesta direção, uma das participantes da pesquisa destacou a questão da opção política por este tipo de trabalho, associada a necessidade de competência técnica para atuar na área.

Eu acho que a gente trabalha com situações que requerem um estudo permanente, formação permanente, [...] eu acho que este é um dos vícios da saúde pública. Muitas vezes se confunde um pouco o tratamento ético ou moralmente responsável com uma qualidade também técnica. Eu acho que as duas coisas têm que estar associadas, tem que ter uma empatia pela causa da saúde pública, que aí entra na questão ética, moral de cada um, valores que você tem quando você vem pra esse tipo de trabalho; muitas pessoas que vem pra saúde pública quase que tem uma vocação religiosa. Mas ao mesmo tempo você também tem que ter uma competência técnica; não basta você tratar bem o paciente, você acolher, você precisa saber como intervir dentro da linha de trabalho que cada um escolhe, isso é fundamental (P, 17/3/2006).

Os profissionais, na sua maioria, indicaram ter recebido capacitação para atuar no CAPS. Referiram-se, especificamente, a um treinamento/capacitação realizado em novembro de 2005, com duração aproximada de 20 horas, organizado pela Assessoria Técnica de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde¹⁴. Contudo, alguns observaram que foi um treinamento tipo encontro, de curta duração, com trocas de experiências, e que não chegou a ser muito significativo.

Com relação a política de saúde mental, a maioria dos profissionais (83,3%) afirmou ter no mínimo algum conhecimento de sua organização e diretrizes. Entre os entrevistados, todos consideraram importante saber sobre os princípios, a estrutura e forma de organização da política de saúde mental para o trabalho do CAPS. Todos indicaram haver disponibilidade de material didático relativo a política na unidade de serviço.

Sim, precisa conhecer a política porque o atendimento está dentro dessa política, dessa lógica. (LÉLI, 4/4/2006).

Claro! é vital, pra poder planejar o seu trabalho, pra poder saber como é que a gente se liga com outros serviços, como é que a gente pode montar a rede, isso é fundamental porque o trabalho não se encerra aqui dentro, não pode ficar aqui dentro só, ele tem que poder justamente se expandir (F, 12/4/2006).

Sim é muito importante, até pra saber o que está acontecendo, o que pode ser feito, quais são os recursos disponíveis, o que precisa melhorar. Acredito que, fora a sua capacitação individual, eu acho que isso é uma outra premissa pra você iniciar no serviço [...] (J, 22/3/2006).

É importantíssimo conhecer, primeiro saber se ela existe, primeiro a pessoa tem que ter a curiosidade, tem que ter o desejo e a clareza de que é essencial ter os parâmetros ou diretrizes políticas de saúde mental pra

¹⁴ O município não tem o cargo de Coordenador de Saúde Mental. Em novembro de 2005 foi nomeada Assessora Técnica em Saúde Mental a enfermeira Lílian Pagliuca, que permanece na função até a data da presente pesquisa.

poder acompanhar, se orientar, e, segundo, conhecer sobre essa política (GIRASSOL, 20/3/2006).

Muito importante porque hoje a gente tem acesso a isso, aqui no CAPS a gente tem a legislação de saúde mental e pra gente poder entender porque, assim, a gente está na gestão da política também, por ser participativa, por estar junto nas decisões, então é preciso que a gente entenda, e tem muito detalhamento, são muitas portarias, o sistema de financiamento também é bastante complexo [...] (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que claro, porque a gente está dentro de um braço da política nacional de saúde; tanto pra você ter noção de qual é a perspectiva, em nome de que esse serviço está sendo mantido, também pra você poder avaliar a possibilidade desses ideais, dessas prerrogativas, que são pensadas a nível geral e nacional, serem realmente eficaz em termos práticos, porque muitas vezes você tem uma boa idéia, mas nem sempre uma boa idéia traz um bom resultado [...] (P, 17/3/2006).

Nesse sentido, a construção e consolidação de uma política de saúde mental, coerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o estabelecimento de uma política adequada de recursos humanos, que valorize e considere a importância do trabalhador de saúde mental na produção dos atos de cuidar. Para isso, deve-se garantir a capacitação e qualificação continuadas; a remuneração justa dos profissionais; a garantia de condições de trabalho e de planos de cargos, carreira e salários; a democratização das relações e das discussões em todos os níveis de gestão; a incorporação das questões de segurança, saúde e saúde mental do trabalhador; a garantia de supervisão clínica e institucional; a avaliação de desempenho e garantia da jornada de trabalho adequada para todos os profissionais de nível superior, bem como a isonomia salarial entre eles (BRASIL, 2002a).

3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário

De acordo com as indicações aprovadas na III CNSM, a política de recursos humanos para a saúde mental deve visar implantar, em todos os níveis de atenção, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, na perspectiva do rompimento dos especialismos e da construção de um novo trabalhador em saúde mental, atento e sensível

aos diversos aspectos do cuidado, ou seja, com uma visão integral e não fragmentada da saúde (BRASIL, 2002 a).

Segundo 83,3% dos profissionais o trabalho no CAPS Ponta do Coral é realizado em equipe. A maioria considera que existem dificuldades na realização das atividades. Uma delas está relacionada, conforme identificado por eles, ao fato de que nem todos compartilham das mesmas referências com relação à Reforma Psiquiátrica, à saúde pública e ao projeto do CAPS.

Bom, são várias, mas o que eu vejo de mais complicado é o fato de que nem toda a equipe compartilha das mesmas referências em relação ao que seja a Reforma Psiquiátrica, a função de um CAPS, as necessidades que o CAPS tem pra alcançar esses objetivos. Isso se deve em parte a diversidade da formação, e também às convicções pessoais. O problema não é a diversidade em termos da formação profissional em si, mas o modo, o fato de que você tem uma equipe multiprofissional por exemplo, isso gera alguma dificuldade na troca, na possibilidade de produzir um conhecimento novo a partir dessas experiências que são de diferentes disciplinas, diferentes áreas. Mas eu diria que é mais no sentido da Reforma Psiquiátrica mesmo, naquilo que ela aponta, então parece que esse é um problema a mais; outro que tem se tornado mais evidente pra mim ultimamente é a falta de formação de grande parte dos profissionais sobre o que seja saúde pública, boa parte deles não conhece o sistema de saúde pública, apesar de trabalhar num serviço de saúde pública, mas não conhece o sistema, não sabe a lógica, não sabe como é que ele funciona, então acaba tomando decisões muitas vezes administrativas que são equivocadas, que não levam em conta o modo de funcionamento da saúde pública (F, 12/4/2006).

Tem sim várias dificuldades, entre elas, existem diferenças de formação e, portanto, ideológicas. Alguns momentos a gente vê, assim, o CAPS tem um projeto de não internação, de autonomia do usuário, de gestão plena do usuário, e, as vezes, a equipe, algumas pessoas acabam esbarrando com isso. O entendimento disso é muito difícil também, as vezes é uma linha muito tênue entre o que é o assistencialismo, a autonomia, o que é dar o limite do ponto de vista terapêutico e o que é dar o limite porque você não quer se incomodar. Então, algumas pessoas não vêm de uma postura da Reforma Psiquiátrica, não sabe o que é uma Reforma Psiquiátrica, não tem uma noção, [...] é uma luta política também e algumas pessoas não sabem o que é [...] (LÉLI, 4/4/2006).

Em outras falas, foi apontada como uma das dificuldades do trabalho em equipe questões relacionadas a uma suposta divisão entre o grupo de técnicos.

A relação com a equipe tem uma certa peculiaridade, eu acho que as pessoas, a equipe que começou anteriormente, já desde a formação ou no começo do CAPS, eles se intitulam como a equipe do CAPS. Os que chegaram depois, em geral, não são bem acolhidos, ou são muito pouco,

tanto que as próprias atividades em equipe, em grupo, dificilmente, essas pessoas novas são incorporadas ao que já existe; então, acaba criando aí até a equipe da manhã, a equipe da tarde, mais ou menos, embora eu estou aqui todo o período, mas tem essa divisão... e eu acho que assim o ponto de partida é esse, a sensação é que quem não estava aqui desde o começo não fez parte da história (J, 22/3/2006).

A equipe que iniciou lá em 96 (1996) veio com algumas questões conceituais amarradas. Por quê? Porque a pessoa que estava pensando, planejando o CAPS ela vinha do Movimento da Luta Antimanicomial, era uma das representantes em nível nacional aqui em Floripa, Santa Catarina; então tinha algumas coisas amarradas na estrutura de atendimento do CAPS, que era muito pra poder implantar o sonho da Reforma Psiquiátrica aqui em Floripa, criar um serviço, do município, que de fato evitasse internação, que de fato fosse continente pros usuários com transtorno mental grave, e isso se mantém, porém, com a chegada dos técnicos que foram sendo substituídos, alguns saíram, técnicos novos entraram, a equipe de profissionais foi se modificando, a gente tem uma distância conceitual por mais que a gente pretende uma proposta multiprofissional, e a gente consegue, ao longo do tempo a gente conseguiu, é muito interessante o jeito como nós trabalhamos, porque de fato conseguimos trabalhar cada profissional lado a lado, dividindo o mesmo grupo, a mesma oficina terapêutica, então, assim, isso é possível, mas hoje, a gente, assim, tenta manter esse paradigma da Reforma Psiquiátrica, da desospitalização, do fortalecimento dos serviços territorializados, de um modelo que é um modelo multiprofissional, com a gestão participativa dos usuários, contra o modelo hospitalocêntrico, médico centrado, mas existem diferenças na questão conceitual da equipe, isso é falho, inclusive pra própria equipe (VIK, 24/3/2006).

A importância da unidade da equipe no atendimento ao usuário e na organização do trabalho recai sobre a qualidade do tratamento terapêutico ofertado. A mudança de paradigma epistemológico com relação a saúde mental não garante por si só a alteração das práticas assistenciais. Os conflitos e problemas de equipe existentes precisam ser trabalhados nas supervisões institucionais de forma que os técnicos consigam superar as dificuldades que obstaculizam a união do grupo em torno de um objetivo comum, sejam elas ideológicas, de formação, de concepção e/ou de afinidade com os colegas.

Um dos entrevistados apontou a questão das relações de poder e diferenças nos valores pessoais e nas relações interpessoais como dificuldades do trabalho em equipe.

Primeiro, a relação de poder, eu acho que é um grande problema, uma dificuldade que existe. Essa relação de poder, ela emana, que eu tenho percebido, da psicanálise, da teoria psicanalítica e da teoria psiquiátrica; então, os profissionais detentores desse conhecimento acabam, sutilmente, estabelecendo poder frente aos profissionais não-psi diria; essa relação de poder pelo saber é um dos problemas ou uma das dificuldades que eu encontro pra trabalhar em equipe no CAPS; outra

dificuldade, acho que é a própria experiência de vida das pessoas, aquelas pessoas em que parece que não estão claros os valores humanos como solidariedade, amor, justiça, sabedoria, a práxis, o repensar a prática, profissionais que não fazem a autocrítica da sua prática, pra mim, eu acho que é uma dificuldade trabalhar em equipe devido a isso; então, seria esse poder pela teoria e essa questão um pouco mais pessoal que é a relação de lidar com o outro, as relações interpessoais, são dificuldades que eu vejo em equipe (GIRASSOL, 20/3/2006).

A partir da fala profissional é possível pensar sobre as relações de poder que se estabelecem pelo saber. Conforme nos ensina Foucault (1979), os poderes se exercem em níveis variados e em pontos diferentes da vida social. Neste complexo, existem os micropoderes que estão intimamente relacionados com a produção de determinados saberes (sobre o criminoso, a sexualidade, a doença, a loucura). Assim, o poder não é algo que se detém como uma coisa, como uma propriedade, que se possui ou não. O poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona, como uma máquina social que não está situada em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda estrutura social (MACHADO, 1979 p. XIV).

De acordo com Foucault (1979), todo conhecimento, seja ele científico ou ideológico, só pode existir a partir de condições políticas, que são as condições para que se formem tanto o sujeito quanto os domínios de saber. Para o autor não há saber neutro, todo saber é político. Dessa forma, saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber. E, em contrapartida, todo saber assegura o exercício de um poder (MACHADO, 1979 p. XXI - XXII).

Na seqüência, a entrevistada aponta de forma geral algumas das questões cotidianas como dificuldade no trabalho em equipe.

Bom, eu acho que as vezes a gente é muito trefista, a gente não tem o tempo suficiente que a gente gostaria para estar parando para discutir os casos, se ater a cada paciente; tem diferenças na equipe também, tem conflitos [...] mas assim, a gente ainda tem, as vezes, coisas assim muito imediatistas, que não nos propiciam fazer realmente um estudo de caso mais integrado, ter uma intervenção, as vezes, mais articulada; a gente tem tentado em alguns momentos, mas assim, não é uma coisa que tem um peso forte como eu acho que deveria ter (P, 17/3/2006).

Dessa forma, a intensidade das demandas colocadas aos profissionais, especialmente na atualidade, provocam o desenvolvimento de ações pragmatistas, muitas

vezes sem uma reflexão maior. Isso vem acontecendo em vários contextos institucionais e com diferentes profissões. Ou seja, na medida que aumentam as necessidades humanas e as demandas para satisfazê-las, não ocorre no mesmo ritmo, o aumento da oferta de equipamentos e serviços assistenciais capazes de dar conta da complexidade dos problemas decorrentes da emergência das novas relações sociais, econômicas, culturais, advindas com a modernidade.

A precarização das condições de trabalho também foi apontada pelos entrevistados como mais um dos fatores que, por vezes, dificultam a convivência e o trabalho em equipe. Eles se referem a questão da diferença na remuneração salarial entre os profissionais que trabalham no CAPS, principalmente do médico para as outras profissões. A desproporção salarial chega a diferença de até quatro vezes mais entre o que recebe o profissional médico e o salário dos demais técnicos. Associadas a esta situação estão a diferença na carga horária de trabalho, a condição de contratação temporária, a falta de reconhecimento por parte da SMS, no apoio e incentivo à participação em eventos científicos e de militância política na área, entre outras.

Os profissionais indicaram que contam com supervisão institucional para lidar com as questões do trabalho no cotidiano. A supervisão institucional existente era, até o início deste ano (2006), paga pelos próprios profissionais, mas nem todos participavam. A partir do mês de abril do corrente esta passou a ser financiada com recursos provenientes do Ministério da Saúde. Além deste tipo de supervisão, foi relacionado como outro recurso existente para abordar essas questões as reuniões de equipe, realizadas mensalmente, as reuniões clínicas, realizadas semanalmente, e foi citada pelos técnicos em enfermagem, a supervisão realizada com profissional da área.

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que as políticas de formação e capacitação em saúde mental devem criar espaços de trocas baseados na realidade local, com valorização dos diversos saberes e metodologia participativa. A supervisão clínica e institucional permanentes deve ser estendida a todas as pessoas que trabalham com portadores de transtorno mental: equipes de PSF e PACS, trabalhadores da urgência e emergência, do hospital geral, dos serviços substitutivos e dispositivos residenciais, cuidadores de saúde mental, profissionais de nível médio e superior da rede de saúde mental. A referida Conferência destaca, ainda, a necessidade de implantação da NOB – Recursos Humanos do SUS, salientando a importância da garantia da capacitação para todos os níveis, supervisão permanente, interdisciplinaridade e isonomia salarial (BRASIL, 2002a).

Com relação as potencialidades que o trabalho em equipe possibilita os profissionais destacam a relevância deste no atendimento ao usuário, a possibilidade de trocas entre as varias áreas e a oferta de um atendimento multidimensional.

Entendo que essa é uma clínica multidisciplinar e isso (trabalho em equipe) é importante pela complexidade mesmo do tipo de fenômeno com o qual a gente trabalha, então, a gente precisa, é necessário ter uma oferta de serviços e de formas de atenção, que seja a mais diversificada possível, pra que a gente possa atender a uma série de necessidades que as profissões nas suas especialidades não dão conta; então essa é a grande vantagem, você pode fazer essa atenção multidimensional, isso é interessante (F, 12/4/2006).

A vantagem é justamente a estrutura coletiva de resposta à uma situação que chega pra você; vem a psiquiatria trazer um conhecimento, a psicanálise traz outro, [...] a enfermagem acaba dando a sua contribuição quando discute realmente a relação, vem o serviço social discute essa articulação que a pessoa tem com o social, e essas pessoas (profissionais), com seus conhecimentos, vão socializando esse conhecimento pra dar a resposta às fragilidades ou às potencialidades de vida que essa pessoa traz (GIRASSOL, 20/3/2006).

Acho que a grande vantagem é que a gente quebra a lógica hospitalocêntrica que era muito centrada no médico, na figura do médico, naquilo que o próprio médico decidia do tratamento, hoje quem decide é a equipe multiprofissional [...] (VIK, 24/3/2006).

Ah! Muitas, eu acho, em primeiro lugar, essa possibilidade da troca interdisciplinar; porque eu acho que cada um tem um tipo de contribuição diferente, um saber que te ajuda a pensar com mais amplitude o próprio trabalho, o próprio paciente, e, eu acho que quebra um pouco certas relações de poder; também, assim, o fato de a gente lidar com situações que são muito pesadas para alguém estar lidando sozinho, então quando você sente essa coisa da equipe, quando tem um paciente que está muito comprometido ou que tem risco de vida, a gente se sente muitas vezes angustiada por aquele paciente e você tem a equipe pra te dar um respaldo, pra estar pensando junto. Acho que isso é, sem duvida, algo que gratifica também (P, 17/3/2006).

Primeiro, agregar conhecimentos, se a equipe for multidisciplinar, que não quer dizer interdisciplinar, mas a princípio se ela for multidisciplinar a possibilidade de trocas de conhecimento de várias áreas realmente acaba sendo muito rica; são vários olhares sobre uma mesma questão, vários pontos de vista. Quando o trabalho de equipe é interdisciplinar, as pessoas acabam trocando mesmo, saindo, as vezes, do seu campo de formação, podendo estar se estendendo em outros campos, acaba sendo mais rico ainda. Num trabalho como o CAPS é necessário (o trabalho em equipe). Eu não consigo ver o trabalho que não seja em equipe porque pra você atender um usuário você precisa de uma equipe, pra você abordar o usuário, uma família, receber uma família precisa de vários olhares, enfim, de várias formações, vários olhares técnicos, da parte de

enfermagem, psicologia, da arte, serviço social, então, isso é importante (LÉLI, 4/4/2006).

O reconhecimento de outras dimensões no processo saúde-enfermidade, que não estritamente a biológica, traz a tona a questão da interdisciplinaridade¹⁵, pois na busca da integralidade da assistência a atuação de um único saber profissional não é suficiente. No processo da Reforma Psiquiátrica o campo da saúde mental é chamado a refazer-se por inteiro, ampliando o seu foco de abordagem e procurando romper com as delimitações dos saberes tradicionais na área. Busca-se uma nova recomposição de conhecimentos, sustentados sobre um conjunto de rupturas e novas premissas, e não apenas um novo somatório ou rearranjo simples dos saberes especializados. Desta forma, diversos campos de saber, implicados na assistência em saúde mental, são envolvidos na teorização e nas novas práticas de cuidado (VASCONCELOS, 2000a).

A pesquisa realizada indicou que 66,3% (correspondente a oito dos doze profissionais que responderam o formulário) dos profissionais consideram que existe interdisciplinaridade no atendimento ao usuário no CAPS Ponta do Coral. As falas relacionadas na seqüência apresentam a concepção dos profissionais sobre interdisciplinaridade e indicam a respectiva compreensão sobre a importância desta no atendimento ao usuário.

A gente poder ter o que a gente chama de clínica ampliada, essa multidimensionalidade que nos permite atacar o problema de várias formas e, portanto, oferecer diversas formas de atendimento, desde o medicamentoso até o serviço social, as oficinas, as oficinas expressivas, a arte, etc. (F, 12/4/2006).

Eu acho que em primeiro lugar isso, assim, é um olhar mais amplo para a condição daquele paciente. Cada profissional tem um aspecto que acentua, pela sua vida, pela sua formação; o educador artístico tem uma outra estratégia, por exemplo, pra lidar com aquela queixa do paciente, o assistente social tem uma, o psicólogo tem outro olhar, assim, eu acho que pra mim soma, eu acho que é uma forma da gente também aprender, enriquecer a nossa análise, a nossa possibilidade de intervir; sem dúvida que é rico (P, 17/3/2006).

Alguns profissionais expressaram sua concepção de interdisciplinaridade observando que esta não é sinônimo de multidisciplinaridade e que nem sempre é possível fazer práticas interdisciplinares.

É justamente isso, poder compartilhar o conhecimento que cada disciplina traz, essa inter, mas realmente compartilhar isso e não a

¹⁵ Sobre os conceitos de multi, inter e transdisciplinaridade ver, entre outros, Vasconcelos, 2000a.

multidisciplinaridade; é pensar, coletivamente, saídas pra enriquecer a vida da pessoa e aí é sempre um pensar e repensar (GIRASSOL, 20/3/2006).

Então, essa idéia dessa troca de conhecimento pra poder ajudar o usuário, pra poder a equipe ter um suporte também, pra poder, num estudo de caso, por exemplo, trocar os vários conhecimentos, os vários pontos de vista e poder estar entrelaçando; então, é importante, mas nem sempre se consegue fazer (LÉLI, 4/4/2006).

Já nas falas que seguem é possível perceber a concepção de interdisciplinaridade mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade.

Cada profissional tem a sua especialização, e ele foi formado para atender determinadas características que aquele usuário precise, ou informações, e a própria atenção, e cada um tem uma formação específica e diferenciada; então, eu acho que quanto mais ampla, mais amplamente ele for avaliado, e receber essas informações, e esse tratamento, vai ser melhor pra ele; então, desde o serviço social, desde o atendimento psicológico, o atendimento médico, enfim, até ah! eu cortei meu dedinho, o que eu faço? Então, vai poder ser atendido ali, ser acolhido pelo técnico de enfermagem (J, 22/3/2006).

É muito importante porque cada profissão tem o seu conhecimento específico e contribui aí com o seu conhecimento. É necessário que cada um de nós tenha muito claro o seu papel aqui dentro pra que não vire uma salada mista e se dilua o que cada um faz, que é específico de cada um. Então, é importante que a gente tenha boa formação técnica, específica da saúde mental pra que a gente possa chegar numa equipe que trabalha sob o paradigma do campo psicossocial, e que de fato possa ser multi, no sentido do atendimento, e aí, assim, no campo psicossocial, aqui no CAPS, por exemplo, a gente vê a necessidade de os profissionais trocarem mesmo, porque surgem muitas demandas, são muitas necessidades do usuário, é um campo novo. Então, assim, tem n coisas que vai se descobrindo, que cada área contribui diferentemente, mas ao mesmo tempo de forma conjunta. Então, o psicólogo, obviamente, ele tem mais elementos pra entender a parte clínica, o assistente social tem mais elementos pra entender a parte previdenciária, da assistência social desse usuário, que também é importante, muito importante pra ele, o médico tem o conhecimento sobre os psicofarmacos, sobre essa parte mais específica da medicação, e assim a gente vai trocando (VIK, 24/3/2006).

Com relação a este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005) observam que, no Brasil, a interdisciplinaridade faz parte do discurso politicamente correto, garantindo seu estabelecimento como princípio, traduzido na expansão cada vez maior dos territórios profissionais e na fusão dos saberes. O discurso da multi e da transdisciplinaridade é relativamente bem conhecido e aceito em nível intelectual, mas as práticas institucionais apontam, paradoxalmente, para fortes resistências, isolamento e hiperespecialização.

De acordo com os autores, para que estas ações multidisciplinares se tornem efetivas há necessidade de estratégias e planos, que visem a harmonização da convivência para que esta não seja imposta, mas compreendida e desejada pelos profissionais. Na prática, o momento é de impasse, pois multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade existem em tese e como imposição de comando, mas não se concretizam, ainda, como prática planejada, efetiva e eficaz (OLIVEIRA; DORNELES, 2005).

Ainda segundo os referidos autores, uma verdadeira transdisciplinaridade não está nem mesmo no horizonte das instituições de saúde mental brasileiras. Este é um dilema fundamental no processo da reforma psiquiátrica, que depende de ações integradas (órgãos reguladores do ensino superior, programas universitários, instituições e serviços de atendimento) para cumprir sua missão de transcender as práticas manicomial e os territórios de dominação e poder estabelecidos entre as disciplinas que formam a saúde mental.

3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações

A importância do projeto terapêutico dos CAPS recai sobre a responsabilidade de que todo o trabalho desenvolvido em cada unidade deve ser realizado em um ambiente terapêutico. Isto significa que tanto os atendimentos individuais, grupais como a convivência no serviço tem finalidade terapêutica. Cada CAPS deve ter um projeto terapêutico, que leve em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais, as iniciativas de familiares e usuários e o território onde se situa, com sua identidade, sua cultura local e regional (BRASIL, 2004).

O CAPS Ponta do Coral conta com projeto terapêutico do serviço, o qual, segundo 75% dos profissionais que responderam ao formulário, foi planejado em equipe. Três profissionais referiram não saber sobre o planejamento em equipe por não fazerem parte desta a época.

O sistema atual de atendimento no CAPS Ponta do Coral difere da maioria do adotado pelos serviços desta natureza. Em geral, os CAPS realizam a assistência ao usuário

no modelo de TR¹⁶. O CAPS Ponta do Coral oferece atendimento sob a ótica da regionalização. Ou seja, como o serviço não é territorializado, é o único na modalidade, na cidade e no município, a equipe técnica foi subdividida em pequenos grupos ou mini-equipes de dois e/ou três profissionais, sendo cada uma destes responsáveis por uma das regionais, que é onde o usuário mora. Esta proposta foi pensada e implementada há quase dois anos, quando os profissionais identificaram dificuldades em atender no sistema de Terapeuta de Referência (TR) toda a demanda existente. Tal estratégia utiliza-se do sistema de divisão por regionais da Secretaria Municipal de Saúde. Ao total são cinco Regionais de Saúde, Leste, Norte, Sul, Centro, Continente, distribuídas espacialmente na área geográfica do município. Nestas regionais, foram implantadas, recentemente (a partir do final do ano de 2005 e início de 2006), equipes de atenção em saúde mental, compostas por um médico psiquiatra e duas ou três psicólogas em cada uma das Regionais de Saúde.

De acordo com o projeto terapêutico do serviço, as atividades desenvolvidas são: psicoterapia, atenção medicamentosa, atendimentos de emergência, grupo terapêutico, oficinas terapêuticas¹⁷, assembléia de técnicos, usuários e familiares, visitas domiciliares, articulação com entidade, programas e serviço, atividades de formação e pesquisa, reuniões de equipe, reuniões clínicas de casos¹⁸.

Conforme as determinações da Portaria GM/MS N° 336/2002, a assistência prestada ao usuário no CAPS deve incluir atendimento individual, em grupo, atendimento à família, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades comunitárias, enfocando a integração do portador de transtorno mental na comunidade e sua (re)inserção familiar e

¹⁶ Este sistema de atendimento é desenvolvido na maioria dos CAPS e constitui-se do acolhimento da pessoa quando de sua chegada ao serviço por um dos profissionais da equipe. A partir daí é traçado um projeto terapêutico com o usuário e o profissional que o acolheu passará a ser uma referência para ele. O Terapeuta de Referência (TR) tem a responsabilidade de monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo as atividades e a frequência de participação. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, discutindo com o usuário e com a equipe técnica do CAPS (BRASIL, 2004, p. 16).

¹⁷ São oferecidas as seguintes oficinas: oficina de cerâmica, oficina de artes plásticas, oficina de mosaico, oficina de jogos, esportes e lazer, oficina de tapeçaria, oficina de trabalhos manuais, oficina da terra, oficina de jornal, oficina de velas, oficina de leitura, oficina de música, oficina brechó, oficina de teatro, oficina de formação política, oficina de fotografia. Destas, as oficinas de cerâmica, velas e mosaico são produtivas, ou seja, sua produção é comercializada. Cabe destacar que algumas oficinas podem estar em funcionamento ou não, em determinado período de tempo, de acordo com a disponibilidade de técnicos para acompanhar, de condições materiais para o funcionamento e da demanda de usuários.

¹⁸ A descrição e o objetivo de cada atividade pode ser consultado no Projeto Terapêutico do CAPS II Ponta do Coral (2004), ou a partir do projeto de Estágio curricular em Serviço Social de Stuaní (2005).

social. A depender do projeto terapêutico de cada usuário, o CAPS poderá oferecer as seguintes modalidades de atendimento: atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo¹⁹.

Já com relação ao planejamento das ações, 50% dos profissionais consideram que este existe. Cabe lembrar que ao questionarmos os participantes da pesquisa sobre este fator, estamos nos referindo ao planejamento estratégico, aquele voltado para uma visão ampla, global e de longo alcance da organização/instituição, baseado na análise do contexto e com a finalidade de buscar alternativas de ação. No entanto, alguns dos entrevistados observaram estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação objetivo e sistemático dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declararam não existir processo de planejamento e avaliação das ações do serviço, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

As falas relacionadas a seguir demonstram o tipo de planejamento existente no CAPS e como este acontece.

Bom, o planejamento é feito mais ou menos assim: chega uma época do ano em que a Secretaria (SMS de Florianópolis) nos pede um planejamento e aí, geralmente isso é com uma semana no máximo de antecedência, é aquela correria, a gente monta um plano básico de trabalho etc., mas é muito mais pra cumprir a obrigação. A gente tem um projeto terapêutico que é amplo, que é do serviço todo, e a gente vai, com esse projeto terapêutico a gente vai ajustando as atividades e aquilo que a gente pretende alcançar, mas não há um planejamento muito formalizado, não há um processo de planejamento, até porque é tudo muito fragmentado, o que a gente planeja aqui, boa parte depende desse recurso financeiro, depende do apoio da Secretaria, que é sempre uma coisa incerta. Então, em termos de planejamento a coisa fica sempre muito precária. Em termos de avaliação é mais precário ainda, a gente não tem indicadores; novamente, no final do ano, aí a Secretaria pede um relatório do que foi feito, a gente faz um levantamento geral, mas ele é descritivo, ele não é avaliativo, a gente não sabe de fato quais são

¹⁹*Atendimento intensivo* – atendimento diário, oferecido à pessoa que se encontra em grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento semi-intensivo - nessa modalidade, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Este tipo de atendimento é oferecido quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento não intensivo – oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até 3 dias no mês. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário (BRASIL, 2004, p. 16).

os efeitos que a nossa intervenção produz; claro, a gente tem uma certa dimensão pelo contato direto com os usuários, fulano que não interna a tanto tempo, ou fulano que voltou a trabalhar, ou que resolveu pelo menos algumas coisas que eram mais complicadas na sua vida, isso a gente tem, mas não tem um processo de avaliação estruturado que nos permita dados com visibilidade maior (F, 12/4/2006).

Neste sentido, destacamos que, a nosso entender, a função planejamento deve orientar todas as ações no dia-a-dia das organizações. O planejamento é o processo de estabelecer antecipadamente a finalidade da organização/instituição, definir os objetivos e prever as atividades e os recursos necessários para atingi-los. Planejar é uma forma de pensar o futuro da organização/instituição, definindo o que fazer, como, quando e com recursos. Nesse processo, é importante considerar que as organizações/instituições estão inseridas num contexto constituído pela sociedade, pelo Estado e por outras instituições que influenciam suas decisões (TENÓRIO, 2000).

Alguns profissionais referiram-se, especificamente, ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, reuniões clínicas e na supervisão de equipe. Segundo estes, é na reunião de equipe mensal que se planejam mais as ações, estas entendidas como a definição dos grupos terapêuticos ou oficinas que vão ter, o objetivo e a finalidade destes, a demanda etc..

Mensalmente, a gente tem uma reunião de equipe, que tem um pouco esse objetivo, de planejar e avaliar o que é feito. Além dessa reunião mensal a gente tem dois outros momentos semanais, que é um na quarta-feira outro na quinta-feira, que a gente chama de reunião técnica, [...] mas isso se dá muito no cotidiano também, na assembléia geral do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Ele acontece em reunião de equipe, uma reunião mensal, a gente planeja grupos, planeja..., então.., acontece, primeiro tem uma reunião mensal da equipe e reunião duas vezes por semana, que são os estudos de caso; agora, a avaliação, acontece em reunião de equipe mais; o planejamento, por exemplo, como abordar um determinado caso, como ajudar, de como servir a família, o trabalho, é feito durante a semana nos estudos de caso, e nós temos a supervisão, que é um espaço que também acaba se fazendo uma avaliação, a supervisão de equipe (LÉLI, 4/4/2006).

Outras falas detalharam as conseqüências da falta de um processo sistemático de planejamento e avaliação das ações, inclusive fazendo análise dessa problemática em relação as instituições públicas em geral.

Eu acho que esse é um problema, acho que falta muito; por exemplo, se você esta aqui fazendo a avaliação da política a partir do olhar dos profissionais, eu, nesse momento, tenho tido muito incomodo diante da

necessidade que eu vejo de avaliar as ações, de avaliar os pacientes, e a gente não tem uma forma sistemática de fazer isso; por exemplo, a gente não tem um instrumento de captação do trajeto do paciente dentro do CAPS, a gente não anota algumas coisas, os prontuários também deixam muito..., as vezes a gente não faz registro nos prontuários e mesmo quando a gente faz ele não tem, assim, por exemplo, uma sistematicidade, o que é que eu vou enxergar, como é que eu vou ver se aquele paciente está melhor ou está pior depois que ele está aqui, então, a gente não tem esse instrumento; e, o planejamento, é feito um planejamento terapêutico com o paciente; o planejamento do nosso serviço é mais ou menos...., funciona, assim, com as oficinas, não é um planejamento rigoroso, a cada período a gente senta e reorganiza não, tem algumas diretrizes gerais, eu acho que em termos práticos falta muito dos dois lados, planejamento das nossas atividades, por exemplo, as vezes naquele roldão a gente vai fazendo, vai fazendo, e, também, a avaliação da eficácia, do que realmente aquilo está resultando pra vida do sujeito, se ele está realmente conseguindo chegar mais próximos desses lugares que a gente apregoa como princípios da saúde mental - autonomia, dessas coisas que a gente também fala: relação com o trabalho, relações, laços sociais; então, a gente não tem esse (instrumento de planejamento e avaliação), eu acho que falta (planejamento e avaliação) [...] Na verdade eu acho que esse é um problema das instituições públicas em geral, eu acho que tem uma grande resistência no Brasil a qualquer critério de avaliação, porque, esse discurso, a retórica da igualdade, ela exatamente vai na contramão de um processo meritocrático, ou seja, você avaliar também por mérito; você tem que criar esse tipo de instrumento; a prefeitura não tem, nunca teve uma avaliação nos anos que estou aqui que medisse o desempenho profissional, principalmente aqui, que a gente lida com pessoas que estão aqui pra se tratar, e a gente não sabe se a pessoa...., a gente vai olhando um caso ou outro; não existe um processo institucional de avaliação, nesse sentido (P, 17/3/2006).

Em geral, as organizações precisam de um processo de avaliação que realize uma revisão dos objetivos e metas alcançados e daqueles a serem atingidos. O planejamento e a avaliação são a oportunidade de fazer uma pausa e examinar a situação da instituição.

Não obstante, as políticas públicas no Brasil vêm se estruturando de forma descentralizada, com responsabilidades de organização e financiamento partilhadas entre a União, Estados e Municípios, cabendo a estes últimos a execução dos serviços de atenção direta à população. Deste modo, os processos de avaliação de serviços de saúde mental devem ocorrer no âmbito municipal. Segundo Dias (2002, p. 2)²⁰, este desafio coloca no debate o aspecto de como avaliar o funcionamento de um serviço de saúde mental, que está

²⁰ A autora realizou um trabalho de construção coletiva de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental junto aos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre; uma apresentação resumida dos resultados pode ser consultada em DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental.** In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

inserido num novo patamar conceitual e tem como tarefa não reproduzir uma prática de tutela, com ênfase na patologia, mas de incluir o sujeito portador de transtorno psíquico no planejamento e na execução das ações terapêuticas, numa nova relação que garanta a viabilidade do exercício da cidadania numa sociedade desigual. Ou seja, as dimensões de mudança conceitual, realidade social e política pública de saúde de âmbito municipal, tornam complexa a adoção de processos de avaliação.

A fala descrita na seqüência especifica o processo de planejamento e avaliação no que se refere a ação interventiva profissional no tratamento ao usuário, destacando que não existe um processo sistemático de planejamento e avaliação com relação as ações do CAPS.

O planejamento e a avaliação das ações do CAPS, eles acontecem só de uma forma muito primária ainda, nós temos [...] o planejamento e avaliação da ação do profissional a título de intervenção em relação ao usuário existe de três formas: primeiro, casos clínicos, que aqui nós fazemos reuniões de casos clínicos, quarta-feira das 8 às 9 horas e quinta-feira das 11h30min às 12h30min pra discutir a questão do caso clínico de pessoas; outra forma, construção de projetos terapêuticos ou revisão dos projetos terapêuticos na reunião da regional, cada regional, que são cinco, fazem suas reuniões pra discutir o planejamento e avaliar a vida dessa pessoa nas regionais, e a outra, especificamente do CAPS, a título de gestão, é a reunião de equipe, que você presenciou semana passada, aí é um outro momento de planejar e avaliar, porém, ressalvo, não se tem algo mais fidedigno, ou academicamente falando, que nos ampare pra fazer essa avaliação; então, é extremamente necessário nós termos supervisão, termos pesquisadores, que nos ampare no sentido de avaliar o serviço, avaliar nossa prática, avaliar a autonomia do usuário; a grosso modo nós temos, mas é muito de senso comum; então, precisa cientificar ou legitimar, regularizar, tornar mais fiel esse tipo de avaliação, a grosso modo temos, agora, com mais rigor, por escrito, não temos (GIRASSOL, 20/3/2006).

Sabe-se que a ausência de um processo de planejamento estratégico e avaliação sistemática comprometem a efetividade dos objetivos propostos. Conforme destaca Dias (2002), o cenário da Reforma Psiquiátrica requer tanto uma multiplicidade de respostas à sua plena implantação como para a avaliação de seus resultados. Contudo, é importante ressaltar que a especificidade das ações em saúde mental demanda a adoção de um método participativo, com o fim de superar o caráter unidimensional, comum em avaliações tradicionais.

A avaliação participativa já é uma exigência nas políticas sociais, decorrentes da pressão social pela garantia de acesso a bens e serviços públicos. Por analogia, a

construção de indicadores de avaliação também pode ser participativa, com a contribuição dos sujeitos inseridos na esfera municipal, responsável pela execução da atenção em saúde mental. Para a autora, apesar de certa reserva científica pela adoção desta sistemática metodológica, o seu valor está no alcance social de incluir os responsáveis pela execução de determinada ação, na sua construção e sistematização (DIAS, 2002).

3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento

Conforme já destacado neste trabalho os hospitais psiquiátricos são instituições representativas do modo asilar enquanto os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico de exercício das práticas de atenção psicossocial, do modo psicossocial.

O modelo de assistência do modo psicossocial destaca-se por seus meios básicos de tratamento (rede diversificada de serviços territorializados), e pela importância decisiva que se atribui ao sujeito na sua mobilização como participante principal do tratamento. Neste, considera-se o indivíduo como pertencente a um grupo familiar e social, o que supõe que se deve trabalhar, também, a família e o grupo social, como agentes das mudanças buscadas.

Já no modo asilar a organização institucional é marcada por estratificações de poder e saber, no âmbito das relações profissionais e da instituição, as quais transladam para a relação com os usuários e a população. Estes são excluídos de qualquer forma de participação, enquanto que no modo psicossocial, participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais.

Na pesquisa realizada, a maioria dos profissionais entrevistados referiu conhecer sobre a forma de atendimento no hospital psiquiátrico, seja por visitas, atuação profissional, contatos institucionais, relato dos usuários que estiveram internados.

No que se refere as diferenças no atendimento prestado pelo CAPS em relação ao hospital psiquiátricos, os entrevistados consideraram que existem diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência de um só discurso, o médico psiquiátrico do hospital e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial em contraposição ao tratamento igual para todos

das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Eu acho que é diferente em vários aspectos, primeiro, são essas diferenças que eu digo que são de base, sobre a Reforma Psiquiátrica e a função de um CAPS nesse processo de reforma. Existe por parte da maioria da equipe uma convicção de que a nossa função é evitar a internação e de uma certa maneira poder fazer substituição a essas instituições tradicionais; deslocar a centralidade do sistema pra um serviço aberto, que seja interdisciplinar, ou seja, onde você não tenha um discurso único dando a orientação, que no caso é o discurso psiquiátrico nas instituições (tradicionais); você tem essa multidimensionalidade então você pode compartilhar o discurso; em relação ao próprio atendimento, começa na forma do acolhimento, eu acho que o nosso acolhimento é bom, ele tem condições de receber a pessoa, de entender o que ela está procurando, o que ela está precisando, quais são as suas necessidades; a gente tenta de alguma maneira envolver família embora com dificuldades, mas a gente tenta e tenta principalmente manter a vinculação ou criar novos vínculos desse usuário; o projeto terapêutico que é individualizado também é outra coisa fundamental, que aí a gente quebra com a lógica tradicional de que todos recebem o mesmo tratamento, é a mesma medicação, são os mesmos horários, são as mesmas atividades pra todo mundo, não, a gente procura justamente ao levar em consideração essas características que são mais individuais, são mais singulares, a gente procura atender e levar em conta esses aspectos, então, isso pra mim já é muito diferente, além do que a gente procura o tempo todo ou minimizar ou quebrar mesmo a hierarquia, instituindo certas formas que evitam que a hierarquia se cristalize de maneira muito brutal, pra você não ter um deslocamento de poder dentro do serviço, que seja prejudicial pra todo mundo, igual no hospital (F, 12/4/2006).

A relação entre profissional e usuário foi destacada como diferencial por todos os entrevistados, conforme pode ser observado a seguir.

A relação entre o profissional e o usuário, pra mim, a maior diferença é essa relação interinstitucional ou interpessoal; é a forma como se dá, porque as ações também são diferentes, porque existem oficinas terapêuticas, existem os grupos terapêuticos, existem os atendimentos, mas esse modelo de atendimento pode também ocorrer numa outra instituição, ou mesmo num CAPS, mas se a relação de profissional e usuário não estiver pautada no respeito, uma relação sujeito-sujeito onde se possa esse serviço, obviamente, quando ele estiver num bom nível de participação, num bom nível de reabilitação, mas também..., o fundamental é isso, é estar pra além da instituição, estar pra relação do usuário com o profissional, e claro, o espaço também, o espaço físico tem que ter qualidade, a gente vê aqui um espaço super bom aqui no caso, as propostas de atendimento, como que são colocadas, como que é olhado esse usuário, esse usuário está junto no pensar da instituição, mas a cima de tudo assim, entender como cidadão de direitos, de respeitá-lo (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que tem um maior reconhecimento da condição subjetiva do paciente, acho que um certo respeito. Hoje, a Colônia Santana tem tido mudanças, tem uma política que também..., na verdade a política do Ministério também visa atingir as instituições mais asilares, os hospitais também estão mudando..., talvez seja mais lenta, aqui, a gente já chegou com uma outra perspectiva de trabalho; eu acho que a equipe toda, de forma geral, tem uma sensibilidade pra esse respeito pelo paciente, pelo outro, procura, na medida do possível, não estabelecer uma relação de poder; eu acho que aqui, por exemplo, a recepção é muito bem feita, os vigias também são pessoas que entraram no clima, assim, talvez já seja deles, mas entraram no clima do CAPS; acho que todos têm um compromisso com isso, um valor digamos; também, talvez seja deste CAPS, eu não conheço tantos outros CAPSs; eu acho que é uma relação diferenciada, na medida que você está aqui com esse objetivo de que a pessoa assuma a própria vida, contribuir para que isso aconteça; isso implica em ter pelo menos um respeito, um reconhecimento do outro (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p.10) destacam que o papel do técnico se transforma quando ele se coloca sob outros princípios; “se ele faz funcionar a tecnologia da doença mental, fortalece o dispositivo psiquiátrico. Mas, se transforma sua forma de intervenção, trabalha no sentido da desmontagem desse dispositivo”. Segundo os autores, isso significa pôr em funcionamento um dispositivo de desinstitucionalização e reinserir a complexidade dos problemas com os quais lida. Significa ainda abrir mão das interpretações da loucura segundo erro, incapacidade, inferioridade, doença mental, e potencializá-la como diferença, um modo diferente de relação com o mundo. Enfim, não usar o saber como técnica normativa, mas como possibilidade de criação de subjetividades. A técnica deixa de ser instrumento da violência quando a prática funciona como uma desconstrução da clínica.

As falas que seguem referem-se ao atendimento aberto e as possibilidades de escolha que o CAPS oferece em contraposição ao isolamento e segregação gerados pela internação hospitalar prolongada.

Em primeiro lugar o atendimento no CAPS é um atendimento, vou usar a palavra, aberto, ou seja, pra começar o usuário ele não fica internado aqui, mesmo se em algum momento tiver o CAPS III, é diferente. Ele vem, ele faz o trabalho dele, a sua terapia, durante o dia, e ele volta, quando, no caso tem família, pra casa; então, primeiro lugar a idéia do CAPS, o trabalho do CAPS não é segregar e isolar; quando o usuário vai para o hospital, eu acho que seja ele em qualquer campo da saúde, mas vai para o hospital e fica internado trinta dias, quinze dias, ele já esta sendo isolado do convívio com a família, do convívio social, ou seja, acaba perdendo progressivamente o contato com as pessoas e com o grupo social mesmo, e acaba sendo destituído das suas práticas pequenas, como desde pegar um ônibus, fazer sua comida, ir no

supermercado; no momento em que uma pessoa é colocada em um hospital e fica um mês, ele acaba perdendo o contato com essas mínimas..., não é nem com o mundo lá fora, mas com as mínimas coisas que ele teria em casa, na sua casa, enfim, ele perde tudo isso como se fosse realmente uma pessoa que não tem possibilidade nenhuma de fazer nem um café, enquanto o CAPS possibilita isso, acho que o CAPS ele, independente dos problemas que tem, acho que ele mostra que não, você ainda, apesar da sua crise, com a sua crise, com todas as limitações que as vezes um surto pode oferecer do ponto de vista cotidiano, você ainda pode fazer algumas coisas sim, como pegar um ônibus pra ir e voltar pra casa, fazer a escolha do seu planejamento terapêutico, vem aqui escolhe, em parte, o que gostaria de participar (LÉLI, 4/4/2006).

Assim, a possibilidade do usuário no CAPS de ter voz ela é muito maior do que nas outras instituições, as outras eu não vou generalizar, mas em algumas, as asilares, esses hospitais são..., enfim, crônicos até pela dificuldade mesmo de antes você pensar em ter outra alternativa que não a trancar e deixar lá e não tem medicação, não tem nada disso, estou falando de bem bastante tempo atrás, e isso ficou e se perpetuou, então, eu acho que a possibilidade do usuário aqui, no CAPS, nos CAPS, e até mesmo nos ambulatórios, acho que hoje em dia não é só CAPS que permite isso, é fazer parte como contribuinte do próprio tratamento, então isso é o que diferencia do paciente internado, vamos dizer assim, em São Paulo, no Vera Cruz, que é um hospitalização e tal, diferente de outros, tem algumas dessas internações que são diferentes, mas essa relação aí de profissional e usuário ela é mais aberta, é mais ampla, além do CAPS, especificamente, oferecer algumas possibilidade; então, a possibilidade de trabalhar em uma oficina, dessa oficina ter uma renda, que, assim, é um entrave no sentido que eles se sentem muitos limitados e não só se sentem como eu acho que muitas doenças incapacitam mesmo, são incapacitante, a esquizofrenia é uma delas, e é a nossa clientela aqui, a maior parte é de pacientes com esquizofrenia; a própria esquizofrenia já altera, vamos dizer assim, na cognição, na parte de planejamento, de você conseguir realmente se estruturar para trabalhar; tem umas pessoas que não conseguem nem ter o início, a iniciativa, ela é minada com a esquizofrenia, e aqui tem uma possibilidade, mesmo que essa possibilidade seja fazer oficina e ganhar uma renda, mesmo que, assim, seja só..., não é o valor que importa, é simbólico (J,22/3/2006).

O relato a seguir explicita epistemologicamente e em termos técnico-assistencial a diferença entre o modelo de atenção tradicional/hospitalar e o modelo de atenção psicossocial.

Primeiro, em relação a concepção da pessoa e em relação a concepção dos próprios meios de trabalho; na instituição psiquiátrica predomina o modelo manicomial/asilar como a gente chama, que daí vai olhar a pessoa enquanto doença, enquanto diagnóstico, aqui, no CAPS, a gente olha os seres humanos enquanto pessoas, enquanto a existência de um sofrimento, o que podemos fazer pra minimizar esse sofrimento da pessoa, então, essa é a primeira diferença que tem, quem é essa pessoa, que no modelo manicomial acaba sendo vista mais como diagnóstico, como um doente, isso que eu sempre falo, essa iatrogênia que o modelo

manicomial acaba inserindo na pessoa, você é um doente, vai ter que tomar remédio pra vida toda, e o máximo que você pode chegar é um portador de transtorno mental em recuperação, isso é uma das diferenças, outra é a própria concepção de saúde/doença que existe; as formas de organização dos dois modelos, são modelos diferentes, um é mais centralizado no psiquiatra, na instituição psiquiátrica, o no CAPS seria mais centralizado na equipe e, principalmente, nos usuários; a forma de relação com a clientela ou com o usuário, no modelo manicomial, é sempre uma relação hierárquica, de cima pra baixo, no CAPS, sempre uma relação, ou a gente tenta sempre ter uma relação horizontal; e a própria questão do que é bom ou não é bom pra pessoa, a pessoa tem que dizer o que é bom pra ela e, as vezes, no hospital, são os profissionais que já dizem o que deva ser bom pra ela, ou seja, a grande diferença que existe é: quem decide o que? No hospital as pessoas decidem sobre a vida da pessoa, eu acho que no modelo psicossocial é a pessoa que compartilha a decisão da sua vida (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme destaca Rotelli (1990), no manicômio (modelo/tradicional) a sociabilidade é reduzida a zero. A tutela, a internação tem a única finalidade de subtração das trocas, de estabelecer relações de mera dependência pessoal. Enquanto que a emancipação terapêutica (que se torna o objetivo substituto da "cura") só pode ser (cientemente) a mobilização de ações e de comportamentos que emancipem a estrutura inteira do campo terapêutico. Assim, o problema que se coloca aos novos serviços (CAPS) não é cura (a vida produtiva), mas sim a produção de vida, de sentido, de sociabilidade.

Neste aspecto, pode-se considerar a proposta basagliana de *colocar a doença entre parênteses* para assim direcionar o olhar ao sujeito em sofrimento e não à doença. Essa é uma questão fundamental, pois é o movimento de *tomada de responsabilidade* (DELL'ACQUA, 1992) individual e coletiva que se constitui como meio para a transformação institucional e para o processo de desconstrução. A cura cede espaço à emancipação, mudando a natureza do ato terapêutico, que agora se centra em outra finalidade: produzir autonomia, cidadania ativa, desconstruindo a relação de tutela e o lugar de objeto que captura a possibilidade de ser sujeito (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3 Participação do usuário e da família no tratamento

De acordo com as diretrizes da atenção em saúde mental do modelo psicossocial, o protagonismo dos usuários é fundamental para que seja alcançado o objetivo do CAPS de se constituir como dispositivo de promoção da saúde e da reabilitação psicossocial. Os

usuários e familiares devem ser chamados a participar das discussões sobre as atividades terapêuticas do serviço. A equipe técnica deve trabalhar de forma a estimulá-los a participar de forma ativa do tratamento e da construção de laços sociais. Entre os tipos de atendimento que o CAPS pode oferecer está o atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, de lazer com familiares (BRASIL, 2004).

Na seqüência deste item analisaremos as formas criadas pelo CAPS Ponta do Coral para envolver ativamente usuários e familiares no processo terapêutico, seja com relação ao projeto terapêutico individual, ao atendimento e a participação das famílias no tratamento.

3.3.1 Planejamento terapêutico individual

Conforme as determinações da política de atenção em saúde mental, cada usuário deve ter um projeto terapêutico individual, composto por um conjunto de atendimentos personalizado, que respeite as particularidades, necessidades de cada pessoa e proponha atividades durante a permanência diária na unidade e fora dela (BRASIL, 2004).

O atendimento no CAPS oferece projeto terapêutico de tratamento individualizado, o qual é pensado e avaliado com a participação do usuário. A fala relacionada a seguir detalha como acontece o planejamento do tratamento.

O primeiro passo desse projeto terapêutico ele é feito na entrevista inicial, que é basicamente a entrada desse usuário no serviço; então, a gente pensa uma programação mínima, levando em conta as necessidades, as condições, os limites e as capacidades do usuário e, quando a gente pode contar, com a família também. Além disso, uma vez por mês, [...] tem o encontro da Regional, e os usuários dessa Regional podem reelaborar o seu projeto terapêutico, a gente faz a revisão, a gente discute como é que está sendo esse projeto, se está sendo interessante, que ganhos, se está havendo ganhos ou não, se a pessoa está se sentindo contemplada de alguma maneira e tal, e aí a gente faz as alterações que a gente discute e acha necessário (F, 12/4/2006).

Com relação a forma como o usuário participa do processo de planejamento do seu tratamento, os entrevistados colocaram que é através da manifestação das preferências,

opções e desejos dele, dentro das possibilidades que o CAPS oferece. Nas falas relacionadas é explicitado qual a participação do usuário e do profissional no planejamento do projeto terapêutico de tratamento.

Quando o usuário chega no serviço, encaminhado de algum outro (serviço), ou de um hospital, ou de uma unidade local de saúde, ou por demanda espontânea é feito o acolhimento, onde a gente usa uma entrevista inicial pra fazer uma coleta de dados, ali resgata um pouco da história que o próprio usuário vai estar contando, e, então, nesse momento é feito o projeto terapêutico; inicia-se o projeto terapêutico, não que ele tenha que se esgotar nesse momento inicial; uma pergunta que a gente sempre faz pra ele é do que ele precisa, como a gente vai poder ajudar, então, a partir daí a gente oferece o nosso leque de atendimentos, o nosso projeto terapêutico do CAPS, e aí vai se construindo dessa forma (VIK, 24/3/2006).

Em geral a gente faz isso quando ele chega, na entrevista inicial, a gente pede pra que ele diga, a gente apresenta o que a gente tem; a gente pede que ele diga o que ele gostaria de estar fazendo, o que ele fazia, quais as preferências que ele têm, se ele não sabe, em algumas situações, a gente sugere que ele venha participar de algumas oficinas para ele, por exemplo, escolher; então, assim, é feito muito respeitando o desejo do paciente, o que ele gosta mais, as preferências dele; agora, se a gente vê que o paciente está muito ansioso, se ele precisa, a gente sugere um grupo terapêutico ou as vezes o atendimento individual; assim, não tem uma uniformidade, em geral a gente age assim (P, 17/3/2006).

Ele tem, esse projeto terapêutico, ele tem um primeiro momento, quando o usuário chega e faz a entrevista inicial é colocado com ele e oferecido, mostrado as possibilidades, o que o CAPS oferece em termos de terapia, desde grupos terapêuticos, atendimento individual e oficina, mas não é só oferecido, é também feito uma avaliação do técnico, o que ele pensa que, naquele momento, poderia estar ajudando aquele usuário, e é conversado com o usuário, muitas vezes acaba o usuário escolhendo tudo, escolhendo o que ele quer e o técnico tem pouca interferência, outras vezes o usuário quer algo que talvez naquele momento, por exemplo, atendimento individual, mas não tem vaga, não tem, os técnicos estão todos..., se tem alguém fazendo atendimento individual já não tem horário, então se entra em um acordo das possibilidades, dos desejos do usuário, e das possibilidades que o serviço oferece; isso é o primeiro momento, no segundo momento, ao longo do período do usuário aqui, vão tendo transformações, muitas vezes ele abandona aquele grupo ou oficina, que não era aquilo que ele achava que era bom, que ele gostava, abandona formalmente ou informalmente, simplesmente não vai, ou ele entrou em surto não veio mais, uma série de questões, então isso tudo é retomado, a gente tenta fazer a retomada na reunião das Regionais, reunião mensal, como é que está o tempo dele aqui, o que ainda se mantém fazendo, como ele está se sentindo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos entrevistados destacou que o projeto terapêutico de tratamento do usuário

é sempre pensado a partir da necessidade dele, o que ele traz de necessidade, o que ele traz de sonho, de vontade, de sofrimento, de

tristeza, então, o projeto terapêutico é sempre pensado, repensado, analisado, refletido, em cima da necessidade da pessoa (GIRASSOL, 20/3/2006).

É importante destacar que o planejamento do projeto terapêutico deve envolver o portador de transtorno mental como sujeito deste processo. A participação ativa do usuário na escolha do que fazer e na expressão de suas necessidades favorece a adesão e continuidade no tratamento, confere-lhe o exercício da liberdade de escolha e da cidadania. Neste processo, o ato terapêutico, quando não é mais fundado sobre a doença e não provém da autoridade médica, torna-se a própria organização coletiva, convertendo-se em *tomada de responsabilidade* e produção de subjetividade (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral

No plano teórico, a relação da família com o portador de transtorno mental é construída a partir do alienismo, como produto da sociedade moderna/burguesa. No interior desta perspectiva concentram-se dois entendimentos polarizadores: “o da família ameaçada pela eclosão da enfermidade, portanto, sofrendo suas conseqüências ou causadora da emergência do transtorno mental, assim culpabilizada por sua etiologia” (ROSA, 2002, p. 139). Historicamente, o segundo entendimento foi o que prevaleceu na maioria das abordagens teóricas na área da saúde mental, com uma relativa diminuição nos anos 1970, seguido de uma complexificação da compreensão do grupo familiar e de sua dinâmica, a partir dos avanços teóricos da leitura feminista e marxista. “Contemporaneamente, a inclusão do grupo familiar nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental; a assunção de sua condição de parceira e co-responsável dos serviços e a exigência de constituição de uma nova pedagogia institucional em sua abordagem atravessam a construção de uma nova relação entre o louco e a sociedade” (ROSA, 2002, p. 139).

Nesta direção, um dos objetivos do CAPS é incentivar as famílias a participar do cotidiano do serviço. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas importantes para o trabalho dos CAPS. Eles podem participar de diversas maneiras, incentivando o usuário a se envolver no projeto

terapêutico, participando diretamente das atividades do serviço, nas reuniões, assembléias, nas associações de usuários, técnicos e familiares, trazendo dúvidas, sugestões. A participação pode acontecer tanto nas atividades internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. (BRASIL, 2004).

A Portaria /GM nº 251/2002 constitui-se como mais um dispositivo na mudança das relações entre os serviços de saúde mental e a família à medida que prevê, no desenvolvimento dos projetos terapêuticos, o preparo para o retorno à residência/inserção domiciliar e uma abordagem dirigida à família no sentido de garantir orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento.

O atendimento aos familiares é uma das formas para que as famílias participem, conheçam o trabalho dos CAPS e passem a se envolver ativamente no processo terapêutico. Neste sentido, a família ganha visibilidade como protagonista, parceira dos serviços e co-responsável no provimento de cuidados do portador de transtorno mental.

Além disso, o avanço dos conhecimentos e entendimento de que os fenômenos humanos comportam uma multiplicidade de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos e éticos, inter-relacionados entre si, possibilitou mudanças na assistência às pessoas em estado de sofrimento psíquico. Essas puderam ser compreendidas na totalidade de sua condição existencial. E, o sofrimento, antes tomado apenas como algo individual, passou a ser visto como parte de um contexto onde outras pessoas estão envolvidas e também merecem cuidado e atenção.

No CAPS Ponta do Coral, na sua maioria, os profissionais afirmam que existe atendimento familiar, com ressalvas de um deles que referiu não existir atendimento familiar sistemático e outro que observou que existe atendimento familiar individual. As falas relacionadas expressam de que forma a família participa no tratamento do seu membro no CAPS.

A família participa não como uma preconização ou uma exigência do serviço; o que eu tenho visto é que a família participa aqui no CAPS na medida em que há uma necessidade, quando há necessidade do serviço conversar com a família ela é incluída, quando há uma necessidade da família pelo serviço ela procura, mas não é uma rotina todas as pessoas que vem aqui a família ser atendida, as vezes o usuário não quer saber da família, as vezes a família não quer saber do usuário e assim sucessivamente, ou seja, a família participa na medida que temos a clareza da necessidade, mas não é uma prática oficial do serviço (GIRASSOL, 20/3/2006).

Alguns casos sim, em alguns casos eles vem para a reunião mensal da Regional, ou vem para uma consulta com a psiquiatra, ou vem pra trazer o usuário que não consegue ainda vir sozinho, mas é muito restrita a

participação da família, normalmente ela vem mesmo quando a coisa está apertando, quando o usuário surtou, não está conseguindo segurar, quando ele está já nas últimas (LÉLI, 4/4/2006).

Os profissionais que afirmam a existência da participação da família no tratamento explicitam como esta acontece e como se dá o atendimento no serviço, observando o cuidado que existe em atender a família e o usuário juntos.

Sim, tem alguns usuários que vem acompanhado de familiares, as vezes nós chamamos a família, quando existe necessidade, e isso acontece assim no cotidiano, conforme realmente surge a necessidade; geralmente há uma relação muito conflituosa entre o usuário e família, geralmente o familiar mais próximo, referência mais próxima e aí a gente intervém, mais ou menos com dois objetivos, assim, um de pensar essa relação conflituosa, o que pode ser negociado aí pra viverem melhor, pra ter mais qualidade de vida nesse ambiente, que moram juntos, e o outro pra poder então capacitar, colocar elementos pro familiar sobre o tratamento, sobre os transtornos mentais, pra que ele possa ser um cuidador também, o que ele é, pra que ele possa se qualificar; então, uma outra coisa que eu penso é que esse atendimento familiar ele sempre tem que privilegiar a participação do usuário porque fica complicado falar do usuário sem ele estar presente (VIK, 24/3/2006).

Sim, a família participa, claro, na medida de cada caso; em geral, assim, a gente tem a disponibilidade de atender a família, então, muitas vezes, precisa de o paciente vir com a família em várias situações, e esse atendimento é dado; o grupo de família, também está tendo o grupo de família, as vezes é dado (o atendimento) a família daquele paciente; mas sempre a gente tem o cuidado de receber a família e atendê-la junto com o paciente, nunca assim..., não gerar essas fantasias perseguitórias por parte do paciente “tá falando o que de mim”; isso é mais ou menos quase uma regra aqui no CAPS, a gente atende junto com o paciente (P, 17/3/2006).

Os trechos das entrevistas relacionados a seguir descrevem as formas criadas pelo CAPS para oportunizar a participação da família no tratamento. Alguns profissionais referiram-se a um grupo de famílias que chegou a ser iniciado, mas que pela falta de adesão e outras dificuldades não funcionou mais.

Um pouco assim, o acolhimento na segunda-feira é um espaço que a família pode participar junto com o usuário pra relatar como é que foi o final de semana e pra relatar e como estão as atividades no CAPS; o outro espaço são as reuniões das Regionais de equipe, fora o trabalho individual, que, assim, eu acabo chamando muitas vezes, eu quero atender você na presença de um familiar, as vezes você precisa até forçar nesse sentido, de que a família compareça, faço cartinha, mando e aí atendo em consulta individual, mas não em grupo, não é uma abordagem psicoterápica, é mais no sentido de psicoeducação do que de terapia (J, 22/3/2006).

[...] existe um planejamento pra se atender família, um grupo de familiares a serem atendidos por psicóloga [...]; então, as formas criadas para oportunizar a participação da família é justamente quando ela vem, acompanha, que é aberto para os familiares participarem das oficinas junto com o usuário, então, sempre tem essa oportunidade e grupos específicos pra famílias que estão se tornando real (GIRASSOL, 20/3/2006).

É mais ou menos como eu te falei; então, assim, as vezes a gente chama pra um atendimento individual, e também ela participa dos eventos acontecidos aqui no CAPS, promovidos pelo CAPS, de festas, geralmente o dia nacional da Luta Antimanicomial, quando a gente comemora, que faz uma confraternização, as festas sempre tem a presença de familiares também, festa de natal, festa junina (VIK, 24/3/2006).

As reuniões das Regionais por exemplo, uma vez por mês, e tem alguns técnicos que fazem reuniões com as famílias, discutindo, por exemplo, aquele usuário em que a família está implicada diretamente, tem problema com a família, então chama a família pra trabalhar; já teve grupo de família, mas foi fechado porque as pessoas ficaram um tempo, mas as famílias, segundo as técnicas que fizeram, muito pouco se apropriavam, vinham, se utilizavam desse espaço (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre este aspecto, cabe destacar que o deslocamento do eixo da compreensão do problema individual para o familiar/social, que tem como consequência o acolhimento da família como uma unidade que necessita de cuidado tanto quanto o paciente individual, pressupõe um novo olhar sobre as possibilidades das famílias para enfrentarem suas crises e atuarem como suporte terapêutico. Nessa perspectiva, se impõe a necessidade de não só reconhecer o atendimento ao grupo familiar, mas de oferecer uma atenção singular que leve em conta, por um lado, as especificidades de cada família, considerando a história, a estrutura, a dinâmica, bem como a inserção desta no contexto social. Por outro lado, deve-se avaliar a realidade e as possibilidades das famílias para usufruírem das formas de atenção que lhes são propostas (MIOTO, 1998, pp. 25-26).

Nesta direção, dois dos participantes da pesquisa identificaram como uma das dificuldades em realizar o atendimento familiar, a falta de profissionais qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades, conforme pode ser observado nas falas a seguir.

A maior dificuldade que eu vejo é que não existe ninguém capacitado aqui dentro para lidar com a família, é claro que, assim, eu faço um atendimento com o usuário a família vai estar junto eu vou estar explicando, mas quando você vai pensar em trabalhar com a família, trabalhar no sentido psicoterápico, isso não existe, agora informar a família, tentar com que a família faça parte do planejamento, a gente

tenta e incentiva, estimula que eles venham nas reuniões das Regionais, mas o que eu percebo, assim, a equipe ela é muito pequena pra dar conta de tudo, então a maioria das vezes o paciente chega, a família está ali fora, mas todo mundo tem a sua atividade, estão todas na oficina e isso me sobrecarrega muito porque eu tenho que dar conta de tudo, inclusive da família que chegou, do atestado que está faltando, e a família que quer saber porque que o remédio..., mas não existe um espaço pra ela, não existe um espaço que acolhe a família (J, 22/3/2006).

Profissionais qualificados, eu acho que necessita de profissionais que tenha um pouco mais de experiência, de conhecimento pra estar lidando com família, que toda a família tem sempre os seus nós górdios, tem sempre questões de fundo, que as vezes precisa de um certo conhecimento, experiência pra estar lidando com isso; até que ponto é vítima ou réu, então, acredito que profissionais que tenham experiência, que tenham a qualificação teórica, [...] possa estar oportunizando uma melhor relação no atendimento CAPS com família, então, a qualidade do profissional para estar realizando essa participação (GIRASSOL, 20/3/2006).

Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que é um transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, foram relatados pelos profissionais.

Acho que tem uma junção, eu acho que tem uma coisa primeiro que é o entendimento, a família, muitos familiares, querem deixar o usuário aqui, e querem fazer sua vida, até por questão de sobrevivência; o que eles alegam muito é que eles precisam trabalhar, então não pode faltar ao trabalho uma vez semana pra poder estar aqui porque mesmo que tenha atestado pra poder estar aqui, acaba perdendo o trabalho, não tem como justificar; e a outra questão é o próprio entendimento de que é na família o espaço em que o usuário pode ser tratado, porque a idéia de tratamento é uma idéia também que se direciona, que acaba sendo entendida como médica, hospitalar ou clínica, ou então, agora tem o CAPS; e o lugar de tratamento, digamos tratamento como restituição, como reinserção, também é na família (LÉLI, 4/4/2006).

É, chega um momento que as vezes de fato a relação se esgota, assim, são tantos conflitos, são tantas brigas, tantas dificuldades de convivência, de relacionamento, que já vem desde a infância, que chega em momentos quando, geralmente, o usuário tem as primeiras crises, isso gera um isolamento, assim, o usuário fica isolado nesse ambiente, nesse contexto familiar, realmente é muito difícil; as vezes tem uma mãe muito controladora e que aí o usuário não quer muito aproximação do serviço com essa referência porque o serviço passa a ser então um lugar de acolhimento pra ele que ele não tinha até então, porém, a gente busca a família, pra que a família possa cumprir essa função da referência (VIK, 24/3/2006).

Neste sentido, deve-se considerar que no contexto brasileiro, pela própria ausência ou precariedade da intervenção estatal por meio das políticas públicas de corte social, a família torna-se a principal garantidora da reprodução da força de trabalho. As famílias, para suportar, todas as funções que lhes são atribuídas e enfrentar as situações de risco social, buscam dividir com o Estado o encargo dos cuidados com seu ente enfermo. Mesmo assim, configuram-se, para elas, condições deficitárias de atendimento, em particular no caso da atenção em saúde mental (ROSA, 2003, p. 192).

Na seqüência, o entrevistado realiza uma análise das várias situações singulares e sociais que envolvem as dificuldades do serviço, das famílias e dos usuários, em realizar um tratamento integrado na relação usuário/família/CAPS.

Então, também envolve vários aspectos, eu vou apontar alguns; assim, em primeiro lugar, a gente vê que boa parte das famílias vê o CAPS como um lugar pra poder deixar o seu familiar, é um lugar onde ela não vai precisar cuidar dele durante um certo tempo, então, eles até participam de algumas entrevistas iniciais, hoje, por exemplo, eu tenho uma (entrevista inicial) que a pessoa veio sozinha, não veio família; é bastante freqüente que venha o usuário sem acompanhante familiar algum, esse é um aspecto, a família de uma certa maneira toma o CAPS como um lugar pra deixar o seu familiar, nós por outro lado, não criamos estratégias pra fixar essa família, pra trazer essa família mais perto; tem um grupo de família que funciona de maneira meio irregular, mas que a gente vê cada vez mais a necessidade de tornar isso algo mais organizado, poder atender a família, a gente faz o acompanhamento com família, geralmente, quando há um pedido específico ou do usuário ou da própria família, aí a gente procura fazer, mas é mais individualizado, é uma questão mais individualizada, e há também, por parte dos usuários há o desejo de que a família não participe, isso ficou muito evidente na organização da associação, que é uma associação de usuários, familiares e técnicos, e quando a gente estava organizando a associação, toda vez que se falava na participação dos familiares havia uma certa resistência por parte dos próprios usuários que os familiares participassem; a gente entende isso como uma maneira de buscar uma certa autonomia, uma certa distância dessa família, que é, as vezes, bastante complicado de fato tê-los muito próximos, aí precisa de um outro tipo de abordagem, não dá pra incluir, como a gente fazia no início por exemplo, a gente fazia grupos de usuários e familiares, mas a família atrapalhava mais do que ajudava nesses grupos, aí a gente resolveu começar a separar, deixar o espaço específico para o usuário, porque a família vinha e tomava o espaço, e falava, e ficava reclamando da pessoa, do que ele não fazia, de todas as dificuldades etc..., então, a gente achou melhor botar um pouco uma barreira, botar um filtro ali pra que tivesse espaço do usuário e que ele pudesse aproveitar isso da melhor maneira possível (F, 12/4/2006).

No entanto, cabe destacar que, numa visão mais abrangente e totalizante, a família é entendida, no cerne das condições de reprodução social do portador de transtorno

mental, como um sujeito que procura reconstruir relações cotidianas, criar novos sentidos, manter e fortalecer laços de sociabilidade. É percebida, positivamente, em suas possibilidades, potencialidades e recursos, como elemento fundamental à manutenção do poder contratual, à autonomia e à emancipação do portador de transtorno mental (ROSA, 2002, pp. 152-153).

As falas relacionadas a seguir apresentam a compreensão dos entrevistados com relação às possibilidades da participação da família no tratamento, e as dificuldades do CAPS em realizar esse tipo de atendimento. Um deles argumenta que o acompanhamento à família é essencial para minimizar os efeitos da convivência com o portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Acho que o atendimento familiar assim como ele pode ter dificuldades ele também pode te ajudar um monte, então, assim, tem os dois lados, as dificuldades eu acho que é porque também ele vai estar trazendo, vai sobrecarregando com mais, digamos assim, mais queixas, vai estar trazendo.., as vezes nem está relacionado ao usuário os problemas e as situações, embora eu acredito que na maioria das vezes ela ajuda, ela ajuda porque é que está convivendo com o usuário lá fora o tempo inteiro, que tem mais os dados, quem pode inclusive, ah! ele está muito sedado, vamos tirar esse remédio, esse remédio só faz mal, então, a família se ela não é bem orientada ela acaba, assim, tentando fazer o bem ela acaba fazendo o mal pro paciente, ah! não aquela atividade lá, ficar só batendo palminha, musiquinha, aquilo lá não vai ajudar você, é melhor eu.., vou te colocar de novo na escola porque se não você não vai trabalhar nunca, então todas as ansiedades da família, que se elas forem bem trabalhadas o usuário só tem a ganhar, agora, as dificuldades é: um espaço em que essa família seja acolhida, que ela seja realmente trabalhada e uma equipe, a formação, alguém com formação pra fazer isso, isso não tem (J, 22/3/2006).

Eu acho que o acompanhamento com a família ele é extremamente necessário pra elaborar a imagem que essa pessoa acabou deixando pra essa família; a família ela ainda tem uma imagem, ela tem o imaginário social em relação o que ela de repente produziu; então, há uma necessidade de se ter um acompanhamento com os familiares pra estar elaborando as relações, o dia-a-dia que ela tem com o portador de transtorno mental; as vezes se investe muito em acompanhamento com usuário e não se investe muito no acompanhamento com a família, a família está sobrecarregada, tem que se discutir a questão dos encargos familiares, porque as vezes ter um portador de transtorno mental junto com a família é extremamente estressante, e as vezes a família acaba colocando o portador de transtorno mental no hospital pra descansar, porque as vezes é complicado, tem um portador de transtorno mental que canta o dia inteiro, ou que não dorme durante a noite, dorme de dia, ou que quer ver televisão a todo momento, ou que fica conversando com a vizinhança a todo o momento, tem o portador de transtorno mental que com o seu sofrimento incomoda muito a família, então, tem de haver um profissional articulado ou apaziguador ou que provoque alguma

resolução nessa prática; [...] se não dá pro portador de transtorno mental morar com a família então que se haja (encontre) um espaço harmônico, mas a família tem que ser acompanhada sim (GIRASSOL, 20/3/2006).

Entre as dificuldades que os profissionais identificam na (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e estigma da loucura, ainda presentes no imaginário social das pessoas. Relacionamos na seqüência as respostas dos entrevistados, nas quais é expressa a relação com alguns dos aspectos enfrentados no cotidiano da vida dessas pessoas, em suas relações com a família, as instituições e a sociedade.

Em primeiro lugar a dificuldade de a família compreender o que a pessoa tem, pelo que ela passa, muitas vezes, a idéia é de que é um vagabundo, que o cara não quer trabalhar porque é vagabundo, não quer fazer nada só quer ficar em casa fumando, na frente da televisão porque é vagabundo; então, tem essa dificuldade de poder dar ou ter um certo olhar pra essa pessoa, pra esse usuário que não seja esse da discriminação; tem também o medo, o medo de que essa pessoa venha cometer algum crime, que é um pouco o mito da loucura, é o que envolve o mito da loucura, de ser alguém que é imprevisível e violento, o mito da loucura está muito marcado por isso, muitas vezes a família vem contaminada por isso, eu atendo uma mãe, por exemplo, que apesar de ser uma pessoa que contribui muito, mas ela tem medo do filho, ela tem medo, e ela reconhece isso, diz isso claramente, ela tem medo, agora menos, depois de um tempo isso está começando a se flexibilizar, ela está começando a entender um pouco diferente, mas ela tinha muito medo do que esse filho poderia fazer com ela, então, isso é algo que é bastante comum, mas isso é uma dificuldade; o outro aspecto da resistência é a idéia de que ele se tornou uma pessoa inútil, o usuário se tornou uma pessoa inútil, porque ele não pode trabalhar, que nunca vai fazer nada a não ser ficar como um louco, ficar como uma pessoa que não pode assumir responsabilidades, que não contribui, o aspecto financeiro é um problema; o Programa de Volta pra Casa não resolve isso integralmente porque ele é destinado pra pessoas que estão no mínimo há dois anos internadas, então, aqueles que não tem internação prolongada não têm acesso a esse recurso, então, ele passa a se tornar um peso econômico pra família e aí todos os outros problemas que são decorrentes disso (F, 12/4/2006).

Muitas vezes ele acaba sendo o membro da família rejeitado, ele tem o quartinho dele no fundinho. Bom, eu acho que é o próprio estigma de ter um doente mental, tem ah ele é doente mental, deixa ele quietinho lá porque se não ele vai incomodar, vai surtar, vai xingar e, que vergonha, aí os vizinhos; então, é o estigma do usuário, do paciente com transtorno mental, como muitas famílias não entendem elas tem até crenças de que isso é o demônio, isso é um castigo, ou é porque ele era uma pessoa ruim na vida passada, então, vem com mil, vamos dizer assim, explicações, que só atrapalham e impedem que aquilo seja encarado como..., ok isso aí é uma doença, e como é que a gente vai

fazer pra ajudar e tratar isso; então, os conhecimentos, a ignorância nesse sentido, [...] uma parte eu acho que seja pelo próprio desconhecimento do que é um transtorno mental, e do estigma de que o louco é o que rasga dinheiro e, enfim, isso dificulta, e aí quando você não tem um suporte pra dar à essas famílias aqui dentro, você só reforça lá fora esse estigma; então, claro, a pessoa chama a atenção da população, os pacientes que conseguem lá fora trabalhar e não ficar só dentro do CAPS, então, as oficinas que possam vir a dar renda, que elas sejam trabalhadas lá fora, até pra lá fora você convive com eles, percebe que eles não são os loucos que rasgam dinheiro, saem quebrando tudo e matando todo mundo, esse é o medo da população e acaba sendo o medo da família (J, 22/3/2006).

A questão da diferença do “louco” para o “não louco”, que na sociedade capitalista, é determinada pela relação produtivo/não produtivo, ou seja, aquele que detêm poder de consumo e aquele que não tem poder de consumo, também foi expressa pelos profissionais entrevistados como uma das dificuldades para a (re)inserção social do portador de transtorno mental, na família e na sociedade.

Eu acho que os limites do usuário; tem a coisa do preconceito, da loucura, ele, o usuário, ele não é alguém produtivo na família, ele não leva dinheiro pra casa, ele, ao contrário, ele só gasta, ainda tem que buscar remédio, ele dá mais trabalho ainda, ele não é produtivo, de maneira geral, então, isso já agrega um preconceito maior ainda, além de ter o preconceito da loucura, de ser..., enfim, alguém que tem uma “deficiência”, alguém que é muito dependente, ainda tem isso, então, ele não soma nada à família a não ser o incomodo; daí, geralmente, é uma mãe que até acolhe, ou pai, por questões afetivas, mas sempre está lidando com esse limite do usuário; tem famílias que não querem, tem muitas famílias carentes que não querem mais um problema, e quando a pessoa, então, saiu da família, que foi internada, e ficou um longo tempo fora, a família já se estruturou de forma a não contar com aquele usuário, então, já não conta mais com ele, passou três, quatro, cinco meses, aí vem uma pessoa trazendo toda uma dependência e que não é somar, ou as vezes as próprias crises dentro de casa, então, é difícil um cara que faz xixi no chão, um cara que toma um café e deixa sua xícara, um cara que quebra, que uma vez por mês quebra tudo, que bate nas pessoas dentro de casa, ninguém tem essa tolerância, tem que ser mais de uma pessoa pra suportar e, as vezes, uma pessoa, que é a mãe, suporta, mas os outros irmãos não entendem, não conseguem lidar com a questão, que é difícil mesmo, o nível de dependência, os limites, o risco que, enfim, pode correr o usuário (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Rosa (2003, p. 192), a família, apesar de procurar dividir com o Estado as demandas de cuidado do portador de transtorno mental, ainda é o principal agente responsável pelo seu provimento. Para implementá-lo, na divisão sexual do trabalho do grupo doméstico, seu ônus recai sobre a mulher. Todavia, diferente das demais

enfermidades, o transtorno mental se particulariza pelo fato de seu portador não se reconhecer como enfermo e por seu prognóstico figurar como uma incógnita, sem ter uma temporalidade previsível. Desta forma, em geral, o provimento de cuidados e o tratamento tornam-se impositivos para o portador de transtorno mental, que pouco colabora conscientemente no seu processo de recuperação. Por sua vez, o provedor de cuidado, com frequência a mulher, mãe, tem que ter uma disponibilidade de tempo, periódica ou indefinidamente, para exercer o seu papel. E, para satisfazer as necessidades individuais do portador de transtorno mental e as exigências de sua enfermidade, a mulher, mãe tem seu espaço de vida invadido, seus projetos de vida obstruídos pelas necessidades de prestar cuidado.

3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares

No contexto da Reforma Psiquiátrica, as organizações de usuários, técnicos e/ou familiares tem cumprido um importante papel na mudança do modelo assistencial em saúde mental, participando ativamente das discussões sobre os serviços e promovendo atividades que visam maior inserção social, geração de renda e trabalho e a garantia de direitos sociais. Essas associações constituem-se em importante instrumento de promoção da saúde e da cidadania de todos os envolvidos (BRASIL, 2004)

O CAPS Ponta do Coral conta com uma associação de usuários, familiares e técnicos. Apesar de estatutariamente estar prevista a participação e filiação de familiares e técnicos, atualmente, na prática, esta se tornou, efetivamente, uma associação de usuários. Em gestões anteriores, já teve em sua diretoria a participação de técnicos do serviço. Atualmente, dois técnicos acompanham as atividades desta, mas a diretoria da gestão atual (2006) é composta somente por usuários.

Com relação a participação dos usuários no planejamento das atividades do CAPS, os profissionais referem que esta acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, realizada semanalmente, na qual são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Contudo, os entrevistados observam que

existem dificuldades em realizar um processo de planejamento das ações do serviço, seja por particularidades dos usuários, seja por limitações e/ou problemas institucionais.

Assim, existem alguns espaços em que essas ações são tomadas em conjunto, a assembléia dos usuários, aqui é feita de terça-feira, em que é discutido desde a limpeza, o lanche, qual é o próximo passeio, o que vai ser de reunião, o que está sendo feito, quais são os informes em relação a saúde mental, em relação a congressos, encontros, comissões. O que eu percebo é que embora isso seja estimulado há pouca, baixíssima, aderência e quando há, em geral, são daqueles mais saudáveis no sentido de que de repente nem seriam usuários CAPS, mas eu acredito que isso seja também o próprio sintoma, de a dificuldade de lá fora conseguir um emprego, a dificuldade de iniciar uma atividade, iniciar um curso, é também pra se engajar na própria luta deles; o que eu percebo é que a família, em geral, quando pega isso vai adiante, os usuários tem poucos estímulos próprios, vamos dizer, pra continuar, pra se manter; então, na reunião da Comissão Ampliada²¹, aí participa um, mas depois a semana que vem já não vem; então, são poucos os que realmente conseguem dar conta, eu coloco a palavra no sentido de ser capaz para, tem essa dificuldade, eu acho que é própria condição (J, 22/3/2006).

Então, a gente procura estabelecer parcerias com a associação porque tem muitas coisas que pelo fato de a gente estar submetido a um organograma e a hierarquia, e aí os limites do serviço público, a gente não pode fazer; por exemplo, a questão da venda do material das oficinas, isso é algo que o CAPS não pode assumir, por conta mesmo da legislação que impede a gente de fazer esse tipo de atividade; então apesar de ter uma participação grande, o material vendido é o material das oficinas do CAPS, mas quem faz essa tarefa é a associação, é a associação que se encarrega da venda, de levar o material, de receber dinheiro etc.; além disso a associação se tornou efetivamente uma associação de usuários, apesar de o estatuto dela prever a participação e filiação de familiares e técnicos ela é uma associação de usuários na prática, e como articuladora de um projeto político e de reivindicação dos direitos do usuário dos serviços de saúde mental, como um instrumento pra viabilizar inserção no mercado de trabalho por exemplo, parece que são essas as funções da associação; com os usuários o que a gente tem é uma assembléia semanal onde são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; esse aspecto do planejamento da atividade ele de fato não tem a participação dos usuários até porque nem nós, como te falei no início, o nosso planejamento também é meio caótico, assim, a gente não tem um processo organizado de planejamento pra um ano ou mesmo pra seis meses, então, aí os usuários não chegam a participar desse planejamento, eles participam sim da discussão do funcionamento que é na assembléia,

²¹ A Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental (CPASM) é uma instância do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, criada através da Resolução N°1/CMS/2006, cuja finalidade é assessorar o plenário do conselho no que compete a formulação, implantação, implementação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas, ações e projetos em Saúde Mental, assim como prestar assessoria técnica ao gestor municipal. A CPASM é constituída por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde, e usuários e familiares da saúde mental (nota da pesquisadora).

que é toda semana, e aí se trata das coisas do dia-a-dia, é mais cotidiano (F, 12/4/2006).

A presença e participação dos usuários nas discussões e no planejamento das ações pertinentes à saúde mental vêm se ampliando progressivamente nos últimos anos. O processo de inserção inicia-se com o protagonismo dado ao sujeito na definição de seu projeto terapêutico, estende-se na organização de associações e na representatividade destas nos fóruns deliberativos (Conselhos de Saúde, Conferências, Comissões de Saúde Mental), e na participação em eventos científicos e espaços de militância política pertinentes à área da saúde mental. Essa é uma das formas em que a condição de cidadão dos portadores de transtornos mentais é resgatada. Segundo Rodrigues (2005, p. 80), “a participação política e militância de usuários e familiares em instâncias deliberativas ganham efetividade quando politicamente organizados”.

Neste sentido, a construção coletiva do protagonismo requer a saída da condição de usuário-objeto e a criação de formas concretas que produzam um usuário-ator, sujeito político. Isso vem ocorrendo através de inúmeras iniciativas de reinvenção da cidadania e *empowerment*, como atenta Vasconcelos (2000b), por meio de intervenções via associações de usuários ou de cooperativas sociais, ou ainda da participação política de tais atores nos mais importantes fóruns sociais de formulação de políticas da área, tal como nos conselhos de saúde e comissões de saúde mental.

Nas falas que seguem, os participantes da pesquisa destacam as dificuldades encontradas na organização, na articulação e no funcionamento da Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral²², bem como seus objetivos e principais lutas políticas por direitos.

Assim, eu acho que os usuários têm esse espaço da assembléia junto com os técnicos. É um espaço interessante, onde eles podem estar opinando, mais do que o da associação; o da associação é muito mais difícil de levar adiante; eu também já fiquei um tempo ajudando a associação, já fui até, uma época, da própria gestão, da própria diretoria, e a gente tem

²² Importante estudo sobre a Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral foi realizado por Rodrigues em dois trabalhos: RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral: desvelando sua significação**. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004; e RODRIGUES, J. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

que estar puxando muito como técnico, parece que deixar por conta deles a coisa não anda e, as vezes, a gente vê que fica mais um desejo nosso de que as coisas aconteçam do que deles; então, a assembléia pelo menos é um espaço que eu ainda acho que se consegue ter uma presença, agora a presença dos familiares no planejamento é muito pequena, poucos que vem, vem um ou outro, pai de alguém; dos usuários, eu acho que é mais nesse espaço da assembléia que acontece (P, 17/3/2006).

Os usuários, nós temos a assembléia dos usuários; então, na assembléia se discute algumas questões, por exemplo, as vezes o planejamento, funcionamento da casa, por outro lado nem tudo é discutido na assembléia, [...] tem uma atuação limitada, ela não é totalmente participativa. A associação, ela tem histórias de altos e baixos; teve momentos que a associação tinha uma diretoria, mas ninguém participava, não se articulava; tem momentos que a associação se integra mais, quando ela se integra a coisa fica também mais rica; nós temos aproximação, por exemplo, na questão do vale transporte, as reivindicações, sobretudo do vale transporte, de veículos pra passeio, pra participar de um evento, muito mais do que planejamento das ações, digamos assim, mais no sentido de luta por direitos e reivindicações (LÉLI, 4/4/2006).

A associação de usuários possui cinco objetivos: controle social, ajuda mútua, suporte mútuo, defesa dos direitos, geração de renda; em cima desse objetivos a associação realiza seu movimento e sua luta. Em termos do papel dos usuários no planejamento das ações do CAPS seria discutir esses objetivos em relação ao CAPS. Hoje, o que acontece, a associação de usuários acaba discutindo um pouco mais controle social; ela expressa a representatividade dos usuários na luta social, na dignidade humana, e também na geração de renda; outra coisa muito importante que a gente fala é a luta contra o preconceito, então, a associação ela participa mais nesse sentido, controle social, geração de renda e luta contra o preconceito no CAPS; esse é o papel dos usuários, realizar o controle social, participar da geração de renda e a luta contra o preconceito; a luta contra o preconceito significa realizar teatro, levar pras Academias, levar pra comunidade, mostrar que a história do louco no imaginário social das pessoas ela é transformada, pode-se reverter isso, e isso se reverte com música, cultura e arte (GIRASSOL, 20/3/2006).

O papel da associação no planejamento, é porque assim, a associação ela não é o CAPS, ela é uma entidade separada, a assembléia é uma assembléia geral do CAPS, é um mecanismo facilitador da participação dos usuários e técnicos na gestão do serviço; a associação é uma entidade, sem fins lucrativos, que foi criada e pensada pra que os usuários e familiares se organizem pela luta da política, pela luta da implantação da política de saúde mental, pela luta dos direitos, pela luta da implantação da Reforma Psiquiátrica, pela melhoria do serviço, então, assim, a associação ela caminha, mas ela é muito nova e aí se é muito nova tem uma estrutura um pouco frágil, então assim, a tua pergunta é se ela participa das ações do CAPS, ela participa sim, tem um elo de participação aí, tem um canal de participação, mas é frágil, é muito frágil, eu penso que é muito frágil porque aparece pouco (VIK, 24/3/2006).

Rodrigues (2005, pp. 81-82) destaca que as associações de usuários, enquanto dispositivos, possibilitam uma atitude política que oferece visibilidade ao usuário como ser cidadão e não apenas como portador de um transtorno. Segundo o autor, quando o usuário passa a ver, sentir, e ver sentido em suas ações associativas, sua prática organizativa torna-se efetiva e com empenho. Por isso, as associações precisam desenvolver estratégias mais amplas de adesão, visando revigorar seus quadros associativos. Nesta direção, a profissionalização e formação política dos dirigentes é vista como uma possibilidade para estimular a participação.

A compreensão das associações civis como relacionadas e condicionadas pelas associações políticas leva ao entendimento de que há uma sinergia entre a sociedade civil e a democracia política. Segundo Fleury (2004), a dimensão cívica da cidadania diz respeito à condição de inclusão ativa dos cidadãos à comunidade política, compartilhando um sistema de crenças com relação aos poderes públicos, à sociedade e ao conjunto de direitos e deveres que são atribuídos ao status de cidadão. Como dimensão pública dos indivíduos a cidadania pressupõe um modelo de integração e de sociabilidade, que transcende os interesses egoístas do indivíduo no mercado, em direção à uma atitude generosa e solidária.

A fala a seguir relaciona algumas dificuldades cotidianas vivenciadas na e pela associação de usuários do CAPS Ponta do Coral. Apresenta algumas possibilidades de atuação deste tipo de organização da sociedade civil, tanto com relação a parcerias com outras entidades, para o desenvolvimento de ações que visem a profissionalização e inserção no mundo do trabalho, quanto no processo de politização e conscientização de seus usuários com relação aos direitos de cidadania.

Eu acho que ela tem um papel relevante, a dificuldade é de incrementar esse papel relevante; os familiares vêm muito poucos; bom, talvez a gente não esteja também instigando, muitas vezes a gente convida, mas eu acho que, também, as vezes, falta um pouco de investimento da equipe para que os familiares estejam mais no CAPS; agora, a associação poderia fazer muitas coisas, desde convênios para cursos com esses órgãos que a gente tem, SENAI, SESC; poderia tentar uma penetração, mas isso seria uma outra realidade a ser criada; cada vez que entra uma gestão nova, a gente diz quem sabe agora; desde as pequenas coisas, até divulgar a lojinha aqui, é difícil, a gente uma vez fez uns folders pra distribuir aqui na vizinhança, uma vez a gente tentava vender as verduras que produzia, não conseguia muito, conseguia ali, vendia uma ou outra; agora em termos de espaço de fazer política eu acho que ela tem um peso, deveria realmente crescer, por mais que as pessoas tenham dificuldades; eu acho que tem que continuar existindo, tem que continuar batalhando para que eles possam estar assumindo um pouco

mais esse papel político, essa conexão com outras instâncias da sociedade; por exemplo, na questão até de trabalho, de poder a associação também ajudar nessa abertura de espaços de trabalho; teve uma vez que tentaram no Angeloni (supermercado), depois quando souberam que era portadores de transtorno mental não quiseram; eu acho que a gente precisava mostrar um pouco pra sociedade o que é o paciente psiquiátrico; assim, através desses recursos, não dá pra esperar vamos pra mídia, porque, assim, tem umas coisas que são boas, ótimas, mas são meio ideais, a gente tem que tentar começar com essas pequenas coisas que pode fazer: divulgar a lojinha, sei lá, fazer um contrato lá com o CIC pra fazer cursos, por exemplo, de pintura, coisas que são mais próximas da realidade exequível (P, 17/3/2006).

Para Rodrigues (2005) dois aspectos são importantes para compreender as dificuldades de falta de adesão e continuidade na participação dos membros da associação. Um deles refere-se aos elementos motivadores para a participação. Neste caso, é preciso considerar que a prática política de militância possui seus campos de conflito e tensões, que dentro da especificidade da loucura pode não conferir uma participação freqüente. O outro relaciona-se ao significado da associação na vida dos integrantes. Muitos usuários vêem a associação como possibilidade de geração de recursos financeiros, haja vista que o fator trabalho/vínculo empregatício é algo marcante na vida dos portadores de transtornos mentais, em decorrência de a maioria não possuir fonte de renda própria.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacaram o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário.

A primeira delas é a questão do controle social, a associação tem potencialmente essa função, não só dentro do serviço, mas também nas outras instâncias, conselho municipal de saúde, conselho local, aqui em Florianópolis estamos organizando uma Comissão Permanente, que é consultiva do Conselho Municipal de Saúde, é uma comissão de saúde mental, no estado (SC), a gente tem o Colegiado de Políticas Públicas e Atenção Psicossocial, que tem representação dos usuários; então, novamente, na questão da defesa dos direitos, na questão do resgate da cidadania, as vezes nem é resgate porque o cara nunca teve cidadania alguma, mas da possibilidade de instituir um certo nível de cidadania; eu vejo que a possibilidade de o usuário poder participar politicamente é algo que tem um efeito sobre a sua dinâmica, como tem efeito sobre a dinâmica de qualquer um que descobre um dia que tem essa possibilidade de participar politicamente, da vida política, e pro usuário de saúde mental isso muitas vezes é uma descoberta que representa uma guinada muito grande na sua vida, então, vamos dizer assim, tem um efeito terapêutico, um efeito clínico nesse sentido, além, obviamente, dos

efeitos políticos que isso representa, mas, mais individualmente tem esse efeito, da articulação com as outras pessoas, enfim, tem uma terapêutica aí que é função, mesmo que não reconhecida, mas é função das associações (F, 12/4/2006).

O principal papel das associações é não tornar que os serviços se tornem manicômios; a associação é a vida, é organização, é luta, é enriquecimento, é sentido de vida; tenho escutado muito de pessoas que tiveram suas vidas arruinadas que quando passaram a militar em associações de usuários passaram a ter um sentido de vida, passaram a conceber a razão da sua existência em vida; então, a principal importância das associações é não deixar que o serviço se torne manicômio, é tornar o serviço um pouco mais rico, com mais vida, é organizar a questão política, é falar em nome dos próprios usuários; então, a importância das associações de usuários é levar a boa nova aos CAPS, levar a boa nova aos serviços de saúde mental, levar a boa nova do modelo psicossocial, ou seja, discutir o controle da loucura, ou seja, a maior importância das associações é levar a discussão da liberdade, liberdade e dignidade dos portadores de transtornos mentais (GIRASSOL, 20/3/2006).

Além do tratamento e dos serviços, eu acho importante que a associação possa se fortalecer enquanto movimento popular de luta pela Reforma Psiquiátrica, que os usuários possam se conscientizar dessa importância de estarem articulados, lutando pela implantação da política, da política de saúde mental sob esse novo paradigma da Reforma Psiquiátrica; eu acho que essa é a maior importância, acho que essa é a maior tarefa da associação; claro que isso se reflete na micro política institucional no próprio CAPS; a associação vai estar lutando, a nossa associação aqui, por exemplo, já lutou pelo próprio vale transporte dos usuários, de ir até a secretaria (Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis) conversar com o secretário e reivindicar enquanto essa democracia representativa dos próprios usuários, técnicos e familiares; pela própria manutenção desta casa na época que houve a questão da construção da via de acesso ao Hospital Infantil, existia um projeto da outra via passar também por aqui, os usuários batalharam que essa casa se mantivesse aqui, que o CAPS se mantivesse aqui e conseguiram; então, acho que essa luta maior de articulação que exige uma consciência política dos líderes que estão na associação, dos usuários como um todo, é que é a grande tarefa da associação, só que isso se faz num trabalho de formiguinha, num trabalho miúdo (VIK, 24/3/2006).

Cabe destacar que o controle social compreende a participação da população na perspectiva da interferência na gestão da política pública de saúde, colocando as ações e serviços na direção dos interesses da comunidade e estabelecendo uma nova relação entre Estado e sociedade. Conforme Correia (2002, p. 212), controle social “é a atuação da sociedade civil organizada na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam às demandas e aos interesses das classes subalternas”.

A III CNSM ressalta a importância do controle social, através dos mecanismos já existentes (Conselhos, Conferências e Comissões de Saúde Mental, organizações da

sociedade civil e movimentos sociais), como forma de garantir o avanço da Reforma Psiquiátrica. Os indicativos da Referida Conferência destacam que o controle social deve constituir-se com a representação dos três segmentos – usuários, familiares e profissionais de saúde, na perspectiva de induzir uma ação de acompanhamento da construção das políticas municipais, estaduais e nacional de saúde mental. As Comissões de Saúde Mental em ação conjunta com os Conselhos de Saúde devem exercer seu papel de controle e fiscalização das políticas públicas, o que inclui o orçamento e a destinação de verbas para a saúde mental, em todos os níveis (BRASIL, 2002a).

A ação da sociedade civil e dos movimentos sociais é ressaltada visando a garantir que os programas de saúde mental não sofram descontinuidade por ocasião de mudanças de gestão administrativa e/ou política. Para tanto, devem ser criadas estratégias para a viabilização de maior envolvimento dos diferentes atores sociais com as questões da saúde mental. Entre estas, destacamos o papel das associações de usuários, técnicos e familiares e dos núcleos estaduais e/ou municipais do movimento da luta antimanicomial, na gestão dos serviços e na fiscalização das práticas de saúde mental (BRASIL, 2002a, p. 142).

3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia

A desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial são dois dos pressupostos teórico-epistemológicos orientadores das práticas assistenciais indicadas na e pela Reforma Psiquiátrica. Tendo isso em conta, perguntamos aos participantes da pesquisa se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas para a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referiram que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras.

As falas relacionadas na seqüência explicitam a percepção dos entrevistados sobre a questão e indicam algumas possibilidades que, segundo eles, poderiam favorecer o desenvolvimento de ações de reabilitação psicossocial.

Em parte sim, em parte; eu acho que como a gente não tem um sistema de avaliação a gente não consegue medir isso muito bem; a nossa intenção é essa, o que não quer dizer que as nossas ações consigam de fato alcançar; acho que a gente poderia fazer mais, a gente poderia ter uma articulação mais intensa e mais constante com outras instituições, com outros sistemas de atenção, além claro da própria rede de saúde, que não existe; em Florianópolis a gente não tem rede, até está se formando, dá pra dizer que está se formando, mas não funciona como rede ainda, efetivamente não funciona; a gente tem pouco contato com a atenção básica, com o PSF, que seria um parceiro importante, a gente tem pouco contato com os outros CAPS também em termos de troca, enfim, com outras instituições de saúde, então, acho que a gente ainda continua isolado, e aí pensar em reabilitação psicossocial com essas condições é um pouco mais complicado; a gente vê alguns efeitos, que a gente mede pelo usuário em si, que é o fato de que ele consegue evitar internação, que ele consegue muitas vezes voltar a trabalhar, sua participação nas oficinas passa a ser bastante diferente, enfim, mas são coisas que a gente não tem um instrumento pra avaliar (F, 12/4/2006).

Eu penso que sim, apesar de que hoje o programa de saúde mental não conta com uma rede completa de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, então, assim, a gente tem essa dificuldade; se existisse isso de forma mais estruturada, de forma mais incrementada seria mais fácil a reinserção social; por exemplo, a gente não tem leitos psiquiátricos no HU, um hospital geral, que já tem um ambulatório de psiquiatria, poderia ter um serviço de emergência, facilitaria, evitaria internações, um mercado protegido, um projeto de geração de renda também não temos, não temos os CAPS territorializados ainda, então, tem uma série de dificuldades colocadas aí que impedem essa reinserção social num tempo menor do que acontece hoje; acho que hoje o tempo que o usuário fica dentro do CAPS ainda é muito grande por conta de a gente não ter essa rede completa, que possa dar esse suporte extra CAPS. [...] eu não sei se isso acabaria institucionalizando, de certa forma sim, mas assim, isso está na pauta, e se isso está na pauta não está institucionalizando, você entende o que eu quero dizer? isso está sendo falado pro próprio usuário, isso está sendo dito pra ele, olha tu já está aqui muito tempo, o nosso objetivo pra ti, nosso projeto terapêutico pra ti seria de tu poder estar fazendo isso, isso e isso lá fora, então assim, não diria institucionalizado porque talvez institucionalizado seria quando a gente não se desse conta disso, ah não isso está rolando, o usuário está aqui há anos, ninguém está fazendo nada, continua na mesma, aí sim estaria cronificando, mas acho que não nesse sentido, de que isso está na perspectiva, a gente está querendo a inserção, a gente está querendo a rede extra hospitalar, a territorialização dos CAPS, só que a gente não tem uma série de elementos necessários pra fazer a reinserção, a política, o programa de saúde mental, aliás ele está sendo implantado, incrementado muito mais agora recentemente (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que sim, mas muito pouco ainda; elas se encaminham, elas têm como ideal, elas desejam, mas na prática isso é muito pouco feito; eu vejo que nesse CAPS a equipe acaba estando muito fragmentada porque faz milhões de coisas também, desde a parte administrativa, parte clínica, oficina, se divide; eu acho que deveria ter a equipe como um todo trabalhar nisso, mas ter também grupos de atuação, como a gente

chama de atuação local, então, ainda para o que necessita está muito pouco assim, muito aquém [...] A primeira proposta começaria via Regionais, nas Regionais; por exemplo, as pessoas iriam para os seus bairros, ver qual é a possibilidade, as possibilidades que existem pro usuário se inserir, mas não só a Regional, poderia ter um grupo mesmo, sair com o usuário, fazer a coisa mais concreta, ela é feita, mas é feito muito pontualmente (LÉLI, 4/4/2006).

Em geral sim, mas tem alguns pacientes que, por exemplo, circulam no CAPS e que não tem nenhuma indicação de estar no CAPS, então ele acaba sendo um lugar de institucionalização ou de capsização. Tem isso; isso acaba acontecendo, mas em geral não é isso; em geral eu acho que todas as nossas ações, o que a gente discute em equipe é até a tentativa de diminuir essa dependência, esse vínculo de dependência, que em algum momento ela pode ser muito importante, mas em outros ela é excessiva e acaba aprisionando o paciente dentro do CAPS, e aí o CAPS passa a ter o mesmo papel e a mesma função do hospital; e como isso é o que eles conhecem, esse repertório é o que se conhece, é mais fácil de se acostumar com ele do que ter uma nova postura, uma postura de que, não, aqui eu vou tomar conta do meu tratamento, eu vou lá fora procurar o que é meu...; não, (o usuário) acaba esperando, ah o que você falar está bom, e aí essa atitude bem passiva, que ela é muitas vezes muito cômoda pra todos nós em muitos momentos, pra uns mais que outros, essa atitude de comodismo, de esperar, é ótimo, e aí isso acontece, acaba acontecendo, embora as práticas, elas tem a idéia de que não seja voltada pra isso; não é o objetivo, mas a gente observa que as vezes é falho (J, 22/3/2006).

Essa pergunta é muito difícil [...]; eu acho que não mudou muito meu olhar, a gente tende a sustentar a institucionalização, a gente não consegue dar alta, o paciente não consegue ter alta, não consegue sair; assim, digo um paciente que realmente talvez esteja até mais comprometido com esse tempo aqui, tem paciente que está aqui desde o início; eu acho que a gente acaba reforçando um pouco isso por mais que a gente tem o desejo de que fosse o contrário; existe uma certa comodidade pro paciente também, aqui ele tem atenção, ele é aceito, não tem assim uma grande briga por ele ficar aqui; então, isso me preocupa muito, eu fico pensando: é uma contradição porque ao mesmo tempo que o nosso trabalho é voltado pra isso parece que a nossa ação acaba revertendo o contrário; a questão da cidadania, a questão da construção de outros laços, criação de outros espaços, eu acho que é muito precária ainda [...]; por isso que eu acho que a gente precisa também de ter formas de avaliação dos pacientes, muitas vezes fica assim um exemplo ou outro que você tem, aquela pessoa foi, está lá trabalhando, talvez ela não tenha também construído um elo tão pesado, tão forte com a instituição, que ela já veio, ficou um tempo, saiu, voltou a fazer outras coisas da vida; eu acho que a gente ainda está institucionalizando mais do que desinstitucionalizando [...] (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p. 14) observam que um dos caminhos mais importantes para o qual aponta a desinstitucionalização é o da criação de novas relações com a loucura. Estas se processam a partir da mudança das relações institucionais internas e de

desmontagem dos dispositivos da clínica e da psiquiatria, mas certamente não se restringe a isto. Novas subjetividades e um novo lugar para o sujeito louco só são produzidos em relação com o social. O trabalho de desconstrução da institucionalização, necessariamente, extravasa o contexto institucional específico, atingindo seu objetivo mais amplo de questionamento das instituições e subjetividades capitalísticas, a desconstrução como transformação cultural. Para os autores, através do trabalho no campo social a desinstitucionalização atinge seu sentido mais abrangente, como processo social amplo e complexo de participação popular, territorialização dos serviços, envolvimento de diferentes atores sociais, e mudança da relação social com o fenômeno da loucura.

Sobre este aspecto cabe destacar que a desconstrução do paradigma da institucionalização e a construção do paradigma da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial envolve um conjunto de ações teórico-epistemológicas e de práticas assistenciais, amparadas por um sistema jurídico-político capaz de criar e garantir direitos aos portadores de transtorno mental. De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (1987), a reabilitação psicossocial é o conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários (OMS 1987 apud PITTA, 2001).

Nesta direção, a formulação da política de saúde mental, orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais nos campos da educação, cultura, habitação, assistência social, esporte, trabalho, lazer e a articulação de parcerias com universidades, Ministério Público, organizações não governamentais (ONGs), visando a melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania do portador de transtorno mental (BRASIL, 2002a).

Com o objetivo de saber se existem e identificar quais são as práticas de reabilitação psicossocial desenvolvidas no e pelo CAPS Ponta do Coral, perguntamos aos participantes da pesquisa se existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer. Do total de profissionais que responderam ao formulário, a maioria (66,7%), disse não existir, dois referiram não saber responder, e dois destacaram que existem. Dentre os que responderam que não existem tais práticas, um observou não ter conhecimento, oficialmente, das parcerias, um deles destacou que existem poucas e de acordo com o planejamento terapêutico do usuário, e um outro disse que tem em momentos específicos, mas não de forma contínua. Entre os que

responderam que sim, um referiu-se a experiências muito pontuais como por exemplo o uso da quadra de esportes próxima, e outro identificou parcerias com fundações municipais e estaduais de cultura.

Neste aspecto, os indicativos aprovados na e pela III CNSM ressaltam a necessidade de se priorizar, no âmbito da assistência em saúde mental, políticas que fomentem a autonomia dos portadores de transtornos mentais, incentivando o exercício da cidadania plena. Devem-se buscar parcerias entre o poder público e organizações civis para o desenvolvimento de projetos sociais e comunitários, de geração de renda e de acesso a todos os direitos, que possam funcionar como apoio na (re)inserção social destas pessoas.

No estudo realizado, perguntamos aos profissionais se as práticas assistenciais desenvolvidas no e pelo CAPS possibilitam ao usuário a construção de sua autonomia. Os entrevistados destacaram a necessidade de refletir conceitualmente sobre o que seja a autonomia do portador de transtorno mental, como avaliar a autonomia da pessoa. Referiram que, em geral, o serviço consegue cumprir com a função de estimular o usuário à conquista de sua autonomia.

A questão é discutir o que é autonomia, eu sempre parto do princípio de que autonomia não é independência, autonomia na verdade é a possibilidade de a gente poder ampliar as dependências, que é a vida de todo mundo, ou seja, eu pra viver eu dependo de um monte de gente, um que paga meu salário, outro que falo aqui, outro com quem eu me ligo afetivamente, enfim, eu dependo de uma porção de gente e isso me dá autonomia porque eu posso depender de muitas pessoas e de muitas instituições, muitos sistemas; o problema do usuário de serviço de saúde mental, paciente psiquiátrico é que ele, geralmente, depende ou das mesmas pessoas ou das mesmas instituições, ou seja, a capacidade de autonomia dele está muito reduzida porque ele não tem como circular socialmente, ele ou está sempre dentro de casa ou de casa pra uma instituição, seja ela o CAPS ou hospital psiquiátrico; então, pra mim autonomia é isso, é essa possibilidade de você ir ampliando os vínculos pra que você possa depender de muitas pessoas ou de muitas coisas ou de muitas instituições porque afinal de contas, em última instância, essa autonomia tomada como independência ela é imaginária, ela é irreal, não existe; então, eu acho que a gente consegue isso, a gente consegue ampliar a autonomia dessa maneira, primeiro porque o CAPS acaba se tornando um centro de convivência, então, o efeito imediato é que a pessoa deixa de ficar sozinha ou só com a família e passa a conviver com outras pessoas, esse é o efeito imediato, passa a ter outras relações que muitas vezes se desdobram, saem daqui, as pessoas fazem programas juntos fora, pinta relacionamentos amorosos ou só relação sexual, que seja, mas enfim, é uma oportunidade nova que o cara não tinha, encontrar alguém mesmo que seja só pra transar, então, isso já é um ganho também, já implica na ampliação de autonomia; eu vejo que muita gente aprende a lidar com o serviço público, aprende a correr atrás dos seus direitos, aprende a lidar com outros serviços de saúde, passa a

procurar o posto de saúde onde mora ou passa a ir pegar medicação em tal lugar sozinho, por conta própria etc.; eu acho que a gente consegue essa função, a gente consegue autonomia nesse sentido, mas pode ser melhor, na medida que a gente tiver uma rede, que a gente se inserir nessa articulação com outras instituições, com outras instâncias, a gente consegue fazer isso de maneira mais eficaz (F, 12/4/2006).

Em alguns casos sim, eu acredito que alguns casos quando não há uma limitação interna eu acho que sim, que é possível, através até da participação nas oficinas, nos grupos terapêuticos, da adesão ao tratamento médico; muitos conseguem realmente; passaram por um episódio, uma crise, conseguiram ficar bem e voltar para as suas atividades diárias, eu acho que quando eles aderem ao tratamento, quando há essa adesão, quando eu digo ao tratamento é ao projeto terapêutico deles, e não tem uma limitação, vou colocar entre aspas “uma seqüela” da própria doença muito forte, há essa possibilidade; em alguns outros casos eu acho que é difícil, assim, não é tão fácil medir isso, o que, quem melhora, quem não melhora, aquele que consegue voltar, aquele que não consegue, as vezes alguém que tem até uma doença mais incapacitante consegue, outros não, depende, depende do apoio que ele tem, do externo, da família, ou da própria sociedade, da comunidade em que ele é inserido, isso tudo faz diferença, que tem o background do que ele era antes, isso também faz a diferença, ele consegue resgatar; quando já não se tem muito o que resgatar aí fica mais difícil trabalhar; é individualizada essa resposta, mas eu acredito que em alguns casos sim, consegue essa (re)inserção de uma maneira muito boa e gratificante para os dois, pro usuário e para os profissionais (J, 22/3/2006).

[...] dependendo de como o serviço é gerido, dependo de dentro de que política de saúde mental esse CAPS está inserido, ele pode ao invés de estabelecer uma autonomia, mesmo que ele tenha uma boa vontade de estabelecer autonomia, ele acaba tornando a pessoa mais dependente ainda do serviço; então, é uma grande armadilha a construção da autonomia, não só especificamente pro CAPS Ponta do Coral, mas pra todos os CAPS que eu tenho visto; então, a gente volta novamente na questão da avaliação, novamente na discussão dos termos, eu acho que a questão dos conceitos ela tem que estar muito clara, o que significa cada conceito, eu sempre tenho batido muito nisso; o que é autonomia? É a pessoa ter minimamente condição de governar a sua própria vida, gerir sua própria vida, Ok! a gente estimula a pessoa a fazer isso, trabalha nesse sentido com a questão da autonomia, agora, quais são os parâmetros que nós vamos utilizar pra avaliar essa autonomia, isso a gente não tem muito claro ainda, acho que necessita; então, o CAPS possibilita autonomia, mas ao mesmo tempo não tem uma análise crítica [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Não obstante, cabe-nos destacar que a compreensão sobre autonomia que orienta este trabalho refere-se “a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente”. Neste caso, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas

relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001, p. 57).

As falas relacionadas a seguir destacam como o atendimento no CAPS Ponta do Coral possibilita a construção da autonomia do usuário.

Eu acho que em formas gerais sim, na relação que os técnicos tem com o paciente; agora, as vezes, a gente tem uma postura muito assistencialista em muitas situações, um assistencialismo que acaba prendendo o paciente, institucionalizando; são situações, eu acho que as vezes a gente repensa sobre elas, não foi bem por aí, mas, assim, eu vejo as pessoas contando a história do CAPS, teve muitas experiências que foram positivas também, que chegaram a um resultado, assim, sem muito recurso, sem muito com que contar fora da própria equipe, fizeram coisas que são surpreendentes em relação a tantos pacientes; eu acho que essa maneira de você poder dar voz, poder valorizar aquilo que a pessoa faz, consegue fazer em uma Oficina por exemplo, eu acho que essa é uma maneira de você conferir uma posição mais sujeita, mais ativa mesmo (P, 17/3/2006).

Sim, eu acho que sim, só que eu acho que a gente possibilita em alguns casos, não tem uma história linear de possibilitar a todos, eu acho que tem um projeto de possibilitar, mas isso não acontece o tempo todo, porque também isso não é uma via de mão única; hoje, eu já fui mais ingênua em relação a isso, muitas vezes uma pessoa que ficou trinta anos, vinte anos no hospital psiquiátrico, eu não sei mais se ele quer ter mais autonomia, muitas vezes ele quer, não quer; se a gente entender autonomia como trabalhar, seja em qualquer lugar, com uma bolsa trabalho, entender autonomia como decidir ir final de semana para uma praia, autonomia como ir ao supermercado, escolher o que vai comer, até certo ponto sim; por exemplo, se tenta até que muitos usuários saiam no final de semana, a gente na reunião das Regionais combina que eles possam ir, no final de semana, para um passeio, e eles não vão, eles ficam em casa, só vão se o técnico for, no dia de semana; então, acaba ficando um outro processo de não autonomia; então, a luta, a intenção é que isso se dê de outra forma, que também não fique dependendo do CAPS; existe uma construção pra isso e isso acontece, em certa medida acontece, mas ainda não como gostaríamos, porque nós também temos uma idealização de autonomia [...] alguns casos tem sim, vão até um certo ponto da autonomia que é possível pra pessoa, e outros vão mais além, outros regridem (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre as possibilidades de construção da autonomia do portador de transtorno mental, Kinoshita (2001, pp. 56-57) considera que a contratualidade do usuário, primeiramente vai estar determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Estes podem emprestar seu poder contratual para possibilitar relações e

experiências renovadas ao usuário, através de seu prestígio, de sua delegação social, do saber reconhecido pela sociedade. O referido autor destaca que aos profissionais é dada a capacidade de elaborar projetos, isto é, ações práticas que venham a modificar as condições concretas de vida do usuário.

A entrevista citada na seqüência relaciona a construção da autonomia do usuário a ações que envolvem outros serviços e outras políticas sociais como uma possibilidade para que o portador de transtorno mental adquira sua independência econômica. No caso, a profissional refere-se a Política de Assistência Social, através do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Outro recurso financeiro que pode ser acessado pelos egressos de internações psiquiátricas prolongadas é auxílio reabilitação psicossocial instituído com o Programa de Volta Pra Casa, através da Lei Federal N° 10.708/2003.

[...] um outro elemento pra isso (autonomia) são os usuários que estão totalmente desprovidos de qualquer recurso material que conseguem o BPC e isso garante autonomia porque ele tem o mínimo pra poder dar conta das suas necessidades materiais; então, muitas vezes, ele está numa condição muito vulnerável e aí passa a poder comprar aquilo que ele deseja, minimamente, porque é muito pouco o valor, mas consegue algumas coisas e isso garante essa autonomia, porque as vezes ele fica na família, fica sendo aquele peso que só incomoda, que não tem recurso financeiro nenhum porque ele está fora do mercado de trabalho mesmo, então, aí o benefício da previdência social também é um elemento de autonomia e de reconstrução da cidadania, mas entre todos esses outro que eu falei, do próprio material que ele tem contato na oficina terapêutica que ele consegue produzir algo; aquele usuário que é egresso do hospital psiquiátrico de polireincidência nas internações que consegue produzir uma peça bonita e que essa peça é vendida e que depois recebe o dinheiro dessa venda, também confere autonomia, confere cidadania, auto-estima (VIK, 24/3/2006).

Entendemos que a possibilidade de ter recurso financeiro próprio favorece sim a independência econômica do portador de transtorno mental, possibilitando-lhe uma vida com maior autonomia. Contudo, conforme destacou a entrevistada este é só um dos elementos que compõem o rol das necessidades humanas. A reabilitação psicossocial é um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia (KINOSHITA, 2001). Neste sentido, reabilitação e construção da autonomia caminham lado a lado.

3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental

A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos entrevistados como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista jurídico-política dos direitos do portador de transtorno mental.

Eu acho que hoje a gente já tem uma rede assistencial muito mais capacitada e quantitativamente significativa; no Brasil já são 800 CAPS; o fato de que tem recurso financeiro do Ministério da Saúde destinado, especificamente, à saúde mental, isso facilita a criação do serviço no município; em termos das modificações em relação ao que seja a loucura, o que seja o transtorno psíquico, acho que apesar das dificuldades a gente já conseguiu avançar com relação a isso, a gente já conseguiu trazer a discussão pra sociedade de uma outra maneira, levantando a necessidade de olhar isso também de uma outra forma; a medida que as pessoas começam a sair dos hospitais e voltam a morar seja em residências terapêuticas, seja com a sua família, e conseguem se manter bem dessa maneira isso também vai mudando o olhar das pessoas, pelo menos daquelas que o cercam; os projetos que a gente chama de modificação da cultura, a modificação da cultura manicomial, isso eu percebo que há um avanço, gradual, lento, tem um monte de resistência, mas a gente consegue, conseguiu, tem conseguido, e isso implica também no avanço político, no sentido da garantia do direito, no sentido de ter algumas prerrogativas preservadas com relação ao direito do usuário; então, eu vejo que de uma maneira geral a gente tem avanços e avanços muito significativos se a gente compara o que era transtorno mental há vinte, trinta anos, nesse país, tem coisas muito importantes que eu identifico (F, 12/4/2006).

Acho que a própria existência de CAPS, os hospitais dia, de ambulatórios de saúde mental, próximos as casas de onde o paciente mora, o Programa de Volta pra Casa, a possibilidade de uma residência terapêutica, são todas medidas atuais e dispositivos atuais que possibilitam essa nova forma de encarar o que alguém portador de transtorno mental pode ocupar, o que eles podem ocupar; então, eles podem ocupar os espaços, eles podem começar a fazer parte daquela comunidade (J, 22/3/2006).

A fala a seguir expressa como foi, historicamente, se alterando a forma de assistência ao portador de transtorno mental e de atenção em saúde mental na política de saúde do município.

Eu acho que a questão de criar um espaço que é aberto já é uma conquista; eu acho que hoje a gente tem essas possibilidades de CAPS, no posto de saúde mesmo; [...] quando eu comecei a trabalhar na prefeitura, há 20 anos atrás, assim, era uma equipe de um psiquiatra com mais um monte de estagiários de psicologia que saía em uma Kombi velha pra fazer alguma coisa, quando pintava um problema lá com um paciente do Campeche por exemplo [...]; não tinha nada na prefeitura há 20 anos atrás de saúde mental, então, hoje já tem, está se criando uma rede, tem profissionais nos postos, tem psicólogos, se pensa em fazer treinamento de agente de saúde, treinamento de clínico geral, já se fez algumas coisas; eu acho que isso, imagino que alguém que fica confinado dentro de um espaço, ele ter a possibilidade de circular, mesmo o pessoal do HCTP, eu acho que pra eles, assim, tem uns que não querem muito mais que isso na vida, pelo menos eles não estão tendo que trabalhar duramente como trabalhavam quando eram crianças, vem aqui, circulam, comem uma comida, anda aqui, vê televisão, bom! talvez essa seja a vida que eles querem, talvez seja...., já sai lá daquela estrutura fechada (P, 17/3/2006).

Na seqüência, a entrevistada relaciona algumas formas de exercício da cidadania que o usuário pode acessar com o tratamento no CAPS.

É, se for pensar que muitos usuários eles tiveram uma história, antes do surto, de uma vida organizada socialmente, trabalhando, talvez seria a reconstrução da cidadania, mas a medida que vem todo o isolamento propiciado pelo hospital psiquiátrico, todo o estigma do transtorno mental que a própria comunidade coloca, realmente de fato foi perdida; quando ele chega no CAPS e se propõe a se beneficiar desse espaço, assim, de fato se vincula ao projeto terapêutico dele, acho que ele consegue reconstruir elementos pra essa cidadania, num primeiro momento autonomia, acho que o cartão do vale transporte, o exemplo que eu posso dar, o cartão do vale transporte que é oferecido no período que ele tem tratamento aqui é o mesmo cartão do cidadão que vai comprar lá no SETUF, então, aquele usuário que é estigmatizado, eu já presenciei essa cena, um usuário de uma comunidade de periferia que era o louco do bairro, ele entrou dentro do ônibus com o mesmo cartão que qualquer outra pessoa, passou o seu cartão, veio pro CAPS, depois foi embora pra sua casa, então, isso já é um elemento, muito pequeno, mas é um primeiro elemento talvez, que começa aí, de ele se reconhecer enquanto sujeito, enquanto cidadão, e depois aqui também, a possibilidade de participação, no momento que ele consegue produzir algo numa Oficina, no momento quando ele consegue, na clínica, se dar conta dos seus conflitos e ter mais qualidade de vida nas relações [...] (VIK, 24/3/2006).

Uma das entrevistadas fez destaque às formas de atuação que, na sua opinião, representam conquistas significativas e correspondem a práticas que favorecem o exercício da cidadania do portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Avanços, pra começar, acho que o grande avanço foi a Reforma Psiquiátrica, a construção do CAPS, dos CAPS, as portarias que fazem com que os hospitais psiquiátricos sejam substituídos por vários CAPS, esse foi o grande avanço em primeiro lugar, porque é o momento de tirada das pessoas desses castelos, dessas muralhas, não só porque ficaram ali presas, mas de todo aquele sofrimento mesmo, de miséria, enfim, como os últimos dos últimos, então, eu acho que esse é o primeiro ponto, é que os sofredores de transtorno psíquicos e mentais não ficassem segregados, mas poder estarem sendo mostrados e expostos - uma parte da sociedade, são pessoas que podem transitar, que estão aí, não necessariamente precisam ser escondidos como uma vergonha; junto aos CAPS, isso não caminha sozinho, tem a construção as redes de atenção básica também; [...] mas quando fala em cidadania acho que tem três eixos: um é a construção do CAPS, de serviços como o CAPS, outro são as residências terapêuticas e o outro a economia solidária; hoje eu vejo como isso, assim, esses três projetos, que foram feitos com luta, porque a primeira luta foi dos hospitais, então, tem as portarias que substituiu os hospitais por CAPS, progressivamente, tem toda a luta do movimento antimanicomial, tem as leis que protegem, tem esses três eixos; residência terapêutica é um lugar de resgate à cidadania porque a pessoa vai poder estar numa casa, vai poder comprar um bombril pra limpar a panela, vai poder comprar tomate e batata, vai começar a transitar no meio de outras pessoas, com a vizinhança, a se autogerir, poder fazer escolhas para sua casa, onde ele quer botar um quadro, onde ele quer botar o guarda-roupa, sua roupa, com outros colegas, mas enfim...; tem também a economia solidária que é o momento de autogestão, de fazer escolhas também, de decidir sobre sua vida, em uma certa instância, porque em última instância, em última análise ninguém daqui decide sobre a sua vida, nem eu, nem tu, a gente já nasce num sistema que te absorve e a gente é o que em última análise o capitalismo quer que a gente seja mesmo, nossa roupinha, nossa comida, nosso padrão de beleza, tudo a gente faz como é vendido; eu acho que essas iniciativas, porque a economia solidária não é só cooperativa, não é só associação, não é somente, é uma outra forma de produzir trabalho e discutir sobre esse lucro, que antes estava na mão de algumas pessoas, então, é dividir, eu também decido sobre o que é o meu trabalho, eu não me alieno dele, mas eu sei onde é que vai o meu trabalho (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Fleury (2004, p. 4), os grupos excluídos estão, em geral, impossibilitados de participar das relações econômicas predominantes no mercado, como produtores e/ou consumidores, e das relações políticas vigentes, os direitos de cidadania. Segundo a autora, esta situação é agravada pela transformação das políticas públicas de proteção social, afastando-se de um modelo de seguridade social, que buscava assegurar coletivamente o mínimo vital para todos os cidadãos, em direção à individualização da pobreza e da exclusão.

Conforme aponta Pitta (2001), o homem moderno, acriticamente, persegue formas de inclusão social pelo trabalho, desconsiderando o fato do trabalho não ser nem

tão disponível nem tão flexível para suportar as diferentes demandas individuais e coletivas que a sociedade moderna impõe. Não obstante, a tradição asilar e assistencialista das instituições psiquiátricas, historicamente, caracterizou-se pela função de excluir os marginalizados, produtos das disfunções do modo de produção capitalista e da divisão social do trabalho. Em geral, a população internada, e muitos dos egressos de hospitais psiquiátricos atendidos nos CAPS, está cronificada, com poucas chances de retorno ao mundo do trabalho capitalista.

A fala relacionada a seguir traz a compressão e reflexão, do profissional entrevistado, com relação ao conceito de cidadania e as implicações práticas deste quando se tem como parâmetro uma concepção e um modelo de cidadania pautado na lógica da racionalidade.

Eu tenho visto que está se percebendo uma maior clareza da necessidade dessa cidadania do portador de transtorno mental, porém ainda falta um pouco mais de discussão em nome de que direitos o portador de transtorno mental tem pra fazer cidadania, porque é assim, a cidadania dentro desse modelo francês - igualdade, fraternidade, liberdade, ela exige muito a questão da razão, pra você exercer cidadania você tem que falar em nome da razão, e muitas vezes o usuário, quando está em crise acaba não falando numa razão, acaba falando uma desrazão, e aí como fazer? como dar conta disso? ainda não temos resposta, em nome de que cidadania é reinventada uma cidadania para os loucos, mas tudo bem, isso é pra gente pensar; então, o avanço que tem em relação a construção da cidadania é quanto mais ter associação de usuários em que se discuta cidadania, mais vai ter cidadania, que eu não acredito que os CAPS tenham trabalhado muito nessa lógica, porque acaba não discutindo a questão da cidadania, que cidadania é essa, o que se entende por cidadania, o que é o ser cidadão [...](GIRASSOL, 20/3/2006).

A cidadania integra as exigências de justiça e exercício democrático do poder; o sentimento de pertencer a uma comunidade e de estar integrado a uma dada coletividade social, em determinado espaço territorial (FLEURY, 2004). A idéia de direitos do cidadão – civis, políticos e sociais – remete a construção dos Estados nações, em que o princípio das nacionalidades precede o ideal filosófico cidadania universal. A cidadania, definida pelos princípios da democracia, constitui-se na criação de espaços sociais de luta (movimentos sociais) e na criação de instituições permanentes para a expressão política; significa, necessariamente, conquista e consolidação social e política (VIEIRA, 2002, p. 40). Ainda, a cidadania passiva, outorgada pelo Estado, se diferencia da cidadania ativa, na qual o cidadão, portador de direitos e deveres, é essencialmente criador de direitos para abrir novos espaços de participação política.

Diversos são os obstáculos para o exercício da cidadania do portador de transtorno mental entre estes a vinculação dos direitos a racionalidade instrumental-cognitiva da ciência; a vinculação da sua prática a inclusão controlada no mundo do trabalho, modelo este que, no caso brasileiro, é denominado por Santos (1979) de cidadania regulada. Vasconcelos (2000b, p. 191) indica que, para aqueles que assumiram a proposta da desinstitucionalização e reinvenção da cidadania no campo da saúde mental, há de considerar que estamos diante de um terreno de relações de forças complexo e paradoxal, em que a manutenção do caráter democrático nas relações exige abandonar esquemas conceituais lineares, onipotentes, que queiram garantir de antemão a sua eficácia.

Fleury (2004, p. 12), observa que “a mediação entre os indivíduos e o Estado, através da igualização realizada na cidadania só é efetiva, na medida em que a sociedade civil seja capaz de realizar as funções de agregação dos interesses, reconhecimento dos sujeitos e sua inserção na esfera pública. Só assim a cidadania deixa de ser um invólucro legal e passa a ser um exercício na vida social”. Portanto, uma visão mais ativa de cidadania requer um sentido de sociedade civil como uma esfera pública onde os cidadãos se encontram em reconhecimento mútuo, e isto faz possível a sociedade plural.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referiram que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental substitutivos ao modelo tradicional/asilar. As falas a seguir identificam estas dificuldades fazendo uma análise da questão na realidade da sociedade capitalista atual.

Tem o mito de louco, do louco perigoso, do louco imprevisível, é algo que pesa muito [...], que é a lógica do mercado; pra nós, basicamente, estar inserido na sociedade é estar trabalhando, a gente se pauta muito por isso, pra poder se considerar inserido, vinculado no mundo você tem que estar no mercado de trabalho e, muitas vezes, essa lógica enlouqueceu muita gente, e as pessoas não conseguem, principalmente os usuários dos serviços de saúde mental, os psicóticos em particular, tem muita dificuldade em entrar nessa lógica, e se submeter a ela, coisa que pra qualquer um tem um custo muito alto em termos de saúde, eu digo quem está inserido mesmo no mercado de trabalho, em termos de saúde, de relação com a sua família, com as pessoas que gosta, com os amigos etc., isso tem...; viver para o trabalho é algo que pra nós é insalubre de uma certa maneira, a gente não faz outra coisa a não ser trabalhar; então, pra essas pessoas que estão fora do mercado de trabalho

é muito complicado poder voltar, o que sobra é uma rede de assistência que na nossa realidade é sempre capenga, sempre parcial, tem dificuldade em aceitar o louco por conta desses mitos, e, também, da própria resistência do usuário, da pessoa com esse tipo de dificuldade de entrar nessa lógica, no que ele de uma certa maneira faz muito bem, algo que cria outros problemas pra ele (F, 12/4/2006).

São tantas, é assim, primeiro lugar, eu vejo assim, com todo o preconceito que tem da loucura, tem uma coisa no nosso sistema capitalista que é a questão da produção, produção de capital, produção de bens, e inserção no comércio, no mercado de trabalho, então, o portador de transtorno, sofrimento mental, ele a princípio, quando ele está nesse estado, ele não é produtivo, produtivo pra esse sistema capitalista, ele não trabalha, ele não consome muito, porque ele não vai ter dinheiro, portanto, isso de maneira geral, a gente sabe que as pessoas de posse, que a loucura, o sofrimento psíquico ele atravessa qualquer classe, mas 90% tem isso; então, a princípio existe a exclusão, já existe esse preconceito também, mas muito mais que isso, que a sociedade de fato ela é dividida entre os que produzem, os que fazem a engrenagem funcionar e os que estão a margem, então, o usuário é mais um que está a margem, assim como o menino de rua, os rapazes do morro, então, ele é mais um, também, que causa incomodo, e ele no Estado, das políticas públicas do Estado ele seria como só o gasto, não seria mais uma produção; além de ser uma sociedade racionalista que tem toda a sua formação no discurso, no discurso reto, no discurso racional, na fala, a fala racional, na linguagem articulada como o único meio privilegiado de comunicação, e o usuário, muitas vezes, não tem esse instrumento, por conta da sua fragmentação, da sua história, da sua medicação, da própria coisa do delírio, muitas vezes ele não tem o tempo todo essa fala coerente, esse discurso, dessa forma já faz com que ele não seja inserido, uma vez que ele é a minoria digamos assim (LÉLI, 4/4/2006).

Hoje, a gente fala muito em rede de atenção psicossocial; eu percebo que é uma rede que ela tem que estar instituída, que são locais de proteção para o portador de transtorno mental, são as certezas, são os caminhos certos que os usuários teriam, a rede; o problema a começar é que nós não temos essa rede instituída, entendo por rede: emergência psiquiátrica ou emergência em atenção psicossocial em hospital geral, CAPS III, CAPS II, CAPS criança e adolescente, CAPS álcool e droga, associação de usuários, escritório jurídico para amparar o direito do portador de transtorno mental, atenção primária em saúde mental, equipes volantes, centros de convivência, enfim, tudo o que preconiza a rede em atenção psicossocial, esse seria o primeiro passo; então, essa dificuldade, não temos a rede em atenção psicossocial, esse é um passo; segundo, o próprio imaginário social das pessoas em relação a loucura e ao louco, isso é uma outra dificuldade, que daí entra em cena o estigma e o preconceito, onde o portador de transtorno mental passa a não ter crédito na comunidade, e isso ainda é uma dificuldade; e, claro, depois tem toda a questão do trabalho, as cooperativas de trabalho, que ainda não se discute muito em Santa Catarina, não conheço nenhuma cooperativa social de trabalho para portadores de transtorno mental, que é uma forma de gerar trabalho diferente dessa preconizada pelo modo de produção capitalista, que você tem que produzir pra receber, isso é uma outra dificuldade, a dificuldade em cima da questão do trabalho, do emprego, que muitos acabam tendo seu reconhecimento, sua valorização em cima

do dinheiro que tem no bolso, o poder contratual que a pessoa possa ter, as vezes, na sociedade, é o quanto ela tem no bolso, e a maioria dos usuários não possui isso, e é aonde muitos acabam querendo se aposentar para poder ter o seu dinheiro, que não tem outra alternativa ou clareza do que fazer pra ter dinheiro, então, esse é um problema enorme na questão da reinserção social (GIRASSOL, 20/3/2006).

Os participantes da pesquisa apontaram que uma das possibilidades para a (re)inserção familiar e social pode ser a separação das oficinas produtivas da área física do CAPS. Esta proposta e os projetos de geração de renda via economia solidária foram apontadas por alguns dos entrevistados como uma das alternativas para a realização de uma maior integração do serviço com a comunidade, bem como a melhor adequação do próprio espaço físico do CAPS.

[...] a questão do projeto de geração de renda, que eu acho que de fato está faltando, inclusive a gente já está também se mobilizando pra tentar criar um projeto nesse sentido, porque os usuários aqui, nas oficinas terapêuticas produtivas, eles conseguem ter acesso ao material específico de cada oficina produtiva, também, a técnica de produzir o artesanato, mas não tem mercado; eles conseguem vender as peças, conseguem resgatar uma grana, mas não é suficiente pra poder manter ele, manter as condições de sobrevivência; então, precisa implantar essa geração de renda, de fato acho que vai dar um gás pra essa (re)inserção dos usuários que estão sendo tratados do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Já para uma das profissionais entrevistada as dificuldades na (re)inserção social estão mais relacionadas a questões de singularidades dos portadores de transtorno mental.

Eu acredito que volta de novo pro estigma, vai voltar pra própria incapacidade, pra própria dificuldade do usuário, do paciente; muitas vezes eles poderiam fazer algo muito mais do que fazem, e aí tem o medo, o medo deles, o medo de eles terem de enfrentar a própria doença, de eles terem que enfrentar os outros, e a hora que eles conseguem fazer esse movimento aí vem o medo do outro, aí é mais fácil ficar parado, aí volta pro comodismo, mas de alguma forma se a gente consegue..., aí não precisa de grandes movimentos, eu imagino que pequenos movimentos dentro da comunidade, que seja, alguém ir conversar com o diretor da escola, ir conversar, aí a diretora consegue conversar na sala, vamos supor que tem alguns pacientes, mais jovens, que pelo surto psicótico deixaram de ir e aí não retomam, não retomam porque tem medo, porque as vezes vão rir dele porque ele é louco; então, pequenas intervenções, elas tornam possível mudar um pouco essa inserção, essa reinserção, mas a gente esbarra de novo na falta de técnicos pra fazer isso e também acho que até por uma falta de equipe, aí volta pra equipe, entende, não tem uma equipe que pense isso em conjunto, que age em conjunto e aí como fica muito personalizado, individualizado os atendimentos, cada um vai pra..., eu vou pro meu consultório, outro vai pra oficina e aí não tem a equipe (J, 22/3/2006).

Outra entrevistada referiu-se ao estigma e preconceito existente por falta de conhecimento e divulgação, exposição, seja nas universidades ou por parte dos próprios serviços de atenção, sobre saúde mental.

Bom, eu acho que entre elas a questão do estigma, do preconceito, e não é um preconceito.... a gente sabe que tem riscos em algumas situações, a gente também as vezes tem medo de algum paciente, te dizem ah fulano matou três pessoas..., não é um preconceito que nasce do nada, muitas vezes é um preconceito que de alguma forma é compreensível, mas você não pode ah então ta...; eu acho que não existe muito, você não vê muito nos meios de comunicação uma campanha em torno da desestigmatização, você vê de outras coisas, com relação a aleitamento materno, outras questões da política de saúde; com relação a saúde mental eu acho que se fala pouco na sociedade, se discute pouco; por exemplo, na universidade, até não sei se lá na saúde pública o pessoal da saúde mental tem feito mais coisa, até os alunos que vem fazer residência aqui, a primeira reação deles é: a gente está aqui e tem medo, nem eles foram preparados pra isso, então, você começa a avaliar que tem uma falta..., não se fala muito no assunto, acho que assim, não se fala no assunto na sociedade; assim como se faz grupos de mulheres lá nos postos de saúde pra tratar de questões de sexualidade, muitas vezes faz sala de espera pra tarar de questões..., não se faz uma sala de espera pra falar de saúde mental; então, eu acho que talvez assim, a gente pensar, bom! nós estamos nisso (na saúde mental) e nós nunca fomos fazer uma sala de espera no posto de saúde da Agrônômica pra falar de saúde mental, pra falar do CAPS, quem sabe a gente também precisasse fazer algumas coisas assim, começar uma divulgação maior; acho que pouca gente de fora do serviço, fora das pessoas que trabalham na saúde mental sabem da política do Ministério pra saúde mental, que existe uma política de criação residências terapêuticas; eu li relatos de pessoas no Rio (RJ) que tiveram muita dificuldade de alugar pra se fazer uma residência terapêutica, num prédio então, quando ficaram sabendo que eram pessoas que vinham de hospital psiquiátrico ninguém quis; então é muito difícil, e ao mesmo tempo tem experiências positivas, tem pessoas que estão na residência e diz que a vizinhança viu que eles não são bichos, que eles podem interagir, podem estabelecer laços de vizinhança, então, tem algumas experiências boas e algumas experiências que são difíceis (P, 17/3/2006).

No contexto do estudo foi perguntado aos profissionais entrevistados se a atual organização dos serviços de saúde mental favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais. Conforme pode ser observado nas falas relacionadas, as opiniões foram divergentes. Dois deles observaram sobre a necessidade da existência de diversas instituições e serviços articulados e integrados à proposta da rede de saúde mental para que seja possível favorecer a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental

Embora a estrutura se localize no município, pelo menos eu estou pensando em termos de utilização da rede; então, a gente tem no Brasil inteiro muita diversidade, tem cidades onde a rede está montada, foi instituída e funciona legal, não é o caso de Florianópolis, a gente tem dá pra dizer poucos serviços, são só três CAPS que deveriam estar regionalizados ou territorializados, mas não estão, e tem algumas equipes de saúde mental nas Regionais, nas sedes das regionais, então, eu vejo assim, tem uma rede a ser constituída, ela precisa criar os mecanismos pra que a pessoa possa usar isso como rede, isso em termos de atenção à saúde, quando eu falo em rede eu também não estou pensando só em serviço de saúde, estou pensando que há uma possibilidade de a gente ter uma rede que inclua outros serviços, que não sejam só os de saúde, só os especializados, que eu acho que é a nossa necessidade, você incluir outras instituições, outros programas, enfim, que tenham vinculação com a cultura, com o trabalho, com a arte, produção do conhecimento, com as universidades por exemplo, as universidades são um campo excelente, seriam um campo excelente pra gente poder trocar um monte de coisas, pelos programas de extensão que eles tem, pelos projetos comunitários etc., a gente podia estar fazendo parceria com as universidades, mas não conseguimos, não sai, não rola; [...] a saúde mental eu acho que é o melhor exemplo desse distanciamento porque é difícil encontrar uma universidade onde a Reforma Psiquiátrica esteja incluída, ou mesmo os temas da reabilitação psicossocial estejam incluídos nos currículos dos cursos de saúde, é raríssimo (F, 12/4/2006).

Então, essa rede montada de forma territorializada, principalmente, eu acho que esse aspecto da territorialização é fundamental, é chave pra conseguir a reinserção social, não só por facilitar o acesso do usuário, mas pelo fato de o serviço estar ali no seu território, isso é fundamental, além disso, o projeto de geração de renda, as vagas, os leitos psiquiátricos no hospital geral, é todo esse contexto que precisa ser implantado para de fato poder facilitar o trabalho de cada instituição dessas, seja do CAPS, seja do projeto de geração de renda, ou do próprio hospital geral, como um todo, assim, essa engrenagem funcionando bem aí sim vai ser mais rápida a reinserção social do usuário portador de transtorno mental (VIK, 24/3/2006).

A partir das colocações dos participantes da pesquisa, destaca-se a importância da rede de serviços na construção da cidadania das pessoas atendidas pelas políticas de ativação, as quais, segundo Fleury (2004), tem como objetivo a inclusão social de conjuntos populacionais definidos a partir da territorialidade. Tal proposta pretende tratar o território como um componente, tanto material como simbólico, da esfera pública. Neste sentido, a construção da cidadania passa, necessariamente, pela reconstrução das cidades e potencialização da rede de serviços na valorização das características objetivas e subjetivas da demanda local.

Na seqüência, um dos entrevistados enfatiza que a forma como são pensados e estão organizados os serviços de atenção não favorece a construção da cidadania dos usuários.

Não, não favorece, porque, primeiro, os serviços de saúde mental estão sendo construídos pra quê? Não tem muito claro ainda pra quê que se tem atenção básica em saúde mental hoje, pra quê se constrói centro de convivência, pra quê tem o CAPS? acho que o objetivo do serviço parece não estar muito claro, talvez eu esteja enganado; veja bem, a atenção básica é mais no sentido pra estar discutindo os seus conflitos, minimizando os “sintomas psiquiátricos”, e aí acaba não tendo um trabalho de reflexão sobre o contexto que a pessoa está inserida; [...] a questão da cidadania tem a haver..., quanto mais articulada for a pessoa, quanto mais ela se envolver com as lutas sociais, mais cidadania ela vai exercer, quanto mais clareza, mas crítica, mais conhecimento ela vai ter, ela vai desenvolver cidadania; então, a forma hoje como os serviços estão organizados, ela acaba não favorecendo essa questão da construção da cidadania porque ainda vem de uma lógica de modelo centrado no transtorno mental (GIRASSOL, 20/3/2006).

Uma outra profissional considerou ser difícil avaliar a questão pelo fato de a rede de serviços não estar implantada por completo, e por não ter avaliações sistemáticas dos resultados.

Olha, eu não sei se a gente já tem condições de fazer uma avaliação, a rede está meio que andando [...] assim, qualquer coisa que eu vá dizer é, assim, referente uma experiência ou outra, não sei se a gente tem condições de fazer uma avaliação enquanto rede; por exemplo, eu vi muitas experiência positivas em cidades como Campinas (SP) que eles já tem há mais tempo, por exemplo, residências terapêuticas, tem desde o começo dos anos 1990, tem muitas experiências boas de pessoas que conseguem transitar na vida, tem gente que está trabalhando; [...] eu acho que a gente precisa além de ter a política, de ter a carta de intenções, a gente precisa ter avaliações também, eu acho que uma questão dessa eu sinto que precisa ter uma forma mais sistemática de avaliar, qualquer coisa é uma coisa mais ou menos um olhar particular pra aqui pra ali, acho que no todo a gente não tem (avaliação sistemática), pelo menos eu não conheço ainda, pode ser que estão fazendo e eu não saiba ainda (P, 17/3/2006).

Já para duas das entrevistadas, a atual organização da rede de serviços na política de saúde mental favorece sim a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental.

Sim, eu acredito que sim, na teoria ela é muito importante e acho que trabalhando em todas as instâncias, se a gente for pensar naqueles mapinhas, os ambulatórios, os CAPS, hospitais dia, a escola, e os centros comunitários, os postos de saúde, todos capacitados; eu acredito que sim, a rede ela é bem estruturada e ela possibilita aos portadores de doença

mental, enfim, terem uma reinserção melhor e maior na sociedade, e também de entendimento do que ele tem, do que ele pode fazer, quais são os recursos que ele tem também pra lidar, dentro dessa rede (J, 22/3/2006).

Acho que sim, favorece, se tu me perguntasse se ela resolve, eu diria que não claro, ou até que ponto ela resolve, mas favorece sim, eu acho que tem um favorecimento relacionado a forma que as pessoas eram tratadas, acho que favorece muito mais (LÉLI, 4/4/2006).

É possível perceber nas falas relacionadas acima a preocupação com a efetiva implantação da rede de serviços em saúde. As redes, conforme proposto na política de saúde mental, possuem muitos centros, muitos nós que as compõem e as tornam complexas e resistentes. Estão embasadas na noção de território, como um sistema de relações e estruturas, muito mais que um simples espaço geográfico. O fundamental neste processo é que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento.

Neste sentido, torna-se de fundamental importância refletir sobre o exercício da cidadania no contexto das políticas públicas, cada vez mais segmentadas e focalizadas. Para Fleury (2004, p. 2), “as políticas atuais de inserção buscam reafirmar a natureza contratual do elo social em novas bases, com a revalorização do local e comunitário e a transformação do Estado em um animador e mobilizador de recursos societários. Reduzido a mantenedor da estabilidade de uma ordem econômica que produz a fragmentação e a exclusão social, o Estado, busca atuar de maneira compensatória e focalizada, atendendo aos grupos mais vulneráveis e/ou potencialmente ameaçadores da ordem social, por meio da convocatória da solidariedade lançada aos diferentes setores inseridos na ordem econômica. No entanto, a incapacidade de alterar as condições estruturais de produção da exclusão mostra os limites das políticas de ativação, cuja promessa de inserção social carece de expectativas de emancipação dos sujeitos e coletividades beneficiários”.

3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica

Os CAPS compõem o rol de serviços do modelo psicossocial de atenção em saúde mental proposto na e pela Reforma Psiquiátrica. Perguntamos aos entrevistados qual seria o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica e obtivemos como

resposta que este teria a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos ideais da própria Reforma.

Eu acho que a função imediata ela é servir como um ponto de articulação, porque a gente consegue criar um ambiente que é relativamente protegido e que dá ao usuário as condições de ele poder participar de outros circuitos; fundamentalmente é essa a função, de articulação; eu lembro de uma discussão que a gente fazia, em Brasília, uma vez, sobre essa importância excessiva que os CAPS acabaram adquirindo, como quase que o central do sistema hoje é o CAPS, mas ao mesmo tempo a necessidade de se ter um espaço como esse, principalmente, pra quem está vindo de uma internação prolongada ou pra quem sempre passou a vida dentro de um hospital psiquiátrico, se tem que ter um pólo, uma instância articuladora pra poder fazer a passagem, porque o cara não vai sair do hospital e retomar sua vida imediatamente, não vai, ele tem uma série de dificuldades que ele não consegue vencer, e o CAPS, nesse sentido, a função seria essa, de poder..., tem uma expressão que eu acho interessante que é: emprestar poder de contratualidade, ou seja, poder dá um certo aval de que esse sujeito pode participar novamente ou pode participar pela primeira vez dos circuitos sociais, pode fazer laços com outras pessoas, com outras entidade, outras instituições, esse é o aval que eu acho que um CAPS pode fornecer e essa é sua principal função (F, 12/4/2006).

É pensar o CAPS como um espaço em que o paciente vai estar usando e tendo apoio para os momentos de crise, e fora os momentos de crise, também, que não seja hospital, e aí, dentro da Reforma eu acho que o CAPS ele é fundamental, assim como os hospitais dia, é que aqui em Florianópolis a gente não tem hospital dia, mas eu acho que os moldes do CAPS (eles estão) é muito próximos, as vezes até é difícil dizer o que é um o que é outro; esse momento de transição do hospital para a sociedade, nesse momento o CAPS é algo muito importante, ele dá, é capaz de conter, dar uma continência pra o usuário, isso a gente percebe mesmo quando não tem nada, o paciente já está muito bem, eles voltam quando estão em crise, sem ter nada marcado, e só de estar aqui pra muitos já é confortante, então, a gente percebe que essa continência, esse acolhimento, e saber que ninguém vai vir aqui e amarrar e conter, porque acho que esse é o medo, de todo mundo, acho que isso já possibilita a procura, eu estou mal vou lá, vou buscar a ajuda do CAPS (J, 22/3/2006).

Eu diria que o CAPS seria o pensador da estruturação da rede de saúde mental, que via de regra o CAPS acaba sendo pra municípios de médio porte o primeiro serviço a ser instituído no território, no município, aí o CAPS acaba assumindo essa responsabilidade, a portaria fala bem disso, a 336, do que compete ao CAPS, e tem vários itens lá, entre eles organizar a rede de saúde mental no município, porém, acaba sobrecarregando os profissionais de saúde mental que atuam nesse CAPS; então, a importância do CAPS na operacionalização da Reforma, ele é importante enquanto um dispositivo crítico, ou seja, se o CAPS não ter a clareza do que seja a Reforma Psiquiátrica ele não vai

operacionalizar, ele só vai operacionalizar a Reforma Psiquiátrica quando ele entender que Reforma Psiquiátrica é o processo social complexo que se configura pelas quatro dimensões, enquanto ele não repensar, refletir a sua prática, o que ele está fazendo, o que não está fazendo, ter mais autocrítica, ele não vai conseguir operacionalizar a Reforma Psiquiátrica; ele tem importância porque tem vários atores, vários profissionais, é um time de pessoas, muito rico, envolvidas que estão no CAPS; agora, enquanto não ter claro o que é Reforma Psiquiátrica, esse processo, não vai conseguir fazer nada; ele é importante, mas se não tiver clareza de Reforma... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Na medida que o CAPS é a primeira, digamos, unidade, primeiro serviço que se propõem a substituir o hospital psiquiátrico já existe nisso por si só a sua importância; é substituição e não que a pessoa não possa ser internada, mas a idéia é que seja nos hospitais gerais, em algum leito nos hospitais gerais, então, bom, o CAPS é o primeiro ponto, é o primeiro lugar onde a pessoa vai passar o dia, onde vai ser tratado de outra forma o seu sofrimento, então, a importância dele está nisso, na importância política e clínica também (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que o CAPS, fundamentalmente, ele faz a clínica; se tem essa rede montada o CAPS faz a clínica, ele faz o atendimento psicossocial do usuário portador de transtorno mental, ele atende as questões mais subjetivas, e de fato toda esse mix de previdência social, a medicação, o atendimento psicológico, atendimento de enfermagem, mas se existe essa rede montada e aí vamos ter um projeto de geração de renda, aí ele vai fazer geração de renda, todas as Oficinas vão acontecer ali e não dentro do CAPS, o CAPS deveria estar na comunidade ele deveria estar territorializado (VIK, 24/3/2006).

Acho que todo mundo gostaria que ele pudesse ser um eixo desencadeador de todos esses ideais da Reforma Psiquiátrica, que a partir disso se experimentasse uma nova relação, que o paciente pudesse estar se soltando mais pra vida, pra construir seus projetos, seus ideais; acho que é muito importante poder retirar pessoas que estão enclausuradas há anos, criar esses mecanismos como residências, etc. pra pessoas que não vão resgatar os vínculos familiares, tem que procurar outras alternativas; acho que o CAPS ainda é uma instituição que é fundamental nessa política, ainda acho que ela pode fazer um papel importante; no dia-a-dia é um pouco mais difícil porque as vezes a gente não tem tantos mecanismos de avaliações, muitas coisas que também a gente vai capengando; quando você vê algumas experiências de pessoas que estão conseguindo dar conta da sua vida, saem, aí você vê que, bom! tem algumas coisas boas que estão acontecendo, o CAPS também está contribuindo; então, no meio dos prós e dos contras eu acho que os prós ainda são maiores, eu acho que é muito mais humano, muito mais um fator de justiça social você ter um espaço assim do que você ter uma pessoa enclausurada no hospital (P, 17/3/2006).

Neste sentido, conforme inscrito na Política Nacional de Saúde Mental, os CAPS devem assumir seu papel estratégico na articulação e no “tecimento” das redes de atenção em saúde mental. Tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da

rede de serviços, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, ONGs, empresas etc. (BRASIL, 2004, p. 12)

3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde

A proposta do progressivo deslocamento dos centros de cuidados em saúde mental para fora do hospital psiquiátrico, em direção à comunidade, colocada na e pela Reforma psiquiátrica tem nos CAPS o dispositivo estratégico desse movimento. Neste sentido, a rede básica de saúde torna-se o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os portadores de transtorno mental.

Essa rede é formada pelos centros ou unidades locais e/ou regionais de saúde, Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, que atuam na comunidade de sua área de abrangência. Os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, pois tem um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Por sua proximidade com as famílias e comunidades, as equipes de atenção básica são um recurso fundamental para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso de substâncias psicoativas e diversas formas de sofrimento psíquico. Neste sentido, é importante e necessária a integração e articulação dos CAPS com a atenção básica. Assumir esse compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção da saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo (BRASIL, 2004).

As atuais diretrizes da política de saúde mental do Ministério da Saúde orientam que, onde houver cobertura do PSF, deverá haver uma equipe de apoio matricial em saúde mental para no mínimo seis e no máximo nove equipes de PSF. E, que as ações de saúde mental na atenção básica devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2004).

No que se refere à relação existente entre o CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município e qual o tipo de relação existente, os dados coletados na

pesquisa indicam que: a maioria (91,7%) respondeu que sim, com ressalva de que é muito pouco, funciona de maneira precária e confusa, e que está num processo preliminar ainda. O profissional que respondeu não, observou que a rede está em processo de formação. Os profissionais cujas respostas foram positivas identificaram que a relação é de encaminhamentos, atendimentos em conjunto com as equipes de saúde mental das Regionais de Saúde, ajuda em atendimentos nas unidades locais de saúde, com os agentes comunitários de saúde, de referência, de acompanhamento, visitas domiciliares, encontro mensal dos trabalhadores de saúde mental da rede e encontro mensal dos psiquiatras da rede.

Sobre a relação do CAPS com as equipes de PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência alguns entrevistados observaram que a relação é pouca ou mínima, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda²³. Foram apontadas como justificativas o fato de o CAPS Ponta do Coral não estar territorializado, deste ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta do município, e a ausência de um planejamento e de estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente.

O CAPS como ele é único, então, ele é de toda a região; então, eu poderia até estar te respondendo que a gente tem um Posto aqui de cima do CAPS, que é o Posto da Agrônômica, ali tem o Programa de Saúde da Família implantado, com a presença dos residentes do Programa Saúde da Família e o contato que eu tenho, ele é meu, não existe nenhum outro programa ou vamos dizer convênio do CAPS com a Agrônômica, é meu aqui, assim como talvez seja da psicóloga em outro momento quando há essa partilha de paciente quando faz parte dos dois, então, eu só sei do que eu tenho, mas é muito pouco, eu tenho contato com alguns residentes que atendem alguns pacientes daqui, e eles precisam de algumas dicas ou, enfim, de se interar do que acontece, e eu também preciso saber como é que anda o acompanhamento deles lá, e aí entra em contato, as vezes vem aqui ou eu vou lá, mas são essas formas isoladas e depende daquele momento e da necessidade daquele usuário, não é algo que seja programado, que seja antecipado, institucionalizado, no sentido de firmar essas relações de uma forma.., não há; e, assim, o contato é com os residentes, não tem o contato com quem realmente vai ficar, porque os residentes passam depois de dois anos, eu também não tenho contato de quem é o médico, quem é o enfermeiro do Programa Saúde da Família, quem é o agente comunitário que vai na casa desses usuários, isso não tem, acho isso muito ruim, é muito falho, embora, volta pra aquela questão da equipe, que as coisas não são compartilhadas, você nunca sabe direito, é muito fragmentado, o que já foi feito, o que não está sendo feito; também não é delegado a função à ninguém de fazer, não há um planejamento pra isso (J, 22/3/2006).

²³ Em estudo sobre o CAPS de Palhoça/SC, Franco (2005) encontrou situação semelhante na relação do CAPS com o PSF e demais serviços de atenção básica municipais.

É mínima, é mínimo o contato, assim, as vezes, quando a gente necessita a gente vai atrás, tenta achar alguém que se interessa, que tenha alguma afinidade com a saúde mental, as vezes um agente de saúde que consegue se aproximar mais daquele usuário que mora lá e que resolve dá uma força, mas é assim, depende de uma série de coisas, da disponibilidade pessoal, da sorte de encontrar alguém etc., quer dizer é falta mesmo da articulação em rede, porque se a gente tivesse essa articulação o PSF automaticamente já seria acionado, e a gente não tem isso; claro, quando a gente precisa a gente até encontra uma boa resposta das equipes do PSF, mas pode não encontrar, tem um risco[...] não, isso não existe (articulação institucional CAPS – PSF), isso tem que ser construído, tem que ser proposto (F, 12/4/2006).

A relação que o CAPS tem é principalmente pra acompanhamento, a relação é essa, relação de acompanhamento, as vezes precisa realizar alguma busca ativa e não temos a possibilidade no momento, então, tem essa relação, a relação que a gente tem é mais no sentido de acompanhamento do próprio usuário; o que seria ideal, seria um pouco mais de estreitamento, discutir junto com o Programa de Saúde da Família alguns casos, nós irmos aonde os agentes comunitários estão, discutir algumas situações e isso não tem acontecido ainda; com essa lógica aí das regionalizações tem essa possibilidade; então, hoje existe uma relação, só que uma relação muito esporádica de situações isoladas e que precisa ser superada; o maior problema que existe é devido ao CAPS não ser territorializado, o CAPS II Ponta do Coral ele tem que atender uma demanda muito grande, basta ver o IBGE hoje, tem 400 e poucas mil pessoas em Florianópolis, então, é um CAPS II pra atender toda a demanda adulta do município, talvez o ideal seria um CAPS I em cada região, nas cinco regionais, e transformar esse CAPS num CAPS III no caso, e aí repensar depois toda a rede; então, a relação, ela se compromete com o Programa Saúde da Família devido a não territorialização do CAPS Ponta do Coral, a relação que existe é a relação de acompanhamentos isolados (GIRASSOL, 20/3/2006).

É uma relação ainda muito inicial ainda, um pouco precária; com os agentes comunitários a gente tem mais proximidade, no momento da visita domiciliar e no momento de fazer o resgate dos usuários que abandonaram, por algum motivo, o atendimento, mas acho que a relação poderia ser melhorada se o CAPS fosse territorializado, como a gente está aqui, é no centro pra todo o município, fica muito difícil, então, a nossa relação é muito mais com as referências regionais de saúde mental da atenção básica do que com as próprias equipes de PSF das unidades locais de saúde (VIK, 24/3/2006).

É isso que eu falei, essa perspectiva da regionalização que começou aqui visava uma maior articulação com a rede; eu acho que isso é um projeto que está ainda meio que na sua infância, ele está começando e, assim, o que eu te falei, a gente precisa sair mais daqui, no Norte (Regional Norte) a gente vai tentar essa experiência agora (realizar as reuniões da regional nos postos de saúde) de contato e incluir, por exemplo, os agentes comunitários nos processos de reunião com os pacientes daqui, tentar ver se eles podem estar acompanhando o paciente lá; tem uma paciente que está aqui que a gente esteve lá no Posto do Saco Grande pedindo pra equipe assumir alguns cuidados com essa paciente, eles se

dispuseram, mas assim, por enquanto ta muito mais alguma iniciativa aqui, ali, do que um processo mais amplo, não sei assim como isso vai caminhar com a história de já ter, por exemplo, profissionais regionalizados, isso também vai poder ser incrementado, esse é um desejo que eu tenho (P, 17/3/2006).

É muito pequena, muito, muito, muito, muito; eu não sei nem te dizer, em uma escala de um a dez acho que fica em dois, está muito pequena, está muito além do que poderia ser, eu acho que talvez com a implantação agora dos serviços na rede, nós temos em cada Regional um psiquiatra, dois psicólogos, uma média assim, está existindo mais aproximação, mas do CAPS não, muito pouco, muito pouco. [...] quando tu pergunta, hoje, qual é a relação do CAPS? eu não posso te mentir, pra mim é quase zero (LÉLI, 4/4/2006).

Buscando explorar as informações sobre a relação do CAPS com a rede municipal de serviços de saúde, perguntamos aos profissionais se o serviço realiza algum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. A maioria deles (75%) respondeu que não, dois referiram não saber responder e um respondeu que sim. Dentre os que responderam que não, um justificou que o CAPS não tem estrutura para atender mais esta demanda. Dois dos profissionais entrevistados disseram estar pensando neste tipo de trabalho. Um deles falou sobre a existência de um projeto, conforme relatado na fala que segue.

[...] a gente tem um projeto aqui que é de formação de acompanhantes terapêuticos, e no ano passado a gente formalizou esse projeto e mandamos pro Ministério da Saúde, ele foi aprovado e até hoje estamos esperando a liberação de dinheiro, mas enfim, o projeto foi aprovado, e a idéia era justamente transformar o agente comunitário de saúde num acompanhante terapêutico, e aí a gente faria a formação, uma capacitação, um curso de capacitação aqui, e depois faria o segmento com supervisões regulares, é uma forma de dar formação em saúde mental pra atenção básica e manter essa que é uma função do CAPS de dar supervisão e a formação mesmo pra esse nível da atenção; [...] a gente está esperando o dinheiro do Ministério da Saúde, ta lá pendurado, a gente olha o nome do projeto na internet, está lá, mas não tem nem empenho ainda, significa que não tem dinheiro destinado (F, 12/4/2006).

Para que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas na atenção básica é fundamental a capacitação destas equipes. A orientação é que as equipes de saúde mental de apoio á atenção básica incorporem ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. Conforme aparece na fala do profissional, são previstos recursos para o financiamento deste tipo de ações, embora, muitas vezes, a dependência de orçamento, a morosidade burocrática e/ou

ausência de decisão política, que justificam a longa demora, acabam por desestimular, dificultar, inviabilizar as iniciativas dos profissionais.

Repetidamente, temos ressaltado neste trabalho que os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico para a organização da rede de atenção em saúde mental, conforme é indicado nas diretrizes políticas da Reforma Psiquiátrica. Nesta direção, questionamos os técnicos da equipe do CAPS Ponta do Coral sobre qual o lugar que o serviço ocupa na rede municipal de atenção em saúde, em Florianópolis. As falas transcritas na seqüência destacam o fato deste não estar territorializado e, portanto, não se constituir no serviço regulador da porta de entrada para o atendimento em saúde mental. As equipes de saúde mental nas referências das Regionais de Saúde é que, atualmente, constituem-se no serviço primeiro de atenção em saúde mental. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhados pessoas com transtorno mental grave.

Seria esse serviço que articula, que regulamenta; não necessariamente ele é uma porta aberta que entra qualquer um; eu acho que ele pode até ser a articulação e a regulação, pode ser feita até capacitações nas equipes locais de unidades básicas, que a partir daí você vai poder em um caso de uma ansiedade ou uma briga com o namorado, “eu tomei 4 aspirinas”, não vai chegar aqui no CAPS; vai chegar aqui no CAPS realmente aquilo que for um caso mais grave, e só há possibilidade de isso acontecer a partir do momento em que as unidades locais estejam todas capacitadas e entendendo, até porque assim diminui o trânsito desse paciente; vamos supor: ele sai de uma cidade, vem pra Florianópolis, daí diz: onde é que eu vou num psiquiatra? Ah! vai lá no CAPS, aí alguém fala: mas tem que passar no clínico antes, aí passa no clínico, aí o clínico encaminha pro psiquiatra, daí ele não sabe onde vai procurar o psiquiátrica - vem pro CAPS, não vem pro CAPS, aí vem pro CAPS, mas é que na verdade ele toma fluoxetina há 2 anos, está em tratamento de manutenção porque ele tem um quadro de depressão recorrente, não é caso CAPS, então, isso já poderia ter sido triado lá no começo, o paciente já poderia estar tendo as consultas desde o início, todas acertadas, sem precisar ficar correndo de um lado pro outro [...]; então, eu acho que ele tem esse papel, tem essa função de regular, de saber o que está acontecendo no hospital, na Colônia, e ter esse contato, uma ligação sempre com a Colônia, e com os Postos de saúde [...]. (hoje, o CAPS faz isso?) algumas coisas, bem isoladas, de novo, é meio como um apaga fogueira; por exemplo, hoje, a gente foi fazer uma visita domiciliar lá no Saco Grande (bairro de Florianópolis) porque o paciente estava em tratamento psiquiátrico particular e parou de tomar o remédio, e aí a gente foi lá, só que o paciente não queria falar com a gente, mas, assim, eu chego lá, converso com a equipe que está lá naquele local e muitas vezes é só a psicóloga; também tem um certo descaso, no sentido de que ah! agora eu não posso falar, porque não percebe que conversando sobre aquele caso vai possibilitar que isso seja ampliado pra outros casos, pensam-se saídas semelhantes pra outro momentos, mas, assim, acaba virando um apaga fogo, e toda hora você tem que ir

apagar um fogo; então, existe um pouco, mas não de uma forma bem usada (J, 22/3/2006).

É atenção secundária como se diz; ele regula e não regula; [...] tudo vai passar muito pela clareza que os profissionais que estão na saúde mental tem em relação a própria epistemologia, tem em relação a própria política, tem em relação a própria noção de SUS, a própria noção de controle social, a própria noção dos princípios do SUS; então, tudo vai passar por isso, porque que eu estou dizendo isso, o CAPS é uma atenção secundária como a gente chama, eu acho ainda que o atendimento mais complexo, o atendimento terciário, deveria ser no território, acho que centrar as forças no território [...]; então, [...] a atenção básica é onde deveria regular isso, a regulação dessa entrada nesse sistema de saúde mental, nessa rede de saúde mental ela teria que ser prioritariamente atenção primária em saúde; então, as vezes, por necessidades especiais, por situações específicas, a pessoa acaba vindo direto pra cá, direto pro CAPS e aqui a gente atende, e, as vezes, essa pessoa não é indicada pra estar no CAPS, aí volta pra atenção básica, então, tem essa dificuldade, ou seja, o lugar que o CAPS ocupa na rede municipal de atenção em saúde é uma atenção secundária à pessoa com transtorno mental grave, já avaliada pela atenção primária em saúde, aquela pessoa que corre risco de suicídio, que acaba prejudicando a vida de outras pessoas, que está muito mal, nesse sentido (GIRASSOL, 20/3/2006).

Regulador da porta de entrada: não; como não é territorializado, a gente tem esse problema de ser serviço de referência pra onde vem os pacientes já encaminhados, ele passou pela porta de entrada do sistema lá no Posto, ele vem encaminhado pra cá ou através dos hospitais psiquiátricos, que é também uma outra forma de encaminhamento, mas a gente não faz a regulação da entrada; hoje, também, como tem equipes mínimas de saúde mental nas regionais, elas também funcionam muito mais como a reguladora do que nós; a porta de entrada é pelas equipes de saúde mental das regionais (F, 12/4/2006).

Eu acho que são várias coisas, por ser o único CAPS, pela rede não estar estruturada ainda, e pelas pessoas não conhecerem o serviço da rede, existe uma mistura, assim, o que é pra ir lá pro psiquiatra do Sul (regional de saúde), o que é pra vir pro CAPS; qual é o papel do CAPS, é a não internação, mas não tem CAPS III, então, a noite o cara não tem pra onde ir, na verdade, o CAPS ele é um espaço que regula a entrada do usuário sim, num primeiro momento sim, porque todos os que foram para a atenção básica muitos foram daqui, muito mais que a procura de fora daqui, primeiro eles vem pra cá, depois eles vão pra lá, agora o processo até está sendo inverso, já estão procurando a atenção básica porque eles já estão conhecendo, mas antes era daqui pra atenção básica, e é o único espaço, programa que acolhe o usuário psicótico, com transtornos mentais graves, porque a rede básica, ela não atende, se o cara tem um surto psicótico, está com qualquer surto, que está mal, ou ele tem um embotamento, ele não fala, está na família há anos, está lá segregado, está lá no quatinho dos fundos, não é caso de atenção básica é caso CAPS, então, ele é o único serviço de Florianópolis que se propõem a atender o usuário, o portador de sofrimento psíquico fora de hospital (LÉLI, 4/4/2006).

Ele é o primeiro serviço de saúde mental do município, primeiro serviço estruturado, credenciado no Ministério da Saúde, eu penso que ele tem um papel importante, ele serve como uma referência de atendimento em saúde mental a usuários portadores de transtornos mentais; dentro da rede, hoje, a gente tem as referências regionais de atenção em saúde mental na atenção básica, nas ULS, que são as unidades locais de saúde, então o CAPS serve como referência de atendimento a usuários com transtornos mentais graves do município de Florianópolis, é pra isso, essa é a função (VIK, 24/3/2006).

Pelas falas dos profissionais evidencia-se que Florianópolis não tem uma política municipal de saúde mental estruturada. A rede de serviços está em processo de formação e implementação. As ações ainda são muito isoladas e fragmentadas, sem uma direção comum. É notório que um único CAPS para atender a totalidade da demanda adulta do município é insuficiente. As possibilidades de atuação do serviço na prevenção e promoção da saúde mental, na capacitação e supervisão das equipes de atenção básica ficam, assim, prejudicadas e/ou inviabilizadas.

No processo de operacionalização da Reforma Psiquiátrica, conforme as orientações da Política Nacional de Saúde Mental e as propostas aprovadas na III CNSM, é necessário que os gestores estaduais e municipais estabeleçam mecanismos efetivos para o controle das internações psiquiátricas. De acordo com a Portaria GM/MS n ° 336/02, os CAPS devem possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou modulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local (BRASIL, 2002a). Com base nisto, perguntamos aos entrevistados se o CAPS tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Eles referiram que não, contudo, divergiram sobre como o serviço fica sabendo quando ocorre internação de seus usuários.

Não tem. A gente fica sabendo quando a família comunica ou quando é usuário de atenção intensiva, ou ele fez uma crise ou ele desapareceu do serviço, aí pela falta mesmo, pela ausência que ele provoca a gente vai atrás e fica sabendo que ele foi internado, mas a gente não tem instrumentos de controle sobre isso; a gente faz, no momento da internação, a gente procura manter pelo menos uma visita da equipe da Regional pra não perder o vínculo etc., mas nada formalizado, assim, no momento que aparece, que a gente fica sabendo; geralmente, a gente sabe, hoje é relativamente fácil, não acontece daquilo... fulano desapareceu e de repente aparece ele dois meses depois aqui novamente..., sai da internação ontem e tal, isso não acontece mais, geralmente a gente consegue ficar sabendo (F, 12/4/2006).

Não. Na realidade a família leva pra internar e pronto, as vezes comunica, as vezes a gente fica sabendo quando a gente vai fazer uma visita lá, muitas vezes a gente nem sabe que o paciente ficou internado, a não ser quando a gente liga, e aí o que está acontecendo, não está vindo, mas ele foi internado; então, não há esse controle e também quando é internado lá, dificilmente, alguém entra em contato, nunca vi, entra em contato olha fulano de tal está internado aqui com a gente, não tem essa comunicação (J, 22/3/2006).

Em relação ao controle das internações psiquiátricas, oficial e formal, nós não temos; estou falando enquanto profissional que atende uma determinada regional de saúde, isso nós não temos; o que poderia ser feito: um maior estreitamento com o “manicômio”, com o IPQ ou o São José (hospitais psiquiátricos), que quando internasse pessoas lá teria esse contato aqui, pra gente já ir conversando, já acompanhando juntamente com a equipe do hospital psiquiátrico essa pessoa, porque final de semana ou depois das 18 horas o serviço não atende, as vezes as pessoas entram em crise e a gente não tem como acompanhar isso, não tem como saber; o acompanhamento que tem é, as vezes, os familiares nos avisam que a pessoa está internada, quando a gente acompanha essa pessoa e fica sabendo que ela acabou internando; então, não tem uma política mais estreita de acompanhamento de internação psiquiátrica, isso não tem. (GIRASSOL, 20/3/2006).

Da área de abrangência seria toda a cidade, isso não, mas dos usuários aqui sim, atendidos aqui sim; [...] geralmente, assim, quando o usuário está iniciando um surto a gente tenta fazer o atendimento pra prevenir a internação, pra evitar de fato a internação psiquiátrica, só que nós estamos aqui até as 6 horas da tarde e não estamos final de semana, então, a gente não está nem a noite nem final de semana, e aí acontece de a família internar, isso acontece pouco, muito pouco, e quando acontece a gente faz o atendimento no próprio hospital, a gente vai até lá faz o atendimento, mas é pouco assim, agora da cidade como o todo a gente não tem (VIK, 24/3/2006).

O controle ele tem pelo prontuário, não poderia te dizer que tem um controle do ponto vista de uma escala, ah anualmente quanto a gente tinha e quantos foram internados, [...] o usuário se ele foi internado a gente não soube, se está internado, aí ele aparece aqui depois da internação, um mês ou dois meses, a gente tem escrito no prontuário, esse é digamos o que a gente fica sabendo (LÉLI, 4/4/2006).

Não, eu digo por nós, eu acho que, as vezes, a gente... ah o paciente foi internado, como acontece de a gente saber, e as vezes a gente vai lá fazer uma visita, as vezes tem a questão do carro (o CAPS tem um carro a disposição somente um dia por semana), e a gente fica...; sempre que acontece e tal, as vezes, a gente nem fica sabendo, quando vê o paciente já está de volta, as vezes acontece essa situação; eu fui tentar fazer um pequeno levantamento pra fazer essa avaliação e percebi que a gente não tem registro de quantos dias o paciente ficou internado, se ele ficou internado quantas vezes durante o tempo que está em tratamento aqui, falta um registro melhor e um acompanhamento melhor dos técnicos; (como ficam sabendo da internação) as vezes o paciente volta já depois, as vezes a família liga avisando, [...] o hospital não me lembro se eles ligaram, só se precisar de alguma coisa, em geral, eles não ligam; então,

assim, o paciente saiu aí eles trazem de novo aquele encaminhamento, ou ele vem pra cá porque, normalmente, ele já estava aqui, mas assim, a gente tenta ao máximo que ele não precise ser internado, essa política existe, segurar a crise (P, 17/3/2006).

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que a internação e a reinternação psiquiátrica deverão ocorrer após avaliação da equipe técnica de saúde mental dos serviços substitutivos, devendo ser estabelecidas formas de controle único para a emissão de AIH, assegurando que todas as internações necessárias sejam autorizadas pelo serviço público, preferencialmente de base territorial (BRASIL, 2002a).

Conforme pode ser observado nas falas dos participantes da pesquisa, a insuficiência do CAPS em exercer o controle das internações referente a sua clientela e a demanda no município refere-se ao fato de o serviço não estar territorializado, sendo inviável cumprir com tal exigência no âmbito da totalidade de uma população de aproximadamente quatrocentos mil habitantes, distribuídos numa área geográfica de 436,5 Km². Com a implantação das equipes de saúde mental nas Regionais de Saúde, estas passam a ser as responsáveis pela regulação da porta de entrada no sistema de atendimento. O CAPS II Ponta do Coral passa a ser a referência para onde são encaminhadas pessoas com transtornos mentais graves, egressos de hospitais psiquiátricos, internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). A falta de controle das internações psiquiátricas é uma realidade também de outros centros de atenção psicossocial, conforme verificado por Franco (2005), em seu estudo sobre o CAPS do município vizinho de Palhoça/SC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha deste tema de pesquisa está relacionada à minha trajetória de estudos no Curso de Graduação em Serviço Social e à minha inserção como pesquisadora no Núcleo de Estudos e Pesquisas Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas (NESPP) do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. A esta trajetória soma-se a experiência de Estágio Curricular em Serviço Social, realizada no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis, em 2003, da qual resultou o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Programa Alta Progressiva: uma contribuição para o processo de reabilitação psicossocial no HCTP de Florianópolis”. Com o referido Estágio foi possível vivenciar o contato direto com a realidade de algumas instituições como hospitais psiquiátricos e centros de atenção psicossocial da rede municipal e estadual de serviços de atenção em saúde mental, fato este que estimulou a busca de novos conhecimentos e o desejo de atuação profissional na área. A continuidade dos estudos foi possibilitada por meio da entrada como mestranda no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da mesma universidade. Sendo assim, o trabalho que apresentado nesta dissertação tem estreita relação com meu percurso profissional e meu desejo pessoal.

Conforme destacamos no decorrer do estudo, a reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

A implantação de uma nova política de atenção, com as implicações socioculturais da proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira passa pela necessidade de articulação intersetorial e por ações que contribuam para alterar as representações sociais sobre a loucura e os direitos dos portadores de transtornos mentais. A transformação do modelo assistencial e de um conceito teórico em diretrizes operacionais é um processo complexo e depende de vários fatores para que se mantenha a direcionalidade pretendida pelos diferentes atores sociais, participantes do jogo social.

Especificamente, no caso do CAPS estudado, as dificuldades de concretização dessa nova lógica de atenção em saúde mental perpassam e se inter-relacionam nos diferentes eixos que compuseram a presente pesquisa.

No que se refere a estrutura física, os profissionais indicam que o CAPS conta com espaço e equipamentos adequados às necessidades do serviço. Entre os anos de 2003 a 2004, o CAPS passou por uma reforma em suas instalações, ficando estas, adequadas aos objetivos da unidade. As condições poderiam ser melhores se as oficinas produtivas fossem realizadas em outro local, pois além de favorecer a utilização do espaço hoje ocupado para outras atividades, possibilitaria a inserção dos usuários em outro ambiente, favorecendo-lhes sua sociabilidade.

Em relação aos materiais de consumo, os problemas vão desde a ausência total de objetos e utilidades básicas à manutenção do serviço até o recorrente atraso no repasse dos materiais necessários às oficinas terapêuticas e de produtividade. As oficinas ficam prejudicadas e até mesmo paralisadas por conta das faltas de recursos e dificuldades de gestão adequada do serviço. Esta situação coloca em prejuízo o projeto terapêutico de tratamento dos usuários e a eficácia e efetividade dos propósitos da nova política de atenção em saúde mental.

No campo da gestão do CAPS, apesar da histórica escassez de recursos destinados à saúde, foram evidenciadas situações problemáticas, principalmente no processo de descentralização político-administrativa, que poderiam ser melhoradas a partir dos recursos existentes. De acordo com os resultados da pesquisa, 50% do grupo de técnicos afirmam que existe planejamento e avaliação das ações. Alguns deles observam estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação, objetiva e sistemática, dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declaram não existir processo de planejamento e avaliação das ações, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

Sobre este aspecto, cabe destacar que as técnicas disponíveis na área de planejamento e avaliação de serviços de saúde têm mostrado bons resultados quando aliadas à vontade política de mudar a situação. Apesar dos dados demonstrarem uma divisão entre os técnicos no que se refere a afirmação sobre a existência de planejamento e avaliação, destacamos que as poucas ações que acontecem giram em torno das atividades que são e aquelas que poderão ser realizadas, e na discussão sobre as dificuldades cotidianas do trabalho na unidade. As avaliações são informais, realizadas na reunião

mensal da equipe técnica e nas reuniões clínicas semanais, sendo notório a ausência de um processo de planejamento estratégico, sistemático e contínuo do projeto terapêutico do CAPS, bem como, de avaliação de indicadores.

Com relação aos recursos financeiros, os resultados da pesquisa apontam para o que já vem sendo denunciado por autores como Amarante (2003; 2005): o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. O pagamento pelo sistema de procedimentos realizados, por meio das APACs, condiciona a existência de recursos à produtividade do serviço. Quando os CAPS não estão articulados com outras políticas sociais necessárias à sobrevivência do usuário e a adesão dele ao projeto de vida que o serviço deve-lhe oferecer, a tendência é fracassar.

Para que a pessoa possa freqüentar o CAPS ela precisa de condições materiais e psicossociais básicas, como moradia, transporte, alimentação, auto-estima, estímulo, desejo, etc.. Quando o usuário não desfruta de tais condições as chances dele se vincular ao projeto terapêutico são menores e, conseqüentemente, sem a participação ativa dos usuários o CAPS não terá produtividade. Ainda, nem todas as ações realizadas no CAPS constam na tabela de procedimentos pagos pelo atual sistema do SUS, dificultando as atividades de ressocialização que envolvem trabalhos na comunidade e na sociedade.

Os profissionais afirmam que os usuários participam do planejamento das atividades do CAPS. Referem que isso acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Neste caso, foi possível perceber que a participação dos usuários em geral diz respeito mais a questões cotidianas do funcionamento do serviço. A associação participa diretamente da comercialização dos produtos confeccionados nas oficinas e na realização de alguns convênios com entidades da área da cultura, lazer, ensino, etc. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada, que abarque as especificidades da área da saúde mental e envolva os usuários, os familiares e os técnicos como sujeitos partícipes do processo de gestão do serviço.

No eixo recursos humanos e projeto terapêutico existem contradições explícitas e implícitas que perpassam o discurso e as práticas dos técnicos que prestam assistência aos usuários do serviço. Eles reconhecem e destacam a relevância do trabalho em equipe, argumentam que este traz a possibilidade de trocas entre as várias áreas do conhecimento e a conseqüente oferta de um atendimento multidimensional. Contudo, relatam dificuldades

na realização deste trabalho, devido a uma suposta diferença de formação profissional e de concepção, com relação ao que sejam os objetivos do CAPS e da Reforma Psiquiátrica. Indicam existir interdisciplinaridade no atendimento ao usuário, no entanto, percebeu-se que a concepção de interdisciplinaridade aparece muito mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade, estando ainda distante dos ideais da intertransdisciplinaridade.

Sendo assim, cabe destacar que sem a devida clareza e consciência do que exatamente deve mudar corre-se o risco de que, fundamentalmente, se modifiquem os espaços de realização do tratamento, transferindo-se e conservando-se as práticas de exclusão e discriminação. É preciso se ter em conta que toda dimensão técnica tem também uma dimensão política. Dessa forma, faz-se necessário questionar-se sobre o que se pretende com o “fazer” nos novos serviços de atenção à saúde mental e que valores estão presentes nas ações executadas. O usuário precisa ser percebido como sujeito do processo saúde-enfermidade, e não como objeto e instrumento do exercício das relações de poder disciplinar.

Com relação ao eixo participação do usuário e da família no tratamento, os participantes da pesquisa identificam dificuldades em realizar o atendimento familiar no CAPS. Os profissionais relacionam como justificativas, a falta de técnicos qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades da equipe. Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que seja o transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, também foram relatados pelos entrevistados. Entre os obstáculos para a (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e o estigma da loucura ainda presentes no imaginário social das pessoas.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacam o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário. Neste aspecto queremos destacar a necessidade de se reconhecer, no processo de implantação da Reforma e da política de saúde mental, um projeto ético-político social, capaz de reavaliar, substancialmente, o conceito tradicional de

“doença/saúde mental” e, conseqüentemente, a forma de como lidar as diferenças em sociedade.

No eixo (re)inserção social procuramos identificar se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas à desinstitucionalização e à reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referem que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras. A maioria deles afirma que não existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer.

Tais dados nos remetem ao questionamento sobre como a Reforma Psiquiátrica, em sua aplicação prática, apresenta certa inércia política. Existe uma lacuna entre o referencial teórico do novo modelo de atenção e as práticas que se efetivam no cotidiano dos serviços. Com isso, queremos chamar a atenção para a necessidade urgente de se construírem ações de atenção que favoreçam o conhecimento de si, reforcem a autonomia, o cuidado de si e a emancipação do sofredor psíquico.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referem que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental. A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos profissionais como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista político-jurídica dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico. Na visão dos participantes da pesquisa, o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica relaciona-se a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos pressupostos da própria Reforma. Não obstante, destacamos aqui a necessidade de se refletir sobre o descompasso entre a vitória no campo jurídico, o novo discurso da Reforma Psiquiátrica e um fazer prático que parecem ainda negar a emancipação do portador de transtorno mental.

No eixo integração do CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município, os dados coletados na pesquisa indicam que a relação existente é pouca, funciona de maneira precária e confusa, e que ainda está num processo preliminar. A articulação com as equipes de PSF e PACS também é insuficiente, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda. A unidade não realiza nenhum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. Apenas dois profissionais referiram estar pensando neste tipo de trabalho.

Foram apontadas como justificativas para esta situação o fato do CAPS não estar territorializado, de ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta de todo o município, e a ausência de um planejamento e estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhadas pessoas com transtorno mental grave. E, segundo os entrevistados, não tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Neste aspecto, vê-se a urgência na redefinição da abordagem em saúde mental, fazendo-se necessário a construção de estratégias de atenção integral, dentro dos princípios do SUS, que envolvam o portador de transtorno mental como cidadão, a família, o Estado e a sociedade.

De acordo com os profissionais existem diferenças no atendimento prestado no e pelo CAPS em relação aos hospitais psiquiátricos. Eles se referem às diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência do discurso médico psiquiátrico do hospital, e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e as necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial, em contraposição ao tratamento igual para todos das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Por fim, os dados coletados na presente pesquisa indicam que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes, prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a relação eficácia/efetividade dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Concluimos, com este estudo, que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é ainda um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológica, técnico-assistencial, político-jurídico e sócio-cultural.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____, P. (coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995a.

_____, P.. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. vol.11, no.3, jul./set. 1995b, p.491-494. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 14/09/2005.

_____, P. A (clínica) e a Reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. pp. 45-65.

_____, P. **A epistemologia e a Clínica da Reforma**. Conferência proferida no IV Encontro Catarinense de Saúde Mental. Florianópolis, 30 de junho a 2 de julho de 2005. (anotações manuscritas).

BASAGLIA F. (coord.) **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 3ª ed. Tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002a, 213 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em Saúde Mental 1990-2002**. 3ª ed. revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAPS II PONTA DO CORAL. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. **Projeto Terapêutico**. Florianópolis, 2004.

CORREIA, M. V.C..Que controle social na política de Assistência Social? **Revista Serviço Social & Sociedade**. N. 72. São Paulo: Cortez, nov. 2002, pp. 119-144.

COSTA, R. C. R. da.. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia e Política** Nº 18: 49-71 JUN. 2002

COSTA –ROSA, A. da; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. p. 13-44.

COSTA-ROSA, A. da.. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asialr. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. p. 141-168.

CHIZZOTTI, A.. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R.. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

DESVIAT, M.. **A Reforma Psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental**. In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

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

FLEURY, S.. **Espaço, território e cidadania: a cidade dos cidadãos**. Trabalho apresentado no VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra (16,17,18 de setembro), 2004. Disponível em: <www.ces.uc.pt/LAB2004>. Acessado em 20 de fevereiro de 2006.

_____, S.. (org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989.

FREIRE, F. H. M. de A.; UGÁ, M.A.D.; AMARANTE, P. Os centros de atenção psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

FRANCO, S. de O.. **Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de caso**. 2005. 110f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Florianópolis, 2005. 110f.

FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial**. Percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004.

GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E.. **A pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, R.. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M.. **Microfísica do poder**. Trad. de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graaal, 1979.

MINAYO, M. C. de S.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC; ABRASCO, 1994.

MIOTO, R.C.T.. Família e saúde mental: contribuições para reflexão sobre os processos familiares. **Revista Katalysis**. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico. Departamento de Serviço Social. N.2 Florianópolis: Editora da UFSC, 1998.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental: em busca da articulação e qualificação das ações em saúde**. Monografia

(Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Latu Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

OLIVEIRA, W. F.; DORNELES, P.. Patrimônio e ambiente da loucura: a formação do profissional de saúde mental e o dialogo com a vida da cidade. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

PITTTA A.. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje. In: PITTA. A.(org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral**: desvelando sua significação. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

_____. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

ROSA, L.C.dos S.. Os saberes construídos sobre a família na área da saúde mental. **Revista Serviço Social & Sociedade**. N° 71. Ano XXIII. São Paulo: Cortez, set de 2002, pp. 138-164.

_____. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, F., et. al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SANTOS, W.G.. **Cidadania e Justiça**. Rio de Janeiro: Editora Campos, 1979.

SARACENO, B.. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SOUZA, W. da S.. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. jul./ago. 2001, vol.17, no.4

p.933-939. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 19/10/2005.

SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Teses em Enfermagem, 42).

STUANI, D.. **Projeto de Estágio**. (Projeto de Estágio Curricular apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina). Florianópolis, 2005. texto digit.

TENÓRIO, F. G. (org.). **Gestão de ONGs**: principais funções gerenciais. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

TORRE, E.H. G; AMARANTE, P.. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. [online]. 2001, vol.6, no.1 [citado 05 Dezembro 2005], p.73-85. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br> >. ISSN 1413-8123.

TRIVIÑOS, A.N. S.. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. (org.). **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000a.

_____, E. M. Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000b. p. 169-194.

VIEIRA, L. **Cidadania e globalização**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Formulário a ser aplicado a todos os profissionais da equipe do CAPS.

Identificação

Nome:

Apelido:

Formação:

Ano:

Capacitação específica na área: Sim Não

Nível: residência especialização mestrado doutorado

Tempo de serviço na instituição:

Tipo de vínculo empregatício: Servidor público concursado contrato temporário

Outro. Especifique _____

Regime de trabalho: _____ (horas semanais)

Tempo de atuação na área:

Experiência de atuação profissional em outra instituição: Sim Não

Qual:

Tempo:

Principais perguntas

- 1) A área física do Caps é suficiente para o atendimento da demanda? Sim Não
- 2) As instalações são adequadas para a realização das atividades propostas? Sim Não
- 3) Os equipamentos disponíveis são suficientes? Sim Não
- 4) Estão em bom estado de utilização? Sim Não
- 5) Os materiais disponíveis são suficientes? Sim Não
- 6) Existem dificuldades na realização das atividades do Caps Sim Não. Em caso de resposta afirmativa, especifique as cinco principais? _____

- 7) O trabalho é realizado em equipe? () Sim () Não.
- 8) Existe algum tipo de supervisão de equipe ou outro recurso para acompanhar e discutir as questões do trabalho em equipe? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual?
-

9) Participa ou já participou de capacitação específica para atuar no Caps? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual? _____

10) Durante o tempo em que está trabalhando na instituição houve algum treinamento ou capacitação? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quando? _____(ano). De quantas horas? _____. Organizado por quem? _____

11) Na sua opinião, existe interdisciplinaridade no trabalho no Caps? () Sim () Não

12) Você conhece a política de saúde mental? () Sim () Não.

13) No Caps, existe disponibilidade de material didático e documentos sobre a política de saúde mental? () Sim () Não.

14) Existe planejamento e avaliação das ações do Caps? () Sim () Não

15) Existe projeto terapêutico de trabalho da instituição? () Sim () Não. Em caso afirmativo, foi planejado em equipe? () Sim () Não.

16) O serviço adota projeto terapêutico individualizado? () Sim () Não.

17) O usuário participa do planejamento do seu tratamento? () Sim () Não.

18) Existe atendimento familiar? () Sim () Não.

19) Existem ações intersetoriais do Caps e outras instituições que envolvam: educação, trabalho, esporte, cultura e lazer? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quais?

20) Existe relação do Caps com a rede básica de saúde municipal? () Sim () Não.

Que tipo? _____

21) O Caps realiza algum trabalho de educação permanente (capacitação e supervisão) sobre saúde mental em cooperação com as equipes de atenção básica? () Sim () Não.

Que tipo? _____

Outras observações:

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Entrevista a ser realizada com os profissionais da equipe do CAPS, segundo o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de nível superior entre as existentes na unidade. Em caso de mais de um profissional na área será realizado sorteio.

Identificação

Nome:

Apelido:

Temas e principais perguntas

1 Estrutura e recursos financeiros

- 1) Qual conhecimento possui sobre o repasse dos recursos financeiros para o Caps?
- 2) Conhece a forma de financiamento do serviço? O que você acha?
- 3) Como são administrados os recursos repassados? Existe planejamento?
- 4) Na sua opinião, a descentralização administrativa dos recursos possibilita o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do Caps? Quais as vantagens e desvantagens identifica?
- 5) Na sua opinião, os recursos repassados (gerados pelo serviço) são suficientes para realizar as atividades do Caps? Em caso de resposta negativa, quais atividades ficam prejudicadas e/ou poderiam ser realizadas se houvessem recursos?
- 6) Existem dificuldades no funcionamento do Caps com relação a falta de recursos financeiros? Quais identifica?

2 Recursos humanos e projeto terapêutico

- 1) Quais dificuldades identifica no trabalho em equipe no Caps?
- 2) Na sua opinião, quais vantagens o trabalho em equipe possibilita?
- 3) Considera importante a capacitação específica em saúde mental para atuar no Caps? Fale sobre.

- 4) Na sua opinião, qual a importância da interdisciplinaridade no atendimento ao usuário de saúde mental?
- 5) Considera importante conhecer sobre a política de saúde mental, seus princípios, sua estrutura e organização para o trabalho do Caps?
- 6) Como acontece o planejamento e a avaliação das ações do Caps?
- 7) Na sua opinião, em relação ao atendimento nas instituições tradicionais/asilares (hospitais psiquiátricos), como é o atendimento ao usuário no Caps?

3 Participação do usuário e da família no tratamento

- 1) Como é pensado o projeto terapêutico de tratamento do usuário?
- 2) Como o usuário participa do planejamento do seu tratamento?
- 3) Quais as formas criadas para oportunizar a participação do usuário no planejamento do seu tratamento?
- 4) A família participa do tratamento? Em caso de resposta afirmativa, de que forma? Em caso de resposta negativa, por quê?
- 5) Quais as formas criadas para oportunizar a participação da família no tratamento?
- 6) Quais dificuldades identifica com relação a realização do atendimento familiar?
- 7) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção familiar do portador de transtornos mentais?
- 8) Qual o papel dos usuários (ou da associação de usuários e familiares) no planejamento das ações do Caps?
- 9) Na sua opinião, qual a importância das associações de usuários e familiares para o tratamento do portador de transtornos mentais e para os serviços de saúde mental?

4 Inserção social

- 1) Na sua opinião, as práticas assistenciais realizadas no Caps encaminham-se na direção da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial?
- 2) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção social do portador de transtornos mentais?
- 3) Quais avanços e conquistas identifica com relação a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais?
- 4) Na sua opinião, o atendimento no Caps possibilita ao usuário a construção da sua autonomia? Como?

- 5) Na sua opinião, a organização atual dos serviços de saúde mental (da política de saúde mental) favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais? Qual a importância do caps nesse contexto?

5 Integração com a rede municipal de assistência em saúde

- 1) Qual a relação do Caps com a(s) equipe(s) de Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência?
- 2) O Caps tem controle das internações psiquiátricas no seu território? Em caso afirmativo, como ocorre este controle?
- 3) Na sua opinião, qual o lugar que o Caps ocupa na rede de atenção em saúde? Constitui-se no serviço que regula a porta de entrada para o atendimento em saúde mental?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este instrumento tem a intenção de obter o seu consentimento por escrito para participar do estudo “A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis”, durante o período de 01 a 31 de março de 2006, com o intuito de contribuir para o levantamento de dados para a elaboração do referido trabalho.

O estudo tem como objetivo geral analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Ao propormos a presente pesquisa esperamos contribuir com a produção de conhecimentos e saberes sobre as novas práticas de atenção e cuidado ao portador de transtornos mentais.

Os relatos obtidos serão confidenciais e, portanto, não será utilizado o nome dos participantes em nenhum momento, garantindo sempre o sigilo da pesquisa e os preceitos éticos da profissão. Os depoimentos serão referenciados pelo apelido a ser escolhido pelo próprio entrevistado

Certa de sua colaboração, agradeço sua disponibilidade em participar do estudo.

Eu _____,
consinto em participar desta pesquisa, desde que respeitadas as respectivas proposições contidas neste termo.

Florianópolis, março de 2006.

Assinatura do entrevistado.

ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

FERNANDA SCALZAVARA

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Serviço Social** - Área de concentração: Serviço Social, Direitos Humanos e Questão Social.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ivete Simionatto.

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de **Mestre em Serviço Social**, e aprovada na sua forma final, em 31/7/2006, atendendo as normas vigentes no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e na Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof^a Dr^a Catarina Maria Schmickler
Coordenadora do PPGSS/UFSC

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Ivete Simionatto, Dr^a.
Departamento de Serviço Social/UFSC
Presidente

Prof^o Walter Ferreira de Oliveira, Ph.D.
Departamento de Saúde Pública/UFSC
Membro

Prof^o Jonas Salomão Spricigo, Dr.
Departamento de Enfermagem/UFSC
Membro

Prof^o Mário Teixeira, Dr.
Departamento de Clínica Médica/UFSC
Membro Suplente

*Aos profissionais e aos usuários do CAPS
Ponta do Coral de Florianópolis.*

AGRADECIMENTOS

Desejo expressar meus sinceros agradecimentos aos profissionais do CAPS Ponta do Coral, pela receptividade, atenção, acolhimento e colaboração na fase mais importante desta pesquisa, assim como pela consideração ao meu trabalho profissional. Também, aos usuários desta unidade de serviço, pela forma carinhosa e acolhedora com que sempre me receberam.

À professora Ivete Simionatto por ter aceitado a orientação do trabalho; agradeço a oportunidade de poder ter desenvolvido a pesquisa de meu interesse e desejo profissional.

Aos professores Jonas Spricigo e Mário Teixeira pela atenção, disponibilidade e colaboração, essenciais na definição e elaboração do projeto de dissertação. Igualmente, ao professor Walter Ferreira de Oliveira pelas considerações e contribuições no exame de qualificação.

À sempre Mestre, amiga e professora Iliane Kohler, pela relação de ensino-aprendizado humana, saudável, mantida no decorrer de toda a minha vida acadêmica; pelas ajudas concretas nos momentos de dificuldades, pelos conselhos, orientações e *encaminhamentos* necessários nos instantes, nas horas, nas fases de incerteza, insegurança, angústia, desespero.

Aos profissionais Mara Regina de Oliveira e Antônio Heinzen Filho, pelo suporte terapêutico necessário nos últimos anos da minha vida; especialmente por terem me ajudado a transformar as dificuldades, os obstáculos, as conquistas cotidianas no *Mestrado da Vida*.

Às profissionais e amigas Maria Sirene Cordioli e Maria Inês Bernardino, pela relação profissional responsável, ética, competente, que me impulsionou para os estudos na área da saúde mental; pela amizade acolhedora, carinhosa, fraterna, pelas comemorações e pelos momentos de descontração.

Aos meus pais e à minha família, base dos meus valores ético-morais.

Às minhas amigas e aos meus amigos, que de perto ou de longe, acompanham minha trajetória, acreditam e torcem por mim.

Formalmente, agradeço as instituições públicas CAPES e UFSC, através dos programas PROF e PGSS, pelo financiamento da bolsa que permitiu a dedicação profissional integral para a realização deste trabalho.

RESUMO

O presente trabalho tem como objeto de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. Constitui-se como objetivo geral da presente pesquisa analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Os procedimentos metodológicos da pesquisa constaram de: pesquisa empírica na coleta das informações, através de entrevistas semi-estruturadas, gravadas, realizadas com um profissional de cada área de formação de nível superior, dentre as existentes no CAPS, e aplicação de formulário, com questões fechadas, a todos os profissionais que compõem a equipe. As informações coletadas foram sistematizadas e organizadas em itens correspondentes aos eixos que nortearam a coleta dos dados, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde. A análise final foi realizada com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os resultados obtidos nos permitem concluir que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a efetividade e eficácia dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial. De maneira geral, podemos afirmar que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológico, técnico assistencial, político-jurídico, social cultural.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, política de saúde mental, serviços substitutivos.

ABSTRACT

The objective of present work is to study the operationalization of the Psychiatric Reformation in the city of Florianopolis, Brazil, based on one specific institutional model - the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral. The general objective of the present research is to analyze the institutional reality at the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral, Florianopolis, related to the operational process of mental health politics, based on the requirements of the Brazilian Psychiatric Reformation. The research methodological procedures have consisted of: empirical research and data collection, through semi-structured interviews, recorded, realized under the presence and supervision of a professional of each field, plus de existing data from the CAPS, and filled application, with closed questions, to all the professionals who compose the team. The data colleted was systematized and organized in items and events that are surrounded the data collection, which are: financial structure and resources, human resources and therapeutic project, participation of the user and the family in the treatment, social insertion, and integration of the service with the municipal network of assistance in health. The final analysis was based on theoretical production on mental health and the Psychiatric Reformation. The results allowed us to conclude that in scope of management of CAPS, the limited number of studies and the difficulties to transfer and administer them harmed the functioning of the service. The contributing factors were lack of strategic planning and systematic evaluation of actions. The difficulties associated with teamwork compromised the effectiveness and efficacy of the objectives. The absence of a municipal network dedicated to structure and articulate mental health appears as an obstacle to the practice of desinstitutionalization and psychosocial rehabilitation. In general, we can affirm that the changes in the assistance model, directed for Psychiatric Reformation is one of the challenges to the concretization to mental health politics in a new interaction between society and people with psychological illnesses. The operationalizational political difficulties of mental health go through different fronts of performance which constitute the complexity of social processes associated with Reformation in its different dimensions. These dimensions are: theoretic-epistemological, technical assistance, politic-legal and socio-cultural.

Keywords: Psychiatric Reformation, mental health politics, substitute services.

LISTA DE SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
APAC - Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CPASM - Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental
CMS – Conselho Municipal de Saúde
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FNS – Fundo Nacional de Saúde
INAMPS – Instituto Nacional de Aposentadorias e Pensões
IPQ – Instituto de Psiquiatria Catarinense
MS – Ministério da Saúde
MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS – Organização Mundial para a Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF - Programa de Saúde da Família
RP – Reforma Psiquiátrica
SIH - Sistema de Informação Hospitalar
SAI – Sistema de Informação Ambulatorial
SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
SUS – Sistema Único de Saúde
TR – Terapeuta de Referência
ULS – Unidade Local de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Procedimentos metodológicos	18
2 REFORMA PSIQUIÁTRICA	222
2.1 O Modo Psicossocial	26
2.1.2 Atenção Psicossocial.....	28
2.2 Desinstitucionalização	30
2.3 Reabilitação psicossocial	32
3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA	344
3.1 Estrutura e recursos financeiros	344
3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico	45
3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental	46
3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário	51
3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações.....	59
3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento.....	65
3.3 Participação do usuário e da família no tratamento	69
3.3.1 Planejamento terapêutico individual.....	70
3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral.....	72
3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares	81
3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia.....	88
3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental.....	96
3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica	106
3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde...	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
REFERÊNCIAS.....	125
APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS.....	130
ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica.....	136

1 INTRODUÇÃO

O processo de mobilização, organização e luta pela Reforma Psiquiátrica brasileira origina-se no contexto dos movimentos sociais, no período de redemocratização do país (décadas de 1970/1980), e tem como base os pressupostos da Reforma Sanitária brasileira e da Psiquiatria Democrática italiana. Tal movimento esteve direcionado no sentido da crítica e desconstrução gradativa da assistência existente, embasada no saber psiquiátrico, que justificava as práticas decorrentes do modelo asilar e, ao mesmo tempo, buscava a construção de propostas de superação deste modelo.

Os anos de luta pela transformação do modelo assistencial tradicional (asilar), centrado na internação hospitalar, culminaram com a criação e regulamentação de leis e portarias relativas à implantação de uma rede de serviços substitutivos a este. A partir da década de 1990 um conjunto de leis, portarias, decretos, resoluções define novas exigências em relação à assistência psiquiátrica prestada aos portadores de transtorno mental¹, incluindo a adequação das condições físicas das instituições de atendimento, a existência de projeto terapêutico, equipe multidisciplinar e outros dispositivos que garantam maior qualidade assistencial.

A Reforma Psiquiátrica é um processo em construção, que envolve tanto a sociedade civil, através dos diferentes os movimentos sociais, os profissionais, os usuários, bem como os órgãos gestores das políticas públicas. Estes são os responsáveis pela operacionalização das ações com relação a mudança de paradigma e prática em saúde mental. Nessa trajetória, aos profissionais cabe exercer o papel de sujeitos e críticos do processo de implantação da Reforma Psiquiátrica; aos gestores da política de saúde compete a decisão política com vistas a assegurar as condições técnicas para a implementação e operacionalização dos serviços de atenção; aos movimentos sociais fica a luta política pela construção social de um outro sentido para lidar com a "loucura" e com o "louco", a partir de uma transformação na relação sociedade/loucura.

¹ Cabe destacar que a expressão “portador de transtorno mental” é adotada neste estudo por acreditar-se que a palavra portador traz em si um caráter mutante. Ou seja, secundariza o transtorno mental e resgata o sujeito envolvido na condição de enfermo, como um ser dinâmico. Por sua vez, o termo transtorno mental traz um caráter psicossociológico, dinâmico, mutável, diferente do termo doença mental, muito embora não seja menos controvertido do que este último (ROSA, 2003, pp. 37-38). E, também, por ser “portador de transtorno mental” a expressão utilizada na linguagem técnica constante na política de saúde mental do Ministério da Saúde.

No curso das transformações operadas na e pela Reforma Psiquiátrica destacamos como marco significativo recente a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM)². Em seu documento conclusivo reafirma-se que as políticas de saúde mental devem respeitar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das leis Federal e estaduais, priorizando a construção da rede de atenção integral em saúde mental. Tais políticas devem ter como pressupostos básicos a inclusão social e a reabilitação psicossocial, estar integradas com outras políticas sociais, como educação, trabalho, lazer, cultura, esporte e habilitação profissional, visando garantir o exercício pleno da cidadania (BRASIL, 2002a).

O mesmo documento ressalta que a reorientação do modelo assistencial deve estar direcionada para concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e de promoção da saúde. Nesse sentido, é fundamental que as novas modalidades assistenciais desenvolvam práticas pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a auto-estima, a autonomia e a cidadania, buscando superar a relação de tutela e reprodução da institucionalização e/ou cronificação (BRASIL, 2002a).

A mudança do modelo assistencial é um dos desafios da Reforma Psiquiátrica. Busca-se, no âmbito da gestão pública, a construção de um novo pacto para transferir os recursos aplicados no modelo hospitalar para uma assistência comunitária. Entretanto, a mudança da lógica de atenção em saúde mental requer, também, uma mudança de paradigma. No bojo dos novos dispositivos de cuidado necessariamente deve estar uma nova ética do cuidar, baseada na premissa básica da autonomia possível e dos direitos humanos dos portadores de sofrimento psíquico. Isso significa considerar que as possibilidades de novas práticas terapêuticas devem caminhar ao lado da preocupação com a mudança das representações simbólicas do “louco” na sociedade, e com a produção de outros saberes.

Na atualidade, todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, bem como a literatura da área, referem-se a desconstrução como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade das ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Tal proposição tem como base a

² Realizada em Brasília, de 11 a 15 de dezembro de 2001. A I Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em 1987 e a II em 1992.

incapacidade da psiquiatria em explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (TORRE; AMARANTE, 2001).

O modelo manicomial tem seu fundamento na noção de que a experiência de sofrimento psíquico diversa (delírio, alucinação) é sinônima de erro. Um dos aspectos mais importantes no processo de transformação radical deste é a superação do conceito de doença. Conforme apontam Torre e Amarante (2001, p.73-85), “não se trata, obviamente, de negar a diversidade da experiência do delírio ou da alucinação, mas de não utilizar o conceito de doença (igual a erro) na relação com o sujeito”. Nesta direção, Rotelli (1990) propõe, no lugar do objeto “doença mental”, o objeto “existência-sofrimento” do sujeito em sua relação com o corpo social.

Segundo Costa-Rosa (et. al., 2003, p. 28), “ao se buscar a superação do saber psiquiátrico, sobretudo do paradigma doença-cura, procurou-se romper com práticas identificadas com o modelo clínico, por considerá-las ineficazes, segregadoras”. Busca-se no modo psicossocial estabelecer-se “a construção de uma relação de contrato com o sujeito que substitua a relação de tutela instaurada pela psiquiatria” (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 73-85). Como oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar surge, no contexto da Reforma Psiquiátrica, a atenção psicossocial como paradigma do modo psicossocial.

A origem das práticas de atenção psicossocial, como designação de experiências significativas no contexto da saúde mental, está relacionada às contribuições das diferentes experiências históricas de reforma, que incluem as Comunidades Terapêuticas e a Antipsiquiatria, na Inglaterra, a Psicoterapia Institucional, na França, a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, nos Estados Unidos e a Psiquiatria Democrática, na Itália³. No caso brasileiro somam-se as contribuições das políticas públicas e das experiências locais pioneiras dos centros e núcleos de atenção psicossocial, em Santos, São Paulo.

O modelo psicossocial vem ganhando elementos tanto em termos teórico e técnico quanto ideológicos e éticos, aptos a constituírem um novo paradigma para as práticas em saúde mental, capaz de substituir o paradigma psiquiátrico que ainda é dominante. Costa-Rosa (et al., 2003, p.31), observa que de modo geral os elementos teóricos subjacentes a essas experiências passam principalmente pelas idéias sociológicas e psicológicas, pelo materialismo histórico, pela psicanálise e pela filosofia da diferença. Nesse sentido, é importante indicar que o lugar social da saúde mental é um lugar de

³ Estudos sobre estas experiências encontram-se em DESVIAT (1999); ROTELLI (2001).

conflito, confronto e contradição. Entender a saúde mental dessa forma implica em reconhecê-la como expressão e resultante de relações e situações sociais concretas. “Por qualquer perspectiva que se olhe, tratar-se-á sempre de um eterno confronto: pulsações de vida/pulsações mortíferas; inclusão/exclusão; tolerância/intolerância” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p. 29).

A operacionalização da Reforma Psiquiátrica, através da implantação da rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, territorializados e integrados à rede de saúde, tem sido uma construção lenta e difícil, perpassada por interesses políticos e econômicos. Muitas vezes são privilegiados procedimentos técnico-burocráticos, assistenciais, em prejuízo de um serviço que tenha como foco o tratamento da pessoa humana na sua dimensão integral. Por outras, a Reforma Psiquiátrica é entendida como sinônimo de reestruturação de serviços; introdução ou modernização de novas tecnologias de tratamento e cuidado; promulgação de uma nova legislação. Em geral, os problemas passam pela tendência de tornar a Reforma a implantação de centros de atenção psicossocial, de forma a banalizar o serviço, fazendo com que estes sejam uma extensão do hospital psiquiátrico (AMARANTE, 2005).

Não obstante, a transformação do modelo de atenção tradicional requer a construção de uma rede de atendimento ampla, com serviços diversificados e complementares, substitutivos das práticas asilares. O modelo substitutivo não significa alternativo, paralelo, complementar ou intermediário do sistema tradicional. Trata-se de um serviço forte, que comporta uma estrutura complexa em que o sentido das práticas deve ser alterado do “eixo da clínica” para o “eixo da cidadania”. Isso significa olhar para a pessoa-sujeito e não unicamente para a doença (AMARANTE, 2005).

Pensar a mudança do paradigma teórico-conceitual clássico significa provocar uma transformação na cultura da forma tradicional de ver e lidar com a loucura, buscar a construção de um outro lugar social para a loucura e a doença mental, a partir de uma transformação das relações sociedade-loucura/doença mental.

Nesse processo, os centros de atenção psicossocial (CAPS) constituem-se no “braço” do modelo psicossocial. Tornam-se serviços privilegiados para o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial e dispositivos estratégicos para a mudança da atenção em saúde mental.

De acordo com as normatizações do Ministério da Saúde, são atribuições dos CAPS: organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; prestar atendimento em regime de atenção diária; oferecer cuidado clínico eficiente e personalizado; realizar a

dispensação de medicamentos; acompanhar usuários que moram em residências terapêuticas; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, assessorando o trabalho dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território ou área de abrangência (BRASIL, 2004).

No sentido de favorecer o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, bem como estimular a mudança da lógica de ver e lidar com a “doença” e o “doente mental”, o direcionamento da Política Nacional de Saúde Mental preconiza que os projetos terapêuticos dos CAPS podem ultrapassar a estrutura física da unidade, em busca da rede de suporte social comunitária. O atendimento prestado deve ser através de projeto terapêutico individualizado, construído conjuntamente com o usuário. A preocupação principal não deve ser o estabelecimento de um diagnóstico clínico, mas sim o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2004).

Com base no exposto, a presente dissertação de mestrado tem como recorte de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - O Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. A escolha deste CAPS deve-se ao fato de ser este um serviço público de atendimento diário a portadores de transtornos mentais adultos, único nesta modalidade no município. A população de Florianópolis conta com outros dois centros de atenção psicossocial, um para atendimento de crianças e adolescentes (CAPSi) e outro para atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (CAPSad).

O CAPS Ponta do Coral constitui-se no principal serviço de atendimento extra-hospitalar na realidade local, desempenhando um papel central na assistência a portadores de transtornos mentais graves. A rede municipal de atenção em saúde mental é incipiente, com poucos recursos e o CAPS enfrenta diversas dificuldades na realização de suas atividades, concentrando uma demanda de atendimento superior a sua capacidade.

Destacamos a relevância deste estudo na medida em que está em curso no país uma reforma nos serviços de assistência em saúde mental, em que a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos pelo cuidado comunitário/ambulatorial tem sido a

diretriz básica para a reorganização da política de saúde mental, desde o nível federal aos níveis estadual e municipal.

A reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

O processo de reestruturação dos serviços de saúde mental está baseado na organização de uma rede comunitária de cuidados. Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esportes etc), culturais, religiosos e de lazer são convocados para potencializar as equipes de saúde na tarefa de realizar ações de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004).

Fazem parte desta rede de serviços de saúde mental os centros de atenção psicossocial, os núcleos de atenção psicossocial (NAPS), os serviços residenciais terapêuticos (SRTs), os hospitais gerais, os centros locais de saúde, as equipes de saúde da família e agente comunitários de saúde, entre outros. Particularmente, neste trabalho, nos interessamos por estudar os CAPS por estes assumirem um papel central na organização da rede, constituindo-se em serviços de atenção que “almejam à outra lógica, outra fundamentação teórica-técnica e outra ética, que não mais a do paradigma psiquiátrico” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.19).

Os CAPS foram criados para serem substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos, oferecendo atendimento em saúde mental à população de sua área de abrangência. São atendidas pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, incluindo aquelas que apresentam transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e crianças e adolescentes. As práticas realizadas neste tipo de serviço devem caracterizar-se por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro, na comunidade.

Oficialmente os CAPS foram instituídos pela Portaria GM/MS N°224/1992 e definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam uma população adscrita definida pelo nível local e oferecem atendimento de cuidados intermediários entre

o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (BRASIL, 2002b).

Atualmente, os CAPS são regulamentados pela Portaria GM/MS N° 336/2002 e integram a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta portaria estabelece critérios de porte/complexidade e abrangência populacional aos CAPS, classificando-os nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad⁴. A classificação dos diversos tipos de CAPS difere, basicamente, quanto ao tamanho da população pela qual se responsabilizam e quanto ao regime de funcionamento.

Os profissionais que trabalham nos CAPS integram uma equipe multiprofissional. São técnicos de nível superior e nível médio, de diferentes áreas de formação. Os profissionais de nível superior são médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física entre outros necessários para as atividades oferecidas, de acordo com o projeto terapêutico do CAPS. Os profissionais de nível médio podem ser técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores, artesãos, profissionais de limpeza e cozinha (BRASIL, 2004).

As equipes técnicas possuem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. Cabe aos profissionais a tarefa de organizar-se para realizar o acolhimento dos usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, realizar as atividades de reabilitação psicossocial, equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas.

Ao considerarmos as práticas em saúde mental de um centro de atenção psicossocial nosso objeto de estudo estamos entendemos que é a partir delas que a mudança de paradigma se torna possível, haja vista que a estruturação de uma rede de

⁴ O CAPS I tem capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e deve funcionar das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira; o CAPS II atende municípios com população entre 70.000 e 200.000, deve funcionar das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas; o CAPS III atende municípios com população acima de 200.000 habitantes, funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana. Já os CAPSi e os CAPSad possuem características diferenciadas dos demais. O CAPSi é referência para municípios com população acima de 200.000 habitantes e constitui-se em um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período até 21 horas. Os CAPSad destinam-se a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. É indicado em municípios com população acima de 100.000 habitantes, funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas (BRASIL, 2002b).

novos serviços de saúde mental não constitui por si só uma ruptura com o paradigma das práticas asilares, da segregação e da tutela do portador de transtorno mental. Contudo, sabemos que analisar uma realidade institucional é uma tarefa difícil, principalmente quando nos propomos olhar esta realidade em movimento, permeada de contradições e como fruto de um processo sócio-histórico.

Nesse sentido, elegemos como sujeitos informantes os profissionais que atuam no Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, por entendermos que a eles cabe a tarefa de realizar as atividades institucionais cotidianas. Esses profissionais integram uma equipe multiprofissional e assumem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. A nosso ver, constituem-se atores sociais centrais no processo de implementação e operacionalização da Reforma Psiquiátrica na realidade local.

Com isso queremos destacar que os profissionais de saúde mental exercem um papel relevante para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, seja como partícipes dos movimentos sociais, como gestores da política de saúde mental e/ou como trabalhadores (técnicos) nos serviços de assistência. Particularmente, aos profissionais dos CAPS cabe o compromisso de operacionalizar a mudança da lógica da assistência, na medida que estão atuando em um serviço considerado um dispositivo estratégico da rede de assistência em saúde mental. Esses profissionais estão diretamente ligados aos usuários do serviço e a implementação da política de saúde mental, função que os coloca na linha de frente de um cenário novo que vem passando por formulações e reformulações nos campos “político-jurídico, técnico-assistencial, epistemológico e sociocultural” (AMARANTE, 2003).

Torna-se pertinente ressaltar que o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) teve forte influência nos avanços ocorridos na mudança da assistência psiquiátrica. Constituído inicialmente de técnicos de saúde mental buscava a melhoria da assistência psiquiátrica e denunciava a situação precária dos manicômios. O MTSM posicionou-se em relação à assistência prestada, politizou a questão da Reforma, construiu uma linha de pensamento crítica no campo da saúde mental. Organizados, os trabalhadores criaram fóruns de discussões locais de caráter técnico e político e defenderam as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Posteriormente, o movimento ampliou-se no sentido de ultrapassar sua natureza técnico-científica, organizou sua estrutura administrativa como fórum nacional e passou a ser designado Movimento da Luta Antimanicomial, tornando-se um movimento social que passou a englobar várias entidades como associações de usuários

e familiares⁵, ONGs, entre outras (AMARANTE, 1994, 1995a; SOUZA, 2001; VASCONCELOS, 2000b, 2004).

Assim, nos parece certo que os profissionais de saúde mental são atores sociais influentes na efetivação da Reforma Psiquiátrica. Razões significativas para pesquisar e valorizar suas experiências e opiniões, na medida em que seus relatos podem indicar como vem se realizando no dia-a-dia a Reforma, bem como contribuir para a construção de novas práticas e a produção de novos saberes. E, entendemos como Foucault, que os saberes não são apenas conhecimentos acadêmicos, produções que se autodenominam científicas. Os saberes também estão onde são produzidos, pois sempre criam visões de mundo, produzem histórias e História.

Dessa forma, a presente pesquisa tem a finalidade específica de contribuir para a análise das práticas locais de saúde mental, a partir do estudo da realidade vivenciada no CAPS de Florianópolis e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Lembramos, ainda, que neste ano de 2006 o CAPS Ponta do Coral completa dez anos de atividades, fato que nos leva a destacar a importância de um estudo que identifique as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação deste serviço. No geral, busca-se fornecer subsídios para os avanços nas políticas de saúde mental e contribuir para a produção de conhecimentos sobre a realidade da prática das políticas públicas de saúde mental. Para tanto, elegemos como eixos de estudo e análise cinco pontos, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social e integração com a rede municipal de assistência em saúde.

Constitui-se como objetivo geral do presente estudo a análise da realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Para alcançarmos este definimos como objetivos específicos: 1) caracterizar a estrutura e os recursos financeiros disponibilizados

⁵ Cabe registrar que no campo da saúde mental encontram-se associações de composição variada. Há associações de usuários; associações de familiares; associações de usuários e familiares; associações de usuários, familiares e técnicos; associações de usuários e técnicos; e associações de técnicos e familiares. Em sua maior parte, o processo organizativo das associações é conduzido por elementos de constituição de laços de solidariedade e ajuda mútua. Contudo, existem associações que são favoráveis à agenda de inovações da assistência colocada pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e, outras, que se caracterizam como uma comunidade de veto em relação à mesma agenda (SOUZA, 2001).

e sua adequação às atividades do Caps; 2) conhecer as práticas assistenciais desenvolvidas pelo CAPS com relação ao projeto terapêutico e como se organiza o trabalho da equipe técnica; 3) identificar como ocorrem as práticas institucionais de participação do usuário e da família no tratamento e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica; 4) identificar se existem e quais são as ações institucionais, intersetoriais e/ou outras criadas com relação a inserção social do portador de transtornos mentais; 5) descrever e analisar a relação existente entre o CAPS e a rede municipal de assistência em saúde com relação a operacionalização da política de saúde mental e do SUS; 6) identificar quais as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação do CAPS, pontos positivos e negativos.

1.1 Procedimentos metodológicos

Para operacionalizar os objetivos do nosso estudo foi realizada uma pesquisa de caráter qualitativo, do tipo estudo de caso. Segundo Minayo (1994), a pesquisa qualitativa, nas ciências sociais, responde a questões particulares, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Isso significa considerar que trabalhamos com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que correspondem a pontos mais profundos das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser quantificáveis. E, segundo Chizzotti (2003, p. 104), em geral, a pesquisa qualitativa objetiva provocar o esclarecimento de uma situação para uma tomada de consciência pelos próprios pesquisados dos seus problemas e das condições que os geram, a fim de elaborar meios e estratégias de resolvê-los.

Dentre os tipos de pesquisa qualitativa, o estudo de caso talvez seja um dos mais relevantes. É uma modalidade que propicia retratar uma realidade de forma ampla e profunda, de forma a revelar a multiplicidade de dimensões presentes numa determinada situação e contextualizar o objeto para melhor compreendê-lo (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Nesta forma de estudo, o caso é tomado como unidade significativa do todo porque tanto retrata uma determinada realidade quanto revela a multiplicidade de aspectos globais presentes em uma dada situação (CHIZZOTTI, 2003). A principal função do estudo de caso é a explicação sistemática de fatos que ocorrem no contexto social e geralmente se

relacionam com uma multiplicidade de variáveis. Essa técnica caracteriza-se por ser um estudo intensivo, o qual deve considerar a compreensão geral do assunto investigado (FACHINI, 2001).

O local escolhido para a realização do estudo, o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, é um serviço público, municipal, cadastrado na modalidade CAPS II, situado à rua Rui Barbosa, 713 (fundos), no bairro Agrônômica, Florianópolis/SC. CAPS Ponta do Coral funciona das 8h às 18hs e atende uma demanda média diária de 40 usuários. O serviço foi criado em março de 1996 e funciona neste endereço desde o mês de dezembro do mesmo ano⁶.

A principal fonte de informação da presente pesquisa constituiu-se das falas dos profissionais, de formação de nível superior, e, no resultado do formulário aplicado a todos os membros da equipe do CAPS Ponta do Coral. Utilizamos para a coleta de informações a entrevista semi-estruturada, gravada, com questões abertas, e a aplicação de formulário com questões fechadas (Apêndices A e B). As entrevistas foram orientadas por um roteiro com perguntas estruturadas e agrupadas em cinco blocos correspondentes aos eixos de estudo da pesquisa. De acordo com Trivinos (1987), a entrevista semi-estruturada geralmente parte de certos questionamentos básicos, de perguntas fundamentais derivadas da teoria que é adotada para a pesquisa e de informações que o pesquisador possui sobre o tema a ser pesquisado.

Na pesquisa qualitativa, a entrevista é uma das técnicas mais utilizadas na coleta do material empírico. No tipo de estudo escolhido, foi possível perceber que a entrevista constituiu-se na ferramenta capaz de possibilitar a obtenção de dados mais profundos da realidade, os quais só podem ser obtidos com a contribuição dos sujeitos envolvidos.

O trabalho empírico para coleta dos dados e das informações na Instituição foi realizado entre a segunda quinzena do mês de março e a primeira quinzena do mês de abril de 2006 (16/3/2006 a 13/4/2006). A coleta teve início após a apresentação e solicitação de autorização para a realização da pesquisa à coordenação da Instituição. O projeto foi encaminhado à Comissão de Ensino e Pesquisa do CAPS II Ponta do Coral e à Direção de

⁶ A implantação do serviço foi efetivada em 25/3/1996, ficando instalado, provisoriamente, junto ao Centro de Saúde II do Centro de Florianópolis (atual ULS Centro), na Avenida Rio Branco. Em dezembro do mesmo ano foi transferido para o atual endereço, passando a ser chamado NAPS Ponta do Coral. Seu credenciamento no Ministério da Saúde aconteceu ao longo do ano de 1997. Em 2002, a Portaria GM n° 336 regulamentou a denominação dos antigos NAPS para CAPS (STUANI, 2005).

Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis para parecer. Mediante o parecer favorável (Anexo A) das referidas instâncias, foi realizada, em reunião de equipe, a apresentação do projeto aos profissionais do CAPS Ponta do Coral. Concluída esta etapa, foi realizada a entrevista pré-teste. A escolha do profissional observou os critérios constantes da metodologia do projeto. A entrevistada foi uma profissional da área da psicologia (área que tem mais de um profissional no CAPS) que tinha disponibilidade para a realização da entrevista na data escolhida. A partir desta entrevista, foram realizadas pequenas alterações no roteiro, com vistas a agrupar algumas perguntas, no sentido de diminuir o tempo necessário à efetivação da mesma. A referida entrevista teve a duração aproximada de uma hora e vinte minutos, acrescida de mais quinze minutos para a aplicação do formulário, totalizando uma hora e trinta e cinco minutos.

No total, foram realizadas seis entrevistas e aplicados doze formulários, de acordo com a metodologia estabelecida, a qual privilegiou, para a entrevista, o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de ensino superior, dentre as existentes no CAPS Ponta do Coral, quais sejam: psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Os formulários foram aplicados a todos os profissionais de formação de nível superior e de formação de nível médio. Foi necessário realizar sorteio do profissional a ser entrevistado apenas com relação a área da psicologia, por esta ter quatro profissionais atuando na equipe do CAPS. Como utilizamos um deles para a realização do pré-teste, participaram do sorteio apenas os outros três. O sorteio foi realizado na presença de outras duas profissionais da equipe.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos profissionais. A aplicação dos formulários foi simultânea e obedeceu ao mesmo critério. No caso de três dos profissionais entrevistados não foi possível realizar a aplicação do formulário no momento da entrevista, a pedido dos mesmos, devido a limitações de tempo. As entrevistas foram gravadas em fitas cassete, com a autorização prévia dos entrevistados, e, posteriormente, as falas foram transcritas.

As informações e os dados coletados foram sistematizados e classificados, de acordo com os eixos de pesquisa, e posteriormente analisados com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os dados originados dos formulários foram analisados e tratados descritivamente, ou seja, reduzidos a termos descritivos. Para efeito de padronização e de comparação foi adotado o método da porcentagem.

A análise final, que, segundo Minayo (1994), corresponde a um movimento contínuo entre o empírico e o teórico e vice-versa para fazer do caos aparente das

informações revelações da sua especificidade, foi construída pela síntese das informações coletadas em cada eixo de estudo, previamente definidos.

As questões éticas foram consideradas em todas as etapas do estudo, especialmente, na relação com os entrevistados, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) e dentro do que determina a Resolução N° 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde e o Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina. Os profissionais foram informados e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa quando da apresentação do projeto em reunião de equipe e individualmente antes da realização da entrevista. Foi preservado o anonimato dos entrevistado ao se utilizar codinomes para referenciar as falas no trabalho, destacando-se que os mesmos escolheram livremente seu próprio apelido quando da realização da entrevista. Apenas uma das entrevistadas optou por deixar a cargo da pesquisadora a escolha do codinome.

O trabalho que ora apresentamos está organizado de forma a contemplar, neste primeiro capítulo, a introdução do tema e a metodologia utilizada na pesquisa; no segundo capítulo descrevemos, sistematizadamente, o norte teórico utilizado como referência para a análise dos dados e das informações coletadas; no terceiro capítulo trazemos os resultados e as análises da pesquisa. Ao final, resgatamos os principais tópicos relacionados aos eixos de estudo e expomos nossas considerações finais sobre o tema.

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA

Procuramos expor neste capítulo uma síntese das análises de alguns autores que têm contribuído para o avanço nas discussões sobre a Reforma Psiquiátrica, bem como a definição do que vem a ser este outro modelo de atenção em saúde mental – o Modo Psicossocial, tanto em seus aspectos prático-assistenciais quanto em suas exigências éticas e teóricas, no sentido de construirmos o norte teórico orientador das análises da presente pesquisa.

Todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, na atualidade, bem como a literatura da área estabelecem a categoria teórico-prática “desconstrução” como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade nas ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Reiteram, também, a incapacidade da psiquiatria de explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (BASAGLIA, 1985; ROTELLI, 1990). Neste sentido, a proposta da Reforma Psiquiátrica objetiva criar experiências alternativas ao hospital psiquiátrico e ao modelo de suas práticas, através da extinção desse tipo de instituição e sua substituição por recursos que sejam capazes de rever tanto as concepções do “objeto” quanto dos “meios” e modos da sua intervenção nessa área.

A partir das contribuições colocadas por Fleury (et. al., 1989), com relação ao conceito de Reforma Sanitária como um “processo de transformação estrutural”, e da noção de *processo social complexo* proposta por Rotelli (1990), Paulo Amarante (2003, p.49), define Reforma Psiquiátrica como:

um processo social complexo que se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade.

Nessa concepção, o autor observa que processo indica algo em permanente movimento, que não tem um fim predeterminado, nem um objetivo último ou ótimo. E, a idéia de complexidade é posta não como sinônimo de complicação, mas sim como uma atitude epistemológica no sentido de reabrir a possibilidade de recomplexificação do fenômeno, proposição oposta a naturalização/objetualização da noção de doença. Neste sentido, a doença deixaria de ser reduzida a uma alteração biológica, para tornar-se um

processo de saúde/enfermidade. Em outras palavras, “a doença não é um objeto, mas uma experiência nas vidas de sujeitos distintos” (AMARANTE, 2003, p.53).

Na continuidade de suas análises sobre a Reforma Psiquiátrica Amarante (2000, 2003) designa quatro dimensões para as transformações operadas na e pelas práticas da Reforma, quais sejam: teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural.

A dimensão teórico-conceitual ou epistemológica contempla o conjunto de questões que dizem respeito a produção de conhecimentos e saberes que irão subsidiar as práticas. É uma dimensão que vai desde a reflexão dos conceitos mais fundamentais do campo das ciências até os conceitos produzidos pela psiquiatria: alienação, doença mental, normalidade/anormalidade, terapêutica e cura. Um aspecto muito importante desta dimensão refere-se ao desafio de se repensar as relações entre conhecimento e objeto (AMARANTE, 2003).

Na interpretação de Costa-Rosa (et al., 2003, p. 32), o campo teórico-conceitual pauta-se na desconstrução de conceitos e práticas, sustentados pela psiquiatria e pela psicologia nas suas visões acerca da doença mental. Propõe-se como contrapartida a construção de noções e conceitos como “existência-sofrimento” do sujeito na sua relação com o corpo social, acolhimento, cuidado, emancipação e contratualidade social. Nesse âmbito, pode-se entender que o conceito de existência-sofrimento impulsiona a Reforma Psiquiátrica na direção de uma revolução paradigmática, uma vez que questiona a tão cara relação sujeito-objeto e o próprio paradigma doença-cura. Tal conceito aparece por contraposição ao paradigma doença-cura, expressando a exigência de se dar ao sujeito a centralidade da cena.

Como exemplo desse campo Amarante (2003, p. 50) destaca o processo de desconstrução do conceito de clínica, que deixaria de ser o isolamento terapêutico ou o tratamento moral para tornar-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades; a desconstrução do conceito de doença produzido pela psiquiatria, em que o sujeito, não mais visto como alteridade incompreensível, possibilitará outras formas de conhecimento, que produzirão novas práticas clínicas e sociais.

Cabe destacar que quando um conceito é submetido ao processo de desconstrução é possível supor que as relações entre as pessoas envolvidas também serão transformadas, assim como os serviços, os dispositivos e os espaços. Conseqüentemente, mudam, ainda, os conceitos e as práticas jurídicas que eram adotadas pelos conceitos desconstruídos.

Para Basaglia (1985) e Rotelli (1990), desconstrução está relacionada à noção de *invenção*, de construção do real, de produção da subjetividade, recolocando em discussão a ciência e a psiquiatria. Os autores referem-se a “desconstrução” do dispositivo psiquiátrico e clínico em seus paradigmas fundantes e suas técnicas de poder-saber, entendendo-a como uma ação prática de dismantelamento das incrustações institucionais que cobriam a doença. A desconstrução questiona as bases do dispositivo psiquiátrico, em sua competência para atuar frente à loucura.

Entende-se desconstrução como um processo social complexo, de desmontagem do dispositivo psiquiátrico, que não tem fim, ou não pretende constituir, um modelo ideal, mas sim dar novo significado às relações e colocar questões imanentes às situações-problema. Nesse sentido, é um processo que precisa, por definição, ser reinventado incessantemente, e questionar também o conjunto dos segmentos sociais que deveria ser [...] objeto de uma verdadeira "revolução molecular", quer dizer, de uma re-invenção permanente (GUATTARI, 1992 apud TORRE; AMARANTE, 2001, p. 14).

A dimensão político-jurídica passa pela criação e alterações na legislação com relação aos direitos e a assistência ao portador de transtornos mentais. O âmbito jurídico é decorrente do fato de a psiquiatria ter instituído a noção de relação entre loucura, periculosidade, irracionalidade, incapacidade, irresponsabilidade civil. No plano político luta-se pela extinção dos manicômios e sua substituição por instituições abertas, pela revisão das legislações sanitárias, civil e penal referente a doença mental, para possibilitar o exercício dos direitos à cidadania, ao trabalho e à inclusão social. Importa nessa dimensão rediscutir e redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais (AMARANTE, 2003, p. 53; COSTA-ROSA, et al., 2003, p. 33).

No âmbito da dimensão técnico-assistencial está o modelo assistencial. É nesse campo que, na realidade brasileira, aparecem mais visivelmente as inovações com relação as práticas assistenciais em saúde mental, concomitante a reconstrução dos conceitos. As transformações vêm acontecendo tanto na concepção de novos serviços (CAPS, oficinas terapêuticas e de reintegração sociocultural, cooperativas de trabalho) quanto na sua forma de organização e gestão (instituições abertas com participação e co-gestão com os usuários e a população).

Nos últimos anos têm-se objetivado construir uma rede de novos serviços, concebidos como espaços de sociabilidade, de trocas, em que se enfatiza a produção de saúde como produção de subjetividades. Essas mudanças indicam para uma mudança nas práticas de atenção e tem significado *colocar a doença entre parênteses*, propiciando

contato com o sujeito, rompendo com as práticas disciplinares; aumentando a possibilidade de recuperação do seu estatuto de sujeito de direitos (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 32-33; AMARANTE, 2003, p.51).

A expressão *colocar a doença entre parênteses* é atribuída a Basaglia, significa a suspensão do conceito e implica na possibilidade de novos contatos empíricos com o fenômeno em questão. Para o autor, a psiquiatria colocou o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença como fenômeno da natureza. Assim, Basaglia propõe uma inversão, isto é, colocar a doença entre parênteses para tornar-se possível lidar com o sujeito e não com a doença.

Amarante (2003) chama a atenção para o fato de a atitude epistemológica de colocar a doença entre parênteses não significa a negação da doença no sentido do não se reconhecer que experiências de sofrimento ou diversidade fazem parte da realidade concreta da saúde mental. Nas palavras do autor:

não significa a recusa em aceitar que exista uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar. Significa, isto sim, a recusa a explicação da psiquiatria, para dar conta daquela experiência, como se esta pudesse ser explicada pelo simples fato de ser nomeada como doença. A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia social e política da exclusão, e a ruptura epistemológica com o saber da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para objetivar conhecer a subjetividade (AMARANTE, 2003, p. 56).

A dimensão sociocultural expressa o objetivo maior da Reforma Psiquiátrica, haja vista que pretende transformar o *lugar social* da loucura no imaginário social, transformando as relações entre a sociedade e a loucura. Muito do imaginário social é decorrente da ideologia psiquiátrica que tornou senso comum a relação da loucura à incapacidade do sujeito de estabelecer trocas sociais e simbólicas (AMARANTE, 2003, p. 53).

Para tanto se têm estimulado uma série de práticas sociais visando transformar o imaginário social relacionado a loucura, a doença mental e a anormalidade. Está em processo de mudança a imagem da loucura e do louco, a imagem da instituição e a da relação dos usuários e a população com ela. A intencionalidade passa pela construção de uma imagem das instituições de atendimento como espaços abertos de circulação e pólos de exercício estético, e uma imagem do “louco” como cidadão que deve almejar poder de contratualidade social (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 33).

Pensar a Reforma Psiquiátrica como um processo complexo implica desconstruir, superar conceitos; pensar, refletir sobre as ações no campo da saúde mental e os efeitos de

suas práticas; criar, construir novas práticas e produzir outros saberes. Trata-se, portanto, de um processo contínuo em que os verbos transformar, produzir, desconstruir, desmontar, emancipar, reconstruir devem estar no cotidiano do fazer em saúde mental.

2.1 O Modo Psicossocial

A elaboração das práticas do modo psicossocial é tributária de diferentes movimentos sociais científicos e vários campos teóricos. Sob esse aspecto, Abílio da Costa-Rosa (2000; 2003), busca especificar elementos básicos do novo paradigma traçando um paralelo de análise entre as práticas constitutivas do modo asilar e aquelas exigidas ao modo psicossocial⁷.

As principais características do modo asilar são: ênfase na consideração de determinantes orgânicos nos problemas que se pretende tratar, o que implica que o seu meio básico seja medicamentoso; pouca ou nenhuma consideração da existência do sujeito, o que implica que não se insista na sua mobilização como participante do tratamento. O indivíduo continua sendo visto como doente, tanto em relação à família quanto em um contexto social mais amplo. Daí decorre que a intervenção seja quase exclusivamente centrada nele. As aproximações da família, quando ocorrem, costumam ter caráter apenas pedagógico e assistencial. Dessa consideração do indivíduo como centro do problema, entre outros fatores, decorre também seu isolamento em relação ao meio familiar e social.

Ainda, com relação as práticas assistenciais, no modo asilar, o trabalho é realizado sem que os profissionais se encontrem para conversar sobre a atividade comum. O prontuário é considerado o elo de interconexão entre os profissionais da equipe. Mesmo no caso em que o meio é multiprofissional, a determinação fundamental dos problemas continua, na prática, sendo biológica. Portanto, a eficácia do tratamento espera-se que venha da química. Sua instituição típica continua sendo o hospital psiquiátrico fechado,

⁷ O autor observa que esta análise tem uma dimensão histórica, na medida que inclui uma consideração dos avanços que tem ocorrido nas práticas concretas até o presente; e outra dimensão lógica, visto que decorre da dedução realizada, através do método de análise, das características imprescindíveis a um determinado dispositivo para que ele configure uma lógica contraditória com a dos dispositivos que pretende superar e substituir (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.36).

ainda que nas últimas décadas esse venha sendo alvo de reformas democratizantes, intermitentes e esteja acompanhado de dispositivos chamados extra-asilares.

No modo psicossocial a concepção do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos sustentados para lidar com esse processo requer a desinstitucionalização do paradigma “doença-cura” e sua substituição pelo “existência-sofrimento”, conjuntamente com a configuração de práticas de trabalho transdisciplinares.

Destacam-se como principais exigências ao modo psicossocial: a determinação e consistência psíquica e sociocultural dos problemas, e não orgânica; a desospitalização e a desmedicalização, o que significa desconsiderar a medicação como resposta única ou preponderante e a priori; o exercício da “clínica da escuta e da criação de si”, e não a clínica da observação e da retomada do estado anterior às crises; a horizontalização das relações intrainstitucionais; a participação dos usuários e da população em forma de autogestão e co-gestão; o livre trânsito dos usuários e da população; a ética do reposicionamento do sujeito, que significa reconhecer a implicação subjetiva como forma de singularização e não supressão sintomática.

Os dispositivos institucionais típicos do modo psicossocial são os centros e núcleos de atenção psicossocial, o Hospital-Dia, ambulatórios de saúde mental; equipes multiprofissionais de saúde mental, inseridas em Centros de Saúde; setores para tratamento em saúde mental, inseridos em hospitais gerais. Seus meios básicos de tratamento são a psicoterapia, a laboterapia, as socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural, além da medicação.

É decisiva a importância que se atribui ao sujeito, daí que se insista de maneira fundamental na sua mobilização como participante principal do tratamento. Não se deixa de considerar, por isso, a sua dimensão de indivíduo (orgânico e sócio-cultural). Dá-se ênfase à consideração da pertinência do indivíduo a um grupo familiar e social. Supõe-se que se deve trabalhar também a família e o grupo social como agentes das mudanças buscadas.

Da consideração de que não é o indivíduo o único problemático, sugere-se que se inclua no tratamento também a família e eventualmente um grupo mais ampliado. As formas de participação da família e do grupo ampliado no tratamento são várias e superam, em muito, as posturas assistencial e orientadora, características do modo asilar. As associações de usuários e familiares criadas no modo psicossocial são reflexos dessa nova postura em relação aos usuários.

No modo psicossocial, espera-se que as diferentes possibilidades de ação se estendam desde a continência do indivíduo, durante a crise, até o reconhecimento da implicação familiar e social nos mesmos problemas. Espera-se, portanto, que tanto uns quanto outros possam assumir a parte de seu compromisso na atenção e no apoio. Além disso, dá-se acentuada ênfase à reinserção social do indivíduo, sem perder de vista que, muitas vezes, não é a problemática com a qual ele chegou a responsável pela sua saída da circulação sociocultural.

Quanto às formas de organização institucional, no modo asilar estas são marcadas por estratificações de poder e saber no âmbito do pessoal da instituição, que se transladam para a relação com os usuários e a população, os quais estão excluídos de qualquer participação que não seja a do objeto inerte e o mundo. Já os dispositivos do modo psicossocial tem suas práticas fundamentadas na lógica da Psicoterapia Institucional e da Comunidade Terapêutica e, geralmente, estas são instrumentadas por meio de assembleias de usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental. Participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais no modo psicossocial, por oposição à estratificação e interdição institucionais à heterogestão e à disciplina das especialidades que dominam no modo asilar.

Neste sentido, o autor propõe designar a Atenção Psicossocial como paradigma do modo psicossocial, em oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar.

2.1.2 Atenção Psicossocial

O termo Atenção, no contexto da Reforma Psiquiátrica, assume o conceito de “dar e prestar atenção, acolher, receber com atenção, tomar em consideração, levar em conta e escutar atentamente”. Designa uma parte fundamental do contorno que se pretende imprimir às ações de Atenção Psicossocial nas práticas em saúde mental. Expressa certos princípios relativos, sobretudo, à forma das relações dos agentes institucionais e das próprias instituições como dispositivos, com os sujeitos usuários e suas demandas (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 22).

Já o conceito Psicossocial designa as práticas em Saúde Mental Coletiva que se inscrevem como transição paradigmática da psiquiatria; enquanto que o termo psicossocial

agrega ao 'objeto' das práticas em saúde mental aspectos psíquicos e sociais, e tem a função de designar experiências reformadoras em sentido amplo (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 19).

Segundo o autor, ao somatizar aspectos sociais e psíquicos aos aspectos biológicos do paradigma e do objeto da psiquiatria a Atenção Psicossocial vai promover transformações nas concepções do objeto, nos modos de conceber e estruturar a instituição como dispositivo e, sobretudo, na forma de conceber e estruturar as relações terapêuticas, que tem, por sua vez, implicações éticas radicalmente distintas das práticas asilares.

A Atenção Psicossocial subentende ações diferenciadas das contidas no paradigma asilar e psiquiátrico. Na definição de Costa-Rosa Luzio e Yasui (2003, pp. 34-36):

a Atenção Psicossocial parece configurar um campo capaz de congrega e nomear todo o conjunto das práticas substitutivas ao Modo Asilar, conservando ao mesmo tempo a abertura necessária para a inclusão das inovações que ainda estão se processando e para outras que certamente virão. [...] As práticas de Atenção Psicossocial representam a sedimentação de um vasto conjunto de variações teórico-técnicas e éticas, mais ou menos radicais, conforme o caso, em relação às práticas vigentes e dominantes, que estão no lugar estrutural de sua alteridade necessária.

Os autores argumentam que a Atenção Psicossocial tem sustentado um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas norteadas pela aspiração de substituírem o modo asilar, e algumas vezes o próprio paradigma da psiquiatria. As ações na esfera político-ideológica trabalham em sintonia com os movimentos sociais que lutam pelo resgate da dignidade humana e dos direitos individuais e coletivos de cidadania. As ações teórico-técnicas referem-se à produção de novas formas de intervenção que possibilitem a construção de novos dispositivos que trabalhem pela transformação radical dos modelos institucionalizados e da ética em que se pautam.

Atenção Psicossocial, entendida como paradigma do modo psicossocial, designa concepções contrárias ao modo asilar. Quando referida as políticas públicas de saúde mental aspira a inclusão de aspectos políticos, econômicos, sociais, culturais e outros relacionados com ações que visam a construção de práticas de emancipação para a cidadania. Neste trabalho, se refere ao modelo de atenção em saúde mental que deve nortear as práticas dos serviços substitutivos, especificamente, a dos centros de atenção psicossocial.

Dessa forma, a complexidade e amplitude das práticas de Atenção Psicossocial inclui como seus componentes necessários, os conceitos e as práticas englobadas na desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, a partir de uma perspectiva baseada no aumento da contratualidade social dos usuários das instituições.

2.2 Desinstitucionalização

A desinstitucionalização tem sua origem nas experiências desenvolvidas por Franco Rotelli (1990), na Psiquiatria Democrática italiana. Segundo o autor, o primeiro passo da desinstitucionalização consiste em desmontar a relação problema-solução, renunciando a busca da solução racional (tendencialmente ótima) que no caso da psiquiatria é a normalidade plenamente restabelecida.

“O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de “cura” mas no projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente” (ROTELLI, 1990, p.30). Neste sentido, trata-se de um processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito doente. A desinstitucionalização traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação na qual exista reciprocidade entre sujeitos - uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade.

Nas palavras do autor,

A desinstitucionalização é, sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. [...] Depois de ter descartado a ‘solução-cura’ se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento (ROTELLI, 1990, p.33).

Em sua origem, os pressupostos da desinstitucionalização encaminham-se no sentido da restituição da subjetividade do indivíduo, possibilitando-lhes a recuperação de sua contratualidade, isto é, da posse de recursos para trocas sociais e, por conseguinte, para a cidadania social. Contudo, alguns estudos sobre as mudanças operadas na assistência no

âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira apontam para a compreensão da desinstitucionalização como desospitalização⁸.

Segundo Spricigo (2001), a desinstitucionalização, não correlata da desospitalização, torna-se a um só tempo, processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito adoecido. Traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação em que exista reciprocidade entre sujeitos, uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade. Isso gera a necessidade de invenção de novas modalidades de mediação, não somente médicas, mas principalmente políticas, sociais e culturais.

Sobre esta questão, Amarante (1995b) enfatiza que a mudança desejada na assistência em saúde mental não corresponde simplesmente ao fechamento de hospitais psiquiátricos e o conseqüente abandono das pessoas em suas famílias ou nas ruas, nem no fechamento de leitos para reduzir custos, no sentido do neoliberalismo ou no sentido do enxugamento do Estado. Segundo o autor,

desinstitucionalização não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativo. Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social (AMARANTE, 1995b, p. 491-494).

⁸ Ver SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Série Teses em Enfermagem, n° 42)

Neste sentido, a proposta da desinstitucionalização está centrada em uma mudança completa do paradigma de saber em saúde mental e, do ponto de vista assistencial, na constatação de que o hospital psiquiátrico tradicional é antiterapêutico. Assim, a estratégia de conversão do sistema de cuidado deve partir da substituição do hospital psiquiátrico por um amplo rol de serviços abertos e comunitários, capazes de assistir o usuário desde a crise aguda até às necessidades mais amplas de caráter social. Nestes novos serviços, a reabilitação psicossocial vem se configurando como um lineamento para o desenvolvimento de programas, eticamente responsáveis, no sentido de dar conta da totalidade das demandas que os problemas mentais severos e persistentes requerem.

2.3 Reabilitação psicossocial

Na definição da Organização Mundial de Saúde (1987 apud PITTA, 2001) reabilitação psicossocial é o conjunto de atividade capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários.

Segundo Pitta (2001), a reabilitação psicossocial, no seu sentido instrumental, é representada por um conjunto de meios (programas e serviços) que são desenvolvidos para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes, ou seja, um processo para facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. Tal processo enfatiza as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo e a cada situação de modo personalizado.

Para Saraceno (2001), a reabilitação psicossocial prevê um processo de restituição e reconstrução de direitos políticos legais e sociais para o cidadão. Para tal, projetos de ressocialização devem promover o reconhecimento do portador de transtorno mental.

Para Kinoshita (2001), reabilitar é reconstruir valores, aumentar o poder contratual, criar condições de possibilidade para que um paciente possa, de alguma

maneira, participar do processo de trocas sociais, produzir dispositivos que, desde uma situação de desvalor quase absoluto (pressuposto), possa passar por experimentações, mediações que busquem adjudicar valores aptos para o intercâmbio, ou seja, modificar o pressuposto de desvalor natural para um pressuposto de valor possível proposto, explícito.

O autor considera que reabilitar pode ser entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia. Sendo que, a contratualidade do usuário vai estar, primeiramente, determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Se estes podem usar de seu poder para aumentar o poder do usuário ou não. Depois pela capacidade de se elaborar projetos, isto é, ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida.

Ainda, diretamente ligada a questão da reabilitação de pacientes está a necessidade de se estabelecerem diversificadas redes de relações, as quais melhor capacitariam os indivíduos a compreenderem quais determinações influenciam sua vida cotidiana, ampliando sua autonomia.

O conceito de autonomia aqui referenciado é entendido como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001).

3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Apresentamos, a seguir, os resultados e as análises da pesquisa realizada, a partir dos eixos que nortearam a coleta dos dados e das informações: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde.

3.1 Estrutura e recursos financeiros

O conjunto de serviços substitutivos ao modelo de atenção em saúde mental tradicional (manicomial/asilar), do qual os centros de atenção psicossocial fazem parte, é, atualmente, regulamentado pela Portaria GM/MS N° 336/2002. Esta portaria estabelece portes diferenciados, a partir de critérios populacionais, para abrangência, financiamento e tipo de serviço prestado, de acordo com cada modalidade de CAPS.

Com relação a estrutura física, os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender a sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado. Para tanto, devem estar equipados com consultórios individuais para consultas, entrevistas, terapias, salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitório, sanitários, área externa para oficinas, recreação e esportes (BRASIL, 2004).

Neste aspecto, O CAPS Ponta do Coral tem uma estrutura que compreende um terreno com área física total aproximada de 1.936,00m², destes, aproximadamente 421m² são de área construída. Fazem parte das instalações, uma casa com dois pavimentos, um anexo, utilizado como sala do brechó, área de lazer e estar externa, e estacionamento. O pavimento superior da casa comporta 2 varandas, sala de recepção, sala de espera, 2 áreas de circulação (corredores), sala de administração, 2 consultórios, sendo que no momento um é utilizado como sala administrativa para realização de procedimentos relacionados ao preenchimento das APACs⁹, 2 salas para atividades grupais com WC, sala de depósito de

⁹ Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo.

material, cozinha com despensa, refeitório com churrasqueira, sala ampla (auditório) equipada com multimídia, sala de enfermagem, sala de repouso, e 7 banheiros distribuídos no espaço físico do pavimento superior. No pavimento inferior encontra-se a sala utilizada pela associação de usuários, 2 salas para a realização de oficinas (com passagem de uma para outra), sala com forno, sala de depósito de material e lavanderia¹⁰.

De acordo a pesquisa realizada, 83,3% dos profissionais considera a área física do CAPS suficiente para o atendimento da demanda e 66,7% consideram as instalações adequadas para a realização das atividades propostas; apenas um profissional observou que considera a estrutura do CAPS suficiente desde que as oficinas produtivas sejam realizadas fora da unidade. A mesma porcentagem (66,7%) considera os equipamentos disponíveis suficientes. Neste âmbito, o serviço conta com computador com impressora, aparelho de telefone e fone/faz, televisão, mesas de escritório, cadeiras, quadro branco, maca para atendimento em enfermagem, camas de repouso, fogão industrial, pia, mesas e bancos no refeitório, bancos para estar e descanso, entre outros. Metade dos profissionais respondeu que os equipamentos estão em bom estado de utilização, com ressalvas para salas com pouca ventilação no pavimento inferior.

Já com relação aos materiais de consumo, 91,7%, correspondente a onze dos doze profissionais que responderam ao formulário, consideram que os materiais de consumo não são suficientes. Eles se referem à falta e irregularidade no recebimento de materiais básicos à manutenção do serviço, tais como copo descartável para água, papel higiênico, e, principalmente, material específico para uso nas oficinas terapêuticas e de produtividade. Esta situação pode ser observada nas falas dos profissionais, que identificam as dificuldades no funcionamento do CAPS com relação a falta de recursos materiais e financeiros:

[...] essa falta de recursos é isso que eu te digo, desde a parte administrativa, nós precisamos de papel, carbono, copo pra tomar água, por exemplo, agora nós somos uma Unidade Local de Saúde que não tem copo descartável, já faz quase quinze dias, vinte dias, não tem copo descartável; falta água, aí nós temos que esperar, sendo que é um lugar que transita muitos usuários, eles tomam medicação e precisam tomar água, eles tomam muita água, e acaba não tendo água potável; por exemplo, teve época que faltou papel higiênico, em um serviço onde os usuários chegam fazem lanche, almoçam, fazem lanche da tarde, eles passam o dia aqui, então precisa ter uma estrutura mínima de atendimento (LÉLI, 4/4/2006).

¹⁰ Conforme Planta Baixa da unidade constante no projeto de reforma e ampliação executado em 2003/2004.

[...] a gente tem também o problema de fornecimento de material de consumo já há algum tempo, também desde que essa administração começou (Gestão Municipal e da Secretaria de Saúde), o fornecimento de material de consumo é interrompido, a gente fica sem tinta pra impressora, sem papel, sem papel higiênico...; tem diversos itens desses que são necessários, fazem parte do funcionamento do dia-a-dia do serviço (F, 12/4/2006).

[...] as oficinas terapêuticas e produtivas, requerem um material específico que precisa de dinheiro, e aqui, na política específica do município não tem uma regularização quanto ao repasse desse dinheiro [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

[...] a falta de agilidade no fornecimento das reservas para as oficinas, tudo isso resulta em um prejuízo para o trabalho; ficou quase uns dois meses a oficina fechada por falta de material, por exemplo [...] (P, 17/3/2006).

Outra dificuldade mencionada pelos profissionais no funcionamento do serviço é o vale transporte dos usuários:

[...] o funcionamento em geral fica prejudicado porque na medida em que falta vale transporte o usuário não vem, não consegue se deslocar para vir até aqui, aí interrompe aquele projeto terapêutico que havia sido feito com o usuário [...] (VIK, 24/3/2006).

[...] a questão, por exemplo, da dificuldade que a gente tem aqui: o transporte dos pacientes, a questão do passe, é muito irregular; então, isso reduz a nossa produtividade também, porque os pacientes acabam não vindo. Muitas vezes a gente não pode, por exemplo, contar com aquele paciente que veio para uma entrevista inicial porque ele não tem como estar vindo no curto prazo, então, acho que isso, a questão do custo que é o transporte em Florianópolis, também acaba afetando o nosso trabalho, então, nesse sentido, a falta de regularidade no passe [...] (P, 17/3/2006).

A partir dessa relação entre as diversas necessidades para o funcionamento do serviço é possível perceber que os profissionais assumem como princípio uma concepção de saúde ampliada, na qual não basta somente o atendimento terapêutico. Outros fatores estão interligados e contribuem para que a assistência efetivamente ocorra. Contudo, a concepção e prática setorializada das políticas sociais brasileiras provoca situações dessa natureza, na medida em que não se trabalha a inter-relação entre elas. Esta forma de setorialização das políticas sociais, no entanto, não é característica apenas da realidade brasileira, mas uma “modalidade do Estado burguês” que traduz as expressões da questão social mediante a tipificação das políticas sociais (NETTO, 1992).

Várias iniciativas têm buscado romper com esta perspectiva como a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), que reafirmou a necessidade de se garantir e melhorar o acesso aos bens e serviços da sociedade: prover trabalho, creches, profissionalização, educação, lazer, escolas, habitação, transporte, segurança pública, saneamento básico. Também, destacou ser fundamental enfatizar a questão do transporte urbano acessível aos usuários, a fim de que seja garantido o deslocamento entre os serviços de saúde e sua moradia (BRASIL, 2002a).

Na seqüência da pesquisa realizada, dois entrevistados referiram que a falta e as dificuldades no fornecimento dos recursos materiais necessários estão mais acentuadas na atual gestão administrativa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)¹¹. Foram relacionadas, ainda, como dificuldades, a falta de um carro disponível para o CAPS, a falta de terapeuta ocupacional, de outro médico psiquiatra e outros profissionais de nível médio (auxiliar administrativo, pessoa para limpeza). Outras questões listadas estão relacionadas aos recursos humanos e as necessidades de integração do serviço na política municipal de saúde. Os profissionais relatam a existência de dificuldades de interação da equipe, falta de capacitação, supervisão institucional, falta de apoio institucional, falta de efetivação de uma rede de saúde mental e/ou a existência de uma rede de atenção ainda incipiente, em processo de formação, falta de estrutura para atenção às urgências, dificuldades do gestor em compreender a lógica da saúde mental, salários incompatíveis com as funções.

Os problemas relatados pelos profissionais aparecem diretamente relacionados à insuficiência dos recursos financeiros de custeio do serviço. Todos os entrevistados referiram que os recursos gerados pelo serviço, através das APACs, não são suficientes para a realização das atividades do CAPS. Dentre as atividades prejudicadas, o trabalho nas oficinas foi apontado como o principal, conforme aparece na fala a seguir:

o que requer mais recursos, atualmente, são as oficinas produtivas, por exemplo, houve uma paralisação de muitas das oficinas quando faltou recurso. O recurso não é exatamente suficiente. Eu acho que os R\$ 500,00 por mês é um recurso pequeno [...] acho que o recurso poderia ser maior, pelas necessidades ele acaba sendo reduzido, não é uma coisa que você possa comprar a vontade, assim, é limitado, muitas vezes, a oficina tira de uma pra passar pra outra (P, 17/3/2006).

¹¹ Gestão Municipal 2004/2008; a Gestão da Secretaria de Saúde referida é a de 2004 a abril de 2006 que teve como gestor o vereador Walter da Luz; à época da coleta dos dados empíricos houve mudança do gestor municipal de saúde, assumindo o cargo o ex-secretário estadual de saúde João José Cândido da Silva.

Um dos profissionais apontou como principal atividade prejudicada pela falta de recursos financeiros a questão do território. Segundo este, a falta de recursos interfere no atendimento prestado, no sentido de que não é possível realizar o acompanhamento, a inclusão e avaliação do usuário em seu território. De acordo com este profissional,

o dinheiro do CAPS pode ser melhor gerido se investir no território. Investir no território seria elaborar projetos, ter mais articulação com a associação de moradores, ou seja, com os recursos que o território oferece, e aí precisa aumentar a própria equipe porque vai ter equipes que vão ter que se deslocar do CAPS; vai ter que ter investimento em carro, daí vai ter que ter um motorista, os próprios agentes comunitários tem que ter essa parceria, isso tudo implica em financiamento. [...] como eu sempre digo, território é onde a vida acontece, onde a cultura é produzida, onde as manifestações de vida, elas estão mais visíveis [...], mas investir lá no território, a equipe tem que estar inserida lá, estar toda hora pensando e discutindo [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

De acordo com as recomendações da política do Ministério da Saúde, as ações de saúde mental devem obedecer a um modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas. São ações que envolvem práticas de reabilitação psicossocial, promoção da cidadania, construção da autonomia possível dos usuários no ambiente em que eles vivem, e que necessitam de uma equipe multidisciplinar capaz de trabalhar sobre a ótica da interdisciplinaridade (BRASIL, 2004).

Necessariamente, a mudança de um modelo assistencial requer a análise de sua estrutura de financiamento. Isso significa que as características singulares e diferentes dos CAPS, em relação aos modelos tradicionais de assistenciais, e a complexidade das ações desenvolvidas por estes serviços necessita vir acompanhada de uma mudança na lógica de alocação de recursos financeiros.

Atualmente, o principal órgão financiador dos CAPS é o Ministério da Saúde (MS). Com a publicação da Portaria GM/MS nº 336/2002 os CAPS passam a fazer parte das ações estratégicas do MS. Esses serviços são incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e a remuneração é através do sistema APAC/SIA¹². Baseado na fatura que o prestador de serviços de saúde apresenta ao SUS, correspondente aos seus gastos

¹² A Portaria GM/MS nº 336/2002 descreve os procedimentos objeto de remuneração, classificando-os em intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Para essas três modalidades de atendimento, a Portaria GM/MS nº 189/2002 fixou o número máximo de atendimentos mensais para cada modalidade, de acordo com cada tipo de CAPS, sendo que para cada tipo de procedimento é destinado um valor diferenciado. Nos CAPS II, um procedimento intensivo custa R\$ 25,40; um semi-intensivo, R\$ 16,30; e um não-intensivo, R\$ 14,85 (BRASIL, 2002).

mensais com a produção de atendimentos aos usuários dos CAPS, o Ministério da Saúde repassa, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, o montante equivalente à sua produção. A inovação introduzida por este modelo de pagamento refere-se à fonte de financiamento, ou seja, ao acréscimo de recursos financeiros repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estadual e Municipal de Saúde (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, pp.129-132).

Sobre este aspecto, perguntamos aos entrevistados qual conhecimento possuem sobre o repasse dos recursos financeiros para o CAPS. Na sua maioria, eles referiram saber sobre os recursos originados a partir das APACs, contudo, relataram não saber sobre o controle do uso desse recurso, conforme expresso nas falas relacionadas:

[...] tem o valor, o montante desse valor que é produzido dos atendimentos pagos pelo Ministério (MS), então, tem isso mensal, a gente tem o valor que chegou, somou, vamos dizer assim, esse montante que a gente somou dos atendimentos feitos no mês, isso a gente sabe, porque as APACs são geradas aqui no CAPS, mas o repasse disso via Fundo Municipal, esse controle eu não sei, eu sei do valor que tem que receber mensalmente (VIK, 24/3/2006).

Bom, formalmente, eu desconheço qualquer..., todas as formas de recursos. O dinheiro da produtividade referente as APACs vai para o Fundo Municipal de Saúde e nunca teve prestação de contas disso. Na verdade a gente não sabe qual é o destino que é dado nem quanto vem; tem o nosso levantamento interno da produtividade, mas não sabemos o que é feito desse recurso (F, 12/4/2006).

Alguns profissionais referiram-se ao fato de o município não ter gestão plena do SUS,

Bom, eu tenho algum, pouco do que é repassado, a gente sabe o que foi recolhido, por exemplo, através das APACs, que são os atendimentos feitos aqui, então eu sei quantos atendimentos foram, qual seria o valor que essas APACs dariam, mas eu não sei qual o valor que a gente acaba recebendo, que fica num fundo perdido, no sentido de que é um fundo único por não ser gestão plena (J, 22/3/2006).

O conhecimento que eu possuo é muito irregular e insatisfatório, assim, a relação APAC, por exemplo, o repasse do dinheiro que viria do Ministério da Saúde a gente acaba..., nós não somos gestão plena então vai pra secretaria (municipal) de saúde e ali é passado pra compra de alimento..., enfim, mas nós não temos autonomia sobre esse dinheiro, então, uma vez que você não tem autonomia o teu conhecimento fica restrito. Está na mão da secretaria mesmo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais discorreu detalhadamente sobre a forma como os recursos são gerados e repassados à unidade gestora (SMS), referindo-se que todas as diretrizes sobre financiamento do serviço são preconizadas pelo Ministério da Saúde através de portarias.

Os recursos financeiros do CAPS são obtidos através de APACs, Autorização de Procedimento de Alto Custo; pra se preencher uma APAC é necessário que haja uma organização do serviço em cima de modalidades de atendimento; as modalidades de atendimento podem ser: semi-intensivo, intensivo e não-intensivo, cada um tem um determinado valor em relação a esse procedimento, ou seja, todas as diretrizes em relação a financiamento, o Ministério preconiza isso em portaria, então, os conhecimentos que eu possuo em relação aos recursos financeiros do Caps são os conhecimentos que já estão preconizados em relação ao Ministério da Saúde; essa APAC uma vez preenchida ela é computada, ela é repassada pro governo federal e este repassa o dinheiro fundo a fundo; esse dinheiro vem pro Fundo Municipal de Saúde, e é esse dinheiro que é aplicado na saúde mental pra ter a gestão do serviço [...] aqui acontece da seguinte forma: cada gestor municipal, como a política é municipalizada, eles criam um protocolo, nesse protocolo eles colocam de que forma esse dinheiro pode ser gastado na saúde mental; então, existe um documento no município dizendo, olha na saúde mental você pode gastar tanto com a associação de usuários, tanto pra comprar materiais, tanto pra gastar em vale transporte; então, existe um protocolo dizendo no que você pode gastar esse dinheiro que vem na saúde mental; é um dinheiro que vem do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde; esse dinheiro cai nessa conta e ali existe um acordo de como se gastar; esse dinheiro é manejado pelo gestor municipal de saúde (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme apontam Freire, Ugá e Amarante (2005, pp. 131-133), o modelo de alocação de recursos dos CAPS (sistema de remuneração por APAC) trás contribuições à política nacional de saúde mental ao inserir os CAPS no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) do MS, pois proporciona maiores incentivos financeiros, haja vista a alocação de recursos municipais extra-teto para a manutenção de serviços já existentes e a implantação de novos serviços.

Contudo, os mesmos autores ressaltam que há de se perceber que a lógica da remuneração que o SUS imprime aos CAPS vincula-se, preponderantemente, à doença. Ou seja, as unidades assistenciais do SUS seguem um sistema de remuneração vinculado a um diagnóstico, mais especificamente, a um episódio de doença, internação, contidos na tabela de procedimentos hospitalares (SIH/SUS) ou a ações ambulatoriais, inscritas na tabela de procedimentos ambulatoriais (SIA/SUS). Desta forma, “o sistema de saúde encontra-se, em sua quase totalidade, voltado para a produção de atos vinculados a doença, isto é, atos

curativos, valorizando, em consequência, intervenções predominantemente individuais, que são remuneradas pela venda de procedimentos, diárias e atos médicos-assistenciais de natureza privatizante” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p 133).

Amarante (2003, pp. 62-63) considera que os CAPS, como os serviços integrantes do SUS, também foram capturados pela lógica da *inampização*, ou seja, pela lógica do pagamento por procedimento. Para o autor, “o modelo prevalente dos CAPS é o herdeiro mais autêntico e legítimo da lógica do antigo INAMPS, onde a saúde era reduzida a doença, ao mesmo tempo em que o sistema de saúde era reduzido a assistência médico-curativa”.

Portanto, o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. Pelo contrário, tente a prejudicar a complexidade de ações dos CAPS, na medida em que não é previsto financiamento das diversas relações que podem ser estabelecidas com a comunidade, com as lideranças e associações comunitárias. Tais ações, dentre muitas outras possibilidades de intervenção territorial, “são inerentes a esse tipo de serviço e objetivariam imprimir um processo de transformação cultural nos diversos segmentos da sociedade, no lidar e no acolhimento das pessoas em sofrimento mental” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 135).

Sobre a forma de repasse dos recursos financeiros ao CAPS, os profissionais entrevistados relataram não existir descentralização administrativa. Os recursos chegam ao serviço na forma de materiais. Alguns profissionais observaram que até a gestão administrativa da secretaria municipal de saúde anterior eles tinham acesso a uma verba de R\$ 500,00 que utilizavam na compra de material para as oficinas. A partir da atual gestão esse dinheiro não foi mais repassado. A compra do material passou a ser feita através de orçamento encaminhado à secretaria, que faz o pagamento, e os profissionais retiram os materiais.

Não, a gente não tem acesso a esse recurso diretamente, a gente não é uma unidade que gere o seu recurso; ele vai pra secretaria e a secretaria... por exemplo: toda a compra de... o pagamento dos almoços, lanches, etc.. é a secretaria que faz; a gente não tem autonomia; o único recurso que a gente manuseia são os R\$ 500,00, que vem para as oficinas; isso é dividido, as Oficinas fazem um rateio, cada oficina compra o seu material, mas até parece..., da última compra fui eu que comprei, ela (SMS de Florianópolis) determinou, já colocou a empresa que vai fornecer; não sei se foi mediante licitação, já fez o pagamento direto, a gente só foi lá escolher e pegar os produtos que tinham sido

solicitados; então..., de outras vezes, por exemplo, a gente pegava o cheque ia lá comprava, pagava naquele valor, agora isso não foi feito dessa forma (P, 17/3/2006).

Desde que começou essa administração (Gestão Municipal 2004-2008) acabou esse repasse; então atualmente a única vez que a gente conseguiu material pras oficinas foi através de empenho que a própria secretaria fez..., então, permanece centralizado, a única coisa que a gente teve que fazer foi ir nas lojas fazer orçamento, passar pra secretaria, a secretaria emitiu as notas, e aí a gente foi buscar o material com essas notas, mas não com o dinheiro (F, 12/4/2006).

Não, não existe, porque, na gestão passada (Gestão Municipal 2000-2004) ainda vinha uma verba de dois em dois meses, tipo quinhentos reais pra compra de material pra oficinas; nós comprávamos, apresentávamos as notas e depois eles colocavam o dinheiro; nessa gestão (Gestão Municipal 2004-2008; Gestão da Secretaria de Saúde de 2004 até abril de 2006) não existe nada, então, a pergunta se existe descentralização administrativa dos recursos financeiros, não, não existe (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais referiu-se a descentralização não apenas como repasse de recursos financeiros e funções administrativas, mas como compartilhamento de poder na gestão do serviço.

Essa descentralização, eu estou entendendo como um compartilhamento de poder; não existe esse compartilhamento de poder na hora de gerir os recursos, assim, o CAPS possui CNPJ, mas ele não possui uma conta específica pra vir dinheiro pro CAPS, não existe isso, existe esse acordo que eu te falei, que vem do fundo a fundo e esse dinheiro vai pra saúde mental e o CAPS tem uma vertente pro CAPS, o dinheiro não é só pro CAPS, ela vai pra saúde mental, e aí o CAPS acaba utilizando esse dinheiro, então, quando pergunta sobre a descentralização eu faço a avaliação de que é o compartilhamento de poder, então, não tem isso, é o gestor que acaba se apoderando desse sistema de financeiro, a gente não interfere (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ao considerarmos a questão da descentralização político-administrativa dos recursos financeiros, temos a intenção de destacar que a transferência desta prática às unidades prestadoras de serviços em saúde nos municípios poderia estar favorecendo uma melhor utilização e adequação dos recursos às necessidades reais do serviço, bem como possibilitar maior agilidade na compra dos materiais e viabilizar um processo de gestão democrática e participativa, entre técnicos trabalhadores, usuários e gestores. Essa prática traduz-se, por sua vez, em um exercício político-pedagógico de construção da democracia, objetivando uma atuação com transparência na administração da coisa pública.

Quando questionados sobre se a descentralização financeira dos recursos possibilitaria o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, os

profissionais, na sua maioria, disseram que sim, com algumas ressalvas feitas para a necessidade de mudanças na forma de gestão administrativa do serviço, conforme expresso nas falas que seguem:

Sem dúvida, sim sem dúvida, isso é um equívoco assim porque..., justamente porque a gente não sabe qual é o destino dado a esse dinheiro. A gente acredita que se a gente tivesse mais transparência nesse processo a gente poderia pelo menos priorizar certas coisas que são de fato importante e garantir que elas fossem..., que a gente conseguisse obter essas coisas, enfim, o investimento necessário (F, 12/4/2006).

A melhor utilização sim acho que o planejamento teria que ser anterior, mas sim, acredito que utilizar no sentido até..., porque muitas vezes, como vai para esse Fundo que é pra todos, pra toda a saúde, você acaba sem saber, igual agora, que a gente já tem o dinheiro da supervisão disponível na secretaria, mas não tem como a gente começar amanhã, embora o dinheiro já esteja lá., porquê? porque a gente não sabe como esse dinheiro vai sair e entrar na mão do terapeuta que vai fazer a supervisão da equipe e isso pode demorar um mês, dois meses, vai saber, seria melhor, claro (J, 22/3/2006).

Sim, com certeza, porque nos iríamos sentar e ver as necessidades, por exemplo, esse ano nós ficamos desde o ano passado até um mês atrás sem material nenhum pras oficinas e as oficinas que mais tinham, capitalizavam usuários e não tínhamos material, nós tivemos que suspender as oficinas; então nós sabemos das necessidades, as necessidades dos usuários, quais as oficinas tem mais usuários, pra gente pode administrar e vê onde pode estar investindo (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que sim porque ficaria mais próximo da própria administração do CAPS, porém, ia surgir a necessidade de ter todo um aparato administrativo pra poder gerenciar isso, mas assim, na medida que aqui no CAPS a gente tem uma gestão participativa, em que os usuários estão reunidos semanalmente pra pensar as regras do CAPS, as necessidades do CAPS, enfim, seria mais interessante talvez, esse repasse direto tu quer dizer, é... não sei assim, a princípio..., hoje a gente tem uma estrutura de conselho que prevê o controle social através do Fundo Municipal de Saúde, o Conselho Municipal tem essa ligação também, e aí a gente está lá também, de certa forma representado (VIK, 24/3/2006).

Olha, eu acho que teria que mudar um pouco a nossa dinâmica de funcionamento; não deixa de ter um lado...bom, é uma faca de dois gumes, poderia facilitar a gente fazer um processo mais rápido talvez, não faltaria coisa, porque as vezes faltam coisas básicas, agora, por exemplo, faltam copos, se você tivesse o recurso você ia ali e comprava uns pacotes de copos, não teria essa... essa falha; agora é saber que é mais uma tarefa também que acumularia em termos administrativos, financeiros, quer dizer, não sei se você não está ali também inchando o processo burocrático aqui dentro do CAPS; eu acho que pode ter vantagens, mas pode ter desvantagens; eu teria que pensar melhor, nunca pensei nessa possibilidade; assim, acho que o dinheiro da Oficina, puxa, se a gente tivesse aqui uma verba seria mais fácil, as vezes faltam coisas

pequenas que você não tem como estar repondo aqui, tem que esperar uma nova verba, de repente pra.... (P, 17/3/2006).

Um dos profissionais observou sobre as questões práticas e políticas que envolvem a descentralização no contexto do SUS:

Esse compartilhamento de poder ele só pode ser discutido dentro da lógica do SUS, universalização, integralização, etc., dentro dos preceitos do SUS tem o controle social, essa descentralização só pode ser discutida quando acontece o controle social. Hoje essa descentralização ela tem que ser discutida no Conselho Municipal de Saúde e mais precisamente no conselho gestor dentro do CAPS; agora, porque não ocorre isso? Porque não tem a clareza da necessidade; eu acredito que as pessoas que acabam estando na prática, principalmente no CAPS, se sobrecarregando com as coisas, e acabam não tendo a clareza, ou não querendo assumir mais um encargo trabalhista; então, esse é um dos grandes problemas que existe, a sobrecarga de trabalho, as condições de trabalho, aí você acaba tendo que lutar por tudo isso; isso aí eu vejo que tem muito a ver com a questão da militância, pessoas que já estão, lá na época ou do ensino médio, que já começam ir pros grêmios, depois a pessoa acaba indo pra militância no movimento estudantil, e quando vão pros serviços de saúde são profissionais mais críticos, que acabam tendo essa visão mais ampla da saúde e da política; então, as pessoas que acabam chegando no serviço com um pouco desse ideal de controle social eu diria, acabam questionando mais essa questão da descentralização; voltando a tua pergunta sobre a descentralização financeira, ela poderia sim possibilitar um melhor planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, se houver o controle social dentro dessa descentralização financeira (GIRASSOL, 20/3/2006).

Cabe destacar que a proposta da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, na regionalização e na hierarquização da rede de serviços, constante entre os princípios e diretrizes do SUS, coloca o município como lugar privilegiado para o desenvolvimento de uma política de financiamento das ações em saúde, com critérios transparentes, e que respeite as particularidades da realidade local. O Ministério da Saúde continua a ser a instância que, na administração do Fundo Nacional de Saúde (FNS), acompanha a aplicação dos recursos que são repassados aos estados e municípios. Estes, por sua vez, são obrigados a constituir os seus respectivos fundos de saúde e conselhos estaduais e municipais, elaborar planos de ação e apresentar relatórios de gestão, garantindo também a existência de contrapartida de recursos para a saúde nos seus orçamentos (COSTA, 2002).

Embora a descentralização seja uma prática com vistas a aumentar o poder decisório de aplicação dos recursos na esfera local, esta ainda apresenta muitos problemas, na medida que não consegue alcançar efetividade, dados os impasses de ordem burocrática e administrativa. Por si só a descentralização não garante maior controle social ou uma prática democrática. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada que abarque as especificidades da área da saúde mental.

Nesse sentido, a lógica fundamental da estrutura de financiamento exigida é a de que os recursos financeiros devem ser centrados nas pessoas e não nos serviços. O financiamento deve contemplar todas as ações necessárias e decorrentes da implantação, implementação e sustentação de uma nova política de saúde mental (BRASIL, 2002a). O que deve ser colocado em pauta é a viabilidade de se financiar o CAPS como um todo, envolvendo todas as suas ações e especificidades, permitindo-se que cada serviço tenha flexibilidade para realizar seu trabalho de acordo com as necessidades locais, desvinculando o financiamento da relação de compra e venda de serviços e da noção de doença (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 136).

3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico

Os profissionais que trabalham nos CAPS compõem um grupo de diferentes técnicos de formação de nível superior e nível médio, e integram uma equipe multidisciplinar. Todas as unidades de serviço devem obedecer a exigência da diversidade profissional e cada CAPS tem suas próprias características quanto ao tipo e a quantidade de profissionais. A equipe mínima indicada para os CAPS II é composta por médico psiquiatra, enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior de outras categorias profissionais entre psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro necessário ao projeto terapêutico e seis profissionais de nível médio entre técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).

O papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. As equipes devem organizar-se para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação

psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e poder equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas (BRASIL, 2004).

Neste item nos propomos a descrever e analisar a composição e perfil da equipe técnica do CAPS Ponta do Coral, bem como as dificuldades e facilidades do trabalho em equipe consideradas pelos profissionais, a existência de práticas interdisciplinares no atendimento ao usuário, de projeto terapêutico e planejamento das ações da unidade de serviço¹³. Ao final do item consideramos os apontamentos dos profissionais sobre as diferenças do atendimento prestado no CAPS em relação ao realizado nas instituições tradicionais/hospitais psiquiátricos.

3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental

O CAPS Ponta do Coral conta com uma equipe de profissionais multidisciplinar que atua diretamente no atendimento aos usuários. São profissionais com formação de nível superior nas áreas de psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Entre os de formação de nível médio estão dois técnicos em enfermagem e um auxiliar administrativo. Compõem a equipe, ainda, os profissionais de apoio, vigilantes e auxiliar de limpeza, e estagiários de psicologia, serviço social e enfermagem.

¹³ É importante destacar que o perfil bem como a opinião dos profissionais sobre o serviço varia, no decorrer do tempo histórico, de acordo com a composição da equipe naquele determinado momento. Outros trabalhos já realizados identificam o perfil da equipe, a percepção dos profissionais sobre o trabalho no CAPS, o significado e o processo de inserção no serviço, a concepção sobre o modelo assistencial e práticas de desinstitucionalização, em épocas anteriores. Entre estes ver: GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003; FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial** - percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004; NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental:** em busca da articulação e qualificação das ações em saúde. Monografia (Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Lato Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

A maioria dos técnicos de nível superior concluiu a graduação na década de 1980. Metade deles possui capacitação específica na área de saúde mental, em geral, cursos de formação e aperfeiçoamento, especialização em terapia cognitiva comportamental, saúde pública, clínica, psicoterapia, psicanálise, atenção psicossocial. Três profissionais possuem mestrado nas áreas de enfermagem, sociologia política, artes cênicas; um fez residência médica em psiquiatria e cursa mestrado na mesma área; uma profissional tem doutorado em sociologia política.

Mais da metade dos profissionais (58,3%) possuem experiências de atuação profissional em outras instituições da área de saúde mental como clínica de internação, hospital psiquiátrico, centro comunitário de saúde mental, serviços de atenção à dependentes químicos e centro de atenção psicossocial. A maioria (66,7%) atua na área de saúde mental a partir da segunda metade da década de 1990. Cinco profissionais identificaram ter experiência de atuação em outras instituições que não da área de saúde mental.

Com relação ao tempo de serviço no CAPS, quatro profissionais atuam desde a implantação do serviço, em 1996, três ingressaram na equipe entre os anos de 2001 e 2002, e quatro profissionais passaram a fazer parte da equipe recentemente, a partir de meados de 2004. Quanto ao tipo de vínculo empregatício, a maioria, 75% (9 profissionais), é servidor público concursado, dois são contrato temporário e um ingressou no serviço público municipal através de indicação técnica. Nove profissionais possuem regime de trabalho de 30 horas semanais e 3 deles trabalham 40 horas semanais.

Com relação a capacitação específica em saúde mental para atuar no CAPS, todos os entrevistados consideram esse quesito de grande importância. Entre as razões apresentadas estão: a necessidade de compreensão e entendimento comum do que é um CAPS e o entendimento do tipo de assistência que este serviço deve oferecer; a preocupação com a diferença no atendimento que o CAPS deve oferecer em relação aquele prestado em outros serviços de saúde mental; a necessidade da capacitação para suprir as defasagens da formação acadêmica, que, em geral, não abarca as especificidades do campo da saúde mental.

Na opinião dos entrevistados,

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS, não tem a qualificação pra atuar, então ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então é necessária a questão da capacitação... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ah sem dúvida, sem dúvida, principalmente porque o que a gente está propondo é uma reformulação no modo da assistência em saúde mental, então é preciso que quem venha trabalhar num CAPS entenda essa lógica, que não venha pra cá com a mesma mentalidade do que se faz no hospital psiquiátrico, do que se faz em ambulatório, é outra coisa também diferente da atenção básica, então o CAPS precisa disso, precisa que o profissional tenha essa.., esse tipo de orientação, esse tipo de compreensão da sua finalidade (F, 12/4/2006).

Muito, muito importante, justamente por isso que eu estou te falando, porque assim, o profissional que trabalha no campo psicossocial, de qualquer área, ele necessariamente precisa quebrar a prática estereotipada pra poder entrar num serviço como esse porque o assistente social de um CAPS ele não é aquele assistente social de um hospital psiquiátrico, ele muda, ele faz outras coisas, ele se coloca de outro jeito, assim também é o médico, assim também é o psicólogo, o enfermeiro, então, uma formação específica pra essa área é bastante adequado porque vai tratar especificamente das necessidades que se colocam no cotidiano (VIK, 24/3/2006).

Considero, considero sim. É interessante que cada um tenha um saber, que traga o seu saber pela sua formação, da sua prática, do seu bairro, da sua comunidade, mas trabalhar no CAPS não é trabalhar em ambulatório, trabalhar no CAPS é ter um conhecimento sim do que é uma Reforma Psiquiátrica, do que significa um CAPS num panorama hospitalocêntrico. É toda essa questão política que tem por trás, questão financeira também, que é um serviço que se propõem substituir sim progressivamente os hospitais. Em muitos lugares isso já é feito, já conseguem fazer internação zero, outros lugares não; então, uma abordagem no CAPS precisa sim ter capacitação (LÉLI, 4/4/2006).

Sim, até por que o que é o CAPS? O quê um CAPS deveria ser? Cada um tem a sua idéia do que é um CAPS, mas ela não é uma idéia homogênea, então a minha experiência do que é um CAPS em outros lugares, que eu já tive em outros lugares especificamente, é muito diferente do que eu chego aqui e encontro as pessoas falando o que é um CAPS. é claro que a capacitação para um CAPS, para o que é o trabalho em CAPS podia homogeneizar, pelo menos todo mundo iria estar falando a mesma língua (J, 22/3/2006).

Sobre este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005, p. 30), observam que “os profissionais de saúde mental são, ainda em grande parte, formados a partir da prática cotidiana que caracteriza a lógica manicomial”. Hospitais e clínicas psiquiátricas constituem-se ainda os espaços onde “são oferecidos treinamentos em serviço (sob a forma de estágios e residências) aos profissionais que irão, no futuro, tentar materializar a nova lógica dos serviços substitutivos”.

Os autores destacam que “do sucesso da forma de organização da produção e transmissão do conhecimento pode depender o sucesso da própria reforma psiquiátrica” (OLIVEIRA; DORNELES, 2005, p. 32). Neste sentido, é importante que seja colocado na

cena do debate o funcionamento das instituições de aprendizado profissional sob a ótica da reflexão sobre as práticas e não apenas sobre o discurso das propostas dos cursos de formação. Os centros de formação devem se programar, planejar e garantir aprendizado e treinamento supervisionado, em que se pratique e construa espaços de práticas genuinamente terapêutica.

Na mesma direção, um dos entrevistados expressou sua preocupação com relação a seleção dos profissionais que vão atuar no CAPS, argumentando que os resultados do trabalho também dependem desse aspecto.

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS não tem a qualificação pra atuar, então, ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então, é necessária a questão da capacitação [...]. o processo de inclusão do profissional na área da saúde mental hoje, como se dá? Ele se dá por indicação política, seleção por contrato temporário e por concurso público. A indicação política pode ofertar profissionais desqualificados, pode! O contrato temporário, se não tiver um rigor no perfil que se quer pra trabalhar em CAPS vai acontecer a mesma coisa, um profissional desqualificado, o concurso público a mesma coisa, se não tiver um perfil, se não tiver o que se gostaria realmente, qual profissional que você gostaria de estar atuando hoje no CAPS, então, enquanto não se superar a forma de inserção no trabalho do CAPS, enquanto não se superar a discussão da saúde mental nos currículos acadêmicos vai continuar sendo sempre necessária a questão da capacitação [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Com relação a formação das equipes técnicas para atuar nos CAPS, as indicações aprovadas na e pela III CNSM apontam para a necessidade de que a contratação de profissionais deva ser realizada exclusivamente por meio de concursos públicos, e em caso de urgência, através da CLT, mas com seleção pública. E, ainda, os concursos devem exigir os pré-requisitos necessários e adequados à proposta de trabalho em saúde mental, alinhada teórica e conceitualmente aos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2002a).

Assim, é necessário considerar, quando da seleção dos profissionais, o perfil para trabalhar junto ao portador de sofrimento psíquico, bem como a existência de uma dimensão subjetiva, humanizante, solidária e fraterna como componente fundamental do perfil dos trabalhadores em saúde mental. Nesta direção, uma das participantes da pesquisa destacou a questão da opção política por este tipo de trabalho, associada a necessidade de competência técnica para atuar na área.

Eu acho que a gente trabalha com situações que requerem um estudo permanente, formação permanente, [...] eu acho que este é um dos vícios da saúde pública. Muitas vezes se confunde um pouco o tratamento ético ou moralmente responsável com uma qualidade também técnica. Eu acho que as duas coisas têm que estar associadas, tem que ter uma empatia pela causa da saúde pública, que aí entra na questão ética, moral de cada um, valores que você tem quando você vem pra esse tipo de trabalho; muitas pessoas que vem pra saúde pública quase que tem uma vocação religiosa. Mas ao mesmo tempo você também tem que ter uma competência técnica; não basta você tratar bem o paciente, você acolher, você precisa saber como intervir dentro da linha de trabalho que cada um escolhe, isso é fundamental (P, 17/3/2006).

Os profissionais, na sua maioria, indicaram ter recebido capacitação para atuar no CAPS. Referiram-se, especificamente, a um treinamento/capacitação realizado em novembro de 2005, com duração aproximada de 20 horas, organizado pela Assessoria Técnica de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde¹⁴. Contudo, alguns observaram que foi um treinamento tipo encontro, de curta duração, com trocas de experiências, e que não chegou a ser muito significativo.

Com relação a política de saúde mental, a maioria dos profissionais (83,3%) afirmou ter no mínimo algum conhecimento de sua organização e diretrizes. Entre os entrevistados, todos consideraram importante saber sobre os princípios, a estrutura e forma de organização da política de saúde mental para o trabalho do CAPS. Todos indicaram haver disponibilidade de material didático relativo a política na unidade de serviço.

Sim, precisa conhecer a política porque o atendimento está dentro dessa política, dessa lógica. (LÉLI, 4/4/2006).

Claro! é vital, pra poder planejar o seu trabalho, pra poder saber como é que a gente se liga com outros serviços, como é que a gente pode montar a rede, isso é fundamental porque o trabalho não se encerra aqui dentro, não pode ficar aqui dentro só, ele tem que poder justamente se expandir (F, 12/4/2006).

Sim é muito importante, até pra saber o que está acontecendo, o que pode ser feito, quais são os recursos disponíveis, o que precisa melhorar. Acredito que, fora a sua capacitação individual, eu acho que isso é uma outra premissa pra você iniciar no serviço [...] (J, 22/3/2006).

É importantíssimo conhecer, primeiro saber se ela existe, primeiro a pessoa tem que ter a curiosidade, tem que ter o desejo e a clareza de que é essencial ter os parâmetros ou diretrizes políticas de saúde mental pra

¹⁴ O município não tem o cargo de Coordenador de Saúde Mental. Em novembro de 2005 foi nomeada Assessora Técnica em Saúde Mental a enfermeira Lílian Pagliuca, que permanece na função até a data da presente pesquisa.

poder acompanhar, se orientar, e, segundo, conhecer sobre essa política (GIRASSOL, 20/3/2006).

Muito importante porque hoje a gente tem acesso a isso, aqui no CAPS a gente tem a legislação de saúde mental e pra gente poder entender porque, assim, a gente está na gestão da política também, por ser participativa, por estar junto nas decisões, então é preciso que a gente entenda, e tem muito detalhamento, são muitas portarias, o sistema de financiamento também é bastante complexo [...] (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que claro, porque a gente está dentro de um braço da política nacional de saúde; tanto pra você ter noção de qual é a perspectiva, em nome de que esse serviço está sendo mantido, também pra você poder avaliar a possibilidade desse ideais, dessas prerrogativas, que são pensadas a nível geral e nacional, serem realmente eficaz em termos práticos, porque muitas vezes você tem uma boa idéia, mas nem sempre uma boa idéia traz um bom resultado [...] (P, 17/3/2006).

Nesse sentido, a construção e consolidação de uma política de saúde mental, coerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o estabelecimento de uma política adequada de recursos humanos, que valorize e considere a importância do trabalhador de saúde mental na produção dos atos de cuidar. Para isso, deve-se garantir a capacitação e qualificação continuadas; a remuneração justa dos profissionais; a garantia de condições de trabalho e de planos de cargos, carreira e salários; a democratização das relações e das discussões em todos os níveis de gestão; a incorporação das questões de segurança, saúde e saúde mental do trabalhador; a garantia de supervisão clínica e institucional; a avaliação de desempenho e garantia da jornada de trabalho adequada para todos os profissionais de nível superior, bem como a isonomia salarial entre eles (BRASIL, 2002a).

3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário

De acordo com as indicações aprovadas na III CNSM, a política de recursos humanos para a saúde mental deve visar implantar, em todos os níveis de atenção, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, na perspectiva do rompimento dos especialismos e da construção de um novo trabalhador em saúde mental, atento e sensível

aos diversos aspectos do cuidado, ou seja, com uma visão integral e não fragmentada da saúde (BRASIL, 2002 a).

Segundo 83,3% dos profissionais o trabalho no CAPS Ponta do Coral é realizado em equipe. A maioria considera que existem dificuldades na realização das atividades. Uma delas está relacionada, conforme identificado por eles, ao fato de que nem todos compartilham das mesmas referências com relação à Reforma Psiquiátrica, à saúde pública e ao projeto do CAPS.

Bom, são várias, mas o que eu vejo de mais complicado é o fato de que nem toda a equipe compartilha das mesmas referências em relação ao que seja a Reforma Psiquiátrica, a função de um CAPS, as necessidades que o CAPS tem pra alcançar esses objetivos. Isso se deve em parte a diversidade da formação, e também às convicções pessoais. O problema não é a diversidade em termos da formação profissional em si, mas o modo, o fato de que você tem uma equipe multiprofissional por exemplo, isso gera alguma dificuldade na troca, na possibilidade de produzir um conhecimento novo a partir dessas experiências que são de diferentes disciplinas, diferentes áreas. Mas eu diria que é mais no sentido da Reforma Psiquiátrica mesmo, naquilo que ela aponta, então parece que esse é um problema a mais; outro que tem se tornado mais evidente pra mim ultimamente é a falta de formação de grande parte dos profissionais sobre o que seja saúde pública, boa parte deles não conhece o sistema de saúde pública, apesar de trabalhar num serviço de saúde pública, mas não conhece o sistema, não sabe a lógica, não sabe como é que ele funciona, então acaba tomando decisões muitas vezes administrativas que são equivocadas, que não levam em conta o modo de funcionamento da saúde pública (F, 12/4/2006).

Tem sim várias dificuldades, entre elas, existem diferenças de formação e, portanto, ideológicas. Alguns momentos a gente vê, assim, o CAPS tem um projeto de não internação, de autonomia do usuário, de gestão plena do usuário, e, as vezes, a equipe, algumas pessoas acabam esbarrando com isso. O entendimento disso é muito difícil também, as vezes é uma linha muito tênue entre o que é o assistencialismo, a autonomia, o que é dar o limite do ponto de vista terapêutico e o que é dar o limite porque você não quer se incomodar. Então, algumas pessoas não vêm de uma postura da Reforma Psiquiátrica, não sabe o que é uma Reforma Psiquiátrica, não tem uma noção, [...] é uma luta política também e algumas pessoas não sabem o que é [...] (LÉLI, 4/4/2006).

Em outras falas, foi apontada como uma das dificuldades do trabalho em equipe questões relacionadas a uma suposta divisão entre o grupo de técnicos.

A relação com a equipe tem uma certa peculiaridade, eu acho que as pessoas, a equipe que começou anteriormente, já desde a formação ou no começo do CAPS, eles se intitulam como a equipe do CAPS. Os que chegaram depois, em geral, não são bem acolhidos, ou são muito pouco,

tanto que as próprias atividades em equipe, em grupo, dificilmente, essas pessoas novas são incorporadas ao que já existe; então, acaba criando aí até a equipe da manhã, a equipe da tarde, mais ou menos, embora eu estou aqui todo o período, mas tem essa divisão... e eu acho que assim o ponto de partida é esse, a sensação é que quem não estava aqui desde o começo não fez parte da história (J, 22/3/2006).

A equipe que iniciou lá em 96 (1996) veio com algumas questões conceituais amarradas. Por quê? Porque a pessoa que estava pensando, planejando o CAPS ela vinha do Movimento da Luta Antimanicomial, era uma das representantes em nível nacional aqui em Floripa, Santa Catarina; então tinha algumas coisas amarradas na estrutura de atendimento do CAPS, que era muito pra poder implantar o sonho da Reforma Psiquiátrica aqui em Floripa, criar um serviço, do município, que de fato evitasse internação, que de fato fosse continente pros usuários com transtorno mental grave, e isso se mantém, porém, com a chegada dos técnicos que foram sendo substituídos, alguns saíram, técnicos novos entraram, a equipe de profissionais foi se modificando, a gente tem uma distância conceitual por mais que a gente pretende uma proposta multiprofissional, e a gente consegue, ao longo do tempo a gente conseguiu, é muito interessante o jeito como nós trabalhamos, porque de fato conseguimos trabalhar cada profissional lado a lado, dividindo o mesmo grupo, a mesma oficina terapêutica, então, assim, isso é possível, mas hoje, a gente, assim, tenta manter esse paradigma da Reforma Psiquiátrica, da desospitalização, do fortalecimento dos serviços territorializados, de um modelo que é um modelo multiprofissional, com a gestão participativa dos usuários, contra o modelo hospitalocêntrico, médico centrado, mas existem diferenças na questão conceitual da equipe, isso é falho, inclusive pra própria equipe (VIK, 24/3/2006).

A importância da unidade da equipe no atendimento ao usuário e na organização do trabalho recai sobre a qualidade do tratamento terapêutico ofertado. A mudança de paradigma epistemológico com relação a saúde mental não garante por si só a alteração das práticas assistenciais. Os conflitos e problemas de equipe existentes precisam ser trabalhados nas supervisões institucionais de forma que os técnicos consigam superar as dificuldades que obstaculizam a união do grupo em torno de um objetivo comum, sejam elas ideológicas, de formação, de concepção e/ou de afinidade com os colegas.

Um dos entrevistados apontou a questão das relações de poder e diferenças nos valores pessoais e nas relações interpessoais como dificuldades do trabalho em equipe.

Primeiro, a relação de poder, eu acho que é um grande problema, uma dificuldade que existe. Essa relação de poder, ela emana, que eu tenho percebido, da psicanálise, da teoria psicanalítica e da teoria psiquiátrica; então, os profissionais detentores desse conhecimento acabam, sutilmente, estabelecendo poder frente aos profissionais não-psi diria; essa relação de poder pelo saber é um dos problemas ou uma das dificuldades que eu encontro pra trabalhar em equipe no CAPS; outra

dificuldade, acho que é a própria experiência de vida das pessoas, aquelas pessoas em que parece que não estão claros os valores humanos como solidariedade, amor, justiça, sabedoria, a práxis, o repensar a prática, profissionais que não fazem a autocrítica da sua prática, pra mim, eu acho que é uma dificuldade trabalhar em equipe devido a isso; então, seria esse poder pela teoria e essa questão um pouco mais pessoal que é a relação de lidar com o outro, as relações interpessoais, são dificuldades que eu vejo em equipe (GIRASSOL, 20/3/2006).

A partir da fala profissional é possível pensar sobre as relações de poder que se estabelecem pelo saber. Conforme nos ensina Foucault (1979), os poderes se exercem em níveis variados e em pontos diferentes da vida social. Neste complexo, existem os micropoderes que estão intimamente relacionados com a produção de determinados saberes (sobre o criminoso, a sexualidade, a doença, a loucura). Assim, o poder não é algo que se detém como uma coisa, como uma propriedade, que se possui ou não. O poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona, como uma máquina social que não está situada em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda estrutura social (MACHADO, 1979 p. XIV).

De acordo com Foucault (1979), todo conhecimento, seja ele científico ou ideológico, só pode existir a partir de condições políticas, que são as condições para que se formem tanto o sujeito quanto os domínios de saber. Para o autor não há saber neutro, todo saber é político. Dessa forma, saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber. E, em contrapartida, todo saber assegura o exercício de um poder (MACHADO, 1979 p. XXI - XXII).

Na seqüência, a entrevistada aponta de forma geral algumas das questões cotidianas como dificuldade no trabalho em equipe.

Bom, eu acho que as vezes a gente é muito trefista, a gente não tem o tempo suficiente que a gente gostaria para estar parando para discutir os casos, se ater a cada paciente; tem diferenças na equipe também, tem conflitos [...] mas assim, a gente ainda tem, as vezes, coisas assim muito imediatistas, que não nos propiciam fazer realmente um estudo de caso mais integrado, ter uma intervenção, as vezes, mais articulada; a gente tem tentado em alguns momentos, mas assim, não é uma coisa que tem um peso forte como eu acho que deveria ter (P, 17/3/2006).

Dessa forma, a intensidade das demandas colocadas aos profissionais, especialmente na atualidade, provocam o desenvolvimento de ações pragmatistas, muitas

vezes sem uma reflexão maior. Isso vem acontecendo em vários contextos institucionais e com diferentes profissões. Ou seja, na medida que aumentam as necessidades humanas e as demandas para satisfazê-las, não ocorre no mesmo ritmo, o aumento da oferta de equipamentos e serviços assistenciais capazes de dar conta da complexidade dos problemas decorrentes da emergência das novas relações sociais, econômicas, culturais, advindas com a modernidade.

A precarização das condições de trabalho também foi apontada pelos entrevistados como mais um dos fatores que, por vezes, dificultam a convivência e o trabalho em equipe. Eles se referem a questão da diferença na remuneração salarial entre os profissionais que trabalham no CAPS, principalmente do médico para as outras profissões. A desproporção salarial chega a diferença de até quatro vezes mais entre o que recebe o profissional médico e o salário dos demais técnicos. Associadas a esta situação estão a diferença na carga horária de trabalho, a condição de contratação temporária, a falta de reconhecimento por parte da SMS, no apoio e incentivo à participação em eventos científicos e de militância política na área, entre outras.

Os profissionais indicaram que contam com supervisão institucional para lidar com as questões do trabalho no cotidiano. A supervisão institucional existente era, até o início deste ano (2006), paga pelos próprios profissionais, mas nem todos participavam. A partir do mês de abril do corrente esta passou a ser financiada com recursos provenientes do Ministério da Saúde. Além deste tipo de supervisão, foi relacionado como outro recurso existente para abordar essas questões as reuniões de equipe, realizadas mensalmente, as reuniões clínicas, realizadas semanalmente, e foi citada pelos técnicos em enfermagem, a supervisão realizada com profissional da área.

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que as políticas de formação e capacitação em saúde mental devem criar espaços de trocas baseados na realidade local, com valorização dos diversos saberes e metodologia participativa. A supervisão clínica e institucional permanentes deve ser estendida a todas as pessoas que trabalham com portadores de transtorno mental: equipes de PSF e PACS, trabalhadores da urgência e emergência, do hospital geral, dos serviços substitutivos e dispositivos residenciais, cuidadores de saúde mental, profissionais de nível médio e superior da rede de saúde mental. A referida Conferência destaca, ainda, a necessidade de implantação da NOB – Recursos Humanos do SUS, salientando a importância da garantia da capacitação para todos os níveis, supervisão permanente, interdisciplinaridade e isonomia salarial (BRASIL, 2002a).

Com relação as potencialidades que o trabalho em equipe possibilita os profissionais destacam a relevância deste no atendimento ao usuário, a possibilidade de trocas entre as varias áreas e a oferta de um atendimento multidimensional.

Entendo que essa é uma clínica multidisciplinar e isso (trabalho em equipe) é importante pela complexidade mesmo do tipo de fenômeno com o qual a gente trabalha, então, a gente precisa, é necessário ter uma oferta de serviços e de formas de atenção, que seja a mais diversificada possível, pra que a gente possa atender a uma série de necessidades que as profissões nas suas especialidades não dão conta; então essa é a grande vantagem, você pode fazer essa atenção multidimensional, isso é interessante (F, 12/4/2006).

A vantagem é justamente a estrutura coletiva de resposta à uma situação que chega pra você; vem a psiquiatria trazer um conhecimento, a psicanálise traz outro, [...] a enfermagem acaba dando a sua contribuição quando discute realmente a relação, vem o serviço social discute essa articulação que a pessoa tem com o social, e essas pessoas (profissionais), com seus conhecimentos, vão socializando esse conhecimento pra dar a resposta às fragilidades ou às potencialidades de vida que essa pessoa traz (GIRASSOL, 20/3/2006).

Acho que a grande vantagem é que a gente quebra a lógica hospitalocêntrica que era muito centrada no médico, na figura do médico, naquilo que o próprio médico decidia do tratamento, hoje quem decide é a equipe multiprofissional [...] (VIK, 24/3/2006).

Ah! Muitas, eu acho, em primeiro lugar, essa possibilidade da troca interdisciplinar; porque eu acho que cada um tem um tipo de contribuição diferente, um saber que te ajuda a pensar com mais amplitude o próprio trabalho, o próprio paciente, e, eu acho que quebra um pouco certas relações de poder; também, assim, o fato de a gente lidar com situações que são muito pesadas para alguém estar lidando sozinho, então quando você sente essa coisa da equipe, quando tem um paciente que está muito comprometido ou que tem risco de vida, a gente se sente muitas vezes angustiada por aquele paciente e você tem a equipe pra te dar um respaldo, pra estar pensando junto. Acho que isso é, sem duvida, algo que gratifica também (P, 17/3/2006).

Primeiro, agregar conhecimentos, se a equipe for multidisciplinar, que não quer dizer interdisciplinar, mas a princípio se ela for multidisciplinar a possibilidade de trocas de conhecimento de várias áreas realmente acaba sendo muito rica; são vários olhares sobre uma mesma questão, vários pontos de vista. Quando o trabalho de equipe é interdisciplinar, as pessoas acabam trocando mesmo, saindo, as vezes, do seu campo de formação, podendo estar se estendendo em outros campos, acaba sendo mais rico ainda. Num trabalho como o CAPS é necessário (o trabalho em equipe). Eu não consigo ver o trabalho que não seja em equipe porque pra você atender um usuário você precisa de uma equipe, pra você abordar o usuário, uma família, receber uma família precisa de vários olhares, enfim, de várias formações, vários olhares técnicos, da parte de

enfermagem, psicologia, da arte, serviço social, então, isso é importante (LÉLI, 4/4/2006).

O reconhecimento de outras dimensões no processo saúde-enfermidade, que não estritamente a biológica, traz a tona a questão da interdisciplinaridade¹⁵, pois na busca da integralidade da assistência a atuação de um único saber profissional não é suficiente. No processo da Reforma Psiquiátrica o campo da saúde mental é chamado a refazer-se por inteiro, ampliando o seu foco de abordagem e procurando romper com as delimitações dos saberes tradicionais na área. Busca-se uma nova recomposição de conhecimentos, sustentados sobre um conjunto de rupturas e novas premissas, e não apenas um novo somatório ou rearranjo simples dos saberes especializados. Desta forma, diversos campos de saber, implicados na assistência em saúde mental, são envolvidos na teorização e nas novas práticas de cuidado (VASCONCELOS, 2000a).

A pesquisa realizada indicou que 66,3% (correspondente a oito dos doze profissionais que responderam o formulário) dos profissionais consideram que existe interdisciplinaridade no atendimento ao usuário no CAPS Ponta do Coral. As falas relacionadas na seqüência apresentam a concepção dos profissionais sobre interdisciplinaridade e indicam a respectiva compreensão sobre a importância desta no atendimento ao usuário.

A gente poder ter o que a gente chama de clínica ampliada, essa multidimensionalidade que nos permite atacar o problema de várias formas e, portanto, oferecer diversas formas de atendimento, desde o medicamentoso até o serviço social, as oficinas, as oficinas expressivas, a arte, etc. (F, 12/4/2006).

Eu acho que em primeiro lugar isso, assim, é um olhar mais amplo para a condição daquele paciente. Cada profissional tem um aspecto que acentua, pela sua vida, pela sua formação; o educador artístico tem uma outra estratégia, por exemplo, pra lidar com aquela queixa do paciente, o assistente social tem uma, o psicólogo tem outro olhar, assim, eu acho que pra mim soma, eu acho que é uma forma da gente também aprender, enriquecer a nossa análise, a nossa possibilidade de intervir; sem dúvida que é rico (P, 17/3/2006).

Alguns profissionais expressaram sua concepção de interdisciplinaridade observando que esta não é sinônimo de multidisciplinaridade e que nem sempre é possível fazer práticas interdisciplinares.

É justamente isso, poder compartilhar o conhecimento que cada disciplina traz, essa inter, mas realmente compartilhar isso e não a

¹⁵ Sobre os conceitos de multi, inter e transdisciplinaridade ver, entre outros, Vasconcelos, 2000a.

multidisciplinaridade; é pensar, coletivamente, saídas pra enriquecer a vida da pessoa e aí é sempre um pensar e repensar (GIRASSOL, 20/3/2006).

Então, essa idéia dessa troca de conhecimento pra poder ajudar o usuário, pra poder a equipe ter um suporte também, pra poder, num estudo de caso, por exemplo, trocar os vários conhecimentos, os vários pontos de vista e poder estar entrelaçando; então, é importante, mas nem sempre se consegue fazer (LÉLI, 4/4/2006).

Já nas falas que seguem é possível perceber a concepção de interdisciplinaridade mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade.

Cada profissional tem a sua especialização, e ele foi formado para atender determinadas características que aquele usuário precise, ou informações, e a própria atenção, e cada um tem uma formação específica e diferenciada; então, eu acho que quanto mais ampla, mais amplamente ele for avaliado, e receber essas informações, e esse tratamento, vai ser melhor pra ele; então, desde o serviço social, desde o atendimento psicológico, o atendimento médico, enfim, até ah! eu cortei meu dedinho, o que eu faço? Então, vai poder ser atendido ali, ser acolhido pelo técnico de enfermagem (J, 22/3/2006).

É muito importante porque cada profissão tem o seu conhecimento específico e contribui aí com o seu conhecimento. É necessário que cada um de nós tenha muito claro o seu papel aqui dentro pra que não vire uma salada mista e se dilua o que cada um faz, que é específico de cada um. Então, é importante que a gente tenha boa formação técnica, específica da saúde mental pra que a gente possa chegar numa equipe que trabalha sob o paradigma do campo psicossocial, e que de fato possa ser multi, no sentido do atendimento, e aí, assim, no campo psicossocial, aqui no CAPS, por exemplo, a gente vê a necessidade de os profissionais trocarem mesmo, porque surgem muitas demandas, são muitas necessidades do usuário, é um campo novo. Então, assim, tem n coisas que vai se descobrindo, que cada área contribui diferentemente, mas ao mesmo tempo de forma conjunta. Então, o psicólogo, obviamente, ele tem mais elementos pra entender a parte clínica, o assistente social tem mais elementos pra entender a parte previdenciária, da assistência social desse usuário, que também é importante, muito importante pra ele, o médico tem o conhecimento sobre os psicofarmacos, sobre essa parte mais específica da medicação, e assim a gente vai trocando (VIK, 24/3/2006).

Com relação a este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005) observam que, no Brasil, a interdisciplinaridade faz parte do discurso politicamente correto, garantindo seu estabelecimento como princípio, traduzido na expansão cada vez maior dos territórios profissionais e na fusão dos saberes. O discurso da multi e da transdisciplinaridade é relativamente bem conhecido e aceito em nível intelectual, mas as práticas institucionais apontam, paradoxalmente, para fortes resistências, isolamento e hiperespecialização.

De acordo com os autores, para que estas ações multidisciplinares se tornem efetivas há necessidade de estratégias e planos, que visem a harmonização da convivência para que esta não seja imposta, mas compreendida e desejada pelos profissionais. Na prática, o momento é de impasse, pois multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade existem em tese e como imposição de comando, mas não se concretizam, ainda, como prática planejada, efetiva e eficaz (OLIVEIRA; DORNELES, 2005).

Ainda segundo os referidos autores, uma verdadeira transdisciplinaridade não está nem mesmo no horizonte das instituições de saúde mental brasileiras. Este é um dilema fundamental no processo da reforma psiquiátrica, que depende de ações integradas (órgãos reguladores do ensino superior, programas universitários, instituições e serviços de atendimento) para cumprir sua missão de transcender as práticas manicomial e os territórios de dominação e poder estabelecidos entre as disciplinas que formam a saúde mental.

3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações

A importância do projeto terapêutico dos CAPS recai sobre a responsabilidade de que todo o trabalho desenvolvido em cada unidade deve ser realizado em um ambiente terapêutico. Isto significa que tanto os atendimentos individuais, grupais como a convivência no serviço tem finalidade terapêutica. Cada CAPS deve ter um projeto terapêutico, que leve em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais, as iniciativas de familiares e usuários e o território onde se situa, com sua identidade, sua cultura local e regional (BRASIL, 2004).

O CAPS Ponta do Coral conta com projeto terapêutico do serviço, o qual, segundo 75% dos profissionais que responderam ao formulário, foi planejado em equipe. Três profissionais referiram não saber sobre o planejamento em equipe por não fazerem parte desta a época.

O sistema atual de atendimento no CAPS Ponta do Coral difere da maioria do adotado pelos serviços desta natureza. Em geral, os CAPS realizam a assistência ao usuário

no modelo de TR¹⁶. O CAPS Ponta do Coral oferece atendimento sob a ótica da regionalização. Ou seja, como o serviço não é territorializado, é o único na modalidade, na cidade e no município, a equipe técnica foi subdividida em pequenos grupos ou mini-equipes de dois e/ou três profissionais, sendo cada uma destes responsáveis por uma das regionais, que é onde o usuário mora. Esta proposta foi pensada e implementada há quase dois anos, quando os profissionais identificaram dificuldades em atender no sistema de Terapeuta de Referência (TR) toda a demanda existente. Tal estratégia utiliza-se do sistema de divisão por regionais da Secretaria Municipal de Saúde. Ao total são cinco Regionais de Saúde, Leste, Norte, Sul, Centro, Continente, distribuídas espacialmente na área geográfica do município. Nestas regionais, foram implantadas, recentemente (a partir do final do ano de 2005 e início de 2006), equipes de atenção em saúde mental, compostas por um médico psiquiatra e duas ou três psicólogas em cada uma das Regionais de Saúde.

De acordo com o projeto terapêutico do serviço, as atividades desenvolvidas são: psicoterapia, atenção medicamentosa, atendimentos de emergência, grupo terapêutico, oficinas terapêuticas¹⁷, assembléia de técnicos, usuários e familiares, visitas domiciliares, articulação com entidade, programas e serviço, atividades de formação e pesquisa, reuniões de equipe, reuniões clínicas de casos¹⁸.

Conforme as determinações da Portaria GM/MS Nº 336/2002, a assistência prestada ao usuário no CAPS deve incluir atendimento individual, em grupo, atendimento à família, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades comunitárias, enfocando a integração do portador de transtorno mental na comunidade e sua (re)inserção familiar e

¹⁶ Este sistema de atendimento é desenvolvido na maioria dos CAPS e constitui-se do acolhimento da pessoa quando de sua chegada ao serviço por um dos profissionais da equipe. A partir daí é traçado um projeto terapêutico com o usuário e o profissional que o acolheu passará a ser uma referência para ele. O Terapeuta de Referência (TR) tem a responsabilidade de monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo as atividades e a frequência de participação. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, discutindo com o usuário e com a equipe técnica do CAPS (BRASIL, 2004, p. 16).

¹⁷ São oferecidas as seguintes oficinas: oficina de cerâmica, oficina de artes plásticas, oficina de mosaico, oficina de jogos, esportes e lazer, oficina de tapeçaria, oficina de trabalhos manuais, oficina da terra, oficina de jornal, oficina de velas, oficina de leitura, oficina de música, oficina brechó, oficina de teatro, oficina de formação política, oficina de fotografia. Destas, as oficinas de cerâmica, velas e mosaico são produtivas, ou seja, sua produção é comercializada. Cabe destacar que algumas oficinas podem estar em funcionamento ou não, em determinado período de tempo, de acordo com a disponibilidade de técnicos para acompanhar, de condições materiais para o funcionamento e da demanda de usuários.

¹⁸ A descrição e o objetivo de cada atividade pode ser consultado no Projeto Terapêutico do CAPS II Ponta do Coral (2004), ou a partir do projeto de Estágio curricular em Serviço Social de Stuari (2005).

social. A depender do projeto terapêutico de cada usuário, o CAPS poderá oferecer as seguintes modalidades de atendimento: atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo¹⁹.

Já com relação ao planejamento das ações, 50% dos profissionais consideram que este existe. Cabe lembrar que ao questionarmos os participantes da pesquisa sobre este fator, estamos nos referindo ao planejamento estratégico, aquele voltado para uma visão ampla, global e de longo alcance da organização/instituição, baseado na análise do contexto e com a finalidade de buscar alternativas de ação. No entanto, alguns dos entrevistados observaram estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação objetivo e sistemático dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declararam não existir processo de planejamento e avaliação das ações do serviço, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

As falas relacionadas a seguir demonstram o tipo de planejamento existente no CAPS e como este acontece.

Bom, o planejamento é feito mais ou menos assim: chega uma época do ano em que a Secretaria (SMS de Florianópolis) nos pede um planejamento e aí, geralmente isso é com uma semana no máximo de antecedência, é aquela correria, a gente monta um plano básico de trabalho etc., mas é muito mais pra cumprir a obrigação. A gente tem um projeto terapêutico que é amplo, que é do serviço todo, e a gente vai, com esse projeto terapêutico a gente vai ajustando as atividades e aquilo que a gente pretende alcançar, mas não há um planejamento muito formalizado, não há um processo de planejamento, até porque é tudo muito fragmentado, o que a gente planeja aqui, boa parte depende desse recurso financeiro, depende do apoio da Secretaria, que é sempre uma coisa incerta. Então, em termos de planejamento a coisa fica sempre muito precária. Em termos de avaliação é mais precário ainda, a gente não tem indicadores; novamente, no final do ano, aí a Secretaria pede um relatório do que foi feito, a gente faz um levantamento geral, mas ele é descritivo, ele não é avaliativo, a gente não sabe de fato quais são

¹⁹*Atendimento intensivo* – atendimento diário, oferecido à pessoa que se encontra em grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento semi-intensivo - nessa modalidade, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Este tipo de atendimento é oferecido quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento não intensivo – oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até 3 dias no mês. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário (BRASIL, 2004, p. 16).

os efeitos que a nossa intervenção produz; claro, a gente tem uma certa dimensão pelo contato direto com os usuários, fulano que não interna a tanto tempo, ou fulano que voltou a trabalhar, ou que resolveu pelo menos algumas coisas que eram mais complicadas na sua vida, isso a gente tem, mas não tem um processo de avaliação estruturado que nos permita dados com visibilidade maior (F, 12/4/2006).

Neste sentido, destacamos que, a nosso entender, a função planejamento deve orientar todas as ações no dia-a-dia das organizações. O planejamento é o processo de estabelecer antecipadamente a finalidade da organização/instituição, definir os objetivos e prever as atividades e os recursos necessários para atingi-los. Planejar é uma forma de pensar o futuro da organização/instituição, definindo o que fazer, como, quando e com recursos. Nesse processo, é importante considerar que as organizações/instituições estão inseridas num contexto constituído pela sociedade, pelo Estado e por outras instituições que influenciam suas decisões (TENÓRIO, 2000).

Alguns profissionais referiram-se, especificamente, ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, reuniões clínicas e na supervisão de equipe. Segundo estes, é na reunião de equipe mensal que se planejam mais as ações, estas entendidas como a definição dos grupos terapêuticos ou oficinas que vão ter, o objetivo e a finalidade destes, a demanda etc..

Mensalmente, a gente tem uma reunião de equipe, que tem um pouco esse objetivo, de planejar e avaliar o que é feito. Além dessa reunião mensal a gente tem dois outros momentos semanais, que é um na quarta-feira outro na quinta-feira, que a gente chama de reunião técnica, [...] mas isso se dá muito no cotidiano também, na assembléia geral do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Ele acontece em reunião de equipe, uma reunião mensal, a gente planeja grupos, planeja..., então.., acontece, primeiro tem uma reunião mensal da equipe e reunião duas vezes por semana, que são os estudos de caso; agora, a avaliação, acontece em reunião de equipe mais; o planejamento, por exemplo, como abordar um determinado caso, como ajudar, de como servir a família, o trabalho, é feito durante a semana nos estudos de caso, e nós temos a supervisão, que é um espaço que também acaba se fazendo uma avaliação, a supervisão de equipe (LÉLI, 4/4/2006).

Outras falas detalharam as conseqüências da falta de um processo sistemático de planejamento e avaliação das ações, inclusive fazendo análise dessa problemática em relação as instituições públicas em geral.

Eu acho que esse é um problema, acho que falta muito; por exemplo, se você esta aqui fazendo a avaliação da política a partir do olhar dos profissionais, eu, nesse momento, tenho tido muito incomodo diante da

necessidade que eu vejo de avaliar as ações, de avaliar os pacientes, e a gente não tem uma forma sistemática de fazer isso; por exemplo, a gente não tem um instrumento de captação do trajeto do paciente dentro do CAPS, a gente não anota algumas coisas, os prontuários também deixam muito..., as vezes a gente não faz registro nos prontuários e mesmo quando a gente faz ele não tem, assim, por exemplo, uma sistematicidade, o que é que eu vou enxergar, como é que eu vou ver se aquele paciente está melhor ou está pior depois que ele está aqui, então, a gente não tem esse instrumento; e, o planejamento, é feito um planejamento terapêutico com o paciente; o planejamento do nosso serviço é mais ou menos...., funciona, assim, com as oficinas, não é um planejamento rigoroso, a cada período a gente senta e reorganiza não, tem algumas diretrizes gerais, eu acho que em termos práticos falta muito dos dois lados, planejamento das nossas atividades, por exemplo, as vezes naquele roldão a gente vai fazendo, vai fazendo, e, também, a avaliação da eficácia, do que realmente aquilo está resultando pra vida do sujeito, se ele está realmente conseguindo chegar mais próximos desses lugares que a gente apregoa como princípios da saúde mental - autonomia, dessas coisas que a gente também fala: relação com o trabalho, relações, laços sociais; então, a gente não tem esse (instrumento de planejamento e avaliação), eu acho que falta (planejamento e avaliação) [...] Na verdade eu acho que esse é um problema das instituições públicas em geral, eu acho que tem uma grande resistência no Brasil a qualquer critério de avaliação, porque, esse discurso, a retórica da igualdade, ela exatamente vai na contramão de um processo meritocrático, ou seja, você avaliar também por mérito; você tem que criar esse tipo de instrumento; a prefeitura não tem, nunca teve uma avaliação nos anos que estou aqui que medisse o desempenho profissional, principalmente aqui, que a gente lida com pessoas que estão aqui pra se tratar, e a gente não sabe se a pessoa...., a gente vai olhando um caso ou outro; não existe um processo institucional de avaliação, nesse sentido (P, 17/3/2006).

Em geral, as organizações precisam de um processo de avaliação que realize uma revisão dos objetivos e metas alcançados e daqueles a serem atingidos. O planejamento e a avaliação são a oportunidade de fazer uma pausa e examinar a situação da instituição.

Não obstante, as políticas públicas no Brasil vêm se estruturando de forma descentralizada, com responsabilidades de organização e financiamento partilhadas entre a União, Estados e Municípios, cabendo a estes últimos a execução dos serviços de atenção direta à população. Deste modo, os processos de avaliação de serviços de saúde mental devem ocorrer no âmbito municipal. Segundo Dias (2002, p. 2)²⁰, este desafio coloca no debate o aspecto de como avaliar o funcionamento de um serviço de saúde mental, que está

²⁰ A autora realizou um trabalho de construção coletiva de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental junto aos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre; uma apresentação resumida dos resultados pode ser consultada em DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental.** In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

inserido num novo patamar conceitual e tem como tarefa não reproduzir uma prática de tutela, com ênfase na patologia, mas de incluir o sujeito portador de transtorno psíquico no planejamento e na execução das ações terapêuticas, numa nova relação que garanta a viabilidade do exercício da cidadania numa sociedade desigual. Ou seja, as dimensões de mudança conceitual, realidade social e política pública de saúde de âmbito municipal, tornam complexa a adoção de processos de avaliação.

A fala descrita na seqüência especifica o processo de planejamento e avaliação no que se refere a ação interventiva profissional no tratamento ao usuário, destacando que não existe um processo sistemático de planejamento e avaliação com relação as ações do CAPS.

O planejamento e a avaliação das ações do CAPS, eles acontecem só de uma forma muito primária ainda, nós temos [...] o planejamento e avaliação da ação do profissional a título de intervenção em relação ao usuário existe de três formas: primeiro, casos clínicos, que aqui nós fazemos reuniões de casos clínicos, quarta-feira das 8 às 9 horas e quinta-feira das 11h30min às 12h30min pra discutir a questão do caso clínico de pessoas; outra forma, construção de projetos terapêuticos ou revisão dos projetos terapêuticos na reunião da regional, cada regional, que são cinco, fazem suas reuniões pra discutir o planejamento e avaliar a vida dessa pessoa nas regionais, e a outra, especificamente do CAPS, a título de gestão, é a reunião de equipe, que você presenciou semana passada, aí é um outro momento de planejar e avaliar, porém, ressalvo, não se tem algo mais fidedigno, ou academicamente falando, que nos ampare pra fazer essa avaliação; então, é extremamente necessário nós termos supervisão, termos pesquisadores, que nos ampare no sentido de avaliar o serviço, avaliar nossa prática, avaliar a autonomia do usuário; a grosso modo nós temos, mas é muito de senso comum; então, precisa cientificar ou legitimar, regularizar, tornar mais fiel esse tipo de avaliação, a grosso modo temos, agora, com mais rigor, por escrito, não temos (GIRASSOL, 20/3/2006).

Sabe-se que a ausência de um processo de planejamento estratégico e avaliação sistemática comprometem a efetividade dos objetivos propostos. Conforme destaca Dias (2002), o cenário da Reforma Psiquiátrica requer tanto uma multiplicidade de respostas à sua plena implantação como para a avaliação de seus resultados. Contudo, é importante ressaltar que a especificidade das ações em saúde mental demanda a adoção de um método participativo, com o fim de superar o caráter unidimensional, comum em avaliações tradicionais.

A avaliação participativa já é uma exigência nas políticas sociais, decorrentes da pressão social pela garantia de acesso a bens e serviços públicos. Por analogia, a

construção de indicadores de avaliação também pode ser participativa, com a contribuição dos sujeitos inseridos na esfera municipal, responsável pela execução da atenção em saúde mental. Para a autora, apesar de certa reserva científica pela adoção desta sistemática metodológica, o seu valor está no alcance social de incluir os responsáveis pela execução de determinada ação, na sua construção e sistematização (DIAS, 2002).

3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento

Conforme já destacado neste trabalho os hospitais psiquiátricos são instituições representativas do modo asilar enquanto os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico de exercício das práticas de atenção psicossocial, do modo psicossocial.

O modelo de assistência do modo psicossocial destaca-se por seus meios básicos de tratamento (rede diversificada de serviços territorializados), e pela importância decisiva que se atribui ao sujeito na sua mobilização como participante principal do tratamento. Neste, considera-se o indivíduo como pertencente a um grupo familiar e social, o que supõe que se deve trabalhar, também, a família e o grupo social, como agentes das mudanças buscadas.

Já no modo asilar a organização institucional é marcada por estratificações de poder e saber, no âmbito das relações profissionais e da instituição, as quais transladam para a relação com os usuários e a população. Estes são excluídos de qualquer forma de participação, enquanto que no modo psicossocial, participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais.

Na pesquisa realizada, a maioria dos profissionais entrevistados referiu conhecer sobre a forma de atendimento no hospital psiquiátrico, seja por visitas, atuação profissional, contatos institucionais, relato dos usuários que estiveram internados.

No que se refere as diferenças no atendimento prestado pelo CAPS em relação ao hospital psiquiátricos, os entrevistados consideraram que existem diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência de um só discurso, o médico psiquiátrico do hospital e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial em contraposição ao tratamento igual para todos

das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Eu acho que é diferente em vários aspectos, primeiro, são essas diferenças que eu digo que são de base, sobre a Reforma Psiquiátrica e a função de um CAPS nesse processo de reforma. Existe por parte da maioria da equipe uma convicção de que a nossa função é evitar a internação e de uma certa maneira poder fazer substituição a essas instituições tradicionais; deslocar a centralidade do sistema pra um serviço aberto, que seja interdisciplinar, ou seja, onde você não tenha um discurso único dando a orientação, que no caso é o discurso psiquiátrico nas instituições (tradicionais); você tem essa multidimensionalidade então você pode compartilhar o discurso; em relação ao próprio atendimento, começa na forma do acolhimento, eu acho que o nosso acolhimento é bom, ele tem condições de receber a pessoa, de entender o que ela está procurando, o que ela está precisando, quais são as suas necessidades; a gente tenta de alguma maneira envolver família embora com dificuldades, mas a gente tenta e tenta principalmente manter a vinculação ou criar novos vínculos desse usuário; o projeto terapêutico que é individualizado também é outra coisa fundamental, que aí a gente quebra com a lógica tradicional de que todos recebem o mesmo tratamento, é a mesma medicação, são os mesmos horários, são as mesmas atividades pra todo mundo, não, a gente procura justamente ao levar em consideração essas características que são mais individuais, são mais singulares, a gente procura atender e levar em conta esses aspectos, então, isso pra mim já é muito diferente, além do que a gente procura o tempo todo ou minimizar ou quebrar mesmo a hierarquia, instituindo certas formas que evitam que a hierarquia se cristalize de maneira muito brutal, pra você não ter um deslocamento de poder dentro do serviço, que seja prejudicial pra todo mundo, igual no hospital (F, 12/4/2006).

A relação entre profissional e usuário foi destacada como diferencial por todos os entrevistados, conforme pode ser observado a seguir.

A relação entre o profissional e o usuário, pra mim, a maior diferença é essa relação interinstitucional ou interpessoal; é a forma como se dá, porque as ações também são diferentes, porque existem oficinas terapêuticas, existem os grupos terapêuticos, existem os atendimentos, mas esse modelo de atendimento pode também ocorrer numa outra instituição, ou mesmo num CAPS, mas se a relação de profissional e usuário não estiver pautada no respeito, uma relação sujeito-sujeito onde se possa esse serviço, obviamente, quando ele estiver num bom nível de participação, num bom nível de reabilitação, mas também..., o fundamental é isso, é estar pra além da instituição, estar pra relação do usuário com o profissional, e claro, o espaço também, o espaço físico tem que ter qualidade, a gente vê aqui um espaço super bom aqui no caso, as propostas de atendimento, como que são colocadas, como que é olhado esse usuário, esse usuário está junto no pensar da instituição, mas a cima de tudo assim, entender como cidadão de direitos, de respeitá-lo (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que tem um maior reconhecimento da condição subjetiva do paciente, acho que um certo respeito. Hoje, a Colônia Santana tem tido mudanças, tem uma política que também..., na verdade a política do Ministério também visa atingir as instituições mais asilares, os hospitais também estão mudando..., talvez seja mais lenta, aqui, a gente já chegou com uma outra perspectiva de trabalho; eu acho que a equipe toda, de forma geral, tem uma sensibilidade pra esse respeito pelo paciente, pelo outro, procura, na medida do possível, não estabelecer uma relação de poder; eu acho que aqui, por exemplo, a recepção é muito bem feita, os vigias também são pessoas que entraram no clima, assim, talvez já seja deles, mas entraram no clima do CAPS; acho que todos têm um compromisso com isso, um valor digamos; também, talvez seja deste CAPS, eu não conheço tantos outros CAPSs; eu acho que é uma relação diferenciada, na medida que você está aqui com esse objetivo de que a pessoa assuma a própria vida, contribuir para que isso aconteça; isso implica em ter pelo menos um respeito, um reconhecimento do outro (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p.10) destacam que o papel do técnico se transforma quando ele se coloca sob outros princípios; “se ele faz funcionar a tecnologia da doença mental, fortalece o dispositivo psiquiátrico. Mas, se transforma sua forma de intervenção, trabalha no sentido da desmontagem desse dispositivo”. Segundo os autores, isso significa pôr em funcionamento um dispositivo de desinstitucionalização e reinserir a complexidade dos problemas com os quais lida. Significa ainda abrir mão das interpretações da loucura segundo erro, incapacidade, inferioridade, doença mental, e potencializá-la como diferença, um modo diferente de relação com o mundo. Enfim, não usar o saber como técnica normativa, mas como possibilidade de criação de subjetividades. A técnica deixa de ser instrumento da violência quando a prática funciona como uma desconstrução da clínica.

As falas que seguem referem-se ao atendimento aberto e as possibilidades de escolha que o CAPS oferece em contraposição ao isolamento e segregação gerados pela internação hospitalar prolongada.

Em primeiro lugar o atendimento no CAPS é um atendimento, vou usar a palavra, aberto, ou seja, pra começar o usuário ele não fica internado aqui, mesmo se em algum momento tiver o CAPS III, é diferente. Ele vem, ele faz o trabalho dele, a sua terapia, durante o dia, e ele volta, quando, no caso tem família, pra casa; então, primeiro lugar a idéia do CAPS, o trabalho do CAPS não é segregar e isolar; quando o usuário vai para o hospital, eu acho que seja ele em qualquer campo da saúde, mas vai para o hospital e fica internado trinta dias, quinze dias, ele já esta sendo isolado do convívio com a família, do convívio social, ou seja, acaba perdendo progressivamente o contato com as pessoas e com o grupo social mesmo, e acaba sendo destituído das suas práticas pequenas, como desde pegar um ônibus, fazer sua comida, ir no

supermercado; no momento em que uma pessoa é colocada em um hospital e fica um mês, ele acaba perdendo o contato com essas mínimas..., não é nem com o mundo lá fora, mas com as mínimas coisas que ele teria em casa, na sua casa, enfim, ele perde tudo isso como se fosse realmente uma pessoa que não tem possibilidade nenhuma de fazer nem um café, enquanto o CAPS possibilita isso, acho que o CAPS ele, independente dos problemas que tem, acho que ele mostra que não, você ainda, apesar da sua crise, com a sua crise, com todas as limitações que as vezes um surto pode oferecer do ponto de vista cotidiano, você ainda pode fazer algumas coisas sim, como pegar um ônibus pra ir e voltar pra casa, fazer a escolha do seu planejamento terapêutico, vem aqui escolhe, em parte, o que gostaria de participar (LÉLI, 4/4/2006).

Assim, a possibilidade do usuário no CAPS de ter voz ela é muito maior do que nas outras instituições, as outras eu não vou generalizar, mas em algumas, as asilares, esses hospitais são..., enfim, crônicos até pela dificuldade mesmo de antes você pensar em ter outra alternativa que não a trancar e deixar lá e não tem medicação, não tem nada disso, estou falando de bem bastante tempo atrás, e isso ficou e se perpetuou, então, eu acho que a possibilidade do usuário aqui, no CAPS, nos CAPS, e até mesmo nos ambulatórios, acho que hoje em dia não é só CAPS que permite isso, é fazer parte como contribuinte do próprio tratamento, então isso é o que diferencia do paciente internado, vamos dizer assim, em São Paulo, no Vera Cruz, que é um hospital e tal, diferente de outros, tem algumas dessas internações que são diferentes, mas essa relação aí de profissional e usuário ela é mais aberta, é mais ampla, além do CAPS, especificamente, oferecer algumas possibilidades; então, a possibilidade de trabalhar em uma oficina, dessa oficina ter uma renda, que, assim, é um entrave no sentido que eles se sentem muito limitados e não só se sentem como eu acho que muitas doenças incapacitam mesmo, são incapacitantes, a esquizofrenia é uma delas, e é a nossa clientela aqui, a maior parte é de pacientes com esquizofrenia; a própria esquizofrenia já altera, vamos dizer assim, na cognição, na parte de planejamento, de você conseguir realmente se estruturar para trabalhar; tem umas pessoas que não conseguem nem ter o início, a iniciativa, ela é minada com a esquizofrenia, e aqui tem uma possibilidade, mesmo que essa possibilidade seja fazer oficina e ganhar uma renda, mesmo que, assim, seja só..., não é o valor que importa, é simbólico (J,22/3/2006).

O relato a seguir explicita epistemologicamente e em termos técnico-assistencial a diferença entre o modelo de atenção tradicional/hospitalar e o modelo de atenção psicossocial.

Primeiro, em relação a concepção da pessoa e em relação a concepção dos próprios meios de trabalho; na instituição psiquiátrica predomina o modelo manicomial/asilar como a gente chama, que daí vai olhar a pessoa enquanto doença, enquanto diagnóstico, aqui, no CAPS, a gente olha os seres humanos enquanto pessoas, enquanto a existência de um sofrimento, o que podemos fazer pra minimizar esse sofrimento da pessoa, então, essa é a primeira diferença que tem, quem é essa pessoa, que no modelo manicomial acaba sendo vista mais como diagnóstico, como um doente, isso que eu sempre falo, essa iatrogênia que o modelo

manicomial acaba inserindo na pessoa, você é um doente, vai ter que tomar remédio pra vida toda, e o máximo que você pode chegar é um portador de transtorno mental em recuperação, isso é uma das diferenças, outra é a própria concepção de saúde/doença que existe; as formas de organização dos dois modelos, são modelos diferentes, um é mais centralizado no psiquiatra, na instituição psiquiátrica, o no CAPS seria mais centralizado na equipe e, principalmente, nos usuários; a forma de relação com a clientela ou com o usuário, no modelo manicomial, é sempre uma relação hierárquica, de cima pra baixo, no CAPS, sempre uma relação, ou a gente tenta sempre ter uma relação horizontal; e a própria questão do que é bom ou não é bom pra pessoa, a pessoa tem que dizer o que é bom pra ela e, as vezes, no hospital, são os profissionais que já dizem o que deva ser bom pra ela, ou seja, a grande diferença que existe é: quem decide o que? No hospital as pessoas decidem sobre a vida da pessoa, eu acho que no modelo psicossocial é a pessoa que compartilha a decisão da sua vida (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme destaca Rotelli (1990), no manicômio (modelo/tradicional) a sociabilidade é reduzida a zero. A tutela, a internação tem a única finalidade de subtração das trocas, de estabelecer relações de mera dependência pessoal. Enquanto que a emancipação terapêutica (que se torna o objetivo substituto da "cura") só pode ser (cientemente) a mobilização de ações e de comportamentos que emancipem a estrutura inteira do campo terapêutico. Assim, o problema que se coloca aos novos serviços (CAPS) não é cura (a vida produtiva), mas sim a produção de vida, de sentido, de sociabilidade.

Neste aspecto, pode-se considerar a proposta basagliana de *colocar a doença entre parênteses* para assim direcionar o olhar ao sujeito em sofrimento e não à doença. Essa é uma questão fundamental, pois é o movimento de *tomada de responsabilidade* (DELL'ACQUA, 1992) individual e coletiva que se constitui como meio para a transformação institucional e para o processo de desconstrução. A cura cede espaço à emancipação, mudando a natureza do ato terapêutico, que agora se centra em outra finalidade: produzir autonomia, cidadania ativa, desconstruindo a relação de tutela e o lugar de objeto que captura a possibilidade de ser sujeito (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3 Participação do usuário e da família no tratamento

De acordo com as diretrizes da atenção em saúde mental do modelo psicossocial, o protagonismo dos usuários é fundamental para que seja alcançado o objetivo do CAPS de se constituir como dispositivo de promoção da saúde e da reabilitação psicossocial. Os

usuários e familiares devem ser chamados a participar das discussões sobre as atividades terapêuticas do serviço. A equipe técnica deve trabalhar de forma a estimulá-los a participar de forma ativa do tratamento e da construção de laços sociais. Entre os tipos de atendimento que o CAPS pode oferecer está o atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, de lazer com familiares (BRASIL, 2004).

Na seqüência deste item analisaremos as formas criadas pelo CAPS Ponta do Coral para envolver ativamente usuários e familiares no processo terapêutico, seja com relação ao projeto terapêutico individual, ao atendimento e a participação das famílias no tratamento.

3.3.1 Planejamento terapêutico individual

Conforme as determinações da política de atenção em saúde mental, cada usuário deve ter um projeto terapêutico individual, composto por um conjunto de atendimentos personalizado, que respeite as particularidades, necessidades de cada pessoa e proponha atividades durante a permanência diária na unidade e fora dela (BRASIL, 2004).

O atendimento no CAPS oferece projeto terapêutico de tratamento individualizado, o qual é pensado e avaliado com a participação do usuário. A fala relacionada a seguir detalha como acontece o planejamento do tratamento.

O primeiro passo desse projeto terapêutico ele é feito na entrevista inicial, que é basicamente a entrada desse usuário no serviço; então, a gente pensa uma programação mínima, levando em conta as necessidades, as condições, os limites e as capacidades do usuário e, quando a gente pode contar, com a família também. Além disso, uma vez por mês, [...] tem o encontro da Regional, e os usuários dessa Regional podem reelaborar o seu projeto terapêutico, a gente faz a revisão, a gente discute como é que está sendo esse projeto, se está sendo interessante, que ganhos, se está havendo ganhos ou não, se a pessoa está se sentindo contemplada de alguma maneira e tal, e aí a gente faz as alterações que a gente discute e acha necessário (F, 12/4/2006).

Com relação a forma como o usuário participa do processo de planejamento do seu tratamento, os entrevistados colocaram que é através da manifestação das preferências,

opções e desejos dele, dentro das possibilidades que o CAPS oferece. Nas falas relacionadas é explicitado qual a participação do usuário e do profissional no planejamento do projeto terapêutico de tratamento.

Quando o usuário chega no serviço, encaminhado de algum outro (serviço), ou de um hospital, ou de uma unidade local de saúde, ou por demanda espontânea é feito o acolhimento, onde a gente usa uma entrevista inicial pra fazer uma coleta de dados, ali resgata um pouco da história que o próprio usuário vai estar contando, e, então, nesse momento é feito o projeto terapêutico; inicia-se o projeto terapêutico, não que ele tenha que se esgotar nesse momento inicial; uma pergunta que a gente sempre faz pra ele é do que ele precisa, como a gente vai poder ajudar, então, a partir daí a gente oferece o nosso leque de atendimentos, o nosso projeto terapêutico do CAPS, e aí vai se construindo dessa forma (VIK, 24/3/2006).

Em geral a gente faz isso quando ele chega, na entrevista inicial, a gente pede pra que ele diga, a gente apresenta o que a gente tem; a gente pede que ele diga o que ele gostaria de estar fazendo, o que ele fazia, quais as preferências que ele têm, se ele não sabe, em algumas situações, a gente sugere que ele venha participar de algumas oficinas para ele, por exemplo, escolher; então, assim, é feito muito respeitando o desejo do paciente, o que ele gosta mais, as preferências dele; agora, se a gente vê que o paciente está muito ansioso, se ele precisa, a gente sugere um grupo terapêutico ou as vezes o atendimento individual; assim, não tem uma uniformidade, em geral a gente age assim (P, 17/3/2006).

Ele tem, esse projeto terapêutico, ele tem um primeiro momento, quando o usuário chega e faz a entrevista inicial é colocado com ele e oferecido, mostrado as possibilidades, o que o CAPS oferece em termos de terapia, desde grupos terapêuticos, atendimento individual e oficina, mas não é só oferecido, é também feito uma avaliação do técnico, o que ele pensa que, naquele momento, poderia estar ajudando aquele usuário, e é conversado com o usuário, muitas vezes acaba o usuário escolhendo tudo, escolhendo o que ele quer e o técnico tem pouca interferência, outras vezes o usuário quer algo que talvez naquele momento, por exemplo, atendimento individual, mas não tem vaga, não tem, os técnicos estão todos..., se tem alguém fazendo atendimento individual já não tem horário, então se entra em um acordo das possibilidades, dos desejos do usuário, e das possibilidades que o serviço oferece; isso é o primeiro momento, no segundo momento, ao longo do período do usuário aqui, vão tendo transformações, muitas vezes ele abandona aquele grupo ou oficina, que não era aquilo que ele achava que era bom, que ele gostava, abandona formalmente ou informalmente, simplesmente não vai, ou ele entrou em surto não veio mais, uma série de questões, então isso tudo é retomado, a gente tenta fazer a retomada na reunião das Regionais, reunião mensal, como é que está o tempo dele aqui, o que ainda se mantém fazendo, como ele está se sentindo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos entrevistados destacou que o projeto terapêutico de tratamento do usuário

é sempre pensado a partir da necessidade dele, o que ele traz de necessidade, o que ele traz de sonho, de vontade, de sofrimento, de

tristeza, então, o projeto terapêutico é sempre pensado, repensado, analisado, refletido, em cima da necessidade da pessoa (GIRASSOL, 20/3/2006).

É importante destacar que o planejamento do projeto terapêutico deve envolver o portador de transtorno mental como sujeito deste processo. A participação ativa do usuário na escolha do que fazer e na expressão de suas necessidades favorece a adesão e continuidade no tratamento, confere-lhe o exercício da liberdade de escolha e da cidadania. Neste processo, o ato terapêutico, quando não é mais fundado sobre a doença e não provém da autoridade médica, torna-se a própria organização coletiva, convertendo-se em *tomada de responsabilidade* e produção de subjetividade (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral

No plano teórico, a relação da família com o portador de transtorno mental é construída a partir do alienismo, como produto da sociedade moderna/burguesa. No interior desta perspectiva concentram-se dois entendimentos polarizadores: “o da família ameaçada pela eclosão da enfermidade, portanto, sofrendo suas conseqüências ou causadora da emergência do transtorno mental, assim culpabilizada por sua etiologia” (ROSA, 2002, p. 139). Historicamente, o segundo entendimento foi o que prevaleceu na maioria das abordagens teóricas na área da saúde mental, com uma relativa diminuição nos anos 1970, seguido de uma complexificação da compreensão do grupo familiar e de sua dinâmica, a partir dos avanços teóricos da leitura feminista e marxista. “Contemporaneamente, a inclusão do grupo familiar nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental; a assunção de sua condição de parceira e co-responsável dos serviços e a exigência de constituição de uma nova pedagogia institucional em sua abordagem atravessam a construção de uma nova relação entre o louco e a sociedade” (ROSA, 2002, p. 139).

Nesta direção, um dos objetivos do CAPS é incentivar as famílias a participar do cotidiano do serviço. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas importantes para o trabalho dos CAPS. Eles podem participar de diversas maneiras, incentivando o usuário a se envolver no projeto

terapêutico, participando diretamente das atividades do serviço, nas reuniões, assembléias, nas associações de usuários, técnicos e familiares, trazendo dúvidas, sugestões. A participação pode acontecer tanto nas atividades internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. (BRASIL, 2004).

A Portaria /GM nº 251/2002 constitui-se como mais um dispositivo na mudança das relações entre os serviços de saúde mental e a família à medida que prevê, no desenvolvimento dos projetos terapêuticos, o preparo para o retorno à residência/inserção domiciliar e uma abordagem dirigida à família no sentido de garantir orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento.

O atendimento aos familiares é uma das formas para que as famílias participem, conheçam o trabalho dos CAPS e passem a se envolver ativamente no processo terapêutico. Neste sentido, a família ganha visibilidade como protagonista, parceira dos serviços e co-responsável no provimento de cuidados do portador de transtorno mental.

Além disso, o avanço dos conhecimentos e entendimento de que os fenômenos humanos comportam uma multiplicidade de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos e éticos, inter-relacionados entre si, possibilitou mudanças na assistência às pessoas em estado de sofrimento psíquico. Essas puderam ser compreendidas na totalidade de sua condição existencial. E, o sofrimento, antes tomado apenas como algo individual, passou a ser visto como parte de um contexto onde outras pessoas estão envolvidas e também merecem cuidado e atenção.

No CAPS Ponta do Coral, na sua maioria, os profissionais afirmam que existe atendimento familiar, com ressalvas de um deles que referiu não existir atendimento familiar sistemático e outro que observou que existe atendimento familiar individual. As falas relacionadas expressam de que forma a família participa no tratamento do seu membro no CAPS.

A família participa não como uma preconização ou uma exigência do serviço; o que eu tenho visto é que a família participa aqui no CAPS na medida em que há uma necessidade, quando há necessidade do serviço conversar com a família ela é incluída, quando há uma necessidade da família pelo serviço ela procura, mas não é uma rotina todas as pessoas que vem aqui a família ser atendida, as vezes o usuário não quer saber da família, as vezes a família não quer saber do usuário e assim sucessivamente, ou seja, a família participa na medida que temos a clareza da necessidade, mas não é uma prática oficial do serviço (GIRASSOL, 20/3/2006).

Alguns casos sim, em alguns casos eles vem para a reunião mensal da Regional, ou vem para uma consulta com a psiquiatra, ou vem pra trazer o usuário que não consegue ainda vir sozinho, mas é muito restrita a

participação da família, normalmente ela vem mesmo quando a coisa está apertando, quando o usuário surtou, não está conseguindo segurar, quando ele está já nas últimas (LÉLI, 4/4/2006).

Os profissionais que afirmam a existência da participação da família no tratamento explicitam como esta acontece e como se dá o atendimento no serviço, observando o cuidado que existe em atender a família e o usuário juntos.

Sim, tem alguns usuários que vem acompanhado de familiares, as vezes nós chamamos a família, quando existe necessidade, e isso acontece assim no cotidiano, conforme realmente surge a necessidade; geralmente há uma relação muito conflituosa entre o usuário e família, geralmente o familiar mais próximo, referência mais próxima e aí a gente intervém, mais ou menos com dois objetivos, assim, um de pensar essa relação conflituosa, o que pode ser negociado aí pra viverem melhor, pra ter mais qualidade de vida nesse ambiente, que moram juntos, e o outro pra poder então capacitar, colocar elementos pro familiar sobre o tratamento, sobre os transtornos mentais, pra que ele possa ser um cuidador também, o que ele é, pra que ele possa se qualificar; então, uma outra coisa que eu penso é que esse atendimento familiar ele sempre tem que privilegiar a participação do usuário porque fica complicado falar do usuário sem ele estar presente (VIK, 24/3/2006).

Sim, a família participa, claro, na medida de cada caso; em geral, assim, a gente tem a disponibilidade de atender a família, então, muitas vezes, precisa de o paciente vir com a família em várias situações, e esse atendimento é dado; o grupo de família, também está tendo o grupo de família, as vezes é dado (o atendimento) a família daquele paciente; mas sempre a gente tem o cuidado de receber a família e atendê-la junto com o paciente, nunca assim..., não gerar essas fantasias perseguitórias por parte do paciente “tá falando o que de mim”; isso é mais ou menos quase uma regra aqui no CAPS, a gente atende junto com o paciente (P, 17/3/2006).

Os trechos das entrevistas relacionados a seguir descrevem as formas criadas pelo CAPS para oportunizar a participação da família no tratamento. Alguns profissionais referiram-se a um grupo de famílias que chegou a ser iniciado, mas que pela falta de adesão e outras dificuldades não funcionou mais.

Um pouco assim, o acolhimento na segunda-feira é um espaço que a família pode participar junto com o usuário pra relatar como é que foi o final de semana e pra relatar e como estão as atividades no CAPS; o outro espaço são as reuniões das Regionais de equipe, fora o trabalho individual, que, assim, eu acabo chamando muitas vezes, eu quero atender você na presença de um familiar, as vezes você precisa até forçar nesse sentido, de que a família compareça, faço cartinha, mando e aí atendo em consulta individual, mas não em grupo, não é uma abordagem psicoterápica, é mais no sentido de psicoeducação do que de terapia (J, 22/3/2006).

[...] existe um planejamento pra se atender família, um grupo de familiares a serem atendidos por psicóloga [...]; então, as formas criadas para oportunizar a participação da família é justamente quando ela vem, acompanha, que é aberto para os familiares participarem das oficinas junto com o usuário, então, sempre tem essa oportunidade e grupos específicos pra famílias que estão se tornando real (GIRASSOL, 20/3/2006).

É mais ou menos como eu te falei; então, assim, as vezes a gente chama pra um atendimento individual, e também ela participa dos eventos acontecidos aqui no CAPS, promovidos pelo CAPS, de festas, geralmente o dia nacional da Luta Antimanicomial, quando a gente comemora, que faz uma confraternização, as festas sempre tem a presença de familiares também, festa de natal, festa junina (VIK, 24/3/2006).

As reuniões das Regionais por exemplo, uma vez por mês, e tem alguns técnicos que fazem reuniões com as famílias, discutindo, por exemplo, aquele usuário em que a família está implicada diretamente, tem problema com a família, então chama a família pra trabalhar; já teve grupo de família, mas foi fechado porque as pessoas ficaram um tempo, mas as famílias, segundo as técnicas que fizeram, muito pouco se apropriavam, vinham, se utilizavam desse espaço (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre este aspecto, cabe destacar que o deslocamento do eixo da compreensão do problema individual para o familiar/social, que tem como consequência o acolhimento da família como uma unidade que necessita de cuidado tanto quanto o paciente individual, pressupõe um novo olhar sobre as possibilidades das famílias para enfrentarem suas crises e atuarem como suporte terapêutico. Nessa perspectiva, se impõe a necessidade de não só reconhecer o atendimento ao grupo familiar, mas de oferecer uma atenção singular que leve em conta, por um lado, as especificidades de cada família, considerando a história, a estrutura, a dinâmica, bem como a inserção desta no contexto social. Por outro lado, deve-se avaliar a realidade e as possibilidades das famílias para usufruírem das formas de atenção que lhes são propostas (MIOTO, 1998, pp. 25-26).

Nesta direção, dois dos participantes da pesquisa identificaram como uma das dificuldades em realizar o atendimento familiar, a falta de profissionais qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades, conforme pode ser observado nas falas a seguir.

A maior dificuldade que eu vejo é que não existe ninguém capacitado aqui dentro para lidar com a família, é claro que, assim, eu faço um atendimento com o usuário a família vai estar junto eu vou estar explicando, mas quando você vai pensar em trabalhar com a família, trabalhar no sentido psicoterápico, isso não existe, agora informar a família, tentar com que a família faça parte do planejamento, a gente

tenta e incentiva, estimula que eles venham nas reuniões das Regionais, mas o que eu percebo, assim, a equipe ela é muito pequena pra dar conta de tudo, então a maioria das vezes o paciente chega, a família está ali fora, mas todo mundo tem a sua atividade, estão todas na oficina e isso me sobrecarrega muito porque eu tenho que dar conta de tudo, inclusive da família que chegou, do atestado que está faltando, e a família que quer saber porque que o remédio..., mas não existe um espaço pra ela, não existe um espaço que acolhe a família (J, 22/3/2006).

Profissionais qualificados, eu acho que necessita de profissionais que tenha um pouco mais de experiência, de conhecimento pra estar lidando com família, que toda a família tem sempre os seus nós górdios, tem sempre questões de fundo, que as vezes precisa de um certo conhecimento, experiência pra estar lidando com isso; até que ponto é vítima ou réu, então, acredito que profissionais que tenham experiência, que tenham a qualificação teórica, [...] possa estar oportunizando uma melhor relação no atendimento CAPS com família, então, a qualidade do profissional para estar realizando essa participação (GIRASSOL, 20/3/2006).

Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que é um transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, foram relatados pelos profissionais.

Acho que tem uma junção, eu acho que tem uma coisa primeiro que é o entendimento, a família, muitos familiares, querem deixar o usuário aqui, e querem fazer sua vida, até por questão de sobrevivência; o que eles alegam muito é que eles precisam trabalhar, então não pode faltar ao trabalho uma vez semana pra poder estar aqui porque mesmo que tenha atestado pra poder estar aqui, acaba perdendo o trabalho, não tem como justificar; e a outra questão é o próprio entendimento de que é na família o espaço em que o usuário pode ser tratado, porque a idéia de tratamento é uma idéia também que se direciona, que acaba sendo entendida como médica, hospitalar ou clínica, ou então, agora tem o CAPS; e o lugar de tratamento, digamos tratamento como restituição, como reinserção, também é na família (LÉLI, 4/4/2006).

É, chega um momento que as vezes de fato a relação se esgota, assim, são tantos conflitos, são tantas brigas, tantas dificuldades de convivência, de relacionamento, que já vem desde a infância, que chega em momentos quando, geralmente, o usuário tem as primeiras crises, isso gera um isolamento, assim, o usuário fica isolado nesse ambiente, nesse contexto familiar, realmente é muito difícil; as vezes tem uma mãe muito controladora e que aí o usuário não quer muito aproximação do serviço com essa referência porque o serviço passa a ser então um lugar de acolhimento pra ele que ele não tinha até então, porém, a gente busca a família, pra que a família possa cumprir essa função da referência (VIK, 24/3/2006).

Neste sentido, deve-se considerar que no contexto brasileiro, pela própria ausência ou precariedade da intervenção estatal por meio das políticas públicas de corte social, a família torna-se a principal garantidora da reprodução da força de trabalho. As famílias, para suportar, todas as funções que lhes são atribuídas e enfrentar as situações de risco social, buscam dividir com o Estado o encargo dos cuidados com seu ente enfermo. Mesmo assim, configuram-se, para elas, condições deficitárias de atendimento, em particular no caso da atenção em saúde mental (ROSA, 2003, p. 192).

Na seqüência, o entrevistado realiza uma análise das várias situações singulares e sociais que envolvem as dificuldades do serviço, das famílias e dos usuários, em realizar um tratamento integrado na relação usuário/família/CAPS.

Então, também envolve vários aspectos, eu vou apontar alguns; assim, em primeiro lugar, a gente vê que boa parte das famílias vê o CAPS como um lugar pra poder deixar o seu familiar, é um lugar onde ela não vai precisar cuidar dele durante um certo tempo, então, eles até participam de algumas entrevistas iniciais, hoje, por exemplo, eu tenho uma (entrevista inicial) que a pessoa veio sozinha, não veio família; é bastante freqüente que venha o usuário sem acompanhante familiar algum, esse é um aspecto, a família de uma certa maneira toma o CAPS como um lugar pra deixar o seu familiar, nós por outro lado, não criamos estratégias pra fixar essa família, pra trazer essa família mais perto; tem um grupo de família que funciona de maneira meio irregular, mas que a gente vê cada vez mais a necessidade de tornar isso algo mais organizado, poder atender a família, a gente faz o acompanhamento com família, geralmente, quando há um pedido específico ou do usuário ou da própria família, aí a gente procura fazer, mas é mais individualizado, é uma questão mais individualizada, e há também, por parte dos usuários há o desejo de que a família não participe, isso ficou muito evidente na organização da associação, que é uma associação de usuários, familiares e técnicos, e quando a gente estava organizando a associação, toda vez que se falava na participação dos familiares havia uma certa resistência por parte dos próprios usuários que os familiares participassem; a gente entende isso como uma maneira de buscar uma certa autonomia, uma certa distância dessa família, que é, as vezes, bastante complicado de fato tê-los muito próximos, aí precisa de um outro tipo de abordagem, não dá pra incluir, como a gente fazia no início por exemplo, a gente fazia grupos de usuários e familiares, mas a família atrapalhava mais do que ajudava nesses grupos, aí a gente resolveu começar a separar, deixar o espaço específico para o usuário, porque a família vinha e tomava o espaço, e falava, e ficava reclamando da pessoa, do que ele não fazia, de todas as dificuldades etc..., então, a gente achou melhor botar um pouco uma barreira, botar um filtro ali pra que tivesse espaço do usuário e que ele pudesse aproveitar isso da melhor maneira possível (F, 12/4/2006).

No entanto, cabe destacar que, numa visão mais abrangente e totalizante, a família é entendida, no cerne das condições de reprodução social do portador de transtorno

mental, como um sujeito que procura reconstruir relações cotidianas, criar novos sentidos, manter e fortalecer laços de sociabilidade. É percebida, positivamente, em suas possibilidades, potencialidades e recursos, como elemento fundamental à manutenção do poder contratual, à autonomia e à emancipação do portador de transtorno mental (ROSA, 2002, pp. 152-153).

As falas relacionadas a seguir apresentam a compreensão dos entrevistados com relação às possibilidades da participação da família no tratamento, e as dificuldades do CAPS em realizar esse tipo de atendimento. Um deles argumenta que o acompanhamento à família é essencial para minimizar os efeitos da convivência com o portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Acho que o atendimento familiar assim como ele pode ter dificuldades ele também pode te ajudar um monte, então, assim, tem os dois lados, as dificuldades eu acho que é porque também ele vai estar trazendo, vai sobrecarregando com mais, digamos assim, mais queixas, vai estar trazendo.., as vezes nem está relacionado ao usuário os problemas e as situações, embora eu acredito que na maioria das vezes ela ajuda, ela ajuda porque é que está convivendo com o usuário lá fora o tempo inteiro, que tem mais os dados, quem pode inclusive, ah! ele está muito sedado, vamos tirar esse remédio, esse remédio só faz mal, então, a família se ela não é bem orientada ela acaba, assim, tentando fazer o bem ela acaba fazendo o mal pro paciente, ah! não aquela atividade lá, ficar só batendo palminha, musiquinha, aquilo lá não vai ajudar você, é melhor eu.., vou te colocar de novo na escola porque se não você não vai trabalhar nunca, então todas as ansiedades da família, que se elas forem bem trabalhadas o usuário só tem a ganhar, agora, as dificuldades é: um espaço em que essa família seja acolhida, que ela seja realmente trabalhada e uma equipe, a formação, alguém com formação pra fazer isso, isso não tem (J, 22/3/2006).

Eu acho que o acompanhamento com a família ele é extremamente necessário pra elaborar a imagem que essa pessoa acabou deixando pra essa família; a família ela ainda tem uma imagem, ela tem o imaginário social em relação o que ela de repente produziu; então, há uma necessidade de se ter um acompanhamento com os familiares pra estar elaborando as relações, o dia-a-dia que ela tem com o portador de transtorno mental; as vezes se investe muito em acompanhamento com usuário e não se investe muito no acompanhamento com a família, a família está sobrecarregada, tem que se discutir a questão dos encargos familiares, porque as vezes ter um portador de transtorno mental junto com a família é extremamente estressante, e as vezes a família acaba colocando o portador de transtorno mental no hospital pra descansar, porque as vezes é complicado, tem um portador de transtorno mental que canta o dia inteiro, ou que não dorme durante a noite, dorme de dia, ou que quer ver televisão a todo momento, ou que fica conversando com a vizinhança a todo o momento, tem o portador de transtorno mental que com o seu sofrimento incomoda muito a família, então, tem de haver um profissional articulado ou apaziguador ou que provoque alguma

resolução nessa prática; [...] se não dá pro portador de transtorno mental morar com a família então que se haja (encontre) um espaço harmônico, mas a família tem que ser acompanhada sim (GIRASSOL, 20/3/2006).

Entre as dificuldades que os profissionais identificam na (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e estigma da loucura, ainda presentes no imaginário social das pessoas. Relacionamos na seqüência as respostas dos entrevistados, nas quais é expressa a relação com alguns dos aspectos enfrentados no cotidiano da vida dessas pessoas, em suas relações com a família, as instituições e a sociedade.

Em primeiro lugar a dificuldade de a família compreender o que a pessoa tem, pelo que ela passa, muitas vezes, a idéia é de que é um vagabundo, que o cara não quer trabalhar porque é vagabundo, não quer fazer nada só quer ficar em casa fumando, na frente da televisão porque é vagabundo; então, tem essa dificuldade de poder dar ou ter um certo olhar pra essa pessoa, pra esse usuário que não seja esse da discriminação; tem também o medo, o medo de que essa pessoa venha cometer algum crime, que é um pouco o mito da loucura, é o que envolve o mito da loucura, de ser alguém que é imprevisível e violento, o mito da loucura está muito marcado por isso, muitas vezes a família vem contaminada por isso, eu atendo uma mãe, por exemplo, que apesar de ser uma pessoa que contribui muito, mas ela tem medo do filho, ela tem medo, e ela reconhece isso, diz isso claramente, ela tem medo, agora menos, depois de um tempo isso está começando a se flexibilizar, ela está começando a entender um pouco diferente, mas ela tinha muito medo do que esse filho poderia fazer com ela, então, isso é algo que é bastante comum, mas isso é uma dificuldade; o outro aspecto da resistência é a idéia de que ele se tornou uma pessoa inútil, o usuário se tornou uma pessoa inútil, porque ele não pode trabalhar, que nunca vai fazer nada a não ser ficar como um louco, ficar como uma pessoa que não pode assumir responsabilidades, que não contribui, o aspecto financeiro é um problema; o Programa de Volta pra Casa não resolve isso integralmente porque ele é destinado pra pessoas que estão no mínimo há dois anos internadas, então, aqueles que não tem internação prolongada não têm acesso a esse recurso, então, ele passa a se tornar um peso econômico pra família e aí todos os outros problemas que são decorrentes disso (F, 12/4/2006).

Muitas vezes ele acaba sendo o membro da família rejeitado, ele tem o quartinho dele no fundinho. Bom, eu acho que é o próprio estigma de ter um doente mental, tem ah ele é doente mental, deixa ele quietinho lá porque se não ele vai incomodar, vai surtar, vai xingar e, que vergonha, aí os vizinhos; então, é o estigma do usuário, do paciente com transtorno mental, como muitas famílias não entendem elas tem até crenças de que isso é o demônio, isso é um castigo, ou é porque ele era uma pessoa ruim na vida passada, então, vem com mil, vamos dizer assim, explicações, que só atrapalham e impedem que aquilo seja encarado como..., ok isso aí é uma doença, e como é que a gente vai

fazer pra ajudar e tratar isso; então, os conhecimentos, a ignorância nesse sentido, [...] uma parte eu acho que seja pelo próprio desconhecimento do que é um transtorno mental, e do estigma de que o louco é o que rasga dinheiro e, enfim, isso dificulta, e aí quando você não tem um suporte pra dar à essas famílias aqui dentro, você só reforça lá fora esse estigma; então, claro, a pessoa chama a atenção da população, os pacientes que conseguem lá fora trabalhar e não ficar só dentro do CAPS, então, as oficinas que possam vir a dar renda, que elas sejam trabalhadas lá fora, até pra lá fora você convive com eles, percebe que eles não são os loucos que rasgam dinheiro, saem quebrando tudo e matando todo mundo, esse é o medo da população e acaba sendo o medo da família (J, 22/3/2006).

A questão da diferença do “louco” para o “não louco”, que na sociedade capitalista, é determinada pela relação produtivo/não produtivo, ou seja, aquele que detêm poder de consumo e aquele que não tem poder de consumo, também foi expressa pelos profissionais entrevistados como uma das dificuldades para a (re)inserção social do portador de transtorno mental, na família e na sociedade.

Eu acho que os limites do usuário; tem a coisa do preconceito, da loucura, ele, o usuário, ele não é alguém produtivo na família, ele não leva dinheiro pra casa, ele, ao contrário, ele só gasta, ainda tem que buscar remédio, ele dá mais trabalho ainda, ele não é produtivo, de maneira geral, então, isso já agrega um preconceito maior ainda, além de ter o preconceito da loucura, de ser..., enfim, alguém que tem uma “deficiência”, alguém que é muito dependente, ainda tem isso, então, ele não soma nada à família a não ser o incomodo; daí, geralmente, é uma mãe que até acolhe, ou pai, por questões afetivas, mas sempre está lidando com esse limite do usuário; tem famílias que não querem, tem muitas famílias carentes que não querem mais um problema, e quando a pessoa, então, saiu da família, que foi internada, e ficou um longo tempo fora, a família já se estruturou de forma a não contar com aquele usuário, então, já não conta mais com ele, passou três, quatro, cinco meses, aí vem uma pessoa trazendo toda uma dependência e que não é somar, ou as vezes as próprias crises dentro de casa, então, é difícil um cara que faz xixi no chão, um cara que toma um café e deixa sua xícara, um cara que quebra, que uma vez por mês quebra tudo, que bate nas pessoas dentro de casa, ninguém tem essa tolerância, tem que ser mais de uma pessoa pra suportar e, as vezes, uma pessoa, que é a mãe, suporta, mas os outros irmãos não entendem, não conseguem lidar com a questão, que é difícil mesmo, o nível de dependência, os limites, o risco que, enfim, pode correr o usuário (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Rosa (2003, p. 192), a família, apesar de procurar dividir com o Estado as demandas de cuidado do portador de transtorno mental, ainda é o principal agente responsável pelo seu provimento. Para implementá-lo, na divisão sexual do trabalho do grupo doméstico, seu ônus recai sobre a mulher. Todavia, diferente das demais

enfermidades, o transtorno mental se particulariza pelo fato de seu portador não se reconhecer como enfermo e por seu prognóstico figurar como uma incógnita, sem ter uma temporalidade previsível. Desta forma, em geral, o provimento de cuidados e o tratamento tornam-se impositivos para o portador de transtorno mental, que pouco colabora conscientemente no seu processo de recuperação. Por sua vez, o provedor de cuidado, com frequência a mulher, mãe, tem que ter uma disponibilidade de tempo, periódica ou indefinidamente, para exercer o seu papel. E, para satisfazer as necessidades individuais do portador de transtorno mental e as exigências de sua enfermidade, a mulher, mãe tem seu espaço de vida invadido, seus projetos de vida obstruídos pelas necessidades de prestar cuidado.

3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares

No contexto da Reforma Psiquiátrica, as organizações de usuários, técnicos e/ou familiares tem cumprido um importante papel na mudança do modelo assistencial em saúde mental, participando ativamente das discussões sobre os serviços e promovendo atividades que visam maior inserção social, geração de renda e trabalho e a garantia de direitos sociais. Essas associações constituem-se em importante instrumento de promoção da saúde e da cidadania de todos os envolvidos (BRASIL, 2004)

O CAPS Ponta do Coral conta com uma associação de usuários, familiares e técnicos. Apesar de estatutariamente estar prevista a participação e filiação de familiares e técnicos, atualmente, na prática, esta se tornou, efetivamente, uma associação de usuários. Em gestões anteriores, já teve em sua diretoria a participação de técnicos do serviço. Atualmente, dois técnicos acompanham as atividades desta, mas a diretoria da gestão atual (2006) é composta somente por usuários.

Com relação a participação dos usuários no planejamento das atividades do CAPS, os profissionais referem que esta acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, realizada semanalmente, na qual são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Contudo, os entrevistados observam que

existem dificuldades em realizar um processo de planejamento das ações do serviço, seja por particularidades dos usuários, seja por limitações e/ou problemas institucionais.

Assim, existem alguns espaços em que essas ações são tomadas em conjunto, a assembleia dos usuários, aqui é feita de terça-feira, em que é discutido desde a limpeza, o lanche, qual é o próximo passeio, o que vai ser de reunião, o que está sendo feito, quais são os informes em relação a saúde mental, em relação a congressos, encontros, comissões. O que eu percebo é que embora isso seja estimulado há pouca, baixíssima, aderência e quando há, em geral, são daqueles mais saudáveis no sentido de que de repente nem seriam usuários CAPS, mas eu acredito que isso seja também o próprio sintoma, de a dificuldade de lá fora conseguir um emprego, a dificuldade de iniciar uma atividade, iniciar um curso, é também pra se engajar na própria luta deles; o que eu percebo é que a família, em geral, quando pega isso vai adiante, os usuários tem poucos estímulos próprios, vamos dizer, pra continuar, pra se manter; então, na reunião da Comissão Ampliada²¹, aí participa um, mas depois a semana que vem já não vem; então, são poucos os que realmente conseguem dar conta, eu coloco a palavra no sentido de ser capaz para, tem essa dificuldade, eu acho que é própria condição (J, 22/3/2006).

Então, a gente procura estabelecer parcerias com a associação porque tem muitas coisas que pelo fato de a gente estar submetido a um organograma e a hierarquia, e aí os limites do serviço público, a gente não pode fazer; por exemplo, a questão da venda do material das oficinas, isso é algo que o CAPS não pode assumir, por conta mesmo da legislação que impede a gente de fazer esse tipo de atividade; então apesar de ter uma participação grande, o material vendido é o material das oficinas do CAPS, mas quem faz essa tarefa é a associação, é a associação que se encarrega da venda, de levar o material, de receber dinheiro etc.; além disso a associação se tornou efetivamente uma associação de usuários, apesar de o estatuto dela prever a participação e filiação de familiares e técnicos ela é uma associação de usuários na prática, e como articuladora de um projeto político e de reivindicação dos direitos do usuário dos serviços de saúde mental, como um instrumento pra viabilizar inserção no mercado de trabalho por exemplo, parece que são essas as funções da associação; com os usuários o que a gente tem é uma assembleia semanal onde são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; esse aspecto do planejamento da atividade ele de fato não tem a participação dos usuários até porque nem nós, como te falei no início, o nosso planejamento também é meio caótico, assim, a gente não tem um processo organizado de planejamento pra um ano ou mesmo pra seis meses, então, aí os usuários não chegam a participar desse planejamento, eles participam sim da discussão do funcionamento que é na assembleia,

²¹ A Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental (CPASM) é uma instância do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, criada através da Resolução N°1/CMS/2006, cuja finalidade é assessorar o plenário do conselho no que compete a formulação, implantação, implementação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas, ações e projetos em Saúde Mental, assim como prestar assessoria técnica ao gestor municipal. A CPASM é constituída por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde, e usuários e familiares da saúde mental (nota da pesquisadora).

que é toda semana, e aí se trata das coisas do dia-a-dia, é mais cotidiano (F, 12/4/2006).

A presença e participação dos usuários nas discussões e no planejamento das ações pertinentes à saúde mental vêm se ampliando progressivamente nos últimos anos. O processo de inserção inicia-se com o protagonismo dado ao sujeito na definição de seu projeto terapêutico, estende-se na organização de associações e na representatividade destas nos fóruns deliberativos (Conselhos de Saúde, Conferências, Comissões de Saúde Mental), e na participação em eventos científicos e espaços de militância política pertinentes à área da saúde mental. Essa é uma das formas em que a condição de cidadão dos portadores de transtornos mentais é resgatada. Segundo Rodrigues (2005, p. 80), “a participação política e militância de usuários e familiares em instâncias deliberativas ganham efetividade quando politicamente organizados”.

Neste sentido, a construção coletiva do protagonismo requer a saída da condição de usuário-objeto e a criação de formas concretas que produzam um usuário-ator, sujeito político. Isso vem ocorrendo através de inúmeras iniciativas de reinvenção da cidadania e *empowerment*, como atenta Vasconcelos (2000b), por meio de intervenções via associações de usuários ou de cooperativas sociais, ou ainda da participação política de tais atores nos mais importantes fóruns sociais de formulação de políticas da área, tal como nos conselhos de saúde e comissões de saúde mental.

Nas falas que seguem, os participantes da pesquisa destacam as dificuldades encontradas na organização, na articulação e no funcionamento da Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral²², bem como seus objetivos e principais lutas políticas por direitos.

Assim, eu acho que os usuários têm esse espaço da assembléia junto com os técnicos. É um espaço interessante, onde eles podem estar opinando, mais do que o da associação; o da associação é muito mais difícil de levar adiante; eu também já fiquei um tempo ajudando a associação, já fui até, uma época, da própria gestão, da própria diretoria, e a gente tem

²² Importante estudo sobre a Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral foi realizado por Rodrigues em dois trabalhos: RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral: desvelando sua significação**. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004; e RODRIGUES, J. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

que estar puxando muito como técnico, parece que deixar por conta deles a coisa não anda e, as vezes, a gente vê que fica mais um desejo nosso de que as coisas aconteçam do que deles; então, a assembléia pelo menos é um espaço que eu ainda acho que se consegue ter uma presença, agora a presença dos familiares no planejamento é muito pequena, poucos que vem, vem um ou outro, pai de alguém; dos usuários, eu acho que é mais nesse espaço da assembléia que acontece (P, 17/3/2006).

Os usuários, nós temos a assembléia dos usuários; então, na assembléia se discute algumas questões, por exemplo, as vezes o planejamento, funcionamento da casa, por outro lado nem tudo é discutido na assembléia, [...] tem uma atuação limitada, ela não é totalmente participativa. A associação, ela tem histórias de altos e baixos; teve momentos que a associação tinha uma diretoria, mas ninguém participava, não se articulava; tem momentos que a associação se integra mais, quando ela se integra a coisa fica também mais rica; nós temos aproximação, por exemplo, na questão do vale transporte, as reivindicações, sobretudo do vale transporte, de veículos pra passeio, pra participar de um evento, muito mais do que planejamento das ações, digamos assim, mais no sentido de luta por direitos e reivindicações (LÉLI, 4/4/2006).

A associação de usuários possui cinco objetivos: controle social, ajuda mútua, suporte mútuo, defesa dos direitos, geração de renda; em cima desse objetivos a associação realiza seu movimento e sua luta. Em termos do papel dos usuários no planejamento das ações do CAPS seria discutir esses objetivos em relação ao CAPS. Hoje, o que acontece, a associação de usuários acaba discutindo um pouco mais controle social; ela expressa a representatividade dos usuários na luta social, na dignidade humana, e também na geração de renda; outra coisa muito importante que a gente fala é a luta contra o preconceito, então, a associação ela participa mais nesse sentido, controle social, geração de renda e luta contra o preconceito no CAPS; esse é o papel dos usuários, realizar o controle social, participar da geração de renda e a luta contra o preconceito; a luta contra o preconceito significa realizar teatro, levar pras Academias, levar pra comunidade, mostrar que a história do louco no imaginário social das pessoas ela é transformada, pode-se reverter isso, e isso se reverte com música, cultura e arte (GIRASSOL, 20/3/2006).

O papel da associação no planejamento, é porque assim, a associação ela não é o CAPS, ela é uma entidade separada, a assembléia é uma assembléia geral do CAPS, é um mecanismo facilitador da participação dos usuários e técnicos na gestão do serviço; a associação é uma entidade, sem fins lucrativos, que foi criada e pensada pra que os usuários e familiares se organizem pela luta da política, pela luta da implantação da política de saúde mental, pela luta dos direitos, pela luta da implantação da Reforma Psiquiátrica, pela melhoria do serviço, então, assim, a associação ela caminha, mas ela é muito nova e aí se é muito nova tem uma estrutura um pouco frágil, então assim, a tua pergunta é se ela participa das ações do CAPS, ela participa sim, tem um elo de participação aí, tem um canal de participação, mas é frágil, é muito frágil, eu penso que é muito frágil porque aparece pouco (VIK, 24/3/2006).

Rodrigues (2005, pp. 81-82) destaca que as associações de usuários, enquanto dispositivos, possibilitam uma atitude política que oferece visibilidade ao usuário como ser cidadão e não apenas como portador de um transtorno. Segundo o autor, quando o usuário passa a ver, sentir, e ver sentido em suas ações associativas, sua prática organizativa torna-se efetiva e com empenho. Por isso, as associações precisam desenvolver estratégias mais amplas de adesão, visando revigorar seus quadros associativos. Nesta direção, a profissionalização e formação política dos dirigentes é vista como uma possibilidade para estimular a participação.

A compreensão das associações civis como relacionadas e condicionadas pelas associações políticas leva ao entendimento de que há uma sinergia entre a sociedade civil e a democracia política. Segundo Fleury (2004), a dimensão cívica da cidadania diz respeito à condição de inclusão ativa dos cidadãos à comunidade política, compartilhando um sistema de crenças com relação aos poderes públicos, à sociedade e ao conjunto de direitos e deveres que são atribuídos ao status de cidadão. Como dimensão pública dos indivíduos a cidadania pressupõe um modelo de integração e de sociabilidade, que transcende os interesses egoístas do indivíduo no mercado, em direção à uma atitude generosa e solidária.

A fala a seguir relaciona algumas dificuldades cotidianas vivenciadas na e pela associação de usuários do CAPS Ponta do Coral. Apresenta algumas possibilidades de atuação deste tipo de organização da sociedade civil, tanto com relação a parcerias com outras entidades, para o desenvolvimento de ações que visem a profissionalização e inserção no mundo do trabalho, quanto no processo de politização e conscientização de seus usuários com relação aos direitos de cidadania.

Eu acho que ela tem um papel relevante, a dificuldade é de incrementar esse papel relevante; os familiares vêm muito poucos; bom, talvez a gente não esteja também instigando, muitas vezes a gente convida, mas eu acho que, também, as vezes, falta um pouco de investimento da equipe para que os familiares estejam mais no CAPS; agora, a associação poderia fazer muitas coisas, desde convênios para cursos com esses órgãos que a gente tem, SENAI, SESC; poderia tentar uma penetração, mas isso seria uma outra realidade a ser criada; cada vez que entra uma gestão nova, a gente diz quem sabe agora; desde as pequenas coisas, até divulgar a lojinha aqui, é difícil, a gente uma vez fez uns folders pra distribuir aqui na vizinhança, uma vez a gente tentava vender as verduras que produzia, não conseguia muito, conseguia ali, vendia uma ou outra; agora em termos de espaço de fazer política eu acho que ela tem um peso, deveria realmente crescer, por mais que as pessoas tenham dificuldades; eu acho que tem que continuar existindo, tem que continuar batalhando para que eles possam estar assumindo um pouco

mais esse papel político, essa conexão com outras instâncias da sociedade; por exemplo, na questão até de trabalho, de poder a associação também ajudar nessa abertura de espaços de trabalho; teve uma vez que tentaram no Angeloni (supermercado), depois quando souberam que era portadores de transtorno mental não quiseram; eu acho que a gente precisava mostrar um pouco pra sociedade o que é o paciente psiquiátrico; assim, através desses recursos, não dá pra esperar vamos pra mídia, porque, assim, tem umas coisas que são boas, ótimas, mas são meio ideais, a gente tem que tentar começar com essas pequenas coisas que pode fazer: divulgar a lojinha, sei lá, fazer um contrato lá com o CIC pra fazer cursos, por exemplo, de pintura, coisas que são mais próximas da realidade exequível (P, 17/3/2006).

Para Rodrigues (2005) dois aspectos são importantes para compreender as dificuldades de falta de adesão e continuidade na participação dos membros da associação. Um deles refere-se aos elementos motivadores para a participação. Neste caso, é preciso considerar que a prática política de militância possui seus campos de conflito e tensões, que dentro da especificidade da loucura pode não conferir uma participação freqüente. O outro relaciona-se ao significado da associação na vida dos integrantes. Muitos usuários vêem a associação como possibilidade de geração de recursos financeiros, haja vista que o fator trabalho/vínculo empregatício é algo marcante na vida dos portadores de transtornos mentais, em decorrência de a maioria não possuir fonte de renda própria.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacaram o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário.

A primeira delas é a questão do controle social, a associação tem potencialmente essa função, não só dentro do serviço, mas também nas outras instâncias, conselho municipal de saúde, conselho local, aqui em Florianópolis estamos organizando uma Comissão Permanente, que é consultiva do Conselho Municipal de Saúde, é uma comissão de saúde mental, no estado (SC), a gente tem o Colegiado de Políticas Públicas e Atenção Psicossocial, que tem representação dos usuários; então, novamente, na questão da defesa dos direitos, na questão do resgate da cidadania, as vezes nem é resgate porque o cara nunca teve cidadania alguma, mas da possibilidade de instituir um certo nível de cidadania; eu vejo que a possibilidade de o usuário poder participar politicamente é algo que tem um efeito sobre a sua dinâmica, como tem efeito sobre a dinâmica de qualquer um que descobre um dia que tem essa possibilidade de participar politicamente, da vida política, e pro usuário de saúde mental isso muitas vezes é uma descoberta que representa uma guinada muito grande na sua vida, então, vamos dizer assim, tem um efeito terapêutico, um efeito clínico nesse sentido, além, obviamente, dos

efeitos políticos que isso representa, mas, mais individualmente tem esse efeito, da articulação com as outras pessoas, enfim, tem uma terapêutica aí que é função, mesmo que não reconhecida, mas é função das associações (F, 12/4/2006).

O principal papel das associações é não tornar que os serviços se tornem manicômios; a associação é a vida, é organização, é luta, é enriquecimento, é sentido de vida; tenho escutado muito de pessoas que tiveram suas vidas arruinadas que quando passaram a militar em associações de usuários passaram a ter um sentido de vida, passaram a conceber a razão da sua existência em vida; então, a principal importância das associações é não deixar que o serviço se torne manicômio, é tornar o serviço um pouco mais rico, com mais vida, é organizar a questão política, é falar em nome dos próprios usuários; então, a importância das associações de usuários é levar a boa nova aos CAPS, levar a boa nova aos serviços de saúde mental, levar a boa nova do modelo psicossocial, ou seja, discutir o controle da loucura, ou seja, a maior importância das associações é levar a discussão da liberdade, liberdade e dignidade dos portadores de transtornos mentais (GIRASSOL, 20/3/2006).

Além do tratamento e dos serviços, eu acho importante que a associação possa se fortalecer enquanto movimento popular de luta pela Reforma Psiquiátrica, que os usuários possam se conscientizar dessa importância de estarem articulados, lutando pela implantação da política, da política de saúde mental sob esse novo paradigma da Reforma Psiquiátrica; eu acho que essa é a maior importância, acho que essa é a maior tarefa da associação; claro que isso se reflete na micro política institucional no próprio CAPS; a associação vai estar lutando, a nossa associação aqui, por exemplo, já lutou pelo próprio vale transporte dos usuários, de ir até a secretaria (Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis) conversar com o secretário e reivindicar enquanto essa democracia representativa dos próprios usuários, técnicos e familiares; pela própria manutenção desta casa na época que houve a questão da construção da via de acesso ao Hospital Infantil, existia um projeto da outra via passar também por aqui, os usuários batalharam que essa casa se mantivesse aqui, que o CAPS se mantivesse aqui e conseguiram; então, acho que essa luta maior de articulação que exige uma consciência política dos líderes que estão na associação, dos usuários como um todo, é que é a grande tarefa da associação, só que isso se faz num trabalho de formiguinha, num trabalho miúdo (VIK, 24/3/2006).

Cabe destacar que o controle social compreende a participação da população na perspectiva da interferência na gestão da política pública de saúde, colocando as ações e serviços na direção dos interesses da comunidade e estabelecendo uma nova relação entre Estado e sociedade. Conforme Correia (2002, p. 212), controle social “é a atuação da sociedade civil organizada na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam às demandas e aos interesses das classes subalternas”.

A III CNSM ressalta a importância do controle social, através dos mecanismos já existentes (Conselhos, Conferências e Comissões de Saúde Mental, organizações da

sociedade civil e movimentos sociais), como forma de garantir o avanço da Reforma Psiquiátrica. Os indicativos da Referida Conferência destacam que o controle social deve constituir-se com a representação dos três segmentos – usuários, familiares e profissionais de saúde, na perspectiva de induzir uma ação de acompanhamento da construção das políticas municipais, estaduais e nacional de saúde mental. As Comissões de Saúde Mental em ação conjunta com os Conselhos de Saúde devem exercer seu papel de controle e fiscalização das políticas públicas, o que inclui o orçamento e a destinação de verbas para a saúde mental, em todos os níveis (BRASIL, 2002a).

A ação da sociedade civil e dos movimentos sociais é ressaltada visando a garantir que os programas de saúde mental não sofram descontinuidade por ocasião de mudanças de gestão administrativa e/ou política. Para tanto, devem ser criadas estratégias para a viabilização de maior envolvimento dos diferentes atores sociais com as questões da saúde mental. Entre estas, destacamos o papel das associações de usuários, técnicos e familiares e dos núcleos estaduais e/ou municipais do movimento da luta antimanicomial, na gestão dos serviços e na fiscalização das práticas de saúde mental (BRASIL, 2002a, p. 142).

3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia

A desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial são dois dos pressupostos teórico-epistemológicos orientadores das práticas assistenciais indicadas na e pela Reforma Psiquiátrica. Tendo isso em conta, perguntamos aos participantes da pesquisa se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas para a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referiram que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras.

As falas relacionadas na seqüência explicitam a percepção dos entrevistados sobre a questão e indicam algumas possibilidades que, segundo eles, poderiam favorecer o desenvolvimento de ações de reabilitação psicossocial.

Em parte sim, em parte; eu acho que como a gente não tem um sistema de avaliação a gente não consegue medir isso muito bem; a nossa intenção é essa, o que não quer dizer que as nossas ações consigam de fato alcançar; acho que a gente poderia fazer mais, a gente poderia ter uma articulação mais intensa e mais constante com outras instituições, com outros sistemas de atenção, além claro da própria rede de saúde, que não existe; em Florianópolis a gente não tem rede, até está se formando, dá pra dizer que está se formando, mas não funciona como rede ainda, efetivamente não funciona; a gente tem pouco contato com a atenção básica, com o PSF, que seria um parceiro importante, a gente tem pouco contato com os outros CAPS também em termos de troca, enfim, com outras instituições de saúde, então, acho que a gente ainda continua isolado, e aí pensar em reabilitação psicossocial com essas condições é um pouco mais complicado; a gente vê alguns efeitos, que a gente mede pelo usuário em si, que é o fato de que ele consegue evitar internação, que ele consegue muitas vezes voltar a trabalhar, sua participação nas oficinas passa a ser bastante diferente, enfim, mas são coisas que a gente não tem um instrumento pra avaliar (F, 12/4/2006).

Eu penso que sim, apesar de que hoje o programa de saúde mental não conta com uma rede completa de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, então, assim, a gente tem essa dificuldade; se existisse isso de forma mais estruturada, de forma mais incrementada seria mais fácil a reinserção social; por exemplo, a gente não tem leitos psiquiátricos no HU, um hospital geral, que já tem um ambulatório de psiquiatria, poderia ter um serviço de emergência, facilitaria, evitaria internações, um mercado protegido, um projeto de geração de renda também não temos, não temos os CAPS territorializados ainda, então, tem uma série de dificuldades colocadas aí que impedem essa reinserção social num tempo menor do que acontece hoje; acho que hoje o tempo que o usuário fica dentro do CAPS ainda é muito grande por conta de a gente não ter essa rede completa, que possa dar esse suporte extra CAPS. [...] eu não sei se isso acabaria institucionalizando, de certa forma sim, mas assim, isso está na pauta, e se isso está na pauta não está institucionalizando, você entende o que eu quero dizer? isso está sendo falado pro próprio usuário, isso está sendo dito pra ele, olha tu já está aqui muito tempo, o nosso objetivo pra ti, nosso projeto terapêutico pra ti seria de tu poder estar fazendo isso, isso e isso lá fora, então assim, não diria institucionalizado porque talvez institucionalizado seria quando a gente não se desse conta disso, ah não isso está rolando, o usuário está aqui há anos, ninguém está fazendo nada, continua na mesma, aí sim estaria cronificando, mas acho que não nesse sentido, de que isso está na perspectiva, a gente está querendo a inserção, a gente está querendo a rede extra hospitalar, a territorialização dos CAPS, só que a gente não tem uma série de elementos necessários pra fazer a reinserção, a política, o programa de saúde mental, aliás ele está sendo implantado, incrementado muito mais agora recentemente (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que sim, mas muito pouco ainda; elas se encaminham, elas têm como ideal, elas desejam, mas na prática isso é muito pouco feito; eu vejo que nesse CAPS a equipe acaba estando muito fragmentada porque faz milhões de coisas também, desde a parte administrativa, parte clínica, oficina, se divide; eu acho que deveria ter a equipe como um todo trabalhar nisso, mas ter também grupos de atuação, como a gente

chama de atuação local, então, ainda para o que necessita está muito pouco assim, muito aquém [...] A primeira proposta começaria via Regionais, nas Regionais; por exemplo, as pessoas iriam para os seus bairros, ver qual é a possibilidade, as possibilidades que existem pro usuário se inserir, mas não só a Regional, poderia ter um grupo mesmo, sair com o usuário, fazer a coisa mais concreta, ela é feita, mas é feito muito pontualmente (LÉLI, 4/4/2006).

Em geral sim, mas tem alguns pacientes que, por exemplo, circulam no CAPS e que não tem nenhuma indicação de estar no CAPS, então ele acaba sendo um lugar de institucionalização ou de capsização. Tem isso; isso acaba acontecendo, mas em geral não é isso; em geral eu acho que todas as nossas ações, o que a gente discute em equipe é até a tentativa de diminuir essa dependência, esse vínculo de dependência, que em algum momento ela pode ser muito importante, mas em outros ela é excessiva e acaba aprisionando o paciente dentro do CAPS, e aí o CAPS passa a ter o mesmo papel e a mesma função do hospital; e como isso é o que eles conhecem, esse repertório é o que se conhece, é mais fácil de se acostumar com ele do que ter uma nova postura, uma postura de que, não, aqui eu vou tomar conta do meu tratamento, eu vou lá fora procurar o que é meu...; não, (o usuário) acaba esperando, ah o que você falar está bom, e aí essa atitude bem passiva, que ela é muitas vezes muito cômoda pra todos nós em muitos momentos, pra uns mais que outros, essa atitude de comodismo, de esperar, é ótimo, e aí isso acontece, acaba acontecendo, embora as práticas, elas tem a idéia de que não seja voltada pra isso; não é o objetivo, mas a gente observa que as vezes é falho (J, 22/3/2006).

Essa pergunta é muito difícil [...]; eu acho que não mudou muito meu olhar, a gente tende a sustentar a institucionalização, a gente não consegue dar alta, o paciente não consegue ter alta, não consegue sair; assim, digo um paciente que realmente talvez esteja até mais comprometido com esse tempo aqui, tem paciente que está aqui desde o início; eu acho que a gente acaba reforçando um pouco isso por mais que a gente tem o desejo de que fosse o contrário; existe uma certa comodidade pro paciente também, aqui ele tem atenção, ele é aceito, não tem assim uma grande briga por ele ficar aqui; então, isso me preocupa muito, eu fico pensando: é uma contradição porque ao mesmo tempo que o nosso trabalho é voltado pra isso parece que a nossa ação acaba revertendo o contrário; a questão da cidadania, a questão da construção de outros laços, criação de outros espaços, eu acho que é muito precária ainda [...]; por isso que eu acho que a gente precisa também de ter formas de avaliação dos pacientes, muitas vezes fica assim um exemplo ou outro que você tem, aquela pessoa foi, está lá trabalhando, talvez ela não tenha também construído um elo tão pesado, tão forte com a instituição, que ela já veio, ficou um tempo, saiu, voltou a fazer outras coisas da vida; eu acho que a gente ainda está institucionalizando mais do que desinstitucionalizando [...] (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p. 14) observam que um dos caminhos mais importantes para o qual aponta a desinstitucionalização é o da criação de novas relações com a loucura. Estas se processam a partir da mudança das relações institucionais internas e de

desmontagem dos dispositivos da clínica e da psiquiatria, mas certamente não se restringe a isto. Novas subjetividades e um novo lugar para o sujeito louco só são produzidos em relação com o social. O trabalho de desconstrução da institucionalização, necessariamente, extravasa o contexto institucional específico, atingindo seu objetivo mais amplo de questionamento das instituições e subjetividades capitalísticas, a desconstrução como transformação cultural. Para os autores, através do trabalho no campo social a desinstitucionalização atinge seu sentido mais abrangente, como processo social amplo e complexo de participação popular, territorialização dos serviços, envolvimento de diferentes atores sociais, e mudança da relação social com o fenômeno da loucura.

Sobre este aspecto cabe destacar que a desconstrução do paradigma da institucionalização e a construção do paradigma da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial envolve um conjunto de ações teórico-epistemológicas e de práticas assistenciais, amparadas por um sistema jurídico-político capaz de criar e garantir direitos aos portadores de transtorno mental. De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (1987), a reabilitação psicossocial é o conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários (OMS 1987 apud PITTA, 2001).

Nesta direção, a formulação da política de saúde mental, orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais nos campos da educação, cultura, habitação, assistência social, esporte, trabalho, lazer e a articulação de parcerias com universidades, Ministério Público, organizações não governamentais (ONGs), visando a melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania do portador de transtorno mental (BRASIL, 2002a).

Com o objetivo de saber se existem e identificar quais são as práticas de reabilitação psicossocial desenvolvidas no e pelo CAPS Ponta do Coral, perguntamos aos participantes da pesquisa se existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer. Do total de profissionais que responderam ao formulário, a maioria (66,7%), disse não existir, dois referiram não saber responder, e dois destacaram que existem. Dentre os que responderam que não existem tais práticas, um observou não ter conhecimento, oficialmente, das parcerias, um deles destacou que existem poucas e de acordo com o planejamento terapêutico do usuário, e um outro disse que tem em momentos específicos, mas não de forma contínua. Entre os que

responderam que sim, um referiu-se a experiências muito pontuais como por exemplo o uso da quadra de esportes próxima, e outro identificou parcerias com fundações municipais e estaduais de cultura.

Neste aspecto, os indicativos aprovados na e pela III CNSM ressaltam a necessidade de se priorizar, no âmbito da assistência em saúde mental, políticas que fomentem a autonomia dos portadores de transtornos mentais, incentivando o exercício da cidadania plena. Devem-se buscar parcerias entre o poder público e organizações civis para o desenvolvimento de projetos sociais e comunitários, de geração de renda e de acesso a todos os direitos, que possam funcionar como apoio na (re)inserção social destas pessoas.

No estudo realizado, perguntamos aos profissionais se as práticas assistenciais desenvolvidas no e pelo CAPS possibilitam ao usuário a construção de sua autonomia. Os entrevistados destacaram a necessidade de refletir conceitualmente sobre o que seja a autonomia do portador de transtorno mental, como avaliar a autonomia da pessoa. Referiram que, em geral, o serviço consegue cumprir com a função de estimular o usuário à conquista de sua autonomia.

A questão é discutir o que é autonomia, eu sempre parto do princípio de que autonomia não é independência, autonomia na verdade é a possibilidade de a gente poder ampliar as dependências, que é a vida de todo mundo, ou seja, eu pra viver eu dependo de um monte de gente, um que paga meu salário, outro que falo aqui, outro com quem eu me ligo afetivamente, enfim, eu dependo de uma porção de gente e isso me dá autonomia porque eu posso depender de muitas pessoas e de muitas instituições, muitos sistemas; o problema do usuário de serviço de saúde mental, paciente psiquiátrico é que ele, geralmente, depende ou das mesmas pessoas ou das mesmas instituições, ou seja, a capacidade de autonomia dele está muito reduzida porque ele não tem como circular socialmente, ele ou está sempre dentro de casa ou de casa pra uma instituição, seja ela o CAPS ou hospital psiquiátrico; então, pra mim autonomia é isso, é essa possibilidade de você ir ampliando os vínculos pra que você possa depender de muitas pessoas ou de muitas coisas ou de muitas instituições porque afinal de contas, em última instância, essa autonomia tomada como independência ela é imaginária, ela é irreal, não existe; então, eu acho que a gente consegue isso, a gente consegue ampliar a autonomia dessa maneira, primeiro porque o CAPS acaba se tornando um centro de convivência, então, o efeito imediato é que a pessoa deixa de ficar sozinha ou só com a família e passa a conviver com outras pessoas, esse é o efeito imediato, passa a ter outras relações que muitas vezes se desdobram, saem daqui, as pessoas fazem programas juntos fora, pinta relacionamentos amorosos ou só relação sexual, que seja, mas enfim, é uma oportunidade nova que o cara não tinha, encontrar alguém mesmo que seja só pra transar, então, isso já é um ganho também, já implica na ampliação de autonomia; eu vejo que muita gente aprende a lidar com o serviço público, aprende a correr atrás dos seus direitos, aprende a lidar com outros serviços de saúde, passa a

procurar o posto de saúde onde mora ou passa a ir pegar medicação em tal lugar sozinho, por conta própria etc.; eu acho que a gente consegue essa função, a gente consegue autonomia nesse sentido, mas pode ser melhor, na medida que a gente tiver uma rede, que a gente se inserir nessa articulação com outras instituições, com outras instâncias, a gente consegue fazer isso de maneira mais eficaz (F, 12/4/2006).

Em alguns casos sim, eu acredito que alguns casos quando não há uma limitação interna eu acho que sim, que é possível, através até da participação nas oficinas, nos grupos terapêuticos, da adesão ao tratamento médico; muitos conseguem realmente; passaram por um episódio, uma crise, conseguiram ficar bem e voltar para as suas atividades diárias, eu acho que quando eles aderem ao tratamento, quando há essa adesão, quando eu digo ao tratamento é ao projeto terapêutico deles, e não tem uma limitação, vou colocar entre aspas “uma seqüela” da própria doença muito forte, há essa possibilidade; em alguns outros casos eu acho que é difícil, assim, não é tão fácil medir isso, o que, quem melhora, quem não melhora, aquele que consegue voltar, aquele que não consegue, as vezes alguém que tem até uma doença mais incapacitante consegue, outros não, depende, depende do apoio que ele tem, do externo, da família, ou da própria sociedade, da comunidade em que ele é inserido, isso tudo faz diferença, que tem o background do que ele era antes, isso também faz a diferença, ele consegue resgatar; quando já não se tem muito o que resgatar aí fica mais difícil trabalhar; é individualizada essa resposta, mas eu acredito que em alguns casos sim, consegue essa (re)inserção de uma maneira muito boa e gratificante para os dois, pro usuário e para os profissionais (J, 22/3/2006).

[...] dependendo de como o serviço é gerido, dependo de dentro de que política de saúde mental esse CAPS está inserido, ele pode ao invés de estabelecer uma autonomia, mesmo que ele tenha uma boa vontade de estabelecer autonomia, ele acaba tornando a pessoa mais dependente ainda do serviço; então, é uma grande armadilha a construção da autonomia, não só especificamente pro CAPS Ponta do Coral, mas pra todos os CAPS que eu tenho visto; então, a gente volta novamente na questão da avaliação, novamente na discussão dos termos, eu acho que a questão dos conceitos ela tem que estar muito clara, o que significa cada conceito, eu sempre tenho batido muito nisso; o que é autonomia? É a pessoa ter minimamente condição de governar a sua própria vida, gerir sua própria vida, Ok! a gente estimula a pessoa a fazer isso, trabalha nesse sentido com a questão da autonomia, agora, quais são os parâmetros que nós vamos utilizar pra avaliar essa autonomia, isso a gente não tem muito claro ainda, acho que necessita; então, o CAPS possibilita autonomia, mas ao mesmo tempo não tem uma análise crítica [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Não obstante, cabe-nos destacar que a compreensão sobre autonomia que orienta este trabalho refere-se “a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente”. Neste caso, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas

relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001, p. 57).

As falas relacionadas a seguir destacam como o atendimento no CAPS Ponta do Coral possibilita a construção da autonomia do usuário.

Eu acho que em formas gerais sim, na relação que os técnicos tem com o paciente; agora, as vezes, a gente tem uma postura muito assistencialista em muitas situações, um assistencialismo que acaba prendendo o paciente, institucionalizando; são situações, eu acho que as vezes a gente repensa sobre elas, não foi bem por aí, mas, assim, eu vejo as pessoas contando a história do CAPS, teve muitas experiências que foram positivas também, que chegaram a um resultado, assim, sem muito recurso, sem muito com que contar fora da própria equipe, fizeram coisas que são surpreendentes em relação a tantos pacientes; eu acho que essa maneira de você poder dar voz, poder valorizar aquilo que a pessoa faz, consegue fazer em uma Oficina por exemplo, eu acho que essa é uma maneira de você conferir uma posição mais sujeita, mais ativa mesmo (P, 17/3/2006).

Sim, eu acho que sim, só que eu acho que a gente possibilita em alguns casos, não tem uma história linear de possibilitar a todos, eu acho que tem um projeto de possibilitar, mas isso não acontece o tempo todo, porque também isso não é uma via de mão única; hoje, eu já fui mais ingênua em relação a isso, muitas vezes uma pessoa que ficou trinta anos, vinte anos no hospital psiquiátrico, eu não sei mais se ele quer ter mais autonomia, muitas vezes ele quer, não quer; se a gente entender autonomia como trabalhar, seja em qualquer lugar, com uma bolsa trabalho, entender autonomia como decidir ir final de semana para uma praia, autonomia como ir ao supermercado, escolher o que vai comer, até certo ponto sim; por exemplo, se tenta até que muitos usuários saiam no final de semana, a gente na reunião das Regionais combina que eles possam ir, no final de semana, para um passeio, e eles não vão, eles ficam em casa, só vão se o técnico for, no dia de semana; então, acaba ficando um outro processo de não autonomia; então, a luta, a intenção é que isso se dê de outra forma, que também não fique dependendo do CAPS; existe uma construção pra isso e isso acontece, em certa medida acontece, mas ainda não como gostaríamos, porque nós também temos uma idealização de autonomia [...] alguns casos tem sim, vão até um certo ponto da autonomia que é possível pra pessoa, e outros vão mais além, outros regridem (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre as possibilidades de construção da autonomia do portador de transtorno mental, Kinoshita (2001, pp. 56-57) considera que a contratualidade do usuário, primeiramente vai estar determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Estes podem emprestar seu poder contratual para possibilitar relações e

experiências renovadas ao usuário, através de seu prestígio, de sua delegação social, do saber reconhecido pela sociedade. O referido autor destaca que aos profissionais é dada a capacidade de elaborar projetos, isto é, ações práticas que venham a modificar as condições concretas de vida do usuário.

A entrevista citada na seqüência relaciona a construção da autonomia do usuário a ações que envolvem outros serviços e outras políticas sociais como uma possibilidade para que o portador de transtorno mental adquira sua independência econômica. No caso, a profissional refere-se a Política de Assistência Social, através do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Outro recurso financeiro que pode ser acessado pelos egressos de internações psiquiátricas prolongadas é auxílio reabilitação psicossocial instituído com o Programa de Volta Pra Casa, através da Lei Federal N° 10.708/2003.

[...] um outro elemento pra isso (autonomia) são os usuários que estão totalmente desprovidos de qualquer recurso material que conseguem o BPC e isso garante autonomia porque ele tem o mínimo pra poder dar conta das suas necessidades materiais; então, muitas vezes, ele está numa condição muito vulnerável e aí passa a poder comprar aquilo que ele deseja, minimamente, porque é muito pouco o valor, mas consegue algumas coisas e isso garante essa autonomia, porque as vezes ele fica na família, fica sendo aquele peso que só incomoda, que não tem recurso financeiro nenhum porque ele está fora do mercado de trabalho mesmo, então, aí o benefício da previdência social também é um elemento de autonomia e de reconstrução da cidadania, mas entre todos esses outro que eu falei, do próprio material que ele tem contato na oficina terapêutica que ele consegue produzir algo; aquele usuário que é egresso do hospital psiquiátrico de polireincidência nas internações que consegue produzir uma peça bonita e que essa peça é vendida e que depois recebe o dinheiro dessa venda, também confere autonomia, confere cidadania, auto-estima (VIK, 24/3/2006).

Entendemos que a possibilidade de ter recurso financeiro próprio favorece sim a independência econômica do portador de transtorno mental, possibilitando-lhe uma vida com maior autonomia. Contudo, conforme destacou a entrevistada este é só um dos elementos que compõem o rol das necessidades humanas. A reabilitação psicossocial é um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia (KINOSHITA, 2001). Neste sentido, reabilitação e construção da autonomia caminham lado a lado.

3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental

A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos entrevistados como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista jurídico-política dos direitos do portador de transtorno mental.

Eu acho que hoje a gente já tem uma rede assistencial muito mais capacitada e quantitativamente significativa; no Brasil já são 800 CAPS; o fato de que tem recurso financeiro do Ministério da Saúde destinado, especificamente, à saúde mental, isso facilita a criação do serviço no município; em termos das modificações em relação ao que seja a loucura, o que seja o transtorno psíquico, acho que apesar das dificuldades a gente já conseguiu avançar com relação a isso, a gente já conseguiu trazer a discussão pra sociedade de uma outra maneira, levantando a necessidade de olhar isso também de uma outra forma; a medida que as pessoas começam a sair dos hospitais e voltam a morar seja em residências terapêuticas, seja com a sua família, e conseguem se manter bem dessa maneira isso também vai mudando o olhar das pessoas, pelo menos daquelas que o cercam; os projetos que a gente chama de modificação da cultura, a modificação da cultura manicomial, isso eu percebo que há um avanço, gradual, lento, tem um monte de resistência, mas a gente consegue, conseguiu, tem conseguido, e isso implica também no avanço político, no sentido da garantia do direito, no sentido de ter algumas prerrogativas preservadas com relação ao direito do usuário; então, eu vejo que de uma maneira geral a gente tem avanços e avanços muito significativos se a gente compara o que era transtorno mental há vinte, trinta anos, nesse país, tem coisas muito importantes que eu identifico (F, 12/4/2006).

Acho que a própria existência de CAPS, os hospitais dia, de ambulatórios de saúde mental, próximos as casas de onde o paciente mora, o Programa de Volta pra Casa, a possibilidade de uma residência terapêutica, são todas medidas atuais e dispositivos atuais que possibilitam essa nova forma de encarar o que alguém portador de transtorno mental pode ocupar, o que eles podem ocupar; então, eles podem ocupar os espaços, eles podem começar a fazer parte daquela comunidade (J, 22/3/2006).

A fala a seguir expressa como foi, historicamente, se alterando a forma de assistência ao portador de transtorno mental e de atenção em saúde mental na política de saúde do município.

Eu acho que a questão de criar um espaço que é aberto já é uma conquista; eu acho que hoje a gente tem essas possibilidades de CAPS, no posto de saúde mesmo; [...] quando eu comecei a trabalhar na prefeitura, há 20 anos atrás, assim, era uma equipe de um psiquiatra com mais um monte de estagiários de psicologia que saía em uma Kombi velha pra fazer alguma coisa, quando pintava um problema lá com um paciente do Campeche por exemplo [...]; não tinha nada na prefeitura há 20 anos atrás de saúde mental, então, hoje já tem, está se criando uma rede, tem profissionais nos postos, tem psicólogos, se pensa em fazer treinamento de agente de saúde, treinamento de clínico geral, já se fez algumas coisas; eu acho que isso, imagino que alguém que fica confinado dentro de um espaço, ele ter a possibilidade de circular, mesmo o pessoal do HCTP, eu acho que pra eles, assim, tem uns que não querem muito mais que isso na vida, pelo menos eles não estão tendo que trabalhar duramente como trabalhavam quando eram crianças, vem aqui, circulam, comem uma comida, anda aqui, vê televisão, bom! talvez essa seja a vida que eles querem, talvez seja...., já sai lá daquela estrutura fechada (P, 17/3/2006).

Na seqüência, a entrevistada relaciona algumas formas de exercício da cidadania que o usuário pode acessar com o tratamento no CAPS.

É, se for pensar que muitos usuários eles tiveram uma história, antes do surto, de uma vida organizada socialmente, trabalhando, talvez seria a reconstrução da cidadania, mas a medida que vem todo o isolamento propiciado pelo hospital psiquiátrico, todo o estigma do transtorno mental que a própria comunidade coloca, realmente de fato foi perdida; quando ele chega no CAPS e se propõe a se beneficiar desse espaço, assim, de fato se vincula ao projeto terapêutico dele, acho que ele consegue reconstruir elementos pra essa cidadania, num primeiro momento autonomia, acho que o cartão do vale transporte, o exemplo que eu posso dar, o cartão do vale transporte que é oferecido no período que ele tem tratamento aqui é o mesmo cartão do cidadão que vai comprar lá no SETUF, então, aquele usuário que é estigmatizado, eu já presenciei essa cena, um usuário de uma comunidade de periferia que era o louco do bairro, ele entrou dentro do ônibus com o mesmo cartão que qualquer outra pessoa, passou o seu cartão, veio pro CAPS, depois foi embora pra sua casa, então, isso já é um elemento, muito pequeno, mas é um primeiro elemento talvez, que começa aí, de ele se reconhecer enquanto sujeito, enquanto cidadão, e depois aqui também, a possibilidade de participação, no momento que ele consegue produzir algo numa Oficina, no momento quando ele consegue, na clínica, se dar conta dos seus conflitos e ter mais qualidade de vida nas relações [...] (VIK, 24/3/2006).

Uma das entrevistadas fez destaque às formas de atuação que, na sua opinião, representam conquistas significativas e correspondem a práticas que favorecem o exercício da cidadania do portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Avanços, pra começar, acho que o grande avanço foi a Reforma Psiquiátrica, a construção do CAPS, dos CAPS, as portarias que fazem com que os hospitais psiquiátricos sejam substituídos por vários CAPS, esse foi o grande avanço em primeiro lugar, porque é o momento de tirada das pessoas desses castelos, dessas muralhas, não só porque ficaram ali presas, mas de todo aquele sofrimento mesmo, de miséria, enfim, como os últimos dos últimos, então, eu acho que esse é o primeiro ponto, é que os sofredores de transtorno psíquicos e mentais não ficassem segregados, mas poder estarem sendo mostrados e expostos - uma parte da sociedade, são pessoas que podem transitar, que estão aí, não necessariamente precisam ser escondidos como uma vergonha; junto aos CAPS, isso não caminha sozinho, tem a construção as redes de atenção básica também; [...] mas quando fala em cidadania acho que tem três eixos: um é a construção do CAPS, de serviços como o CAPS, outro são as residências terapêuticas e o outro a economia solidária; hoje eu vejo como isso, assim, esses três projetos, que foram feitos com luta, porque a primeira luta foi dos hospitais, então, tem as portarias que substituiu os hospitais por CAPS, progressivamente, tem toda a luta do movimento antimanicomial, tem as leis que protegem, tem esses três eixos; residência terapêutica é um lugar de resgate à cidadania porque a pessoa vai poder estar numa casa, vai poder comprar um bombril pra limpar a panela, vai poder comprar tomate e batata, vai começar a transitar no meio de outras pessoas, com a vizinhança, a se autogerir, poder fazer escolhas para sua casa, onde ele quer botar um quadro, onde ele quer botar o guarda-roupa, sua roupa, com outros colegas, mas enfim...; tem também a economia solidária que é o momento de autogestão, de fazer escolhas também, de decidir sobre sua vida, em uma certa instância, porque em última instância, em última análise ninguém daqui decide sobre a sua vida, nem eu, nem tu, a gente já nasce num sistema que te absorve e a gente é o que em última análise o capitalismo quer que a gente seja mesmo, nossa roupinha, nossa comida, nosso padrão de beleza, tudo a gente faz como é vendido; eu acho que essas iniciativas, porque a economia solidária não é só cooperativa, não é só associação, não é somente, é uma outra forma de produzir trabalho e discutir sobre esse lucro, que antes estava na mão de algumas pessoas, então, é dividir, eu também decido sobre o que é o meu trabalho, eu não me alieno dele, mas eu sei onde é que vai o meu trabalho (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Fleury (2004, p. 4), os grupos excluídos estão, em geral, impossibilitados de participar das relações econômicas predominantes no mercado, como produtores e/ou consumidores, e das relações políticas vigentes, os direitos de cidadania. Segundo a autora, esta situação é agravada pela transformação das políticas públicas de proteção social, afastando-se de um modelo de seguridade social, que buscava assegurar coletivamente o mínimo vital para todos os cidadãos, em direção à individualização da pobreza e da exclusão.

Conforme aponta Pitta (2001), o homem moderno, acriticamente, persegue formas de inclusão social pelo trabalho, desconsiderando o fato do trabalho não ser nem

tão disponível nem tão flexível para suportar as diferentes demandas individuais e coletivas que a sociedade moderna impõe. Não obstante, a tradição asilar e assistencialista das instituições psiquiátricas, historicamente, caracterizou-se pela função de excluir os marginalizados, produtos das disfunções do modo de produção capitalista e da divisão social do trabalho. Em geral, a população internada, e muitos dos egressos de hospitais psiquiátricos atendidos nos CAPS, está cronificada, com poucas chances de retorno ao mundo do trabalho capitalista.

A fala relacionada a seguir traz a compressão e reflexão, do profissional entrevistado, com relação ao conceito de cidadania e as implicações práticas deste quando se tem como parâmetro uma concepção e um modelo de cidadania pautado na lógica da racionalidade.

Eu tenho visto que está se percebendo uma maior clareza da necessidade dessa cidadania do portador de transtorno mental, porém ainda falta um pouco mais de discussão em nome de que direitos o portador de transtorno mental tem pra fazer cidadania, porque é assim, a cidadania dentro desse modelo francês - igualdade, fraternidade, liberdade, ela exige muito a questão da razão, pra você exercer cidadania você tem que falar em nome da razão, e muitas vezes o usuário, quando está em crise acaba não falando numa razão, acaba falando uma desrazão, e aí como fazer? como dar conta disso? ainda não temos resposta, em nome de que cidadania é reinventada uma cidadania para os loucos, mas tudo bem, isso é pra gente pensar; então, o avanço que tem em relação a construção da cidadania é quanto mais ter associação de usuários em que se discuta cidadania, mais vai ter cidadania, que eu não acredito que os CAPS tenham trabalhado muito nessa lógica, porque acaba não discutindo a questão da cidadania, que cidadania é essa, o que se entende por cidadania, o que é o ser cidadão [...](GIRASSOL, 20/3/2006).

A cidadania integra as exigências de justiça e exercício democrático do poder; o sentimento de pertencer a uma comunidade e de estar integrado a uma dada coletividade social, em determinado espaço territorial (FLEURY, 2004). A idéia de direitos do cidadão – civis, políticos e sociais – remete a construção dos Estados nações, em que o princípio das nacionalidades precede o ideal filosófico cidadania universal. A cidadania, definida pelos princípios da democracia, constitui-se na criação de espaços sociais de luta (movimentos sociais) e na criação de instituições permanentes para a expressão política; significa, necessariamente, conquista e consolidação social e política (VIEIRA, 2002, p. 40). Ainda, a cidadania passiva, outorgada pelo Estado, se diferencia da cidadania ativa, na qual o cidadão, portador de direitos e deveres, é essencialmente criador de direitos para abrir novos espaços de participação política.

Diversos são os obstáculos para o exercício da cidadania do portador de transtorno mental entre estes a vinculação dos direitos a racionalidade instrumental-cognitiva da ciência; a vinculação da sua prática a inclusão controlada no mundo do trabalho, modelo este que, no caso brasileiro, é denominado por Santos (1979) de cidadania regulada. Vasconcelos (2000b, p. 191) indica que, para aqueles que assumiram a proposta da desinstitucionalização e reinvenção da cidadania no campo da saúde mental, há de considerar que estamos diante de um terreno de relações de forças complexo e paradoxal, em que a manutenção do caráter democrático nas relações exige abandonar esquemas conceituais lineares, onipotentes, que queiram garantir de antemão a sua eficácia.

Fleury (2004, p. 12), observa que “a mediação entre os indivíduos e o Estado, através da igualização realizada na cidadania só é efetiva, na medida em que a sociedade civil seja capaz de realizar as funções de agregação dos interesses, reconhecimento dos sujeitos e sua inserção na esfera pública. Só assim a cidadania deixa de ser um invólucro legal e passa a ser um exercício na vida social”. Portanto, uma visão mais ativa de cidadania requer um sentido de sociedade civil como uma esfera pública onde os cidadãos se encontram em reconhecimento mútuo, e isto faz possível a sociedade plural.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referiram que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental substitutivos ao modelo tradicional/asilar. As falas a seguir identificam estas dificuldades fazendo uma análise da questão na realidade da sociedade capitalista atual.

Tem o mito de louco, do louco perigoso, do louco imprevisível, é algo que pesa muito [...], que é a lógica do mercado; pra nós, basicamente, estar inserido na sociedade é estar trabalhando, a gente se pauta muito por isso, pra poder se considerar inserido, vinculado no mundo você tem que estar no mercado de trabalho e, muitas vezes, essa lógica enlouqueceu muita gente, e as pessoas não conseguem, principalmente os usuários dos serviços de saúde mental, os psicóticos em particular, tem muita dificuldade em entrar nessa lógica, e se submeter a ela, coisa que pra qualquer um tem um custo muito alto em termos de saúde, eu digo quem está inserido mesmo no mercado de trabalho, em termos de saúde, de relação com a sua família, com as pessoas que gosta, com os amigos etc., isso tem...; viver para o trabalho é algo que pra nós é insalubre de uma certa maneira, a gente não faz outra coisa a não ser trabalhar; então, pra essas pessoas que estão fora do mercado de trabalho

é muito complicado poder voltar, o que sobra é uma rede de assistência que na nossa realidade é sempre capenga, sempre parcial, tem dificuldade em aceitar o louco por conta desses mitos, e, também, da própria resistência do usuário, da pessoa com esse tipo de dificuldade de entrar nessa lógica, no que ele de uma certa maneira faz muito bem, algo que cria outros problemas pra ele (F, 12/4/2006).

São tantas, é assim, primeiro lugar, eu vejo assim, com todo o preconceito que tem da loucura, tem uma coisa no nosso sistema capitalista que é a questão da produção, produção de capital, produção de bens, e inserção no comércio, no mercado de trabalho, então, o portador de transtorno, sofrimento mental, ele a princípio, quando ele está nesse estado, ele não é produtivo, produtivo pra esse sistema capitalista, ele não trabalha, ele não consome muito, porque ele não vai ter dinheiro, portanto, isso de maneira geral, a gente sabe que as pessoas de posse, que a loucura, o sofrimento psíquico ele atravessa qualquer classe, mas 90% tem isso; então, a princípio existe a exclusão, já existe esse preconceito também, mas muito mais que isso, que a sociedade de fato ela é dividida entre os que produzem, os que fazem a engrenagem funcionar e os que estão a margem, então, o usuário é mais um que está a margem, assim como o menino de rua, os rapazes do morro, então, ele é mais um, também, que causa incomodo, e ele no Estado, das políticas públicas do Estado ele seria como só o gasto, não seria mais uma produção; além de ser uma sociedade racionalista que tem toda a sua formação no discurso, no discurso reto, no discurso racional, na fala, a fala racional, na linguagem articulada como o único meio privilegiado de comunicação, e o usuário, muitas vezes, não tem esse instrumento, por conta da sua fragmentação, da sua história, da sua medicação, da própria coisa do delírio, muitas vezes ele não tem o tempo todo essa fala coerente, esse discurso, dessa forma já faz com que ele não seja inserido, uma vez que ele é a minoria digamos assim (LÉLI, 4/4/2006).

Hoje, a gente fala muito em rede de atenção psicossocial; eu percebo que é uma rede que ela tem que estar instituída, que são locais de proteção para o portador de transtorno mental, são as certezas, são os caminhos certos que os usuários teriam, a rede; o problema a começar é que nós não temos essa rede instituída, entendo por rede: emergência psiquiátrica ou emergência em atenção psicossocial em hospital geral, CAPS III, CAPS II, CAPS criança e adolescente, CAPS álcool e droga, associação de usuários, escritório jurídico para amparar o direito do portador de transtorno mental, atenção primária em saúde mental, equipes volantes, centros de convivência, enfim, tudo o que preconiza a rede em atenção psicossocial, esse seria o primeiro passo; então, essa dificuldade, não temos a rede em atenção psicossocial, esse é um passo; segundo, o próprio imaginário social das pessoas em relação a loucura e ao louco, isso é uma outra dificuldade, que daí entra em cena o estigma e o preconceito, onde o portador de transtorno mental passa a não ter crédito na comunidade, e isso ainda é uma dificuldade; e, claro, depois tem toda a questão do trabalho, as cooperativas de trabalho, que ainda não se discute muito em Santa Catarina, não conheço nenhuma cooperativa social de trabalho para portadores de transtorno mental, que é uma forma de gerar trabalho diferente dessa preconizada pelo modo de produção capitalista, que você tem que produzir pra receber, isso é uma outra dificuldade, a dificuldade em cima da questão do trabalho, do emprego, que muitos acabam tendo seu reconhecimento, sua valorização em cima

do dinheiro que tem no bolso, o poder contratual que a pessoa possa ter, as vezes, na sociedade, é o quanto ela tem no bolso, e a maioria dos usuários não possui isso, e é aonde muitos acabam querendo se aposentar para poder ter o seu dinheiro, que não tem outra alternativa ou clareza do que fazer pra ter dinheiro, então, esse é um problema enorme na questão da reinserção social (GIRASSOL, 20/3/2006).

Os participantes da pesquisa apontaram que uma das possibilidades para a (re)inserção familiar e social pode ser a separação das oficinas produtivas da área física do CAPS. Esta proposta e os projetos de geração de renda via economia solidária foram apontadas por alguns dos entrevistados como uma das alternativas para a realização de uma maior integração do serviço com a comunidade, bem como a melhor adequação do próprio espaço físico do CAPS.

[...] a questão do projeto de geração de renda, que eu acho que de fato está faltando, inclusive a gente já está também se mobilizando pra tentar criar um projeto nesse sentido, porque os usuários aqui, nas oficinas terapêuticas produtivas, eles conseguem ter acesso ao material específico de cada oficina produtiva, também, a técnica de produzir o artesanato, mas não tem mercado; eles conseguem vender as peças, conseguem resgatar uma grana, mas não é suficiente pra poder manter ele, manter as condições de sobrevivência; então, precisa implantar essa geração de renda, de fato acho que vai dar um gás pra essa (re)inserção dos usuários que estão sendo tratados do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Já para uma das profissionais entrevistada as dificuldades na (re)inserção social estão mais relacionadas a questões de singularidades dos portadores de transtorno mental.

Eu acredito que volta de novo pro estigma, vai voltar pra própria incapacidade, pra própria dificuldade do usuário, do paciente; muitas vezes eles poderiam fazer algo muito mais do que fazem, e aí tem o medo, o medo deles, o medo de eles terem de enfrentar a própria doença, de eles terem que enfrentar os outros, e a hora que eles conseguem fazer esse movimento aí vem o medo do outro, aí é mais fácil ficar parado, aí volta pro comodismo, mas de alguma forma se a gente consegue..., aí não precisa de grandes movimentos, eu imagino que pequenos movimentos dentro da comunidade, que seja, alguém ir conversar com o diretor da escola, ir conversar, aí a diretora consegue conversar na sala, vamos supor que tem alguns pacientes, mais jovens, que pelo surto psicótico deixaram de ir e aí não retomam, não retomam porque tem medo, porque as vezes vão rir dele porque ele é louco; então, pequenas intervenções, elas tornam possível mudar um pouco essa inserção, essa reinserção, mas a gente esbarra de novo na falta de técnicos pra fazer isso e também acho que até por uma falta de equipe, aí volta pra equipe, entende, não tem uma equipe que pense isso em conjunto, que age em conjunto e aí como fica muito personalizado, individualizado os atendimentos, cada um vai pra..., eu vou pro meu consultório, outro vai pra oficina e aí não tem a equipe (J, 22/3/2006).

Outra entrevistada referiu-se ao estigma e preconceito existente por falta de conhecimento e divulgação, exposição, seja nas universidades ou por parte dos próprios serviços de atenção, sobre saúde mental.

Bom, eu acho que entre elas a questão do estigma, do preconceito, e não é um preconceito.... a gente sabe que tem riscos em algumas situações, a gente também as vezes tem medo de algum paciente, te dizem ah fulano matou três pessoas..., não é um preconceito que nasce do nada, muitas vezes é um preconceito que de alguma forma é compreensível, mas você não pode ah então ta...; eu acho que não existe muito, você não vê muito nos meios de comunicação uma campanha em torno da desestigmatização, você vê de outras coisas, com relação a aleitamento materno, outras questões da política de saúde; com relação a saúde mental eu acho que se fala pouco na sociedade, se discute pouco; por exemplo, na universidade, até não sei se lá na saúde pública o pessoal da saúde mental tem feito mais coisa, até os alunos que vem fazer residência aqui, a primeira reação deles é: a gente está aqui e tem medo, nem eles foram preparados pra isso, então, você começa a avaliar que tem uma falta..., não se fala muito no assunto, acho que assim, não se fala no assunto na sociedade; assim como se faz grupos de mulheres lá nos postos de saúde pra tratar de questões de sexualidade, muitas vezes faz sala de espera pra tarar de questões..., não se faz uma sala de espera pra falar de saúde mental; então, eu acho que talvez assim, a gente pensar, bom! nós estamos nisso (na saúde mental) e nós nunca fomos fazer uma sala de espera no posto de saúde da Agrônômica pra falar de saúde mental, pra falar do CAPS, quem sabe a gente também precisasse fazer algumas coisas assim, começar uma divulgação maior; acho que pouca gente de fora do serviço, fora das pessoas que trabalham na saúde mental sabem da política do Ministério pra saúde mental, que existe uma política de criação residências terapêuticas; eu li relatos de pessoas no Rio (RJ) que tiveram muita dificuldade de alugar pra se fazer uma residência terapêutica, num prédio então, quando ficaram sabendo que eram pessoas que vinham de hospital psiquiátrico ninguém quis; então é muito difícil, e ao mesmo tempo tem experiências positivas, tem pessoas que estão na residência e diz que a vizinhança viu que eles não são bichos, que eles podem interagir, podem estabelecer laços de vizinhança, então, tem algumas experiências boas e algumas experiências que são difíceis (P, 17/3/2006).

No contexto do estudo foi perguntado aos profissionais entrevistados se a atual organização dos serviços de saúde mental favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais. Conforme pode ser observado nas falas relacionadas, as opiniões foram divergentes. Dois deles observaram sobre a necessidade da existência de diversas instituições e serviços articulados e integrados à proposta da rede de saúde mental para que seja possível favorecer a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental

Embora a estrutura se localize no município, pelo menos eu estou pensando em termos de utilização da rede; então, a gente tem no Brasil inteiro muita diversidade, tem cidades onde a rede está montada, foi instituída e funciona legal, não é o caso de Florianópolis, a gente tem dá pra dizer poucos serviços, são só três CAPS que deveriam estar regionalizados ou territorializados, mas não estão, e tem algumas equipes de saúde mental nas Regionais, nas sedes das regionais, então, eu vejo assim, tem uma rede a ser constituída, ela precisa criar os mecanismos pra que a pessoa possa usar isso como rede, isso em termos de atenção à saúde, quando eu falo em rede eu também não estou pensando só em serviço de saúde, estou pensando que há uma possibilidade de a gente ter uma rede que inclua outros serviços, que não sejam só os de saúde, só os especializados, que eu acho que é a nossa necessidade, você incluir outras instituições, outros programas, enfim, que tenham vinculação com a cultura, com o trabalho, com a arte, produção do conhecimento, com as universidades por exemplo, as universidades são um campo excelente, seriam um campo excelente pra gente poder trocar um monte de coisas, pelos programas de extensão que eles tem, pelos projetos comunitários etc., a gente podia estar fazendo parceria com as universidades, mas não conseguimos, não sai, não rola; [...] a saúde mental eu acho que é o melhor exemplo desse distanciamento porque é difícil encontrar uma universidade onde a Reforma Psiquiátrica esteja incluída, ou mesmo os temas da reabilitação psicossocial estejam incluídos nos currículos dos cursos de saúde, é raríssimo (F, 12/4/2006).

Então, essa rede montada de forma territorializada, principalmente, eu acho que esse aspecto da territorialização é fundamental, é chave pra conseguir a reinserção social, não só por facilitar o acesso do usuário, mas pelo fato de o serviço estar ali no seu território, isso é fundamental, além disso, o projeto de geração de renda, as vagas, os leitos psiquiátricos no hospital geral, é todo esse contexto que precisa ser implantado para de fato poder facilitar o trabalho de cada instituição dessas, seja do CAPS, seja do projeto de geração de renda, ou do próprio hospital geral, como um todo, assim, essa engrenagem funcionando bem aí sim vai ser mais rápida a reinserção social do usuário portador de transtorno mental (VIK, 24/3/2006).

A partir das colocações dos participantes da pesquisa, destaca-se a importância da rede de serviços na construção da cidadania das pessoas atendidas pelas políticas de ativação, as quais, segundo Fleury (2004), tem como objetivo a inclusão social de conjuntos populacionais definidos a partir da territorialidade. Tal proposta pretende tratar o território como um componente, tanto material como simbólico, da esfera pública. Neste sentido, a construção da cidadania passa, necessariamente, pela reconstrução das cidades e potencialização da rede de serviços na valorização das características objetivas e subjetivas da demanda local.

Na seqüência, um dos entrevistados enfatiza que a forma como são pensados e estão organizados os serviços de atenção não favorece a construção da cidadania dos usuários.

Não, não favorece, porque, primeiro, os serviços de saúde mental estão sendo construídos pra quê? Não tem muito claro ainda pra quê que se tem atenção básica em saúde mental hoje, pra quê se constrói centro de convivência, pra quê tem o CAPS? acho que o objetivo do serviço parece não estar muito claro, talvez eu esteja enganado; veja bem, a atenção básica é mais no sentido pra estar discutindo os seus conflitos, minimizando os “sintomas psiquiátricos”, e aí acaba não tendo um trabalho de reflexão sobre o contexto que a pessoa está inserida; [...] a questão da cidadania tem a haver..., quanto mais articulada for a pessoa, quanto mais ela se envolver com as lutas sociais, mais cidadania ela vai exercer, quanto mais clareza, mas crítica, mais conhecimento ela vai ter, ela vai desenvolver cidadania; então, a forma hoje como os serviços estão organizados, ela acaba não favorecendo essa questão da construção da cidadania porque ainda vem de uma lógica de modelo centrado no transtorno mental (GIRASSOL, 20/3/2006).

Uma outra profissional considerou ser difícil avaliar a questão pelo fato de a rede de serviços não estar implantada por completo, e por não ter avaliações sistemáticas dos resultados.

Olha, eu não sei se a gente já tem condições de fazer uma avaliação, a rede está meio que andando [...] assim, qualquer coisa que eu vá dizer é, assim, referente uma experiência ou outra, não sei se a gente tem condições de fazer uma avaliação enquanto rede; por exemplo, eu vi muitas experiência positivas em cidades como Campinas (SP) que eles já tem há mais tempo, por exemplo, residências terapêuticas, tem desde o começo dos anos 1990, tem muitas experiências boas de pessoas que conseguem transitar na vida, tem gente que está trabalhando; [...] eu acho que a gente precisa além de ter a política, de ter a carta de intenções, a gente precisa ter avaliações também, eu acho que uma questão dessa eu sinto que precisa ter uma forma mais sistemática de avaliar, qualquer coisa é uma coisa mais ou menos um olhar particular pra aqui pra ali, acho que no todo a gente não tem (avaliação sistemática), pelo menos eu não conheço ainda, pode ser que estão fazendo e eu não saiba ainda (P, 17/3/2006).

Já para duas das entrevistadas, a atual organização da rede de serviços na política de saúde mental favorece sim a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental.

Sim, eu acredito que sim, na teoria ela é muito importante e acho que trabalhando em todas as instâncias, se a gente for pensar naqueles mapinhas, os ambulatórios, os CAPS, hospitais dia, a escola, e os centros comunitários, os postos de saúde, todos capacitados; eu acredito que sim, a rede ela é bem estruturada e ela possibilita aos portadores de doença

mental, enfim, terem uma reinserção melhor e maior na sociedade, e também de entendimento do que ele tem, do que ele pode fazer, quais são os recursos que ele tem também pra lidar, dentro dessa rede (J, 22/3/2006).

Acho que sim, favorece, se tu me perguntasse se ela resolve, eu diria que não claro, ou até que ponto ela resolve, mas favorece sim, eu acho que tem um favorecimento relacionado a forma que as pessoas eram tratadas, acho que favorece muito mais (LÉLI, 4/4/2006).

É possível perceber nas falas relacionadas acima a preocupação com a efetiva implantação da rede de serviços em saúde. As redes, conforme proposto na política de saúde mental, possuem muitos centros, muitos nós que as compõem e as tornam complexas e resistentes. Estão embasadas na noção de território, como um sistema de relações e estruturas, muito mais que um simples espaço geográfico. O fundamental neste processo é que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento.

Neste sentido, torna-se de fundamental importância refletir sobre o exercício da cidadania no contexto das políticas públicas, cada vez mais segmentadas e focalizadas. Para Fleury (2004, p. 2), “as políticas atuais de inserção buscam reafirmar a natureza contratual do elo social em novas bases, com a revalorização do local e comunitário e a transformação do Estado em um animador e mobilizador de recursos societários. Reduzido a mantenedor da estabilidade de uma ordem econômica que produz a fragmentação e a exclusão social, o Estado, busca atuar de maneira compensatória e focalizada, atendendo aos grupos mais vulneráveis e/ou potencialmente ameaçadores da ordem social, por meio da convocatória da solidariedade lançada aos diferentes setores inseridos na ordem econômica. No entanto, a incapacidade de alterar as condições estruturais de produção da exclusão mostra os limites das políticas de ativação, cuja promessa de inserção social carece de expectativas de emancipação dos sujeitos e coletividades beneficiários”.

3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica

Os CAPS compõem o rol de serviços do modelo psicossocial de atenção em saúde mental proposto na e pela Reforma Psiquiátrica. Perguntamos aos entrevistados qual seria o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica e obtivemos como

resposta que este teria a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos ideais da própria Reforma.

Eu acho que a função imediata ela é servir como um ponto de articulação, porque a gente consegue criar um ambiente que é relativamente protegido e que dá ao usuário as condições de ele poder participar de outros circuitos; fundamentalmente é essa a função, de articulação; eu lembro de uma discussão que a gente fazia, em Brasília, uma vez, sobre essa importância excessiva que os CAPS acabaram adquirindo, como quase que o central do sistema hoje é o CAPS, mas ao mesmo tempo a necessidade de se ter um espaço como esse, principalmente, pra quem está vindo de uma internação prolongada ou pra quem sempre passou a vida dentro de um hospital psiquiátrico, se tem que ter um pólo, uma instância articuladora pra poder fazer a passagem, porque o cara não vai sair do hospital e retomar sua vida imediatamente, não vai, ele tem uma série de dificuldades que ele não consegue vencer, e o CAPS, nesse sentido, a função seria essa, de poder..., tem uma expressão que eu acho interessante que é: emprestar poder de contratualidade, ou seja, poder dá um certo aval de que esse sujeito pode participar novamente ou pode participar pela primeira vez dos circuitos sociais, pode fazer laços com outras pessoas, com outras entidade, outras instituições, esse é o aval que eu acho que um CAPS pode fornecer e essa é sua principal função (F, 12/4/2006).

É pensar o CAPS como um espaço em que o paciente vai estar usando e tendo apoio para os momentos de crise, e fora os momentos de crise, também, que não seja hospital, e aí, dentro da Reforma eu acho que o CAPS ele é fundamental, assim como os hospitais dia, é que aqui em Florianópolis a gente não tem hospital dia, mas eu acho que os moldes do CAPS (eles estão) é muito próximos, as vezes até é difícil dizer o que é um o que é outro; esse momento de transição do hospital para a sociedade, nesse momento o CAPS é algo muito importante, ele dá, é capaz de conter, dar uma continência pra o usuário, isso a gente percebe mesmo quando não tem nada, o paciente já está muito bem, eles voltam quando estão em crise, sem ter nada marcado, e só de estar aqui pra muitos já é confortante, então, a gente percebe que essa continência, esse acolhimento, e saber que ninguém vai vir aqui e amarrar e conter, porque acho que esse é o medo, de todo mundo, acho que isso já possibilita a procura, eu estou mal vou lá, vou buscar a ajuda do CAPS (J, 22/3/2006).

Eu diria que o CAPS seria o pensador da estruturação da rede de saúde mental, que via de regra o CAPS acaba sendo pra municípios de médio porte o primeiro serviço a ser instituído no território, no município, aí o CAPS acaba assumindo essa responsabilidade, a portaria fala bem disso, a 336, do que compete ao CAPS, e tem vários itens lá, entre eles organizar a rede de saúde mental no município, porém, acaba sobrecarregando os profissionais de saúde mental que atuam nesse CAPS; então, a importância do CAPS na operacionalização da Reforma, ele é importante enquanto um dispositivo crítico, ou seja, se o CAPS não ter a clareza do que seja a Reforma Psiquiátrica ele não vai

operacionalizar, ele só vai operacionalizar a Reforma Psiquiátrica quando ele entender que Reforma Psiquiátrica é o processo social complexo que se configura pelas quatro dimensões, enquanto ele não repensar, refletir a sua prática, o que ele está fazendo, o que não está fazendo, ter mais autocrítica, ele não vai conseguir operacionalizar a Reforma Psiquiátrica; ele tem importância porque tem vários atores, vários profissionais, é um time de pessoas, muito rico, envolvidas que estão no CAPS; agora, enquanto não ter claro o que é Reforma Psiquiátrica, esse processo, não vai conseguir fazer nada; ele é importante, mas se não tiver clareza de Reforma... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Na medida que o CAPS é a primeira, digamos, unidade, primeiro serviço que se propõem a substituir o hospital psiquiátrico já existe nisso por si só a sua importância; é substituição e não que a pessoa não possa ser internada, mas a idéia é que seja nos hospitais gerais, em algum leito nos hospitais gerais, então, bom, o CAPS é o primeiro ponto, é o primeiro lugar onde a pessoa vai passar o dia, onde vai ser tratado de outra forma o seu sofrimento, então, a importância dele está nisso, na importância política e clínica também (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que o CAPS, fundamentalmente, ele faz a clínica; se tem essa rede montada o CAPS faz a clínica, ele faz o atendimento psicossocial do usuário portador de transtorno mental, ele atende as questões mais subjetivas, e de fato toda esse mix de previdência social, a medicação, o atendimento psicológico, atendimento de enfermagem, mas se existe essa rede montada e aí vamos ter um projeto de geração de renda, aí ele vai fazer geração de renda, todas as Oficinas vão acontecer ali e não dentro do CAPS, o CAPS deveria estar na comunidade ele deveria estar territorializado (VIK, 24/3/2006).

Acho que todo mundo gostaria que ele pudesse ser um eixo desencadeador de todos esses ideais da Reforma Psiquiátrica, que a partir disso se experimentasse uma nova relação, que o paciente pudesse estar se soltando mais pra vida, pra construir seus projetos, seus ideais; acho que é muito importante poder retirar pessoas que estão enclausuradas há anos, criar esses mecanismos como residências, etc. pra pessoas que não vão resgatar os vínculos familiares, tem que procurar outras alternativas; acho que o CAPS ainda é uma instituição que é fundamental nessa política, ainda acho que ela pode fazer um papel importante; no dia-a-dia é um pouco mais difícil porque as vezes a gente não tem tantos mecanismos de avaliações, muitas coisas que também a gente vai capengando; quando você vê algumas experiências de pessoas que estão conseguindo dar conta da sua vida, saem, aí você vê que, bom! tem algumas coisas boas que estão acontecendo, o CAPS também está contribuindo; então, no meio dos prós e dos contras eu acho que os prós ainda são maiores, eu acho que é muito mais humano, muito mais um fator de justiça social você ter um espaço assim do que você ter uma pessoa enclausurada no hospital (P, 17/3/2006).

Neste sentido, conforme inscrito na Política Nacional de Saúde Mental, os CAPS devem assumir seu papel estratégico na articulação e no “tecimento” das redes de atenção em saúde mental. Tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da

rede de serviços, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, ONGs, empresas etc. (BRASIL, 2004, p. 12)

3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde

A proposta do progressivo deslocamento dos centros de cuidados em saúde mental para fora do hospital psiquiátrico, em direção à comunidade, colocada na e pela Reforma psiquiátrica tem nos CAPS o dispositivo estratégico desse movimento. Neste sentido, a rede básica de saúde torna-se o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os portadores de transtorno mental.

Essa rede é formada pelos centros ou unidades locais e/ou regionais de saúde, Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, que atuam na comunidade de sua área de abrangência. Os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, pois tem um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Por sua proximidade com as famílias e comunidades, as equipes de atenção básica são um recurso fundamental para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso de substâncias psicoativas e diversas formas de sofrimento psíquico. Neste sentido, é importante e necessária a integração e articulação dos CAPS com a atenção básica. Assumir esse compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção da saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo (BRASIL, 2004).

As atuais diretrizes da política de saúde mental do Ministério da Saúde orientam que, onde houver cobertura do PSF, deverá haver uma equipe de apoio matricial em saúde mental para no mínimo seis e no máximo nove equipes de PSF. E, que as ações de saúde mental na atenção básica devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2004).

No que se refere à relação existente entre o CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município e qual o tipo de relação existente, os dados coletados na

pesquisa indicam que: a maioria (91,7%) respondeu que sim, com ressalva de que é muito pouco, funciona de maneira precária e confusa, e que está num processo preliminar ainda. O profissional que respondeu não, observou que a rede está em processo de formação. Os profissionais cujas respostas foram positivas identificaram que a relação é de encaminhamentos, atendimentos em conjunto com as equipes de saúde mental das Regionais de Saúde, ajuda em atendimentos nas unidades locais de saúde, com os agentes comunitários de saúde, de referência, de acompanhamento, visitas domiciliares, encontro mensal dos trabalhadores de saúde mental da rede e encontro mensal dos psiquiatras da rede.

Sobre a relação do CAPS com as equipes de PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência alguns entrevistados observaram que a relação é pouca ou mínima, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda²³. Foram apontadas como justificativas o fato de o CAPS Ponta do Coral não estar territorializado, deste ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta do município, e a ausência de um planejamento e de estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente.

O CAPS como ele é único, então, ele é de toda a região; então, eu poderia até estar te respondendo que a gente tem um Posto aqui de cima do CAPS, que é o Posto da Agrônômica, ali tem o Programa de Saúde da Família implantado, com a presença dos residentes do Programa Saúde da Família e o contato que eu tenho, ele é meu, não existe nenhum outro programa ou vamos dizer convênio do CAPS com a Agrônômica, é meu aqui, assim como talvez seja da psicóloga em outro momento quando há essa partilha de paciente quando faz parte dos dois, então, eu só sei do que eu tenho, mas é muito pouco, eu tenho contato com alguns residentes que atendem alguns pacientes daqui, e eles precisam de algumas dicas ou, enfim, de se interar do que acontece, e eu também preciso saber como é que anda o acompanhamento deles lá, e aí entra em contato, as vezes vem aqui ou eu vou lá, mas são essas formas isoladas e depende daquele momento e da necessidade daquele usuário, não é algo que seja programado, que seja antecipado, institucionalizado, no sentido de firmar essas relações de uma forma.., não há; e, assim, o contato é com os residentes, não tem o contato com quem realmente vai ficar, porque os residentes passam depois de dois anos, eu também não tenho contato de quem é o médico, quem é o enfermeiro do Programa Saúde da Família, quem é o agente comunitário que vai na casa desses usuários, isso não tem, acho isso muito ruim, é muito falho, embora, volta pra aquela questão da equipe, que as coisas não são compartilhadas, você nunca sabe direito, é muito fragmentado, o que já foi feito, o que não está sendo feito; também não é delegado a função à ninguém de fazer, não há um planejamento pra isso (J, 22/3/2006).

²³ Em estudo sobre o CAPS de Palhoça/SC, Franco (2005) encontrou situação semelhante na relação do CAPS com o PSF e demais serviços de atenção básica municipais.

É mínima, é mínimo o contato, assim, as vezes, quando a gente necessita a gente vai atrás, tenta achar alguém que se interessa, que tenha alguma afinidade com a saúde mental, as vezes um agente de saúde que consegue se aproximar mais daquele usuário que mora lá e que resolve dá uma força, mas é assim, depende de uma série de coisas, da disponibilidade pessoal, da sorte de encontrar alguém etc., quer dizer é falta mesmo da articulação em rede, porque se a gente tivesse essa articulação o PSF automaticamente já seria acionado, e a gente não tem isso; claro, quando a gente precisa a gente até encontra uma boa resposta das equipes do PSF, mas pode não encontrar, tem um risco[...] não, isso não existe (articulação institucional CAPS – PSF), isso tem que ser construído, tem que ser proposto (F, 12/4/2006).

A relação que o CAPS tem é principalmente pra acompanhamento, a relação é essa, relação de acompanhamento, as vezes precisa realizar alguma busca ativa e não temos a possibilidade no momento, então, tem essa relação, a relação que a gente tem é mais no sentido de acompanhamento do próprio usuário; o que seria ideal, seria um pouco mais de estreitamento, discutir junto com o Programa de Saúde da Família alguns casos, nós irmos aonde os agentes comunitários estão, discutir algumas situações e isso não tem acontecido ainda; com essa lógica aí das regionalizações tem essa possibilidade; então, hoje existe uma relação, só que uma relação muito esporádica de situações isoladas e que precisa ser superada; o maior problema que existe é devido ao CAPS não ser territorializado, o CAPS II Ponta do Coral ele tem que atender uma demanda muito grande, basta ver o IBGE hoje, tem 400 e poucas mil pessoas em Florianópolis, então, é um CAPS II pra atender toda a demanda adulta do município, talvez o ideal seria um CAPS I em cada região, nas cinco regionais, e transformar esse CAPS num CAPS III no caso, e aí repensar depois toda a rede; então, a relação, ela se compromete com o Programa Saúde da Família devido a não territorialização do CAPS Ponta do Coral, a relação que existe é a relação de acompanhamentos isolados (GIRASSOL, 20/3/2006).

É uma relação ainda muito inicial ainda, um pouco precária; com os agentes comunitários a gente tem mais proximidade, no momento da visita domiciliar e no momento de fazer o resgate dos usuários que abandonaram, por algum motivo, o atendimento, mas acho que a relação poderia ser melhorada se o CAPS fosse territorializado, como a gente está aqui, é no centro pra todo o município, fica muito difícil, então, a nossa relação é muito mais com as referências regionais de saúde mental da atenção básica do que com as próprias equipes de PSF das unidades locais de saúde (VIK, 24/3/2006).

É isso que eu falei, essa perspectiva da regionalização que começou aqui visava uma maior articulação com a rede; eu acho que isso é um projeto que está ainda meio que na sua infância, ele está começando e, assim, o que eu te falei, a gente precisa sair mais daqui, no Norte (Regional Norte) a gente vai tentar essa experiência agora (realizar as reuniões da regional nos postos de saúde) de contato e incluir, por exemplo, os agentes comunitários nos processos de reunião com os pacientes daqui, tentar ver se eles podem estar acompanhando o paciente lá; tem uma paciente que está aqui que a gente esteve lá no Posto do Saco Grande pedindo pra equipe assumir alguns cuidados com essa paciente, eles se

dispuseram, mas assim, por enquanto ta muito mais alguma iniciativa aqui, ali, do que um processo mais amplo, não sei assim como isso vai caminhar com a história de já ter, por exemplo, profissionais regionalizados, isso também vai poder ser incrementado, esse é um desejo que eu tenho (P, 17/3/2006).

É muito pequena, muito, muito, muito, muito; eu não sei nem te dizer, em uma escala de um a dez acho que fica em dois, está muito pequena, está muito além do que poderia ser, eu acho que talvez com a implantação agora dos serviços na rede, nós temos em cada Regional um psiquiatra, dois psicólogos, uma média assim, está existindo mais aproximação, mas do CAPS não, muito pouco, muito pouco. [...] quando tu pergunta, hoje, qual é a relação do CAPS? eu não posso te mentir, pra mim é quase zero (LÉLI, 4/4/2006).

Buscando explorar as informações sobre a relação do CAPS com a rede municipal de serviços de saúde, perguntamos aos profissionais se o serviço realiza algum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. A maioria deles (75%) respondeu que não, dois referiram não saber responder e um respondeu que sim. Dentre os que responderam que não, um justificou que o CAPS não tem estrutura para atender mais esta demanda. Dois dos profissionais entrevistados disseram estar pensando neste tipo de trabalho. Um deles falou sobre a existência de um projeto, conforme relatado na fala que segue.

[...] a gente tem um projeto aqui que é de formação de acompanhantes terapêuticos, e no ano passado a gente formalizou esse projeto e mandamos pro Ministério da Saúde, ele foi aprovado e até hoje estamos esperando a liberação de dinheiro, mas enfim, o projeto foi aprovado, e a idéia era justamente transformar o agente comunitário de saúde num acompanhante terapêutico, e aí a gente faria a formação, uma capacitação, um curso de capacitação aqui, e depois faria o segmento com supervisões regulares, é uma forma de dar formação em saúde mental pra atenção básica e manter essa que é uma função do CAPS de dar supervisão e a formação mesmo pra esse nível da atenção; [...] a gente está esperando o dinheiro do Ministério da Saúde, ta lá pendurado, a gente olha o nome do projeto na internet, está lá, mas não tem nem empenho ainda, significa que não tem dinheiro destinado (F, 12/4/2006).

Para que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas na atenção básica é fundamental a capacitação destas equipes. A orientação é que as equipes de saúde mental de apoio á atenção básica incorporem ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. Conforme aparece na fala do profissional, são previstos recursos para o financiamento deste tipo de ações, embora, muitas vezes, a dependência de orçamento, a morosidade burocrática e/ou

ausência de decisão política, que justificam a longa demora, acabam por desestimular, dificultar, inviabilizar as iniciativas dos profissionais.

Repetidamente, temos ressaltado neste trabalho que os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico para a organização da rede de atenção em saúde mental, conforme é indicado nas diretrizes políticas da Reforma Psiquiátrica. Nesta direção, questionamos os técnicos da equipe do CAPS Ponta do Coral sobre qual o lugar que o serviço ocupa na rede municipal de atenção em saúde, em Florianópolis. As falas transcritas na seqüência destacam o fato deste não estar territorializado e, portanto, não se constituir no serviço regulador da porta de entrada para o atendimento em saúde mental. As equipes de saúde mental nas referências das Regionais de Saúde é que, atualmente, constituem-se no serviço primeiro de atenção em saúde mental. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhados pessoas com transtorno mental grave.

Seria esse serviço que articula, que regulamenta; não necessariamente ele é uma porta aberta que entra qualquer um; eu acho que ele pode até ser a articulação e a regulação, pode ser feita até capacitações nas equipes locais de unidades básicas, que a partir daí você vai poder em um caso de uma ansiedade ou uma briga com o namorado, “eu tomei 4 aspirinas”, não vai chegar aqui no CAPS; vai chegar aqui no CAPS realmente aquilo que for um caso mais grave, e só há possibilidade de isso acontecer a partir do momento em que as unidades locais estejam todas capacitadas e entendendo, até porque assim diminui o trânsito desse paciente; vamos supor: ele sai de uma cidade, vem pra Florianópolis, daí diz: onde é que eu vou num psiquiatra? Ah! vai lá no CAPS, aí alguém fala: mas tem que passar no clínico antes, aí passa no clínico, aí o clínico encaminha pro psiquiatra, daí ele não sabe onde vai procurar o psiquiátrica - vem pro CAPS, não vem pro CAPS, aí vem pro CAPS, mas é que na verdade ele toma fluoxetina há 2 anos, está em tratamento de manutenção porque ele tem um quadro de depressão recorrente, não é caso CAPS, então, isso já poderia ter sido triado lá no começo, o paciente já poderia estar tendo as consultas desde o início, todas acertadas, sem precisar ficar correndo de um lado pro outro [...]; então, eu acho que ele tem esse papel, tem essa função de regular, de saber o que está acontecendo no hospital, na Colônia, e ter esse contato, uma ligação sempre com a Colônia, e com os Postos de saúde [...]. (hoje, o CAPS faz isso?) algumas coisas, bem isoladas, de novo, é meio como um apaga fogueira; por exemplo, hoje, a gente foi fazer uma visita domiciliar lá no Saco Grande (bairro de Florianópolis) porque o paciente estava em tratamento psiquiátrico particular e parou de tomar o remédio, e aí a gente foi lá, só que o paciente não queria falar com a gente, mas, assim, eu chego lá, converso com a equipe que está lá naquele local e muitas vezes é só a psicóloga; também tem um certo descaso, no sentido de que ah! agora eu não posso falar, porque não percebe que conversando sobre aquele caso vai possibilitar que isso seja ampliado pra outros casos, pensam-se saídas semelhantes pra outro momentos, mas, assim, acaba virando um apaga fogo, e toda hora você tem que ir

apagar um fogo; então, existe um pouco, mas não de uma forma bem usada (J, 22/3/2006).

É atenção secundária como se diz; ele regula e não regula; [...] tudo vai passar muito pela clareza que os profissionais que estão na saúde mental tem em relação a própria epistemologia, tem em relação a própria política, tem em relação a própria noção de SUS, a própria noção de controle social, a própria noção dos princípios do SUS; então, tudo vai passar por isso, porque que eu estou dizendo isso, o CAPS é uma atenção secundária como a gente chama, eu acho ainda que o atendimento mais complexo, o atendimento terciário, deveria ser no território, acho que centrar as forças no território [...]; então, [...] a atenção básica é onde deveria regular isso, a regulação dessa entrada nesse sistema de saúde mental, nessa rede de saúde mental ela teria que ser prioritariamente atenção primária em saúde; então, as vezes, por necessidades especiais, por situações específicas, a pessoa acaba vindo direto pra cá, direto pro CAPS e aqui a gente atende, e, as vezes, essa pessoa não é indicada pra estar no CAPS, aí volta pra atenção básica, então, tem essa dificuldade, ou seja, o lugar que o CAPS ocupa na rede municipal de atenção em saúde é uma atenção secundária à pessoa com transtorno mental grave, já avaliada pela atenção primária em saúde, aquela pessoa que corre risco de suicídio, que acaba prejudicando a vida de outras pessoas, que está muito mal, nesse sentido (GIRASSOL, 20/3/2006).

Regulador da porta de entrada: não; como não é territorializado, a gente tem esse problema de ser serviço de referência pra onde vem os pacientes já encaminhados, ele passou pela porta de entrada do sistema lá no Posto, ele vem encaminhado pra cá ou através dos hospitais psiquiátricos, que é também uma outra forma de encaminhamento, mas a gente não faz a regulação da entrada; hoje, também, como tem equipes mínimas de saúde mental nas regionais, elas também funcionam muito mais como a reguladora do que nós; a porta de entrada é pelas equipes de saúde mental das regionais (F, 12/4/2006).

Eu acho que são várias coisas, por ser o único CAPS, pela rede não estar estruturada ainda, e pelas pessoas não conhecerem o serviço da rede, existe uma mistura, assim, o que é pra ir lá pro psiquiatra do Sul (regional de saúde), o que é pra vir pro CAPS; qual é o papel do CAPS, é a não internação, mas não tem CAPS III, então, a noite o cara não tem pra onde ir, na verdade, o CAPS ele é um espaço que regula a entrada do usuário sim, num primeiro momento sim, porque todos os que foram para a atenção básica muitos foram daqui, muito mais que a procura de fora daqui, primeiro eles vem pra cá, depois eles vão pra lá, agora o processo até está sendo inverso, já estão procurando a atenção básica porque eles já estão conhecendo, mas antes era daqui pra atenção básica, e é o único espaço, programa que acolhe o usuário psicótico, com transtornos mentais graves, porque a rede básica, ela não atende, se o cara tem um surto psicótico, está com qualquer surto, que está mal, ou ele tem um embotamento, ele não fala, está na família há anos, está lá segregado, está lá no quatinho dos fundos, não é caso de atenção básica é caso CAPS, então, ele é o único serviço de Florianópolis que se propõem a atender o usuário, o portador de sofrimento psíquico fora de hospital (LÉLI, 4/4/2006).

Ele é o primeiro serviço de saúde mental do município, primeiro serviço estruturado, credenciado no Ministério da Saúde, eu penso que ele tem um papel importante, ele serve como uma referência de atendimento em saúde mental a usuários portadores de transtornos mentais; dentro da rede, hoje, a gente tem as referências regionais de atenção em saúde mental na atenção básica, nas ULS, que são as unidades locais de saúde, então o CAPS serve como referência de atendimento a usuários com transtornos mentais graves do município de Florianópolis, é pra isso, essa é a função (VIK, 24/3/2006).

Pelas falas dos profissionais evidencia-se que Florianópolis não tem uma política municipal de saúde mental estruturada. A rede de serviços está em processo de formação e implementação. As ações ainda são muito isoladas e fragmentadas, sem uma direção comum. É notório que um único CAPS para atender a totalidade da demanda adulta do município é insuficiente. As possibilidades de atuação do serviço na prevenção e promoção da saúde mental, na capacitação e supervisão das equipes de atenção básica ficam, assim, prejudicadas e/ou inviabilizadas.

No processo de operacionalização da Reforma Psiquiátrica, conforme as orientações da Política Nacional de Saúde Mental e as propostas aprovadas na III CNSM, é necessário que os gestores estaduais e municipais estabeleçam mecanismos efetivos para o controle das internações psiquiátricas. De acordo com a Portaria GM/MS n ° 336/02, os CAPS devem possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou modulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local (BRASIL, 2002a). Com base nisto, perguntamos aos entrevistados se o CAPS tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Eles referiram que não, contudo, divergiram sobre como o serviço fica sabendo quando ocorre internação de seus usuários.

Não tem. A gente fica sabendo quando a família comunica ou quando é usuário de atenção intensiva, ou ele fez uma crise ou ele desapareceu do serviço, aí pela falta mesmo, pela ausência que ele provoca a gente vai atrás e fica sabendo que ele foi internado, mas a gente não tem instrumentos de controle sobre isso; a gente faz, no momento da internação, a gente procura manter pelo menos uma visita da equipe da Regional pra não perder o vínculo etc., mas nada formalizado, assim, no momento que aparece, que a gente fica sabendo; geralmente, a gente sabe, hoje é relativamente fácil, não acontece daquilo... fulano desapareceu e de repente aparece ele dois meses depois aqui novamente..., sai da internação ontem e tal, isso não acontece mais, geralmente a gente consegue ficar sabendo (F, 12/4/2006).

Não. Na realidade a família leva pra internar e pronto, as vezes comunica, as vezes a gente fica sabendo quando a gente vai fazer uma visita lá, muitas vezes a gente nem sabe que o paciente ficou internado, a não ser quando a gente liga, e aí o que está acontecendo, não está vindo, mas ele foi internado; então, não há esse controle e também quando é internado lá, dificilmente, alguém entra em contato, nunca vi, entra em contato olha fulano de tal está internado aqui com a gente, não tem essa comunicação (J, 22/3/2006).

Em relação ao controle das internações psiquiátricas, oficial e formal, nós não temos; estou falando enquanto profissional que atende uma determinada regional de saúde, isso nós não temos; o que poderia ser feito: um maior estreitamento com o “manicômio”, com o IPQ ou o São José (hospitais psiquiátricos), que quando internasse pessoas lá teria esse contato aqui, pra gente já ir conversando, já acompanhando juntamente com a equipe do hospital psiquiátrico essa pessoa, porque final de semana ou depois das 18 horas o serviço não atende, as vezes as pessoas entram em crise e a gente não tem como acompanhar isso, não tem como saber; o acompanhamento que tem é, as vezes, os familiares nos avisam que a pessoa está internada, quando a gente acompanha essa pessoa e fica sabendo que ela acabou internando; então, não tem uma política mais estreita de acompanhamento de internação psiquiátrica, isso não tem. (GIRASSOL, 20/3/2006).

Da área de abrangência seria toda a cidade, isso não, mas dos usuários aqui sim, atendidos aqui sim; [...] geralmente, assim, quando o usuário está iniciando um surto a gente tenta fazer o atendimento pra prevenir a internação, pra evitar de fato a internação psiquiátrica, só que nós estamos aqui até as 6 horas da tarde e não estamos final de semana, então, a gente não está nem a noite nem final de semana, e aí acontece de a família internar, isso acontece pouco, muito pouco, e quando acontece a gente faz o atendimento no próprio hospital, a gente vai até lá faz o atendimento, mas é pouco assim, agora da cidade como o todo a gente não tem (VIK, 24/3/2006).

O controle ele tem pelo prontuário, não poderia te dizer que tem um controle do ponto vista de uma escala, ah anualmente quanto a gente tinha e quantos foram internados, [...] o usuário se ele foi internado a gente não soube, se está internado, aí ele aparece aqui depois da internação, um mês ou dois meses, a gente tem escrito no prontuário, esse é digamos o que a gente fica sabendo (LÉLI, 4/4/2006).

Não, eu digo por nós, eu acho que, as vezes, a gente... ah o paciente foi internado, como acontece de a gente saber, e as vezes a gente vai lá fazer uma visita, as vezes tem a questão do carro (o CAPS tem um carro a disposição somente um dia por semana), e a gente fica...; sempre que acontece e tal, as vezes, a gente nem fica sabendo, quando vê o paciente já está de volta, as vezes acontece essa situação; eu fui tentar fazer um pequeno levantamento pra fazer essa avaliação e percebi que a gente não tem registro de quantos dias o paciente ficou internado, se ele ficou internado quantas vezes durante o tempo que está em tratamento aqui, falta um registro melhor e um acompanhamento melhor dos técnicos; (como ficam sabendo da internação) as vezes o paciente volta já depois, as vezes a família liga avisando, [...] o hospital não me lembro se eles ligaram, só se precisar de alguma coisa, em geral, eles não ligam; então,

assim, o paciente saiu aí eles trazem de novo aquele encaminhamento, ou ele vem pra cá porque, normalmente, ele já estava aqui, mas assim, a gente tenta ao máximo que ele não precise ser internado, essa política existe, segurar a crise (P, 17/3/2006).

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que a internação e a reinternação psiquiátrica deverão ocorrer após avaliação da equipe técnica de saúde mental dos serviços substitutivos, devendo ser estabelecidas formas de controle único para a emissão de AIH, assegurando que todas as internações necessárias sejam autorizadas pelo serviço público, preferencialmente de base territorial (BRASIL, 2002a).

Conforme pode ser observado nas falas dos participantes da pesquisa, a insuficiência do CAPS em exercer o controle das internações referente a sua clientela e a demanda no município refere-se ao fato de o serviço não estar territorializado, sendo inviável cumprir com tal exigência no âmbito da totalidade de uma população de aproximadamente quatrocentos mil habitantes, distribuídos numa área geográfica de 436,5 Km². Com a implantação das equipes de saúde mental nas Regionais de Saúde, estas passam a ser as responsáveis pela regulação da porta de entrada no sistema de atendimento. O CAPS II Ponta do Coral passa a ser a referência para onde são encaminhadas pessoas com transtornos mentais graves, egressos de hospitais psiquiátricos, internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). A falta de controle das internações psiquiátricas é uma realidade também de outros centros de atenção psicossocial, conforme verificado por Franco (2005), em seu estudo sobre o CAPS do município vizinho de Palhoça/SC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha deste tema de pesquisa está relacionada à minha trajetória de estudos no Curso de Graduação em Serviço Social e à minha inserção como pesquisadora no Núcleo de Estudos e Pesquisas Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas (NESPP) do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. A esta trajetória soma-se a experiência de Estágio Curricular em Serviço Social, realizada no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis, em 2003, da qual resultou o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Programa Alta Progressiva: uma contribuição para o processo de reabilitação psicossocial no HCTP de Florianópolis”. Com o referido Estágio foi possível vivenciar o contato direto com a realidade de algumas instituições como hospitais psiquiátricos e centros de atenção psicossocial da rede municipal e estadual de serviços de atenção em saúde mental, fato este que estimulou a busca de novos conhecimentos e o desejo de atuação profissional na área. A continuidade dos estudos foi possibilitada por meio da entrada como mestranda no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da mesma universidade. Sendo assim, o trabalho que apresentado nesta dissertação tem estreita relação com meu percurso profissional e meu desejo pessoal.

Conforme destacamos no decorrer do estudo, a reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

A implantação de uma nova política de atenção, com as implicações socioculturais da proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira passa pela necessidade de articulação intersetorial e por ações que contribuam para alterar as representações sociais sobre a loucura e os direitos dos portadores de transtornos mentais. A transformação do modelo assistencial e de um conceito teórico em diretrizes operacionais é um processo complexo e depende de vários fatores para que se mantenha a direcionalidade pretendida pelos diferentes atores sociais, participantes do jogo social.

Especificamente, no caso do CAPS estudado, as dificuldades de concretização dessa nova lógica de atenção em saúde mental perpassam e se inter-relacionam nos diferentes eixos que compuseram a presente pesquisa.

No que se refere a estrutura física, os profissionais indicam que o CAPS conta com espaço e equipamentos adequados às necessidades do serviço. Entre os anos de 2003 a 2004, o CAPS passou por uma reforma em suas instalações, ficando estas, adequadas aos objetivos da unidade. As condições poderiam ser melhores se as oficinas produtivas fossem realizadas em outro local, pois além de favorecer a utilização do espaço hoje ocupado para outras atividades, possibilitaria a inserção dos usuários em outro ambiente, favorecendo-lhes sua sociabilidade.

Em relação aos materiais de consumo, os problemas vão desde a ausência total de objetos e utilidades básicas à manutenção do serviço até o recorrente atraso no repasse dos materiais necessários às oficinas terapêuticas e de produtividade. As oficinas ficam prejudicadas e até mesmo paralisadas por conta das faltas de recursos e dificuldades de gestão adequada do serviço. Esta situação coloca em prejuízo o projeto terapêutico de tratamento dos usuários e a eficácia e efetividade dos propósitos da nova política de atenção em saúde mental.

No campo da gestão do CAPS, apesar da histórica escassez de recursos destinados à saúde, foram evidenciadas situações problemáticas, principalmente no processo de descentralização político-administrativa, que poderiam ser melhoradas a partir dos recursos existentes. De acordo com os resultados da pesquisa, 50% do grupo de técnicos afirmam que existe planejamento e avaliação das ações. Alguns deles observam estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação, objetiva e sistemática, dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declaram não existir processo de planejamento e avaliação das ações, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

Sobre este aspecto, cabe destacar que as técnicas disponíveis na área de planejamento e avaliação de serviços de saúde têm mostrado bons resultados quando aliadas à vontade política de mudar a situação. Apesar dos dados demonstrarem uma divisão entre os técnicos no que se refere a afirmação sobre a existência de planejamento e avaliação, destacamos que as poucas ações que acontecem giram em torno das atividades que são e aquelas que poderão ser realizadas, e na discussão sobre as dificuldades cotidianas do trabalho na unidade. As avaliações são informais, realizadas na reunião

mensal da equipe técnica e nas reuniões clínicas semanais, sendo notório a ausência de um processo de planejamento estratégico, sistemático e contínuo do projeto terapêutico do CAPS, bem como, de avaliação de indicadores.

Com relação aos recursos financeiros, os resultados da pesquisa apontam para o que já vem sendo denunciado por autores como Amarante (2003; 2005): o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. O pagamento pelo sistema de procedimentos realizados, por meio das APACs, condiciona a existência de recursos à produtividade do serviço. Quando os CAPS não estão articulados com outras políticas sociais necessárias à sobrevivência do usuário e a adesão dele ao projeto de vida que o serviço deve-lhe oferecer, a tendência é fracassar.

Para que a pessoa possa freqüentar o CAPS ela precisa de condições materiais e psicossociais básicas, como moradia, transporte, alimentação, auto-estima, estímulo, desejo, etc.. Quando o usuário não desfruta de tais condições as chances dele se vincular ao projeto terapêutico são menores e, conseqüentemente, sem a participação ativa dos usuários o CAPS não terá produtividade. Ainda, nem todas as ações realizadas no CAPS constam na tabela de procedimentos pagos pelo atual sistema do SUS, dificultando as atividades de ressocialização que envolvem trabalhos na comunidade e na sociedade.

Os profissionais afirmam que os usuários participam do planejamento das atividades do CAPS. Referem que isso acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Neste caso, foi possível perceber que a participação dos usuários em geral diz respeito mais a questões cotidianas do funcionamento do serviço. A associação participa diretamente da comercialização dos produtos confeccionados nas oficinas e na realização de alguns convênios com entidades da área da cultura, lazer, ensino, etc. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada, que abarque as especificidades da área da saúde mental e envolva os usuários, os familiares e os técnicos como sujeitos partícipes do processo de gestão do serviço.

No eixo recursos humanos e projeto terapêutico existem contradições explícitas e implícitas que perpassam o discurso e as práticas dos técnicos que prestam assistência aos usuários do serviço. Eles reconhecem e destacam a relevância do trabalho em equipe, argumentam que este traz a possibilidade de trocas entre as várias áreas do conhecimento e a conseqüente oferta de um atendimento multidimensional. Contudo, relatam dificuldades

na realização deste trabalho, devido a uma suposta diferença de formação profissional e de concepção, com relação ao que sejam os objetivos do CAPS e da Reforma Psiquiátrica. Indicam existir interdisciplinaridade no atendimento ao usuário, no entanto, percebeu-se que a concepção de interdisciplinaridade aparece muito mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade, estando ainda distante dos ideais da intertransdisciplinaridade.

Sendo assim, cabe destacar que sem a devida clareza e consciência do que exatamente deve mudar corre-se o risco de que, fundamentalmente, se modifiquem os espaços de realização do tratamento, transferindo-se e conservando-se as práticas de exclusão e discriminação. É preciso se ter em conta que toda dimensão técnica tem também uma dimensão política. Dessa forma, faz-se necessário questionar-se sobre o que se pretende com o “fazer” nos novos serviços de atenção à saúde mental e que valores estão presentes nas ações executadas. O usuário precisa ser percebido como sujeito do processo saúde-enfermidade, e não como objeto e instrumento do exercício das relações de poder disciplinar.

Com relação ao eixo participação do usuário e da família no tratamento, os participantes da pesquisa identificam dificuldades em realizar o atendimento familiar no CAPS. Os profissionais relacionam como justificativas, a falta de técnicos qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades da equipe. Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que seja o transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, também foram relatados pelos entrevistados. Entre os obstáculos para a (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e o estigma da loucura ainda presentes no imaginário social das pessoas.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacam o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário. Neste aspecto queremos destacar a necessidade de se reconhecer, no processo de implantação da Reforma e da política de saúde mental, um projeto ético-político social, capaz de reavaliar, substancialmente, o conceito tradicional de

“doença/saúde mental” e, conseqüentemente, a forma de como lidar as diferenças em sociedade.

No eixo (re)inserção social procuramos identificar se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas à desinstitucionalização e à reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referem que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras. A maioria deles afirma que não existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer.

Tais dados nos remetem ao questionamento sobre como a Reforma Psiquiátrica, em sua aplicação prática, apresenta certa inércia política. Existe uma lacuna entre o referencial teórico do novo modelo de atenção e as práticas que se efetivam no cotidiano dos serviços. Com isso, queremos chamar a atenção para a necessidade urgente de se construírem ações de atenção que favoreçam o conhecimento de si, reforcem a autonomia, o cuidado de si e a emancipação do sofredor psíquico.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referem que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental. A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos profissionais como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista político-jurídica dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico. Na visão dos participantes da pesquisa, o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica relaciona-se a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos pressupostos da própria Reforma. Não obstante, destacamos aqui a necessidade de se refletir sobre o descompasso entre a vitória no campo jurídico, o novo discurso da Reforma Psiquiátrica e um fazer prático que parecem ainda negar a emancipação do portador de transtorno mental.

No eixo integração do CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município, os dados coletados na pesquisa indicam que a relação existente é pouca, funciona de maneira precária e confusa, e que ainda está num processo preliminar. A articulação com as equipes de PSF e PACS também é insuficiente, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda. A unidade não realiza nenhum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. Apenas dois profissionais referiram estar pensando neste tipo de trabalho.

Foram apontadas como justificativas para esta situação o fato do CAPS não estar territorializado, de ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta de todo o município, e a ausência de um planejamento e estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhadas pessoas com transtorno mental grave. E, segundo os entrevistados, não tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Neste aspecto, vê-se a urgência na redefinição da abordagem em saúde mental, fazendo-se necessário a construção de estratégias de atenção integral, dentro dos princípios do SUS, que envolvam o portador de transtorno mental como cidadão, a família, o Estado e a sociedade.

De acordo com os profissionais existem diferenças no atendimento prestado no e pelo CAPS em relação aos hospitais psiquiátricos. Eles se referem às diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência do discurso médico psiquiátrico do hospital, e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e as necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial, em contraposição ao tratamento igual para todos das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Por fim, os dados coletados na presente pesquisa indicam que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes, prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a relação eficácia/efetividade dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Concluimos, com este estudo, que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é ainda um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológica, técnico-assistencial, político-jurídico e sócio-cultural.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____, P. (coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995a.

_____, P.. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. vol.11, no.3, jul./set. 1995b, p.491-494. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 14/09/2005.

_____, P. A (clínica) e a Reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. pp. 45-65.

_____, P. **A epistemologia e a Clínica da Reforma**. Conferência proferida no IV Encontro Catarinense de Saúde Mental. Florianópolis, 30 de junho a 2 de julho de 2005. (anotações manuscritas).

BASAGLIA F. (coord.) **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 3ª ed. Tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002a, 213 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em Saúde Mental 1990-2002**. 3ª ed. revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAPS II PONTA DO CORAL. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. **Projeto Terapêutico**. Florianópolis, 2004.

CORREIA, M. V.C..Que controle social na política de Assistência Social? **Revista Serviço Social & Sociedade**. N. 72. São Paulo: Cortez, nov. 2002, pp. 119-144.

COSTA, R. C. R. da.. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia e Política** Nº 18: 49-71 JUN. 2002

COSTA –ROSA, A. da; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. p. 13-44.

COSTA-ROSA, A. da.. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asialr. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. p. 141-168.

CHIZZOTTI, A.. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R.. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

DESVIAT, M.. **A Reforma Psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental**. In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

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

FLEURY, S.. **Espaço, território e cidadania: a cidade dos cidadãos**. Trabalho apresentado no VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra (16,17,18 de setembro), 2004. Disponível em: <www.ces.uc.pt/LAB2004>. Acessado em 20 de fevereiro de 2006.

_____, S.. (org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989.

FREIRE, F. H. M. de A.; UGÁ, M.A.D.; AMARANTE, P. Os centros de atenção psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

FRANCO, S. de O.. **Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de caso**. 2005. 110f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Florianópolis, 2005. 110f.

FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial**. Percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004.

GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E.. **A pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, R.. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M.. **Microfísica do poder**. Trad. de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graaal, 1979.

MINAYO, M. C. de S.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC; ABRASCO, 1994.

MIOTO, R.C.T.. Família e saúde mental: contribuições para reflexão sobre os processos familiares. **Revista Katalysis**. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico. Departamento de Serviço Social. N.2 Florianópolis: Editora da UFSC, 1998.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental: em busca da articulação e qualificação das ações em saúde**. Monografia

(Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Latu Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

OLIVEIRA, W. F.; DORNELES, P.. Patrimônio e ambiente da loucura: a formação do profissional de saúde mental e o dialogo com a vida da cidade. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

PITTTA A.. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje. In: PITTA. A.(org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral**: desvelando sua significação. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

_____. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

ROSA, L.C.dos S.. Os saberes construídos sobre a família na área da saúde mental. **Revista Serviço Social & Sociedade**. N° 71. Ano XXIII. São Paulo: Cortez, set de 2002, pp. 138-164.

_____. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, F., et. al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SANTOS, W.G.. **Cidadania e Justiça**. Rio de Janeiro: Editora Campos, 1979.

SARACENO, B.. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SOUZA, W. da S.. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. jul./ago. 2001, vol.17, no.4

p.933-939. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 19/10/2005.

SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Teses em Enfermagem, 42).

STUANI, D.. **Projeto de Estágio**. (Projeto de Estágio Curricular apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina). Florianópolis, 2005. texto digit.

TENÓRIO, F. G. (org.). **Gestão de ONGs**: principais funções gerenciais. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

TORRE, E.H. G; AMARANTE, P.. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. [online]. 2001, vol.6, no.1 [citado 05 Dezembro 2005], p.73-85. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br> >. ISSN 1413-8123.

TRIVIÑOS, A.N. S.. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. (org.). **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000a.

_____, E. M. Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000b. p. 169-194.

VIEIRA, L. **Cidadania e globalização**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Formulário a ser aplicado a todos os profissionais da equipe do CAPS.

Identificação

Nome:

Apelido:

Formação:

Ano:

Capacitação específica na área: Sim Não

Nível: residência especialização mestrado doutorado

Tempo de serviço na instituição:

Tipo de vínculo empregatício: Servidor público concursado contrato temporário

Outro. Especifique _____

Regime de trabalho: _____ (horas semanais)

Tempo de atuação na área:

Experiência de atuação profissional em outra instituição: Sim Não

Qual:

Tempo:

Principais perguntas

- 1) A área física do Caps é suficiente para o atendimento da demanda? Sim Não
- 2) As instalações são adequadas para a realização das atividades propostas? Sim Não
- 3) Os equipamentos disponíveis são suficientes? Sim Não
- 4) Estão em bom estado de utilização? Sim Não
- 5) Os materiais disponíveis são suficientes? Sim Não
- 6) Existem dificuldades na realização das atividades do Caps Sim Não. Em caso de resposta afirmativa, especifique as cinco principais? _____

- 7) O trabalho é realizado em equipe? () Sim () Não.
- 8) Existe algum tipo de supervisão de equipe ou outro recurso para acompanhar e discutir as questões do trabalho em equipe? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual?
-

9) Participa ou já participou de capacitação específica para atuar no Caps? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual? _____

10) Durante o tempo em que está trabalhando na instituição houve algum treinamento ou capacitação? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quando? _____(ano). De quantas horas? _____. Organizado por quem? _____

11) Na sua opinião, existe interdisciplinaridade no trabalho no Caps? () Sim () Não

12) Você conhece a política de saúde mental? () Sim () Não.

13) No Caps, existe disponibilidade de material didático e documentos sobre a política de saúde mental? () Sim () Não.

14) Existe planejamento e avaliação das ações do Caps? () Sim () Não

15) Existe projeto terapêutico de trabalho da instituição? () Sim () Não. Em caso afirmativo, foi planejado em equipe? () Sim () Não.

16) O serviço adota projeto terapêutico individualizado? () Sim () Não.

17) O usuário participa do planejamento do seu tratamento? () Sim () Não.

18) Existe atendimento familiar? () Sim () Não.

19) Existem ações intersetoriais do Caps e outras instituições que envolvam: educação, trabalho, esporte, cultura e lazer? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quais?

20) Existe relação do Caps com a rede básica de saúde municipal? () Sim () Não.

Que tipo? _____

21) O Caps realiza algum trabalho de educação permanente (capacitação e supervisão) sobre saúde mental em cooperação com as equipes de atenção básica? () Sim () Não.

Que tipo? _____

Outras observações:

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Entrevista a ser realizada com os profissionais da equipe do CAPS, segundo o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de nível superior entre as existentes na unidade. Em caso de mais de um profissional na área será realizado sorteio.

Identificação

Nome:

Apelido:

Temas e principais perguntas

1 Estrutura e recursos financeiros

- 1) Qual conhecimento possui sobre o repasse dos recursos financeiros para o Caps?
- 2) Conhece a forma de financiamento do serviço? O que você acha?
- 3) Como são administrados os recursos repassados? Existe planejamento?
- 4) Na sua opinião, a descentralização administrativa dos recursos possibilita o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do Caps? Quais as vantagens e desvantagens identifica?
- 5) Na sua opinião, os recursos repassados (gerados pelo serviço) são suficientes para realizar as atividades do Caps? Em caso de resposta negativa, quais atividades ficam prejudicadas e/ou poderiam ser realizadas se houvessem recursos?
- 6) Existem dificuldades no funcionamento do Caps com relação a falta de recursos financeiros? Quais identifica?

2 Recursos humanos e projeto terapêutico

- 1) Quais dificuldades identifica no trabalho em equipe no Caps?
- 2) Na sua opinião, quais vantagens o trabalho em equipe possibilita?
- 3) Considera importante a capacitação específica em saúde mental para atuar no Caps? Fale sobre.

- 4) Na sua opinião, qual a importância da interdisciplinaridade no atendimento ao usuário de saúde mental?
- 5) Considera importante conhecer sobre a política de saúde mental, seus princípios, sua estrutura e organização para o trabalho do Caps?
- 6) Como acontece o planejamento e a avaliação das ações do Caps?
- 7) Na sua opinião, em relação ao atendimento nas instituições tradicionais/asilares (hospitais psiquiátricos), como é o atendimento ao usuário no Caps?

3 Participação do usuário e da família no tratamento

- 1) Como é pensado o projeto terapêutico de tratamento do usuário?
- 2) Como o usuário participa do planejamento do seu tratamento?
- 3) Quais as formas criadas para oportunizar a participação do usuário no planejamento do seu tratamento?
- 4) A família participa do tratamento? Em caso de resposta afirmativa, de que forma? Em caso de resposta negativa, por quê?
- 5) Quais as formas criadas para oportunizar a participação da família no tratamento?
- 6) Quais dificuldades identifica com relação a realização do atendimento familiar?
- 7) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção familiar do portador de transtornos mentais?
- 8) Qual o papel dos usuários (ou da associação de usuários e familiares) no planejamento das ações do Caps?
- 9) Na sua opinião, qual a importância das associações de usuários e familiares para o tratamento do portador de transtornos mentais e para os serviços de saúde mental?

4 Inserção social

- 1) Na sua opinião, as práticas assistenciais realizadas no Caps encaminham-se na direção da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial?
- 2) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção social do portador de transtornos mentais?
- 3) Quais avanços e conquistas identifica com relação a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais?
- 4) Na sua opinião, o atendimento no Caps possibilita ao usuário a construção da sua autonomia? Como?

- 5) Na sua opinião, a organização atual dos serviços de saúde mental (da política de saúde mental) favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais? Qual a importância do caps nesse contexto?

5 Integração com a rede municipal de assistência em saúde

- 1) Qual a relação do Caps com a(s) equipe(s) de Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência?
- 2) O Caps tem controle das internações psiquiátricas no seu território? Em caso afirmativo, como ocorre este controle?
- 3) Na sua opinião, qual o lugar que o Caps ocupa na rede de atenção em saúde? Constitui-se no serviço que regula a porta de entrada para o atendimento em saúde mental?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este instrumento tem a intenção de obter o seu consentimento por escrito para participar do estudo “A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis”, durante o período de 01 a 31 de março de 2006, com o intuito de contribuir para o levantamento de dados para a elaboração do referido trabalho.

O estudo tem como objetivo geral analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Ao propormos a presente pesquisa esperamos contribuir com a produção de conhecimentos e saberes sobre as novas práticas de atenção e cuidado ao portador de transtornos mentais.

Os relatos obtidos serão confidenciais e, portanto, não será utilizado o nome dos participantes em nenhum momento, garantindo sempre o sigilo da pesquisa e os preceitos éticos da profissão. Os depoimentos serão referenciados pelo apelido a ser escolhido pelo próprio entrevistado

Certa de sua colaboração, agradeço sua disponibilidade em participar do estudo.

Eu _____,
consinto em participar desta pesquisa, desde que respeitadas as respectivas proposições contidas neste termo.

Florianópolis, março de 2006.

Assinatura do entrevistado.

ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

FERNANDA SCALZAVARA

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Serviço Social** - Área de concentração: Serviço Social, Direitos Humanos e Questão Social.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ivete Simionatto.

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de **Mestre em Serviço Social**, e aprovada na sua forma final, em 31/7/2006, atendendo as normas vigentes no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e na Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof^a Dr^a Catarina Maria Schmickler
Coordenadora do PPGSS/UFSC

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Ivete Simionatto, Dr^a.
Departamento de Serviço Social/UFSC
Presidente

Prof^o Walter Ferreira de Oliveira, Ph.D.
Departamento de Saúde Pública/UFSC
Membro

Prof^o Jonas Salomão Spricigo, Dr.
Departamento de Enfermagem/UFSC
Membro

Prof^o Mário Teixeira, Dr.
Departamento de Clínica Médica/UFSC
Membro Suplente

*Aos profissionais e aos usuários do CAPS
Ponta do Coral de Florianópolis.*

AGRADECIMENTOS

Desejo expressar meus sinceros agradecimentos aos profissionais do CAPS Ponta do Coral, pela receptividade, atenção, acolhimento e colaboração na fase mais importante desta pesquisa, assim como pela consideração ao meu trabalho profissional. Também, aos usuários desta unidade de serviço, pela forma carinhosa e acolhedora com que sempre me receberam.

À professora Ivete Simionatto por ter aceitado a orientação do trabalho; agradeço a oportunidade de poder ter desenvolvido a pesquisa de meu interesse e desejo profissional.

Aos professores Jonas Spricigo e Mário Teixeira pela atenção, disponibilidade e colaboração, essenciais na definição e elaboração do projeto de dissertação. Igualmente, ao professor Walter Ferreira de Oliveira pelas considerações e contribuições no exame de qualificação.

À sempre Mestre, amiga e professora Iliane Kohler, pela relação de ensino-aprendizado humana, saudável, mantida no decorrer de toda a minha vida acadêmica; pelas ajudas concretas nos momentos de dificuldades, pelos conselhos, orientações e *encaminhamentos* necessários nos instantes, nas horas, nas fases de incerteza, insegurança, angústia, desespero.

Aos profissionais Mara Regina de Oliveira e Antônio Heinzen Filho, pelo suporte terapêutico necessário nos últimos anos da minha vida; especialmente por terem me ajudado a transformar as dificuldades, os obstáculos, as conquistas cotidianas no *Mestrado da Vida*.

Às profissionais e amigas Maria Sirene Cordioli e Maria Inês Bernardino, pela relação profissional responsável, ética, competente, que me impulsionou para os estudos na área da saúde mental; pela amizade acolhedora, carinhosa, fraterna, pelas comemorações e pelos momentos de descontração.

Aos meus pais e à minha família, base dos meus valores ético-morais.

Às minhas amigas e aos meus amigos, que de perto ou de longe, acompanham minha trajetória, acreditam e torcem por mim.

Formalmente, agradeço as instituições públicas CAPES e UFSC, através dos programas PROF e PGSS, pelo financiamento da bolsa que permitiu a dedicação profissional integral para a realização deste trabalho.

RESUMO

O presente trabalho tem como objeto de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. Constitui-se como objetivo geral da presente pesquisa analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Os procedimentos metodológicos da pesquisa constaram de: pesquisa empírica na coleta das informações, através de entrevistas semi-estruturadas, gravadas, realizadas com um profissional de cada área de formação de nível superior, dentre as existentes no CAPS, e aplicação de formulário, com questões fechadas, a todos os profissionais que compõem a equipe. As informações coletadas foram sistematizadas e organizadas em itens correspondentes aos eixos que nortearam a coleta dos dados, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde. A análise final foi realizada com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os resultados obtidos nos permitem concluir que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a efetividade e eficácia dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial. De maneira geral, podemos afirmar que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológico, técnico assistencial, político-jurídico, social cultural.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, política de saúde mental, serviços substitutivos.

ABSTRACT

The objective of present work is to study the operationalization of the Psychiatric Reformation in the city of Florianopolis, Brazil, based on one specific institutional model - the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral. The general objective of the present research is to analyze the institutional reality at the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral, Florianopolis, related to the operational process of mental health politics, based on the requirements of the Brazilian Psychiatric Reformation. The research methodological procedures have consisted of: empirical research and data collection, through semi-structured interviews, recorded, realized under the presence and supervision of a professional of each field, plus de existing data from the CAPS, and filled application, with closed questions, to all the professionals who compose the team. The data colleted was systematized and organized in items and events that are surrounded the data collection, which are: financial structure and resources, human resources and therapeutic project, participation of the user and the family in the treatment, social insertion, and integration of the service with the municipal network of assistance in health. The final analysis was based on theoretical production on mental health and the Psychiatric Reformation. The results allowed us to conclude that in scope of management of CAPS, the limited number of studies and the difficulties to transfer and administer them harmed the functioning of the service. The contributing factors were lack of strategic planning and systematic evaluation of actions. The difficulties associated with teamwork compromised the effectiveness and efficacy of the objectives. The absence of a municipal network dedicated to structure and articulate mental health appears as an obstacle to the practice of desinstitutionalization and psychosocial rehabilitation. In general, we can affirm that the changes in the assistance model, directed for Psychiatric Reformation is one of the challenges to the concretization to mental health politics in a new interaction between society and people with psychological illnesses. The operationalizational political difficulties of mental health go through different fronts of performance which constitute the complexity of social processes associated with Reformation in its different dimensions. These dimensions are: theoretic-epistemological, technical assistance, politic-legal and socio-cultural.

Keywords: Psychiatric Reformation, mental health politics, substitute services.

LISTA DE SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
APAC - Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CPASM - Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental
CMS – Conselho Municipal de Saúde
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FNS – Fundo Nacional de Saúde
INAMPS – Instituto Nacional de Aposentadorias e Pensões
IPQ – Instituto de Psiquiatria Catarinense
MS – Ministério da Saúde
MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS – Organização Mundial para a Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF - Programa de Saúde da Família
RP – Reforma Psiquiátrica
SIH - Sistema de Informação Hospitalar
SAI – Sistema de Informação Ambulatorial
SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
SUS – Sistema Único de Saúde
TR – Terapeuta de Referência
ULS – Unidade Local de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Procedimentos metodológicos	18
2 REFORMA PSIQUIÁTRICA	222
2.1 O Modo Psicossocial	26
2.1.2 Atenção Psicossocial.....	28
2.2 Desinstitucionalização	30
2.3 Reabilitação psicossocial	32
3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA	344
3.1 Estrutura e recursos financeiros	344
3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico	45
3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental	46
3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário	51
3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações.....	59
3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento.....	65
3.3 Participação do usuário e da família no tratamento	69
3.3.1 Planejamento terapêutico individual.....	70
3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral.....	72
3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares	81
3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia.....	88
3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental.....	96
3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica	106
3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde...	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
REFERÊNCIAS.....	125
APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS.....	130
ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica.....	136

1 INTRODUÇÃO

O processo de mobilização, organização e luta pela Reforma Psiquiátrica brasileira origina-se no contexto dos movimentos sociais, no período de redemocratização do país (décadas de 1970/1980), e tem como base os pressupostos da Reforma Sanitária brasileira e da Psiquiatria Democrática italiana. Tal movimento esteve direcionado no sentido da crítica e desconstrução gradativa da assistência existente, embasada no saber psiquiátrico, que justificava as práticas decorrentes do modelo asilar e, ao mesmo tempo, buscava a construção de propostas de superação deste modelo.

Os anos de luta pela transformação do modelo assistencial tradicional (asilar), centrado na internação hospitalar, culminaram com a criação e regulamentação de leis e portarias relativas à implantação de uma rede de serviços substitutivos a este. A partir da década de 1990 um conjunto de leis, portarias, decretos, resoluções define novas exigências em relação à assistência psiquiátrica prestada aos portadores de transtorno mental¹, incluindo a adequação das condições físicas das instituições de atendimento, a existência de projeto terapêutico, equipe multidisciplinar e outros dispositivos que garantam maior qualidade assistencial.

A Reforma Psiquiátrica é um processo em construção, que envolve tanto a sociedade civil, através dos diferentes os movimentos sociais, os profissionais, os usuários, bem como os órgãos gestores das políticas públicas. Estes são os responsáveis pela operacionalização das ações com relação a mudança de paradigma e prática em saúde mental. Nessa trajetória, aos profissionais cabe exercer o papel de sujeitos e críticos do processo de implantação da Reforma Psiquiátrica; aos gestores da política de saúde compete a decisão política com vistas a assegurar as condições técnicas para a implementação e operacionalização dos serviços de atenção; aos movimentos sociais fica a luta política pela construção social de um outro sentido para lidar com a "loucura" e com o "louco", a partir de uma transformação na relação sociedade/loucura.

¹ Cabe destacar que a expressão “portador de transtorno mental” é adotada neste estudo por acreditar-se que a palavra portador traz em si um caráter mutante. Ou seja, secundariza o transtorno mental e resgata o sujeito envolvido na condição de enfermo, como um ser dinâmico. Por sua vez, o termo transtorno mental traz um caráter psicossociológico, dinâmico, mutável, diferente do termo doença mental, muito embora não seja menos controvertido do que este último (ROSA, 2003, pp. 37-38). E, também, por ser “portador de transtorno mental” a expressão utilizada na linguagem técnica constante na política de saúde mental do Ministério da Saúde.

No curso das transformações operadas na e pela Reforma Psiquiátrica destacamos como marco significativo recente a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM)². Em seu documento conclusivo reafirma-se que as políticas de saúde mental devem respeitar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das leis Federal e estaduais, priorizando a construção da rede de atenção integral em saúde mental. Tais políticas devem ter como pressupostos básicos a inclusão social e a reabilitação psicossocial, estar integradas com outras políticas sociais, como educação, trabalho, lazer, cultura, esporte e habilitação profissional, visando garantir o exercício pleno da cidadania (BRASIL, 2002a).

O mesmo documento ressalta que a reorientação do modelo assistencial deve estar direcionada para concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e de promoção da saúde. Nesse sentido, é fundamental que as novas modalidades assistenciais desenvolvam práticas pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a auto-estima, a autonomia e a cidadania, buscando superar a relação de tutela e reprodução da institucionalização e/ou cronificação (BRASIL, 2002a).

A mudança do modelo assistencial é um dos desafios da Reforma Psiquiátrica. Busca-se, no âmbito da gestão pública, a construção de um novo pacto para transferir os recursos aplicados no modelo hospitalar para uma assistência comunitária. Entretanto, a mudança da lógica de atenção em saúde mental requer, também, uma mudança de paradigma. No bojo dos novos dispositivos de cuidado necessariamente deve estar uma nova ética do cuidar, baseada na premissa básica da autonomia possível e dos direitos humanos dos portadores de sofrimento psíquico. Isso significa considerar que as possibilidades de novas práticas terapêuticas devem caminhar ao lado da preocupação com a mudança das representações simbólicas do “louco” na sociedade, e com a produção de outros saberes.

Na atualidade, todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, bem como a literatura da área, referem-se a desconstrução como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade das ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Tal proposição tem como base a

² Realizada em Brasília, de 11 a 15 de dezembro de 2001. A I Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em 1987 e a II em 1992.

incapacidade da psiquiatria em explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (TORRE; AMARANTE, 2001).

O modelo manicomial tem seu fundamento na noção de que a experiência de sofrimento psíquico diversa (delírio, alucinação) é sinônima de erro. Um dos aspectos mais importantes no processo de transformação radical deste é a superação do conceito de doença. Conforme apontam Torre e Amarante (2001, p.73-85), “não se trata, obviamente, de negar a diversidade da experiência do delírio ou da alucinação, mas de não utilizar o conceito de doença (igual a erro) na relação com o sujeito”. Nesta direção, Rotelli (1990) propõe, no lugar do objeto “doença mental”, o objeto “existência-sofrimento” do sujeito em sua relação com o corpo social.

Segundo Costa-Rosa (et. al., 2003, p. 28), “ao se buscar a superação do saber psiquiátrico, sobretudo do paradigma doença-cura, procurou-se romper com práticas identificadas com o modelo clínico, por considerá-las ineficazes, segregadoras”. Busca-se no modo psicossocial estabelecer-se “a construção de uma relação de contrato com o sujeito que substitua a relação de tutela instaurada pela psiquiatria” (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 73-85). Como oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar surge, no contexto da Reforma Psiquiátrica, a atenção psicossocial como paradigma do modo psicossocial.

A origem das práticas de atenção psicossocial, como designação de experiências significativas no contexto da saúde mental, está relacionada às contribuições das diferentes experiências históricas de reforma, que incluem as Comunidades Terapêuticas e a Antipsiquiatria, na Inglaterra, a Psicoterapia Institucional, na França, a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, nos Estados Unidos e a Psiquiatria Democrática, na Itália³. No caso brasileiro somam-se as contribuições das políticas públicas e das experiências locais pioneiras dos centros e núcleos de atenção psicossocial, em Santos, São Paulo.

O modelo psicossocial vem ganhando elementos tanto em termos teórico e técnico quanto ideológicos e éticos, aptos a constituírem um novo paradigma para as práticas em saúde mental, capaz de substituir o paradigma psiquiátrico que ainda é dominante. Costa-Rosa (et al., 2003, p.31), observa que de modo geral os elementos teóricos subjacentes a essas experiências passam principalmente pelas idéias sociológicas e psicológicas, pelo materialismo histórico, pela psicanálise e pela filosofia da diferença. Nesse sentido, é importante indicar que o lugar social da saúde mental é um lugar de

³ Estudos sobre estas experiências encontram-se em DESVIAT (1999); ROTELLI (2001).

conflito, confronto e contradição. Entender a saúde mental dessa forma implica em reconhecê-la como expressão e resultante de relações e situações sociais concretas. “Por qualquer perspectiva que se olhe, tratar-se-á sempre de um eterno confronto: pulsações de vida/pulsações mortíferas; inclusão/exclusão; tolerância/intolerância” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p. 29).

A operacionalização da Reforma Psiquiátrica, através da implantação da rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, territorializados e integrados à rede de saúde, tem sido uma construção lenta e difícil, perpassada por interesses políticos e econômicos. Muitas vezes são privilegiados procedimentos técnico-burocráticos, assistenciais, em prejuízo de um serviço que tenha como foco o tratamento da pessoa humana na sua dimensão integral. Por outras, a Reforma Psiquiátrica é entendida como sinônimo de reestruturação de serviços; introdução ou modernização de novas tecnologias de tratamento e cuidado; promulgação de uma nova legislação. Em geral, os problemas passam pela tendência de tornar a Reforma a implantação de centros de atenção psicossocial, de forma a banalizar o serviço, fazendo com que estes sejam uma extensão do hospital psiquiátrico (AMARANTE, 2005).

Não obstante, a transformação do modelo de atenção tradicional requer a construção de uma rede de atendimento ampla, com serviços diversificados e complementares, substitutivos das práticas asilares. O modelo substitutivo não significa alternativo, paralelo, complementar ou intermediário do sistema tradicional. Trata-se de um serviço forte, que comporta uma estrutura complexa em que o sentido das práticas deve ser alterado do “eixo da clínica” para o “eixo da cidadania”. Isso significa olhar para a pessoa-sujeito e não unicamente para a doença (AMARANTE, 2005).

Pensar a mudança do paradigma teórico-conceitual clássico significa provocar uma transformação na cultura da forma tradicional de ver e lidar com a loucura, buscar a construção de um outro lugar social para a loucura e a doença mental, a partir de uma transformação das relações sociedade-loucura/doença mental.

Nesse processo, os centros de atenção psicossocial (CAPS) constituem-se no “braço” do modelo psicossocial. Tornam-se serviços privilegiados para o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial e dispositivos estratégicos para a mudança da atenção em saúde mental.

De acordo com as normatizações do Ministério da Saúde, são atribuições dos CAPS: organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; prestar atendimento em regime de atenção diária; oferecer cuidado clínico eficiente e personalizado; realizar a

dispensação de medicamentos; acompanhar usuários que moram em residências terapêuticas; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, assessorando o trabalho dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território ou área de abrangência (BRASIL, 2004).

No sentido de favorecer o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, bem como estimular a mudança da lógica de ver e lidar com a “doença” e o “doente mental”, o direcionamento da Política Nacional de Saúde Mental preconiza que os projetos terapêuticos dos CAPS podem ultrapassar a estrutura física da unidade, em busca da rede de suporte social comunitária. O atendimento prestado deve ser através de projeto terapêutico individualizado, construído conjuntamente com o usuário. A preocupação principal não deve ser o estabelecimento de um diagnóstico clínico, mas sim o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2004).

Com base no exposto, a presente dissertação de mestrado tem como recorte de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - O Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. A escolha deste CAPS deve-se ao fato de ser este um serviço público de atendimento diário a portadores de transtornos mentais adultos, único nesta modalidade no município. A população de Florianópolis conta com outros dois centros de atenção psicossocial, um para atendimento de crianças e adolescentes (CAPSi) e outro para atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (CAPSad).

O CAPS Ponta do Coral constitui-se no principal serviço de atendimento extra-hospitalar na realidade local, desempenhando um papel central na assistência a portadores de transtornos mentais graves. A rede municipal de atenção em saúde mental é incipiente, com poucos recursos e o CAPS enfrenta diversas dificuldades na realização de suas atividades, concentrando uma demanda de atendimento superior a sua capacidade.

Destacamos a relevância deste estudo na medida em que está em curso no país uma reforma nos serviços de assistência em saúde mental, em que a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos pelo cuidado comunitário/ambulatorial tem sido a

diretriz básica para a reorganização da política de saúde mental, desde o nível federal aos níveis estadual e municipal.

A reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

O processo de reestruturação dos serviços de saúde mental está baseado na organização de uma rede comunitária de cuidados. Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esportes etc), culturais, religiosos e de lazer são convocados para potencializar as equipes de saúde na tarefa de realizar ações de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004).

Fazem parte desta rede de serviços de saúde mental os centros de atenção psicossocial, os núcleos de atenção psicossocial (NAPS), os serviços residenciais terapêuticos (SRTs), os hospitais gerais, os centros locais de saúde, as equipes de saúde da família e agente comunitários de saúde, entre outros. Particularmente, neste trabalho, nos interessamos por estudar os CAPS por estes assumirem um papel central na organização da rede, constituindo-se em serviços de atenção que “almejam à outra lógica, outra fundamentação teórica-técnica e outra ética, que não mais a do paradigma psiquiátrico” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.19).

Os CAPS foram criados para serem substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos, oferecendo atendimento em saúde mental à população de sua área de abrangência. São atendidas pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, incluindo aquelas que apresentam transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e crianças e adolescentes. As práticas realizadas neste tipo de serviço devem caracterizar-se por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro, na comunidade.

Oficialmente os CAPS foram instituídos pela Portaria GM/MS N°224/1992 e definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam uma população adscrita definida pelo nível local e oferecem atendimento de cuidados intermediários entre

o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (BRASIL, 2002b).

Atualmente, os CAPS são regulamentados pela Portaria GM/MS N° 336/2002 e integram a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta portaria estabelece critérios de porte/complexidade e abrangência populacional aos CAPS, classificando-os nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad⁴. A classificação dos diversos tipos de CAPS difere, basicamente, quanto ao tamanho da população pela qual se responsabilizam e quanto ao regime de funcionamento.

Os profissionais que trabalham nos CAPS integram uma equipe multiprofissional. São técnicos de nível superior e nível médio, de diferentes áreas de formação. Os profissionais de nível superior são médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física entre outros necessários para as atividades oferecidas, de acordo com o projeto terapêutico do CAPS. Os profissionais de nível médio podem ser técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores, artesãos, profissionais de limpeza e cozinha (BRASIL, 2004).

As equipes técnicas possuem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. Cabe aos profissionais a tarefa de organizar-se para realizar o acolhimento dos usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, realizar as atividades de reabilitação psicossocial, equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas.

Ao considerarmos as práticas em saúde mental de um centro de atenção psicossocial nosso objeto de estudo estamos entendemos que é a partir delas que a mudança de paradigma se torna possível, haja vista que a estruturação de uma rede de

⁴ O CAPS I tem capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e deve funcionar das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira; o CAPS II atende municípios com população entre 70.000 e 200.000, deve funcionar das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas; o CAPS III atende municípios com população acima de 200.000 habitantes, funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana. Já os CAPSi e os CAPSad possuem características diferenciadas dos demais. O CAPSi é referência para municípios com população acima de 200.000 habitantes e constitui-se em um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período até 21 horas. Os CAPSad destinam-se a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. É indicado em municípios com população acima de 100.000 habitantes, funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas (BRASIL, 2002b).

novos serviços de saúde mental não constitui por si só uma ruptura com o paradigma das práticas asilares, da segregação e da tutela do portador de transtorno mental. Contudo, sabemos que analisar uma realidade institucional é uma tarefa difícil, principalmente quando nos propomos olhar esta realidade em movimento, permeada de contradições e como fruto de um processo sócio-histórico.

Nesse sentido, elegemos como sujeitos informantes os profissionais que atuam no Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, por entendermos que a eles cabe a tarefa de realizar as atividades institucionais cotidianas. Esses profissionais integram uma equipe multiprofissional e assumem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. A nosso ver, constituem-se atores sociais centrais no processo de implementação e operacionalização da Reforma Psiquiátrica na realidade local.

Com isso queremos destacar que os profissionais de saúde mental exercem um papel relevante para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, seja como partícipes dos movimentos sociais, como gestores da política de saúde mental e/ou como trabalhadores (técnicos) nos serviços de assistência. Particularmente, aos profissionais dos CAPS cabe o compromisso de operacionalizar a mudança da lógica da assistência, na medida que estão atuando em um serviço considerado um dispositivo estratégico da rede de assistência em saúde mental. Esses profissionais estão diretamente ligados aos usuários do serviço e a implementação da política de saúde mental, função que os coloca na linha de frente de um cenário novo que vem passando por formulações e reformulações nos campos “político-jurídico, técnico-assistencial, epistemológico e sociocultural” (AMARANTE, 2003).

Torna-se pertinente ressaltar que o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) teve forte influência nos avanços ocorridos na mudança da assistência psiquiátrica. Constituído inicialmente de técnicos de saúde mental buscava a melhoria da assistência psiquiátrica e denunciava a situação precária dos manicômios. O MTSM posicionou-se em relação à assistência prestada, politizou a questão da Reforma, construiu uma linha de pensamento crítica no campo da saúde mental. Organizados, os trabalhadores criaram fóruns de discussões locais de caráter técnico e político e defenderam as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Posteriormente, o movimento ampliou-se no sentido de ultrapassar sua natureza técnico-científica, organizou sua estrutura administrativa como fórum nacional e passou a ser designado Movimento da Luta Antimanicomial, tornando-se um movimento social que passou a englobar várias entidades como associações de usuários

e familiares⁵, ONGs, entre outras (AMARANTE, 1994, 1995a; SOUZA, 2001; VASCONCELOS, 2000b, 2004).

Assim, nos parece certo que os profissionais de saúde mental são atores sociais influentes na efetivação da Reforma Psiquiátrica. Razões significativas para pesquisar e valorizar suas experiências e opiniões, na medida em que seus relatos podem indicar como vem se realizando no dia-a-dia a Reforma, bem como contribuir para a construção de novas práticas e a produção de novos saberes. E, entendemos como Foucault, que os saberes não são apenas conhecimentos acadêmicos, produções que se autodenominam científicas. Os saberes também estão onde são produzidos, pois sempre criam visões de mundo, produzem histórias e História.

Dessa forma, a presente pesquisa tem a finalidade específica de contribuir para a análise das práticas locais de saúde mental, a partir do estudo da realidade vivenciada no CAPS de Florianópolis e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Lembramos, ainda, que neste ano de 2006 o CAPS Ponta do Coral completa dez anos de atividades, fato que nos leva a destacar a importância de um estudo que identifique as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação deste serviço. No geral, busca-se fornecer subsídios para os avanços nas políticas de saúde mental e contribuir para a produção de conhecimentos sobre a realidade da prática das políticas públicas de saúde mental. Para tanto, elegemos como eixos de estudo e análise cinco pontos, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social e integração com a rede municipal de assistência em saúde.

Constitui-se como objetivo geral do presente estudo a análise da realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Para alcançarmos este definimos como objetivos específicos: 1) caracterizar a estrutura e os recursos financeiros disponibilizados

⁵ Cabe registrar que no campo da saúde mental encontram-se associações de composição variada. Há associações de usuários; associações de familiares; associações de usuários e familiares; associações de usuários, familiares e técnicos; associações de usuários e técnicos; e associações de técnicos e familiares. Em sua maior parte, o processo organizativo das associações é conduzido por elementos de constituição de laços de solidariedade e ajuda mútua. Contudo, existem associações que são favoráveis à agenda de inovações da assistência colocada pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e, outras, que se caracterizam como uma comunidade de veto em relação à mesma agenda (SOUZA, 2001).

e sua adequação às atividades do Caps; 2) conhecer as práticas assistenciais desenvolvidas pelo CAPS com relação ao projeto terapêutico e como se organiza o trabalho da equipe técnica; 3) identificar como ocorrem as práticas institucionais de participação do usuário e da família no tratamento e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica; 4) identificar se existem e quais são as ações institucionais, intersetoriais e/ou outras criadas com relação a inserção social do portador de transtornos mentais; 5) descrever e analisar a relação existente entre o CAPS e a rede municipal de assistência em saúde com relação a operacionalização da política de saúde mental e do SUS; 6) identificar quais as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação do CAPS, pontos positivos e negativos.

1.1 Procedimentos metodológicos

Para operacionalizar os objetivos do nosso estudo foi realizada uma pesquisa de caráter qualitativo, do tipo estudo de caso. Segundo Minayo (1994), a pesquisa qualitativa, nas ciências sociais, responde a questões particulares, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Isso significa considerar que trabalhamos com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que correspondem a pontos mais profundos das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser quantificáveis. E, segundo Chizzotti (2003, p. 104), em geral, a pesquisa qualitativa objetiva provocar o esclarecimento de uma situação para uma tomada de consciência pelos próprios pesquisados dos seus problemas e das condições que os geram, a fim de elaborar meios e estratégias de resolvê-los.

Dentre os tipos de pesquisa qualitativa, o estudo de caso talvez seja um dos mais relevantes. É uma modalidade que propicia retratar uma realidade de forma ampla e profunda, de forma a revelar a multiplicidade de dimensões presentes numa determinada situação e contextualizar o objeto para melhor compreendê-lo (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Nesta forma de estudo, o caso é tomado como unidade significativa do todo porque tanto retrata uma determinada realidade quanto revela a multiplicidade de aspectos globais presentes em uma dada situação (CHIZZOTTI, 2003). A principal função do estudo de caso é a explicação sistemática de fatos que ocorrem no contexto social e geralmente se

relacionam com uma multiplicidade de variáveis. Essa técnica caracteriza-se por ser um estudo intensivo, o qual deve considerar a compreensão geral do assunto investigado (FACHINI, 2001).

O local escolhido para a realização do estudo, o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, é um serviço público, municipal, cadastrado na modalidade CAPS II, situado à rua Rui Barbosa, 713 (fundos), no bairro Agrônômica, Florianópolis/SC. CAPS Ponta do Coral funciona das 8h às 18hs e atende uma demanda média diária de 40 usuários. O serviço foi criado em março de 1996 e funciona neste endereço desde o mês de dezembro do mesmo ano⁶.

A principal fonte de informação da presente pesquisa constituiu-se das falas dos profissionais, de formação de nível superior, e, no resultado do formulário aplicado a todos os membros da equipe do CAPS Ponta do Coral. Utilizamos para a coleta de informações a entrevista semi-estruturada, gravada, com questões abertas, e a aplicação de formulário com questões fechadas (Apêndices A e B). As entrevistas foram orientadas por um roteiro com perguntas estruturadas e agrupadas em cinco blocos correspondentes aos eixos de estudo da pesquisa. De acordo com Trivinos (1987), a entrevista semi-estruturada geralmente parte de certos questionamentos básicos, de perguntas fundamentais derivadas da teoria que é adotada para a pesquisa e de informações que o pesquisador possui sobre o tema a ser pesquisado.

Na pesquisa qualitativa, a entrevista é uma das técnicas mais utilizadas na coleta do material empírico. No tipo de estudo escolhido, foi possível perceber que a entrevista constituiu-se na ferramenta capaz de possibilitar a obtenção de dados mais profundos da realidade, os quais só podem ser obtidos com a contribuição dos sujeitos envolvidos.

O trabalho empírico para coleta dos dados e das informações na Instituição foi realizado entre a segunda quinzena do mês de março e a primeira quinzena do mês de abril de 2006 (16/3/2006 a 13/4/2006). A coleta teve início após a apresentação e solicitação de autorização para a realização da pesquisa à coordenação da Instituição. O projeto foi encaminhado à Comissão de Ensino e Pesquisa do CAPS II Ponta do Coral e à Direção de

⁶ A implantação do serviço foi efetivada em 25/3/1996, ficando instalado, provisoriamente, junto ao Centro de Saúde II do Centro de Florianópolis (atual ULS Centro), na Avenida Rio Branco. Em dezembro do mesmo ano foi transferido para o atual endereço, passando a ser chamado NAPS Ponta do Coral. Seu credenciamento no Ministério da Saúde aconteceu ao longo do ano de 1997. Em 2002, a Portaria GM n° 336 regulamentou a denominação dos antigos NAPS para CAPS (STUANI, 2005).

Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis para parecer. Mediante o parecer favorável (Anexo A) das referidas instâncias, foi realizada, em reunião de equipe, a apresentação do projeto aos profissionais do CAPS Ponta do Coral. Concluída esta etapa, foi realizada a entrevista pré-teste. A escolha do profissional observou os critérios constantes da metodologia do projeto. A entrevistada foi uma profissional da área da psicologia (área que tem mais de um profissional no CAPS) que tinha disponibilidade para a realização da entrevista na data escolhida. A partir desta entrevista, foram realizadas pequenas alterações no roteiro, com vistas a agrupar algumas perguntas, no sentido de diminuir o tempo necessário à efetivação da mesma. A referida entrevista teve a duração aproximada de uma hora e vinte minutos, acrescida de mais quinze minutos para a aplicação do formulário, totalizando uma hora e trinta e cinco minutos.

No total, foram realizadas seis entrevistas e aplicados doze formulários, de acordo com a metodologia estabelecida, a qual privilegiou, para a entrevista, o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de ensino superior, dentre as existentes no CAPS Ponta do Coral, quais sejam: psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Os formulários foram aplicados a todos os profissionais de formação de nível superior e de formação de nível médio. Foi necessário realizar sorteio do profissional a ser entrevistado apenas com relação a área da psicologia, por esta ter quatro profissionais atuando na equipe do CAPS. Como utilizamos um deles para a realização do pré-teste, participaram do sorteio apenas os outros três. O sorteio foi realizado na presença de outras duas profissionais da equipe.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos profissionais. A aplicação dos formulários foi simultânea e obedeceu ao mesmo critério. No caso de três dos profissionais entrevistados não foi possível realizar a aplicação do formulário no momento da entrevista, a pedido dos mesmos, devido a limitações de tempo. As entrevistas foram gravadas em fitas cassete, com a autorização prévia dos entrevistados, e, posteriormente, as falas foram transcritas.

As informações e os dados coletados foram sistematizados e classificados, de acordo com os eixos de pesquisa, e posteriormente analisados com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os dados originados dos formulários foram analisados e tratados descritivamente, ou seja, reduzidos a termos descritivos. Para efeito de padronização e de comparação foi adotado o método da porcentagem.

A análise final, que, segundo Minayo (1994), corresponde a um movimento contínuo entre o empírico e o teórico e vice-versa para fazer do caos aparente das

informações revelações da sua especificidade, foi construída pela síntese das informações coletadas em cada eixo de estudo, previamente definidos.

As questões éticas foram consideradas em todas as etapas do estudo, especialmente, na relação com os entrevistados, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) e dentro do que determina a Resolução N° 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde e o Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina. Os profissionais foram informados e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa quando da apresentação do projeto em reunião de equipe e individualmente antes da realização da entrevista. Foi preservado o anonimato dos entrevistado ao se utilizar codinomes para referenciar as falas no trabalho, destacando-se que os mesmos escolheram livremente seu próprio apelido quando da realização da entrevista. Apenas uma das entrevistadas optou por deixar a cargo da pesquisadora a escolha do codinome.

O trabalho que ora apresentamos está organizado de forma a contemplar, neste primeiro capítulo, a introdução do tema e a metodologia utilizada na pesquisa; no segundo capítulo descrevemos, sistematizadamente, o norte teórico utilizado como referência para a análise dos dados e das informações coletadas; no terceiro capítulo trazemos os resultados e as análises da pesquisa. Ao final, resgatamos os principais tópicos relacionados aos eixos de estudo e expomos nossas considerações finais sobre o tema.

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA

Procuramos expor neste capítulo uma síntese das análises de alguns autores que têm contribuído para o avanço nas discussões sobre a Reforma Psiquiátrica, bem como a definição do que vem a ser este outro modelo de atenção em saúde mental – o Modo Psicossocial, tanto em seus aspectos prático-assistenciais quanto em suas exigências éticas e teóricas, no sentido de construirmos o norte teórico orientador das análises da presente pesquisa.

Todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, na atualidade, bem como a literatura da área estabelecem a categoria teórico-prática “desconstrução” como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade nas ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Reiteram, também, a incapacidade da psiquiatria de explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (BASAGLIA, 1985; ROTELLI, 1990). Neste sentido, a proposta da Reforma Psiquiátrica objetiva criar experiências alternativas ao hospital psiquiátrico e ao modelo de suas práticas, através da extinção desse tipo de instituição e sua substituição por recursos que sejam capazes de rever tanto as concepções do “objeto” quanto dos “meios” e modos da sua intervenção nessa área.

A partir das contribuições colocadas por Fleury (et. al., 1989), com relação ao conceito de Reforma Sanitária como um “processo de transformação estrutural”, e da noção de *processo social complexo* proposta por Rotelli (1990), Paulo Amarante (2003, p.49), define Reforma Psiquiátrica como:

um processo social complexo que se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade.

Nessa concepção, o autor observa que processo indica algo em permanente movimento, que não tem um fim predeterminado, nem um objetivo último ou ótimo. E, a idéia de complexidade é posta não como sinônimo de complicação, mas sim como uma atitude epistemológica no sentido de reabrir a possibilidade de recomplexificação do fenômeno, proposição oposta a naturalização/objetualização da noção de doença. Neste sentido, a doença deixaria de ser reduzida a uma alteração biológica, para tornar-se um

processo de saúde/enfermidade. Em outras palavras, “a doença não é um objeto, mas uma experiência nas vidas de sujeitos distintos” (AMARANTE, 2003, p.53).

Na continuidade de suas análises sobre a Reforma Psiquiátrica Amarante (2000, 2003) designa quatro dimensões para as transformações operadas na e pelas práticas da Reforma, quais sejam: teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural.

A dimensão teórico-conceitual ou epistemológica contempla o conjunto de questões que dizem respeito a produção de conhecimentos e saberes que irão subsidiar as práticas. É uma dimensão que vai desde a reflexão dos conceitos mais fundamentais do campo das ciências até os conceitos produzidos pela psiquiatria: alienação, doença mental, normalidade/anormalidade, terapêutica e cura. Um aspecto muito importante desta dimensão refere-se ao desafio de se repensar as relações entre conhecimento e objeto (AMARANTE, 2003).

Na interpretação de Costa-Rosa (et al., 2003, p. 32), o campo teórico-conceitual pauta-se na desconstrução de conceitos e práticas, sustentados pela psiquiatria e pela psicologia nas suas visões acerca da doença mental. Propõe-se como contrapartida a construção de noções e conceitos como “existência-sofrimento” do sujeito na sua relação com o corpo social, acolhimento, cuidado, emancipação e contratualidade social. Nesse âmbito, pode-se entender que o conceito de existência-sofrimento impulsiona a Reforma Psiquiátrica na direção de uma revolução paradigmática, uma vez que questiona a tão cara relação sujeito-objeto e o próprio paradigma doença-cura. Tal conceito aparece por contraposição ao paradigma doença-cura, expressando a exigência de se dar ao sujeito a centralidade da cena.

Como exemplo desse campo Amarante (2003, p. 50) destaca o processo de desconstrução do conceito de clínica, que deixaria de ser o isolamento terapêutico ou o tratamento moral para tornar-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades; a desconstrução do conceito de doença produzido pela psiquiatria, em que o sujeito, não mais visto como alteridade incompreensível, possibilitará outras formas de conhecimento, que produzirão novas práticas clínicas e sociais.

Cabe destacar que quando um conceito é submetido ao processo de desconstrução é possível supor que as relações entre as pessoas envolvidas também serão transformadas, assim como os serviços, os dispositivos e os espaços. Conseqüentemente, mudam, ainda, os conceitos e as práticas jurídicas que eram adotadas pelos conceitos desconstruídos.

Para Basaglia (1985) e Rotelli (1990), desconstrução está relacionada à noção de *invenção*, de construção do real, de produção da subjetividade, recolocando em discussão a ciência e a psiquiatria. Os autores referem-se a “desconstrução” do dispositivo psiquiátrico e clínico em seus paradigmas fundantes e suas técnicas de poder-saber, entendendo-a como uma ação prática de dismantelamento das incrustações institucionais que cobriam a doença. A desconstrução questiona as bases do dispositivo psiquiátrico, em sua competência para atuar frente à loucura.

Entende-se desconstrução como um processo social complexo, de desmontagem do dispositivo psiquiátrico, que não tem fim, ou não pretende constituir, um modelo ideal, mas sim dar novo significado às relações e colocar questões imanentes às situações-problema. Nesse sentido, é um processo que precisa, por definição, ser reinventado incessantemente, e questionar também o conjunto dos segmentos sociais que deveria ser [...] objeto de uma verdadeira "revolução molecular", quer dizer, de uma re-invenção permanente (GUATTARI, 1992 apud TORRE; AMARANTE, 2001, p. 14).

A dimensão político-jurídica passa pela criação e alterações na legislação com relação aos direitos e a assistência ao portador de transtornos mentais. O âmbito jurídico é decorrente do fato de a psiquiatria ter instituído a noção de relação entre loucura, periculosidade, irracionalidade, incapacidade, irresponsabilidade civil. No plano político luta-se pela extinção dos manicômios e sua substituição por instituições abertas, pela revisão das legislações sanitárias, civil e penal referente a doença mental, para possibilitar o exercício dos direitos à cidadania, ao trabalho e à inclusão social. Importa nessa dimensão rediscutir e redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais (AMARANTE, 2003, p. 53; COSTA-ROSA, et al., 2003, p. 33).

No âmbito da dimensão técnico-assistencial está o modelo assistencial. É nesse campo que, na realidade brasileira, aparecem mais visivelmente as inovações com relação as práticas assistenciais em saúde mental, concomitante a reconstrução dos conceitos. As transformações vêm acontecendo tanto na concepção de novos serviços (CAPS, oficinas terapêuticas e de reintegração sociocultural, cooperativas de trabalho) quanto na sua forma de organização e gestão (instituições abertas com participação e co-gestão com os usuários e a população).

Nos últimos anos têm-se objetivado construir uma rede de novos serviços, concebidos como espaços de sociabilidade, de trocas, em que se enfatiza a produção de saúde como produção de subjetividades. Essas mudanças indicam para uma mudança nas práticas de atenção e tem significado *colocar a doença entre parênteses*, propiciando

contato com o sujeito, rompendo com as práticas disciplinares; aumentando a possibilidade de recuperação do seu estatuto de sujeito de direitos (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 32-33; AMARANTE, 2003, p.51).

A expressão *colocar a doença entre parênteses* é atribuída a Basaglia, significa a suspensão do conceito e implica na possibilidade de novos contatos empíricos com o fenômeno em questão. Para o autor, a psiquiatria colocou o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença como fenômeno da natureza. Assim, Basaglia propõe uma inversão, isto é, colocar a doença entre parênteses para tornar-se possível lidar com o sujeito e não com a doença.

Amarante (2003) chama a atenção para o fato de a atitude epistemológica de colocar a doença entre parênteses não significa a negação da doença no sentido do não se reconhecer que experiências de sofrimento ou diversidade fazem parte da realidade concreta da saúde mental. Nas palavras do autor:

não significa a recusa em aceitar que exista uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar. Significa, isto sim, a recusa a explicação da psiquiatria, para dar conta daquela experiência, como se esta pudesse ser explicada pelo simples fato de ser nomeada como doença. A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia social e política da exclusão, e a ruptura epistemológica com o saber da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para objetivar conhecer a subjetividade (AMARANTE, 2003, p. 56).

A dimensão sociocultural expressa o objetivo maior da Reforma Psiquiátrica, haja vista que pretende transformar o *lugar social* da loucura no imaginário social, transformando as relações entre a sociedade e a loucura. Muito do imaginário social é decorrente da ideologia psiquiátrica que tornou senso comum a relação da loucura à incapacidade do sujeito de estabelecer trocas sociais e simbólicas (AMARANTE, 2003, p. 53).

Para tanto se têm estimulado uma série de práticas sociais visando transformar o imaginário social relacionado a loucura, a doença mental e a anormalidade. Está em processo de mudança a imagem da loucura e do louco, a imagem da instituição e a da relação dos usuários e a população com ela. A intencionalidade passa pela construção de uma imagem das instituições de atendimento como espaços abertos de circulação e pólos de exercício estético, e uma imagem do “louco” como cidadão que deve almejar poder de contratualidade social (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 33).

Pensar a Reforma Psiquiátrica como um processo complexo implica desconstruir, superar conceitos; pensar, refletir sobre as ações no campo da saúde mental e os efeitos de

suas práticas; criar, construir novas práticas e produzir outros saberes. Trata-se, portanto, de um processo contínuo em que os verbos transformar, produzir, desconstruir, desmontar, emancipar, reconstruir devem estar no cotidiano do fazer em saúde mental.

2.1 O Modo Psicossocial

A elaboração das práticas do modo psicossocial é tributária de diferentes movimentos sociais científicos e vários campos teóricos. Sob esse aspecto, Abílio da Costa-Rosa (2000; 2003), busca especificar elementos básicos do novo paradigma traçando um paralelo de análise entre as práticas constitutivas do modo asilar e aquelas exigidas ao modo psicossocial⁷.

As principais características do modo asilar são: ênfase na consideração de determinantes orgânicos nos problemas que se pretende tratar, o que implica que o seu meio básico seja medicamentoso; pouca ou nenhuma consideração da existência do sujeito, o que implica que não se insista na sua mobilização como participante do tratamento. O indivíduo continua sendo visto como doente, tanto em relação à família quanto em um contexto social mais amplo. Daí decorre que a intervenção seja quase exclusivamente centrada nele. As aproximações da família, quando ocorrem, costumam ter caráter apenas pedagógico e assistencial. Dessa consideração do indivíduo como centro do problema, entre outros fatores, decorre também seu isolamento em relação ao meio familiar e social.

Ainda, com relação as práticas assistenciais, no modo asilar, o trabalho é realizado sem que os profissionais se encontrem para conversar sobre a atividade comum. O prontuário é considerado o elo de interconexão entre os profissionais da equipe. Mesmo no caso em que o meio é multiprofissional, a determinação fundamental dos problemas continua, na prática, sendo biológica. Portanto, a eficácia do tratamento espera-se que venha da química. Sua instituição típica continua sendo o hospital psiquiátrico fechado,

⁷ O autor observa que esta análise tem uma dimensão histórica, na medida que inclui uma consideração dos avanços que tem ocorrido nas práticas concretas até o presente; e outra dimensão lógica, visto que decorre da dedução realizada, através do método de análise, das características imprescindíveis a um determinado dispositivo para que ele configure uma lógica contraditória com a dos dispositivos que pretende superar e substituir (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.36).

ainda que nas últimas décadas esse venha sendo alvo de reformas democratizantes, intermitentes e esteja acompanhado de dispositivos chamados extra-asilares.

No modo psicossocial a concepção do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos sustentados para lidar com esse processo requer a desinstitucionalização do paradigma “doença-cura” e sua substituição pelo “existência-sofrimento”, conjuntamente com a configuração de práticas de trabalho transdisciplinares.

Destacam-se como principais exigências ao modo psicossocial: a determinação e consistência psíquica e sociocultural dos problemas, e não orgânica; a desospitalização e a desmedicalização, o que significa desconsiderar a medicação como resposta única ou preponderante e a priori; o exercício da “clínica da escuta e da criação de si”, e não a clínica da observação e da retomada do estado anterior às crises; a horizontalização das relações intrainstitucionais; a participação dos usuários e da população em forma de autogestão e co-gestão; o livre trânsito dos usuários e da população; a ética do reposicionamento do sujeito, que significa reconhecer a implicação subjetiva como forma de singularização e não supressão sintomática.

Os dispositivos institucionais típicos do modo psicossocial são os centros e núcleos de atenção psicossocial, o Hospital-Dia, ambulatórios de saúde mental; equipes multiprofissionais de saúde mental, inseridas em Centros de Saúde; setores para tratamento em saúde mental, inseridos em hospitais gerais. Seus meios básicos de tratamento são a psicoterapia, a laboterapia, as socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural, além da medicação.

É decisiva a importância que se atribui ao sujeito, daí que se insista de maneira fundamental na sua mobilização como participante principal do tratamento. Não se deixa de considerar, por isso, a sua dimensão de indivíduo (orgânico e sócio-cultural). Dá-se ênfase à consideração da pertinência do indivíduo a um grupo familiar e social. Supõe-se que se deve trabalhar também a família e o grupo social como agentes das mudanças buscadas.

Da consideração de que não é o indivíduo o único problemático, sugere-se que se inclua no tratamento também a família e eventualmente um grupo mais ampliado. As formas de participação da família e do grupo ampliado no tratamento são várias e superam, em muito, as posturas assistencial e orientadora, características do modo asilar. As associações de usuários e familiares criadas no modo psicossocial são reflexos dessa nova postura em relação aos usuários.

No modo psicossocial, espera-se que as diferentes possibilidades de ação se estendam desde a continência do indivíduo, durante a crise, até o reconhecimento da implicação familiar e social nos mesmos problemas. Espera-se, portanto, que tanto uns quanto outros possam assumir a parte de seu compromisso na atenção e no apoio. Além disso, dá-se acentuada ênfase à reinserção social do indivíduo, sem perder de vista que, muitas vezes, não é a problemática com a qual ele chegou a responsável pela sua saída da circulação sociocultural.

Quanto às formas de organização institucional, no modo asilar estas são marcadas por estratificações de poder e saber no âmbito do pessoal da instituição, que se transladam para a relação com os usuários e a população, os quais estão excluídos de qualquer participação que não seja a do objeto inerte e o mundo. Já os dispositivos do modo psicossocial tem suas práticas fundamentadas na lógica da Psicoterapia Institucional e da Comunidade Terapêutica e, geralmente, estas são instrumentadas por meio de assembleias de usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental. Participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais no modo psicossocial, por oposição à estratificação e interdição institucionais à heterogestão e à disciplina das especialidades que dominam no modo asilar.

Neste sentido, o autor propõe designar a Atenção Psicossocial como paradigma do modo psicossocial, em oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar.

2.1.2 Atenção Psicossocial

O termo Atenção, no contexto da Reforma Psiquiátrica, assume o conceito de “dar e prestar atenção, acolher, receber com atenção, tomar em consideração, levar em conta e escutar atentamente”. Designa uma parte fundamental do contorno que se pretende imprimir às ações de Atenção Psicossocial nas práticas em saúde mental. Expressa certos princípios relativos, sobretudo, à forma das relações dos agentes institucionais e das próprias instituições como dispositivos, com os sujeitos usuários e suas demandas (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 22).

Já o conceito Psicossocial designa as práticas em Saúde Mental Coletiva que se inscrevem como transição paradigmática da psiquiatria; enquanto que o termo psicossocial

agrega ao 'objeto' das práticas em saúde mental aspectos psíquicos e sociais, e tem a função de designar experiências reformadoras em sentido amplo (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 19).

Segundo o autor, ao somatizar aspectos sociais e psíquicos aos aspectos biológicos do paradigma e do objeto da psiquiatria a Atenção Psicossocial vai promover transformações nas concepções do objeto, nos modos de conceber e estruturar a instituição como dispositivo e, sobretudo, na forma de conceber e estruturar as relações terapêuticas, que tem, por sua vez, implicações éticas radicalmente distintas das práticas asilares.

A Atenção Psicossocial subentende ações diferenciadas das contidas no paradigma asilar e psiquiátrico. Na definição de Costa-Rosa Luzio e Yasui (2003, pp. 34-36):

a Atenção Psicossocial parece configurar um campo capaz de congrega e nomear todo o conjunto das práticas substitutivas ao Modo Asilar, conservando ao mesmo tempo a abertura necessária para a inclusão das inovações que ainda estão se processando e para outras que certamente virão. [...] As práticas de Atenção Psicossocial representam a sedimentação de um vasto conjunto de variações teórico-técnicas e éticas, mais ou menos radicais, conforme o caso, em relação às práticas vigentes e dominantes, que estão no lugar estrutural de sua alteridade necessária.

Os autores argumentam que a Atenção Psicossocial tem sustentado um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas norteadas pela aspiração de substituírem o modo asilar, e algumas vezes o próprio paradigma da psiquiatria. As ações na esfera político-ideológica trabalham em sintonia com os movimentos sociais que lutam pelo resgate da dignidade humana e dos direitos individuais e coletivos de cidadania. As ações teórico-técnicas referem-se à produção de novas formas de intervenção que possibilitem a construção de novos dispositivos que trabalhem pela transformação radical dos modelos institucionalizados e da ética em que se pautam.

Atenção Psicossocial, entendida como paradigma do modo psicossocial, designa concepções contrárias ao modo asilar. Quando referida as políticas públicas de saúde mental aspira a inclusão de aspectos políticos, econômicos, sociais, culturais e outros relacionados com ações que visam a construção de práticas de emancipação para a cidadania. Neste trabalho, se refere ao modelo de atenção em saúde mental que deve nortear as práticas dos serviços substitutivos, especificamente, a dos centros de atenção psicossocial.

Dessa forma, a complexidade e amplitude das práticas de Atenção Psicossocial inclui como seus componentes necessários, os conceitos e as práticas englobadas na desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, a partir de uma perspectiva baseada no aumento da contratualidade social dos usuários das instituições.

2.2 Desinstitucionalização

A desinstitucionalização tem sua origem nas experiências desenvolvidas por Franco Rotelli (1990), na Psiquiatria Democrática italiana. Segundo o autor, o primeiro passo da desinstitucionalização consiste em desmontar a relação problema-solução, renunciando a busca da solução racional (tendencialmente ótima) que no caso da psiquiatria é a normalidade plenamente restabelecida.

“O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de “cura” mas no projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente” (ROTELLI, 1990, p.30). Neste sentido, trata-se de um processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito doente. A desinstitucionalização traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação na qual exista reciprocidade entre sujeitos - uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade.

Nas palavras do autor,

A desinstitucionalização é, sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. [...] Depois de ter descartado a ‘solução-cura’ se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento (ROTELLI, 1990, p.33).

Em sua origem, os pressupostos da desinstitucionalização encaminham-se no sentido da restituição da subjetividade do indivíduo, possibilitando-lhes a recuperação de sua contratualidade, isto é, da posse de recursos para trocas sociais e, por conseguinte, para a cidadania social. Contudo, alguns estudos sobre as mudanças operadas na assistência no

âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira apontam para a compreensão da desinstitucionalização como desospitalização⁸.

Segundo Spricigo (2001), a desinstitucionalização, não correlata da desospitalização, torna-se a um só tempo, processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito adoecido. Traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação em que exista reciprocidade entre sujeitos, uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade. Isso gera a necessidade de invenção de novas modalidades de mediação, não somente médicas, mas principalmente políticas, sociais e culturais.

Sobre esta questão, Amarante (1995b) enfatiza que a mudança desejada na assistência em saúde mental não corresponde simplesmente ao fechamento de hospitais psiquiátricos e o conseqüente abandono das pessoas em suas famílias ou nas ruas, nem no fechamento de leitos para reduzir custos, no sentido do neoliberalismo ou no sentido do enxugamento do Estado. Segundo o autor,

desinstitucionalização não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativo. Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social (AMARANTE, 1995b, p. 491-494).

⁸ Ver SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Série Teses em Enfermagem, n° 42)

Neste sentido, a proposta da desinstitucionalização está centrada em uma mudança completa do paradigma de saber em saúde mental e, do ponto de vista assistencial, na constatação de que o hospital psiquiátrico tradicional é antiterapêutico. Assim, a estratégia de conversão do sistema de cuidado deve partir da substituição do hospital psiquiátrico por um amplo rol de serviços abertos e comunitários, capazes de assistir o usuário desde a crise aguda até às necessidades mais amplas de caráter social. Nestes novos serviços, a reabilitação psicossocial vem se configurando como um lineamento para o desenvolvimento de programas, eticamente responsáveis, no sentido de dar conta da totalidade das demandas que os problemas mentais severos e persistentes requerem.

2.3 Reabilitação psicossocial

Na definição da Organização Mundial de Saúde (1987 apud PITTA, 2001) reabilitação psicossocial é o conjunto de atividade capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários.

Segundo Pitta (2001), a reabilitação psicossocial, no seu sentido instrumental, é representada por um conjunto de meios (programas e serviços) que são desenvolvidos para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes, ou seja, um processo para facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. Tal processo enfatiza as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo e a cada situação de modo personalizado.

Para Saraceno (2001), a reabilitação psicossocial prevê um processo de restituição e reconstrução de direitos políticos legais e sociais para o cidadão. Para tal, projetos de ressocialização devem promover o reconhecimento do portador de transtorno mental.

Para Kinoshita (2001), reabilitar é reconstruir valores, aumentar o poder contratual, criar condições de possibilidade para que um paciente possa, de alguma

maneira, participar do processo de trocas sociais, produzir dispositivos que, desde uma situação de desvalor quase absoluto (pressuposto), possa passar por experimentações, mediações que busquem adjudicar valores aptos para o intercâmbio, ou seja, modificar o pressuposto de desvalor natural para um pressuposto de valor possível proposto, explícito.

O autor considera que reabilitar pode ser entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia. Sendo que, a contratualidade do usuário vai estar, primeiramente, determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Se estes podem usar de seu poder para aumentar o poder do usuário ou não. Depois pela capacidade de se elaborar projetos, isto é, ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida.

Ainda, diretamente ligada a questão da reabilitação de pacientes está a necessidade de se estabelecerem diversificadas redes de relações, as quais melhor capacitariam os indivíduos a compreenderem quais determinações influenciam sua vida cotidiana, ampliando sua autonomia.

O conceito de autonomia aqui referenciado é entendido como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001).

3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Apresentamos, a seguir, os resultados e as análises da pesquisa realizada, a partir dos eixos que nortearam a coleta dos dados e das informações: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde.

3.1 Estrutura e recursos financeiros

O conjunto de serviços substitutivos ao modelo de atenção em saúde mental tradicional (manicomial/asilar), do qual os centros de atenção psicossocial fazem parte, é, atualmente, regulamentado pela Portaria GM/MS N° 336/2002. Esta portaria estabelece portes diferenciados, a partir de critérios populacionais, para abrangência, financiamento e tipo de serviço prestado, de acordo com cada modalidade de CAPS.

Com relação a estrutura física, os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender a sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado. Para tanto, devem estar equipados com consultórios individuais para consultas, entrevistas, terapias, salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitório, sanitários, área externa para oficinas, recreação e esportes (BRASIL, 2004).

Neste aspecto, O CAPS Ponta do Coral tem uma estrutura que compreende um terreno com área física total aproximada de 1.936,00m², destes, aproximadamente 421m² são de área construída. Fazem parte das instalações, uma casa com dois pavimentos, um anexo, utilizado como sala do brechó, área de lazer e estar externa, e estacionamento. O pavimento superior da casa comporta 2 varandas, sala de recepção, sala de espera, 2 áreas de circulação (corredores), sala de administração, 2 consultórios, sendo que no momento um é utilizado como sala administrativa para realização de procedimentos relacionados ao preenchimento das APACs⁹, 2 salas para atividades grupais com WC, sala de depósito de

⁹ Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo.

material, cozinha com despensa, refeitório com churrasqueira, sala ampla (auditório) equipada com multimídia, sala de enfermagem, sala de repouso, e 7 banheiros distribuídos no espaço físico do pavimento superior. No pavimento inferior encontra-se a sala utilizada pela associação de usuários, 2 salas para a realização de oficinas (com passagem de uma para outra), sala com forno, sala de depósito de material e lavanderia¹⁰.

De acordo a pesquisa realizada, 83,3% dos profissionais considera a área física do CAPS suficiente para o atendimento da demanda e 66,7% consideram as instalações adequadas para a realização das atividades propostas; apenas um profissional observou que considera a estrutura do CAPS suficiente desde que as oficinas produtivas sejam realizadas fora da unidade. A mesma porcentagem (66,7%) considera os equipamentos disponíveis suficientes. Neste âmbito, o serviço conta com computador com impressora, aparelho de telefone e fone/faz, televisão, mesas de escritório, cadeiras, quadro branco, maca para atendimento em enfermagem, camas de repouso, fogão industrial, pia, mesas e bancos no refeitório, bancos para estar e descanso, entre outros. Metade dos profissionais respondeu que os equipamentos estão em bom estado de utilização, com ressalvas para salas com pouca ventilação no pavimento inferior.

Já com relação aos materiais de consumo, 91,7%, correspondente a onze dos doze profissionais que responderam ao formulário, consideram que os materiais de consumo não são suficientes. Eles se referem à falta e irregularidade no recebimento de materiais básicos à manutenção do serviço, tais como copo descartável para água, papel higiênico, e, principalmente, material específico para uso nas oficinas terapêuticas e de produtividade. Esta situação pode ser observada nas falas dos profissionais, que identificam as dificuldades no funcionamento do CAPS com relação a falta de recursos materiais e financeiros:

[...] essa falta de recursos é isso que eu te digo, desde a parte administrativa, nós precisamos de papel, carbono, copo pra tomar água, por exemplo, agora nós somos uma Unidade Local de Saúde que não tem copo descartável, já faz quase quinze dias, vinte dias, não tem copo descartável; falta água, aí nós temos que esperar, sendo que é um lugar que transita muitos usuários, eles tomam medicação e precisam tomar água, eles tomam muita água, e acaba não tendo água potável; por exemplo, teve época que faltou papel higiênico, em um serviço onde os usuários chegam fazem lanche, almoçam, fazem lanche da tarde, eles passam o dia aqui, então precisa ter uma estrutura mínima de atendimento (LÉLI, 4/4/2006).

¹⁰ Conforme Planta Baixa da unidade constante no projeto de reforma e ampliação executado em 2003/2004.

[...] a gente tem também o problema de fornecimento de material de consumo já há algum tempo, também desde que essa administração começou (Gestão Municipal e da Secretaria de Saúde), o fornecimento de material de consumo é interrompido, a gente fica sem tinta pra impressora, sem papel, sem papel higiênico...; tem diversos itens desses que são necessários, fazem parte do funcionamento do dia-a-dia do serviço (F, 12/4/2006).

[...] as oficinas terapêuticas e produtivas, requerem um material específico que precisa de dinheiro, e aqui, na política específica do município não tem uma regularização quanto ao repasse desse dinheiro [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

[...] a falta de agilidade no fornecimento das reservas para as oficinas, tudo isso resulta em um prejuízo para o trabalho; ficou quase uns dois meses a oficina fechada por falta de material, por exemplo [...] (P, 17/3/2006).

Outra dificuldade mencionada pelos profissionais no funcionamento do serviço é o vale transporte dos usuários:

[...] o funcionamento em geral fica prejudicado porque na medida em que falta vale transporte o usuário não vem, não consegue se deslocar para vir até aqui, aí interrompe aquele projeto terapêutico que havia sido feito com o usuário [...] (VIK, 24/3/2006).

[...] a questão, por exemplo, da dificuldade que a gente tem aqui: o transporte dos pacientes, a questão do passe, é muito irregular; então, isso reduz a nossa produtividade também, porque os pacientes acabam não vindo. Muitas vezes a gente não pode, por exemplo, contar com aquele paciente que veio para uma entrevista inicial porque ele não tem como estar vindo no curto prazo, então, acho que isso, a questão do custo que é o transporte em Florianópolis, também acaba afetando o nosso trabalho, então, nesse sentido, a falta de regularidade no passe [...] (P, 17/3/2006).

A partir dessa relação entre as diversas necessidades para o funcionamento do serviço é possível perceber que os profissionais assumem como princípio uma concepção de saúde ampliada, na qual não basta somente o atendimento terapêutico. Outros fatores estão interligados e contribuem para que a assistência efetivamente ocorra. Contudo, a concepção e prática setorializada das políticas sociais brasileiras provoca situações dessa natureza, na medida em que não se trabalha a inter-relação entre elas. Esta forma de setorialização das políticas sociais, no entanto, não é característica apenas da realidade brasileira, mas uma “modalidade do Estado burguês” que traduz as expressões da questão social mediante a tipificação das políticas sociais (NETTO, 1992).

Várias iniciativas têm buscado romper com esta perspectiva como a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), que reafirmou a necessidade de se garantir e melhorar o acesso aos bens e serviços da sociedade: prover trabalho, creches, profissionalização, educação, lazer, escolas, habitação, transporte, segurança pública, saneamento básico. Também, destacou ser fundamental enfatizar a questão do transporte urbano acessível aos usuários, a fim de que seja garantido o deslocamento entre os serviços de saúde e sua moradia (BRASIL, 2002a).

Na seqüência da pesquisa realizada, dois entrevistados referiram que a falta e as dificuldades no fornecimento dos recursos materiais necessários estão mais acentuadas na atual gestão administrativa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)¹¹. Foram relacionadas, ainda, como dificuldades, a falta de um carro disponível para o CAPS, a falta de terapeuta ocupacional, de outro médico psiquiatra e outros profissionais de nível médio (auxiliar administrativo, pessoa para limpeza). Outras questões listadas estão relacionadas aos recursos humanos e as necessidades de integração do serviço na política municipal de saúde. Os profissionais relatam a existência de dificuldades de interação da equipe, falta de capacitação, supervisão institucional, falta de apoio institucional, falta de efetivação de uma rede de saúde mental e/ou a existência de uma rede de atenção ainda incipiente, em processo de formação, falta de estrutura para atenção às urgências, dificuldades do gestor em compreender a lógica da saúde mental, salários incompatíveis com as funções.

Os problemas relatados pelos profissionais aparecem diretamente relacionados à insuficiência dos recursos financeiros de custeio do serviço. Todos os entrevistados referiram que os recursos gerados pelo serviço, através das APACs, não são suficientes para a realização das atividades do CAPS. Dentre as atividades prejudicadas, o trabalho nas oficinas foi apontado como o principal, conforme aparece na fala a seguir:

o que requer mais recursos, atualmente, são as oficinas produtivas, por exemplo, houve uma paralisação de muitas das oficinas quando faltou recurso. O recurso não é exatamente suficiente. Eu acho que os R\$ 500,00 por mês é um recurso pequeno [...] acho que o recurso poderia ser maior, pelas necessidades ele acaba sendo reduzido, não é uma coisa que você possa comprar a vontade, assim, é limitado, muitas vezes, a oficina tira de uma pra passar pra outra (P, 17/3/2006).

¹¹ Gestão Municipal 2004/2008; a Gestão da Secretaria de Saúde referida é a de 2004 a abril de 2006 que teve como gestor o vereador Walter da Luz; à época da coleta dos dados empíricos houve mudança do gestor municipal de saúde, assumindo o cargo o ex-secretário estadual de saúde João José Cândido da Silva.

Um dos profissionais apontou como principal atividade prejudicada pela falta de recursos financeiros a questão do território. Segundo este, a falta de recursos interfere no atendimento prestado, no sentido de que não é possível realizar o acompanhamento, a inclusão e avaliação do usuário em seu território. De acordo com este profissional,

o dinheiro do CAPS pode ser melhor gerido se investir no território. Investir no território seria elaborar projetos, ter mais articulação com a associação de moradores, ou seja, com os recursos que o território oferece, e aí precisa aumentar a própria equipe porque vai ter equipes que vão ter que se deslocar do CAPS; vai ter que ter investimento em carro, daí vai ter que ter um motorista, os próprios agentes comunitários tem que ter essa parceria, isso tudo implica em financiamento. [...] como eu sempre digo, território é onde a vida acontece, onde a cultura é produzida, onde as manifestações de vida, elas estão mais visíveis [...], mas investir lá no território, a equipe tem que estar inserida lá, estar toda hora pensando e discutindo [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

De acordo com as recomendações da política do Ministério da Saúde, as ações de saúde mental devem obedecer a um modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas. São ações que envolvem práticas de reabilitação psicossocial, promoção da cidadania, construção da autonomia possível dos usuários no ambiente em que eles vivem, e que necessitam de uma equipe multidisciplinar capaz de trabalhar sobre a ótica da interdisciplinaridade (BRASIL, 2004).

Necessariamente, a mudança de um modelo assistencial requer a análise de sua estrutura de financiamento. Isso significa que as características singulares e diferentes dos CAPS, em relação aos modelos tradicionais de assistenciais, e a complexidade das ações desenvolvidas por estes serviços necessita vir acompanhada de uma mudança na lógica de alocação de recursos financeiros.

Atualmente, o principal órgão financiador dos CAPS é o Ministério da Saúde (MS). Com a publicação da Portaria GM/MS nº 336/2002 os CAPS passam a fazer parte das ações estratégicas do MS. Esses serviços são incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e a remuneração é através do sistema APAC/SIA¹². Baseado na fatura que o prestador de serviços de saúde apresenta ao SUS, correspondente aos seus gastos

¹² A Portaria GM/MS nº 336/2002 descreve os procedimentos objeto de remuneração, classificando-os em intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Para essas três modalidades de atendimento, a Portaria GM/MS nº 189/2002 fixou o número máximo de atendimentos mensais para cada modalidade, de acordo com cada tipo de CAPS, sendo que para cada tipo de procedimento é destinado um valor diferenciado. Nos CAPS II, um procedimento intensivo custa R\$ 25,40; um semi-intensivo, R\$ 16,30; e um não-intensivo, R\$ 14,85 (BRASIL, 2002).

mensais com a produção de atendimentos aos usuários dos CAPS, o Ministério da Saúde repassa, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, o montante equivalente à sua produção. A inovação introduzida por este modelo de pagamento refere-se à fonte de financiamento, ou seja, ao acréscimo de recursos financeiros repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estadual e Municipal de Saúde (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, pp.129-132).

Sobre este aspecto, perguntamos aos entrevistados qual conhecimento possuem sobre o repasse dos recursos financeiros para o CAPS. Na sua maioria, eles referiram saber sobre os recursos originados a partir das APACs, contudo, relataram não saber sobre o controle do uso desse recurso, conforme expresso nas falas relacionadas:

[...] tem o valor, o montante desse valor que é produzido dos atendimentos pagos pelo Ministério (MS), então, tem isso mensal, a gente tem o valor que chegou, somou, vamos dizer assim, esse montante que a gente somou dos atendimentos feitos no mês, isso a gente sabe, porque as APACs são geradas aqui no CAPS, mas o repasse disso via Fundo Municipal, esse controle eu não sei, eu sei do valor que tem que receber mensalmente (VIK, 24/3/2006).

Bom, formalmente, eu desconheço qualquer..., todas as formas de recursos. O dinheiro da produtividade referente as APACs vai para o Fundo Municipal de Saúde e nunca teve prestação de contas disso. Na verdade a gente não sabe qual é o destino que é dado nem quanto vem; tem o nosso levantamento interno da produtividade, mas não sabemos o que é feito desse recurso (F, 12/4/2006).

Alguns profissionais referiram-se ao fato de o município não ter gestão plena do SUS,

Bom, eu tenho algum, pouco do que é repassado, a gente sabe o que foi recolhido, por exemplo, através das APACs, que são os atendimentos feitos aqui, então eu sei quantos atendimentos foram, qual seria o valor que essas APACs dariam, mas eu não sei qual o valor que a gente acaba recebendo, que fica num fundo perdido, no sentido de que é um fundo único por não ser gestão plena (J, 22/3/2006).

O conhecimento que eu possuo é muito irregular e insatisfatório, assim, a relação APAC, por exemplo, o repasse do dinheiro que viria do Ministério da Saúde a gente acaba..., nós não somos gestão plena então vai pra secretaria (municipal) de saúde e ali é passado pra compra de alimento..., enfim, mas nós não temos autonomia sobre esse dinheiro, então, uma vez que você não tem autonomia o teu conhecimento fica restrito. Está na mão da secretaria mesmo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais discorreu detalhadamente sobre a forma como os recursos são gerados e repassados à unidade gestora (SMS), referindo-se que todas as diretrizes sobre financiamento do serviço são preconizadas pelo Ministério da Saúde através de portarias.

Os recursos financeiros do CAPS são obtidos através de APACs, Autorização de Procedimento de Alto Custo; pra se preencher uma APAC é necessário que haja uma organização do serviço em cima de modalidades de atendimento; as modalidades de atendimento podem ser: semi-intensivo, intensivo e não-intensivo, cada um tem um determinado valor em relação a esse procedimento, ou seja, todas as diretrizes em relação a financiamento, o Ministério preconiza isso em portaria, então, os conhecimentos que eu possuo em relação aos recursos financeiros do Caps são os conhecimentos que já estão preconizados em relação ao Ministério da Saúde; essa APAC uma vez preenchida ela é computada, ela é repassada pro governo federal e este repassa o dinheiro fundo a fundo; esse dinheiro vem pro Fundo Municipal de Saúde, e é esse dinheiro que é aplicado na saúde mental pra ter a gestão do serviço [...] aqui acontece da seguinte forma: cada gestor municipal, como a política é municipalizada, eles criam um protocolo, nesse protocolo eles colocam de que forma esse dinheiro pode ser gastado na saúde mental; então, existe um documento no município dizendo, olha na saúde mental você pode gastar tanto com a associação de usuários, tanto pra comprar materiais, tanto pra gastar em vale transporte; então, existe um protocolo dizendo no que você pode gastar esse dinheiro que vem na saúde mental; é um dinheiro que vem do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde; esse dinheiro cai nessa conta e ali existe um acordo de como se gastar; esse dinheiro é manejado pelo gestor municipal de saúde (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme apontam Freire, Ugá e Amarante (2005, pp. 131-133), o modelo de alocação de recursos dos CAPS (sistema de remuneração por APAC) trás contribuições à política nacional de saúde mental ao inserir os CAPS no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) do MS, pois proporciona maiores incentivos financeiros, haja vista a alocação de recursos municipais extra-teto para a manutenção de serviços já existentes e a implantação de novos serviços.

Contudo, os mesmos autores ressaltam que há de se perceber que a lógica da remuneração que o SUS imprime aos CAPS vincula-se, preponderantemente, à doença. Ou seja, as unidades assistenciais do SUS seguem um sistema de remuneração vinculado a um diagnóstico, mais especificamente, a um episódio de doença, internação, contidos na tabela de procedimentos hospitalares (SIH/SUS) ou a ações ambulatoriais, inscritas na tabela de procedimentos ambulatoriais (SIA/SUS). Desta forma, “o sistema de saúde encontra-se, em sua quase totalidade, voltado para a produção de atos vinculados a doença, isto é, atos

curativos, valorizando, em consequência, intervenções predominantemente individuais, que são remuneradas pela venda de procedimentos, diárias e atos médicos-assistenciais de natureza privatizante” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p 133).

Amarante (2003, pp. 62-63) considera que os CAPS, como os serviços integrantes do SUS, também foram capturados pela lógica da *inampização*, ou seja, pela lógica do pagamento por procedimento. Para o autor, “o modelo prevalente dos CAPS é o herdeiro mais autêntico e legítimo da lógica do antigo INAMPS, onde a saúde era reduzida a doença, ao mesmo tempo em que o sistema de saúde era reduzido a assistência médico-curativa”.

Portanto, o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. Pelo contrário, tente a prejudicar a complexidade de ações dos CAPS, na medida em que não é previsto financiamento das diversas relações que podem ser estabelecidas com a comunidade, com as lideranças e associações comunitárias. Tais ações, dentre muitas outras possibilidades de intervenção territorial, “são inerentes a esse tipo de serviço e objetivariam imprimir um processo de transformação cultural nos diversos segmentos da sociedade, no lidar e no acolhimento das pessoas em sofrimento mental” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 135).

Sobre a forma de repasse dos recursos financeiros ao CAPS, os profissionais entrevistados relataram não existir descentralização administrativa. Os recursos chegam ao serviço na forma de materiais. Alguns profissionais observaram que até a gestão administrativa da secretaria municipal de saúde anterior eles tinham acesso a uma verba de R\$ 500,00 que utilizavam na compra de material para as oficinas. A partir da atual gestão esse dinheiro não foi mais repassado. A compra do material passou a ser feita através de orçamento encaminhado à secretaria, que faz o pagamento, e os profissionais retiram os materiais.

Não, a gente não tem acesso a esse recurso diretamente, a gente não é uma unidade que gere o seu recurso; ele vai pra secretaria e a secretaria... por exemplo: toda a compra de... o pagamento dos almoços, lanches, etc.. é a secretaria que faz; a gente não tem autonomia; o único recurso que a gente manuseia são os R\$ 500,00, que vem para as oficinas; isso é dividido, as Oficinas fazem um rateio, cada oficina compra o seu material, mas até parece..., da última compra fui eu que comprei, ela (SMS de Florianópolis) determinou, já colocou a empresa que vai fornecer; não sei se foi mediante licitação, já fez o pagamento direto, a gente só foi lá escolher e pegar os produtos que tinham sido

solicitados; então..., de outras vezes, por exemplo, a gente pegava o cheque ia lá comprava, pagava naquele valor, agora isso não foi feito dessa forma (P, 17/3/2006).

Desde que começou essa administração (Gestão Municipal 2004-2008) acabou esse repasse; então atualmente a única vez que a gente conseguiu material pras oficinas foi através de empenho que a própria secretaria fez..., então, permanece centralizado, a única coisa que a gente teve que fazer foi ir nas lojas fazer orçamento, passar pra secretaria, a secretaria emitiu as notas, e aí a gente foi buscar o material com essas notas, mas não com o dinheiro (F, 12/4/2006).

Não, não existe, porque, na gestão passada (Gestão Municipal 2000-2004) ainda vinha uma verba de dois em dois meses, tipo quinhentos reais pra compra de material pra oficinas; nós comprávamos, apresentávamos as notas e depois eles colocavam o dinheiro; nessa gestão (Gestão Municipal 2004-2008; Gestão da Secretaria de Saúde de 2004 até abril de 2006) não existe nada, então, a pergunta se existe descentralização administrativa dos recursos financeiros, não, não existe (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais referiu-se a descentralização não apenas como repasse de recursos financeiros e funções administrativas, mas como compartilhamento de poder na gestão do serviço.

Essa descentralização, eu estou entendendo como um compartilhamento de poder; não existe esse compartilhamento de poder na hora de gerir os recursos, assim, o CAPS possui CNPJ, mas ele não possui uma conta específica pra vir dinheiro pro CAPS, não existe isso, existe esse acordo que eu te falei, que vem do fundo a fundo e esse dinheiro vai pra saúde mental e o CAPS tem uma vertente pro CAPS, o dinheiro não é só pro CAPS, ela vai pra saúde mental, e aí o CAPS acaba utilizando esse dinheiro, então, quando pergunta sobre a descentralização eu faço a avaliação de que é o compartilhamento de poder, então, não tem isso, é o gestor que acaba se apoderando desse sistema de financeiro, a gente não interfere (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ao considerarmos a questão da descentralização político-administrativa dos recursos financeiros, temos a intenção de destacar que a transferência desta prática às unidades prestadoras de serviços em saúde nos municípios poderia estar favorecendo uma melhor utilização e adequação dos recursos às necessidades reais do serviço, bem como possibilitar maior agilidade na compra dos materiais e viabilizar um processo de gestão democrática e participativa, entre técnicos trabalhadores, usuários e gestores. Essa prática traduz-se, por sua vez, em um exercício político-pedagógico de construção da democracia, objetivando uma atuação com transparência na administração da coisa pública.

Quando questionados sobre se a descentralização financeira dos recursos possibilitaria o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, os

profissionais, na sua maioria, disseram que sim, com algumas ressalvas feitas para a necessidade de mudanças na forma de gestão administrativa do serviço, conforme expresso nas falas que seguem:

Sem dúvida, sim sem dúvida, isso é um equívoco assim porque..., justamente porque a gente não sabe qual é o destino dado a esse dinheiro. A gente acredita que se a gente tivesse mais transparência nesse processo a gente poderia pelo menos priorizar certas coisas que são de fato importante e garantir que elas fossem..., que a gente conseguisse obter essas coisas, enfim, o investimento necessário (F, 12/4/2006).

A melhor utilização sim acho que o planejamento teria que ser anterior, mas sim, acredito que utilizar no sentido até..., porque muitas vezes, como vai para esse Fundo que é pra todos, pra toda a saúde, você acaba sem saber, igual agora, que a gente já tem o dinheiro da supervisão disponível na secretaria, mas não tem como a gente começar amanhã, embora o dinheiro já esteja lá., porquê? porque a gente não sabe como esse dinheiro vai sair e entrar na mão do terapeuta que vai fazer a supervisão da equipe e isso pode demorar um mês, dois meses, vai saber, seria melhor, claro (J, 22/3/2006).

Sim, com certeza, porque nos iríamos sentar e ver as necessidades, por exemplo, esse ano nós ficamos desde o ano passado até um mês atrás sem material nenhum pras oficinas e as oficinas que mais tinham, capitalizavam usuários e não tínhamos material, nós tivemos que suspender as oficinas; então nós sabemos das necessidades, as necessidades dos usuários, quais as oficinas tem mais usuários, pra gente pode administrar e vê onde pode estar investindo (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que sim porque ficaria mais próximo da própria administração do CAPS, porém, ia surgir a necessidade de ter todo um aparato administrativo pra poder gerenciar isso, mas assim, na medida que aqui no CAPS a gente tem uma gestão participativa, em que os usuários estão reunidos semanalmente pra pensar as regras do CAPS, as necessidades do CAPS, enfim, seria mais interessante talvez, esse repasse direto tu quer dizer, é... não sei assim, a princípio..., hoje a gente tem uma estrutura de conselho que prevê o controle social através do Fundo Municipal de Saúde, o Conselho Municipal tem essa ligação também, e aí a gente está lá também, de certa forma representado (VIK, 24/3/2006).

Olha, eu acho que teria que mudar um pouco a nossa dinâmica de funcionamento; não deixa de ter um lado...bom, é uma faca de dois gumes, poderia facilitar a gente fazer um processo mais rápido talvez, não faltaria coisa, porque as vezes faltam coisas básicas, agora, por exemplo, faltam copos, se você tivesse o recurso você ia ali e comprava uns pacotes de copos, não teria essa... essa falha; agora é saber que é mais uma tarefa também que acumularia em termos administrativos, financeiros, quer dizer, não sei se você não está ali também inchando o processo burocrático aqui dentro do CAPS; eu acho que pode ter vantagens, mas pode ter desvantagens; eu teria que pensar melhor, nunca pensei nessa possibilidade; assim, acho que o dinheiro da Oficina, puxa, se a gente tivesse aqui uma verba seria mais fácil, as vezes faltam coisas

pequenas que você não tem como estar repondo aqui, tem que esperar uma nova verba, de repente pra.... (P, 17/3/2006).

Um dos profissionais observou sobre as questões práticas e políticas que envolvem a descentralização no contexto do SUS:

Esse compartilhamento de poder ele só pode ser discutido dentro da lógica do SUS, universalização, integralização, etc., dentro dos preceitos do SUS tem o controle social, essa descentralização só pode ser discutida quando acontece o controle social. Hoje essa descentralização ela tem que ser discutida no Conselho Municipal de Saúde e mais precisamente no conselho gestor dentro do CAPS; agora, porque não ocorre isso? Porque não tem a clareza da necessidade; eu acredito que as pessoas que acabam estando na prática, principalmente no CAPS, se sobrecarregando com as coisas, e acabam não tendo a clareza, ou não querendo assumir mais um encargo trabalhista; então, esse é um dos grandes problemas que existe, a sobrecarga de trabalho, as condições de trabalho, aí você acaba tendo que lutar por tudo isso; isso aí eu vejo que tem muito a ver com a questão da militância, pessoas que já estão, lá na época ou do ensino médio, que já começam ir pros grêmios, depois a pessoa acaba indo pra militância no movimento estudantil, e quando vão pros serviços de saúde são profissionais mais críticos, que acabam tendo essa visão mais ampla da saúde e da política; então, as pessoas que acabam chegando no serviço com um pouco desse ideal de controle social eu diria, acabam questionando mais essa questão da descentralização; voltando a tua pergunta sobre a descentralização financeira, ela poderia sim possibilitar um melhor planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, se houver o controle social dentro dessa descentralização financeira (GIRASSOL, 20/3/2006).

Cabe destacar que a proposta da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, na regionalização e na hierarquização da rede de serviços, constante entre os princípios e diretrizes do SUS, coloca o município como lugar privilegiado para o desenvolvimento de uma política de financiamento das ações em saúde, com critérios transparentes, e que respeite as particularidades da realidade local. O Ministério da Saúde continua a ser a instância que, na administração do Fundo Nacional de Saúde (FNS), acompanha a aplicação dos recursos que são repassados aos estados e municípios. Estes, por sua vez, são obrigados a constituir os seus respectivos fundos de saúde e conselhos estaduais e municipais, elaborar planos de ação e apresentar relatórios de gestão, garantindo também a existência de contrapartida de recursos para a saúde nos seus orçamentos (COSTA, 2002).

Embora a descentralização seja uma prática com vistas a aumentar o poder decisório de aplicação dos recursos na esfera local, esta ainda apresenta muitos problemas, na medida que não consegue alcançar efetividade, dados os impasses de ordem burocrática e administrativa. Por si só a descentralização não garante maior controle social ou uma prática democrática. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada que abarque as especificidades da área da saúde mental.

Nesse sentido, a lógica fundamental da estrutura de financiamento exigida é a de que os recursos financeiros devem ser centrados nas pessoas e não nos serviços. O financiamento deve contemplar todas as ações necessárias e decorrentes da implantação, implementação e sustentação de uma nova política de saúde mental (BRASIL, 2002a). O que deve ser colocado em pauta é a viabilidade de se financiar o CAPS como um todo, envolvendo todas as suas ações e especificidades, permitindo-se que cada serviço tenha flexibilidade para realizar seu trabalho de acordo com as necessidades locais, desvinculando o financiamento da relação de compra e venda de serviços e da noção de doença (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 136).

3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico

Os profissionais que trabalham nos CAPS compõem um grupo de diferentes técnicos de formação de nível superior e nível médio, e integram uma equipe multidisciplinar. Todas as unidades de serviço devem obedecer a exigência da diversidade profissional e cada CAPS tem suas próprias características quanto ao tipo e a quantidade de profissionais. A equipe mínima indicada para os CAPS II é composta por médico psiquiatra, enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior de outras categorias profissionais entre psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro necessário ao projeto terapêutico e seis profissionais de nível médio entre técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).

O papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. As equipes devem organizar-se para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação

psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e poder equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas (BRASIL, 2004).

Neste item nos propomos a descrever e analisar a composição e perfil da equipe técnica do CAPS Ponta do Coral, bem como as dificuldades e facilidades do trabalho em equipe consideradas pelos profissionais, a existência de práticas interdisciplinares no atendimento ao usuário, de projeto terapêutico e planejamento das ações da unidade de serviço¹³. Ao final do item consideramos os apontamentos dos profissionais sobre as diferenças do atendimento prestado no CAPS em relação ao realizado nas instituições tradicionais/hospitais psiquiátricos.

3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental

O CAPS Ponta do Coral conta com uma equipe de profissionais multidisciplinar que atua diretamente no atendimento aos usuários. São profissionais com formação de nível superior nas áreas de psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Entre os de formação de nível médio estão dois técnicos em enfermagem e um auxiliar administrativo. Compõem a equipe, ainda, os profissionais de apoio, vigilantes e auxiliar de limpeza, e estagiários de psicologia, serviço social e enfermagem.

¹³ É importante destacar que o perfil bem como a opinião dos profissionais sobre o serviço varia, no decorrer do tempo histórico, de acordo com a composição da equipe naquele determinado momento. Outros trabalhos já realizados identificam o perfil da equipe, a percepção dos profissionais sobre o trabalho no CAPS, o significado e o processo de inserção no serviço, a concepção sobre o modelo assistencial e práticas de desinstitucionalização, em épocas anteriores. Entre estes ver: GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003; FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial** - percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004; NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental:** em busca da articulação e qualificação das ações em saúde. Monografia (Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Lato Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

A maioria dos técnicos de nível superior concluiu a graduação na década de 1980. Metade deles possui capacitação específica na área de saúde mental, em geral, cursos de formação e aperfeiçoamento, especialização em terapia cognitiva comportamental, saúde pública, clínica, psicoterapia, psicanálise, atenção psicossocial. Três profissionais possuem mestrado nas áreas de enfermagem, sociologia política, artes cênicas; um fez residência médica em psiquiatria e cursa mestrado na mesma área; uma profissional tem doutorado em sociologia política.

Mais da metade dos profissionais (58,3%) possuem experiências de atuação profissional em outras instituições da área de saúde mental como clínica de internação, hospital psiquiátrico, centro comunitário de saúde mental, serviços de atenção à dependentes químicos e centro de atenção psicossocial. A maioria (66,7%) atua na área de saúde mental a partir da segunda metade da década de 1990. Cinco profissionais identificaram ter experiência de atuação em outras instituições que não da área de saúde mental.

Com relação ao tempo de serviço no CAPS, quatro profissionais atuam desde a implantação do serviço, em 1996, três ingressaram na equipe entre os anos de 2001 e 2002, e quatro profissionais passaram a fazer parte da equipe recentemente, a partir de meados de 2004. Quanto ao tipo de vínculo empregatício, a maioria, 75% (9 profissionais), é servidor público concursado, dois são contrato temporário e um ingressou no serviço público municipal através de indicação técnica. Nove profissionais possuem regime de trabalho de 30 horas semanais e 3 deles trabalham 40 horas semanais.

Com relação a capacitação específica em saúde mental para atuar no CAPS, todos os entrevistados consideram esse quesito de grande importância. Entre as razões apresentadas estão: a necessidade de compreensão e entendimento comum do que é um CAPS e o entendimento do tipo de assistência que este serviço deve oferecer; a preocupação com a diferença no atendimento que o CAPS deve oferecer em relação aquele prestado em outros serviços de saúde mental; a necessidade da capacitação para suprir as defasagens da formação acadêmica, que, em geral, não abarca as especificidades do campo da saúde mental.

Na opinião dos entrevistados,

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS, não tem a qualificação pra atuar, então ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então é necessária a questão da capacitação... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ah sem dúvida, sem dúvida, principalmente porque o que a gente está propondo é uma reformulação no modo da assistência em saúde mental, então é preciso que quem venha trabalhar num CAPS entenda essa lógica, que não venha pra cá com a mesma mentalidade do que se faz no hospital psiquiátrico, do que se faz em ambulatório, é outra coisa também diferente da atenção básica, então o CAPS precisa disso, precisa que o profissional tenha essa.., esse tipo de orientação, esse tipo de compreensão da sua finalidade (F, 12/4/2006).

Muito, muito importante, justamente por isso que eu estou te falando, porque assim, o profissional que trabalha no campo psicossocial, de qualquer área, ele necessariamente precisa quebrar a prática estereotipada pra poder entrar num serviço como esse porque o assistente social de um CAPS ele não é aquele assistente social de um hospital psiquiátrico, ele muda, ele faz outras coisas, ele se coloca de outro jeito, assim também é o médico, assim também é o psicólogo, o enfermeiro, então, uma formação específica pra essa área é bastante adequado porque vai tratar especificamente das necessidades que se colocam no cotidiano (VIK, 24/3/2006).

Considero, considero sim. É interessante que cada um tenha um saber, que traga o seu saber pela sua formação, da sua prática, do seu bairro, da sua comunidade, mas trabalhar no CAPS não é trabalhar em ambulatório, trabalhar no CAPS é ter um conhecimento sim do que é uma Reforma Psiquiátrica, do que significa um CAPS num panorama hospitalocêntrico. É toda essa questão política que tem por trás, questão financeira também, que é um serviço que se propõem substituir sim progressivamente os hospitais. Em muitos lugares isso já é feito, já conseguem fazer internação zero, outros lugares não; então, uma abordagem no CAPS precisa sim ter capacitação (LÉLI, 4/4/2006).

Sim, até por que o que é o CAPS? O quê um CAPS deveria ser? Cada um tem a sua idéia do que é um CAPS, mas ela não é uma idéia homogênea, então a minha experiência do que é um CAPS em outros lugares, que eu já tive em outros lugares especificamente, é muito diferente do que eu chego aqui e encontro as pessoas falando o que é um CAPS. é claro que a capacitação para um CAPS, para o que é o trabalho em CAPS podia homogeneizar, pelo menos todo mundo iria estar falando a mesma língua (J, 22/3/2006).

Sobre este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005, p. 30), observam que “os profissionais de saúde mental são, ainda em grande parte, formados a partir da prática cotidiana que caracteriza a lógica manicomial”. Hospitais e clínicas psiquiátricas constituem-se ainda os espaços onde “são oferecidos treinamentos em serviço (sob a forma de estágios e residências) aos profissionais que irão, no futuro, tentar materializar a nova lógica dos serviços substitutivos”.

Os autores destacam que “do sucesso da forma de organização da produção e transmissão do conhecimento pode depender o sucesso da própria reforma psiquiátrica” (OLIVEIRA; DORNELES, 2005, p. 32). Neste sentido, é importante que seja colocado na

cena do debate o funcionamento das instituições de aprendizado profissional sob a ótica da reflexão sobre as práticas e não apenas sobre o discurso das propostas dos cursos de formação. Os centros de formação devem se programar, planejar e garantir aprendizado e treinamento supervisionado, em que se pratique e construa espaços de práticas genuinamente terapêutica.

Na mesma direção, um dos entrevistados expressou sua preocupação com relação a seleção dos profissionais que vão atuar no CAPS, argumentando que os resultados do trabalho também dependem desse aspecto.

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS não tem a qualificação pra atuar, então, ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então, é necessária a questão da capacitação [...]. o processo de inclusão do profissional na área da saúde mental hoje, como se dá? Ele se dá por indicação política, seleção por contrato temporário e por concurso público. A indicação política pode ofertar profissionais desqualificados, pode! O contrato temporário, se não tiver um rigor no perfil que se quer pra trabalhar em CAPS vai acontecer a mesma coisa, um profissional desqualificado, o concurso público a mesma coisa, se não tiver um perfil, se não tiver o que se gostaria realmente, qual profissional que você gostaria de estar atuando hoje no CAPS, então, enquanto não se superar a forma de inserção no trabalho do CAPS, enquanto não se superar a discussão da saúde mental nos currículos acadêmicos vai continuar sendo sempre necessária a questão da capacitação [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Com relação a formação das equipes técnicas para atuar nos CAPS, as indicações aprovadas na e pela III CNSM apontam para a necessidade de que a contratação de profissionais deva ser realizada exclusivamente por meio de concursos públicos, e em caso de urgência, através da CLT, mas com seleção pública. E, ainda, os concursos devem exigir os pré-requisitos necessários e adequados à proposta de trabalho em saúde mental, alinhada teórica e conceitualmente aos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2002a).

Assim, é necessário considerar, quando da seleção dos profissionais, o perfil para trabalhar junto ao portador de sofrimento psíquico, bem como a existência de uma dimensão subjetiva, humanizante, solidária e fraterna como componente fundamental do perfil dos trabalhadores em saúde mental. Nesta direção, uma das participantes da pesquisa destacou a questão da opção política por este tipo de trabalho, associada a necessidade de competência técnica para atuar na área.

Eu acho que a gente trabalha com situações que requerem um estudo permanente, formação permanente, [...] eu acho que este é um dos vícios da saúde pública. Muitas vezes se confunde um pouco o tratamento ético ou moralmente responsável com uma qualidade também técnica. Eu acho que as duas coisas têm que estar associadas, tem que ter uma empatia pela causa da saúde pública, que aí entra na questão ética, moral de cada um, valores que você tem quando você vem pra esse tipo de trabalho; muitas pessoas que vem pra saúde pública quase que tem uma vocação religiosa. Mas ao mesmo tempo você também tem que ter uma competência técnica; não basta você tratar bem o paciente, você acolher, você precisa saber como intervir dentro da linha de trabalho que cada um escolhe, isso é fundamental (P, 17/3/2006).

Os profissionais, na sua maioria, indicaram ter recebido capacitação para atuar no CAPS. Referiram-se, especificamente, a um treinamento/capacitação realizado em novembro de 2005, com duração aproximada de 20 horas, organizado pela Assessoria Técnica de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde¹⁴. Contudo, alguns observaram que foi um treinamento tipo encontro, de curta duração, com trocas de experiências, e que não chegou a ser muito significativo.

Com relação a política de saúde mental, a maioria dos profissionais (83,3%) afirmou ter no mínimo algum conhecimento de sua organização e diretrizes. Entre os entrevistados, todos consideraram importante saber sobre os princípios, a estrutura e forma de organização da política de saúde mental para o trabalho do CAPS. Todos indicaram haver disponibilidade de material didático relativo a política na unidade de serviço.

Sim, precisa conhecer a política porque o atendimento está dentro dessa política, dessa lógica. (LÉLI, 4/4/2006).

Claro! é vital, pra poder planejar o seu trabalho, pra poder saber como é que a gente se liga com outros serviços, como é que a gente pode montar a rede, isso é fundamental porque o trabalho não se encerra aqui dentro, não pode ficar aqui dentro só, ele tem que poder justamente se expandir (F, 12/4/2006).

Sim é muito importante, até pra saber o que está acontecendo, o que pode ser feito, quais são os recursos disponíveis, o que precisa melhorar. Acredito que, fora a sua capacitação individual, eu acho que isso é uma outra premissa pra você iniciar no serviço [...] (J, 22/3/2006).

É importantíssimo conhecer, primeiro saber se ela existe, primeiro a pessoa tem que ter a curiosidade, tem que ter o desejo e a clareza de que é essencial ter os parâmetros ou diretrizes políticas de saúde mental pra

¹⁴ O município não tem o cargo de Coordenador de Saúde Mental. Em novembro de 2005 foi nomeada Assessora Técnica em Saúde Mental a enfermeira Lílian Pagliuca, que permanece na função até a data da presente pesquisa.

poder acompanhar, se orientar, e, segundo, conhecer sobre essa política (GIRASSOL, 20/3/2006).

Muito importante porque hoje a gente tem acesso a isso, aqui no CAPS a gente tem a legislação de saúde mental e pra gente poder entender porque, assim, a gente está na gestão da política também, por ser participativa, por estar junto nas decisões, então é preciso que a gente entenda, e tem muito detalhamento, são muitas portarias, o sistema de financiamento também é bastante complexo [...] (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que claro, porque a gente está dentro de um braço da política nacional de saúde; tanto pra você ter noção de qual é a perspectiva, em nome de que esse serviço está sendo mantido, também pra você poder avaliar a possibilidade desse ideais, dessas prerrogativas, que são pensadas a nível geral e nacional, serem realmente eficaz em termos práticos, porque muitas vezes você tem uma boa idéia, mas nem sempre uma boa idéia traz um bom resultado [...] (P, 17/3/2006).

Nesse sentido, a construção e consolidação de uma política de saúde mental, coerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o estabelecimento de uma política adequada de recursos humanos, que valorize e considere a importância do trabalhador de saúde mental na produção dos atos de cuidar. Para isso, deve-se garantir a capacitação e qualificação continuadas; a remuneração justa dos profissionais; a garantia de condições de trabalho e de planos de cargos, carreira e salários; a democratização das relações e das discussões em todos os níveis de gestão; a incorporação das questões de segurança, saúde e saúde mental do trabalhador; a garantia de supervisão clínica e institucional; a avaliação de desempenho e garantia da jornada de trabalho adequada para todos os profissionais de nível superior, bem como a isonomia salarial entre eles (BRASIL, 2002a).

3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário

De acordo com as indicações aprovadas na III CNSM, a política de recursos humanos para a saúde mental deve visar implantar, em todos os níveis de atenção, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, na perspectiva do rompimento dos especialismos e da construção de um novo trabalhador em saúde mental, atento e sensível

aos diversos aspectos do cuidado, ou seja, com uma visão integral e não fragmentada da saúde (BRASIL, 2002 a).

Segundo 83,3% dos profissionais o trabalho no CAPS Ponta do Coral é realizado em equipe. A maioria considera que existem dificuldades na realização das atividades. Uma delas está relacionada, conforme identificado por eles, ao fato de que nem todos compartilham das mesmas referências com relação à Reforma Psiquiátrica, à saúde pública e ao projeto do CAPS.

Bom, são várias, mas o que eu vejo de mais complicado é o fato de que nem toda a equipe compartilha das mesmas referências em relação ao que seja a Reforma Psiquiátrica, a função de um CAPS, as necessidades que o CAPS tem pra alcançar esses objetivos. Isso se deve em parte a diversidade da formação, e também às convicções pessoais. O problema não é a diversidade em termos da formação profissional em si, mas o modo, o fato de que você tem uma equipe multiprofissional por exemplo, isso gera alguma dificuldade na troca, na possibilidade de produzir um conhecimento novo a partir dessas experiências que são de diferentes disciplinas, diferentes áreas. Mas eu diria que é mais no sentido da Reforma Psiquiátrica mesmo, naquilo que ela aponta, então parece que esse é um problema a mais; outro que tem se tornado mais evidente pra mim ultimamente é a falta de formação de grande parte dos profissionais sobre o que seja saúde pública, boa parte deles não conhece o sistema de saúde pública, apesar de trabalhar num serviço de saúde pública, mas não conhece o sistema, não sabe a lógica, não sabe como é que ele funciona, então acaba tomando decisões muitas vezes administrativas que são equivocadas, que não levam em conta o modo de funcionamento da saúde pública (F, 12/4/2006).

Tem sim várias dificuldades, entre elas, existem diferenças de formação e, portanto, ideológicas. Alguns momentos a gente vê, assim, o CAPS tem um projeto de não internação, de autonomia do usuário, de gestão plena do usuário, e, as vezes, a equipe, algumas pessoas acabam esbarrando com isso. O entendimento disso é muito difícil também, as vezes é uma linha muito tênue entre o que é o assistencialismo, a autonomia, o que é dar o limite do ponto de vista terapêutico e o que é dar o limite porque você não quer se incomodar. Então, algumas pessoas não vêm de uma postura da Reforma Psiquiátrica, não sabe o que é uma Reforma Psiquiátrica, não tem uma noção, [...] é uma luta política também e algumas pessoas não sabem o que é [...] (LÉLI, 4/4/2006).

Em outras falas, foi apontada como uma das dificuldades do trabalho em equipe questões relacionadas a uma suposta divisão entre o grupo de técnicos.

A relação com a equipe tem uma certa peculiaridade, eu acho que as pessoas, a equipe que começou anteriormente, já desde a formação ou no começo do CAPS, eles se intitulam como a equipe do CAPS. Os que chegaram depois, em geral, não são bem acolhidos, ou são muito pouco,

tanto que as próprias atividades em equipe, em grupo, dificilmente, essas pessoas novas são incorporadas ao que já existe; então, acaba criando aí até a equipe da manhã, a equipe da tarde, mais ou menos, embora eu estou aqui todo o período, mas tem essa divisão... e eu acho que assim o ponto de partida é esse, a sensação é que quem não estava aqui desde o começo não fez parte da história (J, 22/3/2006).

A equipe que iniciou lá em 96 (1996) veio com algumas questões conceituais amarradas. Por quê? Porque a pessoa que estava pensando, planejando o CAPS ela vinha do Movimento da Luta Antimanicomial, era uma das representantes em nível nacional aqui em Floripa, Santa Catarina; então tinha algumas coisas amarradas na estrutura de atendimento do CAPS, que era muito pra poder implantar o sonho da Reforma Psiquiátrica aqui em Floripa, criar um serviço, do município, que de fato evitasse internação, que de fato fosse continente pros usuários com transtorno mental grave, e isso se mantém, porém, com a chegada dos técnicos que foram sendo substituídos, alguns saíram, técnicos novos entraram, a equipe de profissionais foi se modificando, a gente tem uma distância conceitual por mais que a gente pretende uma proposta multiprofissional, e a gente consegue, ao longo do tempo a gente conseguiu, é muito interessante o jeito como nós trabalhamos, porque de fato conseguimos trabalhar cada profissional lado a lado, dividindo o mesmo grupo, a mesma oficina terapêutica, então, assim, isso é possível, mas hoje, a gente, assim, tenta manter esse paradigma da Reforma Psiquiátrica, da desospitalização, do fortalecimento dos serviços territorializados, de um modelo que é um modelo multiprofissional, com a gestão participativa dos usuários, contra o modelo hospitalocêntrico, médico centrado, mas existem diferenças na questão conceitual da equipe, isso é falho, inclusive pra própria equipe (VIK, 24/3/2006).

A importância da unidade da equipe no atendimento ao usuário e na organização do trabalho recai sobre a qualidade do tratamento terapêutico ofertado. A mudança de paradigma epistemológico com relação a saúde mental não garante por si só a alteração das práticas assistenciais. Os conflitos e problemas de equipe existentes precisam ser trabalhados nas supervisões institucionais de forma que os técnicos consigam superar as dificuldades que obstaculizam a união do grupo em torno de um objetivo comum, sejam elas ideológicas, de formação, de concepção e/ou de afinidade com os colegas.

Um dos entrevistados apontou a questão das relações de poder e diferenças nos valores pessoais e nas relações interpessoais como dificuldades do trabalho em equipe.

Primeiro, a relação de poder, eu acho que é um grande problema, uma dificuldade que existe. Essa relação de poder, ela emana, que eu tenho percebido, da psicanálise, da teoria psicanalítica e da teoria psiquiátrica; então, os profissionais detentores desse conhecimento acabam, sutilmente, estabelecendo poder frente aos profissionais não-psi diria; essa relação de poder pelo saber é um dos problemas ou uma das dificuldades que eu encontro pra trabalhar em equipe no CAPS; outra

dificuldade, acho que é a própria experiência de vida das pessoas, aquelas pessoas em que parece que não estão claros os valores humanos como solidariedade, amor, justiça, sabedoria, a práxis, o repensar a prática, profissionais que não fazem a autocrítica da sua prática, pra mim, eu acho que é uma dificuldade trabalhar em equipe devido a isso; então, seria esse poder pela teoria e essa questão um pouco mais pessoal que é a relação de lidar com o outro, as relações interpessoais, são dificuldades que eu vejo em equipe (GIRASSOL, 20/3/2006).

A partir da fala profissional é possível pensar sobre as relações de poder que se estabelecem pelo saber. Conforme nos ensina Foucault (1979), os poderes se exercem em níveis variados e em pontos diferentes da vida social. Neste complexo, existem os micropoderes que estão intimamente relacionados com a produção de determinados saberes (sobre o criminoso, a sexualidade, a doença, a loucura). Assim, o poder não é algo que se detém como uma coisa, como uma propriedade, que se possui ou não. O poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona, como uma máquina social que não está situada em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda estrutura social (MACHADO, 1979 p. XIV).

De acordo com Foucault (1979), todo conhecimento, seja ele científico ou ideológico, só pode existir a partir de condições políticas, que são as condições para que se formem tanto o sujeito quanto os domínios de saber. Para o autor não há saber neutro, todo saber é político. Dessa forma, saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber. E, em contrapartida, todo saber assegura o exercício de um poder (MACHADO, 1979 p. XXI - XXII).

Na seqüência, a entrevistada aponta de forma geral algumas das questões cotidianas como dificuldade no trabalho em equipe.

Bom, eu acho que as vezes a gente é muito trefista, a gente não tem o tempo suficiente que a gente gostaria para estar parando para discutir os casos, se ater a cada paciente; tem diferenças na equipe também, tem conflitos [...] mas assim, a gente ainda tem, as vezes, coisas assim muito imediatistas, que não nos propiciam fazer realmente um estudo de caso mais integrado, ter uma intervenção, as vezes, mais articulada; a gente tem tentado em alguns momentos, mas assim, não é uma coisa que tem um peso forte como eu acho que deveria ter (P, 17/3/2006).

Dessa forma, a intensidade das demandas colocadas aos profissionais, especialmente na atualidade, provocam o desenvolvimento de ações pragmatistas, muitas

vezes sem uma reflexão maior. Isso vem acontecendo em vários contextos institucionais e com diferentes profissões. Ou seja, na medida que aumentam as necessidades humanas e as demandas para satisfazê-las, não ocorre no mesmo ritmo, o aumento da oferta de equipamentos e serviços assistenciais capazes de dar conta da complexidade dos problemas decorrentes da emergência das novas relações sociais, econômicas, culturais, advindas com a modernidade.

A precarização das condições de trabalho também foi apontada pelos entrevistados como mais um dos fatores que, por vezes, dificultam a convivência e o trabalho em equipe. Eles se referem a questão da diferença na remuneração salarial entre os profissionais que trabalham no CAPS, principalmente do médico para as outras profissões. A desproporção salarial chega a diferença de até quatro vezes mais entre o que recebe o profissional médico e o salário dos demais técnicos. Associadas a esta situação estão a diferença na carga horária de trabalho, a condição de contratação temporária, a falta de reconhecimento por parte da SMS, no apoio e incentivo à participação em eventos científicos e de militância política na área, entre outras.

Os profissionais indicaram que contam com supervisão institucional para lidar com as questões do trabalho no cotidiano. A supervisão institucional existente era, até o início deste ano (2006), paga pelos próprios profissionais, mas nem todos participavam. A partir do mês de abril do corrente esta passou a ser financiada com recursos provenientes do Ministério da Saúde. Além deste tipo de supervisão, foi relacionado como outro recurso existente para abordar essas questões as reuniões de equipe, realizadas mensalmente, as reuniões clínicas, realizadas semanalmente, e foi citada pelos técnicos em enfermagem, a supervisão realizada com profissional da área.

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que as políticas de formação e capacitação em saúde mental devem criar espaços de trocas baseados na realidade local, com valorização dos diversos saberes e metodologia participativa. A supervisão clínica e institucional permanentes deve ser estendida a todas as pessoas que trabalham com portadores de transtorno mental: equipes de PSF e PACS, trabalhadores da urgência e emergência, do hospital geral, dos serviços substitutivos e dispositivos residenciais, cuidadores de saúde mental, profissionais de nível médio e superior da rede de saúde mental. A referida Conferência destaca, ainda, a necessidade de implantação da NOB – Recursos Humanos do SUS, salientando a importância da garantia da capacitação para todos os níveis, supervisão permanente, interdisciplinaridade e isonomia salarial (BRASIL, 2002a).

Com relação as potencialidades que o trabalho em equipe possibilita os profissionais destacam a relevância deste no atendimento ao usuário, a possibilidade de trocas entre as varias áreas e a oferta de um atendimento multidimensional.

Entendo que essa é uma clínica multidisciplinar e isso (trabalho em equipe) é importante pela complexidade mesmo do tipo de fenômeno com o qual a gente trabalha, então, a gente precisa, é necessário ter uma oferta de serviços e de formas de atenção, que seja a mais diversificada possível, pra que a gente possa atender a uma série de necessidades que as profissões nas suas especialidades não dão conta; então essa é a grande vantagem, você pode fazer essa atenção multidimensional, isso é interessante (F, 12/4/2006).

A vantagem é justamente a estrutura coletiva de resposta à uma situação que chega pra você; vem a psiquiatria trazer um conhecimento, a psicanálise traz outro, [...] a enfermagem acaba dando a sua contribuição quando discute realmente a relação, vem o serviço social discute essa articulação que a pessoa tem com o social, e essas pessoas (profissionais), com seus conhecimentos, vão socializando esse conhecimento pra dar a resposta às fragilidades ou às potencialidades de vida que essa pessoa traz (GIRASSOL, 20/3/2006).

Acho que a grande vantagem é que a gente quebra a lógica hospitalocêntrica que era muito centrada no médico, na figura do médico, naquilo que o próprio médico decidia do tratamento, hoje quem decide é a equipe multiprofissional [...] (VIK, 24/3/2006).

Ah! Muitas, eu acho, em primeiro lugar, essa possibilidade da troca interdisciplinar; porque eu acho que cada um tem um tipo de contribuição diferente, um saber que te ajuda a pensar com mais amplitude o próprio trabalho, o próprio paciente, e, eu acho que quebra um pouco certas relações de poder; também, assim, o fato de a gente lidar com situações que são muito pesadas para alguém estar lidando sozinho, então quando você sente essa coisa da equipe, quando tem um paciente que está muito comprometido ou que tem risco de vida, a gente se sente muitas vezes angustiada por aquele paciente e você tem a equipe pra te dar um respaldo, pra estar pensando junto. Acho que isso é, sem duvida, algo que gratifica também (P, 17/3/2006).

Primeiro, agregar conhecimentos, se a equipe for multidisciplinar, que não quer dizer interdisciplinar, mas a princípio se ela for multidisciplinar a possibilidade de trocas de conhecimento de várias áreas realmente acaba sendo muito rica; são vários olhares sobre uma mesma questão, vários pontos de vista. Quando o trabalho de equipe é interdisciplinar, as pessoas acabam trocando mesmo, saindo, as vezes, do seu campo de formação, podendo estar se estendendo em outros campos, acaba sendo mais rico ainda. Num trabalho como o CAPS é necessário (o trabalho em equipe). Eu não consigo ver o trabalho que não seja em equipe porque pra você atender um usuário você precisa de uma equipe, pra você abordar o usuário, uma família, receber uma família precisa de vários olhares, enfim, de várias formações, vários olhares técnicos, da parte de

enfermagem, psicologia, da arte, serviço social, então, isso é importante (LÉLI, 4/4/2006).

O reconhecimento de outras dimensões no processo saúde-enfermidade, que não estritamente a biológica, traz a tona a questão da interdisciplinaridade¹⁵, pois na busca da integralidade da assistência a atuação de um único saber profissional não é suficiente. No processo da Reforma Psiquiátrica o campo da saúde mental é chamado a refazer-se por inteiro, ampliando o seu foco de abordagem e procurando romper com as delimitações dos saberes tradicionais na área. Busca-se uma nova recomposição de conhecimentos, sustentados sobre um conjunto de rupturas e novas premissas, e não apenas um novo somatório ou rearranjo simples dos saberes especializados. Desta forma, diversos campos de saber, implicados na assistência em saúde mental, são envolvidos na teorização e nas novas práticas de cuidado (VASCONCELOS, 2000a).

A pesquisa realizada indicou que 66,3% (correspondente a oito dos doze profissionais que responderam o formulário) dos profissionais consideram que existe interdisciplinaridade no atendimento ao usuário no CAPS Ponta do Coral. As falas relacionadas na seqüência apresentam a concepção dos profissionais sobre interdisciplinaridade e indicam a respectiva compreensão sobre a importância desta no atendimento ao usuário.

A gente poder ter o que a gente chama de clínica ampliada, essa multidimensionalidade que nos permite atacar o problema de várias formas e, portanto, oferecer diversas formas de atendimento, desde o medicamentoso até o serviço social, as oficinas, as oficinas expressivas, a arte, etc. (F, 12/4/2006).

Eu acho que em primeiro lugar isso, assim, é um olhar mais amplo para a condição daquele paciente. Cada profissional tem um aspecto que acentua, pela sua vida, pela sua formação; o educador artístico tem uma outra estratégia, por exemplo, pra lidar com aquela queixa do paciente, o assistente social tem uma, o psicólogo tem outro olhar, assim, eu acho que pra mim soma, eu acho que é uma forma da gente também aprender, enriquecer a nossa análise, a nossa possibilidade de intervir; sem dúvida que é rico (P, 17/3/2006).

Alguns profissionais expressaram sua concepção de interdisciplinaridade observando que esta não é sinônimo de multidisciplinaridade e que nem sempre é possível fazer práticas interdisciplinares.

É justamente isso, poder compartilhar o conhecimento que cada disciplina traz, essa inter, mas realmente compartilhar isso e não a

¹⁵ Sobre os conceitos de multi, inter e transdisciplinaridade ver, entre outros, Vasconcelos, 2000a.

multidisciplinaridade; é pensar, coletivamente, saídas pra enriquecer a vida da pessoa e aí é sempre um pensar e repensar (GIRASSOL, 20/3/2006).

Então, essa idéia dessa troca de conhecimento pra poder ajudar o usuário, pra poder a equipe ter um suporte também, pra poder, num estudo de caso, por exemplo, trocar os vários conhecimentos, os vários pontos de vista e poder estar entrelaçando; então, é importante, mas nem sempre se consegue fazer (LÉLI, 4/4/2006).

Já nas falas que seguem é possível perceber a concepção de interdisciplinaridade mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade.

Cada profissional tem a sua especialização, e ele foi formado para atender determinadas características que aquele usuário precise, ou informações, e a própria atenção, e cada um tem uma formação específica e diferenciada; então, eu acho que quanto mais ampla, mais amplamente ele for avaliado, e receber essas informações, e esse tratamento, vai ser melhor pra ele; então, desde o serviço social, desde o atendimento psicológico, o atendimento médico, enfim, até ah! eu cortei meu dedinho, o que eu faço? Então, vai poder ser atendido ali, ser acolhido pelo técnico de enfermagem (J, 22/3/2006).

É muito importante porque cada profissão tem o seu conhecimento específico e contribui aí com o seu conhecimento. É necessário que cada um de nós tenha muito claro o seu papel aqui dentro pra que não vire uma salada mista e se dilua o que cada um faz, que é específico de cada um. Então, é importante que a gente tenha boa formação técnica, específica da saúde mental pra que a gente possa chegar numa equipe que trabalha sob o paradigma do campo psicossocial, e que de fato possa ser multi, no sentido do atendimento, e aí, assim, no campo psicossocial, aqui no CAPS, por exemplo, a gente vê a necessidade de os profissionais trocarem mesmo, porque surgem muitas demandas, são muitas necessidades do usuário, é um campo novo. Então, assim, tem n coisas que vai se descobrindo, que cada área contribui diferentemente, mas ao mesmo tempo de forma conjunta. Então, o psicólogo, obviamente, ele tem mais elementos pra entender a parte clínica, o assistente social tem mais elementos pra entender a parte previdenciária, da assistência social desse usuário, que também é importante, muito importante pra ele, o médico tem o conhecimento sobre os psicofarmacos, sobre essa parte mais específica da medicação, e assim a gente vai trocando (VIK, 24/3/2006).

Com relação a este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005) observam que, no Brasil, a interdisciplinaridade faz parte do discurso politicamente correto, garantindo seu estabelecimento como princípio, traduzido na expansão cada vez maior dos territórios profissionais e na fusão dos saberes. O discurso da multi e da transdisciplinaridade é relativamente bem conhecido e aceito em nível intelectual, mas as práticas institucionais apontam, paradoxalmente, para fortes resistências, isolamento e hiperespecialização.

De acordo com os autores, para que estas ações multidisciplinares se tornem efetivas há necessidade de estratégias e planos, que visem a harmonização da convivência para que esta não seja imposta, mas compreendida e desejada pelos profissionais. Na prática, o momento é de impasse, pois multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade existem em tese e como imposição de comando, mas não se concretizam, ainda, como prática planejada, efetiva e eficaz (OLIVEIRA; DORNELES, 2005).

Ainda segundo os referidos autores, uma verdadeira transdisciplinaridade não está nem mesmo no horizonte das instituições de saúde mental brasileiras. Este é um dilema fundamental no processo da reforma psiquiátrica, que depende de ações integradas (órgãos reguladores do ensino superior, programas universitários, instituições e serviços de atendimento) para cumprir sua missão de transcender as práticas manicomial e os territórios de dominação e poder estabelecidos entre as disciplinas que formam a saúde mental.

3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações

A importância do projeto terapêutico dos CAPS recai sobre a responsabilidade de que todo o trabalho desenvolvido em cada unidade deve ser realizado em um ambiente terapêutico. Isto significa que tanto os atendimentos individuais, grupais como a convivência no serviço tem finalidade terapêutica. Cada CAPS deve ter um projeto terapêutico, que leve em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais, as iniciativas de familiares e usuários e o território onde se situa, com sua identidade, sua cultura local e regional (BRASIL, 2004).

O CAPS Ponta do Coral conta com projeto terapêutico do serviço, o qual, segundo 75% dos profissionais que responderam ao formulário, foi planejado em equipe. Três profissionais referiram não saber sobre o planejamento em equipe por não fazerem parte desta a época.

O sistema atual de atendimento no CAPS Ponta do Coral difere da maioria do adotado pelos serviços desta natureza. Em geral, os CAPS realizam a assistência ao usuário

no modelo de TR¹⁶. O CAPS Ponta do Coral oferece atendimento sob a ótica da regionalização. Ou seja, como o serviço não é territorializado, é o único na modalidade, na cidade e no município, a equipe técnica foi subdividida em pequenos grupos ou mini-equipes de dois e/ou três profissionais, sendo cada uma destes responsáveis por uma das regionais, que é onde o usuário mora. Esta proposta foi pensada e implementada há quase dois anos, quando os profissionais identificaram dificuldades em atender no sistema de Terapeuta de Referência (TR) toda a demanda existente. Tal estratégia utiliza-se do sistema de divisão por regionais da Secretaria Municipal de Saúde. Ao total são cinco Regionais de Saúde, Leste, Norte, Sul, Centro, Continente, distribuídas espacialmente na área geográfica do município. Nestas regionais, foram implantadas, recentemente (a partir do final do ano de 2005 e início de 2006), equipes de atenção em saúde mental, compostas por um médico psiquiatra e duas ou três psicólogas em cada uma das Regionais de Saúde.

De acordo com o projeto terapêutico do serviço, as atividades desenvolvidas são: psicoterapia, atenção medicamentosa, atendimentos de emergência, grupo terapêutico, oficinas terapêuticas¹⁷, assembléia de técnicos, usuários e familiares, visitas domiciliares, articulação com entidade, programas e serviço, atividades de formação e pesquisa, reuniões de equipe, reuniões clínicas de casos¹⁸.

Conforme as determinações da Portaria GM/MS Nº 336/2002, a assistência prestada ao usuário no CAPS deve incluir atendimento individual, em grupo, atendimento à família, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades comunitárias, enfocando a integração do portador de transtorno mental na comunidade e sua (re)inserção familiar e

¹⁶ Este sistema de atendimento é desenvolvido na maioria dos CAPS e constitui-se do acolhimento da pessoa quando de sua chegada ao serviço por um dos profissionais da equipe. A partir daí é traçado um projeto terapêutico com o usuário e o profissional que o acolheu passará a ser uma referência para ele. O Terapeuta de Referência (TR) tem a responsabilidade de monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo as atividades e a frequência de participação. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, discutindo com o usuário e com a equipe técnica do CAPS (BRASIL, 2004, p. 16).

¹⁷ São oferecidas as seguintes oficinas: oficina de cerâmica, oficina de artes plásticas, oficina de mosaico, oficina de jogos, esportes e lazer, oficina de tapeçaria, oficina de trabalhos manuais, oficina da terra, oficina de jornal, oficina de velas, oficina de leitura, oficina de música, oficina brechó, oficina de teatro, oficina de formação política, oficina de fotografia. Destas, as oficinas de cerâmica, velas e mosaico são produtivas, ou seja, sua produção é comercializada. Cabe destacar que algumas oficinas podem estar em funcionamento ou não, em determinado período de tempo, de acordo com a disponibilidade de técnicos para acompanhar, de condições materiais para o funcionamento e da demanda de usuários.

¹⁸ A descrição e o objetivo de cada atividade pode ser consultado no Projeto Terapêutico do CAPS II Ponta do Coral (2004), ou a partir do projeto de Estágio curricular em Serviço Social de Stuari (2005).

social. A depender do projeto terapêutico de cada usuário, o CAPS poderá oferecer as seguintes modalidades de atendimento: atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo¹⁹.

Já com relação ao planejamento das ações, 50% dos profissionais consideram que este existe. Cabe lembrar que ao questionarmos os participantes da pesquisa sobre este fator, estamos nos referindo ao planejamento estratégico, aquele voltado para uma visão ampla, global e de longo alcance da organização/instituição, baseado na análise do contexto e com a finalidade de buscar alternativas de ação. No entanto, alguns dos entrevistados observaram estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação objetivo e sistemático dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declararam não existir processo de planejamento e avaliação das ações do serviço, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

As falas relacionadas a seguir demonstram o tipo de planejamento existente no CAPS e como este acontece.

Bom, o planejamento é feito mais ou menos assim: chega uma época do ano em que a Secretaria (SMS de Florianópolis) nos pede um planejamento e aí, geralmente isso é com uma semana no máximo de antecedência, é aquela correria, a gente monta um plano básico de trabalho etc., mas é muito mais pra cumprir a obrigação. A gente tem um projeto terapêutico que é amplo, que é do serviço todo, e a gente vai, com esse projeto terapêutico a gente vai ajustando as atividades e aquilo que a gente pretende alcançar, mas não há um planejamento muito formalizado, não há um processo de planejamento, até porque é tudo muito fragmentado, o que a gente planeja aqui, boa parte depende desse recurso financeiro, depende do apoio da Secretaria, que é sempre uma coisa incerta. Então, em termos de planejamento a coisa fica sempre muito precária. Em termos de avaliação é mais precário ainda, a gente não tem indicadores; novamente, no final do ano, aí a Secretaria pede um relatório do que foi feito, a gente faz um levantamento geral, mas ele é descritivo, ele não é avaliativo, a gente não sabe de fato quais são

¹⁹*Atendimento intensivo* – atendimento diário, oferecido à pessoa que se encontra em grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento semi-intensivo - nessa modalidade, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Este tipo de atendimento é oferecido quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento não intensivo – oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até 3 dias no mês. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário (BRASIL, 2004, p. 16).

os efeitos que a nossa intervenção produz; claro, a gente tem uma certa dimensão pelo contato direto com os usuários, fulano que não interna a tanto tempo, ou fulano que voltou a trabalhar, ou que resolveu pelo menos algumas coisas que eram mais complicadas na sua vida, isso a gente tem, mas não tem um processo de avaliação estruturado que nos permita dados com visibilidade maior (F, 12/4/2006).

Neste sentido, destacamos que, a nosso entender, a função planejamento deve orientar todas as ações no dia-a-dia das organizações. O planejamento é o processo de estabelecer antecipadamente a finalidade da organização/instituição, definir os objetivos e prever as atividades e os recursos necessários para atingi-los. Planejar é uma forma de pensar o futuro da organização/instituição, definindo o que fazer, como, quando e com recursos. Nesse processo, é importante considerar que as organizações/instituições estão inseridas num contexto constituído pela sociedade, pelo Estado e por outras instituições que influenciam suas decisões (TENÓRIO, 2000).

Alguns profissionais referiram-se, especificamente, ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, reuniões clínicas e na supervisão de equipe. Segundo estes, é na reunião de equipe mensal que se planejam mais as ações, estas entendidas como a definição dos grupos terapêuticos ou oficinas que vão ter, o objetivo e a finalidade destes, a demanda etc..

Mensalmente, a gente tem uma reunião de equipe, que tem um pouco esse objetivo, de planejar e avaliar o que é feito. Além dessa reunião mensal a gente tem dois outros momentos semanais, que é um na quarta-feira outro na quinta-feira, que a gente chama de reunião técnica, [...] mas isso se dá muito no cotidiano também, na assembléia geral do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Ele acontece em reunião de equipe, uma reunião mensal, a gente planeja grupos, planeja..., então.., acontece, primeiro tem uma reunião mensal da equipe e reunião duas vezes por semana, que são os estudos de caso; agora, a avaliação, acontece em reunião de equipe mais; o planejamento, por exemplo, como abordar um determinado caso, como ajudar, de como servir a família, o trabalho, é feito durante a semana nos estudos de caso, e nós temos a supervisão, que é um espaço que também acaba se fazendo uma avaliação, a supervisão de equipe (LÉLI, 4/4/2006).

Outras falas detalharam as conseqüências da falta de um processo sistemático de planejamento e avaliação das ações, inclusive fazendo análise dessa problemática em relação as instituições públicas em geral.

Eu acho que esse é um problema, acho que falta muito; por exemplo, se você esta aqui fazendo a avaliação da política a partir do olhar dos profissionais, eu, nesse momento, tenho tido muito incomodo diante da

necessidade que eu vejo de avaliar as ações, de avaliar os pacientes, e a gente não tem uma forma sistemática de fazer isso; por exemplo, a gente não tem um instrumento de captação do trajeto do paciente dentro do CAPS, a gente não anota algumas coisas, os prontuários também deixam muito..., as vezes a gente não faz registro nos prontuários e mesmo quando a gente faz ele não tem, assim, por exemplo, uma sistematicidade, o que é que eu vou enxergar, como é que eu vou ver se aquele paciente está melhor ou está pior depois que ele está aqui, então, a gente não tem esse instrumento; e, o planejamento, é feito um planejamento terapêutico com o paciente; o planejamento do nosso serviço é mais ou menos...., funciona, assim, com as oficinas, não é um planejamento rigoroso, a cada período a gente senta e reorganiza não, tem algumas diretrizes gerais, eu acho que em termos práticos falta muito dos dois lados, planejamento das nossas atividades, por exemplo, as vezes naquele roldão a gente vai fazendo, vai fazendo, e, também, a avaliação da eficácia, do que realmente aquilo está resultando pra vida do sujeito, se ele está realmente conseguindo chegar mais próximos desses lugares que a gente apregoa como princípios da saúde mental - autonomia, dessas coisas que a gente também fala: relação com o trabalho, relações, laços sociais; então, a gente não tem esse (instrumento de planejamento e avaliação), eu acho que falta (planejamento e avaliação) [...] Na verdade eu acho que esse é um problema das instituições públicas em geral, eu acho que tem uma grande resistência no Brasil a qualquer critério de avaliação, porque, esse discurso, a retórica da igualdade, ela exatamente vai na contramão de um processo meritocrático, ou seja, você avaliar também por mérito; você tem que criar esse tipo de instrumento; a prefeitura não tem, nunca teve uma avaliação nos anos que estou aqui que medisse o desempenho profissional, principalmente aqui, que a gente lida com pessoas que estão aqui pra se tratar, e a gente não sabe se a pessoa...., a gente vai olhando um caso ou outro; não existe um processo institucional de avaliação, nesse sentido (P, 17/3/2006).

Em geral, as organizações precisam de um processo de avaliação que realize uma revisão dos objetivos e metas alcançados e daqueles a serem atingidos. O planejamento e a avaliação são a oportunidade de fazer uma pausa e examinar a situação da instituição.

Não obstante, as políticas públicas no Brasil vêm se estruturando de forma descentralizada, com responsabilidades de organização e financiamento partilhadas entre a União, Estados e Municípios, cabendo a estes últimos a execução dos serviços de atenção direta à população. Deste modo, os processos de avaliação de serviços de saúde mental devem ocorrer no âmbito municipal. Segundo Dias (2002, p. 2)²⁰, este desafio coloca no debate o aspecto de como avaliar o funcionamento de um serviço de saúde mental, que está

²⁰ A autora realizou um trabalho de construção coletiva de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental junto aos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre; uma apresentação resumida dos resultados pode ser consultada em DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental.** In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

inserido num novo patamar conceitual e tem como tarefa não reproduzir uma prática de tutela, com ênfase na patologia, mas de incluir o sujeito portador de transtorno psíquico no planejamento e na execução das ações terapêuticas, numa nova relação que garanta a viabilidade do exercício da cidadania numa sociedade desigual. Ou seja, as dimensões de mudança conceitual, realidade social e política pública de saúde de âmbito municipal, tornam complexa a adoção de processos de avaliação.

A fala descrita na seqüência especifica o processo de planejamento e avaliação no que se refere a ação interventiva profissional no tratamento ao usuário, destacando que não existe um processo sistemático de planejamento e avaliação com relação as ações do CAPS.

O planejamento e a avaliação das ações do CAPS, eles acontecem só de uma forma muito primária ainda, nós temos [...] o planejamento e avaliação da ação do profissional a título de intervenção em relação ao usuário existe de três formas: primeiro, casos clínicos, que aqui nós fazemos reuniões de casos clínicos, quarta-feira das 8 às 9 horas e quinta-feira das 11h30min às 12h30min pra discutir a questão do caso clínico de pessoas; outra forma, construção de projetos terapêuticos ou revisão dos projetos terapêuticos na reunião da regional, cada regional, que são cinco, fazem suas reuniões pra discutir o planejamento e avaliar a vida dessa pessoa nas regionais, e a outra, especificamente do CAPS, a título de gestão, é a reunião de equipe, que você presenciou semana passada, aí é um outro momento de planejar e avaliar, porém, ressalvo, não se tem algo mais fidedigno, ou academicamente falando, que nos ampare pra fazer essa avaliação; então, é extremamente necessário nós termos supervisão, termos pesquisadores, que nos ampare no sentido de avaliar o serviço, avaliar nossa prática, avaliar a autonomia do usuário; a grosso modo nós temos, mas é muito de senso comum; então, precisa cientificar ou legitimar, regularizar, tornar mais fiel esse tipo de avaliação, a grosso modo temos, agora, com mais rigor, por escrito, não temos (GIRASSOL, 20/3/2006).

Sabe-se que a ausência de um processo de planejamento estratégico e avaliação sistemática comprometem a efetividade dos objetivos propostos. Conforme destaca Dias (2002), o cenário da Reforma Psiquiátrica requer tanto uma multiplicidade de respostas à sua plena implantação como para a avaliação de seus resultados. Contudo, é importante ressaltar que a especificidade das ações em saúde mental demanda a adoção de um método participativo, com o fim de superar o caráter unidimensional, comum em avaliações tradicionais.

A avaliação participativa já é uma exigência nas políticas sociais, decorrentes da pressão social pela garantia de acesso a bens e serviços públicos. Por analogia, a

construção de indicadores de avaliação também pode ser participativa, com a contribuição dos sujeitos inseridos na esfera municipal, responsável pela execução da atenção em saúde mental. Para a autora, apesar de certa reserva científica pela adoção desta sistemática metodológica, o seu valor está no alcance social de incluir os responsáveis pela execução de determinada ação, na sua construção e sistematização (DIAS, 2002).

3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento

Conforme já destacado neste trabalho os hospitais psiquiátricos são instituições representativas do modo asilar enquanto os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico de exercício das práticas de atenção psicossocial, do modo psicossocial.

O modelo de assistência do modo psicossocial destaca-se por seus meios básicos de tratamento (rede diversificada de serviços territorializados), e pela importância decisiva que se atribui ao sujeito na sua mobilização como participante principal do tratamento. Neste, considera-se o indivíduo como pertencente a um grupo familiar e social, o que supõe que se deve trabalhar, também, a família e o grupo social, como agentes das mudanças buscadas.

Já no modo asilar a organização institucional é marcada por estratificações de poder e saber, no âmbito das relações profissionais e da instituição, as quais transladam para a relação com os usuários e a população. Estes são excluídos de qualquer forma de participação, enquanto que no modo psicossocial, participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais.

Na pesquisa realizada, a maioria dos profissionais entrevistados referiu conhecer sobre a forma de atendimento no hospital psiquiátrico, seja por visitas, atuação profissional, contatos institucionais, relato dos usuários que estiveram internados.

No que se refere as diferenças no atendimento prestado pelo CAPS em relação ao hospital psiquiátricos, os entrevistados consideraram que existem diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência de um só discurso, o médico psiquiátrico do hospital e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial em contraposição ao tratamento igual para todos

das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Eu acho que é diferente em vários aspectos, primeiro, são essas diferenças que eu digo que são de base, sobre a Reforma Psiquiátrica e a função de um CAPS nesse processo de reforma. Existe por parte da maioria da equipe uma convicção de que a nossa função é evitar a internação e de uma certa maneira poder fazer substituição a essas instituições tradicionais; deslocar a centralidade do sistema pra um serviço aberto, que seja interdisciplinar, ou seja, onde você não tenha um discurso único dando a orientação, que no caso é o discurso psiquiátrico nas instituições (tradicionais); você tem essa multidimensionalidade então você pode compartilhar o discurso; em relação ao próprio atendimento, começa na forma do acolhimento, eu acho que o nosso acolhimento é bom, ele tem condições de receber a pessoa, de entender o que ela está procurando, o que ela está precisando, quais são as suas necessidades; a gente tenta de alguma maneira envolver família embora com dificuldades, mas a gente tenta e tenta principalmente manter a vinculação ou criar novos vínculos desse usuário; o projeto terapêutico que é individualizado também é outra coisa fundamental, que aí a gente quebra com a lógica tradicional de que todos recebem o mesmo tratamento, é a mesma medicação, são os mesmos horários, são as mesmas atividades pra todo mundo, não, a gente procura justamente ao levar em consideração essas características que são mais individuais, são mais singulares, a gente procura atender e levar em conta esses aspectos, então, isso pra mim já é muito diferente, além do que a gente procura o tempo todo ou minimizar ou quebrar mesmo a hierarquia, instituindo certas formas que evitam que a hierarquia se cristalize de maneira muito brutal, pra você não ter um deslocamento de poder dentro do serviço, que seja prejudicial pra todo mundo, igual no hospital (F, 12/4/2006).

A relação entre profissional e usuário foi destacada como diferencial por todos os entrevistados, conforme pode ser observado a seguir.

A relação entre o profissional e o usuário, pra mim, a maior diferença é essa relação interinstitucional ou interpessoal; é a forma como se dá, porque as ações também são diferentes, porque existem oficinas terapêuticas, existem os grupos terapêuticos, existem os atendimentos, mas esse modelo de atendimento pode também ocorrer numa outra instituição, ou mesmo num CAPS, mas se a relação de profissional e usuário não estiver pautada no respeito, uma relação sujeito-sujeito onde se possa esse serviço, obviamente, quando ele estiver num bom nível de participação, num bom nível de reabilitação, mas também..., o fundamental é isso, é estar pra além da instituição, estar pra relação do usuário com o profissional, e claro, o espaço também, o espaço físico tem que ter qualidade, a gente vê aqui um espaço super bom aqui no caso, as propostas de atendimento, como que são colocadas, como que é olhado esse usuário, esse usuário está junto no pensar da instituição, mas a cima de tudo assim, entender como cidadão de direitos, de respeitá-lo (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que tem um maior reconhecimento da condição subjetiva do paciente, acho que um certo respeito. Hoje, a Colônia Santana tem tido mudanças, tem uma política que também..., na verdade a política do Ministério também visa atingir as instituições mais asilares, os hospitais também estão mudando..., talvez seja mais lenta, aqui, a gente já chegou com uma outra perspectiva de trabalho; eu acho que a equipe toda, de forma geral, tem uma sensibilidade pra esse respeito pelo paciente, pelo outro, procura, na medida do possível, não estabelecer uma relação de poder; eu acho que aqui, por exemplo, a recepção é muito bem feita, os vigias também são pessoas que entraram no clima, assim, talvez já seja deles, mas entraram no clima do CAPS; acho que todos têm um compromisso com isso, um valor digamos; também, talvez seja deste CAPS, eu não conheço tantos outros CAPSs; eu acho que é uma relação diferenciada, na medida que você está aqui com esse objetivo de que a pessoa assuma a própria vida, contribuir para que isso aconteça; isso implica em ter pelo menos um respeito, um reconhecimento do outro (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p.10) destacam que o papel do técnico se transforma quando ele se coloca sob outros princípios; “se ele faz funcionar a tecnologia da doença mental, fortalece o dispositivo psiquiátrico. Mas, se transforma sua forma de intervenção, trabalha no sentido da desmontagem desse dispositivo”. Segundo os autores, isso significa pôr em funcionamento um dispositivo de desinstitucionalização e reinserir a complexidade dos problemas com os quais lida. Significa ainda abrir mão das interpretações da loucura segundo erro, incapacidade, inferioridade, doença mental, e potencializá-la como diferença, um modo diferente de relação com o mundo. Enfim, não usar o saber como técnica normativa, mas como possibilidade de criação de subjetividades. A técnica deixa de ser instrumento da violência quando a prática funciona como uma desconstrução da clínica.

As falas que seguem referem-se ao atendimento aberto e as possibilidades de escolha que o CAPS oferece em contraposição ao isolamento e segregação gerados pela internação hospitalar prolongada.

Em primeiro lugar o atendimento no CAPS é um atendimento, vou usar a palavra, aberto, ou seja, pra começar o usuário ele não fica internado aqui, mesmo se em algum momento tiver o CAPS III, é diferente. Ele vem, ele faz o trabalho dele, a sua terapia, durante o dia, e ele volta, quando, no caso tem família, pra casa; então, primeiro lugar a idéia do CAPS, o trabalho do CAPS não é segregar e isolar; quando o usuário vai para o hospital, eu acho que seja ele em qualquer campo da saúde, mas vai para o hospital e fica internado trinta dias, quinze dias, ele já esta sendo isolado do convívio com a família, do convívio social, ou seja, acaba perdendo progressivamente o contato com as pessoas e com o grupo social mesmo, e acaba sendo destituído das suas práticas pequenas, como desde pegar um ônibus, fazer sua comida, ir no

supermercado; no momento em que uma pessoa é colocada em um hospital e fica um mês, ele acaba perdendo o contato com essas mínimas..., não é nem com o mundo lá fora, mas com as mínimas coisas que ele teria em casa, na sua casa, enfim, ele perde tudo isso como se fosse realmente uma pessoa que não tem possibilidade nenhuma de fazer nem um café, enquanto o CAPS possibilita isso, acho que o CAPS ele, independente dos problemas que tem, acho que ele mostra que não, você ainda, apesar da sua crise, com a sua crise, com todas as limitações que as vezes um surto pode oferecer do ponto de vista cotidiano, você ainda pode fazer algumas coisas sim, como pegar um ônibus pra ir e voltar pra casa, fazer a escolha do seu planejamento terapêutico, vem aqui escolhe, em parte, o que gostaria de participar (LÉLI, 4/4/2006).

Assim, a possibilidade do usuário no CAPS de ter voz ela é muito maior do que nas outras instituições, as outras eu não vou generalizar, mas em algumas, as asilares, esses hospitais são.., enfim, crônicos até pela dificuldade mesmo de antes você pensar em ter outra alternativa que não a trancar e deixar lá e não tem medicação, não tem nada disso, estou falando de bem bastante tempo atrás, e isso ficou e se perpetuou, então, eu acho que a possibilidade do usuário aqui, no CAPS, nos CAPS, e até mesmo nos ambulatórios, acho que hoje em dia não é só CAPS que permite isso, é fazer parte como contribuinte do próprio tratamento, então isso é o que diferencia do paciente internado, vamos dizer assim, em São Paulo, no Vera Cruz, que é um hospital e tal, diferente de outros, tem algumas dessas internações que são diferentes, mas essa relação aí de profissional e usuário ela é mais aberta, é mais ampla, além do CAPS, especificamente, oferecer algumas possibilidades; então, a possibilidade de trabalhar em uma oficina, dessa oficina ter uma renda, que, assim, é um entrave no sentido que eles se sentem muito limitados e não só se sentem como eu acho que muitas doenças incapacitam mesmo, são incapacitantes, a esquizofrenia é uma delas, e é a nossa clientela aqui, a maior parte é de pacientes com esquizofrenia; a própria esquizofrenia já altera, vamos dizer assim, na cognição, na parte de planejamento, de você conseguir realmente se estruturar para trabalhar; tem umas pessoas que não conseguem nem ter o início, a iniciativa, ela é minada com a esquizofrenia, e aqui tem uma possibilidade, mesmo que essa possibilidade seja fazer oficina e ganhar uma renda, mesmo que, assim, seja só..., não é o valor que importa, é simbólico (J,22/3/2006).

O relato a seguir explicita epistemologicamente e em termos técnico-assistencial a diferença entre o modelo de atenção tradicional/hospitalar e o modelo de atenção psicossocial.

Primeiro, em relação a concepção da pessoa e em relação a concepção dos próprios meios de trabalho; na instituição psiquiátrica predomina o modelo manicomial/asilar como a gente chama, que daí vai olhar a pessoa enquanto doença, enquanto diagnóstico, aqui, no CAPS, a gente olha os seres humanos enquanto pessoas, enquanto a existência de um sofrimento, o que podemos fazer pra minimizar esse sofrimento da pessoa, então, essa é a primeira diferença que tem, quem é essa pessoa, que no modelo manicomial acaba sendo vista mais como diagnóstico, como um doente, isso que eu sempre falo, essa iatrogênia que o modelo

manicomial acaba inserindo na pessoa, você é um doente, vai ter que tomar remédio pra vida toda, e o máximo que você pode chegar é um portador de transtorno mental em recuperação, isso é uma das diferenças, outra é a própria concepção de saúde/doença que existe; as formas de organização dos dois modelos, são modelos diferentes, um é mais centralizado no psiquiatra, na instituição psiquiátrica, o no CAPS seria mais centralizado na equipe e, principalmente, nos usuários; a forma de relação com a clientela ou com o usuário, no modelo manicomial, é sempre uma relação hierárquica, de cima pra baixo, no CAPS, sempre uma relação, ou a gente tenta sempre ter uma relação horizontal; e a própria questão do que é bom ou não é bom pra pessoa, a pessoa tem que dizer o que é bom pra ela e, as vezes, no hospital, são os profissionais que já dizem o que deva ser bom pra ela, ou seja, a grande diferença que existe é: quem decide o que? No hospital as pessoas decidem sobre a vida da pessoa, eu acho que no modelo psicossocial é a pessoa que compartilha a decisão da sua vida (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme destaca Rotelli (1990), no manicômio (modelo/tradicional) a sociabilidade é reduzida a zero. A tutela, a internação tem a única finalidade de subtração das trocas, de estabelecer relações de mera dependência pessoal. Enquanto que a emancipação terapêutica (que se torna o objetivo substituto da "cura") só pode ser (cientemente) a mobilização de ações e de comportamentos que emancipem a estrutura inteira do campo terapêutico. Assim, o problema que se coloca aos novos serviços (CAPS) não é cura (a vida produtiva), mas sim a produção de vida, de sentido, de sociabilidade.

Neste aspecto, pode-se considerar a proposta basagliana de *colocar a doença entre parênteses* para assim direcionar o olhar ao sujeito em sofrimento e não à doença. Essa é uma questão fundamental, pois é o movimento de *tomada de responsabilidade* (DELL'ACQUA, 1992) individual e coletiva que se constitui como meio para a transformação institucional e para o processo de desconstrução. A cura cede espaço à emancipação, mudando a natureza do ato terapêutico, que agora se centra em outra finalidade: produzir autonomia, cidadania ativa, desconstruindo a relação de tutela e o lugar de objeto que captura a possibilidade de ser sujeito (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3 Participação do usuário e da família no tratamento

De acordo com as diretrizes da atenção em saúde mental do modelo psicossocial, o protagonismo dos usuários é fundamental para que seja alcançado o objetivo do CAPS de se constituir como dispositivo de promoção da saúde e da reabilitação psicossocial. Os

usuários e familiares devem ser chamados a participar das discussões sobre as atividades terapêuticas do serviço. A equipe técnica deve trabalhar de forma a estimulá-los a participar de forma ativa do tratamento e da construção de laços sociais. Entre os tipos de atendimento que o CAPS pode oferecer está o atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, de lazer com familiares (BRASIL, 2004).

Na seqüência deste item analisaremos as formas criadas pelo CAPS Ponta do Coral para envolver ativamente usuários e familiares no processo terapêutico, seja com relação ao projeto terapêutico individual, ao atendimento e a participação das famílias no tratamento.

3.3.1 Planejamento terapêutico individual

Conforme as determinações da política de atenção em saúde mental, cada usuário deve ter um projeto terapêutico individual, composto por um conjunto de atendimentos personalizado, que respeite as particularidades, necessidades de cada pessoa e proponha atividades durante a permanência diária na unidade e fora dela (BRASIL, 2004).

O atendimento no CAPS oferece projeto terapêutico de tratamento individualizado, o qual é pensado e avaliado com a participação do usuário. A fala relacionada a seguir detalha como acontece o planejamento do tratamento.

O primeiro passo desse projeto terapêutico ele é feito na entrevista inicial, que é basicamente a entrada desse usuário no serviço; então, a gente pensa uma programação mínima, levando em conta as necessidades, as condições, os limites e as capacidades do usuário e, quando a gente pode contar, com a família também. Além disso, uma vez por mês, [...] tem o encontro da Regional, e os usuários dessa Regional podem reelaborar o seu projeto terapêutico, a gente faz a revisão, a gente discute como é que está sendo esse projeto, se está sendo interessante, que ganhos, se está havendo ganhos ou não, se a pessoa está se sentindo contemplada de alguma maneira e tal, e aí a gente faz as alterações que a gente discute e acha necessário (F, 12/4/2006).

Com relação a forma como o usuário participa do processo de planejamento do seu tratamento, os entrevistados colocaram que é através da manifestação das preferências,

opções e desejos dele, dentro das possibilidades que o CAPS oferece. Nas falas relacionadas é explicitado qual a participação do usuário e do profissional no planejamento do projeto terapêutico de tratamento.

Quando o usuário chega no serviço, encaminhado de algum outro (serviço), ou de um hospital, ou de uma unidade local de saúde, ou por demanda espontânea é feito o acolhimento, onde a gente usa uma entrevista inicial pra fazer uma coleta de dados, ali resgata um pouco da história que o próprio usuário vai estar contando, e, então, nesse momento é feito o projeto terapêutico; inicia-se o projeto terapêutico, não que ele tenha que se esgotar nesse momento inicial; uma pergunta que a gente sempre faz pra ele é do que ele precisa, como a gente vai poder ajudar, então, a partir daí a gente oferece o nosso leque de atendimentos, o nosso projeto terapêutico do CAPS, e aí vai se construindo dessa forma (VIK, 24/3/2006).

Em geral a gente faz isso quando ele chega, na entrevista inicial, a gente pede pra que ele diga, a gente apresenta o que a gente tem; a gente pede que ele diga o que ele gostaria de estar fazendo, o que ele fazia, quais as preferências que ele têm, se ele não sabe, em algumas situações, a gente sugere que ele venha participar de algumas oficinas para ele, por exemplo, escolher; então, assim, é feito muito respeitando o desejo do paciente, o que ele gosta mais, as preferências dele; agora, se a gente vê que o paciente está muito ansioso, se ele precisa, a gente sugere um grupo terapêutico ou as vezes o atendimento individual; assim, não tem uma uniformidade, em geral a gente age assim (P, 17/3/2006).

Ele tem, esse projeto terapêutico, ele tem um primeiro momento, quando o usuário chega e faz a entrevista inicial é colocado com ele e oferecido, mostrado as possibilidades, o que o CAPS oferece em termos de terapia, desde grupos terapêuticos, atendimento individual e oficina, mas não é só oferecido, é também feito uma avaliação do técnico, o que ele pensa que, naquele momento, poderia estar ajudando aquele usuário, e é conversado com o usuário, muitas vezes acaba o usuário escolhendo tudo, escolhendo o que ele quer e o técnico tem pouca interferência, outras vezes o usuário quer algo que talvez naquele momento, por exemplo, atendimento individual, mas não tem vaga, não tem, os técnicos estão todos..., se tem alguém fazendo atendimento individual já não tem horário, então se entra em um acordo das possibilidades, dos desejos do usuário, e das possibilidades que o serviço oferece; isso é o primeiro momento, no segundo momento, ao longo do período do usuário aqui, vão tendo transformações, muitas vezes ele abandona aquele grupo ou oficina, que não era aquilo que ele achava que era bom, que ele gostava, abandona formalmente ou informalmente, simplesmente não vai, ou ele entrou em surto não veio mais, uma série de questões, então isso tudo é retomado, a gente tenta fazer a retomada na reunião das Regionais, reunião mensal, como é que está o tempo dele aqui, o que ainda se mantém fazendo, como ele está se sentindo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos entrevistados destacou que o projeto terapêutico de tratamento do usuário

é sempre pensado a partir da necessidade dele, o que ele traz de necessidade, o que ele traz de sonho, de vontade, de sofrimento, de

tristeza, então, o projeto terapêutico é sempre pensado, repensado, analisado, refletido, em cima da necessidade da pessoa (GIRASSOL, 20/3/2006).

É importante destacar que o planejamento do projeto terapêutico deve envolver o portador de transtorno mental como sujeito deste processo. A participação ativa do usuário na escolha do que fazer e na expressão de suas necessidades favorece a adesão e continuidade no tratamento, confere-lhe o exercício da liberdade de escolha e da cidadania. Neste processo, o ato terapêutico, quando não é mais fundado sobre a doença e não provém da autoridade médica, torna-se a própria organização coletiva, convertendo-se em *tomada de responsabilidade* e produção de subjetividade (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral

No plano teórico, a relação da família com o portador de transtorno mental é construída a partir do alienismo, como produto da sociedade moderna/burguesa. No interior desta perspectiva concentram-se dois entendimentos polarizadores: “o da família ameaçada pela eclosão da enfermidade, portanto, sofrendo suas conseqüências ou causadora da emergência do transtorno mental, assim culpabilizada por sua etiologia” (ROSA, 2002, p. 139). Historicamente, o segundo entendimento foi o que prevaleceu na maioria das abordagens teóricas na área da saúde mental, com uma relativa diminuição nos anos 1970, seguido de uma complexificação da compreensão do grupo familiar e de sua dinâmica, a partir dos avanços teóricos da leitura feminista e marxista. “Contemporaneamente, a inclusão do grupo familiar nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental; a assunção de sua condição de parceira e co-responsável dos serviços e a exigência de constituição de uma nova pedagogia institucional em sua abordagem atravessam a construção de uma nova relação entre o louco e a sociedade” (ROSA, 2002, p. 139).

Nesta direção, um dos objetivos do CAPS é incentivar as famílias a participar do cotidiano do serviço. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas importantes para o trabalho dos CAPS. Eles podem participar de diversas maneiras, incentivando o usuário a se envolver no projeto

terapêutico, participando diretamente das atividades do serviço, nas reuniões, assembléias, nas associações de usuários, técnicos e familiares, trazendo dúvidas, sugestões. A participação pode acontecer tanto nas atividades internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. (BRASIL, 2004).

A Portaria /GM nº 251/2002 constitui-se como mais um dispositivo na mudança das relações entre os serviços de saúde mental e a família à medida que prevê, no desenvolvimento dos projetos terapêuticos, o preparo para o retorno à residência/inserção domiciliar e uma abordagem dirigida à família no sentido de garantir orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento.

O atendimento aos familiares é uma das formas para que as famílias participem, conheçam o trabalho dos CAPS e passem a se envolver ativamente no processo terapêutico. Neste sentido, a família ganha visibilidade como protagonista, parceira dos serviços e co-responsável no provimento de cuidados do portador de transtorno mental.

Além disso, o avanço dos conhecimentos e entendimento de que os fenômenos humanos comportam uma multiplicidade de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos e éticos, inter-relacionados entre si, possibilitou mudanças na assistência às pessoas em estado de sofrimento psíquico. Essas puderam ser compreendidas na totalidade de sua condição existencial. E, o sofrimento, antes tomado apenas como algo individual, passou a ser visto como parte de um contexto onde outras pessoas estão envolvidas e também merecem cuidado e atenção.

No CAPS Ponta do Coral, na sua maioria, os profissionais afirmam que existe atendimento familiar, com ressalvas de um deles que referiu não existir atendimento familiar sistemático e outro que observou que existe atendimento familiar individual. As falas relacionadas expressam de que forma a família participa no tratamento do seu membro no CAPS.

A família participa não como uma preconização ou uma exigência do serviço; o que eu tenho visto é que a família participa aqui no CAPS na medida em que há uma necessidade, quando há necessidade do serviço conversar com a família ela é incluída, quando há uma necessidade da família pelo serviço ela procura, mas não é uma rotina todas as pessoas que vem aqui a família ser atendida, as vezes o usuário não quer saber da família, as vezes a família não quer saber do usuário e assim sucessivamente, ou seja, a família participa na medida que temos a clareza da necessidade, mas não é uma prática oficial do serviço (GIRASSOL, 20/3/2006).

Alguns casos sim, em alguns casos eles vem para a reunião mensal da Regional, ou vem para uma consulta com a psiquiatra, ou vem pra trazer o usuário que não consegue ainda vir sozinho, mas é muito restrita a

participação da família, normalmente ela vem mesmo quando a coisa está apertando, quando o usuário surtou, não está conseguindo segurar, quando ele está já nas últimas (LÉLI, 4/4/2006).

Os profissionais que afirmam a existência da participação da família no tratamento explicitam como esta acontece e como se dá o atendimento no serviço, observando o cuidado que existe em atender a família e o usuário juntos.

Sim, tem alguns usuários que vem acompanhado de familiares, as vezes nós chamamos a família, quando existe necessidade, e isso acontece assim no cotidiano, conforme realmente surge a necessidade; geralmente há uma relação muito conflituosa entre o usuário e família, geralmente o familiar mais próximo, referência mais próxima e aí a gente intervém, mais ou menos com dois objetivos, assim, um de pensar essa relação conflituosa, o que pode ser negociado aí pra viverem melhor, pra ter mais qualidade de vida nesse ambiente, que moram juntos, e o outro pra poder então capacitar, colocar elementos pro familiar sobre o tratamento, sobre os transtornos mentais, pra que ele possa ser um cuidador também, o que ele é, pra que ele possa se qualificar; então, uma outra coisa que eu penso é que esse atendimento familiar ele sempre tem que privilegiar a participação do usuário porque fica complicado falar do usuário sem ele estar presente (VIK, 24/3/2006).

Sim, a família participa, claro, na medida de cada caso; em geral, assim, a gente tem a disponibilidade de atender a família, então, muitas vezes, precisa de o paciente vir com a família em várias situações, e esse atendimento é dado; o grupo de família, também está tendo o grupo de família, as vezes é dado (o atendimento) a família daquele paciente; mas sempre a gente tem o cuidado de receber a família e atendê-la junto com o paciente, nunca assim..., não gerar essas fantasias perseguitórias por parte do paciente “tá falando o que de mim”; isso é mais ou menos quase uma regra aqui no CAPS, a gente atende junto com o paciente (P, 17/3/2006).

Os trechos das entrevistas relacionados a seguir descrevem as formas criadas pelo CAPS para oportunizar a participação da família no tratamento. Alguns profissionais referiram-se a um grupo de famílias que chegou a ser iniciado, mas que pela falta de adesão e outras dificuldades não funcionou mais.

Um pouco assim, o acolhimento na segunda-feira é um espaço que a família pode participar junto com o usuário pra relatar como é que foi o final de semana e pra relatar e como estão as atividades no CAPS; o outro espaço são as reuniões das Regionais de equipe, fora o trabalho individual, que, assim, eu acabo chamando muitas vezes, eu quero atender você na presença de um familiar, as vezes você precisa até forçar nesse sentido, de que a família compareça, faço cartinha, mando e aí atendo em consulta individual, mas não em grupo, não é uma abordagem psicoterápica, é mais no sentido de psicoeducação do que de terapia (J, 22/3/2006).

[...] existe um planejamento pra se atender família, um grupo de familiares a serem atendidos por psicóloga [...]; então, as formas criadas para oportunizar a participação da família é justamente quando ela vem, acompanha, que é aberto para os familiares participarem das oficinas junto com o usuário, então, sempre tem essa oportunidade e grupos específicos pra famílias que estão se tornando real (GIRASSOL, 20/3/2006).

É mais ou menos como eu te falei; então, assim, as vezes a gente chama pra um atendimento individual, e também ela participa dos eventos acontecidos aqui no CAPS, promovidos pelo CAPS, de festas, geralmente o dia nacional da Luta Antimanicomial, quando a gente comemora, que faz uma confraternização, as festas sempre tem a presença de familiares também, festa de natal, festa junina (VIK, 24/3/2006).

As reuniões das Regionais por exemplo, uma vez por mês, e tem alguns técnicos que fazem reuniões com as famílias, discutindo, por exemplo, aquele usuário em que a família está implicada diretamente, tem problema com a família, então chama a família pra trabalhar; já teve grupo de família, mas foi fechado porque as pessoas ficaram um tempo, mas as famílias, segundo as técnicas que fizeram, muito pouco se apropriavam, vinham, se utilizavam desse espaço (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre este aspecto, cabe destacar que o deslocamento do eixo da compreensão do problema individual para o familiar/social, que tem como consequência o acolhimento da família como uma unidade que necessita de cuidado tanto quanto o paciente individual, pressupõe um novo olhar sobre as possibilidades das famílias para enfrentarem suas crises e atuarem como suporte terapêutico. Nessa perspectiva, se impõe a necessidade de não só reconhecer o atendimento ao grupo familiar, mas de oferecer uma atenção singular que leve em conta, por um lado, as especificidades de cada família, considerando a história, a estrutura, a dinâmica, bem como a inserção desta no contexto social. Por outro lado, deve-se avaliar a realidade e as possibilidades das famílias para usufruírem das formas de atenção que lhes são propostas (MIOTO, 1998, pp. 25-26).

Nesta direção, dois dos participantes da pesquisa identificaram como uma das dificuldades em realizar o atendimento familiar, a falta de profissionais qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades, conforme pode ser observado nas falas a seguir.

A maior dificuldade que eu vejo é que não existe ninguém capacitado aqui dentro para lidar com a família, é claro que, assim, eu faço um atendimento com o usuário a família vai estar junto eu vou estar explicando, mas quando você vai pensar em trabalhar com a família, trabalhar no sentido psicoterápico, isso não existe, agora informar a família, tentar com que a família faça parte do planejamento, a gente

tenta e incentiva, estimula que eles venham nas reuniões das Regionais, mas o que eu percebo, assim, a equipe ela é muito pequena pra dar conta de tudo, então a maioria das vezes o paciente chega, a família está ali fora, mas todo mundo tem a sua atividade, estão todas na oficina e isso me sobrecarrega muito porque eu tenho que dar conta de tudo, inclusive da família que chegou, do atestado que está faltando, e a família que quer saber porque que o remédio..., mas não existe um espaço pra ela, não existe um espaço que acolhe a família (J, 22/3/2006).

Profissionais qualificados, eu acho que necessita de profissionais que tenha um pouco mais de experiência, de conhecimento pra estar lidando com família, que toda a família tem sempre os seus nós górdios, tem sempre questões de fundo, que as vezes precisa de um certo conhecimento, experiência pra estar lidando com isso; até que ponto é vítima ou réu, então, acredito que profissionais que tenham experiência, que tenham a qualificação teórica, [...] possa estar oportunizando uma melhor relação no atendimento CAPS com família, então, a qualidade do profissional para estar realizando essa participação (GIRASSOL, 20/3/2006).

Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que é um transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, foram relatados pelos profissionais.

Acho que tem uma junção, eu acho que tem uma coisa primeiro que é o entendimento, a família, muitos familiares, querem deixar o usuário aqui, e querem fazer sua vida, até por questão de sobrevivência; o que eles alegam muito é que eles precisam trabalhar, então não pode faltar ao trabalho uma vez semana pra poder estar aqui porque mesmo que tenha atestado pra poder estar aqui, acaba perdendo o trabalho, não tem como justificar; e a outra questão é o próprio entendimento de que é na família o espaço em que o usuário pode ser tratado, porque a idéia de tratamento é uma idéia também que se direciona, que acaba sendo entendida como médica, hospitalar ou clínica, ou então, agora tem o CAPS; e o lugar de tratamento, digamos tratamento como restituição, como reinserção, também é na família (LÉLI, 4/4/2006).

É, chega um momento que as vezes de fato a relação se esgota, assim, são tantos conflitos, são tantas brigas, tantas dificuldades de convivência, de relacionamento, que já vem desde a infância, que chega em momentos quando, geralmente, o usuário tem as primeiras crises, isso gera um isolamento, assim, o usuário fica isolado nesse ambiente, nesse contexto familiar, realmente é muito difícil; as vezes tem uma mãe muito controladora e que aí o usuário não quer muito aproximação do serviço com essa referência porque o serviço passa a ser então um lugar de acolhimento pra ele que ele não tinha até então, porém, a gente busca a família, pra que a família possa cumprir essa função da referência (VIK, 24/3/2006).

Neste sentido, deve-se considerar que no contexto brasileiro, pela própria ausência ou precariedade da intervenção estatal por meio das políticas públicas de corte social, a família torna-se a principal garantidora da reprodução da força de trabalho. As famílias, para suportar, todas as funções que lhes são atribuídas e enfrentar as situações de risco social, buscam dividir com o Estado o encargo dos cuidados com seu ente enfermo. Mesmo assim, configuram-se, para elas, condições deficitárias de atendimento, em particular no caso da atenção em saúde mental (ROSA, 2003, p. 192).

Na seqüência, o entrevistado realiza uma análise das várias situações singulares e sociais que envolvem as dificuldades do serviço, das famílias e dos usuários, em realizar um tratamento integrado na relação usuário/família/CAPS.

Então, também envolve vários aspectos, eu vou apontar alguns; assim, em primeiro lugar, a gente vê que boa parte das famílias vê o CAPS como um lugar pra poder deixar o seu familiar, é um lugar onde ela não vai precisar cuidar dele durante um certo tempo, então, eles até participam de algumas entrevistas iniciais, hoje, por exemplo, eu tenho uma (entrevista inicial) que a pessoa veio sozinha, não veio família; é bastante freqüente que venha o usuário sem acompanhante familiar algum, esse é um aspecto, a família de uma certa maneira toma o CAPS como um lugar pra deixar o seu familiar, nós por outro lado, não criamos estratégias pra fixar essa família, pra trazer essa família mais perto; tem um grupo de família que funciona de maneira meio irregular, mas que a gente vê cada vez mais a necessidade de tornar isso algo mais organizado, poder atender a família, a gente faz o acompanhamento com família, geralmente, quando há um pedido específico ou do usuário ou da própria família, aí a gente procura fazer, mas é mais individualizado, é uma questão mais individualizada, e há também, por parte dos usuários há o desejo de que a família não participe, isso ficou muito evidente na organização da associação, que é uma associação de usuários, familiares e técnicos, e quando a gente estava organizando a associação, toda vez que se falava na participação dos familiares havia uma certa resistência por parte dos próprios usuários que os familiares participassem; a gente entende isso como uma maneira de buscar uma certa autonomia, uma certa distância dessa família, que é, as vezes, bastante complicado de fato tê-los muito próximos, aí precisa de um outro tipo de abordagem, não dá pra incluir, como a gente fazia no início por exemplo, a gente fazia grupos de usuários e familiares, mas a família atrapalhava mais do que ajudava nesses grupos, aí a gente resolveu começar a separar, deixar o espaço específico para o usuário, porque a família vinha e tomava o espaço, e falava, e ficava reclamando da pessoa, do que ele não fazia, de todas as dificuldades etc..., então, a gente achou melhor botar um pouco uma barreira, botar um filtro ali pra que tivesse espaço do usuário e que ele pudesse aproveitar isso da melhor maneira possível (F, 12/4/2006).

No entanto, cabe destacar que, numa visão mais abrangente e totalizante, a família é entendida, no cerne das condições de reprodução social do portador de transtorno

mental, como um sujeito que procura reconstruir relações cotidianas, criar novos sentidos, manter e fortalecer laços de sociabilidade. É percebida, positivamente, em suas possibilidades, potencialidades e recursos, como elemento fundamental à manutenção do poder contratual, à autonomia e à emancipação do portador de transtorno mental (ROSA, 2002, pp. 152-153).

As falas relacionadas a seguir apresentam a compreensão dos entrevistados com relação às possibilidades da participação da família no tratamento, e as dificuldades do CAPS em realizar esse tipo de atendimento. Um deles argumenta que o acompanhamento à família é essencial para minimizar os efeitos da convivência com o portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Acho que o atendimento familiar assim como ele pode ter dificuldades ele também pode te ajudar um monte, então, assim, tem os dois lados, as dificuldades eu acho que é porque também ele vai estar trazendo, vai sobrecarregando com mais, digamos assim, mais queixas, vai estar trazendo.., as vezes nem está relacionado ao usuário os problemas e as situações, embora eu acredito que na maioria das vezes ela ajuda, ela ajuda porque é que está convivendo com o usuário lá fora o tempo inteiro, que tem mais os dados, quem pode inclusive, ah! ele está muito sedado, vamos tirar esse remédio, esse remédio só faz mal, então, a família se ela não é bem orientada ela acaba, assim, tentando fazer o bem ela acaba fazendo o mal pro paciente, ah! não aquela atividade lá, ficar só batendo palminha, musiquinha, aquilo lá não vai ajudar você, é melhor eu.., vou te colocar de novo na escola porque se não você não vai trabalhar nunca, então todas as ansiedades da família, que se elas forem bem trabalhadas o usuário só tem a ganhar, agora, as dificuldades é: um espaço em que essa família seja acolhida, que ela seja realmente trabalhada e uma equipe, a formação, alguém com formação pra fazer isso, isso não tem (J, 22/3/2006).

Eu acho que o acompanhamento com a família ele é extremamente necessário pra elaborar a imagem que essa pessoa acabou deixando pra essa família; a família ela ainda tem uma imagem, ela tem o imaginário social em relação o que ela de repente produziu; então, há uma necessidade de se ter um acompanhamento com os familiares pra estar elaborando as relações, o dia-a-dia que ela tem com o portador de transtorno mental; as vezes se investe muito em acompanhamento com usuário e não se investe muito no acompanhamento com a família, a família está sobrecarregada, tem que se discutir a questão dos encargos familiares, porque as vezes ter um portador de transtorno mental junto com a família é extremamente estressante, e as vezes a família acaba colocando o portador de transtorno mental no hospital pra descansar, porque as vezes é complicado, tem um portador de transtorno mental que canta o dia inteiro, ou que não dorme durante a noite, dorme de dia, ou que quer ver televisão a todo momento, ou que fica conversando com a vizinhança a todo o momento, tem o portador de transtorno mental que com o seu sofrimento incomoda muito a família, então, tem de haver um profissional articulado ou apaziguador ou que provoque alguma

resolução nessa prática; [...] se não dá pro portador de transtorno mental morar com a família então que se haja (encontre) um espaço harmônico, mas a família tem que ser acompanhada sim (GIRASSOL, 20/3/2006).

Entre as dificuldades que os profissionais identificam na (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e estigma da loucura, ainda presentes no imaginário social das pessoas. Relacionamos na seqüência as respostas dos entrevistados, nas quais é expressa a relação com alguns dos aspectos enfrentados no cotidiano da vida dessas pessoas, em suas relações com a família, as instituições e a sociedade.

Em primeiro lugar a dificuldade de a família compreender o que a pessoa tem, pelo que ela passa, muitas vezes, a idéia é de que é um vagabundo, que o cara não quer trabalhar porque é vagabundo, não quer fazer nada só quer ficar em casa fumando, na frente da televisão porque é vagabundo; então, tem essa dificuldade de poder dar ou ter um certo olhar pra essa pessoa, pra esse usuário que não seja esse da discriminação; tem também o medo, o medo de que essa pessoa venha cometer algum crime, que é um pouco o mito da loucura, é o que envolve o mito da loucura, de ser alguém que é imprevisível e violento, o mito da loucura está muito marcado por isso, muitas vezes a família vem contaminada por isso, eu atendo uma mãe, por exemplo, que apesar de ser uma pessoa que contribui muito, mas ela tem medo do filho, ela tem medo, e ela reconhece isso, diz isso claramente, ela tem medo, agora menos, depois de um tempo isso está começando a se flexibilizar, ela está começando a entender um pouco diferente, mas ela tinha muito medo do que esse filho poderia fazer com ela, então, isso é algo que é bastante comum, mas isso é uma dificuldade; o outro aspecto da resistência é a idéia de que ele se tornou uma pessoa inútil, o usuário se tornou uma pessoa inútil, porque ele não pode trabalhar, que nunca vai fazer nada a não ser ficar como um louco, ficar como uma pessoa que não pode assumir responsabilidades, que não contribui, o aspecto financeiro é um problema; o Programa de Volta pra Casa não resolve isso integralmente porque ele é destinado pra pessoas que estão no mínimo há dois anos internadas, então, aqueles que não tem internação prolongada não têm acesso a esse recurso, então, ele passa a se tornar um peso econômico pra família e aí todos os outros problemas que são decorrentes disso (F, 12/4/2006).

Muitas vezes ele acaba sendo o membro da família rejeitado, ele tem o quartinho dele no fundinho. Bom, eu acho que é o próprio estigma de ter um doente mental, tem ah ele é doente mental, deixa ele quietinho lá porque se não ele vai incomodar, vai surtar, vai xingar e, que vergonha, aí os vizinhos; então, é o estigma do usuário, do paciente com transtorno mental, como muitas famílias não entendem elas tem até crenças de que isso é o demônio, isso é um castigo, ou é porque ele era uma pessoa ruim na vida passada, então, vem com mil, vamos dizer assim, explicações, que só atrapalham e impedem que aquilo seja encarado como..., ok isso aí é uma doença, e como é que a gente vai

fazer pra ajudar e tratar isso; então, os conhecimentos, a ignorância nesse sentido, [...] uma parte eu acho que seja pelo próprio desconhecimento do que é um transtorno mental, e do estigma de que o louco é o que rasga dinheiro e, enfim, isso dificulta, e aí quando você não tem um suporte pra dar à essas famílias aqui dentro, você só reforça lá fora esse estigma; então, claro, a pessoa chama a atenção da população, os pacientes que conseguem lá fora trabalhar e não ficar só dentro do CAPS, então, as oficinas que possam vir a dar renda, que elas sejam trabalhadas lá fora, até pra lá fora você convive com eles, percebe que eles não são os loucos que rasgam dinheiro, saem quebrando tudo e matando todo mundo, esse é o medo da população e acaba sendo o medo da família (J, 22/3/2006).

A questão da diferença do “louco” para o “não louco”, que na sociedade capitalista, é determinada pela relação produtivo/não produtivo, ou seja, aquele que detêm poder de consumo e aquele que não tem poder de consumo, também foi expressa pelos profissionais entrevistados como uma das dificuldades para a (re)inserção social do portador de transtorno mental, na família e na sociedade.

Eu acho que os limites do usuário; tem a coisa do preconceito, da loucura, ele, o usuário, ele não é alguém produtivo na família, ele não leva dinheiro pra casa, ele, ao contrário, ele só gasta, ainda tem que buscar remédio, ele dá mais trabalho ainda, ele não é produtivo, de maneira geral, então, isso já agrega um preconceito maior ainda, além de ter o preconceito da loucura, de ser..., enfim, alguém que tem uma “deficiência”, alguém que é muito dependente, ainda tem isso, então, ele não soma nada à família a não ser o incomodo; daí, geralmente, é uma mãe que até acolhe, ou pai, por questões afetivas, mas sempre está lidando com esse limite do usuário; tem famílias que não querem, tem muitas famílias carentes que não querem mais um problema, e quando a pessoa, então, saiu da família, que foi internada, e ficou um longo tempo fora, a família já se estruturou de forma a não contar com aquele usuário, então, já não conta mais com ele, passou três, quatro, cinco meses, aí vem uma pessoa trazendo toda uma dependência e que não é somar, ou as vezes as próprias crises dentro de casa, então, é difícil um cara que faz xixi no chão, um cara que toma um café e deixa sua xícara, um cara que quebra, que uma vez por mês quebra tudo, que bate nas pessoas dentro de casa, ninguém tem essa tolerância, tem que ser mais de uma pessoa pra suportar e, as vezes, uma pessoa, que é a mãe, suporta, mas os outros irmãos não entendem, não conseguem lidar com a questão, que é difícil mesmo, o nível de dependência, os limites, o risco que, enfim, pode correr o usuário (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Rosa (2003, p. 192), a família, apesar de procurar dividir com o Estado as demandas de cuidado do portador de transtorno mental, ainda é o principal agente responsável pelo seu provimento. Para implementá-lo, na divisão sexual do trabalho do grupo doméstico, seu ônus recai sobre a mulher. Todavia, diferente das demais

enfermidades, o transtorno mental se particulariza pelo fato de seu portador não se reconhecer como enfermo e por seu prognóstico figurar como uma incógnita, sem ter uma temporalidade previsível. Desta forma, em geral, o provimento de cuidados e o tratamento tornam-se impositivos para o portador de transtorno mental, que pouco colabora conscientemente no seu processo de recuperação. Por sua vez, o provedor de cuidado, com frequência a mulher, mãe, tem que ter uma disponibilidade de tempo, periódica ou indefinidamente, para exercer o seu papel. E, para satisfazer as necessidades individuais do portador de transtorno mental e as exigências de sua enfermidade, a mulher, mãe tem seu espaço de vida invadido, seus projetos de vida obstruídos pelas necessidades de prestar cuidado.

3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares

No contexto da Reforma Psiquiátrica, as organizações de usuários, técnicos e/ou familiares tem cumprido um importante papel na mudança do modelo assistencial em saúde mental, participando ativamente das discussões sobre os serviços e promovendo atividades que visam maior inserção social, geração de renda e trabalho e a garantia de direitos sociais. Essas associações constituem-se em importante instrumento de promoção da saúde e da cidadania de todos os envolvidos (BRASIL, 2004)

O CAPS Ponta do Coral conta com uma associação de usuários, familiares e técnicos. Apesar de estatutariamente estar prevista a participação e filiação de familiares e técnicos, atualmente, na prática, esta se tornou, efetivamente, uma associação de usuários. Em gestões anteriores, já teve em sua diretoria a participação de técnicos do serviço. Atualmente, dois técnicos acompanham as atividades desta, mas a diretoria da gestão atual (2006) é composta somente por usuários.

Com relação a participação dos usuários no planejamento das atividades do CAPS, os profissionais referem que esta acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, realizada semanalmente, na qual são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Contudo, os entrevistados observam que

existem dificuldades em realizar um processo de planejamento das ações do serviço, seja por particularidades dos usuários, seja por limitações e/ou problemas institucionais.

Assim, existem alguns espaços em que essas ações são tomadas em conjunto, a assembléia dos usuários, aqui é feita de terça-feira, em que é discutido desde a limpeza, o lanche, qual é o próximo passeio, o que vai ser de reunião, o que está sendo feito, quais são os informes em relação a saúde mental, em relação a congressos, encontros, comissões. O que eu percebo é que embora isso seja estimulado há pouca, baixíssima, aderência e quando há, em geral, são daqueles mais saudáveis no sentido de que de repente nem seriam usuários CAPS, mas eu acredito que isso seja também o próprio sintoma, de a dificuldade de lá fora conseguir um emprego, a dificuldade de iniciar uma atividade, iniciar um curso, é também pra se engajar na própria luta deles; o que eu percebo é que a família, em geral, quando pega isso vai adiante, os usuários tem poucos estímulos próprios, vamos dizer, pra continuar, pra se manter; então, na reunião da Comissão Ampliada²¹, aí participa um, mas depois a semana que vem já não vem; então, são poucos os que realmente conseguem dar conta, eu coloco a palavra no sentido de ser capaz para, tem essa dificuldade, eu acho que é própria condição (J, 22/3/2006).

Então, a gente procura estabelecer parcerias com a associação porque tem muitas coisas que pelo fato de a gente estar submetido a um organograma e a hierarquia, e aí os limites do serviço público, a gente não pode fazer; por exemplo, a questão da venda do material das oficinas, isso é algo que o CAPS não pode assumir, por conta mesmo da legislação que impede a gente de fazer esse tipo de atividade; então apesar de ter uma participação grande, o material vendido é o material das oficinas do CAPS, mas quem faz essa tarefa é a associação, é a associação que se encarrega da venda, de levar o material, de receber dinheiro etc.; além disso a associação se tornou efetivamente uma associação de usuários, apesar de o estatuto dela prever a participação e filiação de familiares e técnicos ela é uma associação de usuários na prática, e como articuladora de um projeto político e de reivindicação dos direitos do usuário dos serviços de saúde mental, como um instrumento pra viabilizar inserção no mercado de trabalho por exemplo, parece que são essas as funções da associação; com os usuários o que a gente tem é uma assembléia semanal onde são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; esse aspecto do planejamento da atividade ele de fato não tem a participação dos usuários até porque nem nós, como te falei no início, o nosso planejamento também é meio caótico, assim, a gente não tem um processo organizado de planejamento pra um ano ou mesmo pra seis meses, então, aí os usuários não chegam a participar desse planejamento, eles participam sim da discussão do funcionamento que é na assembléia,

²¹ A Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental (CPASM) é uma instância do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, criada através da Resolução N°1/CMS/2006, cuja finalidade é assessorar o plenário do conselho no que compete a formulação, implantação, implementação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas, ações e projetos em Saúde Mental, assim como prestar assessoria técnica ao gestor municipal. A CPASM é constituída por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde, e usuários e familiares da saúde mental (nota da pesquisadora).

que é toda semana, e aí se trata das coisas do dia-a-dia, é mais cotidiano (F, 12/4/2006).

A presença e participação dos usuários nas discussões e no planejamento das ações pertinentes à saúde mental vêm se ampliando progressivamente nos últimos anos. O processo de inserção inicia-se com o protagonismo dado ao sujeito na definição de seu projeto terapêutico, estende-se na organização de associações e na representatividade destas nos fóruns deliberativos (Conselhos de Saúde, Conferências, Comissões de Saúde Mental), e na participação em eventos científicos e espaços de militância política pertinentes à área da saúde mental. Essa é uma das formas em que a condição de cidadão dos portadores de transtornos mentais é resgatada. Segundo Rodrigues (2005, p. 80), “a participação política e militância de usuários e familiares em instâncias deliberativas ganham efetividade quando politicamente organizados”.

Neste sentido, a construção coletiva do protagonismo requer a saída da condição de usuário-objeto e a criação de formas concretas que produzam um usuário-ator, sujeito político. Isso vem ocorrendo através de inúmeras iniciativas de reinvenção da cidadania e *empowerment*, como atenta Vasconcelos (2000b), por meio de intervenções via associações de usuários ou de cooperativas sociais, ou ainda da participação política de tais atores nos mais importantes fóruns sociais de formulação de políticas da área, tal como nos conselhos de saúde e comissões de saúde mental.

Nas falas que seguem, os participantes da pesquisa destacam as dificuldades encontradas na organização, na articulação e no funcionamento da Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral²², bem como seus objetivos e principais lutas políticas por direitos.

Assim, eu acho que os usuários têm esse espaço da assembléia junto com os técnicos. É um espaço interessante, onde eles podem estar opinando, mais do que o da associação; o da associação é muito mais difícil de levar adiante; eu também já fiquei um tempo ajudando a associação, já fui até, uma época, da própria gestão, da própria diretoria, e a gente tem

²² Importante estudo sobre a Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral foi realizado por Rodrigues em dois trabalhos: RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral: desvelando sua significação**. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004; e RODRIGUES, J. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

que estar puxando muito como técnico, parece que deixar por conta deles a coisa não anda e, as vezes, a gente vê que fica mais um desejo nosso de que as coisas aconteçam do que deles; então, a assembléia pelo menos é um espaço que eu ainda acho que se consegue ter uma presença, agora a presença dos familiares no planejamento é muito pequena, poucos que vem, vem um ou outro, pai de alguém; dos usuários, eu acho que é mais nesse espaço da assembléia que acontece (P, 17/3/2006).

Os usuários, nós temos a assembléia dos usuários; então, na assembléia se discute algumas questões, por exemplo, as vezes o planejamento, funcionamento da casa, por outro lado nem tudo é discutido na assembléia, [...] tem uma atuação limitada, ela não é totalmente participativa. A associação, ela tem histórias de altos e baixos; teve momentos que a associação tinha uma diretoria, mas ninguém participava, não se articulava; tem momentos que a associação se integra mais, quando ela se integra a coisa fica também mais rica; nós temos aproximação, por exemplo, na questão do vale transporte, as reivindicações, sobretudo do vale transporte, de veículos pra passeio, pra participar de um evento, muito mais do que planejamento das ações, digamos assim, mais no sentido de luta por direitos e reivindicações (LÉLI, 4/4/2006).

A associação de usuários possui cinco objetivos: controle social, ajuda mútua, suporte mútuo, defesa dos direitos, geração de renda; em cima desse objetivos a associação realiza seu movimento e sua luta. Em termos do papel dos usuários no planejamento das ações do CAPS seria discutir esses objetivos em relação ao CAPS. Hoje, o que acontece, a associação de usuários acaba discutindo um pouco mais controle social; ela expressa a representatividade dos usuários na luta social, na dignidade humana, e também na geração de renda; outra coisa muito importante que a gente fala é a luta contra o preconceito, então, a associação ela participa mais nesse sentido, controle social, geração de renda e luta contra o preconceito no CAPS; esse é o papel dos usuários, realizar o controle social, participar da geração de renda e a luta contra o preconceito; a luta contra o preconceito significa realizar teatro, levar pras Academias, levar pra comunidade, mostrar que a história do louco no imaginário social das pessoas ela é transformada, pode-se reverter isso, e isso se reverte com música, cultura e arte (GIRASSOL, 20/3/2006).

O papel da associação no planejamento, é porque assim, a associação ela não é o CAPS, ela é uma entidade separada, a assembléia é uma assembléia geral do CAPS, é um mecanismo facilitador da participação dos usuários e técnicos na gestão do serviço; a associação é uma entidade, sem fins lucrativos, que foi criada e pensada pra que os usuários e familiares se organizem pela luta da política, pela luta da implantação da política de saúde mental, pela luta dos direitos, pela luta da implantação da Reforma Psiquiátrica, pela melhoria do serviço, então, assim, a associação ela caminha, mas ela é muito nova e aí se é muito nova tem uma estrutura um pouco frágil, então assim, a tua pergunta é se ela participa das ações do CAPS, ela participa sim, tem um elo de participação aí, tem um canal de participação, mas é frágil, é muito frágil, eu penso que é muito frágil porque aparece pouco (VIK, 24/3/2006).

Rodrigues (2005, pp. 81-82) destaca que as associações de usuários, enquanto dispositivos, possibilitam uma atitude política que oferece visibilidade ao usuário como ser cidadão e não apenas como portador de um transtorno. Segundo o autor, quando o usuário passa a ver, sentir, e ver sentido em suas ações associativas, sua prática organizativa torna-se efetiva e com empenho. Por isso, as associações precisam desenvolver estratégias mais amplas de adesão, visando revigorar seus quadros associativos. Nesta direção, a profissionalização e formação política dos dirigentes é vista como uma possibilidade para estimular a participação.

A compreensão das associações civis como relacionadas e condicionadas pelas associações políticas leva ao entendimento de que há uma sinergia entre a sociedade civil e a democracia política. Segundo Fleury (2004), a dimensão cívica da cidadania diz respeito à condição de inclusão ativa dos cidadãos à comunidade política, compartilhando um sistema de crenças com relação aos poderes públicos, à sociedade e ao conjunto de direitos e deveres que são atribuídos ao status de cidadão. Como dimensão pública dos indivíduos a cidadania pressupõe um modelo de integração e de sociabilidade, que transcende os interesses egoístas do indivíduo no mercado, em direção à uma atitude generosa e solidária.

A fala a seguir relaciona algumas dificuldades cotidianas vivenciadas na e pela associação de usuários do CAPS Ponta do Coral. Apresenta algumas possibilidades de atuação deste tipo de organização da sociedade civil, tanto com relação a parcerias com outras entidades, para o desenvolvimento de ações que visem a profissionalização e inserção no mundo do trabalho, quanto no processo de politização e conscientização de seus usuários com relação aos direitos de cidadania.

Eu acho que ela tem um papel relevante, a dificuldade é de incrementar esse papel relevante; os familiares vêm muito poucos; bom, talvez a gente não esteja também instigando, muitas vezes a gente convida, mas eu acho que, também, as vezes, falta um pouco de investimento da equipe para que os familiares estejam mais no CAPS; agora, a associação poderia fazer muitas coisas, desde convênios para cursos com esses órgãos que a gente tem, SENAI, SESC; poderia tentar uma penetração, mas isso seria uma outra realidade a ser criada; cada vez que entra uma gestão nova, a gente diz quem sabe agora; desde as pequenas coisas, até divulgar a lojinha aqui, é difícil, a gente uma vez fez uns folders pra distribuir aqui na vizinhança, uma vez a gente tentava vender as verduras que produzia, não conseguia muito, conseguia ali, vendia uma ou outra; agora em termos de espaço de fazer política eu acho que ela tem um peso, deveria realmente crescer, por mais que as pessoas tenham dificuldades; eu acho que tem que continuar existindo, tem que continuar batalhando para que eles possam estar assumindo um pouco

mais esse papel político, essa conexão com outras instâncias da sociedade; por exemplo, na questão até de trabalho, de poder a associação também ajudar nessa abertura de espaços de trabalho; teve uma vez que tentaram no Angeloni (supermercado), depois quando souberam que era portadores de transtorno mental não quiseram; eu acho que a gente precisava mostrar um pouco pra sociedade o que é o paciente psiquiátrico; assim, através desses recursos, não dá pra esperar vamos pra mídia, porque, assim, tem umas coisas que são boas, ótimas, mas são meio ideais, a gente tem que tentar começar com essas pequenas coisas que pode fazer: divulgar a lojinha, sei lá, fazer um contrato lá com o CIC pra fazer cursos, por exemplo, de pintura, coisas que são mais próximas da realidade exequível (P, 17/3/2006).

Para Rodrigues (2005) dois aspectos são importantes para compreender as dificuldades de falta de adesão e continuidade na participação dos membros da associação. Um deles refere-se aos elementos motivadores para a participação. Neste caso, é preciso considerar que a prática política de militância possui seus campos de conflito e tensões, que dentro da especificidade da loucura pode não conferir uma participação freqüente. O outro relaciona-se ao significado da associação na vida dos integrantes. Muitos usuários vêem a associação como possibilidade de geração de recursos financeiros, haja vista que o fator trabalho/vínculo empregatício é algo marcante na vida dos portadores de transtornos mentais, em decorrência de a maioria não possuir fonte de renda própria.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacaram o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário.

A primeira delas é a questão do controle social, a associação tem potencialmente essa função, não só dentro do serviço, mas também nas outras instâncias, conselho municipal de saúde, conselho local, aqui em Florianópolis estamos organizando uma Comissão Permanente, que é consultiva do Conselho Municipal de Saúde, é uma comissão de saúde mental, no estado (SC), a gente tem o Colegiado de Políticas Públicas e Atenção Psicossocial, que tem representação dos usuários; então, novamente, na questão da defesa dos direitos, na questão do resgate da cidadania, as vezes nem é resgate porque o cara nunca teve cidadania alguma, mas da possibilidade de instituir um certo nível de cidadania; eu vejo que a possibilidade de o usuário poder participar politicamente é algo que tem um efeito sobre a sua dinâmica, como tem efeito sobre a dinâmica de qualquer um que descobre um dia que tem essa possibilidade de participar politicamente, da vida política, e pro usuário de saúde mental isso muitas vezes é uma descoberta que representa uma guinada muito grande na sua vida, então, vamos dizer assim, tem um efeito terapêutico, um efeito clínico nesse sentido, além, obviamente, dos

efeitos políticos que isso representa, mas, mais individualmente tem esse efeito, da articulação com as outras pessoas, enfim, tem uma terapêutica aí que é função, mesmo que não reconhecida, mas é função das associações (F, 12/4/2006).

O principal papel das associações é não tornar que os serviços se tornem manicômios; a associação é a vida, é organização, é luta, é enriquecimento, é sentido de vida; tenho escutado muito de pessoas que tiveram suas vidas arruinadas que quando passaram a militar em associações de usuários passaram a ter um sentido de vida, passaram a conceber a razão da sua existência em vida; então, a principal importância das associações é não deixar que o serviço se torne manicômio, é tornar o serviço um pouco mais rico, com mais vida, é organizar a questão política, é falar em nome dos próprios usuários; então, a importância das associações de usuários é levar a boa nova aos CAPS, levar a boa nova aos serviços de saúde mental, levar a boa nova do modelo psicossocial, ou seja, discutir o controle da loucura, ou seja, a maior importância das associações é levar a discussão da liberdade, liberdade e dignidade dos portadores de transtornos mentais (GIRASSOL, 20/3/2006).

Além do tratamento e dos serviços, eu acho importante que a associação possa se fortalecer enquanto movimento popular de luta pela Reforma Psiquiátrica, que os usuários possam se conscientizar dessa importância de estarem articulados, lutando pela implantação da política, da política de saúde mental sob esse novo paradigma da Reforma Psiquiátrica; eu acho que essa é a maior importância, acho que essa é a maior tarefa da associação; claro que isso se reflete na micro política institucional no próprio CAPS; a associação vai estar lutando, a nossa associação aqui, por exemplo, já lutou pelo próprio vale transporte dos usuários, de ir até a secretaria (Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis) conversar com o secretário e reivindicar enquanto essa democracia representativa dos próprios usuários, técnicos e familiares; pela própria manutenção desta casa na época que houve a questão da construção da via de acesso ao Hospital Infantil, existia um projeto da outra via passar também por aqui, os usuários batalharam que essa casa se mantivesse aqui, que o CAPS se mantivesse aqui e conseguiram; então, acho que essa luta maior de articulação que exige uma consciência política dos líderes que estão na associação, dos usuários como um todo, é que é a grande tarefa da associação, só que isso se faz num trabalho de formiguinha, num trabalho miúdo (VIK, 24/3/2006).

Cabe destacar que o controle social compreende a participação da população na perspectiva da interferência na gestão da política pública de saúde, colocando as ações e serviços na direção dos interesses da comunidade e estabelecendo uma nova relação entre Estado e sociedade. Conforme Correia (2002, p. 212), controle social “é a atuação da sociedade civil organizada na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam às demandas e aos interesses das classes subalternas”.

A III CNSM ressalta a importância do controle social, através dos mecanismos já existentes (Conselhos, Conferências e Comissões de Saúde Mental, organizações da

sociedade civil e movimentos sociais), como forma de garantir o avanço da Reforma Psiquiátrica. Os indicativos da Referida Conferência destacam que o controle social deve constituir-se com a representação dos três segmentos – usuários, familiares e profissionais de saúde, na perspectiva de induzir uma ação de acompanhamento da construção das políticas municipais, estaduais e nacional de saúde mental. As Comissões de Saúde Mental em ação conjunta com os Conselhos de Saúde devem exercer seu papel de controle e fiscalização das políticas públicas, o que inclui o orçamento e a destinação de verbas para a saúde mental, em todos os níveis (BRASIL, 2002a).

A ação da sociedade civil e dos movimentos sociais é ressaltada visando a garantir que os programas de saúde mental não sofram descontinuidade por ocasião de mudanças de gestão administrativa e/ou política. Para tanto, devem ser criadas estratégias para a viabilização de maior envolvimento dos diferentes atores sociais com as questões da saúde mental. Entre estas, destacamos o papel das associações de usuários, técnicos e familiares e dos núcleos estaduais e/ou municipais do movimento da luta antimanicomial, na gestão dos serviços e na fiscalização das práticas de saúde mental (BRASIL, 2002a, p. 142).

3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia

A desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial são dois dos pressupostos teórico-epistemológicos orientadores das práticas assistenciais indicadas na e pela Reforma Psiquiátrica. Tendo isso em conta, perguntamos aos participantes da pesquisa se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas para a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referiram que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras.

As falas relacionadas na seqüência explicitam a percepção dos entrevistados sobre a questão e indicam algumas possibilidades que, segundo eles, poderiam favorecer o desenvolvimento de ações de reabilitação psicossocial.

Em parte sim, em parte; eu acho que como a gente não tem um sistema de avaliação a gente não consegue medir isso muito bem; a nossa intenção é essa, o que não quer dizer que as nossas ações consigam de fato alcançar; acho que a gente poderia fazer mais, a gente poderia ter uma articulação mais intensa e mais constante com outras instituições, com outros sistemas de atenção, além claro da própria rede de saúde, que não existe; em Florianópolis a gente não tem rede, até está se formando, dá pra dizer que está se formando, mas não funciona como rede ainda, efetivamente não funciona; a gente tem pouco contato com a atenção básica, com o PSF, que seria um parceiro importante, a gente tem pouco contato com os outros CAPS também em termos de troca, enfim, com outras instituições de saúde, então, acho que a gente ainda continua isolado, e aí pensar em reabilitação psicossocial com essas condições é um pouco mais complicado; a gente vê alguns efeitos, que a gente mede pelo usuário em si, que é o fato de que ele consegue evitar internação, que ele consegue muitas vezes voltar a trabalhar, sua participação nas oficinas passa a ser bastante diferente, enfim, mas são coisas que a gente não tem um instrumento pra avaliar (F, 12/4/2006).

Eu penso que sim, apesar de que hoje o programa de saúde mental não conta com uma rede completa de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, então, assim, a gente tem essa dificuldade; se existisse isso de forma mais estruturada, de forma mais incrementada seria mais fácil a reinserção social; por exemplo, a gente não tem leitos psiquiátricos no HU, um hospital geral, que já tem um ambulatório de psiquiatria, poderia ter um serviço de emergência, facilitaria, evitaria internações, um mercado protegido, um projeto de geração de renda também não temos, não temos os CAPS territorializados ainda, então, tem uma série de dificuldades colocadas aí que impedem essa reinserção social num tempo menor do que acontece hoje; acho que hoje o tempo que o usuário fica dentro do CAPS ainda é muito grande por conta de a gente não ter essa rede completa, que possa dar esse suporte extra CAPS. [...] eu não sei se isso acabaria institucionalizando, de certa forma sim, mas assim, isso está na pauta, e se isso está na pauta não está institucionalizando, você entende o que eu quero dizer? isso está sendo falado pro próprio usuário, isso está sendo dito pra ele, olha tu já está aqui muito tempo, o nosso objetivo pra ti, nosso projeto terapêutico pra ti seria de tu poder estar fazendo isso, isso e isso lá fora, então assim, não diria institucionalizado porque talvez institucionalizado seria quando a gente não se desse conta disso, ah não isso está rolando, o usuário está aqui há anos, ninguém está fazendo nada, continua na mesma, aí sim estaria cronificando, mas acho que não nesse sentido, de que isso está na perspectiva, a gente está querendo a inserção, a gente está querendo a rede extra hospitalar, a territorialização dos CAPS, só que a gente não tem uma série de elementos necessários pra fazer a reinserção, a política, o programa de saúde mental, aliás ele está sendo implantado, incrementado muito mais agora recentemente (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que sim, mas muito pouco ainda; elas se encaminham, elas têm como ideal, elas desejam, mas na prática isso é muito pouco feito; eu vejo que nesse CAPS a equipe acaba estando muito fragmentada porque faz milhões de coisas também, desde a parte administrativa, parte clínica, oficina, se divide; eu acho que deveria ter a equipe como um todo trabalhar nisso, mas ter também grupos de atuação, como a gente

chama de atuação local, então, ainda para o que necessita está muito pouco assim, muito aquém [...] A primeira proposta começaria via Regionais, nas Regionais; por exemplo, as pessoas iriam para os seus bairros, ver qual é a possibilidade, as possibilidades que existem pro usuário se inserir, mas não só a Regional, poderia ter um grupo mesmo, sair com o usuário, fazer a coisa mais concreta, ela é feita, mas é feito muito pontualmente (LÉLI, 4/4/2006).

Em geral sim, mas tem alguns pacientes que, por exemplo, circulam no CAPS e que não tem nenhuma indicação de estar no CAPS, então ele acaba sendo um lugar de institucionalização ou de capsização. Tem isso; isso acaba acontecendo, mas em geral não é isso; em geral eu acho que todas as nossas ações, o que a gente discute em equipe é até a tentativa de diminuir essa dependência, esse vínculo de dependência, que em algum momento ela pode ser muito importante, mas em outros ela é excessiva e acaba aprisionando o paciente dentro do CAPS, e aí o CAPS passa a ter o mesmo papel e a mesma função do hospital; e como isso é o que eles conhecem, esse repertório é o que se conhece, é mais fácil de se acostumar com ele do que ter uma nova postura, uma postura de que, não, aqui eu vou tomar conta do meu tratamento, eu vou lá fora procurar o que é meu...; não, (o usuário) acaba esperando, ah o que você falar está bom, e aí essa atitude bem passiva, que ela é muitas vezes muito cômoda pra todos nós em muitos momentos, pra uns mais que outros, essa atitude de comodismo, de esperar, é ótimo, e aí isso acontece, acaba acontecendo, embora as práticas, elas tem a idéia de que não seja voltada pra isso; não é o objetivo, mas a gente observa que as vezes é falho (J, 22/3/2006).

Essa pergunta é muito difícil [...]; eu acho que não mudou muito meu olhar, a gente tende a sustentar a institucionalização, a gente não consegue dar alta, o paciente não consegue ter alta, não consegue sair; assim, digo um paciente que realmente talvez esteja até mais comprometido com esse tempo aqui, tem paciente que está aqui desde o início; eu acho que a gente acaba reforçando um pouco isso por mais que a gente tem o desejo de que fosse o contrário; existe uma certa comodidade pro paciente também, aqui ele tem atenção, ele é aceito, não tem assim uma grande briga por ele ficar aqui; então, isso me preocupa muito, eu fico pensando: é uma contradição porque ao mesmo tempo que o nosso trabalho é voltado pra isso parece que a nossa ação acaba revertendo o contrário; a questão da cidadania, a questão da construção de outros laços, criação de outros espaços, eu acho que é muito precária ainda [...]; por isso que eu acho que a gente precisa também de ter formas de avaliação dos pacientes, muitas vezes fica assim um exemplo ou outro que você tem, aquela pessoa foi, está lá trabalhando, talvez ela não tenha também construído um elo tão pesado, tão forte com a instituição, que ela já veio, ficou um tempo, saiu, voltou a fazer outras coisas da vida; eu acho que a gente ainda está institucionalizando mais do que desinstitucionalizando [...] (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p. 14) observam que um dos caminhos mais importantes para o qual aponta a desinstitucionalização é o da criação de novas relações com a loucura. Estas se processam a partir da mudança das relações institucionais internas e de

desmontagem dos dispositivos da clínica e da psiquiatria, mas certamente não se restringe a isto. Novas subjetividades e um novo lugar para o sujeito louco só são produzidos em relação com o social. O trabalho de desconstrução da institucionalização, necessariamente, extravasa o contexto institucional específico, atingindo seu objetivo mais amplo de questionamento das instituições e subjetividades capitalísticas, a desconstrução como transformação cultural. Para os autores, através do trabalho no campo social a desinstitucionalização atinge seu sentido mais abrangente, como processo social amplo e complexo de participação popular, territorialização dos serviços, envolvimento de diferentes atores sociais, e mudança da relação social com o fenômeno da loucura.

Sobre este aspecto cabe destacar que a desconstrução do paradigma da institucionalização e a construção do paradigma da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial envolve um conjunto de ações teórico-epistemológicas e de práticas assistenciais, amparadas por um sistema jurídico-político capaz de criar e garantir direitos aos portadores de transtorno mental. De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (1987), a reabilitação psicossocial é o conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários (OMS 1987 apud PITTA, 2001).

Nesta direção, a formulação da política de saúde mental, orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais nos campos da educação, cultura, habitação, assistência social, esporte, trabalho, lazer e a articulação de parcerias com universidades, Ministério Público, organizações não governamentais (ONGs), visando a melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania do portador de transtorno mental (BRASIL, 2002a).

Com o objetivo de saber se existem e identificar quais são as práticas de reabilitação psicossocial desenvolvidas no e pelo CAPS Ponta do Coral, perguntamos aos participantes da pesquisa se existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer. Do total de profissionais que responderam ao formulário, a maioria (66,7%), disse não existir, dois referiram não saber responder, e dois destacaram que existem. Dentre os que responderam que não existem tais práticas, um observou não ter conhecimento, oficialmente, das parcerias, um deles destacou que existem poucas e de acordo com o planejamento terapêutico do usuário, e um outro disse que tem em momentos específicos, mas não de forma contínua. Entre os que

responderam que sim, um referiu-se a experiências muito pontuais como por exemplo o uso da quadra de esportes próxima, e outro identificou parcerias com fundações municipais e estaduais de cultura.

Neste aspecto, os indicativos aprovados na e pela III CNSM ressaltam a necessidade de se priorizar, no âmbito da assistência em saúde mental, políticas que fomentem a autonomia dos portadores de transtornos mentais, incentivando o exercício da cidadania plena. Devem-se buscar parcerias entre o poder público e organizações civis para o desenvolvimento de projetos sociais e comunitários, de geração de renda e de acesso a todos os direitos, que possam funcionar como apoio na (re)inserção social destas pessoas.

No estudo realizado, perguntamos aos profissionais se as práticas assistenciais desenvolvidas no e pelo CAPS possibilitam ao usuário a construção de sua autonomia. Os entrevistados destacaram a necessidade de refletir conceitualmente sobre o que seja a autonomia do portador de transtorno mental, como avaliar a autonomia da pessoa. Referiram que, em geral, o serviço consegue cumprir com a função de estimular o usuário à conquista de sua autonomia.

A questão é discutir o que é autonomia, eu sempre parto do princípio de que autonomia não é independência, autonomia na verdade é a possibilidade de a gente poder ampliar as dependências, que é a vida de todo mundo, ou seja, eu pra viver eu dependo de um monte de gente, um que paga meu salário, outro que falo aqui, outro com quem eu me ligo afetivamente, enfim, eu dependo de uma porção de gente e isso me dá autonomia porque eu posso depender de muitas pessoas e de muitas instituições, muitos sistemas; o problema do usuário de serviço de saúde mental, paciente psiquiátrico é que ele, geralmente, depende ou das mesmas pessoas ou das mesmas instituições, ou seja, a capacidade de autonomia dele está muito reduzida porque ele não tem como circular socialmente, ele ou está sempre dentro de casa ou de casa pra uma instituição, seja ela o CAPS ou hospital psiquiátrico; então, pra mim autonomia é isso, é essa possibilidade de você ir ampliando os vínculos pra que você possa depender de muitas pessoas ou de muitas coisas ou de muitas instituições porque afinal de contas, em última instância, essa autonomia tomada como independência ela é imaginária, ela é irreal, não existe; então, eu acho que a gente consegue isso, a gente consegue ampliar a autonomia dessa maneira, primeiro porque o CAPS acaba se tornando um centro de convivência, então, o efeito imediato é que a pessoa deixa de ficar sozinha ou só com a família e passa a conviver com outras pessoas, esse é o efeito imediato, passa a ter outras relações que muitas vezes se desdobram, saem daqui, as pessoas fazem programas juntos fora, pinta relacionamentos amorosos ou só relação sexual, que seja, mas enfim, é uma oportunidade nova que o cara não tinha, encontrar alguém mesmo que seja só pra transar, então, isso já é um ganho também, já implica na ampliação de autonomia; eu vejo que muita gente aprende a lidar com o serviço público, aprende a correr atrás dos seus direitos, aprende a lidar com outros serviços de saúde, passa a

procurar o posto de saúde onde mora ou passa a ir pegar medicação em tal lugar sozinho, por conta própria etc.; eu acho que a gente consegue essa função, a gente consegue autonomia nesse sentido, mas pode ser melhor, na medida que a gente tiver uma rede, que a gente se inserir nessa articulação com outras instituições, com outras instâncias, a gente consegue fazer isso de maneira mais eficaz (F, 12/4/2006).

Em alguns casos sim, eu acredito que alguns casos quando não há uma limitação interna eu acho que sim, que é possível, através até da participação nas oficinas, nos grupos terapêuticos, da adesão ao tratamento médico; muitos conseguem realmente; passaram por um episódio, uma crise, conseguiram ficar bem e voltar para as suas atividades diárias, eu acho que quando eles aderem ao tratamento, quando há essa adesão, quando eu digo ao tratamento é ao projeto terapêutico deles, e não tem uma limitação, vou colocar entre aspas “uma seqüela” da própria doença muito forte, há essa possibilidade; em alguns outros casos eu acho que é difícil, assim, não é tão fácil medir isso, o que, quem melhora, quem não melhora, aquele que consegue voltar, aquele que não consegue, as vezes alguém que tem até uma doença mais incapacitante consegue, outros não, depende, depende do apoio que ele tem, do externo, da família, ou da própria sociedade, da comunidade em que ele é inserido, isso tudo faz diferença, que tem o background do que ele era antes, isso também faz a diferença, ele consegue resgatar; quando já não se tem muito o que resgatar aí fica mais difícil trabalhar; é individualizada essa resposta, mas eu acredito que em alguns casos sim, consegue essa (re)inserção de uma maneira muito boa e gratificante para os dois, pro usuário e para os profissionais (J, 22/3/2006).

[...] dependendo de como o serviço é gerido, dependo de dentro de que política de saúde mental esse CAPS está inserido, ele pode ao invés de estabelecer uma autonomia, mesmo que ele tenha uma boa vontade de estabelecer autonomia, ele acaba tornando a pessoa mais dependente ainda do serviço; então, é uma grande armadilha a construção da autonomia, não só especificamente pro CAPS Ponta do Coral, mas pra todos os CAPS que eu tenho visto; então, a gente volta novamente na questão da avaliação, novamente na discussão dos termos, eu acho que a questão dos conceitos ela tem que estar muito clara, o que significa cada conceito, eu sempre tenho batido muito nisso; o que é autonomia? É a pessoa ter minimamente condição de governar a sua própria vida, gerir sua própria vida, Ok! a gente estimula a pessoa a fazer isso, trabalha nesse sentido com a questão da autonomia, agora, quais são os parâmetros que nós vamos utilizar pra avaliar essa autonomia, isso a gente não tem muito claro ainda, acho que necessita; então, o CAPS possibilita autonomia, mas ao mesmo tempo não tem uma análise crítica [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Não obstante, cabe-nos destacar que a compreensão sobre autonomia que orienta este trabalho refere-se “a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente”. Neste caso, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas

relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001, p. 57).

As falas relacionadas a seguir destacam como o atendimento no CAPS Ponta do Coral possibilita a construção da autonomia do usuário.

Eu acho que em formas gerais sim, na relação que os técnicos tem com o paciente; agora, as vezes, a gente tem uma postura muito assistencialista em muitas situações, um assistencialismo que acaba prendendo o paciente, institucionalizando; são situações, eu acho que as vezes a gente repensa sobre elas, não foi bem por aí, mas, assim, eu vejo as pessoas contando a história do CAPS, teve muitas experiências que foram positivas também, que chegaram a um resultado, assim, sem muito recurso, sem muito com que contar fora da própria equipe, fizeram coisas que são surpreendentes em relação a tantos pacientes; eu acho que essa maneira de você poder dar voz, poder valorizar aquilo que a pessoa faz, consegue fazer em uma Oficina por exemplo, eu acho que essa é uma maneira de você conferir uma posição mais sujeita, mais ativa mesmo (P, 17/3/2006).

Sim, eu acho que sim, só que eu acho que a gente possibilita em alguns casos, não tem uma história linear de possibilitar a todos, eu acho que tem um projeto de possibilitar, mas isso não acontece o tempo todo, porque também isso não é uma via de mão única; hoje, eu já fui mais ingênua em relação a isso, muitas vezes uma pessoa que ficou trinta anos, vinte anos no hospital psiquiátrico, eu não sei mais se ele quer ter mais autonomia, muitas vezes ele quer, não quer; se a gente entender autonomia como trabalhar, seja em qualquer lugar, com uma bolsa trabalho, entender autonomia como decidir ir final de semana para uma praia, autonomia como ir ao supermercado, escolher o que vai comer, até certo ponto sim; por exemplo, se tenta até que muitos usuários saiam no final de semana, a gente na reunião das Regionais combina que eles possam ir, no final de semana, para um passeio, e eles não vão, eles ficam em casa, só vão se o técnico for, no dia de semana; então, acaba ficando um outro processo de não autonomia; então, a luta, a intenção é que isso se dê de outra forma, que também não fique dependendo do CAPS; existe uma construção pra isso e isso acontece, em certa medida acontece, mas ainda não como gostaríamos, porque nós também temos uma idealização de autonomia [...] alguns casos tem sim, vão até um certo ponto da autonomia que é possível pra pessoa, e outros vão mais além, outros regridem (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre as possibilidades de construção da autonomia do portador de transtorno mental, Kinoshita (2001, pp. 56-57) considera que a contratualidade do usuário, primeiramente vai estar determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Estes podem emprestar seu poder contratual para possibilitar relações e

experiências renovadas ao usuário, através de seu prestígio, de sua delegação social, do saber reconhecido pela sociedade. O referido autor destaca que aos profissionais é dada a capacidade de elaborar projetos, isto é, ações práticas que venham a modificar as condições concretas de vida do usuário.

A entrevista citada na seqüência relaciona a construção da autonomia do usuário a ações que envolvem outros serviços e outras políticas sociais como uma possibilidade para que o portador de transtorno mental adquira sua independência econômica. No caso, a profissional refere-se a Política de Assistência Social, através do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Outro recurso financeiro que pode ser acessado pelos egressos de internações psiquiátricas prolongadas é auxílio reabilitação psicossocial instituído com o Programa de Volta Pra Casa, através da Lei Federal N° 10.708/2003.

[...] um outro elemento pra isso (autonomia) são os usuários que estão totalmente desprovidos de qualquer recurso material que conseguem o BPC e isso garante autonomia porque ele tem o mínimo pra poder dar conta das suas necessidades materiais; então, muitas vezes, ele está numa condição muito vulnerável e aí passa a poder comprar aquilo que ele deseja, minimamente, porque é muito pouco o valor, mas consegue algumas coisas e isso garante essa autonomia, porque as vezes ele fica na família, fica sendo aquele peso que só incomoda, que não tem recurso financeiro nenhum porque ele está fora do mercado de trabalho mesmo, então, aí o benefício da previdência social também é um elemento de autonomia e de reconstrução da cidadania, mas entre todos esses outro que eu falei, do próprio material que ele tem contato na oficina terapêutica que ele consegue produzir algo; aquele usuário que é egresso do hospital psiquiátrico de polireincidência nas internações que consegue produzir uma peça bonita e que essa peça é vendida e que depois recebe o dinheiro dessa venda, também confere autonomia, confere cidadania, auto-estima (VIK, 24/3/2006).

Entendemos que a possibilidade de ter recurso financeiro próprio favorece sim a independência econômica do portador de transtorno mental, possibilitando-lhe uma vida com maior autonomia. Contudo, conforme destacou a entrevistada este é só um dos elementos que compõem o rol das necessidades humanas. A reabilitação psicossocial é um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia (KINOSHITA, 2001). Neste sentido, reabilitação e construção da autonomia caminham lado a lado.

3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental

A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos entrevistados como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista jurídico-política dos direitos do portador de transtorno mental.

Eu acho que hoje a gente já tem uma rede assistencial muito mais capacitada e quantitativamente significativa; no Brasil já são 800 CAPS; o fato de que tem recurso financeiro do Ministério da Saúde destinado, especificamente, à saúde mental, isso facilita a criação do serviço no município; em termos das modificações em relação ao que seja a loucura, o que seja o transtorno psíquico, acho que apesar das dificuldades a gente já conseguiu avançar com relação a isso, a gente já conseguiu trazer a discussão pra sociedade de uma outra maneira, levantando a necessidade de olhar isso também de uma outra forma; a medida que as pessoas começam a sair dos hospitais e voltam a morar seja em residências terapêuticas, seja com a sua família, e conseguem se manter bem dessa maneira isso também vai mudando o olhar das pessoas, pelo menos daquelas que o cercam; os projetos que a gente chama de modificação da cultura, a modificação da cultura manicomial, isso eu percebo que há um avanço, gradual, lento, tem um monte de resistência, mas a gente consegue, conseguiu, tem conseguido, e isso implica também no avanço político, no sentido da garantia do direito, no sentido de ter algumas prerrogativas preservadas com relação ao direito do usuário; então, eu vejo que de uma maneira geral a gente tem avanços e avanços muito significativos se a gente compara o que era transtorno mental há vinte, trinta anos, nesse país, tem coisas muito importantes que eu identifico (F, 12/4/2006).

Acho que a própria existência de CAPS, os hospitais dia, de ambulatórios de saúde mental, próximos as casas de onde o paciente mora, o Programa de Volta pra Casa, a possibilidade de uma residência terapêutica, são todas medidas atuais e dispositivos atuais que possibilitam essa nova forma de encarar o que alguém portador de transtorno mental pode ocupar, o que eles podem ocupar; então, eles podem ocupar os espaços, eles podem começar a fazer parte daquela comunidade (J, 22/3/2006).

A fala a seguir expressa como foi, historicamente, se alterando a forma de assistência ao portador de transtorno mental e de atenção em saúde mental na política de saúde do município.

Eu acho que a questão de criar um espaço que é aberto já é uma conquista; eu acho que hoje a gente tem essas possibilidades de CAPS, no posto de saúde mesmo; [...] quando eu comecei a trabalhar na prefeitura, há 20 anos atrás, assim, era uma equipe de um psiquiatra com mais um monte de estagiários de psicologia que saía em uma Kombi velha pra fazer alguma coisa, quando pintava um problema lá com um paciente do Campeche por exemplo [...]; não tinha nada na prefeitura há 20 anos atrás de saúde mental, então, hoje já tem, está se criando uma rede, tem profissionais nos postos, tem psicólogos, se pensa em fazer treinamento de agente de saúde, treinamento de clínico geral, já se fez algumas coisas; eu acho que isso, imagino que alguém que fica confinado dentro de um espaço, ele ter a possibilidade de circular, mesmo o pessoal do HCTP, eu acho que pra eles, assim, tem uns que não querem muito mais que isso na vida, pelo menos eles não estão tendo que trabalhar duramente como trabalhavam quando eram crianças, vem aqui, circulam, comem uma comida, anda aqui, vê televisão, bom! talvez essa seja a vida que eles querem, talvez seja...., já sai lá daquela estrutura fechada (P, 17/3/2006).

Na seqüência, a entrevistada relaciona algumas formas de exercício da cidadania que o usuário pode acessar com o tratamento no CAPS.

É, se for pensar que muitos usuários eles tiveram uma história, antes do surto, de uma vida organizada socialmente, trabalhando, talvez seria a reconstrução da cidadania, mas a medida que vem todo o isolamento propiciado pelo hospital psiquiátrico, todo o estigma do transtorno mental que a própria comunidade coloca, realmente de fato foi perdida; quando ele chega no CAPS e se propõe a se beneficiar desse espaço, assim, de fato se vincula ao projeto terapêutico dele, acho que ele consegue reconstruir elementos pra essa cidadania, num primeiro momento autonomia, acho que o cartão do vale transporte, o exemplo que eu posso dar, o cartão do vale transporte que é oferecido no período que ele tem tratamento aqui é o mesmo cartão do cidadão que vai comprar lá no SETUF, então, aquele usuário que é estigmatizado, eu já presenciei essa cena, um usuário de uma comunidade de periferia que era o louco do bairro, ele entrou dentro do ônibus com o mesmo cartão que qualquer outra pessoa, passou o seu cartão, veio pro CAPS, depois foi embora pra sua casa, então, isso já é um elemento, muito pequeno, mas é um primeiro elemento talvez, que começa aí, de ele se reconhecer enquanto sujeito, enquanto cidadão, e depois aqui também, a possibilidade de participação, no momento que ele consegue produzir algo numa Oficina, no momento quando ele consegue, na clínica, se dar conta dos seus conflitos e ter mais qualidade de vida nas relações [...] (VIK, 24/3/2006).

Uma das entrevistadas fez destaque às formas de atuação que, na sua opinião, representam conquistas significativas e correspondem a práticas que favorecem o exercício da cidadania do portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Avanços, pra começar, acho que o grande avanço foi a Reforma Psiquiátrica, a construção do CAPS, dos CAPS, as portarias que fazem com que os hospitais psiquiátricos sejam substituídos por vários CAPS, esse foi o grande avanço em primeiro lugar, porque é o momento de tirada das pessoas desses castelos, dessas muralhas, não só porque ficaram ali presas, mas de todo aquele sofrimento mesmo, de miséria, enfim, como os últimos dos últimos, então, eu acho que esse é o primeiro ponto, é que os sofredores de transtorno psíquicos e mentais não ficassem segregados, mas poder estarem sendo mostrados e expostos - uma parte da sociedade, são pessoas que podem transitar, que estão aí, não necessariamente precisam ser escondidos como uma vergonha; junto aos CAPS, isso não caminha sozinho, tem a construção as redes de atenção básica também; [...] mas quando fala em cidadania acho que tem três eixos: um é a construção do CAPS, de serviços como o CAPS, outro são as residências terapêuticas e o outro a economia solidária; hoje eu vejo como isso, assim, esses três projetos, que foram feitos com luta, porque a primeira luta foi dos hospitais, então, tem as portarias que substituiu os hospitais por CAPS, progressivamente, tem toda a luta do movimento antimanicomial, tem as leis que protegem, tem esses três eixos; residência terapêutica é um lugar de resgate à cidadania porque a pessoa vai poder estar numa casa, vai poder comprar um bombril pra limpar a panela, vai poder comprar tomate e batata, vai começar a transitar no meio de outras pessoas, com a vizinhança, a se autogerir, poder fazer escolhas para sua casa, onde ele quer botar um quadro, onde ele quer botar o guarda-roupa, sua roupa, com outros colegas, mas enfim...; tem também a economia solidária que é o momento de autogestão, de fazer escolhas também, de decidir sobre sua vida, em uma certa instância, porque em última instância, em última análise ninguém daqui decide sobre a sua vida, nem eu, nem tu, a gente já nasce num sistema que te absorve e a gente é o que em última análise o capitalismo quer que a gente seja mesmo, nossa roupinha, nossa comida, nosso padrão de beleza, tudo a gente faz como é vendido; eu acho que essas iniciativas, porque a economia solidária não é só cooperativa, não é só associação, não é somente, é uma outra forma de produzir trabalho e discutir sobre esse lucro, que antes estava na mão de algumas pessoas, então, é dividir, eu também decido sobre o que é o meu trabalho, eu não me alieno dele, mas eu sei onde é que vai o meu trabalho (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Fleury (2004, p. 4), os grupos excluídos estão, em geral, impossibilitados de participar das relações econômicas predominantes no mercado, como produtores e/ou consumidores, e das relações políticas vigentes, os direitos de cidadania. Segundo a autora, esta situação é agravada pela transformação das políticas públicas de proteção social, afastando-se de um modelo de seguridade social, que buscava assegurar coletivamente o mínimo vital para todos os cidadãos, em direção à individualização da pobreza e da exclusão.

Conforme aponta Pitta (2001), o homem moderno, acriticamente, persegue formas de inclusão social pelo trabalho, desconsiderando o fato do trabalho não ser nem

tão disponível nem tão flexível para suportar as diferentes demandas individuais e coletivas que a sociedade moderna impõe. Não obstante, a tradição asilar e assistencialista das instituições psiquiátricas, historicamente, caracterizou-se pela função de excluir os marginalizados, produtos das disfunções do modo de produção capitalista e da divisão social do trabalho. Em geral, a população internada, e muitos dos egressos de hospitais psiquiátricos atendidos nos CAPS, está cronificada, com poucas chances de retorno ao mundo do trabalho capitalista.

A fala relacionada a seguir traz a compressão e reflexão, do profissional entrevistado, com relação ao conceito de cidadania e as implicações práticas deste quando se tem como parâmetro uma concepção e um modelo de cidadania pautado na lógica da racionalidade.

Eu tenho visto que está se percebendo uma maior clareza da necessidade dessa cidadania do portador de transtorno mental, porém ainda falta um pouco mais de discussão em nome de que direitos o portador de transtorno mental tem pra fazer cidadania, porque é assim, a cidadania dentro desse modelo francês - igualdade, fraternidade, liberdade, ela exige muito a questão da razão, pra você exercer cidadania você tem que falar em nome da razão, e muitas vezes o usuário, quando está em crise acaba não falando numa razão, acaba falando uma desrazão, e aí como fazer? como dar conta disso? ainda não temos resposta, em nome de que cidadania é reinventada uma cidadania para os loucos, mas tudo bem, isso é pra gente pensar; então, o avanço que tem em relação a construção da cidadania é quanto mais ter associação de usuários em que se discuta cidadania, mais vai ter cidadania, que eu não acredito que os CAPS tenham trabalhado muito nessa lógica, porque acaba não discutindo a questão da cidadania, que cidadania é essa, o que se entende por cidadania, o que é o ser cidadão [...](GIRASSOL, 20/3/2006).

A cidadania integra as exigências de justiça e exercício democrático do poder; o sentimento de pertencer a uma comunidade e de estar integrado a uma dada coletividade social, em determinado espaço territorial (FLEURY, 2004). A idéia de direitos do cidadão – civis, políticos e sociais – remete a construção dos Estados nações, em que o princípio das nacionalidades precede o ideal filosófico cidadania universal. A cidadania, definida pelos princípios da democracia, constitui-se na criação de espaços sociais de luta (movimentos sociais) e na criação de instituições permanentes para a expressão política; significa, necessariamente, conquista e consolidação social e política (VIEIRA, 2002, p. 40). Ainda, a cidadania passiva, outorgada pelo Estado, se diferencia da cidadania ativa, na qual o cidadão, portador de direitos e deveres, é essencialmente criador de direitos para abrir novos espaços de participação política.

Diversos são os obstáculos para o exercício da cidadania do portador de transtorno mental entre estes a vinculação dos direitos a racionalidade instrumental-cognitiva da ciência; a vinculação da sua prática a inclusão controlada no mundo do trabalho, modelo este que, no caso brasileiro, é denominado por Santos (1979) de cidadania regulada. Vasconcelos (2000b, p. 191) indica que, para aqueles que assumiram a proposta da desinstitucionalização e reinvenção da cidadania no campo da saúde mental, há de considerar que estamos diante de um terreno de relações de forças complexo e paradoxal, em que a manutenção do caráter democrático nas relações exige abandonar esquemas conceituais lineares, onipotentes, que queiram garantir de antemão a sua eficácia.

Fleury (2004, p. 12), observa que “a mediação entre os indivíduos e o Estado, através da igualização realizada na cidadania só é efetiva, na medida em que a sociedade civil seja capaz de realizar as funções de agregação dos interesses, reconhecimento dos sujeitos e sua inserção na esfera pública. Só assim a cidadania deixa de ser um invólucro legal e passa a ser um exercício na vida social”. Portanto, uma visão mais ativa de cidadania requer um sentido de sociedade civil como uma esfera pública onde os cidadãos se encontram em reconhecimento mútuo, e isto faz possível a sociedade plural.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referiram que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental substitutivos ao modelo tradicional/asilar. As falas a seguir identificam estas dificuldades fazendo uma análise da questão na realidade da sociedade capitalista atual.

Tem o mito de louco, do louco perigoso, do louco imprevisível, é algo que pesa muito [...], que é a lógica do mercado; pra nós, basicamente, estar inserido na sociedade é estar trabalhando, a gente se pauta muito por isso, pra poder se considerar inserido, vinculado no mundo você tem que estar no mercado de trabalho e, muitas vezes, essa lógica enlouqueceu muita gente, e as pessoas não conseguem, principalmente os usuários dos serviços de saúde mental, os psicóticos em particular, tem muita dificuldade em entrar nessa lógica, e se submeter a ela, coisa que pra qualquer um tem um custo muito alto em termos de saúde, eu digo quem está inserido mesmo no mercado de trabalho, em termos de saúde, de relação com a sua família, com as pessoas que gosta, com os amigos etc., isso tem...; viver para o trabalho é algo que pra nós é insalubre de uma certa maneira, a gente não faz outra coisa a não ser trabalhar; então, pra essas pessoas que estão fora do mercado de trabalho

é muito complicado poder voltar, o que sobra é uma rede de assistência que na nossa realidade é sempre capenga, sempre parcial, tem dificuldade em aceitar o louco por conta desses mitos, e, também, da própria resistência do usuário, da pessoa com esse tipo de dificuldade de entrar nessa lógica, no que ele de uma certa maneira faz muito bem, algo que cria outros problemas pra ele (F, 12/4/2006).

São tantas, é assim, primeiro lugar, eu vejo assim, com todo o preconceito que tem da loucura, tem uma coisa no nosso sistema capitalista que é a questão da produção, produção de capital, produção de bens, e inserção no comércio, no mercado de trabalho, então, o portador de transtorno, sofrimento mental, ele a princípio, quando ele está nesse estado, ele não é produtivo, produtivo pra esse sistema capitalista, ele não trabalha, ele não consome muito, porque ele não vai ter dinheiro, portanto, isso de maneira geral, a gente sabe que as pessoas de posse, que a loucura, o sofrimento psíquico ele atravessa qualquer classe, mas 90% tem isso; então, a princípio existe a exclusão, já existe esse preconceito também, mas muito mais que isso, que a sociedade de fato ela é dividida entre os que produzem, os que fazem a engrenagem funcionar e os que estão a margem, então, o usuário é mais um que está a margem, assim como o menino de rua, os rapazes do morro, então, ele é mais um, também, que causa incomodo, e ele no Estado, das políticas públicas do Estado ele seria como só o gasto, não seria mais uma produção; além de ser uma sociedade racionalista que tem toda a sua formação no discurso, no discurso reto, no discurso racional, na fala, a fala racional, na linguagem articulada como o único meio privilegiado de comunicação, e o usuário, muitas vezes, não tem esse instrumento, por conta da sua fragmentação, da sua história, da sua medicação, da própria coisa do delírio, muitas vezes ele não tem o tempo todo essa fala coerente, esse discurso, dessa forma já faz com que ele não seja inserido, uma vez que ele é a minoria digamos assim (LÉLI, 4/4/2006).

Hoje, a gente fala muito em rede de atenção psicossocial; eu percebo que é uma rede que ela tem que estar instituída, que são locais de proteção para o portador de transtorno mental, são as certezas, são os caminhos certos que os usuários teriam, a rede; o problema a começar é que nós não temos essa rede instituída, entendo por rede: emergência psiquiátrica ou emergência em atenção psicossocial em hospital geral, CAPS III, CAPS II, CAPS criança e adolescente, CAPS álcool e droga, associação de usuários, escritório jurídico para amparar o direito do portador de transtorno mental, atenção primária em saúde mental, equipes volantes, centros de convivência, enfim, tudo o que preconiza a rede em atenção psicossocial, esse seria o primeiro passo; então, essa dificuldade, não temos a rede em atenção psicossocial, esse é um passo; segundo, o próprio imaginário social das pessoas em relação a loucura e ao louco, isso é uma outra dificuldade, que daí entra em cena o estigma e o preconceito, onde o portador de transtorno mental passa a não ter crédito na comunidade, e isso ainda é uma dificuldade; e, claro, depois tem toda a questão do trabalho, as cooperativas de trabalho, que ainda não se discute muito em Santa Catarina, não conheço nenhuma cooperativa social de trabalho para portadores de transtorno mental, que é uma forma de gerar trabalho diferente dessa preconizada pelo modo de produção capitalista, que você tem que produzir pra receber, isso é uma outra dificuldade, a dificuldade em cima da questão do trabalho, do emprego, que muitos acabam tendo seu reconhecimento, sua valorização em cima

do dinheiro que tem no bolso, o poder contratual que a pessoa possa ter, as vezes, na sociedade, é o quanto ela tem no bolso, e a maioria dos usuários não possui isso, e é aonde muitos acabam querendo se aposentar para poder ter o seu dinheiro, que não tem outra alternativa ou clareza do que fazer pra ter dinheiro, então, esse é um problema enorme na questão da reinserção social (GIRASSOL, 20/3/2006).

Os participantes da pesquisa apontaram que uma das possibilidades para a (re)inserção familiar e social pode ser a separação das oficinas produtivas da área física do CAPS. Esta proposta e os projetos de geração de renda via economia solidária foram apontadas por alguns dos entrevistados como uma das alternativas para a realização de uma maior integração do serviço com a comunidade, bem como a melhor adequação do próprio espaço físico do CAPS.

[...] a questão do projeto de geração de renda, que eu acho que de fato está faltando, inclusive a gente já está também se mobilizando pra tentar criar um projeto nesse sentido, porque os usuários aqui, nas oficinas terapêuticas produtivas, eles conseguem ter acesso ao material específico de cada oficina produtiva, também, a técnica de produzir o artesanato, mas não tem mercado; eles conseguem vender as peças, conseguem resgatar uma grana, mas não é suficiente pra poder manter ele, manter as condições de sobrevivência; então, precisa implantar essa geração de renda, de fato acho que vai dar um gás pra essa (re)inserção dos usuários que estão sendo tratados do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Já para uma das profissionais entrevistada as dificuldades na (re)inserção social estão mais relacionadas a questões de singularidades dos portadores de transtorno mental.

Eu acredito que volta de novo pro estigma, vai voltar pra própria incapacidade, pra própria dificuldade do usuário, do paciente; muitas vezes eles poderiam fazer algo muito mais do que fazem, e aí tem o medo, o medo deles, o medo de eles terem de enfrentar a própria doença, de eles terem que enfrentar os outros, e a hora que eles conseguem fazer esse movimento aí vem o medo do outro, aí é mais fácil ficar parado, aí volta pro comodismo, mas de alguma forma se a gente consegue..., aí não precisa de grandes movimentos, eu imagino que pequenos movimentos dentro da comunidade, que seja, alguém ir conversar com o diretor da escola, ir conversar, aí a diretora consegue conversar na sala, vamos supor que tem alguns pacientes, mais jovens, que pelo surto psicótico deixaram de ir e aí não retomam, não retomam porque tem medo, porque as vezes vão rir dele porque ele é louco; então, pequenas intervenções, elas tornam possível mudar um pouco essa inserção, essa reinserção, mas a gente esbarra de novo na falta de técnicos pra fazer isso e também acho que até por uma falta de equipe, aí volta pra equipe, entende, não tem uma equipe que pense isso em conjunto, que age em conjunto e aí como fica muito personalizado, individualizado os atendimentos, cada um vai pra..., eu vou pro meu consultório, outro vai pra oficina e aí não tem a equipe (J, 22/3/2006).

Outra entrevistada referiu-se ao estigma e preconceito existente por falta de conhecimento e divulgação, exposição, seja nas universidades ou por parte dos próprios serviços de atenção, sobre saúde mental.

Bom, eu acho que entre elas a questão do estigma, do preconceito, e não é um preconceito.... a gente sabe que tem riscos em algumas situações, a gente também as vezes tem medo de algum paciente, te dizem ah fulano matou três pessoas..., não é um preconceito que nasce do nada, muitas vezes é um preconceito que de alguma forma é compreensível, mas você não pode ah então ta...; eu acho que não existe muito, você não vê muito nos meios de comunicação uma campanha em torno da desestigmatização, você vê de outras coisas, com relação a aleitamento materno, outras questões da política de saúde; com relação a saúde mental eu acho que se fala pouco na sociedade, se discute pouco; por exemplo, na universidade, até não sei se lá na saúde pública o pessoal da saúde mental tem feito mais coisa, até os alunos que vem fazer residência aqui, a primeira reação deles é: a gente está aqui e tem medo, nem eles foram preparados pra isso, então, você começa a avaliar que tem uma falta..., não se fala muito no assunto, acho que assim, não se fala no assunto na sociedade; assim como se faz grupos de mulheres lá nos postos de saúde pra tratar de questões de sexualidade, muitas vezes faz sala de espera pra tarar de questões..., não se faz uma sala de espera pra falar de saúde mental; então, eu acho que talvez assim, a gente pensar, bom! nós estamos nisso (na saúde mental) e nós nunca fomos fazer uma sala de espera no posto de saúde da Agrônômica pra falar de saúde mental, pra falar do CAPS, quem sabe a gente também precisasse fazer algumas coisas assim, começar uma divulgação maior; acho que pouca gente de fora do serviço, fora das pessoas que trabalham na saúde mental sabem da política do Ministério pra saúde mental, que existe uma política de criação residências terapêuticas; eu li relatos de pessoas no Rio (RJ) que tiveram muita dificuldade de alugar pra se fazer uma residência terapêutica, num prédio então, quando ficaram sabendo que eram pessoas que vinham de hospital psiquiátrico ninguém quis; então é muito difícil, e ao mesmo tempo tem experiências positivas, tem pessoas que estão na residência e diz que a vizinhança viu que eles não são bichos, que eles podem interagir, podem estabelecer laços de vizinhança, então, tem algumas experiências boas e algumas experiências que são difíceis (P, 17/3/2006).

No contexto do estudo foi perguntado aos profissionais entrevistados se a atual organização dos serviços de saúde mental favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais. Conforme pode ser observado nas falas relacionadas, as opiniões foram divergentes. Dois deles observaram sobre a necessidade da existência de diversas instituições e serviços articulados e integrados à proposta da rede de saúde mental para que seja possível favorecer a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental

Embora a estrutura se localize no município, pelo menos eu estou pensando em termos de utilização da rede; então, a gente tem no Brasil inteiro muita diversidade, tem cidades onde a rede está montada, foi instituída e funciona legal, não é o caso de Florianópolis, a gente tem dá pra dizer poucos serviços, são só três CAPS que deveriam estar regionalizados ou territorializados, mas não estão, e tem algumas equipes de saúde mental nas Regionais, nas sedes das regionais, então, eu vejo assim, tem uma rede a ser constituída, ela precisa criar os mecanismos pra que a pessoa possa usar isso como rede, isso em termos de atenção à saúde, quando eu falo em rede eu também não estou pensando só em serviço de saúde, estou pensando que há uma possibilidade de a gente ter uma rede que inclua outros serviços, que não sejam só os de saúde, só os especializados, que eu acho que é a nossa necessidade, você incluir outras instituições, outros programas, enfim, que tenham vinculação com a cultura, com o trabalho, com a arte, produção do conhecimento, com as universidades por exemplo, as universidades são um campo excelente, seriam um campo excelente pra gente poder trocar um monte de coisas, pelos programas de extensão que eles tem, pelos projetos comunitários etc., a gente podia estar fazendo parceria com as universidades, mas não conseguimos, não sai, não rola; [...] a saúde mental eu acho que é o melhor exemplo desse distanciamento porque é difícil encontrar uma universidade onde a Reforma Psiquiátrica esteja incluída, ou mesmo os temas da reabilitação psicossocial estejam incluídos nos currículos dos cursos de saúde, é raríssimo (F, 12/4/2006).

Então, essa rede montada de forma territorializada, principalmente, eu acho que esse aspecto da territorialização é fundamental, é chave pra conseguir a reinserção social, não só por facilitar o acesso do usuário, mas pelo fato de o serviço estar ali no seu território, isso é fundamental, além disso, o projeto de geração de renda, as vagas, os leitos psiquiátricos no hospital geral, é todo esse contexto que precisa ser implantado para de fato poder facilitar o trabalho de cada instituição dessas, seja do CAPS, seja do projeto de geração de renda, ou do próprio hospital geral, como um todo, assim, essa engrenagem funcionando bem aí sim vai ser mais rápida a reinserção social do usuário portador de transtorno mental (VIK, 24/3/2006).

A partir das colocações dos participantes da pesquisa, destaca-se a importância da rede de serviços na construção da cidadania das pessoas atendidas pelas políticas de ativação, as quais, segundo Fleury (2004), tem como objetivo a inclusão social de conjuntos populacionais definidos a partir da territorialidade. Tal proposta pretende tratar o território como um componente, tanto material como simbólico, da esfera pública. Neste sentido, a construção da cidadania passa, necessariamente, pela reconstrução das cidades e potencialização da rede de serviços na valorização das características objetivas e subjetivas da demanda local.

Na seqüência, um dos entrevistados enfatiza que a forma como são pensados e estão organizados os serviços de atenção não favorece a construção da cidadania dos usuários.

Não, não favorece, porque, primeiro, os serviços de saúde mental estão sendo construídos pra quê? Não tem muito claro ainda pra quê que se tem atenção básica em saúde mental hoje, pra quê se constrói centro de convivência, pra quê tem o CAPS? acho que o objetivo do serviço parece não estar muito claro, talvez eu esteja enganado; veja bem, a atenção básica é mais no sentido pra estar discutindo os seus conflitos, minimizando os “sintomas psiquiátricos”, e aí acaba não tendo um trabalho de reflexão sobre o contexto que a pessoa está inserida; [...] a questão da cidadania tem a haver..., quanto mais articulada for a pessoa, quanto mais ela se envolver com as lutas sociais, mais cidadania ela vai exercer, quanto mais clareza, mas crítica, mais conhecimento ela vai ter, ela vai desenvolver cidadania; então, a forma hoje como os serviços estão organizados, ela acaba não favorecendo essa questão da construção da cidadania porque ainda vem de uma lógica de modelo centrado no transtorno mental (GIRASSOL, 20/3/2006).

Uma outra profissional considerou ser difícil avaliar a questão pelo fato de a rede de serviços não estar implantada por completo, e por não ter avaliações sistemáticas dos resultados.

Olha, eu não sei se a gente já tem condições de fazer uma avaliação, a rede está meio que andando [...] assim, qualquer coisa que eu vá dizer é, assim, referente uma experiência ou outra, não sei se a gente tem condições de fazer uma avaliação enquanto rede; por exemplo, eu vi muitas experiência positivas em cidades como Campinas (SP) que eles já tem há mais tempo, por exemplo, residências terapêuticas, tem desde o começo dos anos 1990, tem muitas experiências boas de pessoas que conseguem transitar na vida, tem gente que está trabalhando; [...] eu acho que a gente precisa além de ter a política, de ter a carta de intenções, a gente precisa ter avaliações também, eu acho que uma questão dessa eu sinto que precisa ter uma forma mais sistemática de avaliar, qualquer coisa é uma coisa mais ou menos um olhar particular pra aqui pra ali, acho que no todo a gente não tem (avaliação sistemática), pelo menos eu não conheço ainda, pode ser que estão fazendo e eu não saiba ainda (P, 17/3/2006).

Já para duas das entrevistadas, a atual organização da rede de serviços na política de saúde mental favorece sim a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental.

Sim, eu acredito que sim, na teoria ela é muito importante e acho que trabalhando em todas as instâncias, se a gente for pensar naqueles mapinhas, os ambulatórios, os CAPS, hospitais dia, a escola, e os centros comunitários, os postos de saúde, todos capacitados; eu acredito que sim, a rede ela é bem estruturada e ela possibilita aos portadores de doença

mental, enfim, terem uma reinserção melhor e maior na sociedade, e também de entendimento do que ele tem, do que ele pode fazer, quais são os recursos que ele tem também pra lidar, dentro dessa rede (J, 22/3/2006).

Acho que sim, favorece, se tu me perguntasse se ela resolve, eu diria que não claro, ou até que ponto ela resolve, mas favorece sim, eu acho que tem um favorecimento relacionado a forma que as pessoas eram tratadas, acho que favorece muito mais (LÉLI, 4/4/2006).

É possível perceber nas falas relacionadas acima a preocupação com a efetiva implantação da rede de serviços em saúde. As redes, conforme proposto na política de saúde mental, possuem muitos centros, muitos nós que as compõem e as tornam complexas e resistentes. Estão embasadas na noção de território, como um sistema de relações e estruturas, muito mais que um simples espaço geográfico. O fundamental neste processo é que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento.

Neste sentido, torna-se de fundamental importância refletir sobre o exercício da cidadania no contexto das políticas públicas, cada vez mais segmentadas e focalizadas. Para Fleury (2004, p. 2), “as políticas atuais de inserção buscam reafirmar a natureza contratual do elo social em novas bases, com a revalorização do local e comunitário e a transformação do Estado em um animador e mobilizador de recursos societários. Reduzido a mantenedor da estabilidade de uma ordem econômica que produz a fragmentação e a exclusão social, o Estado, busca atuar de maneira compensatória e focalizada, atendendo aos grupos mais vulneráveis e/ou potencialmente ameaçadores da ordem social, por meio da convocatória da solidariedade lançada aos diferentes setores inseridos na ordem econômica. No entanto, a incapacidade de alterar as condições estruturais de produção da exclusão mostra os limites das políticas de ativação, cuja promessa de inserção social carece de expectativas de emancipação dos sujeitos e coletividades beneficiários”.

3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica

Os CAPS compõem o rol de serviços do modelo psicossocial de atenção em saúde mental proposto na e pela Reforma Psiquiátrica. Perguntamos aos entrevistados qual seria o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica e obtivemos como

resposta que este teria a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos ideais da própria Reforma.

Eu acho que a função imediata ela é servir como um ponto de articulação, porque a gente consegue criar um ambiente que é relativamente protegido e que dá ao usuário as condições de ele poder participar de outros circuitos; fundamentalmente é essa a função, de articulação; eu lembro de uma discussão que a gente fazia, em Brasília, uma vez, sobre essa importância excessiva que os CAPS acabaram adquirindo, como quase que o central do sistema hoje é o CAPS, mas ao mesmo tempo a necessidade de se ter um espaço como esse, principalmente, pra quem está vindo de uma internação prolongada ou pra quem sempre passou a vida dentro de um hospital psiquiátrico, se tem que ter um pólo, uma instância articuladora pra poder fazer a passagem, porque o cara não vai sair do hospital e retomar sua vida imediatamente, não vai, ele tem uma série de dificuldades que ele não consegue vencer, e o CAPS, nesse sentido, a função seria essa, de poder..., tem uma expressão que eu acho interessante que é: emprestar poder de contratualidade, ou seja, poder dá um certo aval de que esse sujeito pode participar novamente ou pode participar pela primeira vez dos circuitos sociais, pode fazer laços com outras pessoas, com outras entidade, outras instituições, esse é o aval que eu acho que um CAPS pode fornecer e essa é sua principal função (F, 12/4/2006).

É pensar o CAPS como um espaço em que o paciente vai estar usando e tendo apoio para os momentos de crise, e fora os momentos de crise, também, que não seja hospital, e aí, dentro da Reforma eu acho que o CAPS ele é fundamental, assim como os hospitais dia, é que aqui em Florianópolis a gente não tem hospital dia, mas eu acho que os moldes do CAPS (eles estão) é muito próximos, as vezes até é difícil dizer o que é um o que é outro; esse momento de transição do hospital para a sociedade, nesse momento o CAPS é algo muito importante, ele dá, é capaz de conter, dar uma continência pra o usuário, isso a gente percebe mesmo quando não tem nada, o paciente já está muito bem, eles voltam quando estão em crise, sem ter nada marcado, e só de estar aqui pra muitos já é confortante, então, a gente percebe que essa continência, esse acolhimento, e saber que ninguém vai vir aqui e amarrar e conter, porque acho que esse é o medo, de todo mundo, acho que isso já possibilita a procura, eu estou mal vou lá, vou buscar a ajuda do CAPS (J, 22/3/2006).

Eu diria que o CAPS seria o pensador da estruturação da rede de saúde mental, que via de regra o CAPS acaba sendo pra municípios de médio porte o primeiro serviço a ser instituído no território, no município, aí o CAPS acaba assumindo essa responsabilidade, a portaria fala bem disso, a 336, do que compete ao CAPS, e tem vários itens lá, entre eles organizar a rede de saúde mental no município, porém, acaba sobrecarregando os profissionais de saúde mental que atuam nesse CAPS; então, a importância do CAPS na operacionalização da Reforma, ele é importante enquanto um dispositivo crítico, ou seja, se o CAPS não ter a clareza do que seja a Reforma Psiquiátrica ele não vai

operacionalizar, ele só vai operacionalizar a Reforma Psiquiátrica quando ele entender que Reforma Psiquiátrica é o processo social complexo que se configura pelas quatro dimensões, enquanto ele não repensar, refletir a sua prática, o que ele está fazendo, o que não está fazendo, ter mais autocrítica, ele não vai conseguir operacionalizar a Reforma Psiquiátrica; ele tem importância porque tem vários atores, vários profissionais, é um time de pessoas, muito rico, envolvidas que estão no CAPS; agora, enquanto não ter claro o que é Reforma Psiquiátrica, esse processo, não vai conseguir fazer nada; ele é importante, mas se não tiver clareza de Reforma... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Na medida que o CAPS é a primeira, digamos, unidade, primeiro serviço que se propõem a substituir o hospital psiquiátrico já existe nisso por si só a sua importância; é substituição e não que a pessoa não possa ser internada, mas a idéia é que seja nos hospitais gerais, em algum leito nos hospitais gerais, então, bom, o CAPS é o primeiro ponto, é o primeiro lugar onde a pessoa vai passar o dia, onde vai ser tratado de outra forma o seu sofrimento, então, a importância dele está nisso, na importância política e clínica também (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que o CAPS, fundamentalmente, ele faz a clínica; se tem essa rede montada o CAPS faz a clínica, ele faz o atendimento psicossocial do usuário portador de transtorno mental, ele atende as questões mais subjetivas, e de fato toda esse mix de previdência social, a medicação, o atendimento psicológico, atendimento de enfermagem, mas se existe essa rede montada e aí vamos ter um projeto de geração de renda, aí ele vai fazer geração de renda, todas as Oficinas vão acontecer ali e não dentro do CAPS, o CAPS deveria estar na comunidade ele deveria estar territorializado (VIK, 24/3/2006).

Acho que todo mundo gostaria que ele pudesse ser um eixo desencadeador de todos esses ideais da Reforma Psiquiátrica, que a partir disso se experimentasse uma nova relação, que o paciente pudesse estar se soltando mais pra vida, pra construir seus projetos, seus ideais; acho que é muito importante poder retirar pessoas que estão enclausuradas há anos, criar esses mecanismos como residências, etc. pra pessoas que não vão resgatar os vínculos familiares, tem que procurar outras alternativas; acho que o CAPS ainda é uma instituição que é fundamental nessa política, ainda acho que ela pode fazer um papel importante; no dia-a-dia é um pouco mais difícil porque as vezes a gente não tem tantos mecanismos de avaliações, muitas coisas que também a gente vai capengando; quando você vê algumas experiências de pessoas que estão conseguindo dar conta da sua vida, saem, aí você vê que, bom! tem algumas coisas boas que estão acontecendo, o CAPS também está contribuindo; então, no meio dos prós e dos contras eu acho que os prós ainda são maiores, eu acho que é muito mais humano, muito mais um fator de justiça social você ter um espaço assim do que você ter uma pessoa enclausurada no hospital (P, 17/3/2006).

Neste sentido, conforme inscrito na Política Nacional de Saúde Mental, os CAPS devem assumir seu papel estratégico na articulação e no “tecimento” das redes de atenção em saúde mental. Tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da

rede de serviços, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, ONGs, empresas etc. (BRASIL, 2004, p. 12)

3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde

A proposta do progressivo deslocamento dos centros de cuidados em saúde mental para fora do hospital psiquiátrico, em direção à comunidade, colocada na e pela Reforma psiquiátrica tem nos CAPS o dispositivo estratégico desse movimento. Neste sentido, a rede básica de saúde torna-se o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os portadores de transtorno mental.

Essa rede é formada pelos centros ou unidades locais e/ou regionais de saúde, Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, que atuam na comunidade de sua área de abrangência. Os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, pois tem um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Por sua proximidade com as famílias e comunidades, as equipes de atenção básica são um recurso fundamental para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso de substâncias psicoativas e diversas formas de sofrimento psíquico. Neste sentido, é importante e necessária a integração e articulação dos CAPS com a atenção básica. Assumir esse compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção da saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo (BRASIL, 2004).

As atuais diretrizes da política de saúde mental do Ministério da Saúde orientam que, onde houver cobertura do PSF, deverá haver uma equipe de apoio matricial em saúde mental para no mínimo seis e no máximo nove equipes de PSF. E, que as ações de saúde mental na atenção básica devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2004).

No que se refere à relação existente entre o CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município e qual o tipo de relação existente, os dados coletados na

pesquisa indicam que: a maioria (91,7%) respondeu que sim, com ressalva de que é muito pouco, funciona de maneira precária e confusa, e que está num processo preliminar ainda. O profissional que respondeu não, observou que a rede está em processo de formação. Os profissionais cujas respostas foram positivas identificaram que a relação é de encaminhamentos, atendimentos em conjunto com as equipes de saúde mental das Regionais de Saúde, ajuda em atendimentos nas unidades locais de saúde, com os agentes comunitários de saúde, de referência, de acompanhamento, visitas domiciliares, encontro mensal dos trabalhadores de saúde mental da rede e encontro mensal dos psiquiatras da rede.

Sobre a relação do CAPS com as equipes de PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência alguns entrevistados observaram que a relação é pouca ou mínima, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda²³. Foram apontadas como justificativas o fato de o CAPS Ponta do Coral não estar territorializado, deste ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta do município, e a ausência de um planejamento e de estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente.

O CAPS como ele é único, então, ele é de toda a região; então, eu poderia até estar te respondendo que a gente tem um Posto aqui de cima do CAPS, que é o Posto da Agrônômica, ali tem o Programa de Saúde da Família implantado, com a presença dos residentes do Programa Saúde da Família e o contato que eu tenho, ele é meu, não existe nenhum outro programa ou vamos dizer convênio do CAPS com a Agrônômica, é meu aqui, assim como talvez seja da psicóloga em outro momento quando há essa partilha de paciente quando faz parte dos dois, então, eu só sei do que eu tenho, mas é muito pouco, eu tenho contato com alguns residentes que atendem alguns pacientes daqui, e eles precisam de algumas dicas ou, enfim, de se interar do que acontece, e eu também preciso saber como é que anda o acompanhamento deles lá, e aí entra em contato, as vezes vem aqui ou eu vou lá, mas são essas formas isoladas e depende daquele momento e da necessidade daquele usuário, não é algo que seja programado, que seja antecipado, institucionalizado, no sentido de firmar essas relações de uma forma..., não há; e, assim, o contato é com os residentes, não tem o contato com quem realmente vai ficar, porque os residentes passam depois de dois anos, eu também não tenho contato de quem é o médico, quem é o enfermeiro do Programa Saúde da Família, quem é o agente comunitário que vai na casa desses usuários, isso não tem, acho isso muito ruim, é muito falho, embora, volta pra aquela questão da equipe, que as coisas não são compartilhadas, você nunca sabe direito, é muito fragmentado, o que já foi feito, o que não está sendo feito; também não é delegado a função à ninguém de fazer, não há um planejamento pra isso (J, 22/3/2006).

²³ Em estudo sobre o CAPS de Palhoça/SC, Franco (2005) encontrou situação semelhante na relação do CAPS com o PSF e demais serviços de atenção básica municipais.

É mínima, é mínimo o contato, assim, as vezes, quando a gente necessita a gente vai atrás, tenta achar alguém que se interessa, que tenha alguma afinidade com a saúde mental, as vezes um agente de saúde que consegue se aproximar mais daquele usuário que mora lá e que resolve dá uma força, mas é assim, depende de uma série de coisas, da disponibilidade pessoal, da sorte de encontrar alguém etc., quer dizer é falta mesmo da articulação em rede, porque se a gente tivesse essa articulação o PSF automaticamente já seria acionado, e a gente não tem isso; claro, quando a gente precisa a gente até encontra uma boa resposta das equipes do PSF, mas pode não encontrar, tem um risco[...] não, isso não existe (articulação institucional CAPS – PSF), isso tem que ser construído, tem que ser proposto (F, 12/4/2006).

A relação que o CAPS tem é principalmente pra acompanhamento, a relação é essa, relação de acompanhamento, as vezes precisa realizar alguma busca ativa e não temos a possibilidade no momento, então, tem essa relação, a relação que a gente tem é mais no sentido de acompanhamento do próprio usuário; o que seria ideal, seria um pouco mais de estreitamento, discutir junto com o Programa de Saúde da Família alguns casos, nós irmos aonde os agentes comunitários estão, discutir algumas situações e isso não tem acontecido ainda; com essa lógica aí das regionalizações tem essa possibilidade; então, hoje existe uma relação, só que uma relação muito esporádica de situações isoladas e que precisa ser superada; o maior problema que existe é devido ao CAPS não ser territorializado, o CAPS II Ponta do Coral ele tem que atender uma demanda muito grande, basta ver o IBGE hoje, tem 400 e poucas mil pessoas em Florianópolis, então, é um CAPS II pra atender toda a demanda adulta do município, talvez o ideal seria um CAPS I em cada região, nas cinco regionais, e transformar esse CAPS num CAPS III no caso, e aí repensar depois toda a rede; então, a relação, ela se compromete com o Programa Saúde da Família devido a não territorialização do CAPS Ponta do Coral, a relação que existe é a relação de acompanhamentos isolados (GIRASSOL, 20/3/2006).

É uma relação ainda muito inicial ainda, um pouco precária; com os agentes comunitários a gente tem mais proximidade, no momento da visita domiciliar e no momento de fazer o resgate dos usuários que abandonaram, por algum motivo, o atendimento, mas acho que a relação poderia ser melhorada se o CAPS fosse territorializado, como a gente está aqui, é no centro pra todo o município, fica muito difícil, então, a nossa relação é muito mais com as referências regionais de saúde mental da atenção básica do que com as próprias equipes de PSF das unidades locais de saúde (VIK, 24/3/2006).

É isso que eu falei, essa perspectiva da regionalização que começou aqui visava uma maior articulação com a rede; eu acho que isso é um projeto que está ainda meio que na sua infância, ele está começando e, assim, o que eu te falei, a gente precisa sair mais daqui, no Norte (Regional Norte) a gente vai tentar essa experiência agora (realizar as reuniões da regional nos postos de saúde) de contato e incluir, por exemplo, os agentes comunitários nos processos de reunião com os pacientes daqui, tentar ver se eles podem estar acompanhando o paciente lá; tem uma paciente que está aqui que a gente esteve lá no Posto do Saco Grande pedindo pra equipe assumir alguns cuidados com essa paciente, eles se

dispuseram, mas assim, por enquanto ta muito mais alguma iniciativa aqui, ali, do que um processo mais amplo, não sei assim como isso vai caminhar com a história de já ter, por exemplo, profissionais regionalizados, isso também vai poder ser incrementado, esse é um desejo que eu tenho (P, 17/3/2006).

É muito pequena, muito, muito, muito, muito; eu não sei nem te dizer, em uma escala de um a dez acho que fica em dois, está muito pequena, está muito além do que poderia ser, eu acho que talvez com a implantação agora dos serviços na rede, nós temos em cada Regional um psiquiatra, dois psicólogos, uma média assim, está existindo mais aproximação, mas do CAPS não, muito pouco, muito pouco. [...] quando tu pergunta, hoje, qual é a relação do CAPS? eu não posso te mentir, pra mim é quase zero (LÉLI, 4/4/2006).

Buscando explorar as informações sobre a relação do CAPS com a rede municipal de serviços de saúde, perguntamos aos profissionais se o serviço realiza algum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. A maioria deles (75%) respondeu que não, dois referiram não saber responder e um respondeu que sim. Dentre os que responderam que não, um justificou que o CAPS não tem estrutura para atender mais esta demanda. Dois dos profissionais entrevistados disseram estar pensando neste tipo de trabalho. Um deles falou sobre a existência de um projeto, conforme relatado na fala que segue.

[...] a gente tem um projeto aqui que é de formação de acompanhantes terapêuticos, e no ano passado a gente formalizou esse projeto e mandamos pro Ministério da Saúde, ele foi aprovado e até hoje estamos esperando a liberação de dinheiro, mas enfim, o projeto foi aprovado, e a idéia era justamente transformar o agente comunitário de saúde num acompanhante terapêutico, e aí a gente faria a formação, uma capacitação, um curso de capacitação aqui, e depois faria o segmento com supervisões regulares, é uma forma de dar formação em saúde mental pra atenção básica e manter essa que é uma função do CAPS de dar supervisão e a formação mesmo pra esse nível da atenção; [...] a gente está esperando o dinheiro do Ministério da Saúde, ta lá pendurado, a gente olha o nome do projeto na internet, está lá, mas não tem nem empenho ainda, significa que não tem dinheiro destinado (F, 12/4/2006).

Para que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas na atenção básica é fundamental a capacitação destas equipes. A orientação é que as equipes de saúde mental de apoio á atenção básica incorporem ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. Conforme aparece na fala do profissional, são previstos recursos para o financiamento deste tipo de ações, embora, muitas vezes, a dependência de orçamento, a morosidade burocrática e/ou

ausência de decisão política, que justificam a longa demora, acabam por desestimular, dificultar, inviabilizar as iniciativas dos profissionais.

Repetidamente, temos ressaltado neste trabalho que os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico para a organização da rede de atenção em saúde mental, conforme é indicado nas diretrizes políticas da Reforma Psiquiátrica. Nesta direção, questionamos os técnicos da equipe do CAPS Ponta do Coral sobre qual o lugar que o serviço ocupa na rede municipal de atenção em saúde, em Florianópolis. As falas transcritas na seqüência destacam o fato deste não estar territorializado e, portanto, não se constituir no serviço regulador da porta de entrada para o atendimento em saúde mental. As equipes de saúde mental nas referências das Regionais de Saúde é que, atualmente, constituem-se no serviço primeiro de atenção em saúde mental. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhados pessoas com transtorno mental grave.

Seria esse serviço que articula, que regulamenta; não necessariamente ele é uma porta aberta que entra qualquer um; eu acho que ele pode até ser a articulação e a regulação, pode ser feita até capacitações nas equipes locais de unidades básicas, que a partir daí você vai poder em um caso de uma ansiedade ou uma briga com o namorado, “eu tomei 4 aspirinas”, não vai chegar aqui no CAPS; vai chegar aqui no CAPS realmente aquilo que for um caso mais grave, e só há possibilidade de isso acontecer a partir do momento em que as unidades locais estejam todas capacitadas e entendendo, até porque assim diminui o trânsito desse paciente; vamos supor: ele sai de uma cidade, vem pra Florianópolis, daí diz: onde é que eu vou num psiquiatra? Ah! vai lá no CAPS, aí alguém fala: mas tem que passar no clínico antes, aí passa no clínico, aí o clínico encaminha pro psiquiatra, daí ele não sabe onde vai procurar o psiquiátrica - vem pro CAPS, não vem pro CAPS, aí vem pro CAPS, mas é que na verdade ele toma fluoxetina há 2 anos, está em tratamento de manutenção porque ele tem um quadro de depressão recorrente, não é caso CAPS, então, isso já poderia ter sido triado lá no começo, o paciente já poderia estar tendo as consultas desde o início, todas acertadas, sem precisar ficar correndo de um lado pro outro [...]; então, eu acho que ele tem esse papel, tem essa função de regular, de saber o que está acontecendo no hospital, na Colônia, e ter esse contato, uma ligação sempre com a Colônia, e com os Postos de saúde [...]. (hoje, o CAPS faz isso?) algumas coisas, bem isoladas, de novo, é meio como um apaga fogueira; por exemplo, hoje, a gente foi fazer uma visita domiciliar lá no Saco Grande (bairro de Florianópolis) porque o paciente estava em tratamento psiquiátrico particular e parou de tomar o remédio, e aí a gente foi lá, só que o paciente não queria falar com a gente, mas, assim, eu chego lá, converso com a equipe que está lá naquele local e muitas vezes é só a psicóloga; também tem um certo descaso, no sentido de que ah! agora eu não posso falar, porque não percebe que conversando sobre aquele caso vai possibilitar que isso seja ampliado pra outros casos, pensam-se saídas semelhantes pra outro momentos, mas, assim, acaba virando um apaga fogo, e toda hora você tem que ir

apagar um fogo; então, existe um pouco, mas não de uma forma bem usada (J, 22/3/2006).

É atenção secundária como se diz; ele regula e não regula; [...] tudo vai passar muito pela clareza que os profissionais que estão na saúde mental tem em relação a própria epistemologia, tem em relação a própria política, tem em relação a própria noção de SUS, a própria noção de controle social, a própria noção dos princípios do SUS; então, tudo vai passar por isso, porque que eu estou dizendo isso, o CAPS é uma atenção secundária como a gente chama, eu acho ainda que o atendimento mais complexo, o atendimento terciário, deveria ser no território, acho que centrar as forças no território [...]; então, [...] a atenção básica é onde deveria regular isso, a regulação dessa entrada nesse sistema de saúde mental, nessa rede de saúde mental ela teria que ser prioritariamente atenção primária em saúde; então, as vezes, por necessidades especiais, por situações específicas, a pessoa acaba vindo direto pra cá, direto pro CAPS e aqui a gente atende, e, as vezes, essa pessoa não é indicada pra estar no CAPS, aí volta pra atenção básica, então, tem essa dificuldade, ou seja, o lugar que o CAPS ocupa na rede municipal de atenção em saúde é uma atenção secundária à pessoa com transtorno mental grave, já avaliada pela atenção primária em saúde, aquela pessoa que corre risco de suicídio, que acaba prejudicando a vida de outras pessoas, que está muito mal, nesse sentido (GIRASSOL, 20/3/2006).

Regulador da porta de entrada: não; como não é territorializado, a gente tem esse problema de ser serviço de referência pra onde vem os pacientes já encaminhados, ele passou pela porta de entrada do sistema lá no Posto, ele vem encaminhado pra cá ou através dos hospitais psiquiátricos, que é também uma outra forma de encaminhamento, mas a gente não faz a regulação da entrada; hoje, também, como tem equipes mínimas de saúde mental nas regionais, elas também funcionam muito mais como a reguladora do que nós; a porta de entrada é pelas equipes de saúde mental das regionais (F, 12/4/2006).

Eu acho que são várias coisas, por ser o único CAPS, pela rede não estar estruturada ainda, e pelas pessoas não conhecerem o serviço da rede, existe uma mistura, assim, o que é pra ir lá pro psiquiatra do Sul (regional de saúde), o que é pra vir pro CAPS; qual é o papel do CAPS, é a não internação, mas não tem CAPS III, então, a noite o cara não tem pra onde ir, na verdade, o CAPS ele é um espaço que regula a entrada do usuário sim, num primeiro momento sim, porque todos os que foram para a atenção básica muitos foram daqui, muito mais que a procura de fora daqui, primeiro eles vem pra cá, depois eles vão pra lá, agora o processo até está sendo inverso, já estão procurando a atenção básica porque eles já estão conhecendo, mas antes era daqui pra atenção básica, e é o único espaço, programa que acolhe o usuário psicótico, com transtornos mentais graves, porque a rede básica, ela não atende, se o cara tem um surto psicótico, está com qualquer surto, que está mal, ou ele tem um embotamento, ele não fala, está na família há anos, está lá segregado, está lá no quatinho dos fundos, não é caso de atenção básica é caso CAPS, então, ele é o único serviço de Florianópolis que se propõem a atender o usuário, o portador de sofrimento psíquico fora de hospital (LÉLI, 4/4/2006).

Ele é o primeiro serviço de saúde mental do município, primeiro serviço estruturado, credenciado no Ministério da Saúde, eu penso que ele tem um papel importante, ele serve como uma referência de atendimento em saúde mental a usuários portadores de transtornos mentais; dentro da rede, hoje, a gente tem as referências regionais de atenção em saúde mental na atenção básica, nas ULS, que são as unidades locais de saúde, então o CAPS serve como referência de atendimento a usuários com transtornos mentais graves do município de Florianópolis, é pra isso, essa é a função (VIK, 24/3/2006).

Pelas falas dos profissionais evidencia-se que Florianópolis não tem uma política municipal de saúde mental estruturada. A rede de serviços está em processo de formação e implementação. As ações ainda são muito isoladas e fragmentadas, sem uma direção comum. É notório que um único CAPS para atender a totalidade da demanda adulta do município é insuficiente. As possibilidades de atuação do serviço na prevenção e promoção da saúde mental, na capacitação e supervisão das equipes de atenção básica ficam, assim, prejudicadas e/ou inviabilizadas.

No processo de operacionalização da Reforma Psiquiátrica, conforme as orientações da Política Nacional de Saúde Mental e as propostas aprovadas na III CNSM, é necessário que os gestores estaduais e municipais estabeleçam mecanismos efetivos para o controle das internações psiquiátricas. De acordo com a Portaria GM/MS n ° 336/02, os CAPS devem possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou modulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local (BRASIL, 2002a). Com base nisto, perguntamos aos entrevistados se o CAPS tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Eles referiram que não, contudo, divergiram sobre como o serviço fica sabendo quando ocorre internação de seus usuários.

Não tem. A gente fica sabendo quando a família comunica ou quando é usuário de atenção intensiva, ou ele fez uma crise ou ele desapareceu do serviço, aí pela falta mesmo, pela ausência que ele provoca a gente vai atrás e fica sabendo que ele foi internado, mas a gente não tem instrumentos de controle sobre isso; a gente faz, no momento da internação, a gente procura manter pelo menos uma visita da equipe da Regional pra não perder o vínculo etc., mas nada formalizado, assim, no momento que aparece, que a gente fica sabendo; geralmente, a gente sabe, hoje é relativamente fácil, não acontece daquilo... fulano desapareceu e de repente aparece ele dois meses depois aqui novamente..., sai da internação ontem e tal, isso não acontece mais, geralmente a gente consegue ficar sabendo (F, 12/4/2006).

Não. Na realidade a família leva pra internar e pronto, as vezes comunica, as vezes a gente fica sabendo quando a gente vai fazer uma visita lá, muitas vezes a gente nem sabe que o paciente ficou internado, a não ser quando a gente liga, e aí o que está acontecendo, não está vindo, mas ele foi internado; então, não há esse controle e também quando é internado lá, dificilmente, alguém entra em contato, nunca vi, entra em contato olha fulano de tal está internado aqui com a gente, não tem essa comunicação (J, 22/3/2006).

Em relação ao controle das internações psiquiátricas, oficial e formal, nós não temos; estou falando enquanto profissional que atende uma determinada regional de saúde, isso nós não temos; o que poderia ser feito: um maior estreitamento com o “manicômio”, com o IPQ ou o São José (hospitais psiquiátricos), que quando internasse pessoas lá teria esse contato aqui, pra gente já ir conversando, já acompanhando juntamente com a equipe do hospital psiquiátrico essa pessoa, porque final de semana ou depois das 18 horas o serviço não atende, as vezes as pessoas entram em crise e a gente não tem como acompanhar isso, não tem como saber; o acompanhamento que tem é, as vezes, os familiares nos avisam que a pessoa está internada, quando a gente acompanha essa pessoa e fica sabendo que ela acabou internando; então, não tem uma política mais estreita de acompanhamento de internação psiquiátrica, isso não tem. (GIRASSOL, 20/3/2006).

Da área de abrangência seria toda a cidade, isso não, mas dos usuários aqui sim, atendidos aqui sim; [...] geralmente, assim, quando o usuário está iniciando um surto a gente tenta fazer o atendimento pra prevenir a internação, pra evitar de fato a internação psiquiátrica, só que nós estamos aqui até as 6 horas da tarde e não estamos final de semana, então, a gente não está nem a noite nem final de semana, e aí acontece de a família internar, isso acontece pouco, muito pouco, e quando acontece a gente faz o atendimento no próprio hospital, a gente vai até lá faz o atendimento, mas é pouco assim, agora da cidade como o todo a gente não tem (VIK, 24/3/2006).

O controle ele tem pelo prontuário, não poderia te dizer que tem um controle do ponto vista de uma escala, ah anualmente quanto a gente tinha e quantos foram internados, [...] o usuário se ele foi internado a gente não soube, se está internado, aí ele aparece aqui depois da internação, um mês ou dois meses, a gente tem escrito no prontuário, esse é digamos o que a gente fica sabendo (LÉLI, 4/4/2006).

Não, eu digo por nós, eu acho que, as vezes, a gente... ah o paciente foi internado, como acontece de a gente saber, e as vezes a gente vai lá fazer uma visita, as vezes tem a questão do carro (o CAPS tem um carro a disposição somente um dia por semana), e a gente fica...; sempre que acontece e tal, as vezes, a gente nem fica sabendo, quando vê o paciente já está de volta, as vezes acontece essa situação; eu fui tentar fazer um pequeno levantamento pra fazer essa avaliação e percebi que a gente não tem registro de quantos dias o paciente ficou internado, se ele ficou internado quantas vezes durante o tempo que está em tratamento aqui, falta um registro melhor e um acompanhamento melhor dos técnicos; (como ficam sabendo da internação) as vezes o paciente volta já depois, as vezes a família liga avisando, [...] o hospital não me lembro se eles ligaram, só se precisar de alguma coisa, em geral, eles não ligam; então,

assim, o paciente saiu aí eles trazem de novo aquele encaminhamento, ou ele vem pra cá porque, normalmente, ele já estava aqui, mas assim, a gente tenta ao máximo que ele não precise ser internado, essa política existe, segurar a crise (P, 17/3/2006).

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que a internação e a reinternação psiquiátrica deverão ocorrer após avaliação da equipe técnica de saúde mental dos serviços substitutivos, devendo ser estabelecidas formas de controle único para a emissão de AIH, assegurando que todas as internações necessárias sejam autorizadas pelo serviço público, preferencialmente de base territorial (BRASIL, 2002a).

Conforme pode ser observado nas falas dos participantes da pesquisa, a insuficiência do CAPS em exercer o controle das internações referente a sua clientela e a demanda no município refere-se ao fato de o serviço não estar territorializado, sendo inviável cumprir com tal exigência no âmbito da totalidade de uma população de aproximadamente quatrocentos mil habitantes, distribuídos numa área geográfica de 436,5 Km². Com a implantação das equipes de saúde mental nas Regionais de Saúde, estas passam a ser as responsáveis pela regulação da porta de entrada no sistema de atendimento. O CAPS II Ponta do Coral passa a ser a referência para onde são encaminhadas pessoas com transtornos mentais graves, egressos de hospitais psiquiátricos, internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). A falta de controle das internações psiquiátricas é uma realidade também de outros centros de atenção psicossocial, conforme verificado por Franco (2005), em seu estudo sobre o CAPS do município vizinho de Palhoça/SC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha deste tema de pesquisa está relacionada à minha trajetória de estudos no Curso de Graduação em Serviço Social e à minha inserção como pesquisadora no Núcleo de Estudos e Pesquisas Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas (NESPP) do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. A esta trajetória soma-se a experiência de Estágio Curricular em Serviço Social, realizada no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis, em 2003, da qual resultou o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Programa Alta Progressiva: uma contribuição para o processo de reabilitação psicossocial no HCTP de Florianópolis”. Com o referido Estágio foi possível vivenciar o contato direto com a realidade de algumas instituições como hospitais psiquiátricos e centros de atenção psicossocial da rede municipal e estadual de serviços de atenção em saúde mental, fato este que estimulou a busca de novos conhecimentos e o desejo de atuação profissional na área. A continuidade dos estudos foi possibilitada por meio da entrada como mestranda no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da mesma universidade. Sendo assim, o trabalho que apresentado nesta dissertação tem estreita relação com meu percurso profissional e meu desejo pessoal.

Conforme destacamos no decorrer do estudo, a reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

A implantação de uma nova política de atenção, com as implicações socioculturais da proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira passa pela necessidade de articulação intersetorial e por ações que contribuam para alterar as representações sociais sobre a loucura e os direitos dos portadores de transtornos mentais. A transformação do modelo assistencial e de um conceito teórico em diretrizes operacionais é um processo complexo e depende de vários fatores para que se mantenha a direcionalidade pretendida pelos diferentes atores sociais, participantes do jogo social.

Especificamente, no caso do CAPS estudado, as dificuldades de concretização dessa nova lógica de atenção em saúde mental perpassam e se inter-relacionam nos diferentes eixos que compuseram a presente pesquisa.

No que se refere a estrutura física, os profissionais indicam que o CAPS conta com espaço e equipamentos adequados às necessidades do serviço. Entre os anos de 2003 a 2004, o CAPS passou por uma reforma em suas instalações, ficando estas, adequadas aos objetivos da unidade. As condições poderiam ser melhores se as oficinas produtivas fossem realizadas em outro local, pois além de favorecer a utilização do espaço hoje ocupado para outras atividades, possibilitaria a inserção dos usuários em outro ambiente, favorecendo-lhes sua sociabilidade.

Em relação aos materiais de consumo, os problemas vão desde a ausência total de objetos e utilidades básicas à manutenção do serviço até o recorrente atraso no repasse dos materiais necessários às oficinas terapêuticas e de produtividade. As oficinas ficam prejudicadas e até mesmo paralisadas por conta das faltas de recursos e dificuldades de gestão adequada do serviço. Esta situação coloca em prejuízo o projeto terapêutico de tratamento dos usuários e a eficácia e efetividade dos propósitos da nova política de atenção em saúde mental.

No campo da gestão do CAPS, apesar da histórica escassez de recursos destinados à saúde, foram evidenciadas situações problemáticas, principalmente no processo de descentralização político-administrativa, que poderiam ser melhoradas a partir dos recursos existentes. De acordo com os resultados da pesquisa, 50% do grupo de técnicos afirmam que existe planejamento e avaliação das ações. Alguns deles observam estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação, objetiva e sistemática, dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declaram não existir processo de planejamento e avaliação das ações, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

Sobre este aspecto, cabe destacar que as técnicas disponíveis na área de planejamento e avaliação de serviços de saúde têm mostrado bons resultados quando aliadas à vontade política de mudar a situação. Apesar dos dados demonstrarem uma divisão entre os técnicos no que se refere a afirmação sobre a existência de planejamento e avaliação, destacamos que as poucas ações que acontecem giram em torno das atividades que são e aquelas que poderão ser realizadas, e na discussão sobre as dificuldades cotidianas do trabalho na unidade. As avaliações são informais, realizadas na reunião

mensal da equipe técnica e nas reuniões clínicas semanais, sendo notório a ausência de um processo de planejamento estratégico, sistemático e contínuo do projeto terapêutico do CAPS, bem como, de avaliação de indicadores.

Com relação aos recursos financeiros, os resultados da pesquisa apontam para o que já vem sendo denunciado por autores como Amarante (2003; 2005): o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. O pagamento pelo sistema de procedimentos realizados, por meio das APACs, condiciona a existência de recursos à produtividade do serviço. Quando os CAPS não estão articulados com outras políticas sociais necessárias à sobrevivência do usuário e a adesão dele ao projeto de vida que o serviço deve-lhe oferecer, a tendência é fracassar.

Para que a pessoa possa freqüentar o CAPS ela precisa de condições materiais e psicossociais básicas, como moradia, transporte, alimentação, auto-estima, estímulo, desejo, etc.. Quando o usuário não desfruta de tais condições as chances dele se vincular ao projeto terapêutico são menores e, conseqüentemente, sem a participação ativa dos usuários o CAPS não terá produtividade. Ainda, nem todas as ações realizadas no CAPS constam na tabela de procedimentos pagos pelo atual sistema do SUS, dificultando as atividades de ressocialização que envolvem trabalhos na comunidade e na sociedade.

Os profissionais afirmam que os usuários participam do planejamento das atividades do CAPS. Referem que isso acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Neste caso, foi possível perceber que a participação dos usuários em geral diz respeito mais a questões cotidianas do funcionamento do serviço. A associação participa diretamente da comercialização dos produtos confeccionados nas oficinas e na realização de alguns convênios com entidades da área da cultura, lazer, ensino, etc. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada, que abarque as especificidades da área da saúde mental e envolva os usuários, os familiares e os técnicos como sujeitos partícipes do processo de gestão do serviço.

No eixo recursos humanos e projeto terapêutico existem contradições explícitas e implícitas que perpassam o discurso e as práticas dos técnicos que prestam assistência aos usuários do serviço. Eles reconhecem e destacam a relevância do trabalho em equipe, argumentam que este traz a possibilidade de trocas entre as várias áreas do conhecimento e a conseqüente oferta de um atendimento multidimensional. Contudo, relatam dificuldades

na realização deste trabalho, devido a uma suposta diferença de formação profissional e de concepção, com relação ao que sejam os objetivos do CAPS e da Reforma Psiquiátrica. Indicam existir interdisciplinaridade no atendimento ao usuário, no entanto, percebeu-se que a concepção de interdisciplinaridade aparece muito mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade, estando ainda distante dos ideais da intertransdisciplinaridade.

Sendo assim, cabe destacar que sem a devida clareza e consciência do que exatamente deve mudar corre-se o risco de que, fundamentalmente, se modifiquem os espaços de realização do tratamento, transferindo-se e conservando-se as práticas de exclusão e discriminação. É preciso se ter em conta que toda dimensão técnica tem também uma dimensão política. Dessa forma, faz-se necessário questionar-se sobre o que se pretende com o “fazer” nos novos serviços de atenção à saúde mental e que valores estão presentes nas ações executadas. O usuário precisa ser percebido como sujeito do processo saúde-enfermidade, e não como objeto e instrumento do exercício das relações de poder disciplinar.

Com relação ao eixo participação do usuário e da família no tratamento, os participantes da pesquisa identificam dificuldades em realizar o atendimento familiar no CAPS. Os profissionais relacionam como justificativas, a falta de técnicos qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades da equipe. Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que seja o transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, também foram relatados pelos entrevistados. Entre os obstáculos para a (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e o estigma da loucura ainda presentes no imaginário social das pessoas.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacam o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário. Neste aspecto queremos destacar a necessidade de se reconhecer, no processo de implantação da Reforma e da política de saúde mental, um projeto ético-político social, capaz de reavaliar, substancialmente, o conceito tradicional de

“doença/saúde mental” e, conseqüentemente, a forma de como lidar as diferenças em sociedade.

No eixo (re)inserção social procuramos identificar se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas à desinstitucionalização e à reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referem que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras. A maioria deles afirma que não existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer.

Tais dados nos remetem ao questionamento sobre como a Reforma Psiquiátrica, em sua aplicação prática, apresenta certa inércia política. Existe uma lacuna entre o referencial teórico do novo modelo de atenção e as práticas que se efetivam no cotidiano dos serviços. Com isso, queremos chamar a atenção para a necessidade urgente de se construírem ações de atenção que favoreçam o conhecimento de si, reforcem a autonomia, o cuidado de si e a emancipação do sofredor psíquico.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referem que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental. A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos profissionais como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista político-jurídica dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico. Na visão dos participantes da pesquisa, o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica relaciona-se a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos pressupostos da própria Reforma. Não obstante, destacamos aqui a necessidade de se refletir sobre o descompasso entre a vitória no campo jurídico, o novo discurso da Reforma Psiquiátrica e um fazer prático que parecem ainda negar a emancipação do portador de transtorno mental.

No eixo integração do CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município, os dados coletados na pesquisa indicam que a relação existente é pouca, funciona de maneira precária e confusa, e que ainda está num processo preliminar. A articulação com as equipes de PSF e PACS também é insuficiente, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda. A unidade não realiza nenhum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. Apenas dois profissionais referiram estar pensando neste tipo de trabalho.

Foram apontadas como justificativas para esta situação o fato do CAPS não estar territorializado, de ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta de todo o município, e a ausência de um planejamento e estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhadas pessoas com transtorno mental grave. E, segundo os entrevistados, não tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Neste aspecto, vê-se a urgência na redefinição da abordagem em saúde mental, fazendo-se necessário a construção de estratégias de atenção integral, dentro dos princípios do SUS, que envolvam o portador de transtorno mental como cidadão, a família, o Estado e a sociedade.

De acordo com os profissionais existem diferenças no atendimento prestado no e pelo CAPS em relação aos hospitais psiquiátricos. Eles se referem às diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência do discurso médico psiquiátrico do hospital, e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e as necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial, em contraposição ao tratamento igual para todos das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Por fim, os dados coletados na presente pesquisa indicam que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes, prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a relação eficácia/efetividade dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Concluimos, com este estudo, que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é ainda um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológica, técnico-assistencial, político-jurídico e sócio-cultural.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____, P. (coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995a.

_____, P.. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. vol.11, no.3, jul./set. 1995b, p.491-494. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 14/09/2005.

_____, P. A (clínica) e a Reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. pp. 45-65.

_____, P. **A epistemologia e a Clínica da Reforma**. Conferência proferida no IV Encontro Catarinense de Saúde Mental. Florianópolis, 30 de junho a 2 de julho de 2005. (anotações manuscritas).

BASAGLIA F. (coord.) **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 3ª ed. Tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002a, 213 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em Saúde Mental 1990-2002**. 3ª ed. revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAPS II PONTA DO CORAL. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. **Projeto Terapêutico**. Florianópolis, 2004.

CORREIA, M. V.C..Que controle social na política de Assistência Social? **Revista Serviço Social & Sociedade**. N. 72. São Paulo: Cortez, nov. 2002, pp. 119-144.

COSTA, R. C. R. da.. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia e Política** Nº 18: 49-71 JUN. 2002

COSTA –ROSA, A. da; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. p. 13-44.

COSTA-ROSA, A. da.. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asialr. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. p. 141-168.

CHIZZOTTI, A.. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R.. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

DESVIAT, M.. **A Reforma Psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental**. In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

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

FLEURY, S.. **Espaço, território e cidadania**: a cidade dos cidadãos. Trabalho apresentado no VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra (16,17,18 de setembro), 2004. Disponível em: <www.ces.uc.pt/LAB2004>. Acessado em 20 de fevereiro de 2006.

_____, S.. (org.). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989.

FREIRE, F. H. M. de A.; UGÁ, M.A.D.; AMARANTE, P. Os centros de atenção psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

FRANCO, S. de O.. **Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de caso**. 2005. 110f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Florianópolis, 2005. 110f.

FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial**. Percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004.

GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E.. **A pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, R.. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M.. **Microfísica do poder**. Trad. de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graaal, 1979.

MINAYO, M. C. de S.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC; ABRASCO, 1994.

MIOTO, R.C.T.. Família e saúde mental: contribuições para reflexão sobre os processos familiares. **Revista Katalysis**. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico. Departamento de Serviço Social. N.2 Florianópolis: Editora da UFSC, 1998.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental: em busca da articulação e qualificação das ações em saúde**. Monografia

(Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Latu Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

OLIVEIRA, W. F.; DORNELES, P.. Patrimônio e ambiente da loucura: a formação do profissional de saúde mental e o dialogo com a vida da cidade. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

PITTTA A.. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje. In: PITTA. A.(org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral**: desvelando sua significação. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

_____. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

ROSA, L.C.dos S.. Os saberes construídos sobre a família na área da saúde mental. **Revista Serviço Social & Sociedade**. N° 71. Ano XXIII. São Paulo: Cortez, set de 2002, pp. 138-164.

_____. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, F., et. al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SANTOS, W.G.. **Cidadania e Justiça**. Rio de Janeiro: Editora Campos, 1979.

SARACENO, B.. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SOUZA, W. da S.. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. jul./ago. 2001, vol.17, no.4

p.933-939. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 19/10/2005.

SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Teses em Enfermagem, 42).

STUANI, D.. **Projeto de Estágio**. (Projeto de Estágio Curricular apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina). Florianópolis, 2005. texto digit.

TENÓRIO, F. G. (org.). **Gestão de ONGs**: principais funções gerenciais. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

TORRE, E.H. G; AMARANTE, P.. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. [online]. 2001, vol.6, no.1 [citado 05 Dezembro 2005], p.73-85. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br> >. ISSN 1413-8123.

TRIVIÑOS, A.N. S.. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. (org.). **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000a.

_____, E. M. Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000b. p. 169-194.

VIEIRA, L. **Cidadania e globalização**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Formulário a ser aplicado a todos os profissionais da equipe do CAPS.

Identificação

Nome:

Apelido:

Formação:

Ano:

Capacitação específica na área: Sim Não

Nível: residência especialização mestrado doutorado

Tempo de serviço na instituição:

Tipo de vínculo empregatício: Servidor público concursado contrato temporário

Outro. Especifique _____

Regime de trabalho: _____ (horas semanais)

Tempo de atuação na área:

Experiência de atuação profissional em outra instituição: Sim Não

Qual:

Tempo:

Principais perguntas

- 1) A área física do Caps é suficiente para o atendimento da demanda? Sim Não
- 2) As instalações são adequadas para a realização das atividades propostas? Sim Não
- 3) Os equipamentos disponíveis são suficientes? Sim Não
- 4) Estão em bom estado de utilização? Sim Não
- 5) Os materiais disponíveis são suficientes? Sim Não
- 6) Existem dificuldades na realização das atividades do Caps Sim Não. Em caso de resposta afirmativa, especifique as cinco principais? _____

- 7) O trabalho é realizado em equipe? () Sim () Não.
- 8) Existe algum tipo de supervisão de equipe ou outro recurso para acompanhar e discutir as questões do trabalho em equipe? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual?
-

9) Participa ou já participou de capacitação específica para atuar no Caps? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual? _____

10) Durante o tempo em que está trabalhando na instituição houve algum treinamento ou capacitação? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quando? _____(ano). De quantas horas? _____. Organizado por quem? _____

11) Na sua opinião, existe interdisciplinaridade no trabalho no Caps? () Sim () Não

12) Você conhece a política de saúde mental? () Sim () Não.

13) No Caps, existe disponibilidade de material didático e documentos sobre a política de saúde mental? () Sim () Não.

14) Existe planejamento e avaliação das ações do Caps? () Sim () Não

15) Existe projeto terapêutico de trabalho da instituição? () Sim () Não. Em caso afirmativo, foi planejado em equipe? () Sim () Não.

16) O serviço adota projeto terapêutico individualizado? () Sim () Não.

17) O usuário participa do planejamento do seu tratamento? () Sim () Não.

18) Existe atendimento familiar? () Sim () Não.

19) Existem ações intersetoriais do Caps e outras instituições que envolvam: educação, trabalho, esporte, cultura e lazer? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quais?

20) Existe relação do Caps com a rede básica de saúde municipal? () Sim () Não.

Que tipo? _____

21) O Caps realiza algum trabalho de educação permanente (capacitação e supervisão) sobre saúde mental em cooperação com as equipes de atenção básica? () Sim () Não.

Que tipo? _____

Outras observações:

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Entrevista a ser realizada com os profissionais da equipe do CAPS, segundo o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de nível superior entre as existentes na unidade. Em caso de mais de um profissional na área será realizado sorteio.

Identificação

Nome:

Apelido:

Temas e principais perguntas

1 Estrutura e recursos financeiros

- 1) Qual conhecimento possui sobre o repasse dos recursos financeiros para o Caps?
- 2) Conhece a forma de financiamento do serviço? O que você acha?
- 3) Como são administrados os recursos repassados? Existe planejamento?
- 4) Na sua opinião, a descentralização administrativa dos recursos possibilita o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do Caps? Quais as vantagens e desvantagens identifica?
- 5) Na sua opinião, os recursos repassados (gerados pelo serviço) são suficientes para realizar as atividades do Caps? Em caso de resposta negativa, quais atividades ficam prejudicadas e/ou poderiam ser realizadas se houvessem recursos?
- 6) Existem dificuldades no funcionamento do Caps com relação a falta de recursos financeiros? Quais identifica?

2 Recursos humanos e projeto terapêutico

- 1) Quais dificuldades identifica no trabalho em equipe no Caps?
- 2) Na sua opinião, quais vantagens o trabalho em equipe possibilita?
- 3) Considera importante a capacitação específica em saúde mental para atuar no Caps? Fale sobre.

- 4) Na sua opinião, qual a importância da interdisciplinaridade no atendimento ao usuário de saúde mental?
- 5) Considera importante conhecer sobre a política de saúde mental, seus princípios, sua estrutura e organização para o trabalho do Caps?
- 6) Como acontece o planejamento e a avaliação das ações do Caps?
- 7) Na sua opinião, em relação ao atendimento nas instituições tradicionais/asilares (hospitais psiquiátricos), como é o atendimento ao usuário no Caps?

3 Participação do usuário e da família no tratamento

- 1) Como é pensado o projeto terapêutico de tratamento do usuário?
- 2) Como o usuário participa do planejamento do seu tratamento?
- 3) Quais as formas criadas para oportunizar a participação do usuário no planejamento do seu tratamento?
- 4) A família participa do tratamento? Em caso de resposta afirmativa, de que forma? Em caso de resposta negativa, por quê?
- 5) Quais as formas criadas para oportunizar a participação da família no tratamento?
- 6) Quais dificuldades identifica com relação a realização do atendimento familiar?
- 7) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção familiar do portador de transtornos mentais?
- 8) Qual o papel dos usuários (ou da associação de usuários e familiares) no planejamento das ações do Caps?
- 9) Na sua opinião, qual a importância das associações de usuários e familiares para o tratamento do portador de transtornos mentais e para os serviços de saúde mental?

4 Inserção social

- 1) Na sua opinião, as práticas assistenciais realizadas no Caps encaminham-se na direção da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial?
- 2) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção social do portador de transtornos mentais?
- 3) Quais avanços e conquistas identifica com relação a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais?
- 4) Na sua opinião, o atendimento no Caps possibilita ao usuário a construção da sua autonomia? Como?

- 5) Na sua opinião, a organização atual dos serviços de saúde mental (da política de saúde mental) favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais? Qual a importância do caps nesse contexto?

5 Integração com a rede municipal de assistência em saúde

- 1) Qual a relação do Caps com a(s) equipe(s) de Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência?
- 2) O Caps tem controle das internações psiquiátricas no seu território? Em caso afirmativo, como ocorre este controle?
- 3) Na sua opinião, qual o lugar que o Caps ocupa na rede de atenção em saúde? Constitui-se no serviço que regula a porta de entrada para o atendimento em saúde mental?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este instrumento tem a intenção de obter o seu consentimento por escrito para participar do estudo “A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis”, durante o período de 01 a 31 de março de 2006, com o intuito de contribuir para o levantamento de dados para a elaboração do referido trabalho.

O estudo tem como objetivo geral analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Ao propormos a presente pesquisa esperamos contribuir com a produção de conhecimentos e saberes sobre as novas práticas de atenção e cuidado ao portador de transtornos mentais.

Os relatos obtidos serão confidenciais e, portanto, não será utilizado o nome dos participantes em nenhum momento, garantindo sempre o sigilo da pesquisa e os preceitos éticos da profissão. Os depoimentos serão referenciados pelo apelido a ser escolhido pelo próprio entrevistado

Certa de sua colaboração, agradeço sua disponibilidade em participar do estudo.

Eu _____,
consinto em participar desta pesquisa, desde que respeitadas as respectivas proposições contidas neste termo.

Florianópolis, março de 2006.

Assinatura do entrevistado.

ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

FERNANDA SCALZAVARA

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Serviço Social** - Área de concentração: Serviço Social, Direitos Humanos e Questão Social.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ivete Simionatto.

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de **Mestre em Serviço Social**, e aprovada na sua forma final, em 31/7/2006, atendendo as normas vigentes no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e na Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof^a Dr^a Catarina Maria Schmickler
Coordenadora do PPGSS/UFSC

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Ivete Simionatto, Dr^a.
Departamento de Serviço Social/UFSC
Presidente

Prof^o Walter Ferreira de Oliveira, Ph.D.
Departamento de Saúde Pública/UFSC
Membro

Prof^o Jonas Salomão Spricigo, Dr.
Departamento de Enfermagem/UFSC
Membro

Prof^o Mário Teixeira, Dr.
Departamento de Clínica Médica/UFSC
Membro Suplente

*Aos profissionais e aos usuários do CAPS
Ponta do Coral de Florianópolis.*

AGRADECIMENTOS

Desejo expressar meus sinceros agradecimentos aos profissionais do CAPS Ponta do Coral, pela receptividade, atenção, acolhimento e colaboração na fase mais importante desta pesquisa, assim como pela consideração ao meu trabalho profissional. Também, aos usuários desta unidade de serviço, pela forma carinhosa e acolhedora com que sempre me receberam.

À professora Ivete Simionatto por ter aceitado a orientação do trabalho; agradeço a oportunidade de poder ter desenvolvido a pesquisa de meu interesse e desejo profissional.

Aos professores Jonas Spricigo e Mário Teixeira pela atenção, disponibilidade e colaboração, essenciais na definição e elaboração do projeto de dissertação. Igualmente, ao professor Walter Ferreira de Oliveira pelas considerações e contribuições no exame de qualificação.

À sempre Mestre, amiga e professora Iliane Kohler, pela relação de ensino-aprendizado humana, saudável, mantida no decorrer de toda a minha vida acadêmica; pelas ajudas concretas nos momentos de dificuldades, pelos conselhos, orientações e *encaminhamentos* necessários nos instantes, nas horas, nas fases de incerteza, insegurança, angústia, desespero.

Aos profissionais Mara Regina de Oliveira e Antônio Heinzen Filho, pelo suporte terapêutico necessário nos últimos anos da minha vida; especialmente por terem me ajudado a transformar as dificuldades, os obstáculos, as conquistas cotidianas no *Mestrado da Vida*.

Às profissionais e amigas Maria Sirene Cordioli e Maria Inês Bernardino, pela relação profissional responsável, ética, competente, que me impulsionou para os estudos na área da saúde mental; pela amizade acolhedora, carinhosa, fraterna, pelas comemorações e pelos momentos de descontração.

Aos meus pais e à minha família, base dos meus valores ético-morais.

Às minhas amigas e aos meus amigos, que de perto ou de longe, acompanham minha trajetória, acreditam e torcem por mim.

Formalmente, agradeço as instituições públicas CAPES e UFSC, através dos programas PROF e PGSS, pelo financiamento da bolsa que permitiu a dedicação profissional integral para a realização deste trabalho.

RESUMO

O presente trabalho tem como objeto de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. Constitui-se como objetivo geral da presente pesquisa analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Os procedimentos metodológicos da pesquisa constaram de: pesquisa empírica na coleta das informações, através de entrevistas semi-estruturadas, gravadas, realizadas com um profissional de cada área de formação de nível superior, dentre as existentes no CAPS, e aplicação de formulário, com questões fechadas, a todos os profissionais que compõem a equipe. As informações coletadas foram sistematizadas e organizadas em itens correspondentes aos eixos que nortearam a coleta dos dados, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde. A análise final foi realizada com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os resultados obtidos nos permitem concluir que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a efetividade e eficácia dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial. De maneira geral, podemos afirmar que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológico, técnico assistencial, político-jurídico, social cultural.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, política de saúde mental, serviços substitutivos.

ABSTRACT

The objective of present work is to study the operationalization of the Psychiatric Reformation in the city of Florianopolis, Brazil, based on one specific institutional model - the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral. The general objective of the present research is to analyze the institutional reality at the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral, Florianopolis, related to the operational process of mental health politics, based on the requirements of the Brazilian Psychiatric Reformation. The research methodological procedures have consisted of: empirical research and data collection, through semi-structured interviews, recorded, realized under the presence and supervision of a professional of each field, plus de existing data from the CAPS, and filled application, with closed questions, to all the professionals who compose the team. The data colleted was systematized and organized in items and events that are surrounded the data collection, which are: financial structure and resources, human resources and therapeutic project, participation of the user and the family in the treatment, social insertion, and integration of the service with the municipal network of assistance in health. The final analysis was based on theoretical production on mental health and the Psychiatric Reformation. The results allowed us to conclude that in scope of management of CAPS, the limited number of studies and the difficulties to transfer and administer them harmed the functioning of the service. The contributing factors were lack of strategic planning and systematic evaluation of actions. The difficulties associated with teamwork compromised the effectiveness and efficacy of the objectives. The absence of a municipal network dedicated to structure and articulate mental health appears as an obstacle to the practice of desinstitutionalization and psychosocial rehabilitation. In general, we can affirm that the changes in the assistance model, directed for Psychiatric Reformation is one of the challenges to the concretization to mental health politics in a new interaction between society and people with psychological illnesses. The operationalizational political difficulties of mental health go through different fronts of performance which constitute the complexity of social processes associated with Reformation in its different dimensions. These dimensions are: theoretic-epistemological, technical assistance, politic-legal and socio-cultural.

Keywords: Psychiatric Reformation, mental health politics, substitute services.

LISTA DE SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
APAC - Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CPASM - Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental
CMS – Conselho Municipal de Saúde
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FNS – Fundo Nacional de Saúde
INAMPS – Instituto Nacional de Aposentadorias e Pensões
IPQ – Instituto de Psiquiatria Catarinense
MS – Ministério da Saúde
MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS – Organização Mundial para a Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF - Programa de Saúde da Família
RP – Reforma Psiquiátrica
SIH - Sistema de Informação Hospitalar
SAI – Sistema de Informação Ambulatorial
SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
SUS – Sistema Único de Saúde
TR – Terapeuta de Referência
ULS – Unidade Local de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Procedimentos metodológicos	18
2 REFORMA PSIQUIÁTRICA	222
2.1 O Modo Psicossocial	26
2.1.2 Atenção Psicossocial.....	28
2.2 Desinstitucionalização	30
2.3 Reabilitação psicossocial	32
3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA	344
3.1 Estrutura e recursos financeiros	344
3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico	45
3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental	46
3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário	51
3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações.....	59
3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento.....	65
3.3 Participação do usuário e da família no tratamento	69
3.3.1 Planejamento terapêutico individual.....	70
3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral.....	72
3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares	81
3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia.....	88
3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental.....	96
3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica	106
3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde...	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
REFERÊNCIAS.....	125
APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS.....	130
ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica.....	136

1 INTRODUÇÃO

O processo de mobilização, organização e luta pela Reforma Psiquiátrica brasileira origina-se no contexto dos movimentos sociais, no período de redemocratização do país (décadas de 1970/1980), e tem como base os pressupostos da Reforma Sanitária brasileira e da Psiquiatria Democrática italiana. Tal movimento esteve direcionado no sentido da crítica e desconstrução gradativa da assistência existente, embasada no saber psiquiátrico, que justificava as práticas decorrentes do modelo asilar e, ao mesmo tempo, buscava a construção de propostas de superação deste modelo.

Os anos de luta pela transformação do modelo assistencial tradicional (asilar), centrado na internação hospitalar, culminaram com a criação e regulamentação de leis e portarias relativas à implantação de uma rede de serviços substitutivos a este. A partir da década de 1990 um conjunto de leis, portarias, decretos, resoluções define novas exigências em relação à assistência psiquiátrica prestada aos portadores de transtorno mental¹, incluindo a adequação das condições físicas das instituições de atendimento, a existência de projeto terapêutico, equipe multidisciplinar e outros dispositivos que garantam maior qualidade assistencial.

A Reforma Psiquiátrica é um processo em construção, que envolve tanto a sociedade civil, através dos diferentes os movimentos sociais, os profissionais, os usuários, bem como os órgãos gestores das políticas públicas. Estes são os responsáveis pela operacionalização das ações com relação a mudança de paradigma e prática em saúde mental. Nessa trajetória, aos profissionais cabe exercer o papel de sujeitos e críticos do processo de implantação da Reforma Psiquiátrica; aos gestores da política de saúde compete a decisão política com vistas a assegurar as condições técnicas para a implementação e operacionalização dos serviços de atenção; aos movimentos sociais fica a luta política pela construção social de um outro sentido para lidar com a "loucura" e com o "louco", a partir de uma transformação na relação sociedade/loucura.

¹ Cabe destacar que a expressão “portador de transtorno mental” é adotada neste estudo por acreditar-se que a palavra portador traz em si um caráter mutante. Ou seja, secundariza o transtorno mental e resgata o sujeito envolvido na condição de enfermo, como um ser dinâmico. Por sua vez, o termo transtorno mental traz um caráter psicossociológico, dinâmico, mutável, diferente do termo doença mental, muito embora não seja menos controvertido do que este último (ROSA, 2003, pp. 37-38). E, também, por ser “portador de transtorno mental” a expressão utilizada na linguagem técnica constante na política de saúde mental do Ministério da Saúde.

No curso das transformações operadas na e pela Reforma Psiquiátrica destacamos como marco significativo recente a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM)². Em seu documento conclusivo reafirma-se que as políticas de saúde mental devem respeitar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das leis Federal e estaduais, priorizando a construção da rede de atenção integral em saúde mental. Tais políticas devem ter como pressupostos básicos a inclusão social e a reabilitação psicossocial, estar integradas com outras políticas sociais, como educação, trabalho, lazer, cultura, esporte e habilitação profissional, visando garantir o exercício pleno da cidadania (BRASIL, 2002a).

O mesmo documento ressalta que a reorientação do modelo assistencial deve estar direcionada para concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e de promoção da saúde. Nesse sentido, é fundamental que as novas modalidades assistenciais desenvolvam práticas pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a auto-estima, a autonomia e a cidadania, buscando superar a relação de tutela e reprodução da institucionalização e/ou cronificação (BRASIL, 2002a).

A mudança do modelo assistencial é um dos desafios da Reforma Psiquiátrica. Busca-se, no âmbito da gestão pública, a construção de um novo pacto para transferir os recursos aplicados no modelo hospitalar para uma assistência comunitária. Entretanto, a mudança da lógica de atenção em saúde mental requer, também, uma mudança de paradigma. No bojo dos novos dispositivos de cuidado necessariamente deve estar uma nova ética do cuidar, baseada na premissa básica da autonomia possível e dos direitos humanos dos portadores de sofrimento psíquico. Isso significa considerar que as possibilidades de novas práticas terapêuticas devem caminhar ao lado da preocupação com a mudança das representações simbólicas do “louco” na sociedade, e com a produção de outros saberes.

Na atualidade, todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, bem como a literatura da área, referem-se a desconstrução como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade das ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Tal proposição tem como base a

² Realizada em Brasília, de 11 a 15 de dezembro de 2001. A I Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em 1987 e a II em 1992.

incapacidade da psiquiatria em explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (TORRE; AMARANTE, 2001).

O modelo manicomial tem seu fundamento na noção de que a experiência de sofrimento psíquico diversa (delírio, alucinação) é sinônima de erro. Um dos aspectos mais importantes no processo de transformação radical deste é a superação do conceito de doença. Conforme apontam Torre e Amarante (2001, p.73-85), “não se trata, obviamente, de negar a diversidade da experiência do delírio ou da alucinação, mas de não utilizar o conceito de doença (igual a erro) na relação com o sujeito”. Nesta direção, Rotelli (1990) propõe, no lugar do objeto “doença mental”, o objeto “existência-sofrimento” do sujeito em sua relação com o corpo social.

Segundo Costa-Rosa (et. al., 2003, p. 28), “ao se buscar a superação do saber psiquiátrico, sobretudo do paradigma doença-cura, procurou-se romper com práticas identificadas com o modelo clínico, por considerá-las ineficazes, segregadoras”. Busca-se no modo psicossocial estabelecer-se “a construção de uma relação de contrato com o sujeito que substitua a relação de tutela instaurada pela psiquiatria” (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 73-85). Como oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar surge, no contexto da Reforma Psiquiátrica, a atenção psicossocial como paradigma do modo psicossocial.

A origem das práticas de atenção psicossocial, como designação de experiências significativas no contexto da saúde mental, está relacionada às contribuições das diferentes experiências históricas de reforma, que incluem as Comunidades Terapêuticas e a Antipsiquiatria, na Inglaterra, a Psicoterapia Institucional, na França, a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, nos Estados Unidos e a Psiquiatria Democrática, na Itália³. No caso brasileiro somam-se as contribuições das políticas públicas e das experiências locais pioneiras dos centros e núcleos de atenção psicossocial, em Santos, São Paulo.

O modelo psicossocial vem ganhando elementos tanto em termos teórico e técnico quanto ideológicos e éticos, aptos a constituírem um novo paradigma para as práticas em saúde mental, capaz de substituir o paradigma psiquiátrico que ainda é dominante. Costa-Rosa (et al., 2003, p.31), observa que de modo geral os elementos teóricos subjacentes a essas experiências passam principalmente pelas idéias sociológicas e psicológicas, pelo materialismo histórico, pela psicanálise e pela filosofia da diferença. Nesse sentido, é importante indicar que o lugar social da saúde mental é um lugar de

³ Estudos sobre estas experiências encontram-se em DESVIAT (1999); ROTELLI (2001).

conflito, confronto e contradição. Entender a saúde mental dessa forma implica em reconhecê-la como expressão e resultante de relações e situações sociais concretas. “Por qualquer perspectiva que se olhe, tratar-se-á sempre de um eterno confronto: pulsações de vida/pulsações mortíferas; inclusão/exclusão; tolerância/intolerância” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p. 29).

A operacionalização da Reforma Psiquiátrica, através da implantação da rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, territorializados e integrados à rede de saúde, tem sido uma construção lenta e difícil, perpassada por interesses políticos e econômicos. Muitas vezes são privilegiados procedimentos técnico-burocráticos, assistenciais, em prejuízo de um serviço que tenha como foco o tratamento da pessoa humana na sua dimensão integral. Por outras, a Reforma Psiquiátrica é entendida como sinônimo de reestruturação de serviços; introdução ou modernização de novas tecnologias de tratamento e cuidado; promulgação de uma nova legislação. Em geral, os problemas passam pela tendência de tornar a Reforma a implantação de centros de atenção psicossocial, de forma a banalizar o serviço, fazendo com que estes sejam uma extensão do hospital psiquiátrico (AMARANTE, 2005).

Não obstante, a transformação do modelo de atenção tradicional requer a construção de uma rede de atendimento ampla, com serviços diversificados e complementares, substitutivos das práticas asilares. O modelo substitutivo não significa alternativo, paralelo, complementar ou intermediário do sistema tradicional. Trata-se de um serviço forte, que comporta uma estrutura complexa em que o sentido das práticas deve ser alterado do “eixo da clínica” para o “eixo da cidadania”. Isso significa olhar para a pessoa-sujeito e não unicamente para a doença (AMARANTE, 2005).

Pensar a mudança do paradigma teórico-conceitual clássico significa provocar uma transformação na cultura da forma tradicional de ver e lidar com a loucura, buscar a construção de um outro lugar social para a loucura e a doença mental, a partir de uma transformação das relações sociedade-loucura/doença mental.

Nesse processo, os centros de atenção psicossocial (CAPS) constituem-se no “braço” do modelo psicossocial. Tornam-se serviços privilegiados para o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial e dispositivos estratégicos para a mudança da atenção em saúde mental.

De acordo com as normatizações do Ministério da Saúde, são atribuições dos CAPS: organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; prestar atendimento em regime de atenção diária; oferecer cuidado clínico eficiente e personalizado; realizar a

dispensação de medicamentos; acompanhar usuários que moram em residências terapêuticas; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, assessorando o trabalho dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território ou área de abrangência (BRASIL, 2004).

No sentido de favorecer o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, bem como estimular a mudança da lógica de ver e lidar com a “doença” e o “doente mental”, o direcionamento da Política Nacional de Saúde Mental preconiza que os projetos terapêuticos dos CAPS podem ultrapassar a estrutura física da unidade, em busca da rede de suporte social comunitária. O atendimento prestado deve ser através de projeto terapêutico individualizado, construído conjuntamente com o usuário. A preocupação principal não deve ser o estabelecimento de um diagnóstico clínico, mas sim o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2004).

Com base no exposto, a presente dissertação de mestrado tem como recorte de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - O Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. A escolha deste CAPS deve-se ao fato de ser este um serviço público de atendimento diário a portadores de transtornos mentais adultos, único nesta modalidade no município. A população de Florianópolis conta com outros dois centros de atenção psicossocial, um para atendimento de crianças e adolescentes (CAPSi) e outro para atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (CAPSad).

O CAPS Ponta do Coral constitui-se no principal serviço de atendimento extra-hospitalar na realidade local, desempenhando um papel central na assistência a portadores de transtornos mentais graves. A rede municipal de atenção em saúde mental é incipiente, com poucos recursos e o CAPS enfrenta diversas dificuldades na realização de suas atividades, concentrando uma demanda de atendimento superior a sua capacidade.

Destacamos a relevância deste estudo na medida em que está em curso no país uma reforma nos serviços de assistência em saúde mental, em que a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos pelo cuidado comunitário/ambulatorial tem sido a

diretriz básica para a reorganização da política de saúde mental, desde o nível federal aos níveis estadual e municipal.

A reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

O processo de reestruturação dos serviços de saúde mental está baseado na organização de uma rede comunitária de cuidados. Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esportes etc), culturais, religiosos e de lazer são convocados para potencializar as equipes de saúde na tarefa de realizar ações de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004).

Fazem parte desta rede de serviços de saúde mental os centros de atenção psicossocial, os núcleos de atenção psicossocial (NAPS), os serviços residenciais terapêuticos (SRTs), os hospitais gerais, os centros locais de saúde, as equipes de saúde da família e agente comunitários de saúde, entre outros. Particularmente, neste trabalho, nos interessamos por estudar os CAPS por estes assumirem um papel central na organização da rede, constituindo-se em serviços de atenção que “almejam à outra lógica, outra fundamentação teórica-técnica e outra ética, que não mais a do paradigma psiquiátrico” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.19).

Os CAPS foram criados para serem substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos, oferecendo atendimento em saúde mental à população de sua área de abrangência. São atendidas pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, incluindo aquelas que apresentam transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e crianças e adolescentes. As práticas realizadas neste tipo de serviço devem caracterizar-se por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro, na comunidade.

Oficialmente os CAPS foram instituídos pela Portaria GM/MS N°224/1992 e definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam uma população adscrita definida pelo nível local e oferecem atendimento de cuidados intermediários entre

o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (BRASIL, 2002b).

Atualmente, os CAPS são regulamentados pela Portaria GM/MS N° 336/2002 e integram a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta portaria estabelece critérios de porte/complexidade e abrangência populacional aos CAPS, classificando-os nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad⁴. A classificação dos diversos tipos de CAPS difere, basicamente, quanto ao tamanho da população pela qual se responsabilizam e quanto ao regime de funcionamento.

Os profissionais que trabalham nos CAPS integram uma equipe multiprofissional. São técnicos de nível superior e nível médio, de diferentes áreas de formação. Os profissionais de nível superior são médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física entre outros necessários para as atividades oferecidas, de acordo com o projeto terapêutico do CAPS. Os profissionais de nível médio podem ser técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores, artesãos, profissionais de limpeza e cozinha (BRASIL, 2004).

As equipes técnicas possuem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. Cabe aos profissionais a tarefa de organizar-se para realizar o acolhimento dos usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, realizar as atividades de reabilitação psicossocial, equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas.

Ao considerarmos as práticas em saúde mental de um centro de atenção psicossocial nosso objeto de estudo estamos entendemos que é a partir delas que a mudança de paradigma se torna possível, haja vista que a estruturação de uma rede de

⁴ O CAPS I tem capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e deve funcionar das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira; o CAPS II atende municípios com população entre 70.000 e 200.000, deve funcionar das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas; o CAPS III atende municípios com população acima de 200.000 habitantes, funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana. Já os CAPSi e os CAPSad possuem características diferenciadas dos demais. O CAPSi é referência para municípios com população acima de 200.000 habitantes e constitui-se em um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período até 21 horas. Os CAPSad destinam-se a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. É indicado em municípios com população acima de 100.000 habitantes, funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas (BRASIL, 2002b).

novos serviços de saúde mental não constitui por si só uma ruptura com o paradigma das práticas asilares, da segregação e da tutela do portador de transtorno mental. Contudo, sabemos que analisar uma realidade institucional é uma tarefa difícil, principalmente quando nos propomos olhar esta realidade em movimento, permeada de contradições e como fruto de um processo sócio-histórico.

Nesse sentido, elegemos como sujeitos informantes os profissionais que atuam no Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, por entendermos que a eles cabe a tarefa de realizar as atividades institucionais cotidianas. Esses profissionais integram uma equipe multiprofissional e assumem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. A nosso ver, constituem-se atores sociais centrais no processo de implementação e operacionalização da Reforma Psiquiátrica na realidade local.

Com isso queremos destacar que os profissionais de saúde mental exercem um papel relevante para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, seja como partícipes dos movimentos sociais, como gestores da política de saúde mental e/ou como trabalhadores (técnicos) nos serviços de assistência. Particularmente, aos profissionais dos CAPS cabe o compromisso de operacionalizar a mudança da lógica da assistência, na medida que estão atuando em um serviço considerado um dispositivo estratégico da rede de assistência em saúde mental. Esses profissionais estão diretamente ligados aos usuários do serviço e a implementação da política de saúde mental, função que os coloca na linha de frente de um cenário novo que vem passando por formulações e reformulações nos campos “político-jurídico, técnico-assistencial, epistemológico e sociocultural” (AMARANTE, 2003).

Torna-se pertinente ressaltar que o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) teve forte influência nos avanços ocorridos na mudança da assistência psiquiátrica. Constituído inicialmente de técnicos de saúde mental buscava a melhoria da assistência psiquiátrica e denunciava a situação precária dos manicômios. O MTSM posicionou-se em relação à assistência prestada, politizou a questão da Reforma, construiu uma linha de pensamento crítica no campo da saúde mental. Organizados, os trabalhadores criaram fóruns de discussões locais de caráter técnico e político e defenderam as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Posteriormente, o movimento ampliou-se no sentido de ultrapassar sua natureza técnico-científica, organizou sua estrutura administrativa como fórum nacional e passou a ser designado Movimento da Luta Antimanicomial, tornando-se um movimento social que passou a englobar várias entidades como associações de usuários

e familiares⁵, ONGs, entre outras (AMARANTE, 1994, 1995a; SOUZA, 2001; VASCONCELOS, 2000b, 2004).

Assim, nos parece certo que os profissionais de saúde mental são atores sociais influentes na efetivação da Reforma Psiquiátrica. Razões significativas para pesquisar e valorizar suas experiências e opiniões, na medida em que seus relatos podem indicar como vem se realizando no dia-a-dia a Reforma, bem como contribuir para a construção de novas práticas e a produção de novos saberes. E, entendemos como Foucault, que os saberes não são apenas conhecimentos acadêmicos, produções que se autodenominam científicas. Os saberes também estão onde são produzidos, pois sempre criam visões de mundo, produzem histórias e História.

Dessa forma, a presente pesquisa tem a finalidade específica de contribuir para a análise das práticas locais de saúde mental, a partir do estudo da realidade vivenciada no CAPS de Florianópolis e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Lembramos, ainda, que neste ano de 2006 o CAPS Ponta do Coral completa dez anos de atividades, fato que nos leva a destacar a importância de um estudo que identifique as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação deste serviço. No geral, busca-se fornecer subsídios para os avanços nas políticas de saúde mental e contribuir para a produção de conhecimentos sobre a realidade da prática das políticas públicas de saúde mental. Para tanto, elegemos como eixos de estudo e análise cinco pontos, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social e integração com a rede municipal de assistência em saúde.

Constitui-se como objetivo geral do presente estudo a análise da realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Para alcançarmos este definimos como objetivos específicos: 1) caracterizar a estrutura e os recursos financeiros disponibilizados

⁵ Cabe registrar que no campo da saúde mental encontram-se associações de composição variada. Há associações de usuários; associações de familiares; associações de usuários e familiares; associações de usuários, familiares e técnicos; associações de usuários e técnicos; e associações de técnicos e familiares. Em sua maior parte, o processo organizativo das associações é conduzido por elementos de constituição de laços de solidariedade e ajuda mútua. Contudo, existem associações que são favoráveis à agenda de inovações da assistência colocada pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e, outras, que se caracterizam como uma comunidade de veto em relação à mesma agenda (SOUZA, 2001).

e sua adequação às atividades do Caps; 2) conhecer as práticas assistenciais desenvolvidas pelo CAPS com relação ao projeto terapêutico e como se organiza o trabalho da equipe técnica; 3) identificar como ocorrem as práticas institucionais de participação do usuário e da família no tratamento e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica; 4) identificar se existem e quais são as ações institucionais, intersetoriais e/ou outras criadas com relação a inserção social do portador de transtornos mentais; 5) descrever e analisar a relação existente entre o CAPS e a rede municipal de assistência em saúde com relação a operacionalização da política de saúde mental e do SUS; 6) identificar quais as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação do CAPS, pontos positivos e negativos.

1.1 Procedimentos metodológicos

Para operacionalizar os objetivos do nosso estudo foi realizada uma pesquisa de caráter qualitativo, do tipo estudo de caso. Segundo Minayo (1994), a pesquisa qualitativa, nas ciências sociais, responde a questões particulares, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Isso significa considerar que trabalhamos com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que correspondem a pontos mais profundos das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser quantificáveis. E, segundo Chizzotti (2003, p. 104), em geral, a pesquisa qualitativa objetiva provocar o esclarecimento de uma situação para uma tomada de consciência pelos próprios pesquisados dos seus problemas e das condições que os geram, a fim de elaborar meios e estratégias de resolvê-los.

Dentre os tipos de pesquisa qualitativa, o estudo de caso talvez seja um dos mais relevantes. É uma modalidade que propicia retratar uma realidade de forma ampla e profunda, de forma a revelar a multiplicidade de dimensões presentes numa determinada situação e contextualizar o objeto para melhor compreendê-lo (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Nesta forma de estudo, o caso é tomado como unidade significativa do todo porque tanto retrata uma determinada realidade quanto revela a multiplicidade de aspectos globais presentes em uma dada situação (CHIZZOTTI, 2003). A principal função do estudo de caso é a explicação sistemática de fatos que ocorrem no contexto social e geralmente se

relacionam com uma multiplicidade de variáveis. Essa técnica caracteriza-se por ser um estudo intensivo, o qual deve considerar a compreensão geral do assunto investigado (FACHINI, 2001).

O local escolhido para a realização do estudo, o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, é um serviço público, municipal, cadastrado na modalidade CAPS II, situado à rua Rui Barbosa, 713 (fundos), no bairro Agrônômica, Florianópolis/SC. CAPS Ponta do Coral funciona das 8h às 18hs e atende uma demanda média diária de 40 usuários. O serviço foi criado em março de 1996 e funciona neste endereço desde o mês de dezembro do mesmo ano⁶.

A principal fonte de informação da presente pesquisa constituiu-se das falas dos profissionais, de formação de nível superior, e, no resultado do formulário aplicado a todos os membros da equipe do CAPS Ponta do Coral. Utilizamos para a coleta de informações a entrevista semi-estruturada, gravada, com questões abertas, e a aplicação de formulário com questões fechadas (Apêndices A e B). As entrevistas foram orientadas por um roteiro com perguntas estruturadas e agrupadas em cinco blocos correspondentes aos eixos de estudo da pesquisa. De acordo com Trivinos (1987), a entrevista semi-estruturada geralmente parte de certos questionamentos básicos, de perguntas fundamentais derivadas da teoria que é adotada para a pesquisa e de informações que o pesquisador possui sobre o tema a ser pesquisado.

Na pesquisa qualitativa, a entrevista é uma das técnicas mais utilizadas na coleta do material empírico. No tipo de estudo escolhido, foi possível perceber que a entrevista constituiu-se na ferramenta capaz de possibilitar a obtenção de dados mais profundos da realidade, os quais só podem ser obtidos com a contribuição dos sujeitos envolvidos.

O trabalho empírico para coleta dos dados e das informações na Instituição foi realizado entre a segunda quinzena do mês de março e a primeira quinzena do mês de abril de 2006 (16/3/2006 a 13/4/2006). A coleta teve início após a apresentação e solicitação de autorização para a realização da pesquisa à coordenação da Instituição. O projeto foi encaminhado à Comissão de Ensino e Pesquisa do CAPS II Ponta do Coral e à Direção de

⁶ A implantação do serviço foi efetivada em 25/3/1996, ficando instalado, provisoriamente, junto ao Centro de Saúde II do Centro de Florianópolis (atual ULS Centro), na Avenida Rio Branco. Em dezembro do mesmo ano foi transferido para o atual endereço, passando a ser chamado NAPS Ponta do Coral. Seu credenciamento no Ministério da Saúde aconteceu ao longo do ano de 1997. Em 2002, a Portaria GM n° 336 regulamentou a denominação dos antigos NAPS para CAPS (STUANI, 2005).

Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis para parecer. Mediante o parecer favorável (Anexo A) das referidas instâncias, foi realizada, em reunião de equipe, a apresentação do projeto aos profissionais do CAPS Ponta do Coral. Concluída esta etapa, foi realizada a entrevista pré-teste. A escolha do profissional observou os critérios constantes da metodologia do projeto. A entrevistada foi uma profissional da área da psicologia (área que tem mais de um profissional no CAPS) que tinha disponibilidade para a realização da entrevista na data escolhida. A partir desta entrevista, foram realizadas pequenas alterações no roteiro, com vistas a agrupar algumas perguntas, no sentido de diminuir o tempo necessário à efetivação da mesma. A referida entrevista teve a duração aproximada de uma hora e vinte minutos, acrescida de mais quinze minutos para a aplicação do formulário, totalizando uma hora e trinta e cinco minutos.

No total, foram realizadas seis entrevistas e aplicados doze formulários, de acordo com a metodologia estabelecida, a qual privilegiou, para a entrevista, o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de ensino superior, dentre as existentes no CAPS Ponta do Coral, quais sejam: psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Os formulários foram aplicados a todos os profissionais de formação de nível superior e de formação de nível médio. Foi necessário realizar sorteio do profissional a ser entrevistado apenas com relação a área da psicologia, por esta ter quatro profissionais atuando na equipe do CAPS. Como utilizamos um deles para a realização do pré-teste, participaram do sorteio apenas os outros três. O sorteio foi realizado na presença de outras duas profissionais da equipe.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos profissionais. A aplicação dos formulários foi simultânea e obedeceu ao mesmo critério. No caso de três dos profissionais entrevistados não foi possível realizar a aplicação do formulário no momento da entrevista, a pedido dos mesmos, devido a limitações de tempo. As entrevistas foram gravadas em fitas cassete, com a autorização prévia dos entrevistados, e, posteriormente, as falas foram transcritas.

As informações e os dados coletados foram sistematizados e classificados, de acordo com os eixos de pesquisa, e posteriormente analisados com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os dados originados dos formulários foram analisados e tratados descritivamente, ou seja, reduzidos a termos descritivos. Para efeito de padronização e de comparação foi adotado o método da porcentagem.

A análise final, que, segundo Minayo (1994), corresponde a um movimento contínuo entre o empírico e o teórico e vice-versa para fazer do caos aparente das

informações revelações da sua especificidade, foi construída pela síntese das informações coletadas em cada eixo de estudo, previamente definidos.

As questões éticas foram consideradas em todas as etapas do estudo, especialmente, na relação com os entrevistados, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) e dentro do que determina a Resolução N° 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde e o Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina. Os profissionais foram informados e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa quando da apresentação do projeto em reunião de equipe e individualmente antes da realização da entrevista. Foi preservado o anonimato dos entrevistado ao se utilizar codinomes para referenciar as falas no trabalho, destacando-se que os mesmos escolheram livremente seu próprio apelido quando da realização da entrevista. Apenas uma das entrevistadas optou por deixar a cargo da pesquisadora a escolha do codinome.

O trabalho que ora apresentamos está organizado de forma a contemplar, neste primeiro capítulo, a introdução do tema e a metodologia utilizada na pesquisa; no segundo capítulo descrevemos, sistematizadamente, o norte teórico utilizado como referência para a análise dos dados e das informações coletadas; no terceiro capítulo trazemos os resultados e as análises da pesquisa. Ao final, resgatamos os principais tópicos relacionados aos eixos de estudo e expomos nossas considerações finais sobre o tema.

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA

Procuramos expor neste capítulo uma síntese das análises de alguns autores que têm contribuído para o avanço nas discussões sobre a Reforma Psiquiátrica, bem como a definição do que vem a ser este outro modelo de atenção em saúde mental – o Modo Psicossocial, tanto em seus aspectos prático-assistenciais quanto em suas exigências éticas e teóricas, no sentido de construirmos o norte teórico orientador das análises da presente pesquisa.

Todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, na atualidade, bem como a literatura da área estabelecem a categoria teórico-prática “desconstrução” como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade nas ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Reiteram, também, a incapacidade da psiquiatria de explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (BASAGLIA, 1985; ROTELLI, 1990). Neste sentido, a proposta da Reforma Psiquiátrica objetiva criar experiências alternativas ao hospital psiquiátrico e ao modelo de suas práticas, através da extinção desse tipo de instituição e sua substituição por recursos que sejam capazes de rever tanto as concepções do “objeto” quanto dos “meios” e modos da sua intervenção nessa área.

A partir das contribuições colocadas por Fleury (et. al., 1989), com relação ao conceito de Reforma Sanitária como um “processo de transformação estrutural”, e da noção de *processo social complexo* proposta por Rotelli (1990), Paulo Amarante (2003, p.49), define Reforma Psiquiátrica como:

um processo social complexo que se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade.

Nessa concepção, o autor observa que processo indica algo em permanente movimento, que não tem um fim predeterminado, nem um objetivo último ou ótimo. E, a idéia de complexidade é posta não como sinônimo de complicação, mas sim como uma atitude epistemológica no sentido de reabrir a possibilidade de recomplexificação do fenômeno, proposição oposta a naturalização/objetualização da noção de doença. Neste sentido, a doença deixaria de ser reduzida a uma alteração biológica, para tornar-se um

processo de saúde/enfermidade. Em outras palavras, “a doença não é um objeto, mas uma experiência nas vidas de sujeitos distintos” (AMARANTE, 2003, p.53).

Na continuidade de suas análises sobre a Reforma Psiquiátrica Amarante (2000, 2003) designa quatro dimensões para as transformações operadas na e pelas práticas da Reforma, quais sejam: teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural.

A dimensão teórico-conceitual ou epistemológica contempla o conjunto de questões que dizem respeito a produção de conhecimentos e saberes que irão subsidiar as práticas. É uma dimensão que vai desde a reflexão dos conceitos mais fundamentais do campo das ciências até os conceitos produzidos pela psiquiatria: alienação, doença mental, normalidade/anormalidade, terapêutica e cura. Um aspecto muito importante desta dimensão refere-se ao desafio de se repensar as relações entre conhecimento e objeto (AMARANTE, 2003).

Na interpretação de Costa-Rosa (et al., 2003, p. 32), o campo teórico-conceitual pauta-se na desconstrução de conceitos e práticas, sustentados pela psiquiatria e pela psicologia nas suas visões acerca da doença mental. Propõe-se como contrapartida a construção de noções e conceitos como “existência-sofrimento” do sujeito na sua relação com o corpo social, acolhimento, cuidado, emancipação e contratualidade social. Nesse âmbito, pode-se entender que o conceito de existência-sofrimento impulsiona a Reforma Psiquiátrica na direção de uma revolução paradigmática, uma vez que questiona a tão cara relação sujeito-objeto e o próprio paradigma doença-cura. Tal conceito aparece por contraposição ao paradigma doença-cura, expressando a exigência de se dar ao sujeito a centralidade da cena.

Como exemplo desse campo Amarante (2003, p. 50) destaca o processo de desconstrução do conceito de clínica, que deixaria de ser o isolamento terapêutico ou o tratamento moral para tornar-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades; a desconstrução do conceito de doença produzido pela psiquiatria, em que o sujeito, não mais visto como alteridade incompreensível, possibilitará outras formas de conhecimento, que produzirão novas práticas clínicas e sociais.

Cabe destacar que quando um conceito é submetido ao processo de desconstrução é possível supor que as relações entre as pessoas envolvidas também serão transformadas, assim como os serviços, os dispositivos e os espaços. Conseqüentemente, mudam, ainda, os conceitos e as práticas jurídicas que eram adotadas pelos conceitos desconstruídos.

Para Basaglia (1985) e Rotelli (1990), desconstrução está relacionada à noção de *invenção*, de construção do real, de produção da subjetividade, recolocando em discussão a ciência e a psiquiatria. Os autores referem-se a “desconstrução” do dispositivo psiquiátrico e clínico em seus paradigmas fundantes e suas técnicas de poder-saber, entendendo-a como uma ação prática de dismantelamento das incrustações institucionais que cobriam a doença. A desconstrução questiona as bases do dispositivo psiquiátrico, em sua competência para atuar frente à loucura.

Entende-se desconstrução como um processo social complexo, de desmontagem do dispositivo psiquiátrico, que não tem fim, ou não pretende constituir, um modelo ideal, mas sim dar novo significado às relações e colocar questões imanentes às situações-problema. Nesse sentido, é um processo que precisa, por definição, ser reinventado incessantemente, e questionar também o conjunto dos segmentos sociais que deveria ser [...] objeto de uma verdadeira "revolução molecular", quer dizer, de uma re-invenção permanente (GUATTARI, 1992 apud TORRE; AMARANTE, 2001, p. 14).

A dimensão político-jurídica passa pela criação e alterações na legislação com relação aos direitos e a assistência ao portador de transtornos mentais. O âmbito jurídico é decorrente do fato de a psiquiatria ter instituído a noção de relação entre loucura, periculosidade, irracionalidade, incapacidade, irresponsabilidade civil. No plano político luta-se pela extinção dos manicômios e sua substituição por instituições abertas, pela revisão das legislações sanitárias, civil e penal referente a doença mental, para possibilitar o exercício dos direitos à cidadania, ao trabalho e à inclusão social. Importa nessa dimensão rediscutir e redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais (AMARANTE, 2003, p. 53; COSTA-ROSA, et al., 2003, p. 33).

No âmbito da dimensão técnico-assistencial está o modelo assistencial. É nesse campo que, na realidade brasileira, aparecem mais visivelmente as inovações com relação as práticas assistenciais em saúde mental, concomitante a reconstrução dos conceitos. As transformações vêm acontecendo tanto na concepção de novos serviços (CAPS, oficinas terapêuticas e de reintegração sociocultural, cooperativas de trabalho) quanto na sua forma de organização e gestão (instituições abertas com participação e co-gestão com os usuários e a população).

Nos últimos anos têm-se objetivado construir uma rede de novos serviços, concebidos como espaços de sociabilidade, de trocas, em que se enfatiza a produção de saúde como produção de subjetividades. Essas mudanças indicam para uma mudança nas práticas de atenção e tem significado *colocar a doença entre parênteses*, propiciando

contato com o sujeito, rompendo com as práticas disciplinares; aumentando a possibilidade de recuperação do seu estatuto de sujeito de direitos (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 32-33; AMARANTE, 2003, p.51).

A expressão *colocar a doença entre parênteses* é atribuída a Basaglia, significa a suspensão do conceito e implica na possibilidade de novos contatos empíricos com o fenômeno em questão. Para o autor, a psiquiatria colocou o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença como fenômeno da natureza. Assim, Basaglia propõe uma inversão, isto é, colocar a doença entre parênteses para tornar-se possível lidar com o sujeito e não com a doença.

Amarante (2003) chama a atenção para o fato de a atitude epistemológica de colocar a doença entre parênteses não significa a negação da doença no sentido do não se reconhecer que experiências de sofrimento ou diversidade fazem parte da realidade concreta da saúde mental. Nas palavras do autor:

não significa a recusa em aceitar que exista uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar. Significa, isto sim, a recusa a explicação da psiquiatria, para dar conta daquela experiência, como se esta pudesse ser explicada pelo simples fato de ser nomeada como doença. A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia social e política da exclusão, e a ruptura epistemológica com o saber da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para objetivar conhecer a subjetividade (AMARANTE, 2003, p. 56).

A dimensão sociocultural expressa o objetivo maior da Reforma Psiquiátrica, haja vista que pretende transformar o *lugar social* da loucura no imaginário social, transformando as relações entre a sociedade e a loucura. Muito do imaginário social é decorrente da ideologia psiquiátrica que tornou senso comum a relação da loucura à incapacidade do sujeito de estabelecer trocas sociais e simbólicas (AMARANTE, 2003, p. 53).

Para tanto se têm estimulado uma série de práticas sociais visando transformar o imaginário social relacionado a loucura, a doença mental e a anormalidade. Está em processo de mudança a imagem da loucura e do louco, a imagem da instituição e a da relação dos usuários e a população com ela. A intencionalidade passa pela construção de uma imagem das instituições de atendimento como espaços abertos de circulação e pólos de exercício estético, e uma imagem do “louco” como cidadão que deve almejar poder de contratualidade social (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 33).

Pensar a Reforma Psiquiátrica como um processo complexo implica desconstruir, superar conceitos; pensar, refletir sobre as ações no campo da saúde mental e os efeitos de

suas práticas; criar, construir novas práticas e produzir outros saberes. Trata-se, portanto, de um processo contínuo em que os verbos transformar, produzir, desconstruir, desmontar, emancipar, reconstruir devem estar no cotidiano do fazer em saúde mental.

2.1 O Modo Psicossocial

A elaboração das práticas do modo psicossocial é tributária de diferentes movimentos sociais científicos e vários campos teóricos. Sob esse aspecto, Abílio da Costa-Rosa (2000; 2003), busca especificar elementos básicos do novo paradigma traçando um paralelo de análise entre as práticas constitutivas do modo asilar e aquelas exigidas ao modo psicossocial⁷.

As principais características do modo asilar são: ênfase na consideração de determinantes orgânicos nos problemas que se pretende tratar, o que implica que o seu meio básico seja medicamentoso; pouca ou nenhuma consideração da existência do sujeito, o que implica que não se insista na sua mobilização como participante do tratamento. O indivíduo continua sendo visto como doente, tanto em relação à família quanto em um contexto social mais amplo. Daí decorre que a intervenção seja quase exclusivamente centrada nele. As aproximações da família, quando ocorrem, costumam ter caráter apenas pedagógico e assistencial. Dessa consideração do indivíduo como centro do problema, entre outros fatores, decorre também seu isolamento em relação ao meio familiar e social.

Ainda, com relação as práticas assistenciais, no modo asilar, o trabalho é realizado sem que os profissionais se encontrem para conversar sobre a atividade comum. O prontuário é considerado o elo de interconexão entre os profissionais da equipe. Mesmo no caso em que o meio é multiprofissional, a determinação fundamental dos problemas continua, na prática, sendo biológica. Portanto, a eficácia do tratamento espera-se que venha da química. Sua instituição típica continua sendo o hospital psiquiátrico fechado,

⁷ O autor observa que esta análise tem uma dimensão histórica, na medida que inclui uma consideração dos avanços que tem ocorrido nas práticas concretas até o presente; e outra dimensão lógica, visto que decorre da dedução realizada, através do método de análise, das características imprescindíveis a um determinado dispositivo para que ele configure uma lógica contraditória com a dos dispositivos que pretende superar e substituir (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.36).

ainda que nas últimas décadas esse venha sendo alvo de reformas democratizantes, intermitentes e esteja acompanhado de dispositivos chamados extra-asilares.

No modo psicossocial a concepção do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos sustentados para lidar com esse processo requer a desinstitucionalização do paradigma “doença-cura” e sua substituição pelo “existência-sofrimento”, conjuntamente com a configuração de práticas de trabalho transdisciplinares.

Destacam-se como principais exigências ao modo psicossocial: a determinação e consistência psíquica e sociocultural dos problemas, e não orgânica; a desospitalização e a desmedicalização, o que significa desconsiderar a medicação como resposta única ou preponderante e a priori; o exercício da “clínica da escuta e da criação de si”, e não a clínica da observação e da retomada do estado anterior às crises; a horizontalização das relações intrainstitucionais; a participação dos usuários e da população em forma de autogestão e co-gestão; o livre trânsito dos usuários e da população; a ética do reposicionamento do sujeito, que significa reconhecer a implicação subjetiva como forma de singularização e não supressão sintomática.

Os dispositivos institucionais típicos do modo psicossocial são os centros e núcleos de atenção psicossocial, o Hospital-Dia, ambulatórios de saúde mental; equipes multiprofissionais de saúde mental, inseridas em Centros de Saúde; setores para tratamento em saúde mental, inseridos em hospitais gerais. Seus meios básicos de tratamento são a psicoterapia, a laboterapia, as socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural, além da medicação.

É decisiva a importância que se atribui ao sujeito, daí que se insista de maneira fundamental na sua mobilização como participante principal do tratamento. Não se deixa de considerar, por isso, a sua dimensão de indivíduo (orgânico e sócio-cultural). Dá-se ênfase à consideração da pertinência do indivíduo a um grupo familiar e social. Supõe-se que se deve trabalhar também a família e o grupo social como agentes das mudanças buscadas.

Da consideração de que não é o indivíduo o único problemático, sugere-se que se inclua no tratamento também a família e eventualmente um grupo mais ampliado. As formas de participação da família e do grupo ampliado no tratamento são várias e superam, em muito, as posturas assistencial e orientadora, características do modo asilar. As associações de usuários e familiares criadas no modo psicossocial são reflexos dessa nova postura em relação aos usuários.

No modo psicossocial, espera-se que as diferentes possibilidades de ação se estendam desde a continência do indivíduo, durante a crise, até o reconhecimento da implicação familiar e social nos mesmos problemas. Espera-se, portanto, que tanto uns quanto outros possam assumir a parte de seu compromisso na atenção e no apoio. Além disso, dá-se acentuada ênfase à reinserção social do indivíduo, sem perder de vista que, muitas vezes, não é a problemática com a qual ele chegou a responsável pela sua saída da circulação sociocultural.

Quanto às formas de organização institucional, no modo asilar estas são marcadas por estratificações de poder e saber no âmbito do pessoal da instituição, que se transladam para a relação com os usuários e a população, os quais estão excluídos de qualquer participação que não seja a do objeto inerte e o mundo. Já os dispositivos do modo psicossocial tem suas práticas fundamentadas na lógica da Psicoterapia Institucional e da Comunidade Terapêutica e, geralmente, estas são instrumentadas por meio de assembleias de usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental. Participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais no modo psicossocial, por oposição à estratificação e interdição institucionais à heterogestão e à disciplina das especialidades que dominam no modo asilar.

Neste sentido, o autor propõe designar a Atenção Psicossocial como paradigma do modo psicossocial, em oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar.

2.1.2 Atenção Psicossocial

O termo Atenção, no contexto da Reforma Psiquiátrica, assume o conceito de “dar e prestar atenção, acolher, receber com atenção, tomar em consideração, levar em conta e escutar atentamente”. Designa uma parte fundamental do contorno que se pretende imprimir às ações de Atenção Psicossocial nas práticas em saúde mental. Expressa certos princípios relativos, sobretudo, à forma das relações dos agentes institucionais e das próprias instituições como dispositivos, com os sujeitos usuários e suas demandas (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 22).

Já o conceito Psicossocial designa as práticas em Saúde Mental Coletiva que se inscrevem como transição paradigmática da psiquiatria; enquanto que o termo psicossocial

agrega ao 'objeto' das práticas em saúde mental aspectos psíquicos e sociais, e tem a função de designar experiências reformadoras em sentido amplo (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 19).

Segundo o autor, ao somatizar aspectos sociais e psíquicos aos aspectos biológicos do paradigma e do objeto da psiquiatria a Atenção Psicossocial vai promover transformações nas concepções do objeto, nos modos de conceber e estruturar a instituição como dispositivo e, sobretudo, na forma de conceber e estruturar as relações terapêuticas, que tem, por sua vez, implicações éticas radicalmente distintas das práticas asilares.

A Atenção Psicossocial subentende ações diferenciadas das contidas no paradigma asilar e psiquiátrico. Na definição de Costa-Rosa Luzio e Yasui (2003, pp. 34-36):

a Atenção Psicossocial parece configurar um campo capaz de congrega e nomear todo o conjunto das práticas substitutivas ao Modo Asilar, conservando ao mesmo tempo a abertura necessária para a inclusão das inovações que ainda estão se processando e para outras que certamente virão. [...] As práticas de Atenção Psicossocial representam a sedimentação de um vasto conjunto de variações teórico-técnicas e éticas, mais ou menos radicais, conforme o caso, em relação às práticas vigentes e dominantes, que estão no lugar estrutural de sua alteridade necessária.

Os autores argumentam que a Atenção Psicossocial tem sustentado um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas norteadas pela aspiração de substituírem o modo asilar, e algumas vezes o próprio paradigma da psiquiatria. As ações na esfera político-ideológica trabalham em sintonia com os movimentos sociais que lutam pelo resgate da dignidade humana e dos direitos individuais e coletivos de cidadania. As ações teórico-técnicas referem-se à produção de novas formas de intervenção que possibilitem a construção de novos dispositivos que trabalhem pela transformação radical dos modelos institucionalizados e da ética em que se pautam.

Atenção Psicossocial, entendida como paradigma do modo psicossocial, designa concepções contrárias ao modo asilar. Quando referida as políticas públicas de saúde mental aspira a inclusão de aspectos políticos, econômicos, sociais, culturais e outros relacionados com ações que visam a construção de práticas de emancipação para a cidadania. Neste trabalho, se refere ao modelo de atenção em saúde mental que deve nortear as práticas dos serviços substitutivos, especificamente, a dos centros de atenção psicossocial.

Dessa forma, a complexidade e amplitude das práticas de Atenção Psicossocial inclui como seus componentes necessários, os conceitos e as práticas englobadas na desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, a partir de uma perspectiva baseada no aumento da contratualidade social dos usuários das instituições.

2.2 Desinstitucionalização

A desinstitucionalização tem sua origem nas experiências desenvolvidas por Franco Rotelli (1990), na Psiquiatria Democrática italiana. Segundo o autor, o primeiro passo da desinstitucionalização consiste em desmontar a relação problema-solução, renunciando a busca da solução racional (tendencialmente ótima) que no caso da psiquiatria é a normalidade plenamente restabelecida.

“O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de “cura” mas no projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente” (ROTELLI, 1990, p.30). Neste sentido, trata-se de um processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito doente. A desinstitucionalização traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação na qual exista reciprocidade entre sujeitos - uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade.

Nas palavras do autor,

A desinstitucionalização é, sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. [...] Depois de ter descartado a ‘solução-cura’ se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento (ROTELLI, 1990, p.33).

Em sua origem, os pressupostos da desinstitucionalização encaminham-se no sentido da restituição da subjetividade do indivíduo, possibilitando-lhes a recuperação de sua contratualidade, isto é, da posse de recursos para trocas sociais e, por conseguinte, para a cidadania social. Contudo, alguns estudos sobre as mudanças operadas na assistência no

âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira apontam para a compreensão da desinstitucionalização como desospitalização⁸.

Segundo Spricigo (2001), a desinstitucionalização, não correlata da desospitalização, torna-se a um só tempo, processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito adoecido. Traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação em que exista reciprocidade entre sujeitos, uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade. Isso gera a necessidade de invenção de novas modalidades de mediação, não somente médicas, mas principalmente políticas, sociais e culturais.

Sobre esta questão, Amarante (1995b) enfatiza que a mudança desejada na assistência em saúde mental não corresponde simplesmente ao fechamento de hospitais psiquiátricos e o conseqüente abandono das pessoas em suas famílias ou nas ruas, nem no fechamento de leitos para reduzir custos, no sentido do neoliberalismo ou no sentido do enxugamento do Estado. Segundo o autor,

desinstitucionalização não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativo. Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social (AMARANTE, 1995b, p. 491-494).

⁸ Ver SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Série Teses em Enfermagem, n° 42)

Neste sentido, a proposta da desinstitucionalização está centrada em uma mudança completa do paradigma de saber em saúde mental e, do ponto de vista assistencial, na constatação de que o hospital psiquiátrico tradicional é antiterapêutico. Assim, a estratégia de conversão do sistema de cuidado deve partir da substituição do hospital psiquiátrico por um amplo rol de serviços abertos e comunitários, capazes de assistir o usuário desde a crise aguda até às necessidades mais amplas de caráter social. Nestes novos serviços, a reabilitação psicossocial vem se configurando como um lineamento para o desenvolvimento de programas, eticamente responsáveis, no sentido de dar conta da totalidade das demandas que os problemas mentais severos e persistentes requerem.

2.3 Reabilitação psicossocial

Na definição da Organização Mundial de Saúde (1987 apud PITTA, 2001) reabilitação psicossocial é o conjunto de atividade capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários.

Segundo Pitta (2001), a reabilitação psicossocial, no seu sentido instrumental, é representada por um conjunto de meios (programas e serviços) que são desenvolvidos para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes, ou seja, um processo para facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. Tal processo enfatiza as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo e a cada situação de modo personalizado.

Para Saraceno (2001), a reabilitação psicossocial prevê um processo de restituição e reconstrução de direitos políticos legais e sociais para o cidadão. Para tal, projetos de ressocialização devem promover o reconhecimento do portador de transtorno mental.

Para Kinoshita (2001), reabilitar é reconstruir valores, aumentar o poder contratual, criar condições de possibilidade para que um paciente possa, de alguma

maneira, participar do processo de trocas sociais, produzir dispositivos que, desde uma situação de desvalor quase absoluto (pressuposto), possa passar por experimentações, mediações que busquem adjudicar valores aptos para o intercâmbio, ou seja, modificar o pressuposto de desvalor natural para um pressuposto de valor possível proposto, explícito.

O autor considera que reabilitar pode ser entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia. Sendo que, a contratualidade do usuário vai estar, primeiramente, determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Se estes podem usar de seu poder para aumentar o poder do usuário ou não. Depois pela capacidade de se elaborar projetos, isto é, ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida.

Ainda, diretamente ligada a questão da reabilitação de pacientes está a necessidade de se estabelecerem diversificadas redes de relações, as quais melhor capacitariam os indivíduos a compreenderem quais determinações influenciam sua vida cotidiana, ampliando sua autonomia.

O conceito de autonomia aqui referenciado é entendido como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001).

3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Apresentamos, a seguir, os resultados e as análises da pesquisa realizada, a partir dos eixos que nortearam a coleta dos dados e das informações: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde.

3.1 Estrutura e recursos financeiros

O conjunto de serviços substitutivos ao modelo de atenção em saúde mental tradicional (manicomial/asilar), do qual os centros de atenção psicossocial fazem parte, é, atualmente, regulamentado pela Portaria GM/MS N° 336/2002. Esta portaria estabelece portes diferenciados, a partir de critérios populacionais, para abrangência, financiamento e tipo de serviço prestado, de acordo com cada modalidade de CAPS.

Com relação a estrutura física, os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender a sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado. Para tanto, devem estar equipados com consultórios individuais para consultas, entrevistas, terapias, salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitório, sanitários, área externa para oficinas, recreação e esportes (BRASIL, 2004).

Neste aspecto, O CAPS Ponta do Coral tem uma estrutura que compreende um terreno com área física total aproximada de 1.936,00m², destes, aproximadamente 421m² são de área construída. Fazem parte das instalações, uma casa com dois pavimentos, um anexo, utilizado como sala do brechó, área de lazer e estar externa, e estacionamento. O pavimento superior da casa comporta 2 varandas, sala de recepção, sala de espera, 2 áreas de circulação (corredores), sala de administração, 2 consultórios, sendo que no momento um é utilizado como sala administrativa para realização de procedimentos relacionados ao preenchimento das APACs⁹, 2 salas para atividades grupais com WC, sala de depósito de

⁹ Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo.

material, cozinha com despensa, refeitório com churrasqueira, sala ampla (auditório) equipada com multimídia, sala de enfermagem, sala de repouso, e 7 banheiros distribuídos no espaço físico do pavimento superior. No pavimento inferior encontra-se a sala utilizada pela associação de usuários, 2 salas para a realização de oficinas (com passagem de uma para outra), sala com forno, sala de depósito de material e lavanderia¹⁰.

De acordo a pesquisa realizada, 83,3% dos profissionais considera a área física do CAPS suficiente para o atendimento da demanda e 66,7% consideram as instalações adequadas para a realização das atividades propostas; apenas um profissional observou que considera a estrutura do CAPS suficiente desde que as oficinas produtivas sejam realizadas fora da unidade. A mesma porcentagem (66,7%) considera os equipamentos disponíveis suficientes. Neste âmbito, o serviço conta com computador com impressora, aparelho de telefone e fone/faz, televisão, mesas de escritório, cadeiras, quadro branco, maca para atendimento em enfermagem, camas de repouso, fogão industrial, pia, mesas e bancos no refeitório, bancos para estar e descanso, entre outros. Metade dos profissionais respondeu que os equipamentos estão em bom estado de utilização, com ressalvas para salas com pouca ventilação no pavimento inferior.

Já com relação aos materiais de consumo, 91,7%, correspondente a onze dos doze profissionais que responderam ao formulário, consideram que os materiais de consumo não são suficientes. Eles se referem à falta e irregularidade no recebimento de materiais básicos à manutenção do serviço, tais como copo descartável para água, papel higiênico, e, principalmente, material específico para uso nas oficinas terapêuticas e de produtividade. Esta situação pode ser observada nas falas dos profissionais, que identificam as dificuldades no funcionamento do CAPS com relação a falta de recursos materiais e financeiros:

[...] essa falta de recursos é isso que eu te digo, desde a parte administrativa, nós precisamos de papel, carbono, copo pra tomar água, por exemplo, agora nós somos uma Unidade Local de Saúde que não tem copo descartável, já faz quase quinze dias, vinte dias, não tem copo descartável; falta água, aí nós temos que esperar, sendo que é um lugar que transita muitos usuários, eles tomam medicação e precisam tomar água, eles tomam muita água, e acaba não tendo água potável; por exemplo, teve época que faltou papel higiênico, em um serviço onde os usuários chegam fazem lanche, almoçam, fazem lanche da tarde, eles passam o dia aqui, então precisa ter uma estrutura mínima de atendimento (LÉLI, 4/4/2006).

¹⁰ Conforme Planta Baixa da unidade constante no projeto de reforma e ampliação executado em 2003/2004.

[...] a gente tem também o problema de fornecimento de material de consumo já há algum tempo, também desde que essa administração começou (Gestão Municipal e da Secretaria de Saúde), o fornecimento de material de consumo é interrompido, a gente fica sem tinta pra impressora, sem papel, sem papel higiênico...; tem diversos itens desses que são necessários, fazem parte do funcionamento do dia-a-dia do serviço (F, 12/4/2006).

[...] as oficinas terapêuticas e produtivas, requerem um material específico que precisa de dinheiro, e aqui, na política específica do município não tem uma regularização quanto ao repasse desse dinheiro [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

[...] a falta de agilidade no fornecimento das reservas para as oficinas, tudo isso resulta em um prejuízo para o trabalho; ficou quase uns dois meses a oficina fechada por falta de material, por exemplo [...] (P, 17/3/2006).

Outra dificuldade mencionada pelos profissionais no funcionamento do serviço é o vale transporte dos usuários:

[...] o funcionamento em geral fica prejudicado porque na medida em que falta vale transporte o usuário não vem, não consegue se deslocar para vir até aqui, aí interrompe aquele projeto terapêutico que havia sido feito com o usuário [...] (VIK, 24/3/2006).

[...] a questão, por exemplo, da dificuldade que a gente tem aqui: o transporte dos pacientes, a questão do passe, é muito irregular; então, isso reduz a nossa produtividade também, porque os pacientes acabam não vindo. Muitas vezes a gente não pode, por exemplo, contar com aquele paciente que veio para uma entrevista inicial porque ele não tem como estar vindo no curto prazo, então, acho que isso, a questão do custo que é o transporte em Florianópolis, também acaba afetando o nosso trabalho, então, nesse sentido, a falta de regularidade no passe [...] (P, 17/3/2006).

A partir dessa relação entre as diversas necessidades para o funcionamento do serviço é possível perceber que os profissionais assumem como princípio uma concepção de saúde ampliada, na qual não basta somente o atendimento terapêutico. Outros fatores estão interligados e contribuem para que a assistência efetivamente ocorra. Contudo, a concepção e prática setorializada das políticas sociais brasileiras provoca situações dessa natureza, na medida em que não se trabalha a inter-relação entre elas. Esta forma de setorialização das políticas sociais, no entanto, não é característica apenas da realidade brasileira, mas uma “modalidade do Estado burguês” que traduz as expressões da questão social mediante a tipificação das políticas sociais (NETTO, 1992).

Várias iniciativas têm buscado romper com esta perspectiva como a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), que reafirmou a necessidade de se garantir e melhorar o acesso aos bens e serviços da sociedade: prover trabalho, creches, profissionalização, educação, lazer, escolas, habitação, transporte, segurança pública, saneamento básico. Também, destacou ser fundamental enfatizar a questão do transporte urbano acessível aos usuários, a fim de que seja garantido o deslocamento entre os serviços de saúde e sua moradia (BRASIL, 2002a).

Na seqüência da pesquisa realizada, dois entrevistados referiram que a falta e as dificuldades no fornecimento dos recursos materiais necessários estão mais acentuadas na atual gestão administrativa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)¹¹. Foram relacionadas, ainda, como dificuldades, a falta de um carro disponível para o CAPS, a falta de terapeuta ocupacional, de outro médico psiquiatra e outros profissionais de nível médio (auxiliar administrativo, pessoa para limpeza). Outras questões listadas estão relacionadas aos recursos humanos e as necessidades de integração do serviço na política municipal de saúde. Os profissionais relatam a existência de dificuldades de interação da equipe, falta de capacitação, supervisão institucional, falta de apoio institucional, falta de efetivação de uma rede de saúde mental e/ou a existência de uma rede de atenção ainda incipiente, em processo de formação, falta de estrutura para atenção às urgências, dificuldades do gestor em compreender a lógica da saúde mental, salários incompatíveis com as funções.

Os problemas relatados pelos profissionais aparecem diretamente relacionados à insuficiência dos recursos financeiros de custeio do serviço. Todos os entrevistados referiram que os recursos gerados pelo serviço, através das APACs, não são suficientes para a realização das atividades do CAPS. Dentre as atividades prejudicadas, o trabalho nas oficinas foi apontado como o principal, conforme aparece na fala a seguir:

o que requer mais recursos, atualmente, são as oficinas produtivas, por exemplo, houve uma paralisação de muitas das oficinas quando faltou recurso. O recurso não é exatamente suficiente. Eu acho que os R\$ 500,00 por mês é um recurso pequeno [...] acho que o recurso poderia ser maior, pelas necessidades ele acaba sendo reduzido, não é uma coisa que você possa comprar a vontade, assim, é limitado, muitas vezes, a oficina tira de uma pra passar pra outra (P, 17/3/2006).

¹¹ Gestão Municipal 2004/2008; a Gestão da Secretaria de Saúde referida é a de 2004 a abril de 2006 que teve como gestor o vereador Walter da Luz; à época da coleta dos dados empíricos houve mudança do gestor municipal de saúde, assumindo o cargo o ex-secretário estadual de saúde João José Cândido da Silva.

Um dos profissionais apontou como principal atividade prejudicada pela falta de recursos financeiros a questão do território. Segundo este, a falta de recursos interfere no atendimento prestado, no sentido de que não é possível realizar o acompanhamento, a inclusão e avaliação do usuário em seu território. De acordo com este profissional,

o dinheiro do CAPS pode ser melhor gerido se investir no território. Investir no território seria elaborar projetos, ter mais articulação com a associação de moradores, ou seja, com os recursos que o território oferece, e aí precisa aumentar a própria equipe porque vai ter equipes que vão ter que se deslocar do CAPS; vai ter que ter investimento em carro, daí vai ter que ter um motorista, os próprios agentes comunitários tem que ter essa parceria, isso tudo implica em financiamento. [...] como eu sempre digo, território é onde a vida acontece, onde a cultura é produzida, onde as manifestações de vida, elas estão mais visíveis [...], mas investir lá no território, a equipe tem que estar inserida lá, estar toda hora pensando e discutindo [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

De acordo com as recomendações da política do Ministério da Saúde, as ações de saúde mental devem obedecer a um modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas. São ações que envolvem práticas de reabilitação psicossocial, promoção da cidadania, construção da autonomia possível dos usuários no ambiente em que eles vivem, e que necessitam de uma equipe multidisciplinar capaz de trabalhar sobre a ótica da interdisciplinaridade (BRASIL, 2004).

Necessariamente, a mudança de um modelo assistencial requer a análise de sua estrutura de financiamento. Isso significa que as características singulares e diferentes dos CAPS, em relação aos modelos tradicionais de assistenciais, e a complexidade das ações desenvolvidas por estes serviços necessita vir acompanhada de uma mudança na lógica de alocação de recursos financeiros.

Atualmente, o principal órgão financiador dos CAPS é o Ministério da Saúde (MS). Com a publicação da Portaria GM/MS nº 336/2002 os CAPS passam a fazer parte das ações estratégicas do MS. Esses serviços são incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e a remuneração é através do sistema APAC/SIA¹². Baseado na fatura que o prestador de serviços de saúde apresenta ao SUS, correspondente aos seus gastos

¹² A Portaria GM/MS nº 336/2002 descreve os procedimentos objeto de remuneração, classificando-os em intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Para essas três modalidades de atendimento, a Portaria GM/MS nº 189/2002 fixou o número máximo de atendimentos mensais para cada modalidade, de acordo com cada tipo de CAPS, sendo que para cada tipo de procedimento é destinado um valor diferenciado. Nos CAPS II, um procedimento intensivo custa R\$ 25,40; um semi-intensivo, R\$ 16,30; e um não-intensivo, R\$ 14,85 (BRASIL, 2002).

mensais com a produção de atendimentos aos usuários dos CAPS, o Ministério da Saúde repassa, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, o montante equivalente à sua produção. A inovação introduzida por este modelo de pagamento refere-se à fonte de financiamento, ou seja, ao acréscimo de recursos financeiros repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estadual e Municipal de Saúde (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, pp.129-132).

Sobre este aspecto, perguntamos aos entrevistados qual conhecimento possuem sobre o repasse dos recursos financeiros para o CAPS. Na sua maioria, eles referiram saber sobre os recursos originados a partir das APACs, contudo, relataram não saber sobre o controle do uso desse recurso, conforme expresso nas falas relacionadas:

[...] tem o valor, o montante desse valor que é produzido dos atendimentos pagos pelo Ministério (MS), então, tem isso mensal, a gente tem o valor que chegou, somou, vamos dizer assim, esse montante que a gente somou dos atendimentos feitos no mês, isso a gente sabe, porque as APACs são geradas aqui no CAPS, mas o repasse disso via Fundo Municipal, esse controle eu não sei, eu sei do valor que tem que receber mensalmente (VIK, 24/3/2006).

Bom, formalmente, eu desconheço qualquer..., todas as formas de recursos. O dinheiro da produtividade referente as APACs vai para o Fundo Municipal de Saúde e nunca teve prestação de contas disso. Na verdade a gente não sabe qual é o destino que é dado nem quanto vem; tem o nosso levantamento interno da produtividade, mas não sabemos o que é feito desse recurso (F, 12/4/2006).

Alguns profissionais referiram-se ao fato de o município não ter gestão plena do SUS,

Bom, eu tenho algum, pouco do que é repassado, a gente sabe o que foi recolhido, por exemplo, através das APACs, que são os atendimentos feitos aqui, então eu sei quantos atendimentos foram, qual seria o valor que essas APACs dariam, mas eu não sei qual o valor que a gente acaba recebendo, que fica num fundo perdido, no sentido de que é um fundo único por não ser gestão plena (J, 22/3/2006).

O conhecimento que eu possuo é muito irregular e insatisfatório, assim, a relação APAC, por exemplo, o repasse do dinheiro que viria do Ministério da Saúde a gente acaba..., nós não somos gestão plena então vai pra secretaria (municipal) de saúde e ali é passado pra compra de alimento..., enfim, mas nós não temos autonomia sobre esse dinheiro, então, uma vez que você não tem autonomia o teu conhecimento fica restrito. Está na mão da secretaria mesmo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais discorreu detalhadamente sobre a forma como os recursos são gerados e repassados à unidade gestora (SMS), referindo-se que todas as diretrizes sobre financiamento do serviço são preconizadas pelo Ministério da Saúde através de portarias.

Os recursos financeiros do CAPS são obtidos através de APACs, Autorização de Procedimento de Alto Custo; pra se preencher uma APAC é necessário que haja uma organização do serviço em cima de modalidades de atendimento; as modalidades de atendimento podem ser: semi-intensivo, intensivo e não-intensivo, cada um tem um determinado valor em relação a esse procedimento, ou seja, todas as diretrizes em relação a financiamento, o Ministério preconiza isso em portaria, então, os conhecimentos que eu possuo em relação aos recursos financeiros do Caps são os conhecimentos que já estão preconizados em relação ao Ministério da Saúde; essa APAC uma vez preenchida ela é computada, ela é repassada pro governo federal e este repassa o dinheiro fundo a fundo; esse dinheiro vem pro Fundo Municipal de Saúde, e é esse dinheiro que é aplicado na saúde mental pra ter a gestão do serviço [...] aqui acontece da seguinte forma: cada gestor municipal, como a política é municipalizada, eles criam um protocolo, nesse protocolo eles colocam de que forma esse dinheiro pode ser gastado na saúde mental; então, existe um documento no município dizendo, olha na saúde mental você pode gastar tanto com a associação de usuários, tanto pra comprar materiais, tanto pra gastar em vale transporte; então, existe um protocolo dizendo no que você pode gastar esse dinheiro que vem na saúde mental; é um dinheiro que vem do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde; esse dinheiro cai nessa conta e ali existe um acordo de como se gastar; esse dinheiro é manejado pelo gestor municipal de saúde (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme apontam Freire, Ugá e Amarante (2005, pp. 131-133), o modelo de alocação de recursos dos CAPS (sistema de remuneração por APAC) trás contribuições à política nacional de saúde mental ao inserir os CAPS no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) do MS, pois proporciona maiores incentivos financeiros, haja vista a alocação de recursos municipais extra-teto para a manutenção de serviços já existentes e a implantação de novos serviços.

Contudo, os mesmos autores ressaltam que há de se perceber que a lógica da remuneração que o SUS imprime aos CAPS vincula-se, preponderantemente, à doença. Ou seja, as unidades assistenciais do SUS seguem um sistema de remuneração vinculado a um diagnóstico, mais especificamente, a um episódio de doença, internação, contidos na tabela de procedimentos hospitalares (SIH/SUS) ou a ações ambulatoriais, inscritas na tabela de procedimentos ambulatoriais (SIA/SUS). Desta forma, “o sistema de saúde encontra-se, em sua quase totalidade, voltado para a produção de atos vinculados a doença, isto é, atos

curativos, valorizando, em consequência, intervenções predominantemente individuais, que são remuneradas pela venda de procedimentos, diárias e atos médicos-assistenciais de natureza privatizante” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p 133).

Amarante (2003, pp. 62-63) considera que os CAPS, como os serviços integrantes do SUS, também foram capturados pela lógica da *inampização*, ou seja, pela lógica do pagamento por procedimento. Para o autor, “o modelo prevalente dos CAPS é o herdeiro mais autêntico e legítimo da lógica do antigo INAMPS, onde a saúde era reduzida a doença, ao mesmo tempo em que o sistema de saúde era reduzido a assistência médico-curativa”.

Portanto, o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. Pelo contrário, tente a prejudicar a complexidade de ações dos CAPS, na medida em que não é previsto financiamento das diversas relações que podem ser estabelecidas com a comunidade, com as lideranças e associações comunitárias. Tais ações, dentre muitas outras possibilidades de intervenção territorial, “são inerentes a esse tipo de serviço e objetivariam imprimir um processo de transformação cultural nos diversos segmentos da sociedade, no lidar e no acolhimento das pessoas em sofrimento mental” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 135).

Sobre a forma de repasse dos recursos financeiros ao CAPS, os profissionais entrevistados relataram não existir descentralização administrativa. Os recursos chegam ao serviço na forma de materiais. Alguns profissionais observaram que até a gestão administrativa da secretaria municipal de saúde anterior eles tinham acesso a uma verba de R\$ 500,00 que utilizavam na compra de material para as oficinas. A partir da atual gestão esse dinheiro não foi mais repassado. A compra do material passou a ser feita através de orçamento encaminhado à secretaria, que faz o pagamento, e os profissionais retiram os materiais.

Não, a gente não tem acesso a esse recurso diretamente, a gente não é uma unidade que gere o seu recurso; ele vai pra secretaria e a secretaria... por exemplo: toda a compra de... o pagamento dos almoços, lanches, etc.. é a secretaria que faz; a gente não tem autonomia; o único recurso que a gente manuseia são os R\$ 500,00, que vem para as oficinas; isso é dividido, as Oficinas fazem um rateio, cada oficina compra o seu material, mas até parece..., da última compra fui eu que comprei, ela (SMS de Florianópolis) determinou, já colocou a empresa que vai fornecer; não sei se foi mediante licitação, já fez o pagamento direto, a gente só foi lá escolher e pegar os produtos que tinham sido

solicitados; então..., de outras vezes, por exemplo, a gente pegava o cheque ia lá comprava, pagava naquele valor, agora isso não foi feito dessa forma (P, 17/3/2006).

Desde que começou essa administração (Gestão Municipal 2004-2008) acabou esse repasse; então atualmente a única vez que a gente conseguiu material pras oficinas foi através de empenho que a própria secretaria fez..., então, permanece centralizado, a única coisa que a gente teve que fazer foi ir nas lojas fazer orçamento, passar pra secretaria, a secretaria emitiu as notas, e aí a gente foi buscar o material com essas notas, mas não com o dinheiro (F, 12/4/2006).

Não, não existe, porque, na gestão passada (Gestão Municipal 2000-2004) ainda vinha uma verba de dois em dois meses, tipo quinhentos reais pra compra de material pra oficinas; nós comprávamos, apresentávamos as notas e depois eles colocavam o dinheiro; nessa gestão (Gestão Municipal 2004-2008; Gestão da Secretaria de Saúde de 2004 até abril de 2006) não existe nada, então, a pergunta se existe descentralização administrativa dos recursos financeiros, não, não existe (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais referiu-se a descentralização não apenas como repasse de recursos financeiros e funções administrativas, mas como compartilhamento de poder na gestão do serviço.

Essa descentralização, eu estou entendendo como um compartilhamento de poder; não existe esse compartilhamento de poder na hora de gerir os recursos, assim, o CAPS possui CNPJ, mas ele não possui uma conta específica pra vir dinheiro pro CAPS, não existe isso, existe esse acordo que eu te falei, que vem do fundo a fundo e esse dinheiro vai pra saúde mental e o CAPS tem uma vertente pro CAPS, o dinheiro não é só pro CAPS, ela vai pra saúde mental, e aí o CAPS acaba utilizando esse dinheiro, então, quando pergunta sobre a descentralização eu faço a avaliação de que é o compartilhamento de poder, então, não tem isso, é o gestor que acaba se apoderando desse sistema de financeiro, a gente não interfere (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ao considerarmos a questão da descentralização político-administrativa dos recursos financeiros, temos a intenção de destacar que a transferência desta prática às unidades prestadoras de serviços em saúde nos municípios poderia estar favorecendo uma melhor utilização e adequação dos recursos às necessidades reais do serviço, bem como possibilitar maior agilidade na compra dos materiais e viabilizar um processo de gestão democrática e participativa, entre técnicos trabalhadores, usuários e gestores. Essa prática traduz-se, por sua vez, em um exercício político-pedagógico de construção da democracia, objetivando uma atuação com transparência na administração da coisa pública.

Quando questionados sobre se a descentralização financeira dos recursos possibilitaria o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, os

profissionais, na sua maioria, disseram que sim, com algumas ressalvas feitas para a necessidade de mudanças na forma de gestão administrativa do serviço, conforme expresso nas falas que seguem:

Sem dúvida, sim sem dúvida, isso é um equívoco assim porque..., justamente porque a gente não sabe qual é o destino dado a esse dinheiro. A gente acredita que se a gente tivesse mais transparência nesse processo a gente poderia pelo menos priorizar certas coisas que são de fato importante e garantir que elas fossem..., que a gente conseguisse obter essas coisas, enfim, o investimento necessário (F, 12/4/2006).

A melhor utilização sim acho que o planejamento teria que ser anterior, mas sim, acredito que utilizar no sentido até..., porque muitas vezes, como vai para esse Fundo que é pra todos, pra toda a saúde, você acaba sem saber, igual agora, que a gente já tem o dinheiro da supervisão disponível na secretaria, mas não tem como a gente começar amanhã, embora o dinheiro já esteja lá., porquê? porque a gente não sabe como esse dinheiro vai sair e entrar na mão do terapeuta que vai fazer a supervisão da equipe e isso pode demorar um mês, dois meses, vai saber, seria melhor, claro (J, 22/3/2006).

Sim, com certeza, porque nos iríamos sentar e ver as necessidades, por exemplo, esse ano nós ficamos desde o ano passado até um mês atrás sem material nenhum pras oficinas e as oficinas que mais tinham, capitalizavam usuários e não tínhamos material, nós tivemos que suspender as oficinas; então nós sabemos das necessidades, as necessidades dos usuários, quais as oficinas tem mais usuários, pra gente pode administrar e vê onde pode estar investindo (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que sim porque ficaria mais próximo da própria administração do CAPS, porém, ia surgir a necessidade de ter todo um aparato administrativo pra poder gerenciar isso, mas assim, na medida que aqui no CAPS a gente tem uma gestão participativa, em que os usuários estão reunidos semanalmente pra pensar as regras do CAPS, as necessidades do CAPS, enfim, seria mais interessante talvez, esse repasse direto tu quer dizer, é... não sei assim, a princípio..., hoje a gente tem uma estrutura de conselho que prevê o controle social através do Fundo Municipal de Saúde, o Conselho Municipal tem essa ligação também, e aí a gente está lá também, de certa forma representado (VIK, 24/3/2006).

Olha, eu acho que teria que mudar um pouco a nossa dinâmica de funcionamento; não deixa de ter um lado...bom, é uma faca de dois gumes, poderia facilitar a gente fazer um processo mais rápido talvez, não faltaria coisa, porque as vezes faltam coisas básicas, agora, por exemplo, faltam copos, se você tivesse o recurso você ia ali e comprava uns pacotes de copos, não teria essa... essa falha; agora é saber que é mais uma tarefa também que acumularia em termos administrativos, financeiros, quer dizer, não sei se você não está ali também inchando o processo burocrático aqui dentro do CAPS; eu acho que pode ter vantagens, mas pode ter desvantagens; eu teria que pensar melhor, nunca pensei nessa possibilidade; assim, acho que o dinheiro da Oficina, puxa, se a gente tivesse aqui uma verba seria mais fácil, as vezes faltam coisas

pequenas que você não tem como estar repondo aqui, tem que esperar uma nova verba, de repente pra.... (P, 17/3/2006).

Um dos profissionais observou sobre as questões práticas e políticas que envolvem a descentralização no contexto do SUS:

Esse compartilhamento de poder ele só pode ser discutido dentro da lógica do SUS, universalização, integralização, etc., dentro dos preceitos do SUS tem o controle social, essa descentralização só pode ser discutida quando acontece o controle social. Hoje essa descentralização ela tem que ser discutida no Conselho Municipal de Saúde e mais precisamente no conselho gestor dentro do CAPS; agora, porque não ocorre isso? Porque não tem a clareza da necessidade; eu acredito que as pessoas que acabam estando na prática, principalmente no CAPS, se sobrecarregando com as coisas, e acabam não tendo a clareza, ou não querendo assumir mais um encargo trabalhista; então, esse é um dos grandes problemas que existe, a sobrecarga de trabalho, as condições de trabalho, aí você acaba tendo que lutar por tudo isso; isso aí eu vejo que tem muito a ver com a questão da militância, pessoas que já estão, lá na época ou do ensino médio, que já começam ir pros grêmios, depois a pessoa acaba indo pra militância no movimento estudantil, e quando vão pros serviços de saúde são profissionais mais críticos, que acabam tendo essa visão mais ampla da saúde e da política; então, as pessoas que acabam chegando no serviço com um pouco desse ideal de controle social eu diria, acabam questionando mais essa questão da descentralização; voltando a tua pergunta sobre a descentralização financeira, ela poderia sim possibilitar um melhor planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, se houver o controle social dentro dessa descentralização financeira (GIRASSOL, 20/3/2006).

Cabe destacar que a proposta da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, na regionalização e na hierarquização da rede de serviços, constante entre os princípios e diretrizes do SUS, coloca o município como lugar privilegiado para o desenvolvimento de uma política de financiamento das ações em saúde, com critérios transparentes, e que respeite as particularidades da realidade local. O Ministério da Saúde continua a ser a instância que, na administração do Fundo Nacional de Saúde (FNS), acompanha a aplicação dos recursos que são repassados aos estados e municípios. Estes, por sua vez, são obrigados a constituir os seus respectivos fundos de saúde e conselhos estaduais e municipais, elaborar planos de ação e apresentar relatórios de gestão, garantindo também a existência de contrapartida de recursos para a saúde nos seus orçamentos (COSTA, 2002).

Embora a descentralização seja uma prática com vistas a aumentar o poder decisório de aplicação dos recursos na esfera local, esta ainda apresenta muitos problemas, na medida que não consegue alcançar efetividade, dados os impasses de ordem burocrática e administrativa. Por si só a descentralização não garante maior controle social ou uma prática democrática. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada que abarque as especificidades da área da saúde mental.

Nesse sentido, a lógica fundamental da estrutura de financiamento exigida é a de que os recursos financeiros devem ser centrados nas pessoas e não nos serviços. O financiamento deve contemplar todas as ações necessárias e decorrentes da implantação, implementação e sustentação de uma nova política de saúde mental (BRASIL, 2002a). O que deve ser colocado em pauta é a viabilidade de se financiar o CAPS como um todo, envolvendo todas as suas ações e especificidades, permitindo-se que cada serviço tenha flexibilidade para realizar seu trabalho de acordo com as necessidades locais, desvinculando o financiamento da relação de compra e venda de serviços e da noção de doença (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 136).

3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico

Os profissionais que trabalham nos CAPS compõem um grupo de diferentes técnicos de formação de nível superior e nível médio, e integram uma equipe multidisciplinar. Todas as unidades de serviço devem obedecer a exigência da diversidade profissional e cada CAPS tem suas próprias características quanto ao tipo e a quantidade de profissionais. A equipe mínima indicada para os CAPS II é composta por médico psiquiatra, enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior de outras categorias profissionais entre psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro necessário ao projeto terapêutico e seis profissionais de nível médio entre técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).

O papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. As equipes devem organizar-se para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação

psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e poder equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas (BRASIL, 2004).

Neste item nos propomos a descrever e analisar a composição e perfil da equipe técnica do CAPS Ponta do Coral, bem como as dificuldades e facilidades do trabalho em equipe consideradas pelos profissionais, a existência de práticas interdisciplinares no atendimento ao usuário, de projeto terapêutico e planejamento das ações da unidade de serviço¹³. Ao final do item consideramos os apontamentos dos profissionais sobre as diferenças do atendimento prestado no CAPS em relação ao realizado nas instituições tradicionais/hospitais psiquiátricos.

3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental

O CAPS Ponta do Coral conta com uma equipe de profissionais multidisciplinar que atua diretamente no atendimento aos usuários. São profissionais com formação de nível superior nas áreas de psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Entre os de formação de nível médio estão dois técnicos em enfermagem e um auxiliar administrativo. Compõem a equipe, ainda, os profissionais de apoio, vigilantes e auxiliar de limpeza, e estagiários de psicologia, serviço social e enfermagem.

¹³ É importante destacar que o perfil bem como a opinião dos profissionais sobre o serviço varia, no decorrer do tempo histórico, de acordo com a composição da equipe naquele determinado momento. Outros trabalhos já realizados identificam o perfil da equipe, a percepção dos profissionais sobre o trabalho no CAPS, o significado e o processo de inserção no serviço, a concepção sobre o modelo assistencial e práticas de desinstitucionalização, em épocas anteriores. Entre estes ver: GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003; FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial** - percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004; NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental:** em busca da articulação e qualificação das ações em saúde. Monografia (Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Lato Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

A maioria dos técnicos de nível superior concluiu a graduação na década de 1980. Metade deles possui capacitação específica na área de saúde mental, em geral, cursos de formação e aperfeiçoamento, especialização em terapia cognitiva comportamental, saúde pública, clínica, psicoterapia, psicanálise, atenção psicossocial. Três profissionais possuem mestrado nas áreas de enfermagem, sociologia política, artes cênicas; um fez residência médica em psiquiatria e cursa mestrado na mesma área; uma profissional tem doutorado em sociologia política.

Mais da metade dos profissionais (58,3%) possuem experiências de atuação profissional em outras instituições da área de saúde mental como clínica de internação, hospital psiquiátrico, centro comunitário de saúde mental, serviços de atenção à dependentes químicos e centro de atenção psicossocial. A maioria (66,7%) atua na área de saúde mental a partir da segunda metade da década de 1990. Cinco profissionais identificaram ter experiência de atuação em outras instituições que não da área de saúde mental.

Com relação ao tempo de serviço no CAPS, quatro profissionais atuam desde a implantação do serviço, em 1996, três ingressaram na equipe entre os anos de 2001 e 2002, e quatro profissionais passaram a fazer parte da equipe recentemente, a partir de meados de 2004. Quanto ao tipo de vínculo empregatício, a maioria, 75% (9 profissionais), é servidor público concursado, dois são contrato temporário e um ingressou no serviço público municipal através de indicação técnica. Nove profissionais possuem regime de trabalho de 30 horas semanais e 3 deles trabalham 40 horas semanais.

Com relação a capacitação específica em saúde mental para atuar no CAPS, todos os entrevistados consideram esse quesito de grande importância. Entre as razões apresentadas estão: a necessidade de compreensão e entendimento comum do que é um CAPS e o entendimento do tipo de assistência que este serviço deve oferecer; a preocupação com a diferença no atendimento que o CAPS deve oferecer em relação aquele prestado em outros serviços de saúde mental; a necessidade da capacitação para suprir as defasagens da formação acadêmica, que, em geral, não abarca as especificidades do campo da saúde mental.

Na opinião dos entrevistados,

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS, não tem a qualificação pra atuar, então ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então é necessária a questão da capacitação... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ah sem dúvida, sem dúvida, principalmente porque o que a gente está propondo é uma reformulação no modo da assistência em saúde mental, então é preciso que quem venha trabalhar num CAPS entenda essa lógica, que não venha pra cá com a mesma mentalidade do que se faz no hospital psiquiátrico, do que se faz em ambulatório, é outra coisa também diferente da atenção básica, então o CAPS precisa disso, precisa que o profissional tenha essa.., esse tipo de orientação, esse tipo de compreensão da sua finalidade (F, 12/4/2006).

Muito, muito importante, justamente por isso que eu estou te falando, porque assim, o profissional que trabalha no campo psicossocial, de qualquer área, ele necessariamente precisa quebrar a prática estereotipada pra poder entrar num serviço como esse porque o assistente social de um CAPS ele não é aquele assistente social de um hospital psiquiátrico, ele muda, ele faz outras coisas, ele se coloca de outro jeito, assim também é o médico, assim também é o psicólogo, o enfermeiro, então, uma formação específica pra essa área é bastante adequado porque vai tratar especificamente das necessidades que se colocam no cotidiano (VIK, 24/3/2006).

Considero, considero sim. É interessante que cada um tenha um saber, que traga o seu saber pela sua formação, da sua prática, do seu bairro, da sua comunidade, mas trabalhar no CAPS não é trabalhar em ambulatório, trabalhar no CAPS é ter um conhecimento sim do que é uma Reforma Psiquiátrica, do que significa um CAPS num panorama hospitalocêntrico. É toda essa questão política que tem por trás, questão financeira também, que é um serviço que se propõem substituir sim progressivamente os hospitais. Em muitos lugares isso já é feito, já conseguem fazer internação zero, outros lugares não; então, uma abordagem no CAPS precisa sim ter capacitação (LÉLI, 4/4/2006).

Sim, até por que o que é o CAPS? O quê um CAPS deveria ser? Cada um tem a sua idéia do que é um CAPS, mas ela não é uma idéia homogênea, então a minha experiência do que é um CAPS em outros lugares, que eu já tive em outros lugares especificamente, é muito diferente do que eu chego aqui e encontro as pessoas falando o que é um CAPS. é claro que a capacitação para um CAPS, para o que é o trabalho em CAPS podia homogeneizar, pelo menos todo mundo iria estar falando a mesma língua (J, 22/3/2006).

Sobre este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005, p. 30), observam que “os profissionais de saúde mental são, ainda em grande parte, formados a partir da prática cotidiana que caracteriza a lógica manicomial”. Hospitais e clínicas psiquiátricas constituem-se ainda os espaços onde “são oferecidos treinamentos em serviço (sob a forma de estágios e residências) aos profissionais que irão, no futuro, tentar materializar a nova lógica dos serviços substitutivos”.

Os autores destacam que “do sucesso da forma de organização da produção e transmissão do conhecimento pode depender o sucesso da própria reforma psiquiátrica” (OLIVEIRA; DORNELES, 2005, p. 32). Neste sentido, é importante que seja colocado na

cena do debate o funcionamento das instituições de aprendizado profissional sob a ótica da reflexão sobre as práticas e não apenas sobre o discurso das propostas dos cursos de formação. Os centros de formação devem se programar, planejar e garantir aprendizado e treinamento supervisionado, em que se pratique e construa espaços de práticas genuinamente terapêutica.

Na mesma direção, um dos entrevistados expressou sua preocupação com relação a seleção dos profissionais que vão atuar no CAPS, argumentando que os resultados do trabalho também dependem desse aspecto.

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS não tem a qualificação pra atuar, então, ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então, é necessária a questão da capacitação [...]. o processo de inclusão do profissional na área da saúde mental hoje, como se dá? Ele se dá por indicação política, seleção por contrato temporário e por concurso público. A indicação política pode ofertar profissionais desqualificados, pode! O contrato temporário, se não tiver um rigor no perfil que se quer pra trabalhar em CAPS vai acontecer a mesma coisa, um profissional desqualificado, o concurso público a mesma coisa, se não tiver um perfil, se não tiver o que se gostaria realmente, qual profissional que você gostaria de estar atuando hoje no CAPS, então, enquanto não se superar a forma de inserção no trabalho do CAPS, enquanto não se superar a discussão da saúde mental nos currículos acadêmicos vai continuar sendo sempre necessária a questão da capacitação [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Com relação a formação das equipes técnicas para atuar nos CAPS, as indicações aprovadas na e pela III CNSM apontam para a necessidade de que a contratação de profissionais deva ser realizada exclusivamente por meio de concursos públicos, e em caso de urgência, através da CLT, mas com seleção pública. E, ainda, os concursos devem exigir os pré-requisitos necessários e adequados à proposta de trabalho em saúde mental, alinhada teórica e conceitualmente aos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2002a).

Assim, é necessário considerar, quando da seleção dos profissionais, o perfil para trabalhar junto ao portador de sofrimento psíquico, bem como a existência de uma dimensão subjetiva, humanizante, solidária e fraterna como componente fundamental do perfil dos trabalhadores em saúde mental. Nesta direção, uma das participantes da pesquisa destacou a questão da opção política por este tipo de trabalho, associada a necessidade de competência técnica para atuar na área.

Eu acho que a gente trabalha com situações que requerem um estudo permanente, formação permanente, [...] eu acho que este é um dos vícios da saúde pública. Muitas vezes se confunde um pouco o tratamento ético ou moralmente responsável com uma qualidade também técnica. Eu acho que as duas coisas têm que estar associadas, tem que ter uma empatia pela causa da saúde pública, que aí entra na questão ética, moral de cada um, valores que você tem quando você vem pra esse tipo de trabalho; muitas pessoas que vem pra saúde pública quase que tem uma vocação religiosa. Mas ao mesmo tempo você também tem que ter uma competência técnica; não basta você tratar bem o paciente, você acolher, você precisa saber como intervir dentro da linha de trabalho que cada um escolhe, isso é fundamental (P, 17/3/2006).

Os profissionais, na sua maioria, indicaram ter recebido capacitação para atuar no CAPS. Referiram-se, especificamente, a um treinamento/capacitação realizado em novembro de 2005, com duração aproximada de 20 horas, organizado pela Assessoria Técnica de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde¹⁴. Contudo, alguns observaram que foi um treinamento tipo encontro, de curta duração, com trocas de experiências, e que não chegou a ser muito significativo.

Com relação a política de saúde mental, a maioria dos profissionais (83,3%) afirmou ter no mínimo algum conhecimento de sua organização e diretrizes. Entre os entrevistados, todos consideram importante saber sobre os princípios, a estrutura e forma de organização da política de saúde mental para o trabalho do CAPS. Todos indicaram haver disponibilidade de material didático relativo a política na unidade de serviço.

Sim, precisa conhecer a política porque o atendimento está dentro dessa política, dessa lógica. (LÉLI, 4/4/2006).

Claro! é vital, pra poder planejar o seu trabalho, pra poder saber como é que a gente se liga com outros serviços, como é que a gente pode montar a rede, isso é fundamental porque o trabalho não se encerra aqui dentro, não pode ficar aqui dentro só, ele tem que poder justamente se expandir (F, 12/4/2006).

Sim é muito importante, até pra saber o que está acontecendo, o que pode ser feito, quais são os recursos disponíveis, o que precisa melhorar. Acredito que, fora a sua capacitação individual, eu acho que isso é uma outra premissa pra você iniciar no serviço [...] (J, 22/3/2006).

É importantíssimo conhecer, primeiro saber se ela existe, primeiro a pessoa tem que ter a curiosidade, tem que ter o desejo e a clareza de que é essencial ter os parâmetros ou diretrizes políticas de saúde mental pra

¹⁴ O município não tem o cargo de Coordenador de Saúde Mental. Em novembro de 2005 foi nomeada Assessora Técnica em Saúde Mental a enfermeira Lílian Pagliuca, que permanece na função até a data da presente pesquisa.

poder acompanhar, se orientar, e, segundo, conhecer sobre essa política (GIRASSOL, 20/3/2006).

Muito importante porque hoje a gente tem acesso a isso, aqui no CAPS a gente tem a legislação de saúde mental e pra gente poder entender porque, assim, a gente está na gestão da política também, por ser participativa, por estar junto nas decisões, então é preciso que a gente entenda, e tem muito detalhamento, são muitas portarias, o sistema de financiamento também é bastante complexo [...] (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que claro, porque a gente está dentro de um braço da política nacional de saúde; tanto pra você ter noção de qual é a perspectiva, em nome de que esse serviço está sendo mantido, também pra você poder avaliar a possibilidade desses ideais, dessas prerrogativas, que são pensadas a nível geral e nacional, serem realmente eficaz em termos práticos, porque muitas vezes você tem uma boa idéia, mas nem sempre uma boa idéia traz um bom resultado [...] (P, 17/3/2006).

Nesse sentido, a construção e consolidação de uma política de saúde mental, coerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o estabelecimento de uma política adequada de recursos humanos, que valorize e considere a importância do trabalhador de saúde mental na produção dos atos de cuidar. Para isso, deve-se garantir a capacitação e qualificação continuadas; a remuneração justa dos profissionais; a garantia de condições de trabalho e de planos de cargos, carreira e salários; a democratização das relações e das discussões em todos os níveis de gestão; a incorporação das questões de segurança, saúde e saúde mental do trabalhador; a garantia de supervisão clínica e institucional; a avaliação de desempenho e garantia da jornada de trabalho adequada para todos os profissionais de nível superior, bem como a isonomia salarial entre eles (BRASIL, 2002a).

3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário

De acordo com as indicações aprovadas na III CNSM, a política de recursos humanos para a saúde mental deve visar implantar, em todos os níveis de atenção, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, na perspectiva do rompimento dos especialismos e da construção de um novo trabalhador em saúde mental, atento e sensível

aos diversos aspectos do cuidado, ou seja, com uma visão integral e não fragmentada da saúde (BRASIL, 2002 a).

Segundo 83,3% dos profissionais o trabalho no CAPS Ponta do Coral é realizado em equipe. A maioria considera que existem dificuldades na realização das atividades. Uma delas está relacionada, conforme identificado por eles, ao fato de que nem todos compartilham das mesmas referências com relação à Reforma Psiquiátrica, à saúde pública e ao projeto do CAPS.

Bom, são várias, mas o que eu vejo de mais complicado é o fato de que nem toda a equipe compartilha das mesmas referências em relação ao que seja a Reforma Psiquiátrica, a função de um CAPS, as necessidades que o CAPS tem pra alcançar esses objetivos. Isso se deve em parte a diversidade da formação, e também às convicções pessoais. O problema não é a diversidade em termos da formação profissional em si, mas o modo, o fato de que você tem uma equipe multiprofissional por exemplo, isso gera alguma dificuldade na troca, na possibilidade de produzir um conhecimento novo a partir dessas experiências que são de diferentes disciplinas, diferentes áreas. Mas eu diria que é mais no sentido da Reforma Psiquiátrica mesmo, naquilo que ela aponta, então parece que esse é um problema a mais; outro que tem se tornado mais evidente pra mim ultimamente é a falta de formação de grande parte dos profissionais sobre o que seja saúde pública, boa parte deles não conhece o sistema de saúde pública, apesar de trabalhar num serviço de saúde pública, mas não conhece o sistema, não sabe a lógica, não sabe como é que ele funciona, então acaba tomando decisões muitas vezes administrativas que são equivocadas, que não levam em conta o modo de funcionamento da saúde pública (F, 12/4/2006).

Tem sim várias dificuldades, entre elas, existem diferenças de formação e, portanto, ideológicas. Alguns momentos a gente vê, assim, o CAPS tem um projeto de não internação, de autonomia do usuário, de gestão plena do usuário, e, as vezes, a equipe, algumas pessoas acabam esbarrando com isso. O entendimento disso é muito difícil também, as vezes é uma linha muito tênue entre o que é o assistencialismo, a autonomia, o que é dar o limite do ponto de vista terapêutico e o que é dar o limite porque você não quer se incomodar. Então, algumas pessoas não vêm de uma postura da Reforma Psiquiátrica, não sabe o que é uma Reforma Psiquiátrica, não tem uma noção, [...] é uma luta política também e algumas pessoas não sabem o que é [...] (LÉLI, 4/4/2006).

Em outras falas, foi apontada como uma das dificuldades do trabalho em equipe questões relacionadas a uma suposta divisão entre o grupo de técnicos.

A relação com a equipe tem uma certa peculiaridade, eu acho que as pessoas, a equipe que começou anteriormente, já desde a formação ou no começo do CAPS, eles se intitulam como a equipe do CAPS. Os que chegaram depois, em geral, não são bem acolhidos, ou são muito pouco,

tanto que as próprias atividades em equipe, em grupo, dificilmente, essas pessoas novas são incorporadas ao que já existe; então, acaba criando aí até a equipe da manhã, a equipe da tarde, mais ou menos, embora eu estou aqui todo o período, mas tem essa divisão... e eu acho que assim o ponto de partida é esse, a sensação é que quem não estava aqui desde o começo não fez parte da história (J, 22/3/2006).

A equipe que iniciou lá em 96 (1996) veio com algumas questões conceituais amarradas. Por quê? Porque a pessoa que estava pensando, planejando o CAPS ela vinha do Movimento da Luta Antimanicomial, era uma das representantes em nível nacional aqui em Floripa, Santa Catarina; então tinha algumas coisas amarradas na estrutura de atendimento do CAPS, que era muito pra poder implantar o sonho da Reforma Psiquiátrica aqui em Floripa, criar um serviço, do município, que de fato evitasse internação, que de fato fosse continente pros usuários com transtorno mental grave, e isso se mantém, porém, com a chegada dos técnicos que foram sendo substituídos, alguns saíram, técnicos novos entraram, a equipe de profissionais foi se modificando, a gente tem uma distância conceitual por mais que a gente pretende uma proposta multiprofissional, e a gente consegue, ao longo do tempo a gente conseguiu, é muito interessante o jeito como nós trabalhamos, porque de fato conseguimos trabalhar cada profissional lado a lado, dividindo o mesmo grupo, a mesma oficina terapêutica, então, assim, isso é possível, mas hoje, a gente, assim, tenta manter esse paradigma da Reforma Psiquiátrica, da desospitalização, do fortalecimento dos serviços territorializados, de um modelo que é um modelo multiprofissional, com a gestão participativa dos usuários, contra o modelo hospitalocêntrico, médico centrado, mas existem diferenças na questão conceitual da equipe, isso é falho, inclusive pra própria equipe (VIK, 24/3/2006).

A importância da unidade da equipe no atendimento ao usuário e na organização do trabalho recai sobre a qualidade do tratamento terapêutico ofertado. A mudança de paradigma epistemológico com relação a saúde mental não garante por si só a alteração das práticas assistenciais. Os conflitos e problemas de equipe existentes precisam ser trabalhados nas supervisões institucionais de forma que os técnicos consigam superar as dificuldades que obstaculizam a união do grupo em torno de um objetivo comum, sejam elas ideológicas, de formação, de concepção e/ou de afinidade com os colegas.

Um dos entrevistados apontou a questão das relações de poder e diferenças nos valores pessoais e nas relações interpessoais como dificuldades do trabalho em equipe.

Primeiro, a relação de poder, eu acho que é um grande problema, uma dificuldade que existe. Essa relação de poder, ela emana, que eu tenho percebido, da psicanálise, da teoria psicanalítica e da teoria psiquiátrica; então, os profissionais detentores desse conhecimento acabam, sutilmente, estabelecendo poder frente aos profissionais não-psi diria; essa relação de poder pelo saber é um dos problemas ou uma das dificuldades que eu encontro pra trabalhar em equipe no CAPS; outra

dificuldade, acho que é a própria experiência de vida das pessoas, aquelas pessoas em que parece que não estão claros os valores humanos como solidariedade, amor, justiça, sabedoria, a práxis, o repensar a prática, profissionais que não fazem a autocrítica da sua prática, pra mim, eu acho que é uma dificuldade trabalhar em equipe devido a isso; então, seria esse poder pela teoria e essa questão um pouco mais pessoal que é a relação de lidar com o outro, as relações interpessoais, são dificuldades que eu vejo em equipe (GIRASSOL, 20/3/2006).

A partir da fala profissional é possível pensar sobre as relações de poder que se estabelecem pelo saber. Conforme nos ensina Foucault (1979), os poderes se exercem em níveis variados e em pontos diferentes da vida social. Neste complexo, existem os micropoderes que estão intimamente relacionados com a produção de determinados saberes (sobre o criminoso, a sexualidade, a doença, a loucura). Assim, o poder não é algo que se detém como uma coisa, como uma propriedade, que se possui ou não. O poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona, como uma máquina social que não está situada em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda estrutura social (MACHADO, 1979 p. XIV).

De acordo com Foucault (1979), todo conhecimento, seja ele científico ou ideológico, só pode existir a partir de condições políticas, que são as condições para que se formem tanto o sujeito quanto os domínios de saber. Para o autor não há saber neutro, todo saber é político. Dessa forma, saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber. E, em contrapartida, todo saber assegura o exercício de um poder (MACHADO, 1979 p. XXI - XXII).

Na seqüência, a entrevistada aponta de forma geral algumas das questões cotidianas como dificuldade no trabalho em equipe.

Bom, eu acho que as vezes a gente é muito trefista, a gente não tem o tempo suficiente que a gente gostaria para estar parando para discutir os casos, se ater a cada paciente; tem diferenças na equipe também, tem conflitos [...] mas assim, a gente ainda tem, as vezes, coisas assim muito imediatistas, que não nos propiciam fazer realmente um estudo de caso mais integrado, ter uma intervenção, as vezes, mais articulada; a gente tem tentado em alguns momentos, mas assim, não é uma coisa que tem um peso forte como eu acho que deveria ter (P, 17/3/2006).

Dessa forma, a intensidade das demandas colocadas aos profissionais, especialmente na atualidade, provocam o desenvolvimento de ações pragmatistas, muitas

vezes sem uma reflexão maior. Isso vem acontecendo em vários contextos institucionais e com diferentes profissões. Ou seja, na medida que aumentam as necessidades humanas e as demandas para satisfazê-las, não ocorre no mesmo ritmo, o aumento da oferta de equipamentos e serviços assistenciais capazes de dar conta da complexidade dos problemas decorrentes da emergência das novas relações sociais, econômicas, culturais, advindas com a modernidade.

A precarização das condições de trabalho também foi apontada pelos entrevistados como mais um dos fatores que, por vezes, dificultam a convivência e o trabalho em equipe. Eles se referem a questão da diferença na remuneração salarial entre os profissionais que trabalham no CAPS, principalmente do médico para as outras profissões. A desproporção salarial chega a diferença de até quatro vezes mais entre o que recebe o profissional médico e o salário dos demais técnicos. Associadas a esta situação estão a diferença na carga horária de trabalho, a condição de contratação temporária, a falta de reconhecimento por parte da SMS, no apoio e incentivo à participação em eventos científicos e de militância política na área, entre outras.

Os profissionais indicaram que contam com supervisão institucional para lidar com as questões do trabalho no cotidiano. A supervisão institucional existente era, até o início deste ano (2006), paga pelos próprios profissionais, mas nem todos participavam. A partir do mês de abril do corrente esta passou a ser financiada com recursos provenientes do Ministério da Saúde. Além deste tipo de supervisão, foi relacionado como outro recurso existente para abordar essas questões as reuniões de equipe, realizadas mensalmente, as reuniões clínicas, realizadas semanalmente, e foi citada pelos técnicos em enfermagem, a supervisão realizada com profissional da área.

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que as políticas de formação e capacitação em saúde mental devem criar espaços de trocas baseados na realidade local, com valorização dos diversos saberes e metodologia participativa. A supervisão clínica e institucional permanentes deve ser estendida a todas as pessoas que trabalham com portadores de transtorno mental: equipes de PSF e PACS, trabalhadores da urgência e emergência, do hospital geral, dos serviços substitutivos e dispositivos residenciais, cuidadores de saúde mental, profissionais de nível médio e superior da rede de saúde mental. A referida Conferência destaca, ainda, a necessidade de implantação da NOB – Recursos Humanos do SUS, salientando a importância da garantia da capacitação para todos os níveis, supervisão permanente, interdisciplinaridade e isonomia salarial (BRASIL, 2002a).

Com relação as potencialidades que o trabalho em equipe possibilita os profissionais destacam a relevância deste no atendimento ao usuário, a possibilidade de trocas entre as varias áreas e a oferta de um atendimento multidimensional.

Entendo que essa é uma clínica multidisciplinar e isso (trabalho em equipe) é importante pela complexidade mesmo do tipo de fenômeno com o qual a gente trabalha, então, a gente precisa, é necessário ter uma oferta de serviços e de formas de atenção, que seja a mais diversificada possível, pra que a gente possa atender a uma série de necessidades que as profissões nas suas especialidades não dão conta; então essa é a grande vantagem, você pode fazer essa atenção multidimensional, isso é interessante (F, 12/4/2006).

A vantagem é justamente a estrutura coletiva de resposta à uma situação que chega pra você; vem a psiquiatria trazer um conhecimento, a psicanálise traz outro, [...] a enfermagem acaba dando a sua contribuição quando discute realmente a relação, vem o serviço social discute essa articulação que a pessoa tem com o social, e essas pessoas (profissionais), com seus conhecimentos, vão socializando esse conhecimento pra dar a resposta às fragilidades ou às potencialidades de vida que essa pessoa traz (GIRASSOL, 20/3/2006).

Acho que a grande vantagem é que a gente quebra a lógica hospitalocêntrica que era muito centrada no médico, na figura do médico, naquilo que o próprio médico decidia do tratamento, hoje quem decide é a equipe multiprofissional [...] (VIK, 24/3/2006).

Ah! Muitas, eu acho, em primeiro lugar, essa possibilidade da troca interdisciplinar; porque eu acho que cada um tem um tipo de contribuição diferente, um saber que te ajuda a pensar com mais amplitude o próprio trabalho, o próprio paciente, e, eu acho que quebra um pouco certas relações de poder; também, assim, o fato de a gente lidar com situações que são muito pesadas para alguém estar lidando sozinho, então quando você sente essa coisa da equipe, quando tem um paciente que está muito comprometido ou que tem risco de vida, a gente se sente muitas vezes angustiada por aquele paciente e você tem a equipe pra te dar um respaldo, pra estar pensando junto. Acho que isso é, sem duvida, algo que gratifica também (P, 17/3/2006).

Primeiro, agregar conhecimentos, se a equipe for multidisciplinar, que não quer dizer interdisciplinar, mas a princípio se ela for multidisciplinar a possibilidade de trocas de conhecimento de várias áreas realmente acaba sendo muito rica; são vários olhares sobre uma mesma questão, vários pontos de vista. Quando o trabalho de equipe é interdisciplinar, as pessoas acabam trocando mesmo, saindo, as vezes, do seu campo de formação, podendo estar se estendendo em outros campos, acaba sendo mais rico ainda. Num trabalho como o CAPS é necessário (o trabalho em equipe). Eu não consigo ver o trabalho que não seja em equipe porque pra você atender um usuário você precisa de uma equipe, pra você abordar o usuário, uma família, receber uma família precisa de vários olhares, enfim, de várias formações, vários olhares técnicos, da parte de

enfermagem, psicologia, da arte, serviço social, então, isso é importante (LÉLI, 4/4/2006).

O reconhecimento de outras dimensões no processo saúde-enfermidade, que não estritamente a biológica, traz a tona a questão da interdisciplinaridade¹⁵, pois na busca da integralidade da assistência a atuação de um único saber profissional não é suficiente. No processo da Reforma Psiquiátrica o campo da saúde mental é chamado a refazer-se por inteiro, ampliando o seu foco de abordagem e procurando romper com as delimitações dos saberes tradicionais na área. Busca-se uma nova recomposição de conhecimentos, sustentados sobre um conjunto de rupturas e novas premissas, e não apenas um novo somatório ou rearranjo simples dos saberes especializados. Desta forma, diversos campos de saber, implicados na assistência em saúde mental, são envolvidos na teorização e nas novas práticas de cuidado (VASCONCELOS, 2000a).

A pesquisa realizada indicou que 66,3% (correspondente a oito dos doze profissionais que responderam o formulário) dos profissionais consideram que existe interdisciplinaridade no atendimento ao usuário no CAPS Ponta do Coral. As falas relacionadas na seqüência apresentam a concepção dos profissionais sobre interdisciplinaridade e indicam a respectiva compreensão sobre a importância desta no atendimento ao usuário.

A gente poder ter o que a gente chama de clínica ampliada, essa multidimensionalidade que nos permite atacar o problema de várias formas e, portanto, oferecer diversas formas de atendimento, desde o medicamentoso até o serviço social, as oficinas, as oficinas expressivas, a arte, etc. (F, 12/4/2006).

Eu acho que em primeiro lugar isso, assim, é um olhar mais amplo para a condição daquele paciente. Cada profissional tem um aspecto que acentua, pela sua vida, pela sua formação; o educador artístico tem uma outra estratégia, por exemplo, pra lidar com aquela queixa do paciente, o assistente social tem uma, o psicólogo tem outro olhar, assim, eu acho que pra mim soma, eu acho que é uma forma da gente também aprender, enriquecer a nossa análise, a nossa possibilidade de intervir; sem dúvida que é rico (P, 17/3/2006).

Alguns profissionais expressaram sua concepção de interdisciplinaridade observando que esta não é sinônimo de multidisciplinaridade e que nem sempre é possível fazer práticas interdisciplinares.

É justamente isso, poder compartilhar o conhecimento que cada disciplina traz, essa inter, mas realmente compartilhar isso e não a

¹⁵ Sobre os conceitos de multi, inter e transdisciplinaridade ver, entre outros, Vasconcelos, 2000a.

multidisciplinaridade; é pensar, coletivamente, saídas pra enriquecer a vida da pessoa e aí é sempre um pensar e repensar (GIRASSOL, 20/3/2006).

Então, essa idéia dessa troca de conhecimento pra poder ajudar o usuário, pra poder a equipe ter um suporte também, pra poder, num estudo de caso, por exemplo, trocar os vários conhecimentos, os vários pontos de vista e poder estar entrelaçando; então, é importante, mas nem sempre se consegue fazer (LÉLI, 4/4/2006).

Já nas falas que seguem é possível perceber a concepção de interdisciplinaridade mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade.

Cada profissional tem a sua especialização, e ele foi formado para atender determinadas características que aquele usuário precise, ou informações, e a própria atenção, e cada um tem uma formação específica e diferenciada; então, eu acho que quanto mais ampla, mais amplamente ele for avaliado, e receber essas informações, e esse tratamento, vai ser melhor pra ele; então, desde o serviço social, desde o atendimento psicológico, o atendimento médico, enfim, até ah! eu cortei meu dedinho, o que eu faço? Então, vai poder ser atendido ali, ser acolhido pelo técnico de enfermagem (J, 22/3/2006).

É muito importante porque cada profissão tem o seu conhecimento específico e contribui aí com o seu conhecimento. É necessário que cada um de nós tenha muito claro o seu papel aqui dentro pra que não vire uma salada mista e se dilua o que cada um faz, que é específico de cada um. Então, é importante que a gente tenha boa formação técnica, específica da saúde mental pra que a gente possa chegar numa equipe que trabalha sob o paradigma do campo psicossocial, e que de fato possa ser multi, no sentido do atendimento, e aí, assim, no campo psicossocial, aqui no CAPS, por exemplo, a gente vê a necessidade de os profissionais trocarem mesmo, porque surgem muitas demandas, são muitas necessidades do usuário, é um campo novo. Então, assim, tem n coisas que vai se descobrindo, que cada área contribui diferentemente, mas ao mesmo tempo de forma conjunta. Então, o psicólogo, obviamente, ele tem mais elementos pra entender a parte clínica, o assistente social tem mais elementos pra entender a parte previdenciária, da assistência social desse usuário, que também é importante, muito importante pra ele, o médico tem o conhecimento sobre os psicofarmacos, sobre essa parte mais específica da medicação, e assim a gente vai trocando (VIK, 24/3/2006).

Com relação a este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005) observam que, no Brasil, a interdisciplinaridade faz parte do discurso politicamente correto, garantindo seu estabelecimento como princípio, traduzido na expansão cada vez maior dos territórios profissionais e na fusão dos saberes. O discurso da multi e da transdisciplinaridade é relativamente bem conhecido e aceito em nível intelectual, mas as práticas institucionais apontam, paradoxalmente, para fortes resistências, isolamento e hiperespecialização.

De acordo com os autores, para que estas ações multidisciplinares se tornem efetivas há necessidade de estratégias e planos, que visem a harmonização da convivência para que esta não seja imposta, mas compreendida e desejada pelos profissionais. Na prática, o momento é de impasse, pois multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade existem em tese e como imposição de comando, mas não se concretizam, ainda, como prática planejada, efetiva e eficaz (OLIVEIRA; DORNELES, 2005).

Ainda segundo os referidos autores, uma verdadeira transdisciplinaridade não está nem mesmo no horizonte das instituições de saúde mental brasileiras. Este é um dilema fundamental no processo da reforma psiquiátrica, que depende de ações integradas (órgãos reguladores do ensino superior, programas universitários, instituições e serviços de atendimento) para cumprir sua missão de transcender as práticas manicomial e os territórios de dominação e poder estabelecidos entre as disciplinas que formam a saúde mental.

3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações

A importância do projeto terapêutico dos CAPS recai sobre a responsabilidade de que todo o trabalho desenvolvido em cada unidade deve ser realizado em um ambiente terapêutico. Isto significa que tanto os atendimentos individuais, grupais como a convivência no serviço tem finalidade terapêutica. Cada CAPS deve ter um projeto terapêutico, que leve em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais, as iniciativas de familiares e usuários e o território onde se situa, com sua identidade, sua cultura local e regional (BRASIL, 2004).

O CAPS Ponta do Coral conta com projeto terapêutico do serviço, o qual, segundo 75% dos profissionais que responderam ao formulário, foi planejado em equipe. Três profissionais referiram não saber sobre o planejamento em equipe por não fazerem parte desta a época.

O sistema atual de atendimento no CAPS Ponta do Coral difere da maioria do adotado pelos serviços desta natureza. Em geral, os CAPS realizam a assistência ao usuário

no modelo de TR¹⁶. O CAPS Ponta do Coral oferece atendimento sob a ótica da regionalização. Ou seja, como o serviço não é territorializado, é o único na modalidade, na cidade e no município, a equipe técnica foi subdividida em pequenos grupos ou mini-equipes de dois e/ou três profissionais, sendo cada uma destes responsáveis por uma das regionais, que é onde o usuário mora. Esta proposta foi pensada e implementada há quase dois anos, quando os profissionais identificaram dificuldades em atender no sistema de Terapeuta de Referência (TR) toda a demanda existente. Tal estratégia utiliza-se do sistema de divisão por regionais da Secretaria Municipal de Saúde. Ao total são cinco Regionais de Saúde, Leste, Norte, Sul, Centro, Continente, distribuídas espacialmente na área geográfica do município. Nestas regionais, foram implantadas, recentemente (a partir do final do ano de 2005 e início de 2006), equipes de atenção em saúde mental, compostas por um médico psiquiatra e duas ou três psicólogas em cada uma das Regionais de Saúde.

De acordo com o projeto terapêutico do serviço, as atividades desenvolvidas são: psicoterapia, atenção medicamentosa, atendimentos de emergência, grupo terapêutico, oficinas terapêuticas¹⁷, assembléia de técnicos, usuários e familiares, visitas domiciliares, articulação com entidade, programas e serviço, atividades de formação e pesquisa, reuniões de equipe, reuniões clínicas de casos¹⁸.

Conforme as determinações da Portaria GM/MS Nº 336/2002, a assistência prestada ao usuário no CAPS deve incluir atendimento individual, em grupo, atendimento à família, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades comunitárias, enfocando a integração do portador de transtorno mental na comunidade e sua (re)inserção familiar e

¹⁶ Este sistema de atendimento é desenvolvido na maioria dos CAPS e constitui-se do acolhimento da pessoa quando de sua chegada ao serviço por um dos profissionais da equipe. A partir daí é traçado um projeto terapêutico com o usuário e o profissional que o acolheu passará a ser uma referência para ele. O Terapeuta de Referência (TR) tem a responsabilidade de monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo as atividades e a frequência de participação. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, discutindo com o usuário e com a equipe técnica do CAPS (BRASIL, 2004, p. 16).

¹⁷ São oferecidas as seguintes oficinas: oficina de cerâmica, oficina de artes plásticas, oficina de mosaico, oficina de jogos, esportes e lazer, oficina de tapeçaria, oficina de trabalhos manuais, oficina da terra, oficina de jornal, oficina de velas, oficina de leitura, oficina de música, oficina brechó, oficina de teatro, oficina de formação política, oficina de fotografia. Destas, as oficinas de cerâmica, velas e mosaico são produtivas, ou seja, sua produção é comercializada. Cabe destacar que algumas oficinas podem estar em funcionamento ou não, em determinado período de tempo, de acordo com a disponibilidade de técnicos para acompanhar, de condições materiais para o funcionamento e da demanda de usuários.

¹⁸ A descrição e o objetivo de cada atividade pode ser consultado no Projeto Terapêutico do CAPS II Ponta do Coral (2004), ou a partir do projeto de Estágio curricular em Serviço Social de Stuari (2005).

social. A depender do projeto terapêutico de cada usuário, o CAPS poderá oferecer as seguintes modalidades de atendimento: atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo¹⁹.

Já com relação ao planejamento das ações, 50% dos profissionais consideram que este existe. Cabe lembrar que ao questionarmos os participantes da pesquisa sobre este fator, estamos nos referindo ao planejamento estratégico, aquele voltado para uma visão ampla, global e de longo alcance da organização/instituição, baseado na análise do contexto e com a finalidade de buscar alternativas de ação. No entanto, alguns dos entrevistados observaram estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação objetivo e sistemático dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declararam não existir processo de planejamento e avaliação das ações do serviço, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

As falas relacionadas a seguir demonstram o tipo de planejamento existente no CAPS e como este acontece.

Bom, o planejamento é feito mais ou menos assim: chega uma época do ano em que a Secretaria (SMS de Florianópolis) nos pede um planejamento e aí, geralmente isso é com uma semana no máximo de antecedência, é aquela correria, a gente monta um plano básico de trabalho etc., mas é muito mais pra cumprir a obrigação. A gente tem um projeto terapêutico que é amplo, que é do serviço todo, e a gente vai, com esse projeto terapêutico a gente vai ajustando as atividades e aquilo que a gente pretende alcançar, mas não há um planejamento muito formalizado, não há um processo de planejamento, até porque é tudo muito fragmentado, o que a gente planeja aqui, boa parte depende desse recurso financeiro, depende do apoio da Secretaria, que é sempre uma coisa incerta. Então, em termos de planejamento a coisa fica sempre muito precária. Em termos de avaliação é mais precário ainda, a gente não tem indicadores; novamente, no final do ano, aí a Secretaria pede um relatório do que foi feito, a gente faz um levantamento geral, mas ele é descritivo, ele não é avaliativo, a gente não sabe de fato quais são

¹⁹*Atendimento intensivo* – atendimento diário, oferecido à pessoa que se encontra em grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento semi-intensivo - nessa modalidade, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Este tipo de atendimento é oferecido quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento não intensivo – oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até 3 dias no mês. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário (BRASIL, 2004, p. 16).

os efeitos que a nossa intervenção produz; claro, a gente tem uma certa dimensão pelo contato direto com os usuários, fulano que não interna a tanto tempo, ou fulano que voltou a trabalhar, ou que resolveu pelo menos algumas coisas que eram mais complicadas na sua vida, isso a gente tem, mas não tem um processo de avaliação estruturado que nos permita dados com visibilidade maior (F, 12/4/2006).

Neste sentido, destacamos que, a nosso entender, a função planejamento deve orientar todas as ações no dia-a-dia das organizações. O planejamento é o processo de estabelecer antecipadamente a finalidade da organização/instituição, definir os objetivos e prever as atividades e os recursos necessários para atingi-los. Planejar é uma forma de pensar o futuro da organização/instituição, definindo o que fazer, como, quando e com recursos. Nesse processo, é importante considerar que as organizações/instituições estão inseridas num contexto constituído pela sociedade, pelo Estado e por outras instituições que influenciam suas decisões (TENÓRIO, 2000).

Alguns profissionais referiram-se, especificamente, ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, reuniões clínicas e na supervisão de equipe. Segundo estes, é na reunião de equipe mensal que se planejam mais as ações, estas entendidas como a definição dos grupos terapêuticos ou oficinas que vão ter, o objetivo e a finalidade destes, a demanda etc..

Mensalmente, a gente tem uma reunião de equipe, que tem um pouco esse objetivo, de planejar e avaliar o que é feito. Além dessa reunião mensal a gente tem dois outros momentos semanais, que é um na quarta-feira outro na quinta-feira, que a gente chama de reunião técnica, [...] mas isso se dá muito no cotidiano também, na assembléia geral do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Ele acontece em reunião de equipe, uma reunião mensal, a gente planeja grupos, planeja..., então.., acontece, primeiro tem uma reunião mensal da equipe e reunião duas vezes por semana, que são os estudos de caso; agora, a avaliação, acontece em reunião de equipe mais; o planejamento, por exemplo, como abordar um determinado caso, como ajudar, de como servir a família, o trabalho, é feito durante a semana nos estudos de caso, e nós temos a supervisão, que é um espaço que também acaba se fazendo uma avaliação, a supervisão de equipe (LÉLI, 4/4/2006).

Outras falas detalharam as conseqüências da falta de um processo sistemático de planejamento e avaliação das ações, inclusive fazendo análise dessa problemática em relação as instituições públicas em geral.

Eu acho que esse é um problema, acho que falta muito; por exemplo, se você esta aqui fazendo a avaliação da política a partir do olhar dos profissionais, eu, nesse momento, tenho tido muito incomodo diante da

necessidade que eu vejo de avaliar as ações, de avaliar os pacientes, e a gente não tem uma forma sistemática de fazer isso; por exemplo, a gente não tem um instrumento de captação do trajeto do paciente dentro do CAPS, a gente não anota algumas coisas, os prontuários também deixam muito..., as vezes a gente não faz registro nos prontuários e mesmo quando a gente faz ele não tem, assim, por exemplo, uma sistematicidade, o que é que eu vou enxergar, como é que eu vou ver se aquele paciente está melhor ou está pior depois que ele está aqui, então, a gente não tem esse instrumento; e, o planejamento, é feito um planejamento terapêutico com o paciente; o planejamento do nosso serviço é mais ou menos...., funciona, assim, com as oficinas, não é um planejamento rigoroso, a cada período a gente senta e reorganiza não, tem algumas diretrizes gerais, eu acho que em termos práticos falta muito dos dois lados, planejamento das nossas atividades, por exemplo, as vezes naquele roldão a gente vai fazendo, vai fazendo, e, também, a avaliação da eficácia, do que realmente aquilo está resultando pra vida do sujeito, se ele está realmente conseguindo chegar mais próximos desses lugares que a gente apregoa como princípios da saúde mental - autonomia, dessas coisas que a gente também fala: relação com o trabalho, relações, laços sociais; então, a gente não tem esse (instrumento de planejamento e avaliação), eu acho que falta (planejamento e avaliação) [...] Na verdade eu acho que esse é um problema das instituições públicas em geral, eu acho que tem uma grande resistência no Brasil a qualquer critério de avaliação, porque, esse discurso, a retórica da igualdade, ela exatamente vai na contramão de um processo meritocrático, ou seja, você avaliar também por mérito; você tem que criar esse tipo de instrumento; a prefeitura não tem, nunca teve uma avaliação nos anos que estou aqui que medisse o desempenho profissional, principalmente aqui, que a gente lida com pessoas que estão aqui pra se tratar, e a gente não sabe se a pessoa...., a gente vai olhando um caso ou outro; não existe um processo institucional de avaliação, nesse sentido (P, 17/3/2006).

Em geral, as organizações precisam de um processo de avaliação que realize uma revisão dos objetivos e metas alcançados e daqueles a serem atingidos. O planejamento e a avaliação são a oportunidade de fazer uma pausa e examinar a situação da instituição.

Não obstante, as políticas públicas no Brasil vêm se estruturando de forma descentralizada, com responsabilidades de organização e financiamento partilhadas entre a União, Estados e Municípios, cabendo a estes últimos a execução dos serviços de atenção direta à população. Deste modo, os processos de avaliação de serviços de saúde mental devem ocorrer no âmbito municipal. Segundo Dias (2002, p. 2)²⁰, este desafio coloca no debate o aspecto de como avaliar o funcionamento de um serviço de saúde mental, que está

²⁰ A autora realizou um trabalho de construção coletiva de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental junto aos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre; uma apresentação resumida dos resultados pode ser consultada em DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental.** In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

inserido num novo patamar conceitual e tem como tarefa não reproduzir uma prática de tutela, com ênfase na patologia, mas de incluir o sujeito portador de transtorno psíquico no planejamento e na execução das ações terapêuticas, numa nova relação que garanta a viabilidade do exercício da cidadania numa sociedade desigual. Ou seja, as dimensões de mudança conceitual, realidade social e política pública de saúde de âmbito municipal, tornam complexa a adoção de processos de avaliação.

A fala descrita na seqüência especifica o processo de planejamento e avaliação no que se refere a ação interventiva profissional no tratamento ao usuário, destacando que não existe um processo sistemático de planejamento e avaliação com relação as ações do CAPS.

O planejamento e a avaliação das ações do CAPS, eles acontecem só de uma forma muito primária ainda, nós temos [...] o planejamento e avaliação da ação do profissional a título de intervenção em relação ao usuário existe de três formas: primeiro, casos clínicos, que aqui nós fazemos reuniões de casos clínicos, quarta-feira das 8 às 9 horas e quinta-feira das 11h30min às 12h30min pra discutir a questão do caso clínico de pessoas; outra forma, construção de projetos terapêuticos ou revisão dos projetos terapêuticos na reunião da regional, cada regional, que são cinco, fazem suas reuniões pra discutir o planejamento e avaliar a vida dessa pessoa nas regionais, e a outra, especificamente do CAPS, a título de gestão, é a reunião de equipe, que você presenciou semana passada, aí é um outro momento de planejar e avaliar, porém, ressalvo, não se tem algo mais fidedigno, ou academicamente falando, que nos ampare pra fazer essa avaliação; então, é extremamente necessário nós termos supervisão, termos pesquisadores, que nos ampare no sentido de avaliar o serviço, avaliar nossa prática, avaliar a autonomia do usuário; a grosso modo nós temos, mas é muito de senso comum; então, precisa cientificar ou legitimar, regularizar, tornar mais fiel esse tipo de avaliação, a grosso modo temos, agora, com mais rigor, por escrito, não temos (GIRASSOL, 20/3/2006).

Sabe-se que a ausência de um processo de planejamento estratégico e avaliação sistemática comprometem a efetividade dos objetivos propostos. Conforme destaca Dias (2002), o cenário da Reforma Psiquiátrica requer tanto uma multiplicidade de respostas à sua plena implantação como para a avaliação de seus resultados. Contudo, é importante ressaltar que a especificidade das ações em saúde mental demanda a adoção de um método participativo, com o fim de superar o caráter unidimensional, comum em avaliações tradicionais.

A avaliação participativa já é uma exigência nas políticas sociais, decorrentes da pressão social pela garantia de acesso a bens e serviços públicos. Por analogia, a

construção de indicadores de avaliação também pode ser participativa, com a contribuição dos sujeitos inseridos na esfera municipal, responsável pela execução da atenção em saúde mental. Para a autora, apesar de certa reserva científica pela adoção desta sistemática metodológica, o seu valor está no alcance social de incluir os responsáveis pela execução de determinada ação, na sua construção e sistematização (DIAS, 2002).

3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento

Conforme já destacado neste trabalho os hospitais psiquiátricos são instituições representativas do modo asilar enquanto os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico de exercício das práticas de atenção psicossocial, do modo psicossocial.

O modelo de assistência do modo psicossocial destaca-se por seus meios básicos de tratamento (rede diversificada de serviços territorializados), e pela importância decisiva que se atribui ao sujeito na sua mobilização como participante principal do tratamento. Neste, considera-se o indivíduo como pertencente a um grupo familiar e social, o que supõe que se deve trabalhar, também, a família e o grupo social, como agentes das mudanças buscadas.

Já no modo asilar a organização institucional é marcada por estratificações de poder e saber, no âmbito das relações profissionais e da instituição, as quais transladam para a relação com os usuários e a população. Estes são excluídos de qualquer forma de participação, enquanto que no modo psicossocial, participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais.

Na pesquisa realizada, a maioria dos profissionais entrevistados referiu conhecer sobre a forma de atendimento no hospital psiquiátrico, seja por visitas, atuação profissional, contatos institucionais, relato dos usuários que estiveram internados.

No que se refere as diferenças no atendimento prestado pelo CAPS em relação ao hospital psiquiátricos, os entrevistados consideraram que existem diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência de um só discurso, o médico psiquiátrico do hospital e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial em contraposição ao tratamento igual para todos

das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Eu acho que é diferente em vários aspectos, primeiro, são essas diferenças que eu digo que são de base, sobre a Reforma Psiquiátrica e a função de um CAPS nesse processo de reforma. Existe por parte da maioria da equipe uma convicção de que a nossa função é evitar a internação e de uma certa maneira poder fazer substituição a essas instituições tradicionais; deslocar a centralidade do sistema pra um serviço aberto, que seja interdisciplinar, ou seja, onde você não tenha um discurso único dando a orientação, que no caso é o discurso psiquiátrico nas instituições (tradicionais); você tem essa multidimensionalidade então você pode compartilhar o discurso; em relação ao próprio atendimento, começa na forma do acolhimento, eu acho que o nosso acolhimento é bom, ele tem condições de receber a pessoa, de entender o que ela está procurando, o que ela está precisando, quais são as suas necessidades; a gente tenta de alguma maneira envolver família embora com dificuldades, mas a gente tenta e tenta principalmente manter a vinculação ou criar novos vínculos desse usuário; o projeto terapêutico que é individualizado também é outra coisa fundamental, que aí a gente quebra com a lógica tradicional de que todos recebem o mesmo tratamento, é a mesma medicação, são os mesmos horários, são as mesmas atividades pra todo mundo, não, a gente procura justamente ao levar em consideração essas características que são mais individuais, são mais singulares, a gente procura atender e levar em conta esses aspectos, então, isso pra mim já é muito diferente, além do que a gente procura o tempo todo ou minimizar ou quebrar mesmo a hierarquia, instituindo certas formas que evitam que a hierarquia se cristalize de maneira muito brutal, pra você não ter um deslocamento de poder dentro do serviço, que seja prejudicial pra todo mundo, igual no hospital (F, 12/4/2006).

A relação entre profissional e usuário foi destacada como diferencial por todos os entrevistados, conforme pode ser observado a seguir.

A relação entre o profissional e o usuário, pra mim, a maior diferença é essa relação interinstitucional ou interpessoal; é a forma como se dá, porque as ações também são diferentes, porque existem oficinas terapêuticas, existem os grupos terapêuticos, existem os atendimentos, mas esse modelo de atendimento pode também ocorrer numa outra instituição, ou mesmo num CAPS, mas se a relação de profissional e usuário não estiver pautada no respeito, uma relação sujeito-sujeito onde se possa esse serviço, obviamente, quando ele estiver num bom nível de participação, num bom nível de reabilitação, mas também..., o fundamental é isso, é estar pra além da instituição, estar pra relação do usuário com o profissional, e claro, o espaço também, o espaço físico tem que ter qualidade, a gente vê aqui um espaço super bom aqui no caso, as propostas de atendimento, como que são colocadas, como que é olhado esse usuário, esse usuário está junto no pensar da instituição, mas a cima de tudo assim, entender como cidadão de direitos, de respeitá-lo (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que tem um maior reconhecimento da condição subjetiva do paciente, acho que um certo respeito. Hoje, a Colônia Santana tem tido mudanças, tem uma política que também..., na verdade a política do Ministério também visa atingir as instituições mais asilares, os hospitais também estão mudando..., talvez seja mais lenta, aqui, a gente já chegou com uma outra perspectiva de trabalho; eu acho que a equipe toda, de forma geral, tem uma sensibilidade pra esse respeito pelo paciente, pelo outro, procura, na medida do possível, não estabelecer uma relação de poder; eu acho que aqui, por exemplo, a recepção é muito bem feita, os vigias também são pessoas que entraram no clima, assim, talvez já seja deles, mas entraram no clima do CAPS; acho que todos têm um compromisso com isso, um valor digamos; também, talvez seja deste CAPS, eu não conheço tantos outros CAPSs; eu acho que é uma relação diferenciada, na medida que você está aqui com esse objetivo de que a pessoa assuma a própria vida, contribuir para que isso aconteça; isso implica em ter pelo menos um respeito, um reconhecimento do outro (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p.10) destacam que o papel do técnico se transforma quando ele se coloca sob outros princípios; “se ele faz funcionar a tecnologia da doença mental, fortalece o dispositivo psiquiátrico. Mas, se transforma sua forma de intervenção, trabalha no sentido da desmontagem desse dispositivo”. Segundo os autores, isso significa pôr em funcionamento um dispositivo de desinstitucionalização e reinserir a complexidade dos problemas com os quais lida. Significa ainda abrir mão das interpretações da loucura segundo erro, incapacidade, inferioridade, doença mental, e potencializá-la como diferença, um modo diferente de relação com o mundo. Enfim, não usar o saber como técnica normativa, mas como possibilidade de criação de subjetividades. A técnica deixa de ser instrumento da violência quando a prática funciona como uma desconstrução da clínica.

As falas que seguem referem-se ao atendimento aberto e as possibilidades de escolha que o CAPS oferece em contraposição ao isolamento e segregação gerados pela internação hospitalar prolongada.

Em primeiro lugar o atendimento no CAPS é um atendimento, vou usar a palavra, aberto, ou seja, pra começar o usuário ele não fica internado aqui, mesmo se em algum momento tiver o CAPS III, é diferente. Ele vem, ele faz o trabalho dele, a sua terapia, durante o dia, e ele volta, quando, no caso tem família, pra casa; então, primeiro lugar a idéia do CAPS, o trabalho do CAPS não é segregar e isolar; quando o usuário vai para o hospital, eu acho que seja ele em qualquer campo da saúde, mas vai para o hospital e fica internado trinta dias, quinze dias, ele já esta sendo isolado do convívio com a família, do convívio social, ou seja, acaba perdendo progressivamente o contato com as pessoas e com o grupo social mesmo, e acaba sendo destituído das suas práticas pequenas, como desde pegar um ônibus, fazer sua comida, ir no

supermercado; no momento em que uma pessoa é colocada em um hospital e fica um mês, ele acaba perdendo o contato com essas mínimas..., não é nem com o mundo lá fora, mas com as mínimas coisas que ele teria em casa, na sua casa, enfim, ele perde tudo isso como se fosse realmente uma pessoa que não tem possibilidade nenhuma de fazer nem um café, enquanto o CAPS possibilita isso, acho que o CAPS ele, independente dos problemas que tem, acho que ele mostra que não, você ainda, apesar da sua crise, com a sua crise, com todas as limitações que as vezes um surto pode oferecer do ponto de vista cotidiano, você ainda pode fazer algumas coisas sim, como pegar um ônibus pra ir e voltar pra casa, fazer a escolha do seu planejamento terapêutico, vem aqui escolhe, em parte, o que gostaria de participar (LÉLI, 4/4/2006).

Assim, a possibilidade do usuário no CAPS de ter voz ela é muito maior do que nas outras instituições, as outras eu não vou generalizar, mas em algumas, as asilares, esses hospitais são.., enfim, crônicos até pela dificuldade mesmo de antes você pensar em ter outra alternativa que não a trancar e deixar lá e não tem medicação, não tem nada disso, estou falando de bem bastante tempo atrás, e isso ficou e se perpetuou, então, eu acho que a possibilidade do usuário aqui, no CAPS, nos CAPS, e até mesmo nos ambulatórios, acho que hoje em dia não é só CAPS que permite isso, é fazer parte como contribuinte do próprio tratamento, então isso é o que diferencia do paciente internado, vamos dizer assim, em São Paulo, no Vera Cruz, que é um hospital e tal, diferente de outros, tem algumas dessas internações que são diferentes, mas essa relação aí de profissional e usuário ela é mais aberta, é mais ampla, além do CAPS, especificamente, oferecer algumas possibilidades; então, a possibilidade de trabalhar em uma oficina, dessa oficina ter uma renda, que, assim, é um entrave no sentido que eles se sentem muito limitados e não só se sentem como eu acho que muitas doenças incapacitam mesmo, são incapacitantes, a esquizofrenia é uma delas, e é a nossa clientela aqui, a maior parte é de pacientes com esquizofrenia; a própria esquizofrenia já altera, vamos dizer assim, na cognição, na parte de planejamento, de você conseguir realmente se estruturar para trabalhar; tem umas pessoas que não conseguem nem ter o início, a iniciativa, ela é minada com a esquizofrenia, e aqui tem uma possibilidade, mesmo que essa possibilidade seja fazer oficina e ganhar uma renda, mesmo que, assim, seja só..., não é o valor que importa, é simbólico (J,22/3/2006).

O relato a seguir explicita epistemologicamente e em termos técnico-assistencial a diferença entre o modelo de atenção tradicional/hospitalar e o modelo de atenção psicossocial.

Primeiro, em relação a concepção da pessoa e em relação a concepção dos próprios meios de trabalho; na instituição psiquiátrica predomina o modelo manicomial/asilar como a gente chama, que daí vai olhar a pessoa enquanto doença, enquanto diagnóstico, aqui, no CAPS, a gente olha os seres humanos enquanto pessoas, enquanto a existência de um sofrimento, o que podemos fazer pra minimizar esse sofrimento da pessoa, então, essa é a primeira diferença que tem, quem é essa pessoa, que no modelo manicomial acaba sendo vista mais como diagnóstico, como um doente, isso que eu sempre falo, essa iatrogênia que o modelo

manicomial acaba inserindo na pessoa, você é um doente, vai ter que tomar remédio pra vida toda, e o máximo que você pode chegar é um portador de transtorno mental em recuperação, isso é uma das diferenças, outra é a própria concepção de saúde/doença que existe; as formas de organização dos dois modelos, são modelos diferentes, um é mais centralizado no psiquiatra, na instituição psiquiátrica, o no CAPS seria mais centralizado na equipe e, principalmente, nos usuários; a forma de relação com a clientela ou com o usuário, no modelo manicomial, é sempre uma relação hierárquica, de cima pra baixo, no CAPS, sempre uma relação, ou a gente tenta sempre ter uma relação horizontal; e a própria questão do que é bom ou não é bom pra pessoa, a pessoa tem que dizer o que é bom pra ela e, as vezes, no hospital, são os profissionais que já dizem o que deva ser bom pra ela, ou seja, a grande diferença que existe é: quem decide o que? No hospital as pessoas decidem sobre a vida da pessoa, eu acho que no modelo psicossocial é a pessoa que compartilha a decisão da sua vida (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme destaca Rotelli (1990), no manicômio (modelo/tradicional) a sociabilidade é reduzida a zero. A tutela, a internação tem a única finalidade de subtração das trocas, de estabelecer relações de mera dependência pessoal. Enquanto que a emancipação terapêutica (que se torna o objetivo substituto da "cura") só pode ser (cientemente) a mobilização de ações e de comportamentos que emancipem a estrutura inteira do campo terapêutico. Assim, o problema que se coloca aos novos serviços (CAPS) não é cura (a vida produtiva), mas sim a produção de vida, de sentido, de sociabilidade.

Neste aspecto, pode-se considerar a proposta basagliana de *colocar a doença entre parênteses* para assim direcionar o olhar ao sujeito em sofrimento e não à doença. Essa é uma questão fundamental, pois é o movimento de *tomada de responsabilidade* (DELL'ACQUA, 1992) individual e coletiva que se constitui como meio para a transformação institucional e para o processo de desconstrução. A cura cede espaço à emancipação, mudando a natureza do ato terapêutico, que agora se centra em outra finalidade: produzir autonomia, cidadania ativa, desconstruindo a relação de tutela e o lugar de objeto que captura a possibilidade de ser sujeito (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3 Participação do usuário e da família no tratamento

De acordo com as diretrizes da atenção em saúde mental do modelo psicossocial, o protagonismo dos usuários é fundamental para que seja alcançado o objetivo do CAPS de se constituir como dispositivo de promoção da saúde e da reabilitação psicossocial. Os

usuários e familiares devem ser chamados a participar das discussões sobre as atividades terapêuticas do serviço. A equipe técnica deve trabalhar de forma a estimulá-los a participar de forma ativa do tratamento e da construção de laços sociais. Entre os tipos de atendimento que o CAPS pode oferecer está o atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, de lazer com familiares (BRASIL, 2004).

Na seqüência deste item analisaremos as formas criadas pelo CAPS Ponta do Coral para envolver ativamente usuários e familiares no processo terapêutico, seja com relação ao projeto terapêutico individual, ao atendimento e a participação das famílias no tratamento.

3.3.1 Planejamento terapêutico individual

Conforme as determinações da política de atenção em saúde mental, cada usuário deve ter um projeto terapêutico individual, composto por um conjunto de atendimentos personalizado, que respeite as particularidades, necessidades de cada pessoa e proponha atividades durante a permanência diária na unidade e fora dela (BRASIL, 2004).

O atendimento no CAPS oferece projeto terapêutico de tratamento individualizado, o qual é pensado e avaliado com a participação do usuário. A fala relacionada a seguir detalha como acontece o planejamento do tratamento.

O primeiro passo desse projeto terapêutico ele é feito na entrevista inicial, que é basicamente a entrada desse usuário no serviço; então, a gente pensa uma programação mínima, levando em conta as necessidades, as condições, os limites e as capacidades do usuário e, quando a gente pode contar, com a família também. Além disso, uma vez por mês, [...] tem o encontro da Regional, e os usuários dessa Regional podem reelaborar o seu projeto terapêutico, a gente faz a revisão, a gente discute como é que está sendo esse projeto, se está sendo interessante, que ganhos, se está havendo ganhos ou não, se a pessoa está se sentindo contemplada de alguma maneira e tal, e aí a gente faz as alterações que a gente discute e acha necessário (F, 12/4/2006).

Com relação a forma como o usuário participa do processo de planejamento do seu tratamento, os entrevistados colocaram que é através da manifestação das preferências,

opções e desejos dele, dentro das possibilidades que o CAPS oferece. Nas falas relacionadas é explicitado qual a participação do usuário e do profissional no planejamento do projeto terapêutico de tratamento.

Quando o usuário chega no serviço, encaminhado de algum outro (serviço), ou de um hospital, ou de uma unidade local de saúde, ou por demanda espontânea é feito o acolhimento, onde a gente usa uma entrevista inicial pra fazer uma coleta de dados, ali resgata um pouco da história que o próprio usuário vai estar contando, e, então, nesse momento é feito o projeto terapêutico; inicia-se o projeto terapêutico, não que ele tenha que se esgotar nesse momento inicial; uma pergunta que a gente sempre faz pra ele é do que ele precisa, como a gente vai poder ajudar, então, a partir daí a gente oferece o nosso leque de atendimentos, o nosso projeto terapêutico do CAPS, e aí vai se construindo dessa forma (VIK, 24/3/2006).

Em geral a gente faz isso quando ele chega, na entrevista inicial, a gente pede pra que ele diga, a gente apresenta o que a gente tem; a gente pede que ele diga o que ele gostaria de estar fazendo, o que ele fazia, quais as preferências que ele têm, se ele não sabe, em algumas situações, a gente sugere que ele venha participar de algumas oficinas para ele, por exemplo, escolher; então, assim, é feito muito respeitando o desejo do paciente, o que ele gosta mais, as preferências dele; agora, se a gente vê que o paciente está muito ansioso, se ele precisa, a gente sugere um grupo terapêutico ou as vezes o atendimento individual; assim, não tem uma uniformidade, em geral a gente age assim (P, 17/3/2006).

Ele tem, esse projeto terapêutico, ele tem um primeiro momento, quando o usuário chega e faz a entrevista inicial é colocado com ele e oferecido, mostrado as possibilidades, o que o CAPS oferece em termos de terapia, desde grupos terapêuticos, atendimento individual e oficina, mas não é só oferecido, é também feito uma avaliação do técnico, o que ele pensa que, naquele momento, poderia estar ajudando aquele usuário, e é conversado com o usuário, muitas vezes acaba o usuário escolhendo tudo, escolhendo o que ele quer e o técnico tem pouca interferência, outras vezes o usuário quer algo que talvez naquele momento, por exemplo, atendimento individual, mas não tem vaga, não tem, os técnicos estão todos..., se tem alguém fazendo atendimento individual já não tem horário, então se entra em um acordo das possibilidades, dos desejos do usuário, e das possibilidades que o serviço oferece; isso é o primeiro momento, no segundo momento, ao longo do período do usuário aqui, vão tendo transformações, muitas vezes ele abandona aquele grupo ou oficina, que não era aquilo que ele achava que era bom, que ele gostava, abandona formalmente ou informalmente, simplesmente não vai, ou ele entrou em surto não veio mais, uma série de questões, então isso tudo é retomado, a gente tenta fazer a retomada na reunião das Regionais, reunião mensal, como é que está o tempo dele aqui, o que ainda se mantém fazendo, como ele está se sentindo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos entrevistados destacou que o projeto terapêutico de tratamento do usuário

é sempre pensado a partir da necessidade dele, o que ele traz de necessidade, o que ele traz de sonho, de vontade, de sofrimento, de

tristeza, então, o projeto terapêutico é sempre pensado, repensado, analisado, refletido, em cima da necessidade da pessoa (GIRASSOL, 20/3/2006).

É importante destacar que o planejamento do projeto terapêutico deve envolver o portador de transtorno mental como sujeito deste processo. A participação ativa do usuário na escolha do que fazer e na expressão de suas necessidades favorece a adesão e continuidade no tratamento, confere-lhe o exercício da liberdade de escolha e da cidadania. Neste processo, o ato terapêutico, quando não é mais fundado sobre a doença e não provém da autoridade médica, torna-se a própria organização coletiva, convertendo-se em *tomada de responsabilidade* e produção de subjetividade (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral

No plano teórico, a relação da família com o portador de transtorno mental é construída a partir do alienismo, como produto da sociedade moderna/burguesa. No interior desta perspectiva concentram-se dois entendimentos polarizadores: “o da família ameaçada pela eclosão da enfermidade, portanto, sofrendo suas conseqüências ou causadora da emergência do transtorno mental, assim culpabilizada por sua etiologia” (ROSA, 2002, p. 139). Historicamente, o segundo entendimento foi o que prevaleceu na maioria das abordagens teóricas na área da saúde mental, com uma relativa diminuição nos anos 1970, seguido de uma complexificação da compreensão do grupo familiar e de sua dinâmica, a partir dos avanços teóricos da leitura feminista e marxista. “Contemporaneamente, a inclusão do grupo familiar nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental; a assunção de sua condição de parceira e co-responsável dos serviços e a exigência de constituição de uma nova pedagogia institucional em sua abordagem atravessam a construção de uma nova relação entre o louco e a sociedade” (ROSA, 2002, p. 139).

Nesta direção, um dos objetivos do CAPS é incentivar as famílias a participar do cotidiano do serviço. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas importantes para o trabalho dos CAPS. Eles podem participar de diversas maneiras, incentivando o usuário a se envolver no projeto

terapêutico, participando diretamente das atividades do serviço, nas reuniões, assembléias, nas associações de usuários, técnicos e familiares, trazendo dúvidas, sugestões. A participação pode acontecer tanto nas atividades internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. (BRASIL, 2004).

A Portaria /GM nº 251/2002 constitui-se como mais um dispositivo na mudança das relações entre os serviços de saúde mental e a família à medida que prevê, no desenvolvimento dos projetos terapêuticos, o preparo para o retorno à residência/inserção domiciliar e uma abordagem dirigida à família no sentido de garantir orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento.

O atendimento aos familiares é uma das formas para que as famílias participem, conheçam o trabalho dos CAPS e passem a se envolver ativamente no processo terapêutico. Neste sentido, a família ganha visibilidade como protagonista, parceira dos serviços e co-responsável no provimento de cuidados do portador de transtorno mental.

Além disso, o avanço dos conhecimentos e entendimento de que os fenômenos humanos comportam uma multiplicidade de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos e éticos, inter-relacionados entre si, possibilitou mudanças na assistência às pessoas em estado de sofrimento psíquico. Essas puderam ser compreendidas na totalidade de sua condição existencial. E, o sofrimento, antes tomado apenas como algo individual, passou a ser visto como parte de um contexto onde outras pessoas estão envolvidas e também merecem cuidado e atenção.

No CAPS Ponta do Coral, na sua maioria, os profissionais afirmam que existe atendimento familiar, com ressalvas de um deles que referiu não existir atendimento familiar sistemático e outro que observou que existe atendimento familiar individual. As falas relacionadas expressam de que forma a família participa no tratamento do seu membro no CAPS.

A família participa não como uma preconização ou uma exigência do serviço; o que eu tenho visto é que a família participa aqui no CAPS na medida em que há uma necessidade, quando há necessidade do serviço conversar com a família ela é incluída, quando há uma necessidade da família pelo serviço ela procura, mas não é uma rotina todas as pessoas que vem aqui a família ser atendida, as vezes o usuário não quer saber da família, as vezes a família não quer saber do usuário e assim sucessivamente, ou seja, a família participa na medida que temos a clareza da necessidade, mas não é uma prática oficial do serviço (GIRASSOL, 20/3/2006).

Alguns casos sim, em alguns casos eles vem para a reunião mensal da Regional, ou vem para uma consulta com a psiquiatra, ou vem pra trazer o usuário que não consegue ainda vir sozinho, mas é muito restrita a

participação da família, normalmente ela vem mesmo quando a coisa está apertando, quando o usuário surtou, não está conseguindo segurar, quando ele está já nas últimas (LÉLI, 4/4/2006).

Os profissionais que afirmam a existência da participação da família no tratamento explicitam como esta acontece e como se dá o atendimento no serviço, observando o cuidado que existe em atender a família e o usuário juntos.

Sim, tem alguns usuários que vem acompanhado de familiares, as vezes nós chamamos a família, quando existe necessidade, e isso acontece assim no cotidiano, conforme realmente surge a necessidade; geralmente há uma relação muito conflituosa entre o usuário e família, geralmente o familiar mais próximo, referência mais próxima e aí a gente intervém, mais ou menos com dois objetivos, assim, um de pensar essa relação conflituosa, o que pode ser negociado aí pra viverem melhor, pra ter mais qualidade de vida nesse ambiente, que moram juntos, e o outro pra poder então capacitar, colocar elementos pro familiar sobre o tratamento, sobre os transtornos mentais, pra que ele possa ser um cuidador também, o que ele é, pra que ele possa se qualificar; então, uma outra coisa que eu penso é que esse atendimento familiar ele sempre tem que privilegiar a participação do usuário porque fica complicado falar do usuário sem ele estar presente (VIK, 24/3/2006).

Sim, a família participa, claro, na medida de cada caso; em geral, assim, a gente tem a disponibilidade de atender a família, então, muitas vezes, precisa de o paciente vir com a família em várias situações, e esse atendimento é dado; o grupo de família, também está tendo o grupo de família, as vezes é dado (o atendimento) a família daquele paciente; mas sempre a gente tem o cuidado de receber a família e atendê-la junto com o paciente, nunca assim..., não gerar essas fantasias perseguitórias por parte do paciente “tá falando o que de mim”; isso é mais ou menos quase uma regra aqui no CAPS, a gente atende junto com o paciente (P, 17/3/2006).

Os trechos das entrevistas relacionados a seguir descrevem as formas criadas pelo CAPS para oportunizar a participação da família no tratamento. Alguns profissionais referiram-se a um grupo de famílias que chegou a ser iniciado, mas que pela falta de adesão e outras dificuldades não funcionou mais.

Um pouco assim, o acolhimento na segunda-feira é um espaço que a família pode participar junto com o usuário pra relatar como é que foi o final de semana e pra relatar e como estão as atividades no CAPS; o outro espaço são as reuniões das Regionais de equipe, fora o trabalho individual, que, assim, eu acabo chamando muitas vezes, eu quero atender você na presença de um familiar, as vezes você precisa até forçar nesse sentido, de que a família compareça, faço cartinha, mando e aí atendo em consulta individual, mas não em grupo, não é uma abordagem psicoterápica, é mais no sentido de psicoeducação do que de terapia (J, 22/3/2006).

[...] existe um planejamento pra se atender família, um grupo de familiares a serem atendidos por psicóloga [...]; então, as formas criadas para oportunizar a participação da família é justamente quando ela vem, acompanha, que é aberto para os familiares participarem das oficinas junto com o usuário, então, sempre tem essa oportunidade e grupos específicos pra famílias que estão se tornando real (GIRASSOL, 20/3/2006).

É mais ou menos como eu te falei; então, assim, as vezes a gente chama pra um atendimento individual, e também ela participa dos eventos acontecidos aqui no CAPS, promovidos pelo CAPS, de festas, geralmente o dia nacional da Luta Antimanicomial, quando a gente comemora, que faz uma confraternização, as festas sempre tem a presença de familiares também, festa de natal, festa junina (VIK, 24/3/2006).

As reuniões das Regionais por exemplo, uma vez por mês, e tem alguns técnicos que fazem reuniões com as famílias, discutindo, por exemplo, aquele usuário em que a família está implicada diretamente, tem problema com a família, então chama a família pra trabalhar; já teve grupo de família, mas foi fechado porque as pessoas ficaram um tempo, mas as famílias, segundo as técnicas que fizeram, muito pouco se apropriavam, vinham, se utilizavam desse espaço (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre este aspecto, cabe destacar que o deslocamento do eixo da compreensão do problema individual para o familiar/social, que tem como consequência o acolhimento da família como uma unidade que necessita de cuidado tanto quanto o paciente individual, pressupõe um novo olhar sobre as possibilidades das famílias para enfrentarem suas crises e atuarem como suporte terapêutico. Nessa perspectiva, se impõe a necessidade de não só reconhecer o atendimento ao grupo familiar, mas de oferecer uma atenção singular que leve em conta, por um lado, as especificidades de cada família, considerando a história, a estrutura, a dinâmica, bem como a inserção desta no contexto social. Por outro lado, deve-se avaliar a realidade e as possibilidades das famílias para usufruírem das formas de atenção que lhes são propostas (MIOTO, 1998, pp. 25-26).

Nesta direção, dois dos participantes da pesquisa identificaram como uma das dificuldades em realizar o atendimento familiar, a falta de profissionais qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades, conforme pode ser observado nas falas a seguir.

A maior dificuldade que eu vejo é que não existe ninguém capacitado aqui dentro para lidar com a família, é claro que, assim, eu faço um atendimento com o usuário a família vai estar junto eu vou estar explicando, mas quando você vai pensar em trabalhar com a família, trabalhar no sentido psicoterápico, isso não existe, agora informar a família, tentar com que a família faça parte do planejamento, a gente

tenta e incentiva, estimula que eles venham nas reuniões das Regionais, mas o que eu percebo, assim, a equipe ela é muito pequena pra dar conta de tudo, então a maioria das vezes o paciente chega, a família está ali fora, mas todo mundo tem a sua atividade, estão todas na oficina e isso me sobrecarrega muito porque eu tenho que dar conta de tudo, inclusive da família que chegou, do atestado que está faltando, e a família que quer saber porque que o remédio..., mas não existe um espaço pra ela, não existe um espaço que acolhe a família (J, 22/3/2006).

Profissionais qualificados, eu acho que necessita de profissionais que tenha um pouco mais de experiência, de conhecimento pra estar lidando com família, que toda a família tem sempre os seus nós górdios, tem sempre questões de fundo, que as vezes precisa de um certo conhecimento, experiência pra estar lidando com isso; até que ponto é vítima ou réu, então, acredito que profissionais que tenham experiência, que tenham a qualificação teórica, [...] possa estar oportunizando uma melhor relação no atendimento CAPS com família, então, a qualidade do profissional para estar realizando essa participação (GIRASSOL, 20/3/2006).

Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que é um transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, foram relatados pelos profissionais.

Acho que tem uma junção, eu acho que tem uma coisa primeiro que é o entendimento, a família, muitos familiares, querem deixar o usuário aqui, e querem fazer sua vida, até por questão de sobrevivência; o que eles alegam muito é que eles precisam trabalhar, então não pode faltar ao trabalho uma vez semana pra poder estar aqui porque mesmo que tenha atestado pra poder estar aqui, acaba perdendo o trabalho, não tem como justificar; e a outra questão é o próprio entendimento de que é na família o espaço em que o usuário pode ser tratado, porque a idéia de tratamento é uma idéia também que se direciona, que acaba sendo entendida como médica, hospitalar ou clínica, ou então, agora tem o CAPS; e o lugar de tratamento, digamos tratamento como restituição, como reinserção, também é na família (LÉLI, 4/4/2006).

É, chega um momento que as vezes de fato a relação se esgota, assim, são tantos conflitos, são tantas brigas, tantas dificuldades de convivência, de relacionamento, que já vem desde a infância, que chega em momentos quando, geralmente, o usuário tem as primeiras crises, isso gera um isolamento, assim, o usuário fica isolado nesse ambiente, nesse contexto familiar, realmente é muito difícil; as vezes tem uma mãe muito controladora e que aí o usuário não quer muito aproximação do serviço com essa referência porque o serviço passa a ser então um lugar de acolhimento pra ele que ele não tinha até então, porém, a gente busca a família, pra que a família possa cumprir essa função da referência (VIK, 24/3/2006).

Neste sentido, deve-se considerar que no contexto brasileiro, pela própria ausência ou precariedade da intervenção estatal por meio das políticas públicas de corte social, a família torna-se a principal garantidora da reprodução da força de trabalho. As famílias, para suportar, todas as funções que lhes são atribuídas e enfrentar as situações de risco social, buscam dividir com o Estado o encargo dos cuidados com seu ente enfermo. Mesmo assim, configuram-se, para elas, condições deficitárias de atendimento, em particular no caso da atenção em saúde mental (ROSA, 2003, p. 192).

Na seqüência, o entrevistado realiza uma análise das várias situações singulares e sociais que envolvem as dificuldades do serviço, das famílias e dos usuários, em realizar um tratamento integrado na relação usuário/família/CAPS.

Então, também envolve vários aspectos, eu vou apontar alguns; assim, em primeiro lugar, a gente vê que boa parte das famílias vê o CAPS como um lugar pra poder deixar o seu familiar, é um lugar onde ela não vai precisar cuidar dele durante um certo tempo, então, eles até participam de algumas entrevistas iniciais, hoje, por exemplo, eu tenho uma (entrevista inicial) que a pessoa veio sozinha, não veio família; é bastante freqüente que venha o usuário sem acompanhante familiar algum, esse é um aspecto, a família de uma certa maneira toma o CAPS como um lugar pra deixar o seu familiar, nós por outro lado, não criamos estratégias pra fixar essa família, pra trazer essa família mais perto; tem um grupo de família que funciona de maneira meio irregular, mas que a gente vê cada vez mais a necessidade de tornar isso algo mais organizado, poder atender a família, a gente faz o acompanhamento com família, geralmente, quando há um pedido específico ou do usuário ou da própria família, aí a gente procura fazer, mas é mais individualizado, é uma questão mais individualizada, e há também, por parte dos usuários há o desejo de que a família não participe, isso ficou muito evidente na organização da associação, que é uma associação de usuários, familiares e técnicos, e quando a gente estava organizando a associação, toda vez que se falava na participação dos familiares havia uma certa resistência por parte dos próprios usuários que os familiares participassem; a gente entende isso como uma maneira de buscar uma certa autonomia, uma certa distância dessa família, que é, as vezes, bastante complicado de fato tê-los muito próximos, aí precisa de um outro tipo de abordagem, não dá pra incluir, como a gente fazia no início por exemplo, a gente fazia grupos de usuários e familiares, mas a família atrapalhava mais do que ajudava nesses grupos, aí a gente resolveu começar a separar, deixar o espaço específico para o usuário, porque a família vinha e tomava o espaço, e falava, e ficava reclamando da pessoa, do que ele não fazia, de todas as dificuldades etc..., então, a gente achou melhor botar um pouco uma barreira, botar um filtro ali pra que tivesse espaço do usuário e que ele pudesse aproveitar isso da melhor maneira possível (F, 12/4/2006).

No entanto, cabe destacar que, numa visão mais abrangente e totalizante, a família é entendida, no cerne das condições de reprodução social do portador de transtorno

mental, como um sujeito que procura reconstruir relações cotidianas, criar novos sentidos, manter e fortalecer laços de sociabilidade. É percebida, positivamente, em suas possibilidades, potencialidades e recursos, como elemento fundamental à manutenção do poder contratual, à autonomia e à emancipação do portador de transtorno mental (ROSA, 2002, pp. 152-153).

As falas relacionadas a seguir apresentam a compreensão dos entrevistados com relação às possibilidades da participação da família no tratamento, e as dificuldades do CAPS em realizar esse tipo de atendimento. Um deles argumenta que o acompanhamento à família é essencial para minimizar os efeitos da convivência com o portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Acho que o atendimento familiar assim como ele pode ter dificuldades ele também pode te ajudar um monte, então, assim, tem os dois lados, as dificuldades eu acho que é porque também ele vai estar trazendo, vai sobrecarregando com mais, digamos assim, mais queixas, vai estar trazendo.., as vezes nem está relacionado ao usuário os problemas e as situações, embora eu acredito que na maioria das vezes ela ajuda, ela ajuda porque é que está convivendo com o usuário lá fora o tempo inteiro, que tem mais os dados, quem pode inclusive, ah! ele está muito sedado, vamos tirar esse remédio, esse remédio só faz mal, então, a família se ela não é bem orientada ela acaba, assim, tentando fazer o bem ela acaba fazendo o mal pro paciente, ah! não aquela atividade lá, ficar só batendo palminha, musiquinha, aquilo lá não vai ajudar você, é melhor eu.., vou te colocar de novo na escola porque se não você não vai trabalhar nunca, então todas as ansiedades da família, que se elas forem bem trabalhadas o usuário só tem a ganhar, agora, as dificuldades é: um espaço em que essa família seja acolhida, que ela seja realmente trabalhada e uma equipe, a formação, alguém com formação pra fazer isso, isso não tem (J, 22/3/2006).

Eu acho que o acompanhamento com a família ele é extremamente necessário pra elaborar a imagem que essa pessoa acabou deixando pra essa família; a família ela ainda tem uma imagem, ela tem o imaginário social em relação o que ela de repente produziu; então, há uma necessidade de se ter um acompanhamento com os familiares pra estar elaborando as relações, o dia-a-dia que ela tem com o portador de transtorno mental; as vezes se investe muito em acompanhamento com usuário e não se investe muito no acompanhamento com a família, a família está sobrecarregada, tem que se discutir a questão dos encargos familiares, porque as vezes ter um portador de transtorno mental junto com a família é extremamente estressante, e as vezes a família acaba colocando o portador de transtorno mental no hospital pra descansar, porque as vezes é complicado, tem um portador de transtorno mental que canta o dia inteiro, ou que não dorme durante a noite, dorme de dia, ou que quer ver televisão a todo momento, ou que fica conversando com a vizinhança a todo o momento, tem o portador de transtorno mental que com o seu sofrimento incomoda muito a família, então, tem de haver um profissional articulado ou apaziguador ou que provoque alguma

resolução nessa prática; [...] se não dá pro portador de transtorno mental morar com a família então que se haja (encontre) um espaço harmônico, mas a família tem que ser acompanhada sim (GIRASSOL, 20/3/2006).

Entre as dificuldades que os profissionais identificam na (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e estigma da loucura, ainda presentes no imaginário social das pessoas. Relacionamos na seqüência as respostas dos entrevistados, nas quais é expressa a relação com alguns dos aspectos enfrentados no cotidiano da vida dessas pessoas, em suas relações com a família, as instituições e a sociedade.

Em primeiro lugar a dificuldade de a família compreender o que a pessoa tem, pelo que ela passa, muitas vezes, a idéia é de que é um vagabundo, que o cara não quer trabalhar porque é vagabundo, não quer fazer nada só quer ficar em casa fumando, na frente da televisão porque é vagabundo; então, tem essa dificuldade de poder dar ou ter um certo olhar pra essa pessoa, pra esse usuário que não seja esse da discriminação; tem também o medo, o medo de que essa pessoa venha cometer algum crime, que é um pouco o mito da loucura, é o que envolve o mito da loucura, de ser alguém que é imprevisível e violento, o mito da loucura está muito marcado por isso, muitas vezes a família vem contaminada por isso, eu atendo uma mãe, por exemplo, que apesar de ser uma pessoa que contribui muito, mas ela tem medo do filho, ela tem medo, e ela reconhece isso, diz isso claramente, ela tem medo, agora menos, depois de um tempo isso está começando a se flexibilizar, ela está começando a entender um pouco diferente, mas ela tinha muito medo do que esse filho poderia fazer com ela, então, isso é algo que é bastante comum, mas isso é uma dificuldade; o outro aspecto da resistência é a idéia de que ele se tornou uma pessoa inútil, o usuário se tornou uma pessoa inútil, porque ele não pode trabalhar, que nunca vai fazer nada a não ser ficar como um louco, ficar como uma pessoa que não pode assumir responsabilidades, que não contribui, o aspecto financeiro é um problema; o Programa de Volta pra Casa não resolve isso integralmente porque ele é destinado pra pessoas que estão no mínimo há dois anos internadas, então, aqueles que não tem internação prolongada não têm acesso a esse recurso, então, ele passa a se tornar um peso econômico pra família e aí todos os outros problemas que são decorrentes disso (F, 12/4/2006).

Muitas vezes ele acaba sendo o membro da família rejeitado, ele tem o quartinho dele no fundinho. Bom, eu acho que é o próprio estigma de ter um doente mental, tem ah ele é doente mental, deixa ele quietinho lá porque se não ele vai incomodar, vai surtar, vai xingar e, que vergonha, aí os vizinhos; então, é o estigma do usuário, do paciente com transtorno mental, como muitas famílias não entendem elas tem até crenças de que isso é o demônio, isso é um castigo, ou é porque ele era uma pessoa ruim na vida passada, então, vem com mil, vamos dizer assim, explicações, que só atrapalham e impedem que aquilo seja encarado como..., ok isso aí é uma doença, e como é que a gente vai

fazer pra ajudar e tratar isso; então, os conhecimentos, a ignorância nesse sentido, [...] uma parte eu acho que seja pelo próprio desconhecimento do que é um transtorno mental, e do estigma de que o louco é o que rasga dinheiro e, enfim, isso dificulta, e aí quando você não tem um suporte pra dar à essas famílias aqui dentro, você só reforça lá fora esse estigma; então, claro, a pessoa chama a atenção da população, os pacientes que conseguem lá fora trabalhar e não ficar só dentro do CAPS, então, as oficinas que possam vir a dar renda, que elas sejam trabalhadas lá fora, até pra lá fora você convive com eles, percebe que eles não são os loucos que rasgam dinheiro, saem quebrando tudo e matando todo mundo, esse é o medo da população e acaba sendo o medo da família (J, 22/3/2006).

A questão da diferença do “louco” para o “não louco”, que na sociedade capitalista, é determinada pela relação produtivo/não produtivo, ou seja, aquele que detêm poder de consumo e aquele que não tem poder de consumo, também foi expressa pelos profissionais entrevistados como uma das dificuldades para a (re)inserção social do portador de transtorno mental, na família e na sociedade.

Eu acho que os limites do usuário; tem a coisa do preconceito, da loucura, ele, o usuário, ele não é alguém produtivo na família, ele não leva dinheiro pra casa, ele, ao contrário, ele só gasta, ainda tem que buscar remédio, ele dá mais trabalho ainda, ele não é produtivo, de maneira geral, então, isso já agrega um preconceito maior ainda, além de ter o preconceito da loucura, de ser..., enfim, alguém que tem uma “deficiência”, alguém que é muito dependente, ainda tem isso, então, ele não soma nada à família a não ser o incomodo; daí, geralmente, é uma mãe que até acolhe, ou pai, por questões afetivas, mas sempre está lidando com esse limite do usuário; tem famílias que não querem, tem muitas famílias carentes que não querem mais um problema, e quando a pessoa, então, saiu da família, que foi internada, e ficou um longo tempo fora, a família já se estruturou de forma a não contar com aquele usuário, então, já não conta mais com ele, passou três, quatro, cinco meses, aí vem uma pessoa trazendo toda uma dependência e que não é somar, ou as vezes as próprias crises dentro de casa, então, é difícil um cara que faz xixi no chão, um cara que toma um café e deixa sua xícara, um cara que quebra, que uma vez por mês quebra tudo, que bate nas pessoas dentro de casa, ninguém tem essa tolerância, tem que ser mais de uma pessoa pra suportar e, as vezes, uma pessoa, que é a mãe, suporta, mas os outros irmãos não entendem, não conseguem lidar com a questão, que é difícil mesmo, o nível de dependência, os limites, o risco que, enfim, pode correr o usuário (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Rosa (2003, p. 192), a família, apesar de procurar dividir com o Estado as demandas de cuidado do portador de transtorno mental, ainda é o principal agente responsável pelo seu provimento. Para implementá-lo, na divisão sexual do trabalho do grupo doméstico, seu ônus recai sobre a mulher. Todavia, diferente das demais

enfermidades, o transtorno mental se particulariza pelo fato de seu portador não se reconhecer como enfermo e por seu prognóstico figurar como uma incógnita, sem ter uma temporalidade previsível. Desta forma, em geral, o provimento de cuidados e o tratamento tornam-se impositivos para o portador de transtorno mental, que pouco colabora conscientemente no seu processo de recuperação. Por sua vez, o provedor de cuidado, com frequência a mulher, mãe, tem que ter uma disponibilidade de tempo, periódica ou indefinidamente, para exercer o seu papel. E, para satisfazer as necessidades individuais do portador de transtorno mental e as exigências de sua enfermidade, a mulher, mãe tem seu espaço de vida invadido, seus projetos de vida obstruídos pelas necessidades de prestar cuidado.

3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares

No contexto da Reforma Psiquiátrica, as organizações de usuários, técnicos e/ou familiares tem cumprido um importante papel na mudança do modelo assistencial em saúde mental, participando ativamente das discussões sobre os serviços e promovendo atividades que visam maior inserção social, geração de renda e trabalho e a garantia de direitos sociais. Essas associações constituem-se em importante instrumento de promoção da saúde e da cidadania de todos os envolvidos (BRASIL, 2004)

O CAPS Ponta do Coral conta com uma associação de usuários, familiares e técnicos. Apesar de estatutariamente estar prevista a participação e filiação de familiares e técnicos, atualmente, na prática, esta se tornou, efetivamente, uma associação de usuários. Em gestões anteriores, já teve em sua diretoria a participação de técnicos do serviço. Atualmente, dois técnicos acompanham as atividades desta, mas a diretoria da gestão atual (2006) é composta somente por usuários.

Com relação a participação dos usuários no planejamento das atividades do CAPS, os profissionais referem que esta acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, realizada semanalmente, na qual são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Contudo, os entrevistados observam que

existem dificuldades em realizar um processo de planejamento das ações do serviço, seja por particularidades dos usuários, seja por limitações e/ou problemas institucionais.

Assim, existem alguns espaços em que essas ações são tomadas em conjunto, a assembléia dos usuários, aqui é feita de terça-feira, em que é discutido desde a limpeza, o lanche, qual é o próximo passeio, o que vai ser de reunião, o que está sendo feito, quais são os informes em relação a saúde mental, em relação a congressos, encontros, comissões. O que eu percebo é que embora isso seja estimulado há pouca, baixíssima, aderência e quando há, em geral, são daqueles mais saudáveis no sentido de que de repente nem seriam usuários CAPS, mas eu acredito que isso seja também o próprio sintoma, de a dificuldade de lá fora conseguir um emprego, a dificuldade de iniciar uma atividade, iniciar um curso, é também pra se engajar na própria luta deles; o que eu percebo é que a família, em geral, quando pega isso vai adiante, os usuários tem poucos estímulos próprios, vamos dizer, pra continuar, pra se manter; então, na reunião da Comissão Ampliada²¹, aí participa um, mas depois a semana que vem já não vem; então, são poucos os que realmente conseguem dar conta, eu coloco a palavra no sentido de ser capaz para, tem essa dificuldade, eu acho que é própria condição (J, 22/3/2006).

Então, a gente procura estabelecer parcerias com a associação porque tem muitas coisas que pelo fato de a gente estar submetido a um organograma e a hierarquia, e aí os limites do serviço público, a gente não pode fazer; por exemplo, a questão da venda do material das oficinas, isso é algo que o CAPS não pode assumir, por conta mesmo da legislação que impede a gente de fazer esse tipo de atividade; então apesar de ter uma participação grande, o material vendido é o material das oficinas do CAPS, mas quem faz essa tarefa é a associação, é a associação que se encarrega da venda, de levar o material, de receber dinheiro etc.; além disso a associação se tornou efetivamente uma associação de usuários, apesar de o estatuto dela prever a participação e filiação de familiares e técnicos ela é uma associação de usuários na prática, e como articuladora de um projeto político e de reivindicação dos direitos do usuário dos serviços de saúde mental, como um instrumento pra viabilizar inserção no mercado de trabalho por exemplo, parece que são essas as funções da associação; com os usuários o que a gente tem é uma assembléia semanal onde são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; esse aspecto do planejamento da atividade ele de fato não tem a participação dos usuários até porque nem nós, como te falei no início, o nosso planejamento também é meio caótico, assim, a gente não tem um processo organizado de planejamento pra um ano ou mesmo pra seis meses, então, aí os usuários não chegam a participar desse planejamento, eles participam sim da discussão do funcionamento que é na assembléia,

²¹ A Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental (CPASM) é uma instância do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, criada através da Resolução N°1/CMS/2006, cuja finalidade é assessorar o plenário do conselho no que compete a formulação, implantação, implementação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas, ações e projetos em Saúde Mental, assim como prestar assessoria técnica ao gestor municipal. A CPASM é constituída por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde, e usuários e familiares da saúde mental (nota da pesquisadora).

que é toda semana, e aí se trata das coisas do dia-a-dia, é mais cotidiano (F, 12/4/2006).

A presença e participação dos usuários nas discussões e no planejamento das ações pertinentes à saúde mental vêm se ampliando progressivamente nos últimos anos. O processo de inserção inicia-se com o protagonismo dado ao sujeito na definição de seu projeto terapêutico, estende-se na organização de associações e na representatividade destas nos fóruns deliberativos (Conselhos de Saúde, Conferências, Comissões de Saúde Mental), e na participação em eventos científicos e espaços de militância política pertinentes à área da saúde mental. Essa é uma das formas em que a condição de cidadão dos portadores de transtornos mentais é resgatada. Segundo Rodrigues (2005, p. 80), “a participação política e militância de usuários e familiares em instâncias deliberativas ganham efetividade quando politicamente organizados”.

Neste sentido, a construção coletiva do protagonismo requer a saída da condição de usuário-objeto e a criação de formas concretas que produzam um usuário-ator, sujeito político. Isso vem ocorrendo através de inúmeras iniciativas de reinvenção da cidadania e *empowerment*, como atenta Vasconcelos (2000b), por meio de intervenções via associações de usuários ou de cooperativas sociais, ou ainda da participação política de tais atores nos mais importantes fóruns sociais de formulação de políticas da área, tal como nos conselhos de saúde e comissões de saúde mental.

Nas falas que seguem, os participantes da pesquisa destacam as dificuldades encontradas na organização, na articulação e no funcionamento da Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral²², bem como seus objetivos e principais lutas políticas por direitos.

Assim, eu acho que os usuários têm esse espaço da assembléia junto com os técnicos. É um espaço interessante, onde eles podem estar opinando, mais do que o da associação; o da associação é muito mais difícil de levar adiante; eu também já fiquei um tempo ajudando a associação, já fui até, uma época, da própria gestão, da própria diretoria, e a gente tem

²² Importante estudo sobre a Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral foi realizado por Rodrigues em dois trabalhos: RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral: desvelando sua significação**. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004; e RODRIGUES, J. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

que estar puxando muito como técnico, parece que deixar por conta deles a coisa não anda e, as vezes, a gente vê que fica mais um desejo nosso de que as coisas aconteçam do que deles; então, a assembléia pelo menos é um espaço que eu ainda acho que se consegue ter uma presença, agora a presença dos familiares no planejamento é muito pequena, poucos que vem, vem um ou outro, pai de alguém; dos usuários, eu acho que é mais nesse espaço da assembléia que acontece (P, 17/3/2006).

Os usuários, nós temos a assembléia dos usuários; então, na assembléia se discute algumas questões, por exemplo, as vezes o planejamento, funcionamento da casa, por outro lado nem tudo é discutido na assembléia, [...] tem uma atuação limitada, ela não é totalmente participativa. A associação, ela tem histórias de altos e baixos; teve momentos que a associação tinha uma diretoria, mas ninguém participava, não se articulava; tem momentos que a associação se integra mais, quando ela se integra a coisa fica também mais rica; nós temos aproximação, por exemplo, na questão do vale transporte, as reivindicações, sobretudo do vale transporte, de veículos pra passeio, pra participar de um evento, muito mais do que planejamento das ações, digamos assim, mais no sentido de luta por direitos e reivindicações (LÉLI, 4/4/2006).

A associação de usuários possui cinco objetivos: controle social, ajuda mútua, suporte mútuo, defesa dos direitos, geração de renda; em cima desse objetivos a associação realiza seu movimento e sua luta. Em termos do papel dos usuários no planejamento das ações do CAPS seria discutir esses objetivos em relação ao CAPS. Hoje, o que acontece, a associação de usuários acaba discutindo um pouco mais controle social; ela expressa a representatividade dos usuários na luta social, na dignidade humana, e também na geração de renda; outra coisa muito importante que a gente fala é a luta contra o preconceito, então, a associação ela participa mais nesse sentido, controle social, geração de renda e luta contra o preconceito no CAPS; esse é o papel dos usuários, realizar o controle social, participar da geração de renda e a luta contra o preconceito; a luta contra o preconceito significa realizar teatro, levar pras Academias, levar pra comunidade, mostrar que a história do louco no imaginário social das pessoas ela é transformada, pode-se reverter isso, e isso se reverte com música, cultura e arte (GIRASSOL, 20/3/2006).

O papel da associação no planejamento, é porque assim, a associação ela não é o CAPS, ela é uma entidade separada, a assembléia é uma assembléia geral do CAPS, é um mecanismo facilitador da participação dos usuários e técnicos na gestão do serviço; a associação é uma entidade, sem fins lucrativos, que foi criada e pensada pra que os usuários e familiares se organizem pela luta da política, pela luta da implantação da política de saúde mental, pela luta dos direitos, pela luta da implantação da Reforma Psiquiátrica, pela melhoria do serviço, então, assim, a associação ela caminha, mas ela é muito nova e aí se é muito nova tem uma estrutura um pouco frágil, então assim, a tua pergunta é se ela participa das ações do CAPS, ela participa sim, tem um elo de participação aí, tem um canal de participação, mas é frágil, é muito frágil, eu penso que é muito frágil porque aparece pouco (VIK, 24/3/2006).

Rodrigues (2005, pp. 81-82) destaca que as associações de usuários, enquanto dispositivos, possibilitam uma atitude política que oferece visibilidade ao usuário como ser cidadão e não apenas como portador de um transtorno. Segundo o autor, quando o usuário passa a ver, sentir, e ver sentido em suas ações associativas, sua prática organizativa torna-se efetiva e com empenho. Por isso, as associações precisam desenvolver estratégias mais amplas de adesão, visando revigorar seus quadros associativos. Nesta direção, a profissionalização e formação política dos dirigentes é vista como uma possibilidade para estimular a participação.

A compreensão das associações civis como relacionadas e condicionadas pelas associações políticas leva ao entendimento de que há uma sinergia entre a sociedade civil e a democracia política. Segundo Fleury (2004), a dimensão cívica da cidadania diz respeito à condição de inclusão ativa dos cidadãos à comunidade política, compartilhando um sistema de crenças com relação aos poderes públicos, à sociedade e ao conjunto de direitos e deveres que são atribuídos ao status de cidadão. Como dimensão pública dos indivíduos a cidadania pressupõe um modelo de integração e de sociabilidade, que transcende os interesses egoístas do indivíduo no mercado, em direção à uma atitude generosa e solidária.

A fala a seguir relaciona algumas dificuldades cotidianas vivenciadas na e pela associação de usuários do CAPS Ponta do Coral. Apresenta algumas possibilidades de atuação deste tipo de organização da sociedade civil, tanto com relação a parcerias com outras entidades, para o desenvolvimento de ações que visem a profissionalização e inserção no mundo do trabalho, quanto no processo de politização e conscientização de seus usuários com relação aos direitos de cidadania.

Eu acho que ela tem um papel relevante, a dificuldade é de incrementar esse papel relevante; os familiares vêm muito poucos; bom, talvez a gente não esteja também instigando, muitas vezes a gente convida, mas eu acho que, também, as vezes, falta um pouco de investimento da equipe para que os familiares estejam mais no CAPS; agora, a associação poderia fazer muitas coisas, desde convênios para cursos com esses órgãos que a gente tem, SENAI, SESC; poderia tentar uma penetração, mas isso seria uma outra realidade a ser criada; cada vez que entra uma gestão nova, a gente diz quem sabe agora; desde as pequenas coisas, até divulgar a lojinha aqui, é difícil, a gente uma vez fez uns folders pra distribuir aqui na vizinhança, uma vez a gente tentava vender as verduras que produzia, não conseguia muito, conseguia ali, vendia uma ou outra; agora em termos de espaço de fazer política eu acho que ela tem um peso, deveria realmente crescer, por mais que as pessoas tenham dificuldades; eu acho que tem que continuar existindo, tem que continuar batalhando para que eles possam estar assumindo um pouco

mais esse papel político, essa conexão com outras instâncias da sociedade; por exemplo, na questão até de trabalho, de poder a associação também ajudar nessa abertura de espaços de trabalho; teve uma vez que tentaram no Angeloni (supermercado), depois quando souberam que era portadores de transtorno mental não quiseram; eu acho que a gente precisava mostrar um pouco pra sociedade o que é o paciente psiquiátrico; assim, através desses recursos, não dá pra esperar vamos pra mídia, porque, assim, tem umas coisas que são boas, ótimas, mas são meio ideais, a gente tem que tentar começar com essas pequenas coisas que pode fazer: divulgar a lojinha, sei lá, fazer um contrato lá com o CIC pra fazer cursos, por exemplo, de pintura, coisas que são mais próximas da realidade exequível (P, 17/3/2006).

Para Rodrigues (2005) dois aspectos são importantes para compreender as dificuldades de falta de adesão e continuidade na participação dos membros da associação. Um deles refere-se aos elementos motivadores para a participação. Neste caso, é preciso considerar que a prática política de militância possui seus campos de conflito e tensões, que dentro da especificidade da loucura pode não conferir uma participação freqüente. O outro relaciona-se ao significado da associação na vida dos integrantes. Muitos usuários vêem a associação como possibilidade de geração de recursos financeiros, haja vista que o fator trabalho/vínculo empregatício é algo marcante na vida dos portadores de transtornos mentais, em decorrência de a maioria não possuir fonte de renda própria.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacaram o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário.

A primeira delas é a questão do controle social, a associação tem potencialmente essa função, não só dentro do serviço, mas também nas outras instâncias, conselho municipal de saúde, conselho local, aqui em Florianópolis estamos organizando uma Comissão Permanente, que é consultiva do Conselho Municipal de Saúde, é uma comissão de saúde mental, no estado (SC), a gente tem o Colegiado de Políticas Públicas e Atenção Psicossocial, que tem representação dos usuários; então, novamente, na questão da defesa dos direitos, na questão do resgate da cidadania, as vezes nem é resgate porque o cara nunca teve cidadania alguma, mas da possibilidade de instituir um certo nível de cidadania; eu vejo que a possibilidade de o usuário poder participar politicamente é algo que tem um efeito sobre a sua dinâmica, como tem efeito sobre a dinâmica de qualquer um que descobre um dia que tem essa possibilidade de participar politicamente, da vida política, e pro usuário de saúde mental isso muitas vezes é uma descoberta que representa uma guinada muito grande na sua vida, então, vamos dizer assim, tem um efeito terapêutico, um efeito clínico nesse sentido, além, obviamente, dos

efeitos políticos que isso representa, mas, mais individualmente tem esse efeito, da articulação com as outras pessoas, enfim, tem uma terapêutica aí que é função, mesmo que não reconhecida, mas é função das associações (F, 12/4/2006).

O principal papel das associações é não tornar que os serviços se tornem manicômios; a associação é a vida, é organização, é luta, é enriquecimento, é sentido de vida; tenho escutado muito de pessoas que tiveram suas vidas arruinadas que quando passaram a militar em associações de usuários passaram a ter um sentido de vida, passaram a conceber a razão da sua existência em vida; então, a principal importância das associações é não deixar que o serviço se torne manicômio, é tornar o serviço um pouco mais rico, com mais vida, é organizar a questão política, é falar em nome dos próprios usuários; então, a importância das associações de usuários é levar a boa nova aos CAPS, levar a boa nova aos serviços de saúde mental, levar a boa nova do modelo psicossocial, ou seja, discutir o controle da loucura, ou seja, a maior importância das associações é levar a discussão da liberdade, liberdade e dignidade dos portadores de transtornos mentais (GIRASSOL, 20/3/2006).

Além do tratamento e dos serviços, eu acho importante que a associação possa se fortalecer enquanto movimento popular de luta pela Reforma Psiquiátrica, que os usuários possam se conscientizar dessa importância de estarem articulados, lutando pela implantação da política, da política de saúde mental sob esse novo paradigma da Reforma Psiquiátrica; eu acho que essa é a maior importância, acho que essa é a maior tarefa da associação; claro que isso se reflete na micro política institucional no próprio CAPS; a associação vai estar lutando, a nossa associação aqui, por exemplo, já lutou pelo próprio vale transporte dos usuários, de ir até a secretaria (Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis) conversar com o secretário e reivindicar enquanto essa democracia representativa dos próprios usuários, técnicos e familiares; pela própria manutenção desta casa na época que houve a questão da construção da via de acesso ao Hospital Infantil, existia um projeto da outra via passar também por aqui, os usuários batalharam que essa casa se mantivesse aqui, que o CAPS se mantivesse aqui e conseguiram; então, acho que essa luta maior de articulação que exige uma consciência política dos líderes que estão na associação, dos usuários como um todo, é que é a grande tarefa da associação, só que isso se faz num trabalho de formiguinha, num trabalho miúdo (VIK, 24/3/2006).

Cabe destacar que o controle social compreende a participação da população na perspectiva da interferência na gestão da política pública de saúde, colocando as ações e serviços na direção dos interesses da comunidade e estabelecendo uma nova relação entre Estado e sociedade. Conforme Correia (2002, p. 212), controle social “é a atuação da sociedade civil organizada na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam às demandas e aos interesses das classes subalternas”.

A III CNSM ressalta a importância do controle social, através dos mecanismos já existentes (Conselhos, Conferências e Comissões de Saúde Mental, organizações da

sociedade civil e movimentos sociais), como forma de garantir o avanço da Reforma Psiquiátrica. Os indicativos da Referida Conferência destacam que o controle social deve constituir-se com a representação dos três segmentos – usuários, familiares e profissionais de saúde, na perspectiva de induzir uma ação de acompanhamento da construção das políticas municipais, estaduais e nacional de saúde mental. As Comissões de Saúde Mental em ação conjunta com os Conselhos de Saúde devem exercer seu papel de controle e fiscalização das políticas públicas, o que inclui o orçamento e a destinação de verbas para a saúde mental, em todos os níveis (BRASIL, 2002a).

A ação da sociedade civil e dos movimentos sociais é ressaltada visando a garantir que os programas de saúde mental não sofram descontinuidade por ocasião de mudanças de gestão administrativa e/ou política. Para tanto, devem ser criadas estratégias para a viabilização de maior envolvimento dos diferentes atores sociais com as questões da saúde mental. Entre estas, destacamos o papel das associações de usuários, técnicos e familiares e dos núcleos estaduais e/ou municipais do movimento da luta antimanicomial, na gestão dos serviços e na fiscalização das práticas de saúde mental (BRASIL, 2002a, p. 142).

3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia

A desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial são dois dos pressupostos teórico-epistemológicos orientadores das práticas assistenciais indicadas na e pela Reforma Psiquiátrica. Tendo isso em conta, perguntamos aos participantes da pesquisa se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas para a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referiram que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras.

As falas relacionadas na seqüência explicitam a percepção dos entrevistados sobre a questão e indicam algumas possibilidades que, segundo eles, poderiam favorecer o desenvolvimento de ações de reabilitação psicossocial.

Em parte sim, em parte; eu acho que como a gente não tem um sistema de avaliação a gente não consegue medir isso muito bem; a nossa intenção é essa, o que não quer dizer que as nossas ações consigam de fato alcançar; acho que a gente poderia fazer mais, a gente poderia ter uma articulação mais intensa e mais constante com outras instituições, com outros sistemas de atenção, além claro da própria rede de saúde, que não existe; em Florianópolis a gente não tem rede, até está se formando, dá pra dizer que está se formando, mas não funciona como rede ainda, efetivamente não funciona; a gente tem pouco contato com a atenção básica, com o PSF, que seria um parceiro importante, a gente tem pouco contato com os outros CAPS também em termos de troca, enfim, com outras instituições de saúde, então, acho que a gente ainda continua isolado, e aí pensar em reabilitação psicossocial com essas condições é um pouco mais complicado; a gente vê alguns efeitos, que a gente mede pelo usuário em si, que é o fato de que ele consegue evitar internação, que ele consegue muitas vezes voltar a trabalhar, sua participação nas oficinas passa a ser bastante diferente, enfim, mas são coisas que a gente não tem um instrumento pra avaliar (F, 12/4/2006).

Eu penso que sim, apesar de que hoje o programa de saúde mental não conta com uma rede completa de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, então, assim, a gente tem essa dificuldade; se existisse isso de forma mais estruturada, de forma mais incrementada seria mais fácil a reinserção social; por exemplo, a gente não tem leitos psiquiátricos no HU, um hospital geral, que já tem um ambulatório de psiquiatria, poderia ter um serviço de emergência, facilitaria, evitaria internações, um mercado protegido, um projeto de geração de renda também não temos, não temos os CAPS territorializados ainda, então, tem uma série de dificuldades colocadas aí que impedem essa reinserção social num tempo menor do que acontece hoje; acho que hoje o tempo que o usuário fica dentro do CAPS ainda é muito grande por conta de a gente não ter essa rede completa, que possa dar esse suporte extra CAPS. [...] eu não sei se isso acabaria institucionalizando, de certa forma sim, mas assim, isso está na pauta, e se isso está na pauta não está institucionalizando, você entende o que eu quero dizer? isso está sendo falado pro próprio usuário, isso está sendo dito pra ele, olha tu já está aqui muito tempo, o nosso objetivo pra ti, nosso projeto terapêutico pra ti seria de tu poder estar fazendo isso, isso e isso lá fora, então assim, não diria institucionalizado porque talvez institucionalizado seria quando a gente não se desse conta disso, ah não isso está rolando, o usuário está aqui há anos, ninguém está fazendo nada, continua na mesma, aí sim estaria cronificando, mas acho que não nesse sentido, de que isso está na perspectiva, a gente está querendo a inserção, a gente está querendo a rede extra hospitalar, a territorialização dos CAPS, só que a gente não tem uma série de elementos necessários pra fazer a reinserção, a política, o programa de saúde mental, aliás ele está sendo implantado, incrementado muito mais agora recentemente (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que sim, mas muito pouco ainda; elas se encaminham, elas têm como ideal, elas desejam, mas na prática isso é muito pouco feito; eu vejo que nesse CAPS a equipe acaba estando muito fragmentada porque faz milhões de coisas também, desde a parte administrativa, parte clínica, oficina, se divide; eu acho que deveria ter a equipe como um todo trabalhar nisso, mas ter também grupos de atuação, como a gente

chama de atuação local, então, ainda para o que necessita está muito pouco assim, muito aquém [...] A primeira proposta começaria via Regionais, nas Regionais; por exemplo, as pessoas iriam para os seus bairros, ver qual é a possibilidade, as possibilidades que existem pro usuário se inserir, mas não só a Regional, poderia ter um grupo mesmo, sair com o usuário, fazer a coisa mais concreta, ela é feita, mas é feito muito pontualmente (LÉLI, 4/4/2006).

Em geral sim, mas tem alguns pacientes que, por exemplo, circulam no CAPS e que não tem nenhuma indicação de estar no CAPS, então ele acaba sendo um lugar de institucionalização ou de capsização. Tem isso; isso acaba acontecendo, mas em geral não é isso; em geral eu acho que todas as nossas ações, o que a gente discute em equipe é até a tentativa de diminuir essa dependência, esse vínculo de dependência, que em algum momento ela pode ser muito importante, mas em outros ela é excessiva e acaba aprisionando o paciente dentro do CAPS, e aí o CAPS passa a ter o mesmo papel e a mesma função do hospital; e como isso é o que eles conhecem, esse repertório é o que se conhece, é mais fácil de se acostumar com ele do que ter uma nova postura, uma postura de que, não, aqui eu vou tomar conta do meu tratamento, eu vou lá fora procurar o que é meu...; não, (o usuário) acaba esperando, ah o que você falar está bom, e aí essa atitude bem passiva, que ela é muitas vezes muito cômoda pra todos nós em muitos momentos, pra uns mais que outros, essa atitude de comodismo, de esperar, é ótimo, e aí isso acontece, acaba acontecendo, embora as práticas, elas tem a idéia de que não seja voltada pra isso; não é o objetivo, mas a gente observa que as vezes é falho (J, 22/3/2006).

Essa pergunta é muito difícil [...]; eu acho que não mudou muito meu olhar, a gente tende a sustentar a institucionalização, a gente não consegue dar alta, o paciente não consegue ter alta, não consegue sair; assim, digo um paciente que realmente talvez esteja até mais comprometido com esse tempo aqui, tem paciente que está aqui desde o início; eu acho que a gente acaba reforçando um pouco isso por mais que a gente tem o desejo de que fosse o contrário; existe uma certa comodidade pro paciente também, aqui ele tem atenção, ele é aceito, não tem assim uma grande briga por ele ficar aqui; então, isso me preocupa muito, eu fico pensando: é uma contradição porque ao mesmo tempo que o nosso trabalho é voltado pra isso parece que a nossa ação acaba revertendo o contrário; a questão da cidadania, a questão da construção de outros laços, criação de outros espaços, eu acho que é muito precária ainda [...]; por isso que eu acho que a gente precisa também de ter formas de avaliação dos pacientes, muitas vezes fica assim um exemplo ou outro que você tem, aquela pessoa foi, está lá trabalhando, talvez ela não tenha também construído um elo tão pesado, tão forte com a instituição, que ela já veio, ficou um tempo, saiu, voltou a fazer outras coisas da vida; eu acho que a gente ainda está institucionalizando mais do que desinstitucionalizando [...] (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p. 14) observam que um dos caminhos mais importantes para o qual aponta a desinstitucionalização é o da criação de novas relações com a loucura. Estas se processam a partir da mudança das relações institucionais internas e de

desmontagem dos dispositivos da clínica e da psiquiatria, mas certamente não se restringe a isto. Novas subjetividades e um novo lugar para o sujeito louco só são produzidos em relação com o social. O trabalho de desconstrução da institucionalização, necessariamente, extravasa o contexto institucional específico, atingindo seu objetivo mais amplo de questionamento das instituições e subjetividades capitalísticas, a desconstrução como transformação cultural. Para os autores, através do trabalho no campo social a desinstitucionalização atinge seu sentido mais abrangente, como processo social amplo e complexo de participação popular, territorialização dos serviços, envolvimento de diferentes atores sociais, e mudança da relação social com o fenômeno da loucura.

Sobre este aspecto cabe destacar que a desconstrução do paradigma da institucionalização e a construção do paradigma da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial envolve um conjunto de ações teórico-epistemológicas e de práticas assistenciais, amparadas por um sistema jurídico-político capaz de criar e garantir direitos aos portadores de transtorno mental. De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (1987), a reabilitação psicossocial é o conjunto de atividade capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários (OMS 1987 apud PITTA, 2001).

Nesta direção, a formulação da política de saúde mental, orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais nos campos da educação, cultura, habitação, assistência social, esporte, trabalho, lazer e a articulação de parcerias com universidades, Ministério Público, organizações não governamentais (ONGs), visando a melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania do portador de transtorno mental (BRASIL, 2002a).

Com o objetivo de saber se existem e identificar quais são as práticas de reabilitação psicossocial desenvolvidas no e pelo CAPS Ponta do Coral, perguntamos aos participantes da pesquisa se existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer. Do total de profissionais que responderam ao formulário, a maioria (66,7%), disse não existir, dois referiram não saber responder, e dois destacaram que existem. Dentre os que responderam que não existem tais práticas, um observou não ter conhecimento, oficialmente, das parcerias, um deles destacou que existem poucas e de acordo com o planejamento terapêutico do usuário, e um outro disse que tem em momentos específicos, mas não de forma contínua. Entre os que

responderam que sim, um referiu-se a experiências muito pontuais como por exemplo o uso da quadra de esportes próxima, e outro identificou parcerias com fundações municipais e estaduais de cultura.

Neste aspecto, os indicativos aprovados na e pela III CNSM ressaltam a necessidade de se priorizar, no âmbito da assistência em saúde mental, políticas que fomentem a autonomia dos portadores de transtornos mentais, incentivando o exercício da cidadania plena. Devem-se buscar parcerias entre o poder público e organizações civis para o desenvolvimento de projetos sociais e comunitários, de geração de renda e de acesso a todos os direitos, que possam funcionar como apoio na (re)inserção social destas pessoas.

No estudo realizado, perguntamos aos profissionais se as práticas assistenciais desenvolvidas no e pelo CAPS possibilitam ao usuário a construção de sua autonomia. Os entrevistados destacaram a necessidade de refletir conceitualmente sobre o que seja a autonomia do portador de transtorno mental, como avaliar a autonomia da pessoa. Referiram que, em geral, o serviço consegue cumprir com a função de estimular o usuário à conquista de sua autonomia.

A questão é discutir o que é autonomia, eu sempre parto do princípio de que autonomia não é independência, autonomia na verdade é a possibilidade de a gente poder ampliar as dependências, que é a vida de todo mundo, ou seja, eu pra viver eu dependo de um monte de gente, um que paga meu salário, outro que falo aqui, outro com quem eu me ligo afetivamente, enfim, eu dependo de uma porção de gente e isso me dá autonomia porque eu posso depender de muitas pessoas e de muitas instituições, muitos sistemas; o problema do usuário de serviço de saúde mental, paciente psiquiátrico é que ele, geralmente, depende ou das mesmas pessoas ou das mesmas instituições, ou seja, a capacidade de autonomia dele está muito reduzida porque ele não tem como circular socialmente, ele ou está sempre dentro de casa ou de casa pra uma instituição, seja ela o CAPS ou hospital psiquiátrico; então, pra mim autonomia é isso, é essa possibilidade de você ir ampliando os vínculos pra que você possa depender de muitas pessoas ou de muitas coisas ou de muitas instituições porque afinal de contas, em última instância, essa autonomia tomada como independência ela é imaginária, ela é irreal, não existe; então, eu acho que a gente consegue isso, a gente consegue ampliar a autonomia dessa maneira, primeiro porque o CAPS acaba se tornando um centro de convivência, então, o efeito imediato é que a pessoa deixa de ficar sozinha ou só com a família e passa a conviver com outras pessoas, esse é o efeito imediato, passa a ter outras relações que muitas vezes se desdobram, saem daqui, as pessoas fazem programas juntos fora, pinta relacionamentos amorosos ou só relação sexual, que seja, mas enfim, é uma oportunidade nova que o cara não tinha, encontrar alguém mesmo que seja só pra transar, então, isso já é um ganho também, já implica na ampliação de autonomia; eu vejo que muita gente aprende a lidar com o serviço público, aprende a correr atrás dos seus direitos, aprende a lidar com outros serviços de saúde, passa a

procurar o posto de saúde onde mora ou passa a ir pegar medicação em tal lugar sozinho, por conta própria etc.; eu acho que a gente consegue essa função, a gente consegue autonomia nesse sentido, mas pode ser melhor, na medida que a gente tiver uma rede, que a gente se inserir nessa articulação com outras instituições, com outras instâncias, a gente consegue fazer isso de maneira mais eficaz (F, 12/4/2006).

Em alguns casos sim, eu acredito que alguns casos quando não há uma limitação interna eu acho que sim, que é possível, através até da participação nas oficinas, nos grupos terapêuticos, da adesão ao tratamento médico; muitos conseguem realmente; passaram por um episódio, uma crise, conseguiram ficar bem e voltar para as suas atividades diárias, eu acho que quando eles aderem ao tratamento, quando há essa adesão, quando eu digo ao tratamento é ao projeto terapêutico deles, e não tem uma limitação, vou colocar entre aspas “uma seqüela” da própria doença muito forte, há essa possibilidade; em alguns outros casos eu acho que é difícil, assim, não é tão fácil medir isso, o que, quem melhora, quem não melhora, aquele que consegue voltar, aquele que não consegue, as vezes alguém que tem até uma doença mais incapacitante consegue, outros não, depende, depende do apoio que ele tem, do externo, da família, ou da própria sociedade, da comunidade em que ele é inserido, isso tudo faz diferença, que tem o background do que ele era antes, isso também faz a diferença, ele consegue resgatar; quando já não se tem muito o que resgatar aí fica mais difícil trabalhar; é individualizada essa resposta, mas eu acredito que em alguns casos sim, consegue essa (re)inserção de uma maneira muito boa e gratificante para os dois, pro usuário e para os profissionais (J, 22/3/2006).

[...] dependendo de como o serviço é gerido, dependo de dentro de que política de saúde mental esse CAPS está inserido, ele pode ao invés de estabelecer uma autonomia, mesmo que ele tenha uma boa vontade de estabelecer autonomia, ele acaba tornando a pessoa mais dependente ainda do serviço; então, é uma grande armadilha a construção da autonomia, não só especificamente pro CAPS Ponta do Coral, mas pra todos os CAPS que eu tenho visto; então, a gente volta novamente na questão da avaliação, novamente na discussão dos termos, eu acho que a questão dos conceitos ela tem que estar muito clara, o que significa cada conceito, eu sempre tenho batido muito nisso; o que é autonomia? É a pessoa ter minimamente condição de governar a sua própria vida, gerir sua própria vida, Ok! a gente estimula a pessoa a fazer isso, trabalha nesse sentido com a questão da autonomia, agora, quais são os parâmetros que nós vamos utilizar pra avaliar essa autonomia, isso a gente não tem muito claro ainda, acho que necessita; então, o CAPS possibilita autonomia, mas ao mesmo tempo não tem uma análise crítica [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Não obstante, cabe-nos destacar que a compreensão sobre autonomia que orienta este trabalho refere-se “a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente”. Neste caso, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas

relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001, p. 57).

As falas relacionadas a seguir destacam como o atendimento no CAPS Ponta do Coral possibilita a construção da autonomia do usuário.

Eu acho que em formas gerais sim, na relação que os técnicos tem com o paciente; agora, as vezes, a gente tem uma postura muito assistencialista em muitas situações, um assistencialismo que acaba prendendo o paciente, institucionalizando; são situações, eu acho que as vezes a gente repensa sobre elas, não foi bem por aí, mas, assim, eu vejo as pessoas contando a história do CAPS, teve muitas experiências que foram positivas também, que chegaram a um resultado, assim, sem muito recurso, sem muito com que contar fora da própria equipe, fizeram coisas que são surpreendentes em relação a tantos pacientes; eu acho que essa maneira de você poder dar voz, poder valorizar aquilo que a pessoa faz, consegue fazer em uma Oficina por exemplo, eu acho que essa é uma maneira de você conferir uma posição mais sujeita, mais ativa mesmo (P, 17/3/2006).

Sim, eu acho que sim, só que eu acho que a gente possibilita em alguns casos, não tem uma história linear de possibilitar a todos, eu acho que tem um projeto de possibilitar, mas isso não acontece o tempo todo, porque também isso não é uma via de mão única; hoje, eu já fui mais ingênua em relação a isso, muitas vezes uma pessoa que ficou trinta anos, vinte anos no hospital psiquiátrico, eu não sei mais se ele quer ter mais autonomia, muitas vezes ele quer, não quer; se a gente entender autonomia como trabalhar, seja em qualquer lugar, com uma bolsa trabalho, entender autonomia como decidir ir final de semana para uma praia, autonomia como ir ao supermercado, escolher o que vai comer, até certo ponto sim; por exemplo, se tenta até que muitos usuários saiam no final de semana, a gente na reunião das Regionais combina que eles possam ir, no final de semana, para um passeio, e eles não vão, eles ficam em casa, só vão se o técnico for, no dia de semana; então, acaba ficando um outro processo de não autonomia; então, a luta, a intenção é que isso se dê de outra forma, que também não fique dependendo do CAPS; existe uma construção pra isso e isso acontece, em certa medida acontece, mas ainda não como gostaríamos, porque nós também temos uma idealização de autonomia [...] alguns casos tem sim, vão até um certo ponto da autonomia que é possível pra pessoa, e outros vão mais além, outros regridem (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre as possibilidades de construção da autonomia do portador de transtorno mental, Kinoshita (2001, pp. 56-57) considera que a contratualidade do usuário, primeiramente vai estar determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Estes podem emprestar seu poder contratual para possibilitar relações e

experiências renovadas ao usuário, através de seu prestígio, de sua delegação social, do saber reconhecido pela sociedade. O referido autor destaca que aos profissionais é dada a capacidade de elaborar projetos, isto é, ações práticas que venham a modificar as condições concretas de vida do usuário.

A entrevista citada na seqüência relaciona a construção da autonomia do usuário a ações que envolvem outros serviços e outras políticas sociais como uma possibilidade para que o portador de transtorno mental adquira sua independência econômica. No caso, a profissional refere-se a Política de Assistência Social, através do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Outro recurso financeiro que pode ser acessado pelos egressos de internações psiquiátricas prolongadas é auxílio reabilitação psicossocial instituído com o Programa de Volta Pra Casa, através da Lei Federal N° 10.708/2003.

[...] um outro elemento pra isso (autonomia) são os usuários que estão totalmente desprovidos de qualquer recurso material que conseguem o BPC e isso garante autonomia porque ele tem o mínimo pra poder dar conta das suas necessidades materiais; então, muitas vezes, ele está numa condição muito vulnerável e aí passa a poder comprar aquilo que ele deseja, minimamente, porque é muito pouco o valor, mas consegue algumas coisas e isso garante essa autonomia, porque as vezes ele fica na família, fica sendo aquele peso que só incomoda, que não tem recurso financeiro nenhum porque ele está fora do mercado de trabalho mesmo, então, aí o benefício da previdência social também é um elemento de autonomia e de reconstrução da cidadania, mas entre todos esses outro que eu falei, do próprio material que ele tem contato na oficina terapêutica que ele consegue produzir algo; aquele usuário que é egresso do hospital psiquiátrico de polireincidência nas internações que consegue produzir uma peça bonita e que essa peça é vendida e que depois recebe o dinheiro dessa venda, também confere autonomia, confere cidadania, auto-estima (VIK, 24/3/2006).

Entendemos que a possibilidade de ter recurso financeiro próprio favorece sim a independência econômica do portador de transtorno mental, possibilitando-lhe uma vida com maior autonomia. Contudo, conforme destacou a entrevistada este é só um dos elementos que compõem o rol das necessidades humanas. A reabilitação psicossocial é um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia (KINOSHITA, 2001). Neste sentido, reabilitação e construção da autonomia caminham lado a lado.

3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental

A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos entrevistados como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista jurídico-política dos direitos do portador de transtorno mental.

Eu acho que hoje a gente já tem uma rede assistencial muito mais capacitada e quantitativamente significativa; no Brasil já são 800 CAPS; o fato de que tem recurso financeiro do Ministério da Saúde destinado, especificamente, à saúde mental, isso facilita a criação do serviço no município; em termos das modificações em relação ao que seja a loucura, o que seja o transtorno psíquico, acho que apesar das dificuldades a gente já conseguiu avançar com relação a isso, a gente já conseguiu trazer a discussão pra sociedade de uma outra maneira, levantando a necessidade de olhar isso também de uma outra forma; a medida que as pessoas começam a sair dos hospitais e voltam a morar seja em residências terapêuticas, seja com a sua família, e conseguem se manter bem dessa maneira isso também vai mudando o olhar das pessoas, pelo menos daquelas que o cercam; os projetos que a gente chama de modificação da cultura, a modificação da cultura manicomial, isso eu percebo que há um avanço, gradual, lento, tem um monte de resistência, mas a gente consegue, conseguiu, tem conseguido, e isso implica também no avanço político, no sentido da garantia do direito, no sentido de ter algumas prerrogativas preservadas com relação ao direito do usuário; então, eu vejo que de uma maneira geral a gente tem avanços e avanços muito significativos se a gente compara o que era transtorno mental há vinte, trinta anos, nesse país, tem coisas muito importantes que eu identifico (F, 12/4/2006).

Acho que a própria existência de CAPS, os hospitais dia, de ambulatórios de saúde mental, próximos as casas de onde o paciente mora, o Programa de Volta pra Casa, a possibilidade de uma residência terapêutica, são todas medidas atuais e dispositivos atuais que possibilitam essa nova forma de encarar o que alguém portador de transtorno mental pode ocupar, o que eles podem ocupar; então, eles podem ocupar os espaços, eles podem começar a fazer parte daquela comunidade (J, 22/3/2006).

A fala a seguir expressa como foi, historicamente, se alterando a forma de assistência ao portador de transtorno mental e de atenção em saúde mental na política de saúde do município.

Eu acho que a questão de criar um espaço que é aberto já é uma conquista; eu acho que hoje a gente tem essas possibilidades de CAPS, no posto de saúde mesmo; [...] quando eu comecei a trabalhar na prefeitura, há 20 anos atrás, assim, era uma equipe de um psiquiatra com mais um monte de estagiários de psicologia que saía em uma Kombi velha pra fazer alguma coisa, quando pintava um problema lá com um paciente do Campeche por exemplo [...]; não tinha nada na prefeitura há 20 anos atrás de saúde mental, então, hoje já tem, está se criando uma rede, tem profissionais nos postos, tem psicólogos, se pensa em fazer treinamento de agente de saúde, treinamento de clínico geral, já se fez algumas coisas; eu acho que isso, imagino que alguém que fica confinado dentro de um espaço, ele ter a possibilidade de circular, mesmo o pessoal do HCTP, eu acho que pra eles, assim, tem uns que não querem muito mais que isso na vida, pelo menos eles não estão tendo que trabalhar duramente como trabalhavam quando eram crianças, vem aqui, circulam, comem uma comida, anda aqui, vê televisão, bom! talvez essa seja a vida que eles querem, talvez seja...., já sai lá daquela estrutura fechada (P, 17/3/2006).

Na seqüência, a entrevistada relaciona algumas formas de exercício da cidadania que o usuário pode acessar com o tratamento no CAPS.

É, se for pensar que muitos usuários eles tiveram uma história, antes do surto, de uma vida organizada socialmente, trabalhando, talvez seria a reconstrução da cidadania, mas a medida que vem todo o isolamento propiciado pelo hospital psiquiátrico, todo o estigma do transtorno mental que a própria comunidade coloca, realmente de fato foi perdida; quando ele chega no CAPS e se propõe a se beneficiar desse espaço, assim, de fato se vincula ao projeto terapêutico dele, acho que ele consegue reconstruir elementos pra essa cidadania, num primeiro momento autonomia, acho que o cartão do vale transporte, o exemplo que eu posso dar, o cartão do vale transporte que é oferecido no período que ele tem tratamento aqui é o mesmo cartão do cidadão que vai comprar lá no SETUF, então, aquele usuário que é estigmatizado, eu já presenciei essa cena, um usuário de uma comunidade de periferia que era o louco do bairro, ele entrou dentro do ônibus com o mesmo cartão que qualquer outra pessoa, passou o seu cartão, veio pro CAPS, depois foi embora pra sua casa, então, isso já é um elemento, muito pequeno, mas é um primeiro elemento talvez, que começa aí, de ele se reconhecer enquanto sujeito, enquanto cidadão, e depois aqui também, a possibilidade de participação, no momento que ele consegue produzir algo numa Oficina, no momento quando ele consegue, na clínica, se dar conta dos seus conflitos e ter mais qualidade de vida nas relações [...] (VIK, 24/3/2006).

Uma das entrevistadas fez destaque às formas de atuação que, na sua opinião, representam conquistas significativas e correspondem a práticas que favorecem o exercício da cidadania do portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Avanços, pra começar, acho que o grande avanço foi a Reforma Psiquiátrica, a construção do CAPS, dos CAPS, as portarias que fazem com que os hospitais psiquiátricos sejam substituídos por vários CAPS, esse foi o grande avanço em primeiro lugar, porque é o momento de tirada das pessoas desses castelos, dessas muralhas, não só porque ficaram ali presas, mas de todo aquele sofrimento mesmo, de miséria, enfim, como os últimos dos últimos, então, eu acho que esse é o primeiro ponto, é que os sofredores de transtorno psíquicos e mentais não ficassem segregados, mas poder estarem sendo mostrados e expostos - uma parte da sociedade, são pessoas que podem transitar, que estão aí, não necessariamente precisam ser escondidos como uma vergonha; junto aos CAPS, isso não caminha sozinho, tem a construção as redes de atenção básica também; [...] mas quando fala em cidadania acho que tem três eixos: um é a construção do CAPS, de serviços como o CAPS, outro são as residências terapêuticas e o outro a economia solidária; hoje eu vejo como isso, assim, esses três projetos, que foram feitos com luta, porque a primeira luta foi dos hospitais, então, tem as portarias que substituiu os hospitais por CAPS, progressivamente, tem toda a luta do movimento antimanicomial, tem as leis que protegem, tem esses três eixos; residência terapêutica é um lugar de resgate à cidadania porque a pessoa vai poder estar numa casa, vai poder comprar um bombril pra limpar a panela, vai poder comprar tomate e batata, vai começar a transitar no meio de outras pessoas, com a vizinhança, a se autogerir, poder fazer escolhas para sua casa, onde ele quer botar um quadro, onde ele quer botar o guarda-roupa, sua roupa, com outros colegas, mas enfim...; tem também a economia solidária que é o momento de autogestão, de fazer escolhas também, de decidir sobre sua vida, em uma certa instância, porque em última instância, em última análise ninguém daqui decide sobre a sua vida, nem eu, nem tu, a gente já nasce num sistema que te absorve e a gente é o que em última análise o capitalismo quer que a gente seja mesmo, nossa roupinha, nossa comida, nosso padrão de beleza, tudo a gente faz como é vendido; eu acho que essas iniciativas, porque a economia solidária não é só cooperativa, não é só associação, não é somente, é uma outra forma de produzir trabalho e discutir sobre esse lucro, que antes estava na mão de algumas pessoas, então, é dividir, eu também decido sobre o que é o meu trabalho, eu não me alieno dele, mas eu sei onde é que vai o meu trabalho (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Fleury (2004, p. 4), os grupos excluídos estão, em geral, impossibilitados de participar das relações econômicas predominantes no mercado, como produtores e/ou consumidores, e das relações políticas vigentes, os direitos de cidadania. Segundo a autora, esta situação é agravada pela transformação das políticas públicas de proteção social, afastando-se de um modelo de seguridade social, que buscava assegurar coletivamente o mínimo vital para todos os cidadãos, em direção à individualização da pobreza e da exclusão.

Conforme aponta Pitta (2001), o homem moderno, acriticamente, persegue formas de inclusão social pelo trabalho, desconsiderando o fato do trabalho não ser nem

tão disponível nem tão flexível para suportar as diferentes demandas individuais e coletivas que a sociedade moderna impõe. Não obstante, a tradição asilar e assistencialista das instituições psiquiátricas, historicamente, caracterizou-se pela função de excluir os marginalizados, produtos das disfunções do modo de produção capitalista e da divisão social do trabalho. Em geral, a população internada, e muitos dos egressos de hospitais psiquiátricos atendidos nos CAPS, está cronificada, com poucas chances de retorno ao mundo do trabalho capitalista.

A fala relacionada a seguir traz a compressão e reflexão, do profissional entrevistado, com relação ao conceito de cidadania e as implicações práticas deste quando se tem como parâmetro uma concepção e um modelo de cidadania pautado na lógica da racionalidade.

Eu tenho visto que está se percebendo uma maior clareza da necessidade dessa cidadania do portador de transtorno mental, porém ainda falta um pouco mais de discussão em nome de que direitos o portador de transtorno mental tem pra fazer cidadania, porque é assim, a cidadania dentro desse modelo francês - igualdade, fraternidade, liberdade, ela exige muito a questão da razão, pra você exercer cidadania você tem que falar em nome da razão, e muitas vezes o usuário, quando está em crise acaba não falando numa razão, acaba falando uma desrazão, e aí como fazer? como dar conta disso? ainda não temos resposta, em nome de que cidadania é reinventada uma cidadania para os loucos, mas tudo bem, isso é pra gente pensar; então, o avanço que tem em relação a construção da cidadania é quanto mais ter associação de usuários em que se discuta cidadania, mais vai ter cidadania, que eu não acredito que os CAPS tenham trabalhado muito nessa lógica, porque acaba não discutindo a questão da cidadania, que cidadania é essa, o que se entende por cidadania, o que é o ser cidadão [...](GIRASSOL, 20/3/2006).

A cidadania integra as exigências de justiça e exercício democrático do poder; o sentimento de pertencer a uma comunidade e de estar integrado a uma dada coletividade social, em determinado espaço territorial (FLEURY, 2004). A idéia de direitos do cidadão – civis, políticos e sociais – remete a construção dos Estados nações, em que o princípio das nacionalidades precede o ideal filosófico cidadania universal. A cidadania, definida pelos princípios da democracia, constitui-se na criação de espaços sociais de luta (movimentos sociais) e na criação de instituições permanentes para a expressão política; significa, necessariamente, conquista e consolidação social e política (VIEIRA, 2002, p. 40). Ainda, a cidadania passiva, outorgada pelo Estado, se diferencia da cidadania ativa, na qual o cidadão, portador de direitos e deveres, é essencialmente criador de direitos para abrir novos espaços de participação política.

Diversos são os obstáculos para o exercício da cidadania do portador de transtorno mental entre estes a vinculação dos direitos a racionalidade instrumental-cognitiva da ciência; a vinculação da sua prática a inclusão controlada no mundo do trabalho, modelo este que, no caso brasileiro, é denominado por Santos (1979) de cidadania regulada. Vasconcelos (2000b, p. 191) indica que, para aqueles que assumiram a proposta da desinstitucionalização e reinvenção da cidadania no campo da saúde mental, há de considerar que estamos diante de um terreno de relações de forças complexo e paradoxal, em que a manutenção do caráter democrático nas relações exige abandonar esquemas conceituais lineares, onipotentes, que queiram garantir de antemão a sua eficácia.

Fleury (2004, p. 12), observa que “a mediação entre os indivíduos e o Estado, através da igualização realizada na cidadania só é efetiva, na medida em que a sociedade civil seja capaz de realizar as funções de agregação dos interesses, reconhecimento dos sujeitos e sua inserção na esfera pública. Só assim a cidadania deixa de ser um invólucro legal e passa a ser um exercício na vida social”. Portanto, uma visão mais ativa de cidadania requer um sentido de sociedade civil como uma esfera pública onde os cidadãos se encontram em reconhecimento mútuo, e isto faz possível a sociedade plural.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referiram que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental substitutivos ao modelo tradicional/asilar. As falas a seguir identificam estas dificuldades fazendo uma análise da questão na realidade da sociedade capitalista atual.

Tem o mito de louco, do louco perigoso, do louco imprevisível, é algo que pesa muito [...], que é a lógica do mercado; pra nós, basicamente, estar inserido na sociedade é estar trabalhando, a gente se pauta muito por isso, pra poder se considerar inserido, vinculado no mundo você tem que estar no mercado de trabalho e, muitas vezes, essa lógica enlouqueceu muita gente, e as pessoas não conseguem, principalmente os usuários dos serviços de saúde mental, os psicóticos em particular, tem muita dificuldade em entrar nessa lógica, e se submeter a ela, coisa que pra qualquer um tem um custo muito alto em termos de saúde, eu digo quem está inserido mesmo no mercado de trabalho, em termos de saúde, de relação com a sua família, com as pessoas que gosta, com os amigos etc., isso tem...; viver para o trabalho é algo que pra nós é insalubre de uma certa maneira, a gente não faz outra coisa a não ser trabalhar; então, pra essas pessoas que estão fora do mercado de trabalho

é muito complicado poder voltar, o que sobra é uma rede de assistência que na nossa realidade é sempre capenga, sempre parcial, tem dificuldade em aceitar o louco por conta desses mitos, e, também, da própria resistência do usuário, da pessoa com esse tipo de dificuldade de entrar nessa lógica, no que ele de uma certa maneira faz muito bem, algo que cria outros problemas pra ele (F, 12/4/2006).

São tantas, é assim, primeiro lugar, eu vejo assim, com todo o preconceito que tem da loucura, tem uma coisa no nosso sistema capitalista que é a questão da produção, produção de capital, produção de bens, e inserção no comércio, no mercado de trabalho, então, o portador de transtorno, sofrimento mental, ele a princípio, quando ele está nesse estado, ele não é produtivo, produtivo pra esse sistema capitalista, ele não trabalha, ele não consome muito, porque ele não vai ter dinheiro, portanto, isso de maneira geral, a gente sabe que as pessoas de posse, que a loucura, o sofrimento psíquico ele atravessa qualquer classe, mas 90% tem isso; então, a princípio existe a exclusão, já existe esse preconceito também, mas muito mais que isso, que a sociedade de fato ela é dividida entre os que produzem, os que fazem a engrenagem funcionar e os que estão a margem, então, o usuário é mais um que está a margem, assim como o menino de rua, os rapazes do morro, então, ele é mais um, também, que causa incomodo, e ele no Estado, das políticas públicas do Estado ele seria como só o gasto, não seria mais uma produção; além de ser uma sociedade racionalista que tem toda a sua formação no discurso, no discurso reto, no discurso racional, na fala, a fala racional, na linguagem articulada como o único meio privilegiado de comunicação, e o usuário, muitas vezes, não tem esse instrumento, por conta da sua fragmentação, da sua história, da sua medicação, da própria coisa do delírio, muitas vezes ele não tem o tempo todo essa fala coerente, esse discurso, dessa forma já faz com que ele não seja inserido, uma vez que ele é a minoria digamos assim (LÉLI, 4/4/2006).

Hoje, a gente fala muito em rede de atenção psicossocial; eu percebo que é uma rede que ela tem que estar instituída, que são locais de proteção para o portador de transtorno mental, são as certezas, são os caminhos certos que os usuários teriam, a rede; o problema a começar é que nós não temos essa rede instituída, entendo por rede: emergência psiquiátrica ou emergência em atenção psicossocial em hospital geral, CAPS III, CAPS II, CAPS criança e adolescente, CAPS álcool e droga, associação de usuários, escritório jurídico para amparar o direito do portador de transtorno mental, atenção primária em saúde mental, equipes volantes, centros de convivência, enfim, tudo o que preconiza a rede em atenção psicossocial, esse seria o primeiro passo; então, essa dificuldade, não temos a rede em atenção psicossocial, esse é um passo; segundo, o próprio imaginário social das pessoas em relação a loucura e ao louco, isso é uma outra dificuldade, que daí entra em cena o estigma e o preconceito, onde o portador de transtorno mental passa a não ter crédito na comunidade, e isso ainda é uma dificuldade; e, claro, depois tem toda a questão do trabalho, as cooperativas de trabalho, que ainda não se discute muito em Santa Catarina, não conheço nenhuma cooperativa social de trabalho para portadores de transtorno mental, que é uma forma de gerar trabalho diferente dessa preconizada pelo modo de produção capitalista, que você tem que produzir pra receber, isso é uma outra dificuldade, a dificuldade em cima da questão do trabalho, do emprego, que muitos acabam tendo seu reconhecimento, sua valorização em cima

do dinheiro que tem no bolso, o poder contratual que a pessoa possa ter, as vezes, na sociedade, é o quanto ela tem no bolso, e a maioria dos usuários não possui isso, e é aonde muitos acabam querendo se aposentar para poder ter o seu dinheiro, que não tem outra alternativa ou clareza do que fazer pra ter dinheiro, então, esse é um problema enorme na questão da reinserção social (GIRASSOL, 20/3/2006).

Os participantes da pesquisa apontaram que uma das possibilidades para a (re)inserção familiar e social pode ser a separação das oficinas produtivas da área física do CAPS. Esta proposta e os projetos de geração de renda via economia solidária foram apontadas por alguns dos entrevistados como uma das alternativas para a realização de uma maior integração do serviço com a comunidade, bem como a melhor adequação do próprio espaço físico do CAPS.

[...] a questão do projeto de geração de renda, que eu acho que de fato está faltando, inclusive a gente já está também se mobilizando pra tentar criar um projeto nesse sentido, porque os usuários aqui, nas oficinas terapêuticas produtivas, eles conseguem ter acesso ao material específico de cada oficina produtiva, também, a técnica de produzir o artesanato, mas não tem mercado; eles conseguem vender as peças, conseguem resgatar uma grana, mas não é suficiente pra poder manter ele, manter as condições de sobrevivência; então, precisa implantar essa geração de renda, de fato acho que vai dar um gás pra essa (re)inserção dos usuários que estão sendo tratados do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Já para uma das profissionais entrevistada as dificuldades na (re)inserção social estão mais relacionadas a questões de singularidades dos portadores de transtorno mental.

Eu acredito que volta de novo pro estigma, vai voltar pra própria incapacidade, pra própria dificuldade do usuário, do paciente; muitas vezes eles poderiam fazer algo muito mais do que fazem, e aí tem o medo, o medo deles, o medo de eles terem de enfrentar a própria doença, de eles terem que enfrentar os outros, e a hora que eles conseguem fazer esse movimento aí vem o medo do outro, aí é mais fácil ficar parado, aí volta pro comodismo, mas de alguma forma se a gente consegue..., aí não precisa de grandes movimentos, eu imagino que pequenos movimentos dentro da comunidade, que seja, alguém ir conversar com o diretor da escola, ir conversar, aí a diretora consegue conversar na sala, vamos supor que tem alguns pacientes, mais jovens, que pelo surto psicótico deixaram de ir e aí não retomam, não retomam porque tem medo, porque as vezes vão rir dele porque ele é louco; então, pequenas intervenções, elas tornam possível mudar um pouco essa inserção, essa reinserção, mas a gente esbarra de novo na falta de técnicos pra fazer isso e também acho que até por uma falta de equipe, aí volta pra equipe, entende, não tem uma equipe que pense isso em conjunto, que age em conjunto e aí como fica muito personalizado, individualizado os atendimentos, cada um vai pra..., eu vou pro meu consultório, outro vai pra oficina e aí não tem a equipe (J, 22/3/2006).

Outra entrevistada referiu-se ao estigma e preconceito existente por falta de conhecimento e divulgação, exposição, seja nas universidades ou por parte dos próprios serviços de atenção, sobre saúde mental.

Bom, eu acho que entre elas a questão do estigma, do preconceito, e não é um preconceito.... a gente sabe que tem riscos em algumas situações, a gente também as vezes tem medo de algum paciente, te dizem ah fulano matou três pessoas..., não é um preconceito que nasce do nada, muitas vezes é um preconceito que de alguma forma é compreensível, mas você não pode ah então ta...; eu acho que não existe muito, você não vê muito nos meios de comunicação uma campanha em torno da desestigmatização, você vê de outras coisas, com relação a aleitamento materno, outras questões da política de saúde; com relação a saúde mental eu acho que se fala pouco na sociedade, se discute pouco; por exemplo, na universidade, até não sei se lá na saúde pública o pessoal da saúde mental tem feito mais coisa, até os alunos que vem fazer residência aqui, a primeira reação deles é: a gente está aqui e tem medo, nem eles foram preparados pra isso, então, você começa a avaliar que tem uma falta..., não se fala muito no assunto, acho que assim, não se fala no assunto na sociedade; assim como se faz grupos de mulheres lá nos postos de saúde pra tratar de questões de sexualidade, muitas vezes faz sala de espera pra tarar de questões..., não se faz uma sala de espera pra falar de saúde mental; então, eu acho que talvez assim, a gente pensar, bom! nós estamos nisso (na saúde mental) e nós nunca fomos fazer uma sala de espera no posto de saúde da Agrônômica pra falar de saúde mental, pra falar do CAPS, quem sabe a gente também precisasse fazer algumas coisas assim, começar uma divulgação maior; acho que pouca gente de fora do serviço, fora das pessoas que trabalham na saúde mental sabem da política do Ministério pra saúde mental, que existe uma política de criação residências terapêuticas; eu li relatos de pessoas no Rio (RJ) que tiveram muita dificuldade de alugar pra se fazer uma residência terapêutica, num prédio então, quando ficaram sabendo que eram pessoas que vinham de hospital psiquiátrico ninguém quis; então é muito difícil, e ao mesmo tempo tem experiências positivas, tem pessoas que estão na residência e diz que a vizinhança viu que eles não são bichos, que eles podem interagir, podem estabelecer laços de vizinhança, então, tem algumas experiências boas e algumas experiências que são difíceis (P, 17/3/2006).

No contexto do estudo foi perguntado aos profissionais entrevistados se a atual organização dos serviços de saúde mental favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais. Conforme pode ser observado nas falas relacionadas, as opiniões foram divergentes. Dois deles observaram sobre a necessidade da existência de diversas instituições e serviços articulados e integrados à proposta da rede de saúde mental para que seja possível favorecer a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental

Embora a estrutura se localize no município, pelo menos eu estou pensando em termos de utilização da rede; então, a gente tem no Brasil inteiro muita diversidade, tem cidades onde a rede está montada, foi instituída e funciona legal, não é o caso de Florianópolis, a gente tem dá pra dizer poucos serviços, são só três CAPS que deveriam estar regionalizados ou territorializados, mas não estão, e tem algumas equipes de saúde mental nas Regionais, nas sedes das regionais, então, eu vejo assim, tem uma rede a ser constituída, ela precisa criar os mecanismos pra que a pessoa possa usar isso como rede, isso em termos de atenção à saúde, quando eu falo em rede eu também não estou pensando só em serviço de saúde, estou pensando que há uma possibilidade de a gente ter uma rede que inclua outros serviços, que não sejam só os de saúde, só os especializados, que eu acho que é a nossa necessidade, você incluir outras instituições, outros programas, enfim, que tenham vinculação com a cultura, com o trabalho, com a arte, produção do conhecimento, com as universidades por exemplo, as universidades são um campo excelente, seriam um campo excelente pra gente poder trocar um monte de coisas, pelos programas de extensão que eles tem, pelos projetos comunitários etc., a gente podia estar fazendo parceria com as universidades, mas não conseguimos, não sai, não rola; [...] a saúde mental eu acho que é o melhor exemplo desse distanciamento porque é difícil encontrar uma universidade onde a Reforma Psiquiátrica esteja incluída, ou mesmo os temas da reabilitação psicossocial estejam incluídos nos currículos dos cursos de saúde, é raríssimo (F, 12/4/2006).

Então, essa rede montada de forma territorializada, principalmente, eu acho que esse aspecto da territorialização é fundamental, é chave pra conseguir a reinserção social, não só por facilitar o acesso do usuário, mas pelo fato de o serviço estar ali no seu território, isso é fundamental, além disso, o projeto de geração de renda, as vagas, os leitos psiquiátricos no hospital geral, é todo esse contexto que precisa ser implantado para de fato poder facilitar o trabalho de cada instituição dessas, seja do CAPS, seja do projeto de geração de renda, ou do próprio hospital geral, como um todo, assim, essa engrenagem funcionando bem aí sim vai ser mais rápida a reinserção social do usuário portador de transtorno mental (VIK, 24/3/2006).

A partir das colocações dos participantes da pesquisa, destaca-se a importância da rede de serviços na construção da cidadania das pessoas atendidas pelas políticas de ativação, as quais, segundo Fleury (2004), tem como objetivo a inclusão social de conjuntos populacionais definidos a partir da territorialidade. Tal proposta pretende tratar o território como um componente, tanto material como simbólico, da esfera pública. Neste sentido, a construção da cidadania passa, necessariamente, pela reconstrução das cidades e potencialização da rede de serviços na valorização das características objetivas e subjetivas da demanda local.

Na seqüência, um dos entrevistados enfatiza que a forma como são pensados e estão organizados os serviços de atenção não favorece a construção da cidadania dos usuários.

Não, não favorece, porque, primeiro, os serviços de saúde mental estão sendo construídos pra quê? Não tem muito claro ainda pra quê que se tem atenção básica em saúde mental hoje, pra quê se constrói centro de convivência, pra quê tem o CAPS? acho que o objetivo do serviço parece não estar muito claro, talvez eu esteja enganado; veja bem, a atenção básica é mais no sentido pra estar discutindo os seus conflitos, minimizando os “sintomas psiquiátricos”, e aí acaba não tendo um trabalho de reflexão sobre o contexto que a pessoa está inserida; [...] a questão da cidadania tem a haver..., quanto mais articulada for a pessoa, quanto mais ela se envolver com as lutas sociais, mais cidadania ela vai exercer, quanto mais clareza, mas crítica, mais conhecimento ela vai ter, ela vai desenvolver cidadania; então, a forma hoje como os serviços estão organizados, ela acaba não favorecendo essa questão da construção da cidadania porque ainda vem de uma lógica de modelo centrado no transtorno mental (GIRASSOL, 20/3/2006).

Uma outra profissional considerou ser difícil avaliar a questão pelo fato de a rede de serviços não estar implantada por completo, e por não ter avaliações sistemáticas dos resultados.

Olha, eu não sei se a gente já tem condições de fazer uma avaliação, a rede está meio que andando [...] assim, qualquer coisa que eu vá dizer é, assim, referente uma experiência ou outra, não sei se a gente tem condições de fazer uma avaliação enquanto rede; por exemplo, eu vi muitas experiência positivas em cidades como Campinas (SP) que eles já tem há mais tempo, por exemplo, residências terapêuticas, tem desde o começo dos anos 1990, tem muitas experiências boas de pessoas que conseguem transitar na vida, tem gente que está trabalhando; [...] eu acho que a gente precisa além de ter a política, de ter a carta de intenções, a gente precisa ter avaliações também, eu acho que uma questão dessa eu sinto que precisa ter uma forma mais sistemática de avaliar, qualquer coisa é uma coisa mais ou menos um olhar particular pra aqui pra ali, acho que no todo a gente não tem (avaliação sistemática), pelo menos eu não conheço ainda, pode ser que estão fazendo e eu não saiba ainda (P, 17/3/2006).

Já para duas das entrevistadas, a atual organização da rede de serviços na política de saúde mental favorece sim a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental.

Sim, eu acredito que sim, na teoria ela é muito importante e acho que trabalhando em todas as instâncias, se a gente for pensar naqueles mapinhas, os ambulatórios, os CAPS, hospitais dia, a escola, e os centros comunitários, os postos de saúde, todos capacitados; eu acredito que sim, a rede ela é bem estruturada e ela possibilita aos portadores de doença

mental, enfim, terem uma reinserção melhor e maior na sociedade, e também de entendimento do que ele tem, do que ele pode fazer, quais são os recursos que ele tem também pra lidar, dentro dessa rede (J, 22/3/2006).

Acho que sim, favorece, se tu me perguntasse se ela resolve, eu diria que não claro, ou até que ponto ela resolve, mas favorece sim, eu acho que tem um favorecimento relacionado a forma que as pessoas eram tratadas, acho que favorece muito mais (LÉLI, 4/4/2006).

É possível perceber nas falas relacionadas acima a preocupação com a efetiva implantação da rede de serviços em saúde. As redes, conforme proposto na política de saúde mental, possuem muitos centros, muitos nós que as compõem e as tornam complexas e resistentes. Estão embasadas na noção de território, como um sistema de relações e estruturas, muito mais que um simples espaço geográfico. O fundamental neste processo é que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento.

Neste sentido, torna-se de fundamental importância refletir sobre o exercício da cidadania no contexto das políticas públicas, cada vez mais segmentadas e focalizadas. Para Fleury (2004, p. 2), “as políticas atuais de inserção buscam reafirmar a natureza contratual do elo social em novas bases, com a revalorização do local e comunitário e a transformação do Estado em um animador e mobilizador de recursos societários. Reduzido a mantenedor da estabilidade de uma ordem econômica que produz a fragmentação e a exclusão social, o Estado, busca atuar de maneira compensatória e focalizada, atendendo aos grupos mais vulneráveis e/ou potencialmente ameaçadores da ordem social, por meio da convocatória da solidariedade lançada aos diferentes setores inseridos na ordem econômica. No entanto, a incapacidade de alterar as condições estruturais de produção da exclusão mostra os limites das políticas de ativação, cuja promessa de inserção social carece de expectativas de emancipação dos sujeitos e coletividades beneficiários”.

3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica

Os CAPS compõem o rol de serviços do modelo psicossocial de atenção em saúde mental proposto na e pela Reforma Psiquiátrica. Perguntamos aos entrevistados qual seria o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica e obtivemos como

resposta que este teria a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos ideais da própria Reforma.

Eu acho que a função imediata ela é servir como um ponto de articulação, porque a gente consegue criar um ambiente que é relativamente protegido e que dá ao usuário as condições de ele poder participar de outros circuitos; fundamentalmente é essa a função, de articulação; eu lembro de uma discussão que a gente fazia, em Brasília, uma vez, sobre essa importância excessiva que os CAPS acabaram adquirindo, como quase que o central do sistema hoje é o CAPS, mas ao mesmo tempo a necessidade de se ter um espaço como esse, principalmente, pra quem está vindo de uma internação prolongada ou pra quem sempre passou a vida dentro de um hospital psiquiátrico, se tem que ter um pólo, uma instância articuladora pra poder fazer a passagem, porque o cara não vai sair do hospital e retomar sua vida imediatamente, não vai, ele tem uma série de dificuldades que ele não consegue vencer, e o CAPS, nesse sentido, a função seria essa, de poder..., tem uma expressão que eu acho interessante que é: emprestar poder de contratualidade, ou seja, poder dá um certo aval de que esse sujeito pode participar novamente ou pode participar pela primeira vez dos circuitos sociais, pode fazer laços com outras pessoas, com outras entidade, outras instituições, esse é o aval que eu acho que um CAPS pode fornecer e essa é sua principal função (F, 12/4/2006).

É pensar o CAPS como um espaço em que o paciente vai estar usando e tendo apoio para os momentos de crise, e fora os momentos de crise, também, que não seja hospital, e aí, dentro da Reforma eu acho que o CAPS ele é fundamental, assim como os hospitais dia, é que aqui em Florianópolis a gente não tem hospital dia, mas eu acho que os moldes do CAPS (eles estão) é muito próximos, as vezes até é difícil dizer o que é um o que é outro; esse momento de transição do hospital para a sociedade, nesse momento o CAPS é algo muito importante, ele dá, é capaz de conter, dar uma continência pra o usuário, isso a gente percebe mesmo quando não tem nada, o paciente já está muito bem, eles voltam quando estão em crise, sem ter nada marcado, e só de estar aqui pra muitos já é confortante, então, a gente percebe que essa continência, esse acolhimento, e saber que ninguém vai vir aqui e amarrar e conter, porque acho que esse é o medo, de todo mundo, acho que isso já possibilita a procura, eu estou mal vou lá, vou buscar a ajuda do CAPS (J, 22/3/2006).

Eu diria que o CAPS seria o pensador da estruturação da rede de saúde mental, que via de regra o CAPS acaba sendo pra municípios de médio porte o primeiro serviço a ser instituído no território, no município, aí o CAPS acaba assumindo essa responsabilidade, a portaria fala bem disso, a 336, do que compete ao CAPS, e tem vários itens lá, entre eles organizar a rede de saúde mental no município, porém, acaba sobrecarregando os profissionais de saúde mental que atuam nesse CAPS; então, a importância do CAPS na operacionalização da Reforma, ele é importante enquanto um dispositivo crítico, ou seja, se o CAPS não ter a clareza do que seja a Reforma Psiquiátrica ele não vai

operacionalizar, ele só vai operacionalizar a Reforma Psiquiátrica quando ele entender que Reforma Psiquiátrica é o processo social complexo que se configura pelas quatro dimensões, enquanto ele não repensar, refletir a sua prática, o que ele está fazendo, o que não está fazendo, ter mais autocrítica, ele não vai conseguir operacionalizar a Reforma Psiquiátrica; ele tem importância porque tem vários atores, vários profissionais, é um time de pessoas, muito rico, envolvidas que estão no CAPS; agora, enquanto não ter claro o que é Reforma Psiquiátrica, esse processo, não vai conseguir fazer nada; ele é importante, mas se não tiver clareza de Reforma... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Na medida que o CAPS é a primeira, digamos, unidade, primeiro serviço que se propõem a substituir o hospital psiquiátrico já existe nisso por si só a sua importância; é substituição e não que a pessoa não possa ser internada, mas a idéia é que seja nos hospitais gerais, em algum leito nos hospitais gerais, então, bom, o CAPS é o primeiro ponto, é o primeiro lugar onde a pessoa vai passar o dia, onde vai ser tratado de outra forma o seu sofrimento, então, a importância dele está nisso, na importância política e clínica também (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que o CAPS, fundamentalmente, ele faz a clínica; se tem essa rede montada o CAPS faz a clínica, ele faz o atendimento psicossocial do usuário portador de transtorno mental, ele atende as questões mais subjetivas, e de fato toda esse mix de previdência social, a medicação, o atendimento psicológico, atendimento de enfermagem, mas se existe essa rede montada e aí vamos ter um projeto de geração de renda, aí ele vai fazer geração de renda, todas as Oficinas vão acontecer ali e não dentro do CAPS, o CAPS deveria estar na comunidade ele deveria estar territorializado (VIK, 24/3/2006).

Acho que todo mundo gostaria que ele pudesse ser um eixo desencadeador de todos esses ideais da Reforma Psiquiátrica, que a partir disso se experimentasse uma nova relação, que o paciente pudesse estar se soltando mais pra vida, pra construir seus projetos, seus ideais; acho que é muito importante poder retirar pessoas que estão enclausuradas há anos, criar esses mecanismos como residências, etc. pra pessoas que não vão resgatar os vínculos familiares, tem que procurar outras alternativas; acho que o CAPS ainda é uma instituição que é fundamental nessa política, ainda acho que ela pode fazer um papel importante; no dia-a-dia é um pouco mais difícil porque as vezes a gente não tem tantos mecanismos de avaliações, muitas coisas que também a gente vai capengando; quando você vê algumas experiências de pessoas que estão conseguindo dar conta da sua vida, saem, aí você vê que, bom! tem algumas coisas boas que estão acontecendo, o CAPS também está contribuindo; então, no meio dos prós e dos contras eu acho que os prós ainda são maiores, eu acho que é muito mais humano, muito mais um fator de justiça social você ter um espaço assim do que você ter uma pessoa enclausurada no hospital (P, 17/3/2006).

Neste sentido, conforme inscrito na Política Nacional de Saúde Mental, os CAPS devem assumir seu papel estratégico na articulação e no “tecimento” das redes de atenção em saúde mental. Tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da

rede de serviços, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, ONGs, empresas etc. (BRASIL, 2004, p. 12)

3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde

A proposta do progressivo deslocamento dos centros de cuidados em saúde mental para fora do hospital psiquiátrico, em direção à comunidade, colocada na e pela Reforma psiquiátrica tem nos CAPS o dispositivo estratégico desse movimento. Neste sentido, a rede básica de saúde torna-se o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os portadores de transtorno mental.

Essa rede é formada pelos centros ou unidades locais e/ou regionais de saúde, Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, que atuam na comunidade de sua área de abrangência. Os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, pois tem um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Por sua proximidade com as famílias e comunidades, as equipes de atenção básica são um recurso fundamental para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso de substâncias psicoativas e diversas formas de sofrimento psíquico. Neste sentido, é importante e necessária a integração e articulação dos CAPS com a atenção básica. Assumir esse compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção da saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo (BRASIL, 2004).

As atuais diretrizes da política de saúde mental do Ministério da Saúde orientam que, onde houver cobertura do PSF, deverá haver uma equipe de apoio matricial em saúde mental para no mínimo seis e no máximo nove equipes de PSF. E, que as ações de saúde mental na atenção básica devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2004).

No que se refere à relação existente entre o CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município e qual o tipo de relação existente, os dados coletados na

pesquisa indicam que: a maioria (91,7%) respondeu que sim, com ressalva de que é muito pouco, funciona de maneira precária e confusa, e que está num processo preliminar ainda. O profissional que respondeu não, observou que a rede está em processo de formação. Os profissionais cujas respostas foram positivas identificaram que a relação é de encaminhamentos, atendimentos em conjunto com as equipes de saúde mental das Regionais de Saúde, ajuda em atendimentos nas unidades locais de saúde, com os agentes comunitários de saúde, de referência, de acompanhamento, visitas domiciliares, encontro mensal dos trabalhadores de saúde mental da rede e encontro mensal dos psiquiatras da rede.

Sobre a relação do CAPS com as equipes de PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência alguns entrevistados observaram que a relação é pouca ou mínima, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda²³. Foram apontadas como justificativas o fato de o CAPS Ponta do Coral não estar territorializado, deste ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta do município, e a ausência de um planejamento e de estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente.

O CAPS como ele é único, então, ele é de toda a região; então, eu poderia até estar te respondendo que a gente tem um Posto aqui de cima do CAPS, que é o Posto da Agrônômica, ali tem o Programa de Saúde da Família implantado, com a presença dos residentes do Programa Saúde da Família e o contato que eu tenho, ele é meu, não existe nenhum outro programa ou vamos dizer convênio do CAPS com a Agrônômica, é meu aqui, assim como talvez seja da psicóloga em outro momento quando há essa partilha de paciente quando faz parte dos dois, então, eu só sei do que eu tenho, mas é muito pouco, eu tenho contato com alguns residentes que atendem alguns pacientes daqui, e eles precisam de algumas dicas ou, enfim, de se interar do que acontece, e eu também preciso saber como é que anda o acompanhamento deles lá, e aí entra em contato, as vezes vem aqui ou eu vou lá, mas são essas formas isoladas e depende daquele momento e da necessidade daquele usuário, não é algo que seja programado, que seja antecipado, institucionalizado, no sentido de firmar essas relações de uma forma.., não há; e, assim, o contato é com os residentes, não tem o contato com quem realmente vai ficar, porque os residentes passam depois de dois anos, eu também não tenho contato de quem é o médico, quem é o enfermeiro do Programa Saúde da Família, quem é o agente comunitário que vai na casa desses usuários, isso não tem, acho isso muito ruim, é muito falho, embora, volta pra aquela questão da equipe, que as coisas não são compartilhadas, você nunca sabe direito, é muito fragmentado, o que já foi feito, o que não está sendo feito; também não é delegado a função à ninguém de fazer, não há um planejamento pra isso (J, 22/3/2006).

²³ Em estudo sobre o CAPS de Palhoça/SC, Franco (2005) encontrou situação semelhante na relação do CAPS com o PSF e demais serviços de atenção básica municipais.

É mínima, é mínimo o contato, assim, as vezes, quando a gente necessita a gente vai atrás, tenta achar alguém que se interessa, que tenha alguma afinidade com a saúde mental, as vezes um agente de saúde que consegue se aproximar mais daquele usuário que mora lá e que resolve dá uma força, mas é assim, depende de uma série de coisas, da disponibilidade pessoal, da sorte de encontrar alguém etc., quer dizer é falta mesmo da articulação em rede, porque se a gente tivesse essa articulação o PSF automaticamente já seria acionado, e a gente não tem isso; claro, quando a gente precisa a gente até encontra uma boa resposta das equipes do PSF, mas pode não encontrar, tem um risco[...] não, isso não existe (articulação institucional CAPS – PSF), isso tem que ser construído, tem que ser proposto (F, 12/4/2006).

A relação que o CAPS tem é principalmente pra acompanhamento, a relação é essa, relação de acompanhamento, as vezes precisa realizar alguma busca ativa e não temos a possibilidade no momento, então, tem essa relação, a relação que a gente tem é mais no sentido de acompanhamento do próprio usuário; o que seria ideal, seria um pouco mais de estreitamento, discutir junto com o Programa de Saúde da Família alguns casos, nós irmos aonde os agentes comunitários estão, discutir algumas situações e isso não tem acontecido ainda; com essa lógica aí das regionalizações tem essa possibilidade; então, hoje existe uma relação, só que uma relação muito esporádica de situações isoladas e que precisa ser superada; o maior problema que existe é devido ao CAPS não ser territorializado, o CAPS II Ponta do Coral ele tem que atender uma demanda muito grande, basta ver o IBGE hoje, tem 400 e poucas mil pessoas em Florianópolis, então, é um CAPS II pra atender toda a demanda adulta do município, talvez o ideal seria um CAPS I em cada região, nas cinco regionais, e transformar esse CAPS num CAPS III no caso, e aí repensar depois toda a rede; então, a relação, ela se compromete com o Programa Saúde da Família devido a não territorialização do CAPS Ponta do Coral, a relação que existe é a relação de acompanhamentos isolados (GIRASSOL, 20/3/2006).

É uma relação ainda muito inicial ainda, um pouco precária; com os agentes comunitários a gente tem mais proximidade, no momento da visita domiciliar e no momento de fazer o resgate dos usuários que abandonaram, por algum motivo, o atendimento, mas acho que a relação poderia ser melhorada se o CAPS fosse territorializado, como a gente está aqui, é no centro pra todo o município, fica muito difícil, então, a nossa relação é muito mais com as referências regionais de saúde mental da atenção básica do que com as próprias equipes de PSF das unidades locais de saúde (VIK, 24/3/2006).

É isso que eu falei, essa perspectiva da regionalização que começou aqui visava uma maior articulação com a rede; eu acho que isso é um projeto que está ainda meio que na sua infância, ele está começando e, assim, o que eu te falei, a gente precisa sair mais daqui, no Norte (Regional Norte) a gente vai tentar essa experiência agora (realizar as reuniões da regional nos postos de saúde) de contato e incluir, por exemplo, os agentes comunitários nos processos de reunião com os pacientes daqui, tentar ver se eles podem estar acompanhando o paciente lá; tem uma paciente que está aqui que a gente esteve lá no Posto do Saco Grande pedindo pra equipe assumir alguns cuidados com essa paciente, eles se

dispuseram, mas assim, por enquanto ta muito mais alguma iniciativa aqui, ali, do que um processo mais amplo, não sei assim como isso vai caminhar com a história de já ter, por exemplo, profissionais regionalizados, isso também vai poder ser incrementado, esse é um desejo que eu tenho (P, 17/3/2006).

É muito pequena, muito, muito, muito, muito; eu não sei nem te dizer, em uma escala de um a dez acho que fica em dois, está muito pequena, está muito além do que poderia ser, eu acho que talvez com a implantação agora dos serviços na rede, nós temos em cada Regional um psiquiatra, dois psicólogos, uma média assim, está existindo mais aproximação, mas do CAPS não, muito pouco, muito pouco. [...] quando tu pergunta, hoje, qual é a relação do CAPS? eu não posso te mentir, pra mim é quase zero (LÉLI, 4/4/2006).

Buscando explorar as informações sobre a relação do CAPS com a rede municipal de serviços de saúde, perguntamos aos profissionais se o serviço realiza algum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. A maioria deles (75%) respondeu que não, dois referiram não saber responder e um respondeu que sim. Dentre os que responderam que não, um justificou que o CAPS não tem estrutura para atender mais esta demanda. Dois dos profissionais entrevistados disseram estar pensando neste tipo de trabalho. Um deles falou sobre a existência de um projeto, conforme relatado na fala que segue.

[...] a gente tem um projeto aqui que é de formação de acompanhantes terapêuticos, e no ano passado a gente formalizou esse projeto e mandamos pro Ministério da Saúde, ele foi aprovado e até hoje estamos esperando a liberação de dinheiro, mas enfim, o projeto foi aprovado, e a idéia era justamente transformar o agente comunitário de saúde num acompanhante terapêutico, e aí a gente faria a formação, uma capacitação, um curso de capacitação aqui, e depois faria o segmento com supervisões regulares, é uma forma de dar formação em saúde mental pra atenção básica e manter essa que é uma função do CAPS de dar supervisão e a formação mesmo pra esse nível da atenção; [...] a gente está esperando o dinheiro do Ministério da Saúde, ta lá pendurado, a gente olha o nome do projeto na internet, está lá, mas não tem nem empenho ainda, significa que não tem dinheiro destinado (F, 12/4/2006).

Para que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas na atenção básica é fundamental a capacitação destas equipes. A orientação é que as equipes de saúde mental de apoio á atenção básica incorporem ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. Conforme aparece na fala do profissional, são previstos recursos para o financiamento deste tipo de ações, embora, muitas vezes, a dependência de orçamento, a morosidade burocrática e/ou

ausência de decisão política, que justificam a longa demora, acabam por desestimular, dificultar, inviabilizar as iniciativas dos profissionais.

Repetidamente, temos ressaltado neste trabalho que os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico para a organização da rede de atenção em saúde mental, conforme é indicado nas diretrizes políticas da Reforma Psiquiátrica. Nesta direção, questionamos os técnicos da equipe do CAPS Ponta do Coral sobre qual o lugar que o serviço ocupa na rede municipal de atenção em saúde, em Florianópolis. As falas transcritas na seqüência destacam o fato deste não estar territorializado e, portanto, não se constituir no serviço regulador da porta de entrada para o atendimento em saúde mental. As equipes de saúde mental nas referências das Regionais de Saúde é que, atualmente, constituem-se no serviço primeiro de atenção em saúde mental. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhados pessoas com transtorno mental grave.

Seria esse serviço que articula, que regulamenta; não necessariamente ele é uma porta aberta que entra qualquer um; eu acho que ele pode até ser a articulação e a regulação, pode ser feita até capacitações nas equipes locais de unidades básicas, que a partir daí você vai poder em um caso de uma ansiedade ou uma briga com o namorado, “eu tomei 4 aspirinas”, não vai chegar aqui no CAPS; vai chegar aqui no CAPS realmente aquilo que for um caso mais grave, e só há possibilidade de isso acontecer a partir do momento em que as unidades locais estejam todas capacitadas e entendendo, até porque assim diminui o trânsito desse paciente; vamos supor: ele sai de uma cidade, vem pra Florianópolis, daí diz: onde é que eu vou num psiquiatra? Ah! vai lá no CAPS, aí alguém fala: mas tem que passar no clínico antes, aí passa no clínico, aí o clínico encaminha pro psiquiatra, daí ele não sabe onde vai procurar o psiquiátrica - vem pro CAPS, não vem pro CAPS, aí vem pro CAPS, mas é que na verdade ele toma fluoxetina há 2 anos, está em tratamento de manutenção porque ele tem um quadro de depressão recorrente, não é caso CAPS, então, isso já poderia ter sido triado lá no começo, o paciente já poderia estar tendo as consultas desde o início, todas acertadas, sem precisar ficar correndo de um lado pro outro [...]; então, eu acho que ele tem esse papel, tem essa função de regular, de saber o que está acontecendo no hospital, na Colônia, e ter esse contato, uma ligação sempre com a Colônia, e com os Postos de saúde [...]. (hoje, o CAPS faz isso?) algumas coisas, bem isoladas, de novo, é meio como um apaga fogueira; por exemplo, hoje, a gente foi fazer uma visita domiciliar lá no Saco Grande (bairro de Florianópolis) porque o paciente estava em tratamento psiquiátrico particular e parou de tomar o remédio, e aí a gente foi lá, só que o paciente não queria falar com a gente, mas, assim, eu chego lá, converso com a equipe que está lá naquele local e muitas vezes é só a psicóloga; também tem um certo descaso, no sentido de que ah! agora eu não posso falar, porque não percebe que conversando sobre aquele caso vai possibilitar que isso seja ampliado pra outros casos, pensam-se saídas semelhantes pra outro momentos, mas, assim, acaba virando um apaga fogo, e toda hora você tem que ir

apagar um fogo; então, existe um pouco, mas não de uma forma bem usada (J, 22/3/2006).

É atenção secundária como se diz; ele regula e não regula; [...] tudo vai passar muito pela clareza que os profissionais que estão na saúde mental tem em relação a própria epistemologia, tem em relação a própria política, tem em relação a própria noção de SUS, a própria noção de controle social, a própria noção dos princípios do SUS; então, tudo vai passar por isso, porque que eu estou dizendo isso, o CAPS é uma atenção secundária como a gente chama, eu acho ainda que o atendimento mais complexo, o atendimento terciário, deveria ser no território, acho que centrar as forças no território [...]; então, [...] a atenção básica é onde deveria regular isso, a regulação dessa entrada nesse sistema de saúde mental, nessa rede de saúde mental ela teria que ser prioritariamente atenção primária em saúde; então, as vezes, por necessidades especiais, por situações específicas, a pessoa acaba vindo direto pra cá, direto pro CAPS e aqui a gente atende, e, as vezes, essa pessoa não é indicada pra estar no CAPS, aí volta pra atenção básica, então, tem essa dificuldade, ou seja, o lugar que o CAPS ocupa na rede municipal de atenção em saúde é uma atenção secundária à pessoa com transtorno mental grave, já avaliada pela atenção primária em saúde, aquela pessoa que corre risco de suicídio, que acaba prejudicando a vida de outras pessoas, que está muito mal, nesse sentido (GIRASSOL, 20/3/2006).

Regulador da porta de entrada: não; como não é territorializado, a gente tem esse problema de ser serviço de referência pra onde vem os pacientes já encaminhados, ele passou pela porta de entrada do sistema lá no Posto, ele vem encaminhado pra cá ou através dos hospitais psiquiátricos, que é também uma outra forma de encaminhamento, mas a gente não faz a regulação da entrada; hoje, também, como tem equipes mínimas de saúde mental nas regionais, elas também funcionam muito mais como a reguladora do que nós; a porta de entrada é pelas equipes de saúde mental das regionais (F, 12/4/2006).

Eu acho que são várias coisas, por ser o único CAPS, pela rede não estar estruturada ainda, e pelas pessoas não conhecerem o serviço da rede, existe uma mistura, assim, o que é pra ir lá pro psiquiatra do Sul (regional de saúde), o que é pra vir pro CAPS; qual é o papel do CAPS, é a não internação, mas não tem CAPS III, então, a noite o cara não tem pra onde ir, na verdade, o CAPS ele é um espaço que regula a entrada do usuário sim, num primeiro momento sim, porque todos os que foram para a atenção básica muitos foram daqui, muito mais que a procura de fora daqui, primeiro eles vem pra cá, depois eles vão pra lá, agora o processo até está sendo inverso, já estão procurando a atenção básica porque eles já estão conhecendo, mas antes era daqui pra atenção básica, e é o único espaço, programa que acolhe o usuário psicótico, com transtornos mentais graves, porque a rede básica, ela não atende, se o cara tem um surto psicótico, está com qualquer surto, que está mal, ou ele tem um embotamento, ele não fala, está na família há anos, está lá segregado, está lá no quatinho dos fundos, não é caso de atenção básica é caso CAPS, então, ele é o único serviço de Florianópolis que se propõem a atender o usuário, o portador de sofrimento psíquico fora de hospital (LÉLI, 4/4/2006).

Ele é o primeiro serviço de saúde mental do município, primeiro serviço estruturado, credenciado no Ministério da Saúde, eu penso que ele tem um papel importante, ele serve como uma referência de atendimento em saúde mental a usuários portadores de transtornos mentais; dentro da rede, hoje, a gente tem as referências regionais de atenção em saúde mental na atenção básica, nas ULS, que são as unidades locais de saúde, então o CAPS serve como referência de atendimento a usuários com transtornos mentais graves do município de Florianópolis, é pra isso, essa é a função (VIK, 24/3/2006).

Pelas falas dos profissionais evidencia-se que Florianópolis não tem uma política municipal de saúde mental estruturada. A rede de serviços está em processo de formação e implementação. As ações ainda são muito isoladas e fragmentadas, sem uma direção comum. É notório que um único CAPS para atender a totalidade da demanda adulta do município é insuficiente. As possibilidades de atuação do serviço na prevenção e promoção da saúde mental, na capacitação e supervisão das equipes de atenção básica ficam, assim, prejudicadas e/ou inviabilizadas.

No processo de operacionalização da Reforma Psiquiátrica, conforme as orientações da Política Nacional de Saúde Mental e as propostas aprovadas na III CNSM, é necessário que os gestores estaduais e municipais estabeleçam mecanismos efetivos para o controle das internações psiquiátricas. De acordo com a Portaria GM/MS n ° 336/02, os CAPS devem possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou modulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local (BRASIL, 2002a). Com base nisto, perguntamos aos entrevistados se o CAPS tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Eles referiram que não, contudo, divergiram sobre como o serviço fica sabendo quando ocorre internação de seus usuários.

Não tem. A gente fica sabendo quando a família comunica ou quando é usuário de atenção intensiva, ou ele fez uma crise ou ele desapareceu do serviço, aí pela falta mesmo, pela ausência que ele provoca a gente vai atrás e fica sabendo que ele foi internado, mas a gente não tem instrumentos de controle sobre isso; a gente faz, no momento da internação, a gente procura manter pelo menos uma visita da equipe da Regional pra não perder o vínculo etc., mas nada formalizado, assim, no momento que aparece, que a gente fica sabendo; geralmente, a gente sabe, hoje é relativamente fácil, não acontece daquilo... fulano desapareceu e de repente aparece ele dois meses depois aqui novamente..., sai da internação ontem e tal, isso não acontece mais, geralmente a gente consegue ficar sabendo (F, 12/4/2006).

Não. Na realidade a família leva pra internar e pronto, as vezes comunica, as vezes a gente fica sabendo quando a gente vai fazer uma visita lá, muitas vezes a gente nem sabe que o paciente ficou internado, a não ser quando a gente liga, e aí o que está acontecendo, não está vindo, mas ele foi internado; então, não há esse controle e também quando é internado lá, dificilmente, alguém entra em contato, nunca vi, entra em contato olha fulano de tal está internado aqui com a gente, não tem essa comunicação (J, 22/3/2006).

Em relação ao controle das internações psiquiátricas, oficial e formal, nós não temos; estou falando enquanto profissional que atende uma determinada regional de saúde, isso nós não temos; o que poderia ser feito: um maior estreitamento com o “manicômio”, com o IPQ ou o São José (hospitais psiquiátricos), que quando internasse pessoas lá teria esse contato aqui, pra gente já ir conversando, já acompanhando juntamente com a equipe do hospital psiquiátrico essa pessoa, porque final de semana ou depois das 18 horas o serviço não atende, as vezes as pessoas entram em crise e a gente não tem como acompanhar isso, não tem como saber; o acompanhamento que tem é, as vezes, os familiares nos avisam que a pessoa está internada, quando a gente acompanha essa pessoa e fica sabendo que ela acabou internando; então, não tem uma política mais estreita de acompanhamento de internação psiquiátrica, isso não tem. (GIRASSOL, 20/3/2006).

Da área de abrangência seria toda a cidade, isso não, mas dos usuários aqui sim, atendidos aqui sim; [...] geralmente, assim, quando o usuário está iniciando um surto a gente tenta fazer o atendimento pra prevenir a internação, pra evitar de fato a internação psiquiátrica, só que nós estamos aqui até as 6 horas da tarde e não estamos final de semana, então, a gente não está nem a noite nem final de semana, e aí acontece de a família internar, isso acontece pouco, muito pouco, e quando acontece a gente faz o atendimento no próprio hospital, a gente vai até lá faz o atendimento, mas é pouco assim, agora da cidade como o todo a gente não tem (VIK, 24/3/2006).

O controle ele tem pelo prontuário, não poderia te dizer que tem um controle do ponto vista de uma escala, ah anualmente quanto a gente tinha e quantos foram internados, [...] o usuário se ele foi internado a gente não soube, se está internado, aí ele aparece aqui depois da internação, um mês ou dois meses, a gente tem escrito no prontuário, esse é digamos o que a gente fica sabendo (LÉLI, 4/4/2006).

Não, eu digo por nós, eu acho que, as vezes, a gente... ah o paciente foi internado, como acontece de a gente saber, e as vezes a gente vai lá fazer uma visita, as vezes tem a questão do carro (o CAPS tem um carro a disposição somente um dia por semana), e a gente fica...; sempre que acontece e tal, as vezes, a gente nem fica sabendo, quando vê o paciente já está de volta, as vezes acontece essa situação; eu fui tentar fazer um pequeno levantamento pra fazer essa avaliação e percebi que a gente não tem registro de quantos dias o paciente ficou internado, se ele ficou internado quantas vezes durante o tempo que está em tratamento aqui, falta um registro melhor e um acompanhamento melhor dos técnicos; (como ficam sabendo da internação) as vezes o paciente volta já depois, as vezes a família liga avisando, [...] o hospital não me lembro se eles ligaram, só se precisar de alguma coisa, em geral, eles não ligam; então,

assim, o paciente saiu aí eles trazem de novo aquele encaminhamento, ou ele vem pra cá porque, normalmente, ele já estava aqui, mas assim, a gente tenta ao máximo que ele não precise ser internado, essa política existe, segurar a crise (P, 17/3/2006).

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que a internação e a reinternação psiquiátrica deverão ocorrer após avaliação da equipe técnica de saúde mental dos serviços substitutivos, devendo ser estabelecidas formas de controle único para a emissão de AIH, assegurando que todas as internações necessárias sejam autorizadas pelo serviço público, preferencialmente de base territorial (BRASIL, 2002a).

Conforme pode ser observado nas falas dos participantes da pesquisa, a insuficiência do CAPS em exercer o controle das internações referente a sua clientela e a demanda no município refere-se ao fato de o serviço não estar territorializado, sendo inviável cumprir com tal exigência no âmbito da totalidade de uma população de aproximadamente quatrocentos mil habitantes, distribuídos numa área geográfica de 436,5 Km². Com a implantação das equipes de saúde mental nas Regionais de Saúde, estas passam a ser as responsáveis pela regulação da porta de entrada no sistema de atendimento. O CAPS II Ponta do Coral passa a ser a referência para onde são encaminhadas pessoas com transtornos mentais graves, egressos de hospitais psiquiátricos, internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). A falta de controle das internações psiquiátricas é uma realidade também de outros centros de atenção psicossocial, conforme verificado por Franco (2005), em seu estudo sobre o CAPS do município vizinho de Palhoça/SC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha deste tema de pesquisa está relacionada à minha trajetória de estudos no Curso de Graduação em Serviço Social e à minha inserção como pesquisadora no Núcleo de Estudos e Pesquisas Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas (NESPP) do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. A esta trajetória soma-se a experiência de Estágio Curricular em Serviço Social, realizada no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis, em 2003, da qual resultou o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Programa Alta Progressiva: uma contribuição para o processo de reabilitação psicossocial no HCTP de Florianópolis”. Com o referido Estágio foi possível vivenciar o contato direto com a realidade de algumas instituições como hospitais psiquiátricos e centros de atenção psicossocial da rede municipal e estadual de serviços de atenção em saúde mental, fato este que estimulou a busca de novos conhecimentos e o desejo de atuação profissional na área. A continuidade dos estudos foi possibilitada por meio da entrada como mestranda no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da mesma universidade. Sendo assim, o trabalho que apresentado nesta dissertação tem estreita relação com meu percurso profissional e meu desejo pessoal.

Conforme destacamos no decorrer do estudo, a reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

A implantação de uma nova política de atenção, com as implicações socioculturais da proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira passa pela necessidade de articulação intersetorial e por ações que contribuam para alterar as representações sociais sobre a loucura e os direitos dos portadores de transtornos mentais. A transformação do modelo assistencial e de um conceito teórico em diretrizes operacionais é um processo complexo e depende de vários fatores para que se mantenha a direcionalidade pretendida pelos diferentes atores sociais, participantes do jogo social.

Especificamente, no caso do CAPS estudado, as dificuldades de concretização dessa nova lógica de atenção em saúde mental perpassam e se inter-relacionam nos diferentes eixos que compuseram a presente pesquisa.

No que se refere a estrutura física, os profissionais indicam que o CAPS conta com espaço e equipamentos adequados às necessidades do serviço. Entre os anos de 2003 a 2004, o CAPS passou por uma reforma em suas instalações, ficando estas, adequadas aos objetivos da unidade. As condições poderiam ser melhores se as oficinas produtivas fossem realizadas em outro local, pois além de favorecer a utilização do espaço hoje ocupado para outras atividades, possibilitaria a inserção dos usuários em outro ambiente, favorecendo-lhes sua sociabilidade.

Em relação aos materiais de consumo, os problemas vão desde a ausência total de objetos e utilidades básicas à manutenção do serviço até o recorrente atraso no repasse dos materiais necessários às oficinas terapêuticas e de produtividade. As oficinas ficam prejudicadas e até mesmo paralisadas por conta das faltas de recursos e dificuldades de gestão adequada do serviço. Esta situação coloca em prejuízo o projeto terapêutico de tratamento dos usuários e a eficácia e efetividade dos propósitos da nova política de atenção em saúde mental.

No campo da gestão do CAPS, apesar da histórica escassez de recursos destinados à saúde, foram evidenciadas situações problemáticas, principalmente no processo de descentralização político-administrativa, que poderiam ser melhoradas a partir dos recursos existentes. De acordo com os resultados da pesquisa, 50% do grupo de técnicos afirmam que existe planejamento e avaliação das ações. Alguns deles observam estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação, objetiva e sistemática, dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declaram não existir processo de planejamento e avaliação das ações, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

Sobre este aspecto, cabe destacar que as técnicas disponíveis na área de planejamento e avaliação de serviços de saúde têm mostrado bons resultados quando aliadas à vontade política de mudar a situação. Apesar dos dados demonstrarem uma divisão entre os técnicos no que se refere a afirmação sobre a existência de planejamento e avaliação, destacamos que as poucas ações que acontecem giram em torno das atividades que são e aquelas que poderão ser realizadas, e na discussão sobre as dificuldades cotidianas do trabalho na unidade. As avaliações são informais, realizadas na reunião

mensal da equipe técnica e nas reuniões clínicas semanais, sendo notório a ausência de um processo de planejamento estratégico, sistemático e contínuo do projeto terapêutico do CAPS, bem como, de avaliação de indicadores.

Com relação aos recursos financeiros, os resultados da pesquisa apontam para o que já vem sendo denunciado por autores como Amarante (2003; 2005): o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. O pagamento pelo sistema de procedimentos realizados, por meio das APACs, condiciona a existência de recursos à produtividade do serviço. Quando os CAPS não estão articulados com outras políticas sociais necessárias à sobrevivência do usuário e a adesão dele ao projeto de vida que o serviço deve-lhe oferecer, a tendência é fracassar.

Para que a pessoa possa freqüentar o CAPS ela precisa de condições materiais e psicossociais básicas, como moradia, transporte, alimentação, auto-estima, estímulo, desejo, etc.. Quando o usuário não desfruta de tais condições as chances dele se vincular ao projeto terapêutico são menores e, conseqüentemente, sem a participação ativa dos usuários o CAPS não terá produtividade. Ainda, nem todas as ações realizadas no CAPS constam na tabela de procedimentos pagos pelo atual sistema do SUS, dificultando as atividades de ressocialização que envolvem trabalhos na comunidade e na sociedade.

Os profissionais afirmam que os usuários participam do planejamento das atividades do CAPS. Referem que isso acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Neste caso, foi possível perceber que a participação dos usuários em geral diz respeito mais a questões cotidianas do funcionamento do serviço. A associação participa diretamente da comercialização dos produtos confeccionados nas oficinas e na realização de alguns convênios com entidades da área da cultura, lazer, ensino, etc. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada, que abarque as especificidades da área da saúde mental e envolva os usuários, os familiares e os técnicos como sujeitos partícipes do processo de gestão do serviço.

No eixo recursos humanos e projeto terapêutico existem contradições explícitas e implícitas que perpassam o discurso e as práticas dos técnicos que prestam assistência aos usuários do serviço. Eles reconhecem e destacam a relevância do trabalho em equipe, argumentam que este traz a possibilidade de trocas entre as várias áreas do conhecimento e a conseqüente oferta de um atendimento multidimensional. Contudo, relatam dificuldades

na realização deste trabalho, devido a uma suposta diferença de formação profissional e de concepção, com relação ao que sejam os objetivos do CAPS e da Reforma Psiquiátrica. Indicam existir interdisciplinaridade no atendimento ao usuário, no entanto, percebeu-se que a concepção de interdisciplinaridade aparece muito mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade, estando ainda distante dos ideais da intertransdisciplinaridade.

Sendo assim, cabe destacar que sem a devida clareza e consciência do que exatamente deve mudar corre-se o risco de que, fundamentalmente, se modifiquem os espaços de realização do tratamento, transferindo-se e conservando-se as práticas de exclusão e discriminação. É preciso se ter em conta que toda dimensão técnica tem também uma dimensão política. Dessa forma, faz-se necessário questionar-se sobre o que se pretende com o “fazer” nos novos serviços de atenção à saúde mental e que valores estão presentes nas ações executadas. O usuário precisa ser percebido como sujeito do processo saúde-enfermidade, e não como objeto e instrumento do exercício das relações de poder disciplinar.

Com relação ao eixo participação do usuário e da família no tratamento, os participantes da pesquisa identificam dificuldades em realizar o atendimento familiar no CAPS. Os profissionais relacionam como justificativas, a falta de técnicos qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades da equipe. Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que seja o transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, também foram relatados pelos entrevistados. Entre os obstáculos para a (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e o estigma da loucura ainda presentes no imaginário social das pessoas.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacam o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário. Neste aspecto queremos destacar a necessidade de se reconhecer, no processo de implantação da Reforma e da política de saúde mental, um projeto ético-político social, capaz de reavaliar, substancialmente, o conceito tradicional de

“doença/saúde mental” e, conseqüentemente, a forma de como lidar as diferenças em sociedade.

No eixo (re)inserção social procuramos identificar se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas à desinstitucionalização e à reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referem que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras. A maioria deles afirma que não existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer.

Tais dados nos remetem ao questionamento sobre como a Reforma Psiquiátrica, em sua aplicação prática, apresenta certa inércia política. Existe uma lacuna entre o referencial teórico do novo modelo de atenção e as práticas que se efetivam no cotidiano dos serviços. Com isso, queremos chamar a atenção para a necessidade urgente de se construírem ações de atenção que favoreçam o conhecimento de si, reforcem a autonomia, o cuidado de si e a emancipação do sofredor psíquico.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referem que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental. A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos profissionais como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista político-jurídica dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico. Na visão dos participantes da pesquisa, o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica relaciona-se a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos pressupostos da própria Reforma. Não obstante, destacamos aqui a necessidade de se refletir sobre o descompasso entre a vitória no campo jurídico, o novo discurso da Reforma Psiquiátrica e um fazer prático que parecem ainda negar a emancipação do portador de transtorno mental.

No eixo integração do CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município, os dados coletados na pesquisa indicam que a relação existente é pouca, funciona de maneira precária e confusa, e que ainda está num processo preliminar. A articulação com as equipes de PSF e PACS também é insuficiente, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda. A unidade não realiza nenhum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. Apenas dois profissionais referiram estar pensando neste tipo de trabalho.

Foram apontadas como justificativas para esta situação o fato do CAPS não estar territorializado, de ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta de todo o município, e a ausência de um planejamento e estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhadas pessoas com transtorno mental grave. E, segundo os entrevistados, não tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Neste aspecto, vê-se a urgência na redefinição da abordagem em saúde mental, fazendo-se necessário a construção de estratégias de atenção integral, dentro dos princípios do SUS, que envolvam o portador de transtorno mental como cidadão, a família, o Estado e a sociedade.

De acordo com os profissionais existem diferenças no atendimento prestado no e pelo CAPS em relação aos hospitais psiquiátricos. Eles se referem às diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência do discurso médico psiquiátrico do hospital, e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e as necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial, em contraposição ao tratamento igual para todos das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Por fim, os dados coletados na presente pesquisa indicam que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes, prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a relação eficácia/efetividade dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Concluimos, com este estudo, que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é ainda um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológica, técnico-assistencial, político-jurídico e sócio-cultural.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____, P. (coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995a.

_____, P.. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. vol.11, no.3, jul./set. 1995b, p.491-494. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 14/09/2005.

_____, P. A (clínica) e a Reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. pp. 45-65.

_____, P. **A epistemologia e a Clínica da Reforma**. Conferência proferida no IV Encontro Catarinense de Saúde Mental. Florianópolis, 30 de junho a 2 de julho de 2005. (anotações manuscritas).

BASAGLIA F. (coord.) **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 3ª ed. Tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002a, 213 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em Saúde Mental 1990-2002**. 3ª ed. revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAPS II PONTA DO CORAL. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. **Projeto Terapêutico**. Florianópolis, 2004.

CORREIA, M. V.C..Que controle social na política de Assistência Social? **Revista Serviço Social & Sociedade**. N. 72. São Paulo: Cortez, nov. 2002, pp. 119-144.

COSTA, R. C. R. da.. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia e Política** Nº 18: 49-71 JUN. 2002

COSTA –ROSA, A. da; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. p. 13-44.

COSTA-ROSA, A. da.. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asialr. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. p. 141-168.

CHIZZOTTI, A.. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R.. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

DESVIAT, M.. **A Reforma Psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental**. In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

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

FLEURY, S.. **Espaço, território e cidadania: a cidade dos cidadãos**. Trabalho apresentado no VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra (16,17,18 de setembro), 2004. Disponível em: <www.ces.uc.pt/LAB2004>. Acessado em 20 de fevereiro de 2006.

_____, S.. (org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989.

FREIRE, F. H. M. de A.; UGÁ, M.A.D.; AMARANTE, P. Os centros de atenção psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

FRANCO, S. de O.. **Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de caso**. 2005. 110f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Florianópolis, 2005. 110f.

FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial**. Percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004.

GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E.. **A pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, R.. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M.. **Microfísica do poder**. Trad. de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graaal, 1979.

MINAYO, M. C. de S.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC; ABRASCO, 1994.

MIOTO, R.C.T.. Família e saúde mental: contribuições para reflexão sobre os processos familiares. **Revista Katalysis**. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico. Departamento de Serviço Social. N.2 Florianópolis: Editora da UFSC, 1998.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental: em busca da articulação e qualificação das ações em saúde**. Monografia

(Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Latu Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

OLIVEIRA, W. F.; DORNELES, P.. Patrimônio e ambiente da loucura: a formação do profissional de saúde mental e o dialogo com a vida da cidade. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

PITTTA A.. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje. In: PITTA. A.(org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral**: desvelando sua significação. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

_____. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

ROSA, L.C.dos S.. Os saberes construídos sobre a família na área da saúde mental. **Revista Serviço Social & Sociedade**. N° 71. Ano XXIII. São Paulo: Cortez, set de 2002, pp. 138-164.

_____. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, F., et. al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SANTOS, W.G.. **Cidadania e Justiça**. Rio de Janeiro: Editora Campos, 1979.

SARACENO, B.. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SOUZA, W. da S.. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. jul./ago. 2001, vol.17, no.4

p.933-939. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 19/10/2005.

SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Teses em Enfermagem, 42).

STUANI, D.. **Projeto de Estágio**. (Projeto de Estágio Curricular apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina). Florianópolis, 2005. texto digit.

TENÓRIO, F. G. (org.). **Gestão de ONGs**: principais funções gerenciais. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

TORRE, E.H. G; AMARANTE, P.. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. [online]. 2001, vol.6, no.1 [citado 05 Dezembro 2005], p.73-85. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br> >. ISSN 1413-8123.

TRIVIÑOS, A.N. S.. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. (org.). **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000a.

_____, E. M. Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000b. p. 169-194.

VIEIRA, L. **Cidadania e globalização**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Formulário a ser aplicado a todos os profissionais da equipe do CAPS.

Identificação

Nome:

Apelido:

Formação:

Ano:

Capacitação específica na área: Sim Não

Nível: residência especialização mestrado doutorado

Tempo de serviço na instituição:

Tipo de vínculo empregatício: Servidor público concursado contrato temporário

Outro. Especifique _____

Regime de trabalho: _____ (horas semanais)

Tempo de atuação na área:

Experiência de atuação profissional em outra instituição: Sim Não

Qual:

Tempo:

Principais perguntas

- 1) A área física do Caps é suficiente para o atendimento da demanda? Sim Não
- 2) As instalações são adequadas para a realização das atividades propostas? Sim Não
- 3) Os equipamentos disponíveis são suficientes? Sim Não
- 4) Estão em bom estado de utilização? Sim Não
- 5) Os materiais disponíveis são suficientes? Sim Não
- 6) Existem dificuldades na realização das atividades do Caps Sim Não. Em caso de resposta afirmativa, especifique as cinco principais? _____

- 7) O trabalho é realizado em equipe? () Sim () Não.
- 8) Existe algum tipo de supervisão de equipe ou outro recurso para acompanhar e discutir as questões do trabalho em equipe? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual?
-

9) Participa ou já participou de capacitação específica para atuar no Caps? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual? _____

10) Durante o tempo em que está trabalhando na instituição houve algum treinamento ou capacitação? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quando? _____(ano). De quantas horas? _____. Organizado por quem? _____

11) Na sua opinião, existe interdisciplinaridade no trabalho no Caps? () Sim () Não

12) Você conhece a política de saúde mental? () Sim () Não.

13) No Caps, existe disponibilidade de material didático e documentos sobre a política de saúde mental? () Sim () Não.

14) Existe planejamento e avaliação das ações do Caps? () Sim () Não

15) Existe projeto terapêutico de trabalho da instituição? () Sim () Não. Em caso afirmativo, foi planejado em equipe? () Sim () Não.

16) O serviço adota projeto terapêutico individualizado? () Sim () Não.

17) O usuário participa do planejamento do seu tratamento? () Sim () Não.

18) Existe atendimento familiar? () Sim () Não.

19) Existem ações intersetoriais do Caps e outras instituições que envolvam: educação, trabalho, esporte, cultura e lazer? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quais?

20) Existe relação do Caps com a rede básica de saúde municipal? () Sim () Não.

Que tipo? _____

21) O Caps realiza algum trabalho de educação permanente (capacitação e supervisão) sobre saúde mental em cooperação com as equipes de atenção básica? () Sim () Não.

Que tipo? _____

Outras observações:

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Entrevista a ser realizada com os profissionais da equipe do CAPS, segundo o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de nível superior entre as existentes na unidade. Em caso de mais de um profissional na área será realizado sorteio.

Identificação

Nome:

Apelido:

Temas e principais perguntas

1 Estrutura e recursos financeiros

- 1) Qual conhecimento possui sobre o repasse dos recursos financeiros para o Caps?
- 2) Conhece a forma de financiamento do serviço? O que você acha?
- 3) Como são administrados os recursos repassados? Existe planejamento?
- 4) Na sua opinião, a descentralização administrativa dos recursos possibilita o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do Caps? Quais as vantagens e desvantagens identifica?
- 5) Na sua opinião, os recursos repassados (gerados pelo serviço) são suficientes para realizar as atividades do Caps? Em caso de resposta negativa, quais atividades ficam prejudicadas e/ou poderiam ser realizadas se houvessem recursos?
- 6) Existem dificuldades no funcionamento do Caps com relação a falta de recursos financeiros? Quais identifica?

2 Recursos humanos e projeto terapêutico

- 1) Quais dificuldades identifica no trabalho em equipe no Caps?
- 2) Na sua opinião, quais vantagens o trabalho em equipe possibilita?
- 3) Considera importante a capacitação específica em saúde mental para atuar no Caps? Fale sobre.

- 4) Na sua opinião, qual a importância da interdisciplinaridade no atendimento ao usuário de saúde mental?
- 5) Considera importante conhecer sobre a política de saúde mental, seus princípios, sua estrutura e organização para o trabalho do Caps?
- 6) Como acontece o planejamento e a avaliação das ações do Caps?
- 7) Na sua opinião, em relação ao atendimento nas instituições tradicionais/asilares (hospitais psiquiátricos), como é o atendimento ao usuário no Caps?

3 Participação do usuário e da família no tratamento

- 1) Como é pensado o projeto terapêutico de tratamento do usuário?
- 2) Como o usuário participa do planejamento do seu tratamento?
- 3) Quais as formas criadas para oportunizar a participação do usuário no planejamento do seu tratamento?
- 4) A família participa do tratamento? Em caso de resposta afirmativa, de que forma? Em caso de resposta negativa, por quê?
- 5) Quais as formas criadas para oportunizar a participação da família no tratamento?
- 6) Quais dificuldades identifica com relação a realização do atendimento familiar?
- 7) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção familiar do portador de transtornos mentais?
- 8) Qual o papel dos usuários (ou da associação de usuários e familiares) no planejamento das ações do Caps?
- 9) Na sua opinião, qual a importância das associações de usuários e familiares para o tratamento do portador de transtornos mentais e para os serviços de saúde mental?

4 Inserção social

- 1) Na sua opinião, as práticas assistenciais realizadas no Caps encaminham-se na direção da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial?
- 2) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção social do portador de transtornos mentais?
- 3) Quais avanços e conquistas identifica com relação a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais?
- 4) Na sua opinião, o atendimento no Caps possibilita ao usuário a construção da sua autonomia? Como?

- 5) Na sua opinião, a organização atual dos serviços de saúde mental (da política de saúde mental) favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais? Qual a importância do caps nesse contexto?

5 Integração com a rede municipal de assistência em saúde

- 1) Qual a relação do Caps com a(s) equipe(s) de Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência?
- 2) O Caps tem controle das internações psiquiátricas no seu território? Em caso afirmativo, como ocorre este controle?
- 3) Na sua opinião, qual o lugar que o Caps ocupa na rede de atenção em saúde? Constitui-se no serviço que regula a porta de entrada para o atendimento em saúde mental?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este instrumento tem a intenção de obter o seu consentimento por escrito para participar do estudo “A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis”, durante o período de 01 a 31 de março de 2006, com o intuito de contribuir para o levantamento de dados para a elaboração do referido trabalho.

O estudo tem como objetivo geral analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Ao propormos a presente pesquisa esperamos contribuir com a produção de conhecimentos e saberes sobre as novas práticas de atenção e cuidado ao portador de transtornos mentais.

Os relatos obtidos serão confidenciais e, portanto, não será utilizado o nome dos participantes em nenhum momento, garantindo sempre o sigilo da pesquisa e os preceitos éticos da profissão. Os depoimentos serão referenciados pelo apelido a ser escolhido pelo próprio entrevistado

Certa de sua colaboração, agradeço sua disponibilidade em participar do estudo.

Eu _____,
consinto em participar desta pesquisa, desde que respeitadas as respectivas proposições contidas neste termo.

Florianópolis, março de 2006.

Assinatura do entrevistado.

ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

FERNANDA SCALZAVARA

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

**A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS Ponta do Coral de
Florianópolis.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Serviço Social** - Área de concentração: Serviço Social, Direitos Humanos e Questão Social.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ivete Simionatto.

FLORIANÓPOLIS

2006

FERNANDA SCALZAVARA

A OPERACIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA
- um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de **Mestre em Serviço Social**, e aprovada na sua forma final, em 31/7/2006, atendendo as normas vigentes no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e na Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof^a Dr^a Catarina Maria Schmickler
Coordenadora do PPGSS/UFSC

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Ivete Simionatto, Dr^a.
Departamento de Serviço Social/UFSC
Presidente

Prof^o Walter Ferreira de Oliveira, Ph.D.
Departamento de Saúde Pública/UFSC
Membro

Prof^o Jonas Salomão Spricigo, Dr.
Departamento de Enfermagem/UFSC
Membro

Prof^o Mário Teixeira, Dr.
Departamento de Clínica Médica/UFSC
Membro Suplente

*Aos profissionais e aos usuários do CAPS
Ponta do Coral de Florianópolis.*

AGRADECIMENTOS

Desejo expressar meus sinceros agradecimentos aos profissionais do CAPS Ponta do Coral, pela receptividade, atenção, acolhimento e colaboração na fase mais importante desta pesquisa, assim como pela consideração ao meu trabalho profissional. Também, aos usuários desta unidade de serviço, pela forma carinhosa e acolhedora com que sempre me receberam.

À professora Ivete Simionatto por ter aceitado a orientação do trabalho; agradeço a oportunidade de poder ter desenvolvido a pesquisa de meu interesse e desejo profissional.

Aos professores Jonas Spricigo e Mário Teixeira pela atenção, disponibilidade e colaboração, essenciais na definição e elaboração do projeto de dissertação. Igualmente, ao professor Walter Ferreira de Oliveira pelas considerações e contribuições no exame de qualificação.

À sempre Mestre, amiga e professora Iliane Kohler, pela relação de ensino-aprendizado humana, saudável, mantida no decorrer de toda a minha vida acadêmica; pelas ajudas concretas nos momentos de dificuldades, pelos conselhos, orientações e *encaminhamentos* necessários nos instantes, nas horas, nas fases de incerteza, insegurança, angústia, desespero.

Aos profissionais Mara Regina de Oliveira e Antônio Heinzen Filho, pelo suporte terapêutico necessário nos últimos anos da minha vida; especialmente por terem me ajudado a transformar as dificuldades, os obstáculos, as conquistas cotidianas no *Mestrado da Vida*.

Às profissionais e amigas Maria Sirene Cordioli e Maria Inês Bernardino, pela relação profissional responsável, ética, competente, que me impulsionou para os estudos na área da saúde mental; pela amizade acolhedora, carinhosa, fraterna, pelas comemorações e pelos momentos de descontração.

Aos meus pais e à minha família, base dos meus valores ético-morais.

Às minhas amigas e aos meus amigos, que de perto ou de longe, acompanham minha trajetória, acreditam e torcem por mim.

Formalmente, agradeço as instituições públicas CAPES e UFSC, através dos programas PROF e PGSS, pelo financiamento da bolsa que permitiu a dedicação profissional integral para a realização deste trabalho.

RESUMO

O presente trabalho tem como objeto de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. Constitui-se como objetivo geral da presente pesquisa analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Os procedimentos metodológicos da pesquisa constaram de: pesquisa empírica na coleta das informações, através de entrevistas semi-estruturadas, gravadas, realizadas com um profissional de cada área de formação de nível superior, dentre as existentes no CAPS, e aplicação de formulário, com questões fechadas, a todos os profissionais que compõem a equipe. As informações coletadas foram sistematizadas e organizadas em itens correspondentes aos eixos que nortearam a coleta dos dados, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde. A análise final foi realizada com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os resultados obtidos nos permitem concluir que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a efetividade e eficácia dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial. De maneira geral, podemos afirmar que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológico, técnico assistencial, político-jurídico, social cultural.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, política de saúde mental, serviços substitutivos.

ABSTRACT

The objective of present work is to study the operationalization of the Psychiatric Reformation in the city of Florianopolis, Brazil, based on one specific institutional model - the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral. The general objective of the present research is to analyze the institutional reality at the Center of Psychosocial Attention Ponta do Coral, Florianopolis, related to the operational process of mental health politics, based on the requirements of the Brazilian Psychiatric Reformation. The research methodological procedures have consisted of: empirical research and data collection, through semi-structured interviews, recorded, realized under the presence and supervision of a professional of each field, plus de existing data from the CAPS, and filled application, with closed questions, to all the professionals who compose the team. The data colleted was systematized and organized in items and events that are surrounded the data collection, which are: financial structure and resources, human resources and therapeutic project, participation of the user and the family in the treatment, social insertion, and integration of the service with the municipal network of assistance in health. The final analysis was based on theoretical production on mental health and the Psychiatric Reformation. The results allowed us to conclude that in scope of management of CAPS, the limited number of studies and the difficulties to transfer and administer them harmed the functioning of the service. The contributing factors were lack of strategic planning and systematic evaluation of actions. The difficulties associated with teamwork compromised the effectiveness and efficacy of the objectives. The absence of a municipal network dedicated to structure and articulate mental health appears as an obstacle to the practice of desinstitutionalization and psychosocial rehabilitation. In general, we can affirm that the changes in the assistance model, directed for Psychiatric Reformation is one of the challenges to the concretization to mental health politics in a new interaction between society and people with psychological illnesses. The operationalizational political difficulties of mental health go through different fronts of performance which constitute the complexity of social processes associated with Reformation in its different dimensions. These dimensions are: theoretic-epistemological, technical assistance, politic-legal and socio-cultural.

Keywords: Psychiatric Reformation, mental health politics, substitute services.

LISTA DE SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
APAC - Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CPASM - Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental
CMS – Conselho Municipal de Saúde
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FNS – Fundo Nacional de Saúde
INAMPS – Instituto Nacional de Aposentadorias e Pensões
IPQ – Instituto de Psiquiatria Catarinense
MS – Ministério da Saúde
MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS – Organização Mundial para a Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF - Programa de Saúde da Família
RP – Reforma Psiquiátrica
SIH - Sistema de Informação Hospitalar
SAI – Sistema de Informação Ambulatorial
SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
SUS – Sistema Único de Saúde
TR – Terapeuta de Referência
ULS – Unidade Local de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Procedimentos metodológicos	18
2 REFORMA PSIQUIÁTRICA	222
2.1 O Modo Psicossocial	26
2.1.2 Atenção Psicossocial.....	28
2.2 Desinstitucionalização	30
2.3 Reabilitação psicossocial	32
3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA	344
3.1 Estrutura e recursos financeiros	344
3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico	45
3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental	46
3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário	51
3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações.....	59
3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento.....	65
3.3 Participação do usuário e da família no tratamento	69
3.3.1 Planejamento terapêutico individual.....	70
3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral.....	72
3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares	81
3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia.....	88
3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental.....	96
3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica	106
3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde...	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
REFERÊNCIAS.....	125
APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS.....	130
ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica.....	136

1 INTRODUÇÃO

O processo de mobilização, organização e luta pela Reforma Psiquiátrica brasileira origina-se no contexto dos movimentos sociais, no período de redemocratização do país (décadas de 1970/1980), e tem como base os pressupostos da Reforma Sanitária brasileira e da Psiquiatria Democrática italiana. Tal movimento esteve direcionado no sentido da crítica e desconstrução gradativa da assistência existente, embasada no saber psiquiátrico, que justificava as práticas decorrentes do modelo asilar e, ao mesmo tempo, buscava a construção de propostas de superação deste modelo.

Os anos de luta pela transformação do modelo assistencial tradicional (asilar), centrado na internação hospitalar, culminaram com a criação e regulamentação de leis e portarias relativas à implantação de uma rede de serviços substitutivos a este. A partir da década de 1990 um conjunto de leis, portarias, decretos, resoluções define novas exigências em relação à assistência psiquiátrica prestada aos portadores de transtorno mental¹, incluindo a adequação das condições físicas das instituições de atendimento, a existência de projeto terapêutico, equipe multidisciplinar e outros dispositivos que garantam maior qualidade assistencial.

A Reforma Psiquiátrica é um processo em construção, que envolve tanto a sociedade civil, através dos diferentes os movimentos sociais, os profissionais, os usuários, bem como os órgãos gestores das políticas públicas. Estes são os responsáveis pela operacionalização das ações com relação a mudança de paradigma e prática em saúde mental. Nessa trajetória, aos profissionais cabe exercer o papel de sujeitos e críticos do processo de implantação da Reforma Psiquiátrica; aos gestores da política de saúde compete a decisão política com vistas a assegurar as condições técnicas para a implementação e operacionalização dos serviços de atenção; aos movimentos sociais fica a luta política pela construção social de um outro sentido para lidar com a "loucura" e com o "louco", a partir de uma transformação na relação sociedade/loucura.

¹ Cabe destacar que a expressão “portador de transtorno mental” é adotada neste estudo por acreditar-se que a palavra portador traz em si um caráter mutante. Ou seja, secundariza o transtorno mental e resgata o sujeito envolvido na condição de enfermo, como um ser dinâmico. Por sua vez, o termo transtorno mental traz um caráter psicossociológico, dinâmico, mutável, diferente do termo doença mental, muito embora não seja menos controvertido do que este último (ROSA, 2003, pp. 37-38). E, também, por ser “portador de transtorno mental” a expressão utilizada na linguagem técnica constante na política de saúde mental do Ministério da Saúde.

No curso das transformações operadas na e pela Reforma Psiquiátrica destacamos como marco significativo recente a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM)². Em seu documento conclusivo reafirma-se que as políticas de saúde mental devem respeitar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das leis Federal e estaduais, priorizando a construção da rede de atenção integral em saúde mental. Tais políticas devem ter como pressupostos básicos a inclusão social e a reabilitação psicossocial, estar integradas com outras políticas sociais, como educação, trabalho, lazer, cultura, esporte e habilitação profissional, visando garantir o exercício pleno da cidadania (BRASIL, 2002a).

O mesmo documento ressalta que a reorientação do modelo assistencial deve estar direcionada para concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e de promoção da saúde. Nesse sentido, é fundamental que as novas modalidades assistenciais desenvolvam práticas pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a auto-estima, a autonomia e a cidadania, buscando superar a relação de tutela e reprodução da institucionalização e/ou cronificação (BRASIL, 2002a).

A mudança do modelo assistencial é um dos desafios da Reforma Psiquiátrica. Busca-se, no âmbito da gestão pública, a construção de um novo pacto para transferir os recursos aplicados no modelo hospitalar para uma assistência comunitária. Entretanto, a mudança da lógica de atenção em saúde mental requer, também, uma mudança de paradigma. No bojo dos novos dispositivos de cuidado necessariamente deve estar uma nova ética do cuidar, baseada na premissa básica da autonomia possível e dos direitos humanos dos portadores de sofrimento psíquico. Isso significa considerar que as possibilidades de novas práticas terapêuticas devem caminhar ao lado da preocupação com a mudança das representações simbólicas do “louco” na sociedade, e com a produção de outros saberes.

Na atualidade, todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, bem como a literatura da área, referem-se a desconstrução como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade das ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Tal proposição tem como base a

² Realizada em Brasília, de 11 a 15 de dezembro de 2001. A I Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em 1987 e a II em 1992.

incapacidade da psiquiatria em explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (TORRE; AMARANTE, 2001).

O modelo manicomial tem seu fundamento na noção de que a experiência de sofrimento psíquico diversa (delírio, alucinação) é sinônima de erro. Um dos aspectos mais importantes no processo de transformação radical deste é a superação do conceito de doença. Conforme apontam Torre e Amarante (2001, p.73-85), “não se trata, obviamente, de negar a diversidade da experiência do delírio ou da alucinação, mas de não utilizar o conceito de doença (igual a erro) na relação com o sujeito”. Nesta direção, Rotelli (1990) propõe, no lugar do objeto “doença mental”, o objeto “existência-sofrimento” do sujeito em sua relação com o corpo social.

Segundo Costa-Rosa (et. al., 2003, p. 28), “ao se buscar a superação do saber psiquiátrico, sobretudo do paradigma doença-cura, procurou-se romper com práticas identificadas com o modelo clínico, por considerá-las ineficazes, segregadoras”. Busca-se no modo psicossocial estabelecer-se “a construção de uma relação de contrato com o sujeito que substitua a relação de tutela instaurada pela psiquiatria” (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 73-85). Como oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar surge, no contexto da Reforma Psiquiátrica, a atenção psicossocial como paradigma do modo psicossocial.

A origem das práticas de atenção psicossocial, como designação de experiências significativas no contexto da saúde mental, está relacionada às contribuições das diferentes experiências históricas de reforma, que incluem as Comunidades Terapêuticas e a Antipsiquiatria, na Inglaterra, a Psicoterapia Institucional, na França, a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, nos Estados Unidos e a Psiquiatria Democrática, na Itália³. No caso brasileiro somam-se as contribuições das políticas públicas e das experiências locais pioneiras dos centros e núcleos de atenção psicossocial, em Santos, São Paulo.

O modelo psicossocial vem ganhando elementos tanto em termos teórico e técnico quanto ideológicos e éticos, aptos a constituírem um novo paradigma para as práticas em saúde mental, capaz de substituir o paradigma psiquiátrico que ainda é dominante. Costa-Rosa (et al., 2003, p.31), observa que de modo geral os elementos teóricos subjacentes a essas experiências passam principalmente pelas idéias sociológicas e psicológicas, pelo materialismo histórico, pela psicanálise e pela filosofia da diferença. Nesse sentido, é importante indicar que o lugar social da saúde mental é um lugar de

³ Estudos sobre estas experiências encontram-se em DESVIAT (1999); ROTELLI (2001).

conflito, confronto e contradição. Entender a saúde mental dessa forma implica em reconhecê-la como expressão e resultante de relações e situações sociais concretas. “Por qualquer perspectiva que se olhe, tratar-se-á sempre de um eterno confronto: pulsações de vida/pulsações mortíferas; inclusão/exclusão; tolerância/intolerância” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p. 29).

A operacionalização da Reforma Psiquiátrica, através da implantação da rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, territorializados e integrados à rede de saúde, tem sido uma construção lenta e difícil, perpassada por interesses políticos e econômicos. Muitas vezes são privilegiados procedimentos técnico-burocráticos, assistenciais, em prejuízo de um serviço que tenha como foco o tratamento da pessoa humana na sua dimensão integral. Por outras, a Reforma Psiquiátrica é entendida como sinônimo de reestruturação de serviços; introdução ou modernização de novas tecnologias de tratamento e cuidado; promulgação de uma nova legislação. Em geral, os problemas passam pela tendência de tornar a Reforma a implantação de centros de atenção psicossocial, de forma a banalizar o serviço, fazendo com que estes sejam uma extensão do hospital psiquiátrico (AMARANTE, 2005).

Não obstante, a transformação do modelo de atenção tradicional requer a construção de uma rede de atendimento ampla, com serviços diversificados e complementares, substitutivos das práticas asilares. O modelo substitutivo não significa alternativo, paralelo, complementar ou intermediário do sistema tradicional. Trata-se de um serviço forte, que comporta uma estrutura complexa em que o sentido das práticas deve ser alterado do “eixo da clínica” para o “eixo da cidadania”. Isso significa olhar para a pessoa-sujeito e não unicamente para a doença (AMARANTE, 2005).

Pensar a mudança do paradigma teórico-conceitual clássico significa provocar uma transformação na cultura da forma tradicional de ver e lidar com a loucura, buscar a construção de um outro lugar social para a loucura e a doença mental, a partir de uma transformação das relações sociedade-loucura/doença mental.

Nesse processo, os centros de atenção psicossocial (CAPS) constituem-se no “braço” do modelo psicossocial. Tornam-se serviços privilegiados para o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial e dispositivos estratégicos para a mudança da atenção em saúde mental.

De acordo com as normatizações do Ministério da Saúde, são atribuições dos CAPS: organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; prestar atendimento em regime de atenção diária; oferecer cuidado clínico eficiente e personalizado; realizar a

dispensação de medicamentos; acompanhar usuários que moram em residências terapêuticas; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, assessorando o trabalho dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território ou área de abrangência (BRASIL, 2004).

No sentido de favorecer o desenvolvimento de práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, bem como estimular a mudança da lógica de ver e lidar com a “doença” e o “doente mental”, o direcionamento da Política Nacional de Saúde Mental preconiza que os projetos terapêuticos dos CAPS podem ultrapassar a estrutura física da unidade, em busca da rede de suporte social comunitária. O atendimento prestado deve ser através de projeto terapêutico individualizado, construído conjuntamente com o usuário. A preocupação principal não deve ser o estabelecimento de um diagnóstico clínico, mas sim o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2004).

Com base no exposto, a presente dissertação de mestrado tem como recorte de estudo a operacionalização da Reforma Psiquiátrica no município de Florianópolis, a partir de uma determinada realidade institucional - O Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. A escolha deste CAPS deve-se ao fato de ser este um serviço público de atendimento diário a portadores de transtornos mentais adultos, único nesta modalidade no município. A população de Florianópolis conta com outros dois centros de atenção psicossocial, um para atendimento de crianças e adolescentes (CAPSi) e outro para atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (CAPSad).

O CAPS Ponta do Coral constitui-se no principal serviço de atendimento extra-hospitalar na realidade local, desempenhando um papel central na assistência a portadores de transtornos mentais graves. A rede municipal de atenção em saúde mental é incipiente, com poucos recursos e o CAPS enfrenta diversas dificuldades na realização de suas atividades, concentrando uma demanda de atendimento superior a sua capacidade.

Destacamos a relevância deste estudo na medida em que está em curso no país uma reforma nos serviços de assistência em saúde mental, em que a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos pelo cuidado comunitário/ambulatorial tem sido a

diretriz básica para a reorganização da política de saúde mental, desde o nível federal aos níveis estadual e municipal.

A reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

O processo de reestruturação dos serviços de saúde mental está baseado na organização de uma rede comunitária de cuidados. Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esportes etc), culturais, religiosos e de lazer são convocados para potencializar as equipes de saúde na tarefa de realizar ações de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004).

Fazem parte desta rede de serviços de saúde mental os centros de atenção psicossocial, os núcleos de atenção psicossocial (NAPS), os serviços residenciais terapêuticos (SRTs), os hospitais gerais, os centros locais de saúde, as equipes de saúde da família e agente comunitários de saúde, entre outros. Particularmente, neste trabalho, nos interessamos por estudar os CAPS por estes assumirem um papel central na organização da rede, constituindo-se em serviços de atenção que “almejam à outra lógica, outra fundamentação teórica-técnica e outra ética, que não mais a do paradigma psiquiátrico” (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.19).

Os CAPS foram criados para serem substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos, oferecendo atendimento em saúde mental à população de sua área de abrangência. São atendidas pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, incluindo aquelas que apresentam transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e crianças e adolescentes. As práticas realizadas neste tipo de serviço devem caracterizar-se por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro, na comunidade.

Oficialmente os CAPS foram instituídos pela Portaria GM/MS N°224/1992 e definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam uma população adscrita definida pelo nível local e oferecem atendimento de cuidados intermediários entre

o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (BRASIL, 2002b).

Atualmente, os CAPS são regulamentados pela Portaria GM/MS N° 336/2002 e integram a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta portaria estabelece critérios de porte/complexidade e abrangência populacional aos CAPS, classificando-os nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad⁴. A classificação dos diversos tipos de CAPS difere, basicamente, quanto ao tamanho da população pela qual se responsabilizam e quanto ao regime de funcionamento.

Os profissionais que trabalham nos CAPS integram uma equipe multiprofissional. São técnicos de nível superior e nível médio, de diferentes áreas de formação. Os profissionais de nível superior são médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física entre outros necessários para as atividades oferecidas, de acordo com o projeto terapêutico do CAPS. Os profissionais de nível médio podem ser técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores, artesãos, profissionais de limpeza e cozinha (BRASIL, 2004).

As equipes técnicas possuem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. Cabe aos profissionais a tarefa de organizar-se para realizar o acolhimento dos usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, realizar as atividades de reabilitação psicossocial, equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas.

Ao considerarmos as práticas em saúde mental de um centro de atenção psicossocial nosso objeto de estudo estamos entendemos que é a partir delas que a mudança de paradigma se torna possível, haja vista que a estruturação de uma rede de

⁴ O CAPS I tem capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e deve funcionar das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira; o CAPS II atende municípios com população entre 70.000 e 200.000, deve funcionar das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas; o CAPS III atende municípios com população acima de 200.000 habitantes, funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana. Já os CAPSi e os CAPSad possuem características diferenciadas dos demais. O CAPSi é referência para municípios com população acima de 200.000 habitantes e constitui-se em um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período até 21 horas. Os CAPSad destinam-se a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. É indicado em municípios com população acima de 100.000 habitantes, funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período funcionando até 21 horas (BRASIL, 2002b).

novos serviços de saúde mental não constitui por si só uma ruptura com o paradigma das práticas asilares, da segregação e da tutela do portador de transtorno mental. Contudo, sabemos que analisar uma realidade institucional é uma tarefa difícil, principalmente quando nos propomos olhar esta realidade em movimento, permeada de contradições e como fruto de um processo sócio-histórico.

Nesse sentido, elegemos como sujeitos informantes os profissionais que atuam no Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, por entendermos que a eles cabe a tarefa de realizar as atividades institucionais cotidianas. Esses profissionais integram uma equipe multiprofissional e assumem um papel fundamental na organização, no desenvolvimento e na manutenção do ambiente terapêutico. A nosso ver, constituem-se atores sociais centrais no processo de implementação e operacionalização da Reforma Psiquiátrica na realidade local.

Com isso queremos destacar que os profissionais de saúde mental exercem um papel relevante para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, seja como partícipes dos movimentos sociais, como gestores da política de saúde mental e/ou como trabalhadores (técnicos) nos serviços de assistência. Particularmente, aos profissionais dos CAPS cabe o compromisso de operacionalizar a mudança da lógica da assistência, na medida que estão atuando em um serviço considerado um dispositivo estratégico da rede de assistência em saúde mental. Esses profissionais estão diretamente ligados aos usuários do serviço e a implementação da política de saúde mental, função que os coloca na linha de frente de um cenário novo que vem passando por formulações e reformulações nos campos “político-jurídico, técnico-assistencial, epistemológico e sociocultural” (AMARANTE, 2003).

Torna-se pertinente ressaltar que o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) teve forte influência nos avanços ocorridos na mudança da assistência psiquiátrica. Constituído inicialmente de técnicos de saúde mental buscava a melhoria da assistência psiquiátrica e denunciava a situação precária dos manicômios. O MTSM posicionou-se em relação à assistência prestada, politizou a questão da Reforma, construiu uma linha de pensamento crítica no campo da saúde mental. Organizados, os trabalhadores criaram fóruns de discussões locais de caráter técnico e político e defenderam as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Posteriormente, o movimento ampliou-se no sentido de ultrapassar sua natureza técnico-científica, organizou sua estrutura administrativa como fórum nacional e passou a ser designado Movimento da Luta Antimanicomial, tornando-se um movimento social que passou a englobar várias entidades como associações de usuários

e familiares⁵, ONGs, entre outras (AMARANTE, 1994, 1995a; SOUZA, 2001; VASCONCELOS, 2000b, 2004).

Assim, nos parece certo que os profissionais de saúde mental são atores sociais influentes na efetivação da Reforma Psiquiátrica. Razões significativas para pesquisar e valorizar suas experiências e opiniões, na medida em que seus relatos podem indicar como vem se realizando no dia-a-dia a Reforma, bem como contribuir para a construção de novas práticas e a produção de novos saberes. E, entendemos como Foucault, que os saberes não são apenas conhecimentos acadêmicos, produções que se autodenominam científicas. Os saberes também estão onde são produzidos, pois sempre criam visões de mundo, produzem histórias e História.

Dessa forma, a presente pesquisa tem a finalidade específica de contribuir para a análise das práticas locais de saúde mental, a partir do estudo da realidade vivenciada no CAPS de Florianópolis e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Lembramos, ainda, que neste ano de 2006 o CAPS Ponta do Coral completa dez anos de atividades, fato que nos leva a destacar a importância de um estudo que identifique as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação deste serviço. No geral, busca-se fornecer subsídios para os avanços nas políticas de saúde mental e contribuir para a produção de conhecimentos sobre a realidade da prática das políticas públicas de saúde mental. Para tanto, elegemos como eixos de estudo e análise cinco pontos, quais sejam: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social e integração com a rede municipal de assistência em saúde.

Constitui-se como objetivo geral do presente estudo a análise da realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira. Para alcançarmos este definimos como objetivos específicos: 1) caracterizar a estrutura e os recursos financeiros disponibilizados

⁵ Cabe registrar que no campo da saúde mental encontram-se associações de composição variada. Há associações de usuários; associações de familiares; associações de usuários e familiares; associações de usuários, familiares e técnicos; associações de usuários e técnicos; e associações de técnicos e familiares. Em sua maior parte, o processo organizativo das associações é conduzido por elementos de constituição de laços de solidariedade e ajuda mútua. Contudo, existem associações que são favoráveis à agenda de inovações da assistência colocada pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e, outras, que se caracterizam como uma comunidade de veto em relação à mesma agenda (SOUZA, 2001).

e sua adequação às atividades do Caps; 2) conhecer as práticas assistenciais desenvolvidas pelo CAPS com relação ao projeto terapêutico e como se organiza o trabalho da equipe técnica; 3) identificar como ocorrem as práticas institucionais de participação do usuário e da família no tratamento e sua relação com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica; 4) identificar se existem e quais são as ações institucionais, intersetoriais e/ou outras criadas com relação a inserção social do portador de transtornos mentais; 5) descrever e analisar a relação existente entre o CAPS e a rede municipal de assistência em saúde com relação a operacionalização da política de saúde mental e do SUS; 6) identificar quais as mudanças ocorridas na atenção em saúde mental com a implantação do CAPS, pontos positivos e negativos.

1.1 Procedimentos metodológicos

Para operacionalizar os objetivos do nosso estudo foi realizada uma pesquisa de caráter qualitativo, do tipo estudo de caso. Segundo Minayo (1994), a pesquisa qualitativa, nas ciências sociais, responde a questões particulares, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Isso significa considerar que trabalhamos com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que correspondem a pontos mais profundos das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser quantificáveis. E, segundo Chizzotti (2003, p. 104), em geral, a pesquisa qualitativa objetiva provocar o esclarecimento de uma situação para uma tomada de consciência pelos próprios pesquisados dos seus problemas e das condições que os geram, a fim de elaborar meios e estratégias de resolvê-los.

Dentre os tipos de pesquisa qualitativa, o estudo de caso talvez seja um dos mais relevantes. É uma modalidade que propicia retratar uma realidade de forma ampla e profunda, de forma a revelar a multiplicidade de dimensões presentes numa determinada situação e contextualizar o objeto para melhor compreendê-lo (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Nesta forma de estudo, o caso é tomado como unidade significativa do todo porque tanto retrata uma determinada realidade quanto revela a multiplicidade de aspectos globais presentes em uma dada situação (CHIZZOTTI, 2003). A principal função do estudo de caso é a explicação sistemática de fatos que ocorrem no contexto social e geralmente se

relacionam com uma multiplicidade de variáveis. Essa técnica caracteriza-se por ser um estudo intensivo, o qual deve considerar a compreensão geral do assunto investigado (FACHINI, 2001).

O local escolhido para a realização do estudo, o Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis, é um serviço público, municipal, cadastrado na modalidade CAPS II, situado à rua Rui Barbosa, 713 (fundos), no bairro Agronômica, Florianópolis/SC. CAPS Ponta do Coral funciona das 8h às 18hs e atende uma demanda média diária de 40 usuários. O serviço foi criado em março de 1996 e funciona neste endereço desde o mês de dezembro do mesmo ano⁶.

A principal fonte de informação da presente pesquisa constituiu-se das falas dos profissionais, de formação de nível superior, e, no resultado do formulário aplicado a todos os membros da equipe do CAPS Ponta do Coral. Utilizamos para a coleta de informações a entrevista semi-estruturada, gravada, com questões abertas, e a aplicação de formulário com questões fechadas (Apêndices A e B). As entrevistas foram orientadas por um roteiro com perguntas estruturadas e agrupadas em cinco blocos correspondentes aos eixos de estudo da pesquisa. De acordo com Trivinos (1987), a entrevista semi-estruturada geralmente parte de certos questionamentos básicos, de perguntas fundamentais derivadas da teoria que é adotada para a pesquisa e de informações que o pesquisador possui sobre o tema a ser pesquisado.

Na pesquisa qualitativa, a entrevista é uma das técnicas mais utilizadas na coleta do material empírico. No tipo de estudo escolhido, foi possível perceber que a entrevista constituiu-se na ferramenta capaz de possibilitar a obtenção de dados mais profundos da realidade, os quais só podem ser obtidos com a contribuição dos sujeitos envolvidos.

O trabalho empírico para coleta dos dados e das informações na Instituição foi realizado entre a segunda quinzena do mês de março e a primeira quinzena do mês de abril de 2006 (16/3/2006 a 13/4/2006). A coleta teve início após a apresentação e solicitação de autorização para a realização da pesquisa à coordenação da Instituição. O projeto foi encaminhado à Comissão de Ensino e Pesquisa do CAPS II Ponta do Coral e à Direção de

⁶ A implantação do serviço foi efetivada em 25/3/1996, ficando instalado, provisoriamente, junto ao Centro de Saúde II do Centro de Florianópolis (atual ULS Centro), na Avenida Rio Branco. Em dezembro do mesmo ano foi transferido para o atual endereço, passando a ser chamado NAPS Ponta do Coral. Seu credenciamento no Ministério da Saúde aconteceu ao longo do ano de 1997. Em 2002, a Portaria GM n° 336 regulamentou a denominação dos antigos NAPS para CAPS (STUANI, 2005).

Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis para parecer. Mediante o parecer favorável (Anexo A) das referidas instâncias, foi realizada, em reunião de equipe, a apresentação do projeto aos profissionais do CAPS Ponta do Coral. Concluída esta etapa, foi realizada a entrevista pré-teste. A escolha do profissional observou os critérios constantes da metodologia do projeto. A entrevistada foi uma profissional da área da psicologia (área que tem mais de um profissional no CAPS) que tinha disponibilidade para a realização da entrevista na data escolhida. A partir desta entrevista, foram realizadas pequenas alterações no roteiro, com vistas a agrupar algumas perguntas, no sentido de diminuir o tempo necessário à efetivação da mesma. A referida entrevista teve a duração aproximada de uma hora e vinte minutos, acrescida de mais quinze minutos para a aplicação do formulário, totalizando uma hora e trinta e cinco minutos.

No total, foram realizadas seis entrevistas e aplicados doze formulários, de acordo com a metodologia estabelecida, a qual privilegiou, para a entrevista, o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de ensino superior, dentre as existentes no CAPS Ponta do Coral, quais sejam: psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Os formulários foram aplicados a todos os profissionais de formação de nível superior e de formação de nível médio. Foi necessário realizar sorteio do profissional a ser entrevistado apenas com relação a área da psicologia, por esta ter quatro profissionais atuando na equipe do CAPS. Como utilizamos um deles para a realização do pré-teste, participaram do sorteio apenas os outros três. O sorteio foi realizado na presença de outras duas profissionais da equipe.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos profissionais. A aplicação dos formulários foi simultânea e obedeceu ao mesmo critério. No caso de três dos profissionais entrevistados não foi possível realizar a aplicação do formulário no momento da entrevista, a pedido dos mesmos, devido a limitações de tempo. As entrevistas foram gravadas em fitas cassete, com a autorização prévia dos entrevistados, e, posteriormente, as falas foram transcritas.

As informações e os dados coletados foram sistematizados e classificados, de acordo com os eixos de pesquisa, e posteriormente analisados com referência à produção teórica sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Os dados originados dos formulários foram analisados e tratados descritivamente, ou seja, reduzidos a termos descritivos. Para efeito de padronização e de comparação foi adotado o método da porcentagem.

A análise final, que, segundo Minayo (1994), corresponde a um movimento contínuo entre o empírico e o teórico e vice-versa para fazer do caos aparente das

informações revelações da sua especificidade, foi construída pela síntese das informações coletadas em cada eixo de estudo, previamente definidos.

As questões éticas foram consideradas em todas as etapas do estudo, especialmente, na relação com os entrevistados, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) e dentro do que determina a Resolução N° 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde e o Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina. Os profissionais foram informados e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa quando da apresentação do projeto em reunião de equipe e individualmente antes da realização da entrevista. Foi preservado o anonimato dos entrevistado ao se utilizar codinomes para referenciar as falas no trabalho, destacando-se que os mesmos escolheram livremente seu próprio apelido quando da realização da entrevista. Apenas uma das entrevistadas optou por deixar a cargo da pesquisadora a escolha do codinome.

O trabalho que ora apresentamos está organizado de forma a contemplar, neste primeiro capítulo, a introdução do tema e a metodologia utilizada na pesquisa; no segundo capítulo descrevemos, sistematizadamente, o norte teórico utilizado como referência para a análise dos dados e das informações coletadas; no terceiro capítulo trazemos os resultados e as análises da pesquisa. Ao final, resgatamos os principais tópicos relacionados aos eixos de estudo e expomos nossas considerações finais sobre o tema.

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA

Procuramos expor neste capítulo uma síntese das análises de alguns autores que têm contribuído para o avanço nas discussões sobre a Reforma Psiquiátrica, bem como a definição do que vem a ser este outro modelo de atenção em saúde mental – o Modo Psicossocial, tanto em seus aspectos prático-assistenciais quanto em suas exigências éticas e teóricas, no sentido de construirmos o norte teórico orientador das análises da presente pesquisa.

Todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, na atualidade, bem como a literatura da área estabelecem a categoria teórico-prática “desconstrução” como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade nas ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Reiteram, também, a incapacidade da psiquiatria de explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (BASAGLIA, 1985; ROTELLI, 1990). Neste sentido, a proposta da Reforma Psiquiátrica objetiva criar experiências alternativas ao hospital psiquiátrico e ao modelo de suas práticas, através da extinção desse tipo de instituição e sua substituição por recursos que sejam capazes de rever tanto as concepções do “objeto” quanto dos “meios” e modos da sua intervenção nessa área.

A partir das contribuições colocadas por Fleury (et. al., 1989), com relação ao conceito de Reforma Sanitária como um “processo de transformação estrutural”, e da noção de *processo social complexo* proposta por Rotelli (1990), Paulo Amarante (2003, p.49), define Reforma Psiquiátrica como:

um processo social complexo que se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade.

Nessa concepção, o autor observa que processo indica algo em permanente movimento, que não tem um fim predeterminado, nem um objetivo último ou ótimo. E, a idéia de complexidade é posta não como sinônimo de complicação, mas sim como uma atitude epistemológica no sentido de reabrir a possibilidade de recomplexificação do fenômeno, proposição oposta a naturalização/objetualização da noção de doença. Neste sentido, a doença deixaria de ser reduzida a uma alteração biológica, para tornar-se um

processo de saúde/enfermidade. Em outras palavras, “a doença não é um objeto, mas uma experiência nas vidas de sujeitos distintos” (AMARANTE, 2003, p.53).

Na continuidade de suas análises sobre a Reforma Psiquiátrica Amarante (2000, 2003) designa quatro dimensões para as transformações operadas na e pelas práticas da Reforma, quais sejam: teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural.

A dimensão teórico-conceitual ou epistemológica contempla o conjunto de questões que dizem respeito a produção de conhecimentos e saberes que irão subsidiar as práticas. É uma dimensão que vai desde a reflexão dos conceitos mais fundamentais do campo das ciências até os conceitos produzidos pela psiquiatria: alienação, doença mental, normalidade/anormalidade, terapêutica e cura. Um aspecto muito importante desta dimensão refere-se ao desafio de se repensar as relações entre conhecimento e objeto (AMARANTE, 2003).

Na interpretação de Costa-Rosa (et al., 2003, p. 32), o campo teórico-conceitual pauta-se na desconstrução de conceitos e práticas, sustentados pela psiquiatria e pela psicologia nas suas visões acerca da doença mental. Propõe-se como contrapartida a construção de noções e conceitos como “existência-sofrimento” do sujeito na sua relação com o corpo social, acolhimento, cuidado, emancipação e contratualidade social. Nesse âmbito, pode-se entender que o conceito de existência-sofrimento impulsiona a Reforma Psiquiátrica na direção de uma revolução paradigmática, uma vez que questiona a tão cara relação sujeito-objeto e o próprio paradigma doença-cura. Tal conceito aparece por contraposição ao paradigma doença-cura, expressando a exigência de se dar ao sujeito a centralidade da cena.

Como exemplo desse campo Amarante (2003, p. 50) destaca o processo de desconstrução do conceito de clínica, que deixaria de ser o isolamento terapêutico ou o tratamento moral para tornar-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades; a desconstrução do conceito de doença produzido pela psiquiatria, em que o sujeito, não mais visto como alteridade incompreensível, possibilitará outras formas de conhecimento, que produzirão novas práticas clínicas e sociais.

Cabe destacar que quando um conceito é submetido ao processo de desconstrução é possível supor que as relações entre as pessoas envolvidas também serão transformadas, assim como os serviços, os dispositivos e os espaços. Conseqüentemente, mudam, ainda, os conceitos e as práticas jurídicas que eram adotadas pelos conceitos desconstruídos.

Para Basaglia (1985) e Rotelli (1990), desconstrução está relacionada à noção de *invenção*, de construção do real, de produção da subjetividade, recolocando em discussão a ciência e a psiquiatria. Os autores referem-se a “desconstrução” do dispositivo psiquiátrico e clínico em seus paradigmas fundantes e suas técnicas de poder-saber, entendendo-a como uma ação prática de desmantelamento das incrustações institucionais que cobriam a doença. A desconstrução questiona as bases do dispositivo psiquiátrico, em sua competência para atuar frente à loucura.

Entende-se desconstrução como um processo social complexo, de desmontagem do dispositivo psiquiátrico, que não tem fim, ou não pretende constituir, um modelo ideal, mas sim dar novo significado às relações e colocar questões imanentes às situações-problema. Nesse sentido, é um processo que precisa, por definição, ser reinventado incessantemente, e questionar também o conjunto dos segmentos sociais que deveria ser [...] objeto de uma verdadeira "revolução molecular", quer dizer, de uma re-invenção permanente (GUATTARI, 1992 apud TORRE; AMARANTE, 2001, p. 14).

A dimensão político-jurídica passa pela criação e alterações na legislação com relação aos direitos e a assistência ao portador de transtornos mentais. O âmbito jurídico é decorrente do fato de a psiquiatria ter instituído a noção de relação entre loucura, periculosidade, irracionalidade, incapacidade, irresponsabilidade civil. No plano político luta-se pela extinção dos manicômios e sua substituição por instituições abertas, pela revisão das legislações sanitárias, civil e penal referente a doença mental, para possibilitar o exercício dos direitos à cidadania, ao trabalho e à inclusão social. Importa nessa dimensão rediscutir e redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais (AMARANTE, 2003, p. 53; COSTA-ROSA, et al., 2003, p. 33).

No âmbito da dimensão técnico-assistencial está o modelo assistencial. É nesse campo que, na realidade brasileira, aparecem mais visivelmente as inovações com relação as práticas assistenciais em saúde mental, concomitante a reconstrução dos conceitos. As transformações vêm acontecendo tanto na concepção de novos serviços (CAPS, oficinas terapêuticas e de reintegração sociocultural, cooperativas de trabalho) quanto na sua forma de organização e gestão (instituições abertas com participação e co-gestão com os usuários e a população).

Nos últimos anos têm-se objetivado construir uma rede de novos serviços, concebidos como espaços de sociabilidade, de trocas, em que se enfatiza a produção de saúde como produção de subjetividades. Essas mudanças indicam para uma mudança nas práticas de atenção e tem significado *colocar a doença entre parênteses*, propiciando

contato com o sujeito, rompendo com as práticas disciplinares; aumentando a possibilidade de recuperação do seu estatuto de sujeito de direitos (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 32-33; AMARANTE, 2003, p.51).

A expressão *colocar a doença entre parênteses* é atribuída a Basaglia, significa a suspensão do conceito e implica na possibilidade de novos contatos empíricos com o fenômeno em questão. Para o autor, a psiquiatria colocou o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença como fenômeno da natureza. Assim, Basaglia propõe uma inversão, isto é, colocar a doença entre parênteses para tornar-se possível lidar com o sujeito e não com a doença.

Amarante (2003) chama a atenção para o fato de a atitude epistemológica de colocar a doença entre parênteses não significa a negação da doença no sentido do não se reconhecer que experiências de sofrimento ou diversidade fazem parte da realidade concreta da saúde mental. Nas palavras do autor:

não significa a recusa em aceitar que exista uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar. Significa, isto sim, a recusa a explicação da psiquiatria, para dar conta daquela experiência, como se esta pudesse ser explicada pelo simples fato de ser nomeada como doença. A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia social e política da exclusão, e a ruptura epistemológica com o saber da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para objetivar conhecer a subjetividade (AMARANTE, 2003, p. 56).

A dimensão sociocultural expressa o objetivo maior da Reforma Psiquiátrica, haja vista que pretende transformar o *lugar social* da loucura no imaginário social, transformando as relações entre a sociedade e a loucura. Muito do imaginário social é decorrente da ideologia psiquiátrica que tornou senso comum a relação da loucura à incapacidade do sujeito de estabelecer trocas sociais e simbólicas (AMARANTE, 2003, p. 53).

Para tanto se têm estimulado uma série de práticas sociais visando transformar o imaginário social relacionado a loucura, a doença mental e a anormalidade. Está em processo de mudança a imagem da loucura e do louco, a imagem da instituição e a da relação dos usuários e a população com ela. A intencionalidade passa pela construção de uma imagem das instituições de atendimento como espaços abertos de circulação e pólos de exercício estético, e uma imagem do “louco” como cidadão que deve almejar poder de contratualidade social (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 33).

Pensar a Reforma Psiquiátrica como um processo complexo implica desconstruir, superar conceitos; pensar, refletir sobre as ações no campo da saúde mental e os efeitos de

suas práticas; criar, construir novas práticas e produzir outros saberes. Trata-se, portanto, de um processo contínuo em que os verbos transformar, produzir, desconstruir, desmontar, emancipar, reconstruir devem estar no cotidiano do fazer em saúde mental.

2.1 O Modo Psicossocial

A elaboração das práticas do modo psicossocial é tributária de diferentes movimentos sociais científicos e vários campos teóricos. Sob esse aspecto, Abílio da Costa-Rosa (2000; 2003), busca especificar elementos básicos do novo paradigma traçando um paralelo de análise entre as práticas constitutivas do modo asilar e aquelas exigidas ao modo psicossocial⁷.

As principais características do modo asilar são: ênfase na consideração de determinantes orgânicos nos problemas que se pretende tratar, o que implica que o seu meio básico seja medicamentoso; pouca ou nenhuma consideração da existência do sujeito, o que implica que não se insista na sua mobilização como participante do tratamento. O indivíduo continua sendo visto como doente, tanto em relação à família quanto em um contexto social mais amplo. Daí decorre que a intervenção seja quase exclusivamente centrada nele. As aproximações da família, quando ocorrem, costumam ter caráter apenas pedagógico e assistencial. Dessa consideração do indivíduo como centro do problema, entre outros fatores, decorre também seu isolamento em relação ao meio familiar e social.

Ainda, com relação as práticas assistenciais, no modo asilar, o trabalho é realizado sem que os profissionais se encontrem para conversar sobre a atividade comum. O prontuário é considerado o elo de interconexão entre os profissionais da equipe. Mesmo no caso em que o meio é multiprofissional, a determinação fundamental dos problemas continua, na prática, sendo biológica. Portanto, a eficácia do tratamento espera-se que venha da química. Sua instituição típica continua sendo o hospital psiquiátrico fechado,

⁷ O autor observa que esta análise tem uma dimensão histórica, na medida que inclui uma consideração dos avanços que tem ocorrido nas práticas concretas até o presente; e outra dimensão lógica, visto que decorre da dedução realizada, através do método de análise, das características imprescindíveis a um determinado dispositivo para que ele configure uma lógica contraditória com a dos dispositivos que pretende superar e substituir (COSTA-ROSA et.al., 2003, p.36).

ainda que nas últimas décadas esse venha sendo alvo de reformas democratizantes, intermitentes e esteja acompanhado de dispositivos chamados extra-asilares.

No modo psicossocial a concepção do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos sustentados para lidar com esse processo requer a desinstitucionalização do paradigma “doença-cura” e sua substituição pelo “existência-sofrimento”, conjuntamente com a configuração de práticas de trabalho transdisciplinares.

Destacam-se como principais exigências ao modo psicossocial: a determinação e consistência psíquica e sociocultural dos problemas, e não orgânica; a desospitalização e a desmedicalização, o que significa desconsiderar a medicação como resposta única ou preponderante e a priori; o exercício da “clínica da escuta e da criação de si”, e não a clínica da observação e da retomada do estado anterior às crises; a horizontalização das relações intrainstitucionais; a participação dos usuários e da população em forma de autogestão e co-gestão; o livre trânsito dos usuários e da população; a ética do reposicionamento do sujeito, que significa reconhecer a implicação subjetiva como forma de singularização e não supressão sintomática.

Os dispositivos institucionais típicos do modo psicossocial são os centros e núcleos de atenção psicossocial, o Hospital-Dia, ambulatórios de saúde mental; equipes multiprofissionais de saúde mental, inseridas em Centros de Saúde; setores para tratamento em saúde mental, inseridos em hospitais gerais. Seus meios básicos de tratamento são a psicoterapia, a laboterapia, as socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural, além da medicação.

É decisiva a importância que se atribui ao sujeito, daí que se insista de maneira fundamental na sua mobilização como participante principal do tratamento. Não se deixa de considerar, por isso, a sua dimensão de indivíduo (orgânico e sócio-cultural). Dá-se ênfase à consideração da pertinência do indivíduo a um grupo familiar e social. Supõe-se que se deve trabalhar também a família e o grupo social como agentes das mudanças buscadas.

Da consideração de que não é o indivíduo o único problemático, sugere-se que se inclua no tratamento também a família e eventualmente um grupo mais ampliado. As formas de participação da família e do grupo ampliado no tratamento são várias e superam, em muito, as posturas assistencial e orientadora, características do modo asilar. As associações de usuários e familiares criadas no modo psicossocial são reflexos dessa nova postura em relação aos usuários.

No modo psicossocial, espera-se que as diferentes possibilidades de ação se estendam desde a continência do indivíduo, durante a crise, até o reconhecimento da implicação familiar e social nos mesmos problemas. Espera-se, portanto, que tanto uns quanto outros possam assumir a parte de seu compromisso na atenção e no apoio. Além disso, dá-se acentuada ênfase à reinserção social do indivíduo, sem perder de vista que, muitas vezes, não é a problemática com a qual ele chegou a responsável pela sua saída da circulação sociocultural.

Quanto às formas de organização institucional, no modo asilar estas são marcadas por estratificações de poder e saber no âmbito do pessoal da instituição, que se transladam para a relação com os usuários e a população, os quais estão excluídos de qualquer participação que não seja a do objeto inerte e o mundo. Já os dispositivos do modo psicossocial tem suas práticas fundamentadas na lógica da Psicoterapia Institucional e da Comunidade Terapêutica e, geralmente, estas são instrumentadas por meio de assembleias de usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental. Participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais no modo psicossocial, por oposição à estratificação e interdição institucionais à heterogestão e à disciplina das especialidades que dominam no modo asilar.

Neste sentido, o autor propõe designar a Atenção Psicossocial como paradigma do modo psicossocial, em oposição ao paradigma psiquiátrico do modo asilar.

2.1.2 Atenção Psicossocial

O termo Atenção, no contexto da Reforma Psiquiátrica, assume o conceito de “dar e prestar atenção, acolher, receber com atenção, tomar em consideração, levar em conta e escutar atentamente”. Designa uma parte fundamental do contorno que se pretende imprimir às ações de Atenção Psicossocial nas práticas em saúde mental. Expressa certos princípios relativos, sobretudo, à forma das relações dos agentes institucionais e das próprias instituições como dispositivos, com os sujeitos usuários e suas demandas (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 22).

Já o conceito Psicossocial designa as práticas em Saúde Mental Coletiva que se inscrevem como transição paradigmática da psiquiatria; enquanto que o termo psicossocial

agrega ao 'objeto' das práticas em saúde mental aspectos psíquicos e sociais, e tem a função de designar experiências reformadoras em sentido amplo (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 19).

Segundo o autor, ao somatizar aspectos sociais e psíquicos aos aspectos biológicos do paradigma e do objeto da psiquiatria a Atenção Psicossocial vai promover transformações nas concepções do objeto, nos modos de conceber e estruturar a instituição como dispositivo e, sobretudo, na forma de conceber e estruturar as relações terapêuticas, que tem, por sua vez, implicações éticas radicalmente distintas das práticas asilares.

A Atenção Psicossocial subentende ações diferenciadas das contidas no paradigma asilar e psiquiátrico. Na definição de Costa-Rosa Luzio e Yasui (2003, pp. 34-36):

a Atenção Psicossocial parece configurar um campo capaz de congrega e nomear todo o conjunto das práticas substitutivas ao Modo Asilar, conservando ao mesmo tempo a abertura necessária para a inclusão das inovações que ainda estão se processando e para outras que certamente virão. [...] As práticas de Atenção Psicossocial representam a sedimentação de um vasto conjunto de variações teórico-técnicas e éticas, mais ou menos radicais, conforme o caso, em relação às práticas vigentes e dominantes, que estão no lugar estrutural de sua alteridade necessária.

Os autores argumentam que a Atenção Psicossocial tem sustentado um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas norteadas pela aspiração de substituírem o modo asilar, e algumas vezes o próprio paradigma da psiquiatria. As ações na esfera político-ideológica trabalham em sintonia com os movimentos sociais que lutam pelo resgate da dignidade humana e dos direitos individuais e coletivos de cidadania. As ações teórico-técnicas referem-se à produção de novas formas de intervenção que possibilitem a construção de novos dispositivos que trabalhem pela transformação radical dos modelos institucionalizados e da ética em que se pautam.

Atenção Psicossocial, entendida como paradigma do modo psicossocial, designa concepções contrárias ao modo asilar. Quando referida as políticas públicas de saúde mental aspira a inclusão de aspectos políticos, econômicos, sociais, culturais e outros relacionados com ações que visam a construção de práticas de emancipação para a cidadania. Neste trabalho, se refere ao modelo de atenção em saúde mental que deve nortear as práticas dos serviços substitutivos, especificamente, a dos centros de atenção psicossocial.

Dessa forma, a complexidade e amplitude das práticas de Atenção Psicossocial inclui como seus componentes necessários, os conceitos e as práticas englobadas na desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, a partir de uma perspectiva baseada no aumento da contratualidade social dos usuários das instituições.

2.2 Desinstitucionalização

A desinstitucionalização tem sua origem nas experiências desenvolvidas por Franco Rotelli (1990), na Psiquiatria Democrática italiana. Segundo o autor, o primeiro passo da desinstitucionalização consiste em desmontar a relação problema-solução, renunciando a busca da solução racional (tendencialmente ótima) que no caso da psiquiatria é a normalidade plenamente restabelecida.

“O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de “cura” mas no projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente” (ROTELLI, 1990, p.30). Neste sentido, trata-se de um processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito doente. A desinstitucionalização traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação na qual exista reciprocidade entre sujeitos - uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade.

Nas palavras do autor,

A desinstitucionalização é, sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. [...] Depois de ter descartado a ‘solução-cura’ se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento (ROTELLI, 1990, p.33).

Em sua origem, os pressupostos da desinstitucionalização encaminham-se no sentido da restituição da subjetividade do indivíduo, possibilitando-lhes a recuperação de sua contratualidade, isto é, da posse de recursos para trocas sociais e, por conseguinte, para a cidadania social. Contudo, alguns estudos sobre as mudanças operadas na assistência no

âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira apontam para a compreensão da desinstitucionalização como desospitalização⁸.

Segundo Spricigo (2001), a desinstitucionalização, não correlata da desospitalização, torna-se a um só tempo, processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito adoecido. Traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação em que exista reciprocidade entre sujeitos, uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade. Isso gera a necessidade de invenção de novas modalidades de mediação, não somente médicas, mas principalmente políticas, sociais e culturais.

Sobre esta questão, Amarante (1995b) enfatiza que a mudança desejada na assistência em saúde mental não corresponde simplesmente ao fechamento de hospitais psiquiátricos e o conseqüente abandono das pessoas em suas famílias ou nas ruas, nem no fechamento de leitos para reduzir custos, no sentido do neoliberalismo ou no sentido do enxugamento do Estado. Segundo o autor,

desinstitucionalização não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativo. Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social (AMARANTE, 1995b, p. 491-494).

⁸ Ver SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Série Teses em Enfermagem, n° 42)

Neste sentido, a proposta da desinstitucionalização está centrada em uma mudança completa do paradigma de saber em saúde mental e, do ponto de vista assistencial, na constatação de que o hospital psiquiátrico tradicional é antiterapêutico. Assim, a estratégia de conversão do sistema de cuidado deve partir da substituição do hospital psiquiátrico por um amplo rol de serviços abertos e comunitários, capazes de assistir o usuário desde a crise aguda até às necessidades mais amplas de caráter social. Nestes novos serviços, a reabilitação psicossocial vem se configurando como um lineamento para o desenvolvimento de programas, eticamente responsáveis, no sentido de dar conta da totalidade das demandas que os problemas mentais severos e persistentes requerem.

2.3 Reabilitação psicossocial

Na definição da Organização Mundial de Saúde (1987 apud PITTA, 2001) reabilitação psicossocial é o conjunto de atividade capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários.

Segundo Pitta (2001), a reabilitação psicossocial, no seu sentido instrumental, é representada por um conjunto de meios (programas e serviços) que são desenvolvidos para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes, ou seja, um processo para facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. Tal processo enfatiza as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo e a cada situação de modo personalizado.

Para Saraceno (2001), a reabilitação psicossocial prevê um processo de restituição e reconstrução de direitos políticos legais e sociais para o cidadão. Para tal, projetos de ressocialização devem promover o reconhecimento do portador de transtorno mental.

Para Kinoshita (2001), reabilitar é reconstruir valores, aumentar o poder contratual, criar condições de possibilidade para que um paciente possa, de alguma

maneira, participar do processo de trocas sociais, produzir dispositivos que, desde uma situação de desvalor quase absoluto (pressuposto), possa passar por experimentações, mediações que busquem adjudicar valores aptos para o intercâmbio, ou seja, modificar o pressuposto de desvalor natural para um pressuposto de valor possível proposto, explícito.

O autor considera que reabilitar pode ser entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia. Sendo que, a contratualidade do usuário vai estar, primeiramente, determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Se estes podem usar de seu poder para aumentar o poder do usuário ou não. Depois pela capacidade de se elaborar projetos, isto é, ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida.

Ainda, diretamente ligada a questão da reabilitação de pacientes está a necessidade de se estabelecerem diversificadas redes de relações, as quais melhor capacitariam os indivíduos a compreenderem quais determinações influenciam sua vida cotidiana, ampliando sua autonomia.

O conceito de autonomia aqui referenciado é entendido como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001).

3 O CAPS PONTA DO CORAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Apresentamos, a seguir, os resultados e as análises da pesquisa realizada, a partir dos eixos que nortearam a coleta dos dados e das informações: estrutura e recursos financeiros, recursos humanos e projeto terapêutico, participação do usuário e da família no tratamento, inserção social, e integração do serviço com a rede municipal de assistência em saúde.

3.1 Estrutura e recursos financeiros

O conjunto de serviços substitutivos ao modelo de atenção em saúde mental tradicional (manicomial/asilar), do qual os centros de atenção psicossocial fazem parte, é, atualmente, regulamentado pela Portaria GM/MS N° 336/2002. Esta portaria estabelece portes diferenciados, a partir de critérios populacionais, para abrangência, financiamento e tipo de serviço prestado, de acordo com cada modalidade de CAPS.

Com relação a estrutura física, os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender a sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado. Para tanto, devem estar equipados com consultórios individuais para consultas, entrevistas, terapias, salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitório, sanitários, área externa para oficinas, recreação e esportes (BRASIL, 2004).

Neste aspecto, O CAPS Ponta do Coral tem uma estrutura que compreende um terreno com área física total aproximada de 1.936,00m², destes, aproximadamente 421m² são de área construída. Fazem parte das instalações, uma casa com dois pavimentos, um anexo, utilizado como sala do brechó, área de lazer e estar externa, e estacionamento. O pavimento superior da casa comporta 2 varandas, sala de recepção, sala de espera, 2 áreas de circulação (corredores), sala de administração, 2 consultórios, sendo que no momento um é utilizado como sala administrativa para realização de procedimentos relacionados ao preenchimento das APACs⁹, 2 salas para atividades grupais com WC, sala de depósito de

⁹ Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo.

material, cozinha com despensa, refeitório com churrasqueira, sala ampla (auditório) equipada com multimídia, sala de enfermagem, sala de repouso, e 7 banheiros distribuídos no espaço físico do pavimento superior. No pavimento inferior encontra-se a sala utilizada pela associação de usuários, 2 salas para a realização de oficinas (com passagem de uma para outra), sala com forno, sala de depósito de material e lavanderia¹⁰.

De acordo a pesquisa realizada, 83,3% dos profissionais considera a área física do CAPS suficiente para o atendimento da demanda e 66,7% consideram as instalações adequadas para a realização das atividades propostas; apenas um profissional observou que considera a estrutura do CAPS suficiente desde que as oficinas produtivas sejam realizadas fora da unidade. A mesma porcentagem (66,7%) considera os equipamentos disponíveis suficientes. Neste âmbito, o serviço conta com computador com impressora, aparelho de telefone e fone/faz, televisão, mesas de escritório, cadeiras, quadro branco, maca para atendimento em enfermagem, camas de repouso, fogão industrial, pia, mesas e bancos no refeitório, bancos para estar e descanso, entre outros. Metade dos profissionais respondeu que os equipamentos estão em bom estado de utilização, com ressalvas para salas com pouca ventilação no pavimento inferior.

Já com relação aos materiais de consumo, 91,7%, correspondente a onze dos doze profissionais que responderam ao formulário, consideram que os materiais de consumo não são suficientes. Eles se referem à falta e irregularidade no recebimento de materiais básicos à manutenção do serviço, tais como copo descartável para água, papel higiênico, e, principalmente, material específico para uso nas oficinas terapêuticas e de produtividade. Esta situação pode ser observada nas falas dos profissionais, que identificam as dificuldades no funcionamento do CAPS com relação a falta de recursos materiais e financeiros:

[...] essa falta de recursos é isso que eu te digo, desde a parte administrativa, nós precisamos de papel, carbono, copo pra tomar água, por exemplo, agora nós somos uma Unidade Local de Saúde que não tem copo descartável, já faz quase quinze dias, vinte dias, não tem copo descartável; falta água, aí nós temos que esperar, sendo que é um lugar que transita muitos usuários, eles tomam medicação e precisam tomar água, eles tomam muita água, e acaba não tendo água potável; por exemplo, teve época que faltou papel higiênico, em um serviço onde os usuários chegam fazem lanche, almoçam, fazem lanche da tarde, eles passam o dia aqui, então precisa ter uma estrutura mínima de atendimento (LÉLI, 4/4/2006).

¹⁰ Conforme Planta Baixa da unidade constante no projeto de reforma e ampliação executado em 2003/2004.

[...] a gente tem também o problema de fornecimento de material de consumo já há algum tempo, também desde que essa administração começou (Gestão Municipal e da Secretaria de Saúde), o fornecimento de material de consumo é interrompido, a gente fica sem tinta pra impressora, sem papel, sem papel higiênico...; tem diversos itens desses que são necessários, fazem parte do funcionamento do dia-a-dia do serviço (F, 12/4/2006).

[...] as oficinas terapêuticas e produtivas, requerem um material específico que precisa de dinheiro, e aqui, na política específica do município não tem uma regularização quanto ao repasse desse dinheiro [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

[...] a falta de agilidade no fornecimento das reservas para as oficinas, tudo isso resulta em um prejuízo para o trabalho; ficou quase uns dois meses a oficina fechada por falta de material, por exemplo [...] (P, 17/3/2006).

Outra dificuldade mencionada pelos profissionais no funcionamento do serviço é o vale transporte dos usuários:

[...] o funcionamento em geral fica prejudicado porque na medida em que falta vale transporte o usuário não vem, não consegue se deslocar para vir até aqui, aí interrompe aquele projeto terapêutico que havia sido feito com o usuário [...] (VIK, 24/3/2006).

[...] a questão, por exemplo, da dificuldade que a gente tem aqui: o transporte dos pacientes, a questão do passe, é muito irregular; então, isso reduz a nossa produtividade também, porque os pacientes acabam não vindo. Muitas vezes a gente não pode, por exemplo, contar com aquele paciente que veio para uma entrevista inicial porque ele não tem como estar vindo no curto prazo, então, acho que isso, a questão do custo que é o transporte em Florianópolis, também acaba afetando o nosso trabalho, então, nesse sentido, a falta de regularidade no passe [...] (P, 17/3/2006).

A partir dessa relação entre as diversas necessidades para o funcionamento do serviço é possível perceber que os profissionais assumem como princípio uma concepção de saúde ampliada, na qual não basta somente o atendimento terapêutico. Outros fatores estão interligados e contribuem para que a assistência efetivamente ocorra. Contudo, a concepção e prática setorializada das políticas sociais brasileiras provoca situações dessa natureza, na medida em que não se trabalha a inter-relação entre elas. Esta forma de setorialização das políticas sociais, no entanto, não é característica apenas da realidade brasileira, mas uma “modalidade do Estado burguês” que traduz as expressões da questão social mediante a tipificação das políticas sociais (NETTO, 1992).

Várias iniciativas têm buscado romper com esta perspectiva como a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), que reafirmou a necessidade de se garantir e melhorar o acesso aos bens e serviços da sociedade: prover trabalho, creches, profissionalização, educação, lazer, escolas, habitação, transporte, segurança pública, saneamento básico. Também, destacou ser fundamental enfatizar a questão do transporte urbano acessível aos usuários, a fim de que seja garantido o deslocamento entre os serviços de saúde e sua moradia (BRASIL, 2002a).

Na seqüência da pesquisa realizada, dois entrevistados referiram que a falta e as dificuldades no fornecimento dos recursos materiais necessários estão mais acentuadas na atual gestão administrativa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)¹¹. Foram relacionadas, ainda, como dificuldades, a falta de um carro disponível para o CAPS, a falta de terapeuta ocupacional, de outro médico psiquiatra e outros profissionais de nível médio (auxiliar administrativo, pessoa para limpeza). Outras questões listadas estão relacionadas aos recursos humanos e as necessidades de integração do serviço na política municipal de saúde. Os profissionais relatam a existência de dificuldades de interação da equipe, falta de capacitação, supervisão institucional, falta de apoio institucional, falta de efetivação de uma rede de saúde mental e/ou a existência de uma rede de atenção ainda incipiente, em processo de formação, falta de estrutura para atenção às urgências, dificuldades do gestor em compreender a lógica da saúde mental, salários incompatíveis com as funções.

Os problemas relatados pelos profissionais aparecem diretamente relacionados à insuficiência dos recursos financeiros de custeio do serviço. Todos os entrevistados referiram que os recursos gerados pelo serviço, através das APACs, não são suficientes para a realização das atividades do CAPS. Dentre as atividades prejudicadas, o trabalho nas oficinas foi apontado como o principal, conforme aparece na fala a seguir:

o que requer mais recursos, atualmente, são as oficinas produtivas, por exemplo, houve uma paralisação de muitas das oficinas quando faltou recurso. O recurso não é exatamente suficiente. Eu acho que os R\$ 500,00 por mês é um recurso pequeno [...] acho que o recurso poderia ser maior, pelas necessidades ele acaba sendo reduzido, não é uma coisa que você possa comprar a vontade, assim, é limitado, muitas vezes, a oficina tira de uma pra passar pra outra (P, 17/3/2006).

¹¹ Gestão Municipal 2004/2008; a Gestão da Secretaria de Saúde referida é a de 2004 a abril de 2006 que teve como gestor o vereador Walter da Luz; à época da coleta dos dados empíricos houve mudança do gestor municipal de saúde, assumindo o cargo o ex-secretário estadual de saúde João José Cândido da Silva.

Um dos profissionais apontou como principal atividade prejudicada pela falta de recursos financeiros a questão do território. Segundo este, a falta de recursos interfere no atendimento prestado, no sentido de que não é possível realizar o acompanhamento, a inclusão e avaliação do usuário em seu território. De acordo com este profissional,

o dinheiro do CAPS pode ser melhor gerido se investir no território. Investir no território seria elaborar projetos, ter mais articulação com a associação de moradores, ou seja, com os recursos que o território oferece, e aí precisa aumentar a própria equipe porque vai ter equipes que vão ter que se deslocar do CAPS; vai ter que ter investimento em carro, daí vai ter que ter um motorista, os próprios agentes comunitários tem que ter essa parceria, isso tudo implica em financiamento. [...] como eu sempre digo, território é onde a vida acontece, onde a cultura é produzida, onde as manifestações de vida, elas estão mais visíveis [...], mas investir lá no território, a equipe tem que estar inserida lá, estar toda hora pensando e discutindo [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

De acordo com as recomendações da política do Ministério da Saúde, as ações de saúde mental devem obedecer a um modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas. São ações que envolvem práticas de reabilitação psicossocial, promoção da cidadania, construção da autonomia possível dos usuários no ambiente em que eles vivem, e que necessitam de uma equipe multidisciplinar capaz de trabalhar sobre a ótica da interdisciplinaridade (BRASIL, 2004).

Necessariamente, a mudança de um modelo assistencial requer a análise de sua estrutura de financiamento. Isso significa que as características singulares e diferentes dos CAPS, em relação aos modelos tradicionais de assistenciais, e a complexidade das ações desenvolvidas por estes serviços necessita vir acompanhada de uma mudança na lógica de alocação de recursos financeiros.

Atualmente, o principal órgão financiador dos CAPS é o Ministério da Saúde (MS). Com a publicação da Portaria GM/MS nº 336/2002 os CAPS passam a fazer parte das ações estratégicas do MS. Esses serviços são incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e a remuneração é através do sistema APAC/SIA¹². Baseado na fatura que o prestador de serviços de saúde apresenta ao SUS, correspondente aos seus gastos

¹² A Portaria GM/MS nº 336/2002 descreve os procedimentos objeto de remuneração, classificando-os em intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Para essas três modalidades de atendimento, a Portaria GM/MS nº 189/2002 fixou o número máximo de atendimentos mensais para cada modalidade, de acordo com cada tipo de CAPS, sendo que para cada tipo de procedimento é destinado um valor diferenciado. Nos CAPS II, um procedimento intensivo custa R\$ 25,40; um semi-intensivo, R\$ 16,30; e um não-intensivo, R\$ 14,85 (BRASIL, 2002).

mensais com a produção de atendimentos aos usuários dos CAPS, o Ministério da Saúde repassa, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, o montante equivalente à sua produção. A inovação introduzida por este modelo de pagamento refere-se à fonte de financiamento, ou seja, ao acréscimo de recursos financeiros repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estadual e Municipal de Saúde (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, pp.129-132).

Sobre este aspecto, perguntamos aos entrevistados qual conhecimento possuem sobre o repasse dos recursos financeiros para o CAPS. Na sua maioria, eles referiram saber sobre os recursos originados a partir das APACs, contudo, relataram não saber sobre o controle do uso desse recurso, conforme expresso nas falas relacionadas:

[...] tem o valor, o montante desse valor que é produzido dos atendimentos pagos pelo Ministério (MS), então, tem isso mensal, a gente tem o valor que chegou, somou, vamos dizer assim, esse montante que a gente somou dos atendimentos feitos no mês, isso a gente sabe, porque as APACs são geradas aqui no CAPS, mas o repasse disso via Fundo Municipal, esse controle eu não sei, eu sei do valor que tem que receber mensalmente (VIK, 24/3/2006).

Bom, formalmente, eu desconheço qualquer..., todas as formas de recursos. O dinheiro da produtividade referente as APACs vai para o Fundo Municipal de Saúde e nunca teve prestação de contas disso. Na verdade a gente não sabe qual é o destino que é dado nem quanto vem; tem o nosso levantamento interno da produtividade, mas não sabemos o que é feito desse recurso (F, 12/4/2006).

Alguns profissionais referiram-se ao fato de o município não ter gestão plena do SUS,

Bom, eu tenho algum, pouco do que é repassado, a gente sabe o que foi recolhido, por exemplo, através das APACs, que são os atendimentos feitos aqui, então eu sei quantos atendimentos foram, qual seria o valor que essas APACs dariam, mas eu não sei qual o valor que a gente acaba recebendo, que fica num fundo perdido, no sentido de que é um fundo único por não ser gestão plena (J, 22/3/2006).

O conhecimento que eu possuo é muito irregular e insatisfatório, assim, a relação APAC, por exemplo, o repasse do dinheiro que viria do Ministério da Saúde a gente acaba..., nós não somos gestão plena então vai pra secretaria (municipal) de saúde e ali é passado pra compra de alimento..., enfim, mas nós não temos autonomia sobre esse dinheiro, então, uma vez que você não tem autonomia o teu conhecimento fica restrito. Está na mão da secretaria mesmo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais discorreu detalhadamente sobre a forma como os recursos são gerados e repassados à unidade gestora (SMS), referindo-se que todas as diretrizes sobre financiamento do serviço são preconizadas pelo Ministério da Saúde através de portarias.

Os recursos financeiros do CAPS são obtidos através de APACs, Autorização de Procedimento de Alto Custo; pra se preencher uma APAC é necessário que haja uma organização do serviço em cima de modalidades de atendimento; as modalidades de atendimento podem ser: semi-intensivo, intensivo e não-intensivo, cada um tem um determinado valor em relação a esse procedimento, ou seja, todas as diretrizes em relação a financiamento, o Ministério preconiza isso em portaria, então, os conhecimentos que eu possuo em relação aos recursos financeiros do Caps são os conhecimentos que já estão preconizados em relação ao Ministério da Saúde; essa APAC uma vez preenchida ela é computada, ela é repassada pro governo federal e este repassa o dinheiro fundo a fundo; esse dinheiro vem pro Fundo Municipal de Saúde, e é esse dinheiro que é aplicado na saúde mental pra ter a gestão do serviço [...] aqui acontece da seguinte forma: cada gestor municipal, como a política é municipalizada, eles criam um protocolo, nesse protocolo eles colocam de que forma esse dinheiro pode ser gastado na saúde mental; então, existe um documento no município dizendo, olha na saúde mental você pode gastar tanto com a associação de usuários, tanto pra comprar materiais, tanto pra gastar em vale transporte; então, existe um protocolo dizendo no que você pode gastar esse dinheiro que vem na saúde mental; é um dinheiro que vem do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde; esse dinheiro cai nessa conta e ali existe um acordo de como se gastar; esse dinheiro é manejado pelo gestor municipal de saúde (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme apontam Freire, Ugá e Amarante (2005, pp. 131-133), o modelo de alocação de recursos dos CAPS (sistema de remuneração por APAC) trás contribuições à política nacional de saúde mental ao inserir os CAPS no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) do MS, pois proporciona maiores incentivos financeiros, haja vista a alocação de recursos municipais extra-teto para a manutenção de serviços já existentes e a implantação de novos serviços.

Contudo, os mesmos autores ressaltam que há de se perceber que a lógica da remuneração que o SUS imprime aos CAPS vincula-se, preponderantemente, à doença. Ou seja, as unidades assistenciais do SUS seguem um sistema de remuneração vinculado a um diagnóstico, mais especificamente, a um episódio de doença, internação, contidos na tabela de procedimentos hospitalares (SIH/SUS) ou a ações ambulatoriais, inscritas na tabela de procedimentos ambulatoriais (SIA/SUS). Desta forma, “o sistema de saúde encontra-se, em sua quase totalidade, voltado para a produção de atos vinculados a doença, isto é, atos

curativos, valorizando, em consequência, intervenções predominantemente individuais, que são remuneradas pela venda de procedimentos, diárias e atos médicos-assistenciais de natureza privatizante” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p 133).

Amarante (2003, pp. 62-63) considera que os CAPS, como os serviços integrantes do SUS, também foram capturados pela lógica da *inampização*, ou seja, pela lógica do pagamento por procedimento. Para o autor, “o modelo prevalente dos CAPS é o herdeiro mais autêntico e legítimo da lógica do antigo INAMPS, onde a saúde era reduzida a doença, ao mesmo tempo em que o sistema de saúde era reduzido a assistência médico-curativa”.

Portanto, o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. Pelo contrário, tente a prejudicar a complexidade de ações dos CAPS, na medida em que não é previsto financiamento das diversas relações que podem ser estabelecidas com a comunidade, com as lideranças e associações comunitárias. Tais ações, dentre muitas outras possibilidades de intervenção territorial, “são inerentes a esse tipo de serviço e objetivariam imprimir um processo de transformação cultural nos diversos segmentos da sociedade, no lidar e no acolhimento das pessoas em sofrimento mental” (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 135).

Sobre a forma de repasse dos recursos financeiros ao CAPS, os profissionais entrevistados relataram não existir descentralização administrativa. Os recursos chegam ao serviço na forma de materiais. Alguns profissionais observaram que até a gestão administrativa da secretaria municipal de saúde anterior eles tinham acesso a uma verba de R\$ 500,00 que utilizavam na compra de material para as oficinas. A partir da atual gestão esse dinheiro não foi mais repassado. A compra do material passou a ser feita através de orçamento encaminhado à secretaria, que faz o pagamento, e os profissionais retiram os materiais.

Não, a gente não tem acesso a esse recurso diretamente, a gente não é uma unidade que gere o seu recurso; ele vai pra secretaria e a secretaria... por exemplo: toda a compra de... o pagamento dos almoços, lanches, etc.. é a secretaria que faz; a gente não tem autonomia; o único recurso que a gente manuseia são os R\$ 500,00, que vem para as oficinas; isso é dividido, as Oficinas fazem um rateio, cada oficina compra o seu material, mas até parece..., da última compra fui eu que comprei, ela (SMS de Florianópolis) determinou, já colocou a empresa que vai fornecer; não sei se foi mediante licitação, já fez o pagamento direto, a gente só foi lá escolher e pegar os produtos que tinham sido

solicitados; então..., de outras vezes, por exemplo, a gente pegava o cheque ia lá comprava, pagava naquele valor, agora isso não foi feito dessa forma (P, 17/3/2006).

Desde que começou essa administração (Gestão Municipal 2004-2008) acabou esse repasse; então atualmente a única vez que a gente conseguiu material pras oficinas foi através de empenho que a própria secretaria fez..., então, permanece centralizado, a única coisa que a gente teve que fazer foi ir nas lojas fazer orçamento, passar pra secretaria, a secretaria emitiu as notas, e aí a gente foi buscar o material com essas notas, mas não com o dinheiro (F, 12/4/2006).

Não, não existe, porque, na gestão passada (Gestão Municipal 2000-2004) ainda vinha uma verba de dois em dois meses, tipo quinhentos reais pra compra de material pra oficinas; nós comprávamos, apresentávamos as notas e depois eles colocavam o dinheiro; nessa gestão (Gestão Municipal 2004-2008; Gestão da Secretaria de Saúde de 2004 até abril de 2006) não existe nada, então, a pergunta se existe descentralização administrativa dos recursos financeiros, não, não existe (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos profissionais referiu-se a descentralização não apenas como repasse de recursos financeiros e funções administrativas, mas como compartilhamento de poder na gestão do serviço.

Essa descentralização, eu estou entendendo como um compartilhamento de poder; não existe esse compartilhamento de poder na hora de gerir os recursos, assim, o CAPS possui CNPJ, mas ele não possui uma conta específica pra vir dinheiro pro CAPS, não existe isso, existe esse acordo que eu te falei, que vem do fundo a fundo e esse dinheiro vai pra saúde mental e o CAPS tem uma vertente pro CAPS, o dinheiro não é só pro CAPS, ela vai pra saúde mental, e aí o CAPS acaba utilizando esse dinheiro, então, quando pergunta sobre a descentralização eu faço a avaliação de que é o compartilhamento de poder, então, não tem isso, é o gestor que acaba se apoderando desse sistema de financeiro, a gente não interfere (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ao considerarmos a questão da descentralização político-administrativa dos recursos financeiros, temos a intenção de destacar que a transferência desta prática às unidades prestadoras de serviços em saúde nos municípios poderia estar favorecendo uma melhor utilização e adequação dos recursos às necessidades reais do serviço, bem como possibilitar maior agilidade na compra dos materiais e viabilizar um processo de gestão democrática e participativa, entre técnicos trabalhadores, usuários e gestores. Essa prática traduz-se, por sua vez, em um exercício político-pedagógico de construção da democracia, objetivando uma atuação com transparência na administração da coisa pública.

Quando questionados sobre se a descentralização financeira dos recursos possibilitaria o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, os

profissionais, na sua maioria, disseram que sim, com algumas ressalvas feitas para a necessidade de mudanças na forma de gestão administrativa do serviço, conforme expresso nas falas que seguem:

Sem dúvida, sim sem dúvida, isso é um equívoco assim porque..., justamente porque a gente não sabe qual é o destino dado a esse dinheiro. A gente acredita que se a gente tivesse mais transparência nesse processo a gente poderia pelo menos priorizar certas coisas que são de fato importante e garantir que elas fossem..., que a gente conseguisse obter essas coisas, enfim, o investimento necessário (F, 12/4/2006).

A melhor utilização sim acho que o planejamento teria que ser anterior, mas sim, acredito que utilizar no sentido até..., porque muitas vezes, como vai para esse Fundo que é pra todos, pra toda a saúde, você acaba sem saber, igual agora, que a gente já tem o dinheiro da supervisão disponível na secretaria, mas não tem como a gente começar amanhã, embora o dinheiro já esteja lá., porquê? porque a gente não sabe como esse dinheiro vai sair e entrar na mão do terapeuta que vai fazer a supervisão da equipe e isso pode demorar um mês, dois meses, vai saber, seria melhor, claro (J, 22/3/2006).

Sim, com certeza, porque nos iríamos sentar e ver as necessidades, por exemplo, esse ano nós ficamos desde o ano passado até um mês atrás sem material nenhum pras oficinas e as oficinas que mais tinham, capitalizavam usuários e não tínhamos material, nós tivemos que suspender as oficinas; então nós sabemos das necessidades, as necessidades dos usuários, quais as oficinas tem mais usuários, pra gente pode administrar e vê onde pode estar investindo (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que sim porque ficaria mais próximo da própria administração do CAPS, porém, ia surgir a necessidade de ter todo um aparato administrativo pra poder gerenciar isso, mas assim, na medida que aqui no CAPS a gente tem uma gestão participativa, em que os usuários estão reunidos semanalmente pra pensar as regras do CAPS, as necessidades do CAPS, enfim, seria mais interessante talvez, esse repasse direto tu quer dizer, é... não sei assim, a princípio..., hoje a gente tem uma estrutura de conselho que prevê o controle social através do Fundo Municipal de Saúde, o Conselho Municipal tem essa ligação também, e aí a gente está lá também, de certa forma representado (VIK, 24/3/2006).

Olha, eu acho que teria que mudar um pouco a nossa dinâmica de funcionamento; não deixa de ter um lado...bom, é uma faca de dois gumes, poderia facilitar a gente fazer um processo mais rápido talvez, não faltaria coisa, porque as vezes faltam coisas básicas, agora, por exemplo, faltam copos, se você tivesse o recurso você ia ali e comprava uns pacotes de copos, não teria essa... essa falha; agora é saber que é mais uma tarefa também que acumularia em termos administrativos, financeiros, quer dizer, não sei se você não está ali também inchando o processo burocrático aqui dentro do CAPS; eu acho que pode ter vantagens, mas pode ter desvantagens; eu teria que pensar melhor, nunca pensei nessa possibilidade; assim, acho que o dinheiro da Oficina, puxa, se a gente tivesse aqui uma verba seria mais fácil, as vezes faltam coisas

pequenas que você não tem como estar repondo aqui, tem que esperar uma nova verba, de repente pra.... (P, 17/3/2006).

Um dos profissionais observou sobre as questões práticas e políticas que envolvem a descentralização no contexto do SUS:

Esse compartilhamento de poder ele só pode ser discutido dentro da lógica do SUS, universalização, integralização, etc., dentro dos preceitos do SUS tem o controle social, essa descentralização só pode ser discutida quando acontece o controle social. Hoje essa descentralização ela tem que ser discutida no Conselho Municipal de Saúde e mais precisamente no conselho gestor dentro do CAPS; agora, porque não ocorre isso? Porque não tem a clareza da necessidade; eu acredito que as pessoas que acabam estando na prática, principalmente no CAPS, se sobrecarregando com as coisas, e acabam não tendo a clareza, ou não querendo assumir mais um encargo trabalhista; então, esse é um dos grandes problemas que existe, a sobrecarga de trabalho, as condições de trabalho, aí você acaba tendo que lutar por tudo isso; isso aí eu vejo que tem muito a ver com a questão da militância, pessoas que já estão, lá na época ou do ensino médio, que já começam ir pros grêmios, depois a pessoa acaba indo pra militância no movimento estudantil, e quando vão pros serviços de saúde são profissionais mais críticos, que acabam tendo essa visão mais ampla da saúde e da política; então, as pessoas que acabam chegando no serviço com um pouco desse ideal de controle social eu diria, acabam questionando mais essa questão da descentralização; voltando a tua pergunta sobre a descentralização financeira, ela poderia sim possibilitar um melhor planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do CAPS, se houver o controle social dentro dessa descentralização financeira (GIRASSOL, 20/3/2006).

Cabe destacar que a proposta da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, na regionalização e na hierarquização da rede de serviços, constante entre os princípios e diretrizes do SUS, coloca o município como lugar privilegiado para o desenvolvimento de uma política de financiamento das ações em saúde, com critérios transparentes, e que respeite as particularidades da realidade local. O Ministério da Saúde continua a ser a instância que, na administração do Fundo Nacional de Saúde (FNS), acompanha a aplicação dos recursos que são repassados aos estados e municípios. Estes, por sua vez, são obrigados a constituir os seus respectivos fundos de saúde e conselhos estaduais e municipais, elaborar planos de ação e apresentar relatórios de gestão, garantindo também a existência de contrapartida de recursos para a saúde nos seus orçamentos (COSTA, 2002).

Embora a descentralização seja uma prática com vistas a aumentar o poder decisório de aplicação dos recursos na esfera local, esta ainda apresenta muitos problemas, na medida que não consegue alcançar efetividade, dados os impasses de ordem burocrática e administrativa. Por si só a descentralização não garante maior controle social ou uma prática democrática. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada que abarque as especificidades da área da saúde mental.

Nesse sentido, a lógica fundamental da estrutura de financiamento exigida é a de que os recursos financeiros devem ser centrados nas pessoas e não nos serviços. O financiamento deve contemplar todas as ações necessárias e decorrentes da implantação, implementação e sustentação de uma nova política de saúde mental (BRASIL, 2002a). O que deve ser colocado em pauta é a viabilidade de se financiar o CAPS como um todo, envolvendo todas as suas ações e especificidades, permitindo-se que cada serviço tenha flexibilidade para realizar seu trabalho de acordo com as necessidades locais, desvinculando o financiamento da relação de compra e venda de serviços e da noção de doença (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 136).

3.2 Recursos humanos e projeto terapêutico

Os profissionais que trabalham nos CAPS compõem um grupo de diferentes técnicos de formação de nível superior e nível médio, e integram uma equipe multidisciplinar. Todas as unidades de serviço devem obedecer a exigência da diversidade profissional e cada CAPS tem suas próprias características quanto ao tipo e a quantidade de profissionais. A equipe mínima indicada para os CAPS II é composta por médico psiquiatra, enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior de outras categorias profissionais entre psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro necessário ao projeto terapêutico e seis profissionais de nível médio entre técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).

O papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. As equipes devem organizar-se para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação

psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e poder equacionar problemas inesperados e outras questões que demandem providências imediatas (BRASIL, 2004).

Neste item nos propomos a descrever e analisar a composição e perfil da equipe técnica do CAPS Ponta do Coral, bem como as dificuldades e facilidades do trabalho em equipe consideradas pelos profissionais, a existência de práticas interdisciplinares no atendimento ao usuário, de projeto terapêutico e planejamento das ações da unidade de serviço¹³. Ao final do item consideramos os apontamentos dos profissionais sobre as diferenças do atendimento prestado no CAPS em relação ao realizado nas instituições tradicionais/hospitais psiquiátricos.

3.2.1 Caracterização da equipe: capacitação específica para atuar no CAPS e conhecimento sobre a política de saúde mental

O CAPS Ponta do Coral conta com uma equipe de profissionais multidisciplinar que atua diretamente no atendimento aos usuários. São profissionais com formação de nível superior nas áreas de psiquiatria, serviço social, psicologia, enfermagem, educação artística e sociologia. Entre os de formação de nível médio estão dois técnicos em enfermagem e um auxiliar administrativo. Compõem a equipe, ainda, os profissionais de apoio, vigilantes e auxiliar de limpeza, e estagiários de psicologia, serviço social e enfermagem.

¹³ É importante destacar que o perfil bem como a opinião dos profissionais sobre o serviço varia, no decorrer do tempo histórico, de acordo com a composição da equipe naquele determinado momento. Outros trabalhos já realizados identificam o perfil da equipe, a percepção dos profissionais sobre o trabalho no CAPS, o significado e o processo de inserção no serviço, a concepção sobre o modelo assistencial e práticas de desinstitucionalização, em épocas anteriores. Entre estes ver: GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003; FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial** - percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004; NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental:** em busca da articulação e qualificação das ações em saúde. Monografia (Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Lato Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

A maioria dos técnicos de nível superior concluiu a graduação na década de 1980. Metade deles possui capacitação específica na área de saúde mental, em geral, cursos de formação e aperfeiçoamento, especialização em terapia cognitiva comportamental, saúde pública, clínica, psicoterapia, psicanálise, atenção psicossocial. Três profissionais possuem mestrado nas áreas de enfermagem, sociologia política, artes cênicas; um fez residência médica em psiquiatria e cursa mestrado na mesma área; uma profissional tem doutorado em sociologia política.

Mais da metade dos profissionais (58,3%) possuem experiências de atuação profissional em outras instituições da área de saúde mental como clínica de internação, hospital psiquiátrico, centro comunitário de saúde mental, serviços de atenção à dependentes químicos e centro de atenção psicossocial. A maioria (66,7%) atua na área de saúde mental a partir da segunda metade da década de 1990. Cinco profissionais identificaram ter experiência de atuação em outras instituições que não da área de saúde mental.

Com relação ao tempo de serviço no CAPS, quatro profissionais atuam desde a implantação do serviço, em 1996, três ingressaram na equipe entre os anos de 2001 e 2002, e quatro profissionais passaram a fazer parte da equipe recentemente, a partir de meados de 2004. Quanto ao tipo de vínculo empregatício, a maioria, 75% (9 profissionais), é servidor público concursado, dois são contrato temporário e um ingressou no serviço público municipal através de indicação técnica. Nove profissionais possuem regime de trabalho de 30 horas semanais e 3 deles trabalham 40 horas semanais.

Com relação a capacitação específica em saúde mental para atuar no CAPS, todos os entrevistados consideram esse quesito de grande importância. Entre as razões apresentadas estão: a necessidade de compreensão e entendimento comum do que é um CAPS e o entendimento do tipo de assistência que este serviço deve oferecer; a preocupação com a diferença no atendimento que o CAPS deve oferecer em relação aquele prestado em outros serviços de saúde mental; a necessidade da capacitação para suprir as defasagens da formação acadêmica, que, em geral, não abarca as especificidades do campo da saúde mental.

Na opinião dos entrevistados,

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS, não tem a qualificação pra atuar, então ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então é necessária a questão da capacitação... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Ah sem dúvida, sem dúvida, principalmente porque o que a gente está propondo é uma reformulação no modo da assistência em saúde mental, então é preciso que quem venha trabalhar num CAPS entenda essa lógica, que não venha pra cá com a mesma mentalidade do que se faz no hospital psiquiátrico, do que se faz em ambulatório, é outra coisa também diferente da atenção básica, então o CAPS precisa disso, precisa que o profissional tenha essa.., esse tipo de orientação, esse tipo de compreensão da sua finalidade (F, 12/4/2006).

Muito, muito importante, justamente por isso que eu estou te falando, porque assim, o profissional que trabalha no campo psicossocial, de qualquer área, ele necessariamente precisa quebrar a prática estereotipada pra poder entrar num serviço como esse porque o assistente social de um CAPS ele não é aquele assistente social de um hospital psiquiátrico, ele muda, ele faz outras coisas, ele se coloca de outro jeito, assim também é o médico, assim também é o psicólogo, o enfermeiro, então, uma formação específica pra essa área é bastante adequado porque vai tratar especificamente das necessidades que se colocam no cotidiano (VIK, 24/3/2006).

Considero, considero sim. É interessante que cada um tenha um saber, que traga o seu saber pela sua formação, da sua prática, do seu bairro, da sua comunidade, mas trabalhar no CAPS não é trabalhar em ambulatório, trabalhar no CAPS é ter um conhecimento sim do que é uma Reforma Psiquiátrica, do que significa um CAPS num panorama hospitalocêntrico. É toda essa questão política que tem por trás, questão financeira também, que é um serviço que se propõem substituir sim progressivamente os hospitais. Em muitos lugares isso já é feito, já conseguem fazer internação zero, outros lugares não; então, uma abordagem no CAPS precisa sim ter capacitação (LÉLI, 4/4/2006).

Sim, até por que o que é o CAPS? O quê um CAPS deveria ser? Cada um tem a sua idéia do que é um CAPS, mas ela não é uma idéia homogênea, então a minha experiência do que é um CAPS em outros lugares, que eu já tive em outros lugares especificamente, é muito diferente do que eu chego aqui e encontro as pessoas falando o que é um CAPS. é claro que a capacitação para um CAPS, para o que é o trabalho em CAPS podia homogeneizar, pelo menos todo mundo iria estar falando a mesma língua (J, 22/3/2006).

Sobre este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005, p. 30), observam que “os profissionais de saúde mental são, ainda em grande parte, formados a partir da prática cotidiana que caracteriza a lógica manicomial”. Hospitais e clínicas psiquiátricas constituem-se ainda os espaços onde “são oferecidos treinamentos em serviço (sob a forma de estágios e residências) aos profissionais que irão, no futuro, tentar materializar a nova lógica dos serviços substitutivos”.

Os autores destacam que “do sucesso da forma de organização da produção e transmissão do conhecimento pode depender o sucesso da própria reforma psiquiátrica” (OLIVEIRA; DORNELES, 2005, p. 32). Neste sentido, é importante que seja colocado na

cena do debate o funcionamento das instituições de aprendizado profissional sob a ótica da reflexão sobre as práticas e não apenas sobre o discurso das propostas dos cursos de formação. Os centros de formação devem se programar, planejar e garantir aprendizado e treinamento supervisionado, em que se pratique e construa espaços de práticas genuinamente terapêutica.

Na mesma direção, um dos entrevistados expressou sua preocupação com relação a seleção dos profissionais que vão atuar no CAPS, argumentando que os resultados do trabalho também dependem desse aspecto.

A capacitação é importantíssima porque algumas disciplinas que vêm atuar no CAPS não tem a qualificação pra atuar, então, ela é primordial nesse sentido, ou seja, os currículos acadêmicos não dão conta dessa especificidade, então, é necessária a questão da capacitação [...]. o processo de inclusão do profissional na área da saúde mental hoje, como se dá? Ele se dá por indicação política, seleção por contrato temporário e por concurso público. A indicação política pode ofertar profissionais desqualificados, pode! O contrato temporário, se não tiver um rigor no perfil que se quer pra trabalhar em CAPS vai acontecer a mesma coisa, um profissional desqualificado, o concurso público a mesma coisa, se não tiver um perfil, se não tiver o que se gostaria realmente, qual profissional que você gostaria de estar atuando hoje no CAPS, então, enquanto não se superar a forma de inserção no trabalho do CAPS, enquanto não se superar a discussão da saúde mental nos currículos acadêmicos vai continuar sendo sempre necessária a questão da capacitação [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Com relação a formação das equipes técnicas para atuar nos CAPS, as indicações aprovadas na e pela III CNSM apontam para a necessidade de que a contratação de profissionais deva ser realizada exclusivamente por meio de concursos públicos, e em caso de urgência, através da CLT, mas com seleção pública. E, ainda, os concursos devem exigir os pré-requisitos necessários e adequados à proposta de trabalho em saúde mental, alinhada teórica e conceitualmente aos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2002a).

Assim, é necessário considerar, quando da seleção dos profissionais, o perfil para trabalhar junto ao portador de sofrimento psíquico, bem como a existência de uma dimensão subjetiva, humanizante, solidária e fraterna como componente fundamental do perfil dos trabalhadores em saúde mental. Nesta direção, uma das participantes da pesquisa destacou a questão da opção política por este tipo de trabalho, associada a necessidade de competência técnica para atuar na área.

Eu acho que a gente trabalha com situações que requerem um estudo permanente, formação permanente, [...] eu acho que este é um dos vícios da saúde pública. Muitas vezes se confunde um pouco o tratamento ético ou moralmente responsável com uma qualidade também técnica. Eu acho que as duas coisas têm que estar associadas, tem que ter uma empatia pela causa da saúde pública, que aí entra na questão ética, moral de cada um, valores que você tem quando você vem pra esse tipo de trabalho; muitas pessoas que vem pra saúde pública quase que tem uma vocação religiosa. Mas ao mesmo tempo você também tem que ter uma competência técnica; não basta você tratar bem o paciente, você acolher, você precisa saber como intervir dentro da linha de trabalho que cada um escolhe, isso é fundamental (P, 17/3/2006).

Os profissionais, na sua maioria, indicaram ter recebido capacitação para atuar no CAPS. Referiram-se, especificamente, a um treinamento/capacitação realizado em novembro de 2005, com duração aproximada de 20 horas, organizado pela Assessoria Técnica de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde¹⁴. Contudo, alguns observaram que foi um treinamento tipo encontro, de curta duração, com trocas de experiências, e que não chegou a ser muito significativo.

Com relação a política de saúde mental, a maioria dos profissionais (83,3%) afirmou ter no mínimo algum conhecimento de sua organização e diretrizes. Entre os entrevistados, todos consideraram importante saber sobre os princípios, a estrutura e forma de organização da política de saúde mental para o trabalho do CAPS. Todos indicaram haver disponibilidade de material didático relativo a política na unidade de serviço.

Sim, precisa conhecer a política porque o atendimento está dentro dessa política, dessa lógica. (LÉLI, 4/4/2006).

Claro! é vital, pra poder planejar o seu trabalho, pra poder saber como é que a gente se liga com outros serviços, como é que a gente pode montar a rede, isso é fundamental porque o trabalho não se encerra aqui dentro, não pode ficar aqui dentro só, ele tem que poder justamente se expandir (F, 12/4/2006).

Sim é muito importante, até pra saber o que está acontecendo, o que pode ser feito, quais são os recursos disponíveis, o que precisa melhorar. Acredito que, fora a sua capacitação individual, eu acho que isso é uma outra premissa pra você iniciar no serviço [...] (J, 22/3/2006).

É importantíssimo conhecer, primeiro saber se ela existe, primeiro a pessoa tem que ter a curiosidade, tem que ter o desejo e a clareza de que é essencial ter os parâmetros ou diretrizes políticas de saúde mental pra

¹⁴ O município não tem o cargo de Coordenador de Saúde Mental. Em novembro de 2005 foi nomeada Assessora Técnica em Saúde Mental a enfermeira Lílian Pagliuca, que permanece na função até a data da presente pesquisa.

poder acompanhar, se orientar, e, segundo, conhecer sobre essa política (GIRASSOL, 20/3/2006).

Muito importante porque hoje a gente tem acesso a isso, aqui no CAPS a gente tem a legislação de saúde mental e pra gente poder entender porque, assim, a gente está na gestão da política também, por ser participativa, por estar junto nas decisões, então é preciso que a gente entenda, e tem muito detalhamento, são muitas portarias, o sistema de financiamento também é bastante complexo [...] (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que claro, porque a gente está dentro de um braço da política nacional de saúde; tanto pra você ter noção de qual é a perspectiva, em nome de que esse serviço está sendo mantido, também pra você poder avaliar a possibilidade desse ideais, dessas prerrogativas, que são pensadas a nível geral e nacional, serem realmente eficaz em termos práticos, porque muitas vezes você tem uma boa idéia, mas nem sempre uma boa idéia traz um bom resultado [...] (P, 17/3/2006).

Nesse sentido, a construção e consolidação de uma política de saúde mental, coerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o estabelecimento de uma política adequada de recursos humanos, que valorize e considere a importância do trabalhador de saúde mental na produção dos atos de cuidar. Para isso, deve-se garantir a capacitação e qualificação continuadas; a remuneração justa dos profissionais; a garantia de condições de trabalho e de planos de cargos, carreira e salários; a democratização das relações e das discussões em todos os níveis de gestão; a incorporação das questões de segurança, saúde e saúde mental do trabalhador; a garantia de supervisão clínica e institucional; a avaliação de desempenho e garantia da jornada de trabalho adequada para todos os profissionais de nível superior, bem como a isonomia salarial entre eles (BRASIL, 2002a).

3.2.2 Trabalho em equipe: dificuldades, potencialidades, interdisciplinaridade no atendimento ao usuário

De acordo com as indicações aprovadas na III CNSM, a política de recursos humanos para a saúde mental deve visar implantar, em todos os níveis de atenção, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, na perspectiva do rompimento dos especialismos e da construção de um novo trabalhador em saúde mental, atento e sensível

aos diversos aspectos do cuidado, ou seja, com uma visão integral e não fragmentada da saúde (BRASIL, 2002 a).

Segundo 83,3% dos profissionais o trabalho no CAPS Ponta do Coral é realizado em equipe. A maioria considera que existem dificuldades na realização das atividades. Uma delas está relacionada, conforme identificado por eles, ao fato de que nem todos compartilham das mesmas referências com relação à Reforma Psiquiátrica, à saúde pública e ao projeto do CAPS.

Bom, são várias, mas o que eu vejo de mais complicado é o fato de que nem toda a equipe compartilha das mesmas referências em relação ao que seja a Reforma Psiquiátrica, a função de um CAPS, as necessidades que o CAPS tem pra alcançar esses objetivos. Isso se deve em parte a diversidade da formação, e também às convicções pessoais. O problema não é a diversidade em termos da formação profissional em si, mas o modo, o fato de que você tem uma equipe multiprofissional por exemplo, isso gera alguma dificuldade na troca, na possibilidade de produzir um conhecimento novo a partir dessas experiências que são de diferentes disciplinas, diferentes áreas. Mas eu diria que é mais no sentido da Reforma Psiquiátrica mesmo, naquilo que ela aponta, então parece que esse é um problema a mais; outro que tem se tornado mais evidente pra mim ultimamente é a falta de formação de grande parte dos profissionais sobre o que seja saúde pública, boa parte deles não conhece o sistema de saúde pública, apesar de trabalhar num serviço de saúde pública, mas não conhece o sistema, não sabe a lógica, não sabe como é que ele funciona, então acaba tomando decisões muitas vezes administrativas que são equivocadas, que não levam em conta o modo de funcionamento da saúde pública (F, 12/4/2006).

Tem sim várias dificuldades, entre elas, existem diferenças de formação e, portanto, ideológicas. Alguns momentos a gente vê, assim, o CAPS tem um projeto de não internação, de autonomia do usuário, de gestão plena do usuário, e, as vezes, a equipe, algumas pessoas acabam esbarrando com isso. O entendimento disso é muito difícil também, as vezes é uma linha muito tênue entre o que é o assistencialismo, a autonomia, o que é dar o limite do ponto de vista terapêutico e o que é dar o limite porque você não quer se incomodar. Então, algumas pessoas não vêm de uma postura da Reforma Psiquiátrica, não sabe o que é uma Reforma Psiquiátrica, não tem uma noção, [...] é uma luta política também e algumas pessoas não sabem o que é [...] (LÉLI, 4/4/2006).

Em outras falas, foi apontada como uma das dificuldades do trabalho em equipe questões relacionadas a uma suposta divisão entre o grupo de técnicos.

A relação com a equipe tem uma certa peculiaridade, eu acho que as pessoas, a equipe que começou anteriormente, já desde a formação ou no começo do CAPS, eles se intitulam como a equipe do CAPS. Os que chegaram depois, em geral, não são bem acolhidos, ou são muito pouco,

tanto que as próprias atividades em equipe, em grupo, dificilmente, essas pessoas novas são incorporadas ao que já existe; então, acaba criando aí até a equipe da manhã, a equipe da tarde, mais ou menos, embora eu estou aqui todo o período, mas tem essa divisão... e eu acho que assim o ponto de partida é esse, a sensação é que quem não estava aqui desde o começo não fez parte da história (J, 22/3/2006).

A equipe que iniciou lá em 96 (1996) veio com algumas questões conceituais amarradas. Por quê? Porque a pessoa que estava pensando, planejando o CAPS ela vinha do Movimento da Luta Antimanicomial, era uma das representantes em nível nacional aqui em Floripa, Santa Catarina; então tinha algumas coisas amarradas na estrutura de atendimento do CAPS, que era muito pra poder implantar o sonho da Reforma Psiquiátrica aqui em Floripa, criar um serviço, do município, que de fato evitasse internação, que de fato fosse continente pros usuários com transtorno mental grave, e isso se mantém, porém, com a chegada dos técnicos que foram sendo substituídos, alguns saíram, técnicos novos entraram, a equipe de profissionais foi se modificando, a gente tem uma distância conceitual por mais que a gente pretende uma proposta multiprofissional, e a gente consegue, ao longo do tempo a gente conseguiu, é muito interessante o jeito como nós trabalhamos, porque de fato conseguimos trabalhar cada profissional lado a lado, dividindo o mesmo grupo, a mesma oficina terapêutica, então, assim, isso é possível, mas hoje, a gente, assim, tenta manter esse paradigma da Reforma Psiquiátrica, da desospitalização, do fortalecimento dos serviços territorializados, de um modelo que é um modelo multiprofissional, com a gestão participativa dos usuários, contra o modelo hospitalocêntrico, médico centrado, mas existem diferenças na questão conceitual da equipe, isso é falho, inclusive pra própria equipe (VIK, 24/3/2006).

A importância da unidade da equipe no atendimento ao usuário e na organização do trabalho recai sobre a qualidade do tratamento terapêutico ofertado. A mudança de paradigma epistemológico com relação a saúde mental não garante por si só a alteração das práticas assistenciais. Os conflitos e problemas de equipe existentes precisam ser trabalhados nas supervisões institucionais de forma que os técnicos consigam superar as dificuldades que obstaculizam a união do grupo em torno de um objetivo comum, sejam elas ideológicas, de formação, de concepção e/ou de afinidade com os colegas.

Um dos entrevistados apontou a questão das relações de poder e diferenças nos valores pessoais e nas relações interpessoais como dificuldades do trabalho em equipe.

Primeiro, a relação de poder, eu acho que é um grande problema, uma dificuldade que existe. Essa relação de poder, ela emana, que eu tenho percebido, da psicanálise, da teoria psicanalítica e da teoria psiquiátrica; então, os profissionais detentores desse conhecimento acabam, sutilmente, estabelecendo poder frente aos profissionais não-psi diria; essa relação de poder pelo saber é um dos problemas ou uma das dificuldades que eu encontro pra trabalhar em equipe no CAPS; outra

dificuldade, acho que é a própria experiência de vida das pessoas, aquelas pessoas em que parece que não estão claros os valores humanos como solidariedade, amor, justiça, sabedoria, a práxis, o repensar a prática, profissionais que não fazem a autocrítica da sua prática, pra mim, eu acho que é uma dificuldade trabalhar em equipe devido a isso; então, seria esse poder pela teoria e essa questão um pouco mais pessoal que é a relação de lidar com o outro, as relações interpessoais, são dificuldades que eu vejo em equipe (GIRASSOL, 20/3/2006).

A partir da fala profissional é possível pensar sobre as relações de poder que se estabelecem pelo saber. Conforme nos ensina Foucault (1979), os poderes se exercem em níveis variados e em pontos diferentes da vida social. Neste complexo, existem os micropoderes que estão intimamente relacionados com a produção de determinados saberes (sobre o criminoso, a sexualidade, a doença, a loucura). Assim, o poder não é algo que se detém como uma coisa, como uma propriedade, que se possui ou não. O poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona, como uma máquina social que não está situada em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda estrutura social (MACHADO, 1979 p. XIV).

De acordo com Foucault (1979), todo conhecimento, seja ele científico ou ideológico, só pode existir a partir de condições políticas, que são as condições para que se formem tanto o sujeito quanto os domínios de saber. Para o autor não há saber neutro, todo saber é político. Dessa forma, saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber. E, em contrapartida, todo saber assegura o exercício de um poder (MACHADO, 1979 p. XXI - XXII).

Na seqüência, a entrevistada aponta de forma geral algumas das questões cotidianas como dificuldade no trabalho em equipe.

Bom, eu acho que as vezes a gente é muito trefista, a gente não tem o tempo suficiente que a gente gostaria para estar parando para discutir os casos, se ater a cada paciente; tem diferenças na equipe também, tem conflitos [...] mas assim, a gente ainda tem, as vezes, coisas assim muito imediatistas, que não nos propiciam fazer realmente um estudo de caso mais integrado, ter uma intervenção, as vezes, mais articulada; a gente tem tentado em alguns momentos, mas assim, não é uma coisa que tem um peso forte como eu acho que deveria ter (P, 17/3/2006).

Dessa forma, a intensidade das demandas colocadas aos profissionais, especialmente na atualidade, provocam o desenvolvimento de ações pragmatistas, muitas

vezes sem uma reflexão maior. Isso vem acontecendo em vários contextos institucionais e com diferentes profissões. Ou seja, na medida que aumentam as necessidades humanas e as demandas para satisfazê-las, não ocorre no mesmo ritmo, o aumento da oferta de equipamentos e serviços assistenciais capazes de dar conta da complexidade dos problemas decorrentes da emergência das novas relações sociais, econômicas, culturais, advindas com a modernidade.

A precarização das condições de trabalho também foi apontada pelos entrevistados como mais um dos fatores que, por vezes, dificultam a convivência e o trabalho em equipe. Eles se referem a questão da diferença na remuneração salarial entre os profissionais que trabalham no CAPS, principalmente do médico para as outras profissões. A desproporção salarial chega a diferença de até quatro vezes mais entre o que recebe o profissional médico e o salário dos demais técnicos. Associadas a esta situação estão a diferença na carga horária de trabalho, a condição de contratação temporária, a falta de reconhecimento por parte da SMS, no apoio e incentivo à participação em eventos científicos e de militância política na área, entre outras.

Os profissionais indicaram que contam com supervisão institucional para lidar com as questões do trabalho no cotidiano. A supervisão institucional existente era, até o início deste ano (2006), paga pelos próprios profissionais, mas nem todos participavam. A partir do mês de abril do corrente esta passou a ser financiada com recursos provenientes do Ministério da Saúde. Além deste tipo de supervisão, foi relacionado como outro recurso existente para abordar essas questões as reuniões de equipe, realizadas mensalmente, as reuniões clínicas, realizadas semanalmente, e foi citada pelos técnicos em enfermagem, a supervisão realizada com profissional da área.

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que as políticas de formação e capacitação em saúde mental devem criar espaços de trocas baseados na realidade local, com valorização dos diversos saberes e metodologia participativa. A supervisão clínica e institucional permanentes deve ser estendida a todas as pessoas que trabalham com portadores de transtorno mental: equipes de PSF e PACS, trabalhadores da urgência e emergência, do hospital geral, dos serviços substitutivos e dispositivos residenciais, cuidadores de saúde mental, profissionais de nível médio e superior da rede de saúde mental. A referida Conferência destaca, ainda, a necessidade de implantação da NOB – Recursos Humanos do SUS, salientando a importância da garantia da capacitação para todos os níveis, supervisão permanente, interdisciplinaridade e isonomia salarial (BRASIL, 2002a).

Com relação as potencialidades que o trabalho em equipe possibilita os profissionais destacam a relevância deste no atendimento ao usuário, a possibilidade de trocas entre as varias áreas e a oferta de um atendimento multidimensional.

Entendo que essa é uma clínica multidisciplinar e isso (trabalho em equipe) é importante pela complexidade mesmo do tipo de fenômeno com o qual a gente trabalha, então, a gente precisa, é necessário ter uma oferta de serviços e de formas de atenção, que seja a mais diversificada possível, pra que a gente possa atender a uma série de necessidades que as profissões nas suas especialidades não dão conta; então essa é a grande vantagem, você pode fazer essa atenção multidimensional, isso é interessante (F, 12/4/2006).

A vantagem é justamente a estrutura coletiva de resposta à uma situação que chega pra você; vem a psiquiatria trazer um conhecimento, a psicanálise traz outro, [...] a enfermagem acaba dando a sua contribuição quando discute realmente a relação, vem o serviço social discute essa articulação que a pessoa tem com o social, e essas pessoas (profissionais), com seus conhecimentos, vão socializando esse conhecimento pra dar a resposta às fragilidades ou às potencialidades de vida que essa pessoa traz (GIRASSOL, 20/3/2006).

Acho que a grande vantagem é que a gente quebra a lógica hospitalocêntrica que era muito centrada no médico, na figura do médico, naquilo que o próprio médico decidia do tratamento, hoje quem decide é a equipe multiprofissional [...] (VIK, 24/3/2006).

Ah! Muitas, eu acho, em primeiro lugar, essa possibilidade da troca interdisciplinar; porque eu acho que cada um tem um tipo de contribuição diferente, um saber que te ajuda a pensar com mais amplitude o próprio trabalho, o próprio paciente, e, eu acho que quebra um pouco certas relações de poder; também, assim, o fato de a gente lidar com situações que são muito pesadas para alguém estar lidando sozinho, então quando você sente essa coisa da equipe, quando tem um paciente que está muito comprometido ou que tem risco de vida, a gente se sente muitas vezes angustiada por aquele paciente e você tem a equipe pra te dar um respaldo, pra estar pensando junto. Acho que isso é, sem duvida, algo que gratifica também (P, 17/3/2006).

Primeiro, agregar conhecimentos, se a equipe for multidisciplinar, que não quer dizer interdisciplinar, mas a princípio se ela for multidisciplinar a possibilidade de trocas de conhecimento de várias áreas realmente acaba sendo muito rica; são vários olhares sobre uma mesma questão, vários pontos de vista. Quando o trabalho de equipe é interdisciplinar, as pessoas acabam trocando mesmo, saindo, as vezes, do seu campo de formação, podendo estar se estendendo em outros campos, acaba sendo mais rico ainda. Num trabalho como o CAPS é necessário (o trabalho em equipe). Eu não consigo ver o trabalho que não seja em equipe porque pra você atender um usuário você precisa de uma equipe, pra você abordar o usuário, uma família, receber uma família precisa de vários olhares, enfim, de várias formações, vários olhares técnicos, da parte de

enfermagem, psicologia, da arte, serviço social, então, isso é importante (LÉLI, 4/4/2006).

O reconhecimento de outras dimensões no processo saúde-enfermidade, que não estritamente a biológica, traz a tona a questão da interdisciplinaridade¹⁵, pois na busca da integralidade da assistência a atuação de um único saber profissional não é suficiente. No processo da Reforma Psiquiátrica o campo da saúde mental é chamado a refazer-se por inteiro, ampliando o seu foco de abordagem e procurando romper com as delimitações dos saberes tradicionais na área. Busca-se uma nova recomposição de conhecimentos, sustentados sobre um conjunto de rupturas e novas premissas, e não apenas um novo somatório ou rearranjo simples dos saberes especializados. Desta forma, diversos campos de saber, implicados na assistência em saúde mental, são envolvidos na teorização e nas novas práticas de cuidado (VASCONCELOS, 2000a).

A pesquisa realizada indicou que 66,3% (correspondente a oito dos doze profissionais que responderam o formulário) dos profissionais consideram que existe interdisciplinaridade no atendimento ao usuário no CAPS Ponta do Coral. As falas relacionadas na seqüência apresentam a concepção dos profissionais sobre interdisciplinaridade e indicam a respectiva compreensão sobre a importância desta no atendimento ao usuário.

A gente poder ter o que a gente chama de clínica ampliada, essa multidimensionalidade que nos permite atacar o problema de várias formas e, portanto, oferecer diversas formas de atendimento, desde o medicamentoso até o serviço social, as oficinas, as oficinas expressivas, a arte, etc. (F, 12/4/2006).

Eu acho que em primeiro lugar isso, assim, é um olhar mais amplo para a condição daquele paciente. Cada profissional tem um aspecto que acentua, pela sua vida, pela sua formação; o educador artístico tem uma outra estratégia, por exemplo, pra lidar com aquela queixa do paciente, o assistente social tem uma, o psicólogo tem outro olhar, assim, eu acho que pra mim soma, eu acho que é uma forma da gente também aprender, enriquecer a nossa análise, a nossa possibilidade de intervir; sem dúvida que é rico (P, 17/3/2006).

Alguns profissionais expressaram sua concepção de interdisciplinaridade observando que esta não é sinônimo de multidisciplinaridade e que nem sempre é possível fazer práticas interdisciplinares.

É justamente isso, poder compartilhar o conhecimento que cada disciplina traz, essa inter, mas realmente compartilhar isso e não a

¹⁵ Sobre os conceitos de multi, inter e transdisciplinaridade ver, entre outros, Vasconcelos, 2000a.

multidisciplinaridade; é pensar, coletivamente, saídas pra enriquecer a vida da pessoa e aí é sempre um pensar e repensar (GIRASSOL, 20/3/2006).

Então, essa idéia dessa troca de conhecimento pra poder ajudar o usuário, pra poder a equipe ter um suporte também, pra poder, num estudo de caso, por exemplo, trocar os vários conhecimentos, os vários pontos de vista e poder estar entrelaçando; então, é importante, mas nem sempre se consegue fazer (LÉLI, 4/4/2006).

Já nas falas que seguem é possível perceber a concepção de interdisciplinaridade mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade.

Cada profissional tem a sua especialização, e ele foi formado para atender determinadas características que aquele usuário precise, ou informações, e a própria atenção, e cada um tem uma formação específica e diferenciada; então, eu acho que quanto mais ampla, mais amplamente ele for avaliado, e receber essas informações, e esse tratamento, vai ser melhor pra ele; então, desde o serviço social, desde o atendimento psicológico, o atendimento médico, enfim, até ah! eu cortei meu dedinho, o que eu faço? Então, vai poder ser atendido ali, ser acolhido pelo técnico de enfermagem (J, 22/3/2006).

É muito importante porque cada profissão tem o seu conhecimento específico e contribui aí com o seu conhecimento. É necessário que cada um de nós tenha muito claro o seu papel aqui dentro pra que não vire uma salada mista e se dilua o que cada um faz, que é específico de cada um. Então, é importante que a gente tenha boa formação técnica, específica da saúde mental pra que a gente possa chegar numa equipe que trabalha sob o paradigma do campo psicossocial, e que de fato possa ser multi, no sentido do atendimento, e aí, assim, no campo psicossocial, aqui no CAPS, por exemplo, a gente vê a necessidade de os profissionais trocarem mesmo, porque surgem muitas demandas, são muitas necessidades do usuário, é um campo novo. Então, assim, tem n coisas que vai se descobrindo, que cada área contribui diferentemente, mas ao mesmo tempo de forma conjunta. Então, o psicólogo, obviamente, ele tem mais elementos pra entender a parte clínica, o assistente social tem mais elementos pra entender a parte previdenciária, da assistência social desse usuário, que também é importante, muito importante pra ele, o médico tem o conhecimento sobre os psicofarmacos, sobre essa parte mais específica da medicação, e assim a gente vai trocando (VIK, 24/3/2006).

Com relação a este aspecto, Oliveira e Dorneles (2005) observam que, no Brasil, a interdisciplinaridade faz parte do discurso politicamente correto, garantindo seu estabelecimento como princípio, traduzido na expansão cada vez maior dos territórios profissionais e na fusão dos saberes. O discurso da multi e da transdisciplinaridade é relativamente bem conhecido e aceito em nível intelectual, mas as práticas institucionais apontam, paradoxalmente, para fortes resistências, isolamento e hiperespecialização.

De acordo com os autores, para que estas ações multidisciplinares se tornem efetivas há necessidade de estratégias e planos, que visem a harmonização da convivência para que esta não seja imposta, mas compreendida e desejada pelos profissionais. Na prática, o momento é de impasse, pois multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade existem em tese e como imposição de comando, mas não se concretizam, ainda, como prática planejada, efetiva e eficaz (OLIVEIRA; DORNELES, 2005).

Ainda segundo os referidos autores, uma verdadeira transdisciplinaridade não está nem mesmo no horizonte das instituições de saúde mental brasileiras. Este é um dilema fundamental no processo da reforma psiquiátrica, que depende de ações integradas (órgãos reguladores do ensino superior, programas universitários, instituições e serviços de atendimento) para cumprir sua missão de transcender as práticas manicomial e os territórios de dominação e poder estabelecidos entre as disciplinas que formam a saúde mental.

3.2.3 Projeto terapêutico e planejamento das ações

A importância do projeto terapêutico dos CAPS recai sobre a responsabilidade de que todo o trabalho desenvolvido em cada unidade deve ser realizado em um ambiente terapêutico. Isto significa que tanto os atendimentos individuais, grupais como a convivência no serviço tem finalidade terapêutica. Cada CAPS deve ter um projeto terapêutico, que leve em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais, as iniciativas de familiares e usuários e o território onde se situa, com sua identidade, sua cultura local e regional (BRASIL, 2004).

O CAPS Ponta do Coral conta com projeto terapêutico do serviço, o qual, segundo 75% dos profissionais que responderam ao formulário, foi planejado em equipe. Três profissionais referiram não saber sobre o planejamento em equipe por não fazerem parte desta a época.

O sistema atual de atendimento no CAPS Ponta do Coral difere da maioria do adotado pelos serviços desta natureza. Em geral, os CAPS realizam a assistência ao usuário

no modelo de TR¹⁶. O CAPS Ponta do Coral oferece atendimento sob a ótica da regionalização. Ou seja, como o serviço não é territorializado, é o único na modalidade, na cidade e no município, a equipe técnica foi subdividida em pequenos grupos ou mini-equipes de dois e/ou três profissionais, sendo cada uma destes responsáveis por uma das regionais, que é onde o usuário mora. Esta proposta foi pensada e implementada há quase dois anos, quando os profissionais identificaram dificuldades em atender no sistema de Terapeuta de Referência (TR) toda a demanda existente. Tal estratégia utiliza-se do sistema de divisão por regionais da Secretaria Municipal de Saúde. Ao total são cinco Regionais de Saúde, Leste, Norte, Sul, Centro, Continente, distribuídas espacialmente na área geográfica do município. Nestas regionais, foram implantadas, recentemente (a partir do final do ano de 2005 e início de 2006), equipes de atenção em saúde mental, compostas por um médico psiquiatra e duas ou três psicólogas em cada uma das Regionais de Saúde.

De acordo com o projeto terapêutico do serviço, as atividades desenvolvidas são: psicoterapia, atenção medicamentosa, atendimentos de emergência, grupo terapêutico, oficinas terapêuticas¹⁷, assembléia de técnicos, usuários e familiares, visitas domiciliares, articulação com entidade, programas e serviço, atividades de formação e pesquisa, reuniões de equipe, reuniões clínicas de casos¹⁸.

Conforme as determinações da Portaria GM/MS Nº 336/2002, a assistência prestada ao usuário no CAPS deve incluir atendimento individual, em grupo, atendimento à família, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades comunitárias, enfocando a integração do portador de transtorno mental na comunidade e sua (re)inserção familiar e

¹⁶ Este sistema de atendimento é desenvolvido na maioria dos CAPS e constitui-se do acolhimento da pessoa quando de sua chegada ao serviço por um dos profissionais da equipe. A partir daí é traçado um projeto terapêutico com o usuário e o profissional que o acolheu passará a ser uma referência para ele. O Terapeuta de Referência (TR) tem a responsabilidade de monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo as atividades e a frequência de participação. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, discutindo com o usuário e com a equipe técnica do CAPS (BRASIL, 2004, p. 16).

¹⁷ São oferecidas as seguintes oficinas: oficina de cerâmica, oficina de artes plásticas, oficina de mosaico, oficina de jogos, esportes e lazer, oficina de tapeçaria, oficina de trabalhos manuais, oficina da terra, oficina de jornal, oficina de velas, oficina de leitura, oficina de música, oficina brechó, oficina de teatro, oficina de formação política, oficina de fotografia. Destas, as oficinas de cerâmica, velas e mosaico são produtivas, ou seja, sua produção é comercializada. Cabe destacar que algumas oficinas podem estar em funcionamento ou não, em determinado período de tempo, de acordo com a disponibilidade de técnicos para acompanhar, de condições materiais para o funcionamento e da demanda de usuários.

¹⁸ A descrição e o objetivo de cada atividade pode ser consultado no Projeto Terapêutico do CAPS II Ponta do Coral (2004), ou a partir do projeto de Estágio curricular em Serviço Social de Stuaní (2005).

social. A depender do projeto terapêutico de cada usuário, o CAPS poderá oferecer as seguintes modalidades de atendimento: atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo¹⁹.

Já com relação ao planejamento das ações, 50% dos profissionais consideram que este existe. Cabe lembrar que ao questionarmos os participantes da pesquisa sobre este fator, estamos nos referindo ao planejamento estratégico, aquele voltado para uma visão ampla, global e de longo alcance da organização/instituição, baseado na análise do contexto e com a finalidade de buscar alternativas de ação. No entanto, alguns dos entrevistados observaram estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação objetivo e sistemático dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declararam não existir processo de planejamento e avaliação das ações do serviço, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

As falas relacionadas a seguir demonstram o tipo de planejamento existente no CAPS e como este acontece.

Bom, o planejamento é feito mais ou menos assim: chega uma época do ano em que a Secretaria (SMS de Florianópolis) nos pede um planejamento e aí, geralmente isso é com uma semana no máximo de antecedência, é aquela correria, a gente monta um plano básico de trabalho etc., mas é muito mais pra cumprir a obrigação. A gente tem um projeto terapêutico que é amplo, que é do serviço todo, e a gente vai, com esse projeto terapêutico a gente vai ajustando as atividades e aquilo que a gente pretende alcançar, mas não há um planejamento muito formalizado, não há um processo de planejamento, até porque é tudo muito fragmentado, o que a gente planeja aqui, boa parte depende desse recurso financeiro, depende do apoio da Secretaria, que é sempre uma coisa incerta. Então, em termos de planejamento a coisa fica sempre muito precária. Em termos de avaliação é mais precário ainda, a gente não tem indicadores; novamente, no final do ano, aí a Secretaria pede um relatório do que foi feito, a gente faz um levantamento geral, mas ele é descritivo, ele não é avaliativo, a gente não sabe de fato quais são

¹⁹*Atendimento intensivo* – atendimento diário, oferecido à pessoa que se encontra em grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento semi-intensivo - nessa modalidade, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Este tipo de atendimento é oferecido quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento não intensivo – oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até 3 dias no mês. Este atendimento pode ser domiciliar, se necessário (BRASIL, 2004, p. 16).

os efeitos que a nossa intervenção produz; claro, a gente tem uma certa dimensão pelo contato direto com os usuários, fulano que não interna a tanto tempo, ou fulano que voltou a trabalhar, ou que resolveu pelo menos algumas coisas que eram mais complicadas na sua vida, isso a gente tem, mas não tem um processo de avaliação estruturado que nos permita dados com visibilidade maior (F, 12/4/2006).

Neste sentido, destacamos que, a nosso entender, a função planejamento deve orientar todas as ações no dia-a-dia das organizações. O planejamento é o processo de estabelecer antecipadamente a finalidade da organização/instituição, definir os objetivos e prever as atividades e os recursos necessários para atingi-los. Planejar é uma forma de pensar o futuro da organização/instituição, definindo o que fazer, como, quando e com recursos. Nesse processo, é importante considerar que as organizações/instituições estão inseridas num contexto constituído pela sociedade, pelo Estado e por outras instituições que influenciam suas decisões (TENÓRIO, 2000).

Alguns profissionais referiram-se, especificamente, ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, reuniões clínicas e na supervisão de equipe. Segundo estes, é na reunião de equipe mensal que se planejam mais as ações, estas entendidas como a definição dos grupos terapêuticos ou oficinas que vão ter, o objetivo e a finalidade destes, a demanda etc..

Mensalmente, a gente tem uma reunião de equipe, que tem um pouco esse objetivo, de planejar e avaliar o que é feito. Além dessa reunião mensal a gente tem dois outros momentos semanais, que é um na quarta-feira outro na quinta-feira, que a gente chama de reunião técnica, [...] mas isso se dá muito no cotidiano também, na assembléia geral do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Ele acontece em reunião de equipe, uma reunião mensal, a gente planeja grupos, planeja..., então.., acontece, primeiro tem uma reunião mensal da equipe e reunião duas vezes por semana, que são os estudos de caso; agora, a avaliação, acontece em reunião de equipe mais; o planejamento, por exemplo, como abordar um determinado caso, como ajudar, de como servir a família, o trabalho, é feito durante a semana nos estudos de caso, e nós temos a supervisão, que é um espaço que também acaba se fazendo uma avaliação, a supervisão de equipe (LÉLI, 4/4/2006).

Outras falas detalharam as conseqüências da falta de um processo sistemático de planejamento e avaliação das ações, inclusive fazendo análise dessa problemática em relação as instituições públicas em geral.

Eu acho que esse é um problema, acho que falta muito; por exemplo, se você esta aqui fazendo a avaliação da política a partir do olhar dos profissionais, eu, nesse momento, tenho tido muito incomodo diante da

necessidade que eu vejo de avaliar as ações, de avaliar os pacientes, e a gente não tem uma forma sistemática de fazer isso; por exemplo, a gente não tem um instrumento de captação do trajeto do paciente dentro do CAPS, a gente não anota algumas coisas, os prontuários também deixam muito..., as vezes a gente não faz registro nos prontuários e mesmo quando a gente faz ele não tem, assim, por exemplo, uma sistematicidade, o que é que eu vou enxergar, como é que eu vou ver se aquele paciente está melhor ou está pior depois que ele está aqui, então, a gente não tem esse instrumento; e, o planejamento, é feito um planejamento terapêutico com o paciente; o planejamento do nosso serviço é mais ou menos...., funciona, assim, com as oficinas, não é um planejamento rigoroso, a cada período a gente senta e reorganiza não, tem algumas diretrizes gerais, eu acho que em termos práticos falta muito dos dois lados, planejamento das nossas atividades, por exemplo, as vezes naquele roldão a gente vai fazendo, vai fazendo, e, também, a avaliação da eficácia, do que realmente aquilo está resultando pra vida do sujeito, se ele está realmente conseguindo chegar mais próximos desses lugares que a gente apregoa como princípios da saúde mental - autonomia, dessas coisas que a gente também fala: relação com o trabalho, relações, laços sociais; então, a gente não tem esse (instrumento de planejamento e avaliação), eu acho que falta (planejamento e avaliação) [...] Na verdade eu acho que esse é um problema das instituições públicas em geral, eu acho que tem uma grande resistência no Brasil a qualquer critério de avaliação, porque, esse discurso, a retórica da igualdade, ela exatamente vai na contramão de um processo meritocrático, ou seja, você avaliar também por mérito; você tem que criar esse tipo de instrumento; a prefeitura não tem, nunca teve uma avaliação nos anos que estou aqui que medisse o desempenho profissional, principalmente aqui, que a gente lida com pessoas que estão aqui pra se tratar, e a gente não sabe se a pessoa...., a gente vai olhando um caso ou outro; não existe um processo institucional de avaliação, nesse sentido (P, 17/3/2006).

Em geral, as organizações precisam de um processo de avaliação que realize uma revisão dos objetivos e metas alcançados e daqueles a serem atingidos. O planejamento e a avaliação são a oportunidade de fazer uma pausa e examinar a situação da instituição.

Não obstante, as políticas públicas no Brasil vêm se estruturando de forma descentralizada, com responsabilidades de organização e financiamento partilhadas entre a União, Estados e Municípios, cabendo a estes últimos a execução dos serviços de atenção direta à população. Deste modo, os processos de avaliação de serviços de saúde mental devem ocorrer no âmbito municipal. Segundo Dias (2002, p. 2)²⁰, este desafio coloca no debate o aspecto de como avaliar o funcionamento de um serviço de saúde mental, que está

²⁰ A autora realizou um trabalho de construção coletiva de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental junto aos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre; uma apresentação resumida dos resultados pode ser consultada em DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental.** In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

inserido num novo patamar conceitual e tem como tarefa não reproduzir uma prática de tutela, com ênfase na patologia, mas de incluir o sujeito portador de transtorno psíquico no planejamento e na execução das ações terapêuticas, numa nova relação que garanta a viabilidade do exercício da cidadania numa sociedade desigual. Ou seja, as dimensões de mudança conceitual, realidade social e política pública de saúde de âmbito municipal, tornam complexa a adoção de processos de avaliação.

A fala descrita na seqüência especifica o processo de planejamento e avaliação no que se refere a ação interventiva profissional no tratamento ao usuário, destacando que não existe um processo sistemático de planejamento e avaliação com relação as ações do CAPS.

O planejamento e a avaliação das ações do CAPS, eles acontecem só de uma forma muito primária ainda, nós temos [...] o planejamento e avaliação da ação do profissional a título de intervenção em relação ao usuário existe de três formas: primeiro, casos clínicos, que aqui nós fazemos reuniões de casos clínicos, quarta-feira das 8 às 9 horas e quinta-feira das 11h30min às 12h30min pra discutir a questão do caso clínico de pessoas; outra forma, construção de projetos terapêuticos ou revisão dos projetos terapêuticos na reunião da regional, cada regional, que são cinco, fazem suas reuniões pra discutir o planejamento e avaliar a vida dessa pessoa nas regionais, e a outra, especificamente do CAPS, a título de gestão, é a reunião de equipe, que você presenciou semana passada, aí é um outro momento de planejar e avaliar, porém, ressalvo, não se tem algo mais fidedigno, ou academicamente falando, que nos ampare pra fazer essa avaliação; então, é extremamente necessário nós termos supervisão, termos pesquisadores, que nos ampare no sentido de avaliar o serviço, avaliar nossa prática, avaliar a autonomia do usuário; a grosso modo nós temos, mas é muito de senso comum; então, precisa cientificar ou legitimar, regularizar, tornar mais fiel esse tipo de avaliação, a grosso modo temos, agora, com mais rigor, por escrito, não temos (GIRASSOL, 20/3/2006).

Sabe-se que a ausência de um processo de planejamento estratégico e avaliação sistemática comprometem a efetividade dos objetivos propostos. Conforme destaca Dias (2002), o cenário da Reforma Psiquiátrica requer tanto uma multiplicidade de respostas à sua plena implantação como para a avaliação de seus resultados. Contudo, é importante ressaltar que a especificidade das ações em saúde mental demanda a adoção de um método participativo, com o fim de superar o caráter unidimensional, comum em avaliações tradicionais.

A avaliação participativa já é uma exigência nas políticas sociais, decorrentes da pressão social pela garantia de acesso a bens e serviços públicos. Por analogia, a

construção de indicadores de avaliação também pode ser participativa, com a contribuição dos sujeitos inseridos na esfera municipal, responsável pela execução da atenção em saúde mental. Para a autora, apesar de certa reserva científica pela adoção desta sistemática metodológica, o seu valor está no alcance social de incluir os responsáveis pela execução de determinada ação, na sua construção e sistematização (DIAS, 2002).

3.2.4 CAPS x hospital psiquiátrico: diferenças no atendimento

Conforme já destacado neste trabalho os hospitais psiquiátricos são instituições representativas do modo asilar enquanto os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico de exercício das práticas de atenção psicossocial, do modo psicossocial.

O modelo de assistência do modo psicossocial destaca-se por seus meios básicos de tratamento (rede diversificada de serviços territorializados), e pela importância decisiva que se atribui ao sujeito na sua mobilização como participante principal do tratamento. Neste, considera-se o indivíduo como pertencente a um grupo familiar e social, o que supõe que se deve trabalhar, também, a família e o grupo social, como agentes das mudanças buscadas.

Já no modo asilar a organização institucional é marcada por estratificações de poder e saber, no âmbito das relações profissionais e da instituição, as quais transladam para a relação com os usuários e a população. Estes são excluídos de qualquer forma de participação, enquanto que no modo psicossocial, participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais.

Na pesquisa realizada, a maioria dos profissionais entrevistados referiu conhecer sobre a forma de atendimento no hospital psiquiátrico, seja por visitas, atuação profissional, contatos institucionais, relato dos usuários que estiveram internados.

No que se refere as diferenças no atendimento prestado pelo CAPS em relação ao hospital psiquiátricos, os entrevistados consideraram que existem diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência de um só discurso, o médico psiquiátrico do hospital e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial em contraposição ao tratamento igual para todos

das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Eu acho que é diferente em vários aspectos, primeiro, são essas diferenças que eu digo que são de base, sobre a Reforma Psiquiátrica e a função de um CAPS nesse processo de reforma. Existe por parte da maioria da equipe uma convicção de que a nossa função é evitar a internação e de uma certa maneira poder fazer substituição a essas instituições tradicionais; deslocar a centralidade do sistema pra um serviço aberto, que seja interdisciplinar, ou seja, onde você não tenha um discurso único dando a orientação, que no caso é o discurso psiquiátrico nas instituições (tradicionais); você tem essa multidimensionalidade então você pode compartilhar o discurso; em relação ao próprio atendimento, começa na forma do acolhimento, eu acho que o nosso acolhimento é bom, ele tem condições de receber a pessoa, de entender o que ela está procurando, o que ela está precisando, quais são as suas necessidades; a gente tenta de alguma maneira envolver família embora com dificuldades, mas a gente tenta e tenta principalmente manter a vinculação ou criar novos vínculos desse usuário; o projeto terapêutico que é individualizado também é outra coisa fundamental, que aí a gente quebra com a lógica tradicional de que todos recebem o mesmo tratamento, é a mesma medicação, são os mesmos horários, são as mesmas atividades pra todo mundo, não, a gente procura justamente ao levar em consideração essas características que são mais individuais, são mais singulares, a gente procura atender e levar em conta esses aspectos, então, isso pra mim já é muito diferente, além do que a gente procura o tempo todo ou minimizar ou quebrar mesmo a hierarquia, instituindo certas formas que evitam que a hierarquia se cristalice de maneira muito brutal, pra você não ter um deslocamento de poder dentro do serviço, que seja prejudicial pra todo mundo, igual no hospital (F, 12/4/2006).

A relação entre profissional e usuário foi destacada como diferencial por todos os entrevistados, conforme pode ser observado a seguir.

A relação entre o profissional e o usuário, pra mim, a maior diferença é essa relação interinstitucional ou interpessoal; é a forma como se dá, porque as ações também são diferentes, porque existem oficinas terapêuticas, existem os grupos terapêuticos, existem os atendimentos, mas esse modelo de atendimento pode também ocorrer numa outra instituição, ou mesmo num CAPS, mas se a relação de profissional e usuário não estiver pautada no respeito, uma relação sujeito-sujeito onde se possa esse serviço, obviamente, quando ele estiver num bom nível de participação, num bom nível de reabilitação, mas também..., o fundamental é isso, é estar pra além da instituição, estar pra relação do usuário com o profissional, e claro, o espaço também, o espaço físico tem que ter qualidade, a gente vê aqui um espaço super bom aqui no caso, as propostas de atendimento, como que são colocadas, como que é olhado esse usuário, esse usuário está junto no pensar da instituição, mas a cima de tudo assim, entender como cidadão de direitos, de respeitá-lo (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que tem um maior reconhecimento da condição subjetiva do paciente, acho que um certo respeito. Hoje, a Colônia Santana tem tido mudanças, tem uma política que também..., na verdade a política do Ministério também visa atingir as instituições mais asilares, os hospitais também estão mudando..., talvez seja mais lenta, aqui, a gente já chegou com uma outra perspectiva de trabalho; eu acho que a equipe toda, de forma geral, tem uma sensibilidade pra esse respeito pelo paciente, pelo outro, procura, na medida do possível, não estabelecer uma relação de poder; eu acho que aqui, por exemplo, a recepção é muito bem feita, os vigias também são pessoas que entraram no clima, assim, talvez já seja deles, mas entraram no clima do CAPS; acho que todos têm um compromisso com isso, um valor digamos; também, talvez seja deste CAPS, eu não conheço tantos outros CAPSs; eu acho que é uma relação diferenciada, na medida que você está aqui com esse objetivo de que a pessoa assuma a própria vida, contribuir para que isso aconteça; isso implica em ter pelo menos um respeito, um reconhecimento do outro (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p.10) destacam que o papel do técnico se transforma quando ele se coloca sob outros princípios; “se ele faz funcionar a tecnologia da doença mental, fortalece o dispositivo psiquiátrico. Mas, se transforma sua forma de intervenção, trabalha no sentido da desmontagem desse dispositivo”. Segundo os autores, isso significa pôr em funcionamento um dispositivo de desinstitucionalização e reinserir a complexidade dos problemas com os quais lida. Significa ainda abrir mão das interpretações da loucura segundo erro, incapacidade, inferioridade, doença mental, e potencializá-la como diferença, um modo diferente de relação com o mundo. Enfim, não usar o saber como técnica normativa, mas como possibilidade de criação de subjetividades. A técnica deixa de ser instrumento da violência quando a prática funciona como uma desconstrução da clínica.

As falas que seguem referem-se ao atendimento aberto e as possibilidades de escolha que o CAPS oferece em contraposição ao isolamento e segregação gerados pela internação hospitalar prolongada.

Em primeiro lugar o atendimento no CAPS é um atendimento, vou usar a palavra, aberto, ou seja, pra começar o usuário ele não fica internado aqui, mesmo se em algum momento tiver o CAPS III, é diferente. Ele vem, ele faz o trabalho dele, a sua terapia, durante o dia, e ele volta, quando, no caso tem família, pra casa; então, primeiro lugar a idéia do CAPS, o trabalho do CAPS não é segregar e isolar; quando o usuário vai para o hospital, eu acho que seja ele em qualquer campo da saúde, mas vai para o hospital e fica internado trinta dias, quinze dias, ele já esta sendo isolado do convívio com a família, do convívio social, ou seja, acaba perdendo progressivamente o contato com as pessoas e com o grupo social mesmo, e acaba sendo destituído das suas práticas pequenas, como desde pegar um ônibus, fazer sua comida, ir no

supermercado; no momento em que uma pessoa é colocada em um hospital e fica um mês, ele acaba perdendo o contato com essas mínimas..., não é nem com o mundo lá fora, mas com as mínimas coisas que ele teria em casa, na sua casa, enfim, ele perde tudo isso como se fosse realmente uma pessoa que não tem possibilidade nenhuma de fazer nem um café, enquanto o CAPS possibilita isso, acho que o CAPS ele, independente dos problemas que tem, acho que ele mostra que não, você ainda, apesar da sua crise, com a sua crise, com todas as limitações que as vezes um surto pode oferecer do ponto de vista cotidiano, você ainda pode fazer algumas coisas sim, como pegar um ônibus pra ir e voltar pra casa, fazer a escolha do seu planejamento terapêutico, vem aqui escolhe, em parte, o que gostaria de participar (LÉLI, 4/4/2006).

Assim, a possibilidade do usuário no CAPS de ter voz ela é muito maior do que nas outras instituições, as outras eu não vou generalizar, mas em algumas, as asilares, esses hospitais são.., enfim, crônicos até pela dificuldade mesmo de antes você pensar em ter outra alternativa que não a trancar e deixar lá e não tem medicação, não tem nada disso, estou falando de bem bastante tempo atrás, e isso ficou e se perpetuou, então, eu acho que a possibilidade do usuário aqui, no CAPS, nos CAPS, e até mesmo nos ambulatórios, acho que hoje em dia não é só CAPS que permite isso, é fazer parte como contribuinte do próprio tratamento, então isso é o que diferencia do paciente internado, vamos dizer assim, em São Paulo, no Vera Cruz, que é um hospital e tal, diferente de outros, tem algumas dessas internações que são diferentes, mas essa relação aí de profissional e usuário ela é mais aberta, é mais ampla, além do CAPS, especificamente, oferecer algumas possibilidades; então, a possibilidade de trabalhar em uma oficina, dessa oficina ter uma renda, que, assim, é um entrave no sentido que eles se sentem muito limitados e não só se sentem como eu acho que muitas doenças incapacitam mesmo, são incapacitantes, a esquizofrenia é uma delas, e é a nossa clientela aqui, a maior parte é de pacientes com esquizofrenia; a própria esquizofrenia já altera, vamos dizer assim, na cognição, na parte de planejamento, de você conseguir realmente se estruturar para trabalhar; tem umas pessoas que não conseguem nem ter o início, a iniciativa, ela é minada com a esquizofrenia, e aqui tem uma possibilidade, mesmo que essa possibilidade seja fazer oficina e ganhar uma renda, mesmo que, assim, seja só..., não é o valor que importa, é simbólico (J,22/3/2006).

O relato a seguir explicita epistemologicamente e em termos técnico-assistencial a diferença entre o modelo de atenção tradicional/hospitalar e o modelo de atenção psicossocial.

Primeiro, em relação a concepção da pessoa e em relação a concepção dos próprios meios de trabalho; na instituição psiquiátrica predomina o modelo manicomial/asilar como a gente chama, que daí vai olhar a pessoa enquanto doença, enquanto diagnóstico, aqui, no CAPS, a gente olha os seres humanos enquanto pessoas, enquanto a existência de um sofrimento, o que podemos fazer pra minimizar esse sofrimento da pessoa, então, essa é a primeira diferença que tem, quem é essa pessoa, que no modelo manicomial acaba sendo vista mais como diagnóstico, como um doente, isso que eu sempre falo, essa iatrogênia que o modelo

manicomial acaba inserindo na pessoa, você é um doente, vai ter que tomar remédio pra vida toda, e o máximo que você pode chegar é um portador de transtorno mental em recuperação, isso é uma das diferenças, outra é a própria concepção de saúde/doença que existe; as formas de organização dos dois modelos, são modelos diferentes, um é mais centralizado no psiquiatra, na instituição psiquiátrica, o no CAPS seria mais centralizado na equipe e, principalmente, nos usuários; a forma de relação com a clientela ou com o usuário, no modelo manicomial, é sempre uma relação hierárquica, de cima pra baixo, no CAPS, sempre uma relação, ou a gente tenta sempre ter uma relação horizontal; e a própria questão do que é bom ou não é bom pra pessoa, a pessoa tem que dizer o que é bom pra ela e, as vezes, no hospital, são os profissionais que já dizem o que deva ser bom pra ela, ou seja, a grande diferença que existe é: quem decide o que? No hospital as pessoas decidem sobre a vida da pessoa, eu acho que no modelo psicossocial é a pessoa que compartilha a decisão da sua vida (GIRASSOL, 20/3/2006).

Conforme destaca Rotelli (1990), no manicômio (modelo/tradicional) a sociabilidade é reduzida a zero. A tutela, a internação tem a única finalidade de subtração das trocas, de estabelecer relações de mera dependência pessoal. Enquanto que a emancipação terapêutica (que se torna o objetivo substituto da "cura") só pode ser (cientemente) a mobilização de ações e de comportamentos que emancipem a estrutura inteira do campo terapêutico. Assim, o problema que se coloca aos novos serviços (CAPS) não é cura (a vida produtiva), mas sim a produção de vida, de sentido, de sociabilidade.

Neste aspecto, pode-se considerar a proposta basagliana de *colocar a doença entre parênteses* para assim direcionar o olhar ao sujeito em sofrimento e não à doença. Essa é uma questão fundamental, pois é o movimento de *tomada de responsabilidade* (DELL'ACQUA, 1992) individual e coletiva que se constitui como meio para a transformação institucional e para o processo de desconstrução. A cura cede espaço à emancipação, mudando a natureza do ato terapêutico, que agora se centra em outra finalidade: produzir autonomia, cidadania ativa, desconstruindo a relação de tutela e o lugar de objeto que captura a possibilidade de ser sujeito (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3 Participação do usuário e da família no tratamento

De acordo com as diretrizes da atenção em saúde mental do modelo psicossocial, o protagonismo dos usuários é fundamental para que seja alcançado o objetivo do CAPS de se constituir como dispositivo de promoção da saúde e da reabilitação psicossocial. Os

usuários e familiares devem ser chamados a participar das discussões sobre as atividades terapêuticas do serviço. A equipe técnica deve trabalhar de forma a estimulá-los a participar de forma ativa do tratamento e da construção de laços sociais. Entre os tipos de atendimento que o CAPS pode oferecer está o atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, de lazer com familiares (BRASIL, 2004).

Na seqüência deste item analisaremos as formas criadas pelo CAPS Ponta do Coral para envolver ativamente usuários e familiares no processo terapêutico, seja com relação ao projeto terapêutico individual, ao atendimento e a participação das famílias no tratamento.

3.3.1 Planejamento terapêutico individual

Conforme as determinações da política de atenção em saúde mental, cada usuário deve ter um projeto terapêutico individual, composto por um conjunto de atendimentos personalizado, que respeite as particularidades, necessidades de cada pessoa e proponha atividades durante a permanência diária na unidade e fora dela (BRASIL, 2004).

O atendimento no CAPS oferece projeto terapêutico de tratamento individualizado, o qual é pensado e avaliado com a participação do usuário. A fala relacionada a seguir detalha como acontece o planejamento do tratamento.

O primeiro passo desse projeto terapêutico ele é feito na entrevista inicial, que é basicamente a entrada desse usuário no serviço; então, a gente pensa uma programação mínima, levando em conta as necessidades, as condições, os limites e as capacidades do usuário e, quando a gente pode contar, com a família também. Além disso, uma vez por mês, [...] tem o encontro da Regional, e os usuários dessa Regional podem reelaborar o seu projeto terapêutico, a gente faz a revisão, a gente discute como é que está sendo esse projeto, se está sendo interessante, que ganhos, se está havendo ganhos ou não, se a pessoa está se sentindo contemplada de alguma maneira e tal, e aí a gente faz as alterações que a gente discute e acha necessário (F, 12/4/2006).

Com relação a forma como o usuário participa do processo de planejamento do seu tratamento, os entrevistados colocaram que é através da manifestação das preferências,

opções e desejos dele, dentro das possibilidades que o CAPS oferece. Nas falas relacionadas é explicitado qual a participação do usuário e do profissional no planejamento do projeto terapêutico de tratamento.

Quando o usuário chega no serviço, encaminhado de algum outro (serviço), ou de um hospital, ou de uma unidade local de saúde, ou por demanda espontânea é feito o acolhimento, onde a gente usa uma entrevista inicial pra fazer uma coleta de dados, ali resgata um pouco da história que o próprio usuário vai estar contando, e, então, nesse momento é feito o projeto terapêutico; inicia-se o projeto terapêutico, não que ele tenha que se esgotar nesse momento inicial; uma pergunta que a gente sempre faz pra ele é do que ele precisa, como a gente vai poder ajudar, então, a partir daí a gente oferece o nosso leque de atendimentos, o nosso projeto terapêutico do CAPS, e aí vai se construindo dessa forma (VIK, 24/3/2006).

Em geral a gente faz isso quando ele chega, na entrevista inicial, a gente pede pra que ele diga, a gente apresenta o que a gente tem; a gente pede que ele diga o que ele gostaria de estar fazendo, o que ele fazia, quais as preferências que ele têm, se ele não sabe, em algumas situações, a gente sugere que ele venha participar de algumas oficinas para ele, por exemplo, escolher; então, assim, é feito muito respeitando o desejo do paciente, o que ele gosta mais, as preferências dele; agora, se a gente vê que o paciente está muito ansioso, se ele precisa, a gente sugere um grupo terapêutico ou as vezes o atendimento individual; assim, não tem uma uniformidade, em geral a gente age assim (P, 17/3/2006).

Ele tem, esse projeto terapêutico, ele tem um primeiro momento, quando o usuário chega e faz a entrevista inicial é colocado com ele e oferecido, mostrado as possibilidades, o que o CAPS oferece em termos de terapia, desde grupos terapêuticos, atendimento individual e oficina, mas não é só oferecido, é também feito uma avaliação do técnico, o que ele pensa que, naquele momento, poderia estar ajudando aquele usuário, e é conversado com o usuário, muitas vezes acaba o usuário escolhendo tudo, escolhendo o que ele quer e o técnico tem pouca interferência, outras vezes o usuário quer algo que talvez naquele momento, por exemplo, atendimento individual, mas não tem vaga, não tem, os técnicos estão todos..., se tem alguém fazendo atendimento individual já não tem horário, então se entra em um acordo das possibilidades, dos desejos do usuário, e das possibilidades que o serviço oferece; isso é o primeiro momento, no segundo momento, ao longo do período do usuário aqui, vão tendo transformações, muitas vezes ele abandona aquele grupo ou oficina, que não era aquilo que ele achava que era bom, que ele gostava, abandona formalmente ou informalmente, simplesmente não vai, ou ele entrou em surto não veio mais, uma série de questões, então isso tudo é retomado, a gente tenta fazer a retomada na reunião das Regionais, reunião mensal, como é que está o tempo dele aqui, o que ainda se mantém fazendo, como ele está se sentindo (LÉLI, 4/4/2006).

Um dos entrevistados destacou que o projeto terapêutico de tratamento do usuário

é sempre pensado a partir da necessidade dele, o que ele traz de necessidade, o que ele traz de sonho, de vontade, de sofrimento, de

tristeza, então, o projeto terapêutico é sempre pensado, repensado, analisado, refletido, em cima da necessidade da pessoa (GIRASSOL, 20/3/2006).

É importante destacar que o planejamento do projeto terapêutico deve envolver o portador de transtorno mental como sujeito deste processo. A participação ativa do usuário na escolha do que fazer e na expressão de suas necessidades favorece a adesão e continuidade no tratamento, confere-lhe o exercício da liberdade de escolha e da cidadania. Neste processo, o ato terapêutico, quando não é mais fundado sobre a doença e não provém da autoridade médica, torna-se a própria organização coletiva, convertendo-se em *tomada de responsabilidade* e produção de subjetividade (TORRE; AMARANTE, 2001).

3.3.2 Participação da família no tratamento e atendimento familiar no CAPS Ponta do Coral

No plano teórico, a relação da família com o portador de transtorno mental é construída a partir do alienismo, como produto da sociedade moderna/burguesa. No interior desta perspectiva concentram-se dois entendimentos polarizadores: “o da família ameaçada pela eclosão da enfermidade, portanto, sofrendo suas conseqüências ou causadora da emergência do transtorno mental, assim culpabilizada por sua etiologia” (ROSA, 2002, p. 139). Historicamente, o segundo entendimento foi o que prevaleceu na maioria das abordagens teóricas na área da saúde mental, com uma relativa diminuição nos anos 1970, seguido de uma complexificação da compreensão do grupo familiar e de sua dinâmica, a partir dos avanços teóricos da leitura feminista e marxista. “Contemporaneamente, a inclusão do grupo familiar nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental; a assunção de sua condição de parceira e co-responsável dos serviços e a exigência de constituição de uma nova pedagogia institucional em sua abordagem atravessam a construção de uma nova relação entre o louco e a sociedade” (ROSA, 2002, p. 139).

Nesta direção, um dos objetivos do CAPS é incentivar as famílias a participar do cotidiano do serviço. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas importantes para o trabalho dos CAPS. Eles podem participar de diversas maneiras, incentivando o usuário a se envolver no projeto

terapêutico, participando diretamente das atividades do serviço, nas reuniões, assembléias, nas associações de usuários, técnicos e familiares, trazendo dúvidas, sugestões. A participação pode acontecer tanto nas atividades internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. (BRASIL, 2004).

A Portaria /GM nº 251/2002 constitui-se como mais um dispositivo na mudança das relações entre os serviços de saúde mental e a família à medida que prevê, no desenvolvimento dos projetos terapêuticos, o preparo para o retorno à residência/inserção domiciliar e uma abordagem dirigida à família no sentido de garantir orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento.

O atendimento aos familiares é uma das formas para que as famílias participem, conheçam o trabalho dos CAPS e passem a se envolver ativamente no processo terapêutico. Neste sentido, a família ganha visibilidade como protagonista, parceira dos serviços e co-responsável no provimento de cuidados do portador de transtorno mental.

Além disso, o avanço dos conhecimentos e entendimento de que os fenômenos humanos comportam uma multiplicidade de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos e éticos, inter-relacionados entre si, possibilitou mudanças na assistência às pessoas em estado de sofrimento psíquico. Essas puderam ser compreendidas na totalidade de sua condição existencial. E, o sofrimento, antes tomado apenas como algo individual, passou a ser visto como parte de um contexto onde outras pessoas estão envolvidas e também merecem cuidado e atenção.

No CAPS Ponta do Coral, na sua maioria, os profissionais afirmam que existe atendimento familiar, com ressalvas de um deles que referiu não existir atendimento familiar sistemático e outro que observou que existe atendimento familiar individual. As falas relacionadas expressam de que forma a família participa no tratamento do seu membro no CAPS.

A família participa não como uma preconização ou uma exigência do serviço; o que eu tenho visto é que a família participa aqui no CAPS na medida em que há uma necessidade, quando há necessidade do serviço conversar com a família ela é incluída, quando há uma necessidade da família pelo serviço ela procura, mas não é uma rotina todas as pessoas que vem aqui a família ser atendida, as vezes o usuário não quer saber da família, as vezes a família não quer saber do usuário e assim sucessivamente, ou seja, a família participa na medida que temos a clareza da necessidade, mas não é uma prática oficial do serviço (GIRASSOL, 20/3/2006).

Alguns casos sim, em alguns casos eles vem para a reunião mensal da Regional, ou vem para uma consulta com a psiquiatra, ou vem pra trazer o usuário que não consegue ainda vir sozinho, mas é muito restrita a

participação da família, normalmente ela vem mesmo quando a coisa está apertando, quando o usuário surtou, não está conseguindo segurar, quando ele está já nas últimas (LÉLI, 4/4/2006).

Os profissionais que afirmam a existência da participação da família no tratamento explicitam como esta acontece e como se dá o atendimento no serviço, observando o cuidado que existe em atender a família e o usuário juntos.

Sim, tem alguns usuários que vem acompanhado de familiares, as vezes nós chamamos a família, quando existe necessidade, e isso acontece assim no cotidiano, conforme realmente surge a necessidade; geralmente há uma relação muito conflituosa entre o usuário e família, geralmente o familiar mais próximo, referência mais próxima e aí a gente intervém, mais ou menos com dois objetivos, assim, um de pensar essa relação conflituosa, o que pode ser negociado aí pra viverem melhor, pra ter mais qualidade de vida nesse ambiente, que moram juntos, e o outro pra poder então capacitar, colocar elementos pro familiar sobre o tratamento, sobre os transtornos mentais, pra que ele possa ser um cuidador também, o que ele é, pra que ele possa se qualificar; então, uma outra coisa que eu penso é que esse atendimento familiar ele sempre tem que privilegiar a participação do usuário porque fica complicado falar do usuário sem ele estar presente (VIK, 24/3/2006).

Sim, a família participa, claro, na medida de cada caso; em geral, assim, a gente tem a disponibilidade de atender a família, então, muitas vezes, precisa de o paciente vir com a família em várias situações, e esse atendimento é dado; o grupo de família, também está tendo o grupo de família, as vezes é dado (o atendimento) a família daquele paciente; mas sempre a gente tem o cuidado de receber a família e atendê-la junto com o paciente, nunca assim..., não gerar essas fantasias perseguitórias por parte do paciente “tá falando o que de mim”; isso é mais ou menos quase uma regra aqui no CAPS, a gente atende junto com o paciente (P, 17/3/2006).

Os trechos das entrevistas relacionados a seguir descrevem as formas criadas pelo CAPS para oportunizar a participação da família no tratamento. Alguns profissionais referiram-se a um grupo de famílias que chegou a ser iniciado, mas que pela falta de adesão e outras dificuldades não funcionou mais.

Um pouco assim, o acolhimento na segunda-feira é um espaço que a família pode participar junto com o usuário pra relatar como é que foi o final de semana e pra relatar e como estão as atividades no CAPS; o outro espaço são as reuniões das Regionais de equipe, fora o trabalho individual, que, assim, eu acabo chamando muitas vezes, eu quero atender você na presença de um familiar, as vezes você precisa até forçar nesse sentido, de que a família compareça, faço cartinha, mando e aí atendo em consulta individual, mas não em grupo, não é uma abordagem psicoterápica, é mais no sentido de psicoeducação do que de terapia (J, 22/3/2006).

[...] existe um planejamento pra se atender família, um grupo de familiares a serem atendidos por psicóloga [...]; então, as formas criadas para oportunizar a participação da família é justamente quando ela vem, acompanha, que é aberto para os familiares participarem das oficinas junto com o usuário, então, sempre tem essa oportunidade e grupos específicos pra famílias que estão se tornando real (GIRASSOL, 20/3/2006).

É mais ou menos como eu te falei; então, assim, as vezes a gente chama pra um atendimento individual, e também ela participa dos eventos acontecidos aqui no CAPS, promovidos pelo CAPS, de festas, geralmente o dia nacional da Luta Antimanicomial, quando a gente comemora, que faz uma confraternização, as festas sempre tem a presença de familiares também, festa de natal, festa junina (VIK, 24/3/2006).

As reuniões das Regionais por exemplo, uma vez por mês, e tem alguns técnicos que fazem reuniões com as famílias, discutindo, por exemplo, aquele usuário em que a família está implicada diretamente, tem problema com a família, então chama a família pra trabalhar; já teve grupo de família, mas foi fechado porque as pessoas ficaram um tempo, mas as famílias, segundo as técnicas que fizeram, muito pouco se apropriavam, vinham, se utilizavam desse espaço (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre este aspecto, cabe destacar que o deslocamento do eixo da compreensão do problema individual para o familiar/social, que tem como consequência o acolhimento da família como uma unidade que necessita de cuidado tanto quanto o paciente individual, pressupõe um novo olhar sobre as possibilidades das famílias para enfrentarem suas crises e atuarem como suporte terapêutico. Nessa perspectiva, se impõe a necessidade de não só reconhecer o atendimento ao grupo familiar, mas de oferecer uma atenção singular que leve em conta, por um lado, as especificidades de cada família, considerando a história, a estrutura, a dinâmica, bem como a inserção desta no contexto social. Por outro lado, deve-se avaliar a realidade e as possibilidades das famílias para usufruírem das formas de atenção que lhes são propostas (MIOTO, 1998, pp. 25-26).

Nesta direção, dois dos participantes da pesquisa identificaram como uma das dificuldades em realizar o atendimento familiar, a falta de profissionais qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades, conforme pode ser observado nas falas a seguir.

A maior dificuldade que eu vejo é que não existe ninguém capacitado aqui dentro para lidar com a família, é claro que, assim, eu faço um atendimento com o usuário a família vai estar junto eu vou estar explicando, mas quando você vai pensar em trabalhar com a família, trabalhar no sentido psicoterápico, isso não existe, agora informar a família, tentar com que a família faça parte do planejamento, a gente

tenta e incentiva, estimula que eles venham nas reuniões das Regionais, mas o que eu percebo, assim, a equipe ela é muito pequena pra dar conta de tudo, então a maioria das vezes o paciente chega, a família está ali fora, mas todo mundo tem a sua atividade, estão todas na oficina e isso me sobrecarrega muito porque eu tenho que dar conta de tudo, inclusive da família que chegou, do atestado que está faltando, e a família que quer saber porque que o remédio..., mas não existe um espaço pra ela, não existe um espaço que acolhe a família (J, 22/3/2006).

Profissionais qualificados, eu acho que necessita de profissionais que tenha um pouco mais de experiência, de conhecimento pra estar lidando com família, que toda a família tem sempre os seus nós górdios, tem sempre questões de fundo, que as vezes precisa de um certo conhecimento, experiência pra estar lidando com isso; até que ponto é vítima ou réu, então, acredito que profissionais que tenham experiência, que tenham a qualificação teórica, [...] possa estar oportunizando uma melhor relação no atendimento CAPS com família, então, a qualidade do profissional para estar realizando essa participação (GIRASSOL, 20/3/2006).

Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que é um transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, foram relatados pelos profissionais.

Acho que tem uma junção, eu acho que tem uma coisa primeiro que é o entendimento, a família, muitos familiares, querem deixar o usuário aqui, e querem fazer sua vida, até por questão de sobrevivência; o que eles alegam muito é que eles precisam trabalhar, então não pode faltar ao trabalho uma vez semana pra poder estar aqui porque mesmo que tenha atestado pra poder estar aqui, acaba perdendo o trabalho, não tem como justificar; e a outra questão é o próprio entendimento de que é na família o espaço em que o usuário pode ser tratado, porque a idéia de tratamento é uma idéia também que se direciona, que acaba sendo entendida como médica, hospitalar ou clínica, ou então, agora tem o CAPS; e o lugar de tratamento, digamos tratamento como restituição, como reinserção, também é na família (LÉLI, 4/4/2006).

É, chega um momento que as vezes de fato a relação se esgota, assim, são tantos conflitos, são tantas brigas, tantas dificuldades de convivência, de relacionamento, que já vem desde a infância, que chega em momentos quando, geralmente, o usuário tem as primeiras crises, isso gera um isolamento, assim, o usuário fica isolado nesse ambiente, nesse contexto familiar, realmente é muito difícil; as vezes tem uma mãe muito controladora e que aí o usuário não quer muito aproximação do serviço com essa referência porque o serviço passa a ser então um lugar de acolhimento pra ele que ele não tinha até então, porém, a gente busca a família, pra que a família possa cumprir essa função da referência (VIK, 24/3/2006).

Neste sentido, deve-se considerar que no contexto brasileiro, pela própria ausência ou precariedade da intervenção estatal por meio das políticas públicas de corte social, a família torna-se a principal garantidora da reprodução da força de trabalho. As famílias, para suportar, todas as funções que lhes são atribuídas e enfrentar as situações de risco social, buscam dividir com o Estado o encargo dos cuidados com seu ente enfermo. Mesmo assim, configuram-se, para elas, condições deficitárias de atendimento, em particular no caso da atenção em saúde mental (ROSA, 2003, p. 192).

Na seqüência, o entrevistado realiza uma análise das várias situações singulares e sociais que envolvem as dificuldades do serviço, das famílias e dos usuários, em realizar um tratamento integrado na relação usuário/família/CAPS.

Então, também envolve vários aspectos, eu vou apontar alguns; assim, em primeiro lugar, a gente vê que boa parte das famílias vê o CAPS como um lugar pra poder deixar o seu familiar, é um lugar onde ela não vai precisar cuidar dele durante um certo tempo, então, eles até participam de algumas entrevistas iniciais, hoje, por exemplo, eu tenho uma (entrevista inicial) que a pessoa veio sozinha, não veio família; é bastante freqüente que venha o usuário sem acompanhante familiar algum, esse é um aspecto, a família de uma certa maneira toma o CAPS como um lugar pra deixar o seu familiar, nós por outro lado, não criamos estratégias pra fixar essa família, pra trazer essa família mais perto; tem um grupo de família que funciona de maneira meio irregular, mas que a gente vê cada vez mais a necessidade de tornar isso algo mais organizado, poder atender a família, a gente faz o acompanhamento com família, geralmente, quando há um pedido específico ou do usuário ou da própria família, aí a gente procura fazer, mas é mais individualizado, é uma questão mais individualizada, e há também, por parte dos usuários há o desejo de que a família não participe, isso ficou muito evidente na organização da associação, que é uma associação de usuários, familiares e técnicos, e quando a gente estava organizando a associação, toda vez que se falava na participação dos familiares havia uma certa resistência por parte dos próprios usuários que os familiares participassem; a gente entende isso como uma maneira de buscar uma certa autonomia, uma certa distância dessa família, que é, as vezes, bastante complicado de fato tê-los muito próximos, aí precisa de um outro tipo de abordagem, não dá pra incluir, como a gente fazia no início por exemplo, a gente fazia grupos de usuários e familiares, mas a família atrapalhava mais do que ajudava nesses grupos, aí a gente resolveu começar a separar, deixar o espaço específico para o usuário, porque a família vinha e tomava o espaço, e falava, e ficava reclamando da pessoa, do que ele não fazia, de todas as dificuldades etc..., então, a gente achou melhor botar um pouco uma barreira, botar um filtro ali pra que tivesse espaço do usuário e que ele pudesse aproveitar isso da melhor maneira possível (F, 12/4/2006).

No entanto, cabe destacar que, numa visão mais abrangente e totalizante, a família é entendida, no cerne das condições de reprodução social do portador de transtorno

mental, como um sujeito que procura reconstruir relações cotidianas, criar novos sentidos, manter e fortalecer laços de sociabilidade. É percebida, positivamente, em suas possibilidades, potencialidades e recursos, como elemento fundamental à manutenção do poder contratual, à autonomia e à emancipação do portador de transtorno mental (ROSA, 2002, pp. 152-153).

As falas relacionadas a seguir apresentam a compreensão dos entrevistados com relação às possibilidades da participação da família no tratamento, e as dificuldades do CAPS em realizar esse tipo de atendimento. Um deles argumenta que o acompanhamento à família é essencial para minimizar os efeitos da convivência com o portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Acho que o atendimento familiar assim como ele pode ter dificuldades ele também pode te ajudar um monte, então, assim, tem os dois lados, as dificuldades eu acho que é porque também ele vai estar trazendo, vai sobrecarregando com mais, digamos assim, mais queixas, vai estar trazendo.., as vezes nem está relacionado ao usuário os problemas e as situações, embora eu acredito que na maioria das vezes ela ajuda, ela ajuda porque é que está convivendo com o usuário lá fora o tempo inteiro, que tem mais os dados, quem pode inclusive, ah! ele está muito sedado, vamos tirar esse remédio, esse remédio só faz mal, então, a família se ela não é bem orientada ela acaba, assim, tentando fazer o bem ela acaba fazendo o mal pro paciente, ah! não aquela atividade lá, ficar só batendo palminha, musiquinha, aquilo lá não vai ajudar você, é melhor eu.., vou te colocar de novo na escola porque se não você não vai trabalhar nunca, então todas as ansiedades da família, que se elas forem bem trabalhadas o usuário só tem a ganhar, agora, as dificuldades é: um espaço em que essa família seja acolhida, que ela seja realmente trabalhada e uma equipe, a formação, alguém com formação pra fazer isso, isso não tem (J, 22/3/2006).

Eu acho que o acompanhamento com a família ele é extremamente necessário pra elaborar a imagem que essa pessoa acabou deixando pra essa família; a família ela ainda tem uma imagem, ela tem o imaginário social em relação o que ela de repente produziu; então, há uma necessidade de se ter um acompanhamento com os familiares pra estar elaborando as relações, o dia-a-dia que ela tem com o portador de transtorno mental; as vezes se investe muito em acompanhamento com usuário e não se investe muito no acompanhamento com a família, a família está sobrecarregada, tem que se discutir a questão dos encargos familiares, porque as vezes ter um portador de transtorno mental junto com a família é extremamente estressante, e as vezes a família acaba colocando o portador de transtorno mental no hospital pra descansar, porque as vezes é complicado, tem um portador de transtorno mental que canta o dia inteiro, ou que não dorme durante a noite, dorme de dia, ou que quer ver televisão a todo momento, ou que fica conversando com a vizinhança a todo o momento, tem o portador de transtorno mental que com o seu sofrimento incomoda muito a família, então, tem de haver um profissional articulado ou apaziguador ou que provoque alguma

resolução nessa prática; [...] se não dá pro portador de transtorno mental morar com a família então que se haja (encontre) um espaço harmônico, mas a família tem que ser acompanhada sim (GIRASSOL, 20/3/2006).

Entre as dificuldades que os profissionais identificam na (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e estigma da loucura, ainda presentes no imaginário social das pessoas. Relacionamos na seqüência as respostas dos entrevistados, nas quais é expressa a relação com alguns dos aspectos enfrentados no cotidiano da vida dessas pessoas, em suas relações com a família, as instituições e a sociedade.

Em primeiro lugar a dificuldade de a família compreender o que a pessoa tem, pelo que ela passa, muitas vezes, a idéia é de que é um vagabundo, que o cara não quer trabalhar porque é vagabundo, não quer fazer nada só quer ficar em casa fumando, na frente da televisão porque é vagabundo; então, tem essa dificuldade de poder dar ou ter um certo olhar pra essa pessoa, pra esse usuário que não seja esse da discriminação; tem também o medo, o medo de que essa pessoa venha cometer algum crime, que é um pouco o mito da loucura, é o que envolve o mito da loucura, de ser alguém que é imprevisível e violento, o mito da loucura está muito marcado por isso, muitas vezes a família vem contaminada por isso, eu atendo uma mãe, por exemplo, que apesar de ser uma pessoa que contribui muito, mas ela tem medo do filho, ela tem medo, e ela reconhece isso, diz isso claramente, ela tem medo, agora menos, depois de um tempo isso está começando a se flexibilizar, ela está começando a entender um pouco diferente, mas ela tinha muito medo do que esse filho poderia fazer com ela, então, isso é algo que é bastante comum, mas isso é uma dificuldade; o outro aspecto da resistência é a idéia de que ele se tornou uma pessoa inútil, o usuário se tornou uma pessoa inútil, porque ele não pode trabalhar, que nunca vai fazer nada a não ser ficar como um louco, ficar como uma pessoa que não pode assumir responsabilidades, que não contribui, o aspecto financeiro é um problema; o Programa de Volta pra Casa não resolve isso integralmente porque ele é destinado pra pessoas que estão no mínimo há dois anos internadas, então, aqueles que não tem internação prolongada não têm acesso a esse recurso, então, ele passa a se tornar um peso econômico pra família e aí todos os outros problemas que são decorrentes disso (F, 12/4/2006).

Muitas vezes ele acaba sendo o membro da família rechaçado, ele tem o quartinho dele no fundinho. Bom, eu acho que é o próprio estigma de ter um doente mental, tem ah ele é doente mental, deixa ele quietinho lá porque se não ele vai incomodar, vai surtar, vai xingar e, que vergonha, aí os vizinhos; então, é o estigma do usuário, do paciente com transtorno mental, como muitas famílias não entendem elas tem até crenças de que isso é o demônio, isso é um castigo, ou é porque ele era uma pessoa ruim na vida passada, então, vem com mil, vamos dizer assim, explicações, que só atrapalham e impedem que aquilo seja encarado como..., ok isso aí é uma doença, e como é que a gente vai

fazer pra ajudar e tratar isso; então, os conhecimentos, a ignorância nesse sentido, [...] uma parte eu acho que seja pelo próprio desconhecimento do que é um transtorno mental, e do estigma de que o louco é o que rasga dinheiro e, enfim, isso dificulta, e aí quando você não tem um suporte pra dar à essas famílias aqui dentro, você só reforça lá fora esse estigma; então, claro, a pessoa chama a atenção da população, os pacientes que conseguem lá fora trabalhar e não ficar só dentro do CAPS, então, as oficinas que possam vir a dar renda, que elas sejam trabalhadas lá fora, até pra lá fora você convive com eles, percebe que eles não são os loucos que rasgam dinheiro, saem quebrando tudo e matando todo mundo, esse é o medo da população e acaba sendo o medo da família (J, 22/3/2006).

A questão da diferença do “louco” para o “não louco”, que na sociedade capitalista, é determinada pela relação produtivo/não produtivo, ou seja, aquele que detêm poder de consumo e aquele que não tem poder de consumo, também foi expressa pelos profissionais entrevistados como uma das dificuldades para a (re)inserção social do portador de transtorno mental, na família e na sociedade.

Eu acho que os limites do usuário; tem a coisa do preconceito, da loucura, ele, o usuário, ele não é alguém produtivo na família, ele não leva dinheiro pra casa, ele, ao contrário, ele só gasta, ainda tem que buscar remédio, ele dá mais trabalho ainda, ele não é produtivo, de maneira geral, então, isso já agrega um preconceito maior ainda, além de ter o preconceito da loucura, de ser..., enfim, alguém que tem uma “deficiência”, alguém que é muito dependente, ainda tem isso, então, ele não soma nada à família a não ser o incomodo; daí, geralmente, é uma mãe que até acolhe, ou pai, por questões afetivas, mas sempre está lidando com esse limite do usuário; tem famílias que não querem, tem muitas famílias carentes que não querem mais um problema, e quando a pessoa, então, saiu da família, que foi internada, e ficou um longo tempo fora, a família já se estruturou de forma a não contar com aquele usuário, então, já não conta mais com ele, passou três, quatro, cinco meses, aí vem uma pessoa trazendo toda uma dependência e que não é somar, ou as vezes as próprias crises dentro de casa, então, é difícil um cara que faz xixi no chão, um cara que toma um café e deixa sua xícara, um cara que quebra, que uma vez por mês quebra tudo, que bate nas pessoas dentro de casa, ninguém tem essa tolerância, tem que ser mais de uma pessoa pra suportar e, as vezes, uma pessoa, que é a mãe, suporta, mas os outros irmãos não entendem, não conseguem lidar com a questão, que é difícil mesmo, o nível de dependência, os limites, o risco que, enfim, pode correr o usuário (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Rosa (2003, p. 192), a família, apesar de procurar dividir com o Estado as demandas de cuidado do portador de transtorno mental, ainda é o principal agente responsável pelo seu provimento. Para implementá-lo, na divisão sexual do trabalho do grupo doméstico, seu ônus recai sobre a mulher. Todavia, diferente das demais

enfermidades, o transtorno mental se particulariza pelo fato de seu portador não se reconhecer como enfermo e por seu prognóstico figurar como uma incógnita, sem ter uma temporalidade previsível. Desta forma, em geral, o provimento de cuidados e o tratamento tornam-se impositivos para o portador de transtorno mental, que pouco colabora conscientemente no seu processo de recuperação. Por sua vez, o provedor de cuidado, com frequência a mulher, mãe, tem que ter uma disponibilidade de tempo, periódica ou indefinidamente, para exercer o seu papel. E, para satisfazer as necessidades individuais do portador de transtorno mental e as exigências de sua enfermidade, a mulher, mãe tem seu espaço de vida invadido, seus projetos de vida obstruídos pelas necessidades de prestar cuidado.

3.3.3 Associação de usuários, técnicos e familiares

No contexto da Reforma Psiquiátrica, as organizações de usuários, técnicos e/ou familiares tem cumprido um importante papel na mudança do modelo assistencial em saúde mental, participando ativamente das discussões sobre os serviços e promovendo atividades que visam maior inserção social, geração de renda e trabalho e a garantia de direitos sociais. Essas associações constituem-se em importante instrumento de promoção da saúde e da cidadania de todos os envolvidos (BRASIL, 2004)

O CAPS Ponta do Coral conta com uma associação de usuários, familiares e técnicos. Apesar de estatutariamente estar prevista a participação e filiação de familiares e técnicos, atualmente, na prática, esta se tornou, efetivamente, uma associação de usuários. Em gestões anteriores, já teve em sua diretoria a participação de técnicos do serviço. Atualmente, dois técnicos acompanham as atividades desta, mas a diretoria da gestão atual (2006) é composta somente por usuários.

Com relação a participação dos usuários no planejamento das atividades do CAPS, os profissionais referem que esta acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, realizada semanalmente, na qual são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Contudo, os entrevistados observam que

existem dificuldades em realizar um processo de planejamento das ações do serviço, seja por particularidades dos usuários, seja por limitações e/ou problemas institucionais.

Assim, existem alguns espaços em que essas ações são tomadas em conjunto, a assembléia dos usuários, aqui é feita de terça-feira, em que é discutido desde a limpeza, o lanche, qual é o próximo passeio, o que vai ser de reunião, o que está sendo feito, quais são os informes em relação a saúde mental, em relação a congressos, encontros, comissões. O que eu percebo é que embora isso seja estimulado há pouca, baixíssima, aderência e quando há, em geral, são daqueles mais saudáveis no sentido de que de repente nem seriam usuários CAPS, mas eu acredito que isso seja também o próprio sintoma, de a dificuldade de lá fora conseguir um emprego, a dificuldade de iniciar uma atividade, iniciar um curso, é também pra se engajar na própria luta deles; o que eu percebo é que a família, em geral, quando pega isso vai adiante, os usuários tem poucos estímulos próprios, vamos dizer, pra continuar, pra se manter; então, na reunião da Comissão Ampliada²¹, aí participa um, mas depois a semana que vem já não vem; então, são poucos os que realmente conseguem dar conta, eu coloco a palavra no sentido de ser capaz para, tem essa dificuldade, eu acho que é própria condição (J, 22/3/2006).

Então, a gente procura estabelecer parcerias com a associação porque tem muitas coisas que pelo fato de a gente estar submetido a um organograma e a hierarquia, e aí os limites do serviço público, a gente não pode fazer; por exemplo, a questão da venda do material das oficinas, isso é algo que o CAPS não pode assumir, por conta mesmo da legislação que impede a gente de fazer esse tipo de atividade; então apesar de ter uma participação grande, o material vendido é o material das oficinas do CAPS, mas quem faz essa tarefa é a associação, é a associação que se encarrega da venda, de levar o material, de receber dinheiro etc.; além disso a associação se tornou efetivamente uma associação de usuários, apesar de o estatuto dela prever a participação e filiação de familiares e técnicos ela é uma associação de usuários na prática, e como articuladora de um projeto político e de reivindicação dos direitos do usuário dos serviços de saúde mental, como um instrumento pra viabilizar inserção no mercado de trabalho por exemplo, parece que são essas as funções da associação; com os usuários o que a gente tem é uma assembléia semanal onde são discutidos os aspectos do funcionamento cotidiano do serviço; esse aspecto do planejamento da atividade ele de fato não tem a participação dos usuários até porque nem nós, como te falei no início, o nosso planejamento também é meio caótico, assim, a gente não tem um processo organizado de planejamento pra um ano ou mesmo pra seis meses, então, aí os usuários não chegam a participar desse planejamento, eles participam sim da discussão do funcionamento que é na assembléia,

²¹ A Comissão Permanente e Ampliada de Saúde Mental (CPASM) é uma instância do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, criada através da Resolução N°1/CMS/2006, cuja finalidade é assessorar o plenário do conselho no que compete a formulação, implantação, implementação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas, ações e projetos em Saúde Mental, assim como prestar assessoria técnica ao gestor municipal. A CPASM é constituída por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde, e usuários e familiares da saúde mental (nota da pesquisadora).

que é toda semana, e aí se trata das coisas do dia-a-dia, é mais cotidiano (F, 12/4/2006).

A presença e participação dos usuários nas discussões e no planejamento das ações pertinentes à saúde mental vêm se ampliando progressivamente nos últimos anos. O processo de inserção inicia-se com o protagonismo dado ao sujeito na definição de seu projeto terapêutico, estende-se na organização de associações e na representatividade destas nos fóruns deliberativos (Conselhos de Saúde, Conferências, Comissões de Saúde Mental), e na participação em eventos científicos e espaços de militância política pertinentes à área da saúde mental. Essa é uma das formas em que a condição de cidadão dos portadores de transtornos mentais é resgatada. Segundo Rodrigues (2005, p. 80), “a participação política e militância de usuários e familiares em instâncias deliberativas ganham efetividade quando politicamente organizados”.

Neste sentido, a construção coletiva do protagonismo requer a saída da condição de usuário-objeto e a criação de formas concretas que produzam um usuário-ator, sujeito político. Isso vem ocorrendo através de inúmeras iniciativas de reinvenção da cidadania e *empowerment*, como atenta Vasconcelos (2000b), por meio de intervenções via associações de usuários ou de cooperativas sociais, ou ainda da participação política de tais atores nos mais importantes fóruns sociais de formulação de políticas da área, tal como nos conselhos de saúde e comissões de saúde mental.

Nas falas que seguem, os participantes da pesquisa destacam as dificuldades encontradas na organização, na articulação e no funcionamento da Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral²², bem como seus objetivos e principais lutas políticas por direitos.

Assim, eu acho que os usuários têm esse espaço da assembléia junto com os técnicos. É um espaço interessante, onde eles podem estar opinando, mais do que o da associação; o da associação é muito mais difícil de levar adiante; eu também já fiquei um tempo ajudando a associação, já fui até, uma época, da própria gestão, da própria diretoria, e a gente tem

²² Importante estudo sobre a Associação “Ame A Louca Mente” dos usuários do NAPS Ponta do Coral foi realizado por Rodrigues em dois trabalhos: RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral: desvelando sua significação**. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004; e RODRIGUES, J. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

que estar puxando muito como técnico, parece que deixar por conta deles a coisa não anda e, as vezes, a gente vê que fica mais um desejo nosso de que as coisas aconteçam do que deles; então, a assembléia pelo menos é um espaço que eu ainda acho que se consegue ter uma presença, agora a presença dos familiares no planejamento é muito pequena, poucos que vem, vem um ou outro, pai de alguém; dos usuários, eu acho que é mais nesse espaço da assembléia que acontece (P, 17/3/2006).

Os usuários, nós temos a assembléia dos usuários; então, na assembléia se discute algumas questões, por exemplo, as vezes o planejamento, funcionamento da casa, por outro lado nem tudo é discutido na assembléia, [...] tem uma atuação limitada, ela não é totalmente participativa. A associação, ela tem histórias de altos e baixos; teve momentos que a associação tinha uma diretoria, mas ninguém participava, não se articulava; tem momentos que a associação se integra mais, quando ela se integra a coisa fica também mais rica; nós temos aproximação, por exemplo, na questão do vale transporte, as reivindicações, sobretudo do vale transporte, de veículos pra passeio, pra participar de um evento, muito mais do que planejamento das ações, digamos assim, mais no sentido de luta por direitos e reivindicações (LÉLI, 4/4/2006).

A associação de usuários possui cinco objetivos: controle social, ajuda mútua, suporte mútuo, defesa dos direitos, geração de renda; em cima desse objetivos a associação realiza seu movimento e sua luta. Em termos do papel dos usuários no planejamento das ações do CAPS seria discutir esses objetivos em relação ao CAPS. Hoje, o que acontece, a associação de usuários acaba discutindo um pouco mais controle social; ela expressa a representatividade dos usuários na luta social, na dignidade humana, e também na geração de renda; outra coisa muito importante que a gente fala é a luta contra o preconceito, então, a associação ela participa mais nesse sentido, controle social, geração de renda e luta contra o preconceito no CAPS; esse é o papel dos usuários, realizar o controle social, participar da geração de renda e a luta contra o preconceito; a luta contra o preconceito significa realizar teatro, levar pras Academias, levar pra comunidade, mostrar que a história do louco no imaginário social das pessoas ela é transformada, pode-se reverter isso, e isso se reverte com música, cultura e arte (GIRASSOL, 20/3/2006).

O papel da associação no planejamento, é porque assim, a associação ela não é o CAPS, ela é uma entidade separada, a assembléia é uma assembléia geral do CAPS, é um mecanismo facilitador da participação dos usuários e técnicos na gestão do serviço; a associação é uma entidade, sem fins lucrativos, que foi criada e pensada pra que os usuários e familiares se organizem pela luta da política, pela luta da implantação da política de saúde mental, pela luta dos direitos, pela luta da implantação da Reforma Psiquiátrica, pela melhoria do serviço, então, assim, a associação ela caminha, mas ela é muito nova e aí se é muito nova tem uma estrutura um pouco frágil, então assim, a tua pergunta é se ela participa das ações do CAPS, ela participa sim, tem um elo de participação aí, tem um canal de participação, mas é frágil, é muito frágil, eu penso que é muito frágil porque aparece pouco (VIK, 24/3/2006).

Rodrigues (2005, pp. 81-82) destaca que as associações de usuários, enquanto dispositivos, possibilitam uma atitude política que oferece visibilidade ao usuário como ser cidadão e não apenas como portador de um transtorno. Segundo o autor, quando o usuário passa a ver, sentir, e ver sentido em suas ações associativas, sua prática organizativa torna-se efetiva e com empenho. Por isso, as associações precisam desenvolver estratégias mais amplas de adesão, visando revigorar seus quadros associativos. Nesta direção, a profissionalização e formação política dos dirigentes é vista como uma possibilidade para estimular a participação.

A compreensão das associações civis como relacionadas e condicionadas pelas associações políticas leva ao entendimento de que há uma sinergia entre a sociedade civil e a democracia política. Segundo Fleury (2004), a dimensão cívica da cidadania diz respeito à condição de inclusão ativa dos cidadãos à comunidade política, compartilhando um sistema de crenças com relação aos poderes públicos, à sociedade e ao conjunto de direitos e deveres que são atribuídos ao status de cidadão. Como dimensão pública dos indivíduos a cidadania pressupõe um modelo de integração e de sociabilidade, que transcende os interesses egoístas do indivíduo no mercado, em direção à uma atitude generosa e solidária.

A fala a seguir relaciona algumas dificuldades cotidianas vivenciadas na e pela associação de usuários do CAPS Ponta do Coral. Apresenta algumas possibilidades de atuação deste tipo de organização da sociedade civil, tanto com relação a parcerias com outras entidades, para o desenvolvimento de ações que visem a profissionalização e inserção no mundo do trabalho, quanto no processo de politização e conscientização de seus usuários com relação aos direitos de cidadania.

Eu acho que ela tem um papel relevante, a dificuldade é de incrementar esse papel relevante; os familiares vêm muito poucos; bom, talvez a gente não esteja também instigando, muitas vezes a gente convida, mas eu acho que, também, as vezes, falta um pouco de investimento da equipe para que os familiares estejam mais no CAPS; agora, a associação poderia fazer muitas coisas, desde convênios para cursos com esses órgãos que a gente tem, SENAI, SESC; poderia tentar uma penetração, mas isso seria uma outra realidade a ser criada; cada vez que entra uma gestão nova, a gente diz quem sabe agora; desde as pequenas coisas, até divulgar a lojinha aqui, é difícil, a gente uma vez fez uns folders pra distribuir aqui na vizinhança, uma vez a gente tentava vender as verduras que produzia, não conseguia muito, conseguia ali, vendia uma ou outra; agora em termos de espaço de fazer política eu acho que ela tem um peso, deveria realmente crescer, por mais que as pessoas tenham dificuldades; eu acho que tem que continuar existindo, tem que continuar batalhando para que eles possam estar assumindo um pouco

mais esse papel político, essa conexão com outras instâncias da sociedade; por exemplo, na questão até de trabalho, de poder a associação também ajudar nessa abertura de espaços de trabalho; teve uma vez que tentaram no Angeloni (supermercado), depois quando souberam que era portadores de transtorno mental não quiseram; eu acho que a gente precisava mostrar um pouco pra sociedade o que é o paciente psiquiátrico; assim, através desses recursos, não dá pra esperar vamos pra mídia, porque, assim, tem umas coisas que são boas, ótimas, mas são meio ideais, a gente tem que tentar começar com essas pequenas coisas que pode fazer: divulgar a lojinha, sei lá, fazer um contrato lá com o CIC pra fazer cursos, por exemplo, de pintura, coisas que são mais próximas da realidade exequível (P, 17/3/2006).

Para Rodrigues (2005) dois aspectos são importantes para compreender as dificuldades de falta de adesão e continuidade na participação dos membros da associação. Um deles refere-se aos elementos motivadores para a participação. Neste caso, é preciso considerar que a prática política de militância possui seus campos de conflito e tensões, que dentro da especificidade da loucura pode não conferir uma participação freqüente. O outro relaciona-se ao significado da associação na vida dos integrantes. Muitos usuários vêem a associação como possibilidade de geração de recursos financeiros, haja vista que o fator trabalho/vínculo empregatício é algo marcante na vida dos portadores de transtornos mentais, em decorrência de a maioria não possuir fonte de renda própria.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacaram o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário.

A primeira delas é a questão do controle social, a associação tem potencialmente essa função, não só dentro do serviço, mas também nas outras instâncias, conselho municipal de saúde, conselho local, aqui em Florianópolis estamos organizando uma Comissão Permanente, que é consultiva do Conselho Municipal de Saúde, é uma comissão de saúde mental, no estado (SC), a gente tem o Colegiado de Políticas Públicas e Atenção Psicossocial, que tem representação dos usuários; então, novamente, na questão da defesa dos direitos, na questão do resgate da cidadania, as vezes nem é resgate porque o cara nunca teve cidadania alguma, mas da possibilidade de instituir um certo nível de cidadania; eu vejo que a possibilidade de o usuário poder participar politicamente é algo que tem um efeito sobre a sua dinâmica, como tem efeito sobre a dinâmica de qualquer um que descobre um dia que tem essa possibilidade de participar politicamente, da vida política, e pro usuário de saúde mental isso muitas vezes é uma descoberta que representa uma guinada muito grande na sua vida, então, vamos dizer assim, tem um efeito terapêutico, um efeito clínico nesse sentido, além, obviamente, dos

efeitos políticos que isso representa, mas, mais individualmente tem esse efeito, da articulação com as outras pessoas, enfim, tem uma terapêutica aí que é função, mesmo que não reconhecida, mas é função das associações (F, 12/4/2006).

O principal papel das associações é não tornar que os serviços se tornem manicômios; a associação é a vida, é organização, é luta, é enriquecimento, é sentido de vida; tenho escutado muito de pessoas que tiveram suas vidas arruinadas que quando passaram a militar em associações de usuários passaram a ter um sentido de vida, passaram a conceber a razão da sua existência em vida; então, a principal importância das associações é não deixar que o serviço se torne manicômio, é tornar o serviço um pouco mais rico, com mais vida, é organizar a questão política, é falar em nome dos próprios usuários; então, a importância das associações de usuários é levar a boa nova aos CAPS, levar a boa nova aos serviços de saúde mental, levar a boa nova do modelo psicossocial, ou seja, discutir o controle da loucura, ou seja, a maior importância das associações é levar a discussão da liberdade, liberdade e dignidade dos portadores de transtornos mentais (GIRASSOL, 20/3/2006).

Além do tratamento e dos serviços, eu acho importante que a associação possa se fortalecer enquanto movimento popular de luta pela Reforma Psiquiátrica, que os usuários possam se conscientizar dessa importância de estarem articulados, lutando pela implantação da política, da política de saúde mental sob esse novo paradigma da Reforma Psiquiátrica; eu acho que essa é a maior importância, acho que essa é a maior tarefa da associação; claro que isso se reflete na micro política institucional no próprio CAPS; a associação vai estar lutando, a nossa associação aqui, por exemplo, já lutou pelo próprio vale transporte dos usuários, de ir até a secretaria (Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis) conversar com o secretário e reivindicar enquanto essa democracia representativa dos próprios usuários, técnicos e familiares; pela própria manutenção desta casa na época que houve a questão da construção da via de acesso ao Hospital Infantil, existia um projeto da outra via passar também por aqui, os usuários batalharam que essa casa se mantivesse aqui, que o CAPS se mantivesse aqui e conseguiram; então, acho que essa luta maior de articulação que exige uma consciência política dos líderes que estão na associação, dos usuários como um todo, é que é a grande tarefa da associação, só que isso se faz num trabalho de formiguinha, num trabalho miúdo (VIK, 24/3/2006).

Cabe destacar que o controle social compreende a participação da população na perspectiva da interferência na gestão da política pública de saúde, colocando as ações e serviços na direção dos interesses da comunidade e estabelecendo uma nova relação entre Estado e sociedade. Conforme Correia (2002, p. 212), controle social “é a atuação da sociedade civil organizada na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam às demandas e aos interesses das classes subalternas”.

A III CNSM ressalta a importância do controle social, através dos mecanismos já existentes (Conselhos, Conferências e Comissões de Saúde Mental, organizações da

sociedade civil e movimentos sociais), como forma de garantir o avanço da Reforma Psiquiátrica. Os indicativos da Referida Conferência destacam que o controle social deve constituir-se com a representação dos três segmentos – usuários, familiares e profissionais de saúde, na perspectiva de induzir uma ação de acompanhamento da construção das políticas municipais, estaduais e nacional de saúde mental. As Comissões de Saúde Mental em ação conjunta com os Conselhos de Saúde devem exercer seu papel de controle e fiscalização das políticas públicas, o que inclui o orçamento e a destinação de verbas para a saúde mental, em todos os níveis (BRASIL, 2002a).

A ação da sociedade civil e dos movimentos sociais é ressaltada visando a garantir que os programas de saúde mental não sofram descontinuidade por ocasião de mudanças de gestão administrativa e/ou política. Para tanto, devem ser criadas estratégias para a viabilização de maior envolvimento dos diferentes atores sociais com as questões da saúde mental. Entre estas, destacamos o papel das associações de usuários, técnicos e familiares e dos núcleos estaduais e/ou municipais do movimento da luta antimanicomial, na gestão dos serviços e na fiscalização das práticas de saúde mental (BRASIL, 2002a, p. 142).

3.4 (Re)inserção social: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e autonomia

A desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial são dois dos pressupostos teórico-epistemológicos orientadores das práticas assistenciais indicadas na e pela Reforma Psiquiátrica. Tendo isso em conta, perguntamos aos participantes da pesquisa se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas para a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referiram que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras.

As falas relacionadas na seqüência explicitam a percepção dos entrevistados sobre a questão e indicam algumas possibilidades que, segundo eles, poderiam favorecer o desenvolvimento de ações de reabilitação psicossocial.

Em parte sim, em parte; eu acho que como a gente não tem um sistema de avaliação a gente não consegue medir isso muito bem; a nossa intenção é essa, o que não quer dizer que as nossas ações consigam de fato alcançar; acho que a gente poderia fazer mais, a gente poderia ter uma articulação mais intensa e mais constante com outras instituições, com outros sistemas de atenção, além claro da própria rede de saúde, que não existe; em Florianópolis a gente não tem rede, até está se formando, dá pra dizer que está se formando, mas não funciona como rede ainda, efetivamente não funciona; a gente tem pouco contato com a atenção básica, com o PSF, que seria um parceiro importante, a gente tem pouco contato com os outros CAPS também em termos de troca, enfim, com outras instituições de saúde, então, acho que a gente ainda continua isolado, e aí pensar em reabilitação psicossocial com essas condições é um pouco mais complicado; a gente vê alguns efeitos, que a gente mede pelo usuário em si, que é o fato de que ele consegue evitar internação, que ele consegue muitas vezes voltar a trabalhar, sua participação nas oficinas passa a ser bastante diferente, enfim, mas são coisas que a gente não tem um instrumento pra avaliar (F, 12/4/2006).

Eu penso que sim, apesar de que hoje o programa de saúde mental não conta com uma rede completa de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, então, assim, a gente tem essa dificuldade; se existisse isso de forma mais estruturada, de forma mais incrementada seria mais fácil a reinserção social; por exemplo, a gente não tem leitos psiquiátricos no HU, um hospital geral, que já tem um ambulatório de psiquiatria, poderia ter um serviço de emergência, facilitaria, evitaria internações, um mercado protegido, um projeto de geração de renda também não temos, não temos os CAPS territorializados ainda, então, tem uma série de dificuldades colocadas aí que impedem essa reinserção social num tempo menor do que acontece hoje; acho que hoje o tempo que o usuário fica dentro do CAPS ainda é muito grande por conta de a gente não ter essa rede completa, que possa dar esse suporte extra CAPS. [...] eu não sei se isso acabaria institucionalizando, de certa forma sim, mas assim, isso está na pauta, e se isso está na pauta não está institucionalizando, você entende o que eu quero dizer? isso está sendo falado pro próprio usuário, isso está sendo dito pra ele, olha tu já está aqui muito tempo, o nosso objetivo pra ti, nosso projeto terapêutico pra ti seria de tu poder estar fazendo isso, isso e isso lá fora, então assim, não diria institucionalizado porque talvez institucionalizado seria quando a gente não se desse conta disso, ah não isso está rolando, o usuário está aqui há anos, ninguém está fazendo nada, continua na mesma, aí sim estaria cronificando, mas acho que não nesse sentido, de que isso está na perspectiva, a gente está querendo a inserção, a gente está querendo a rede extra hospitalar, a territorialização dos CAPS, só que a gente não tem uma série de elementos necessários pra fazer a reinserção, a política, o programa de saúde mental, aliás ele está sendo implantado, incrementado muito mais agora recentemente (VIK, 24/3/2006).

Eu acho que sim, mas muito pouco ainda; elas se encaminham, elas têm como ideal, elas desejam, mas na prática isso é muito pouco feito; eu vejo que nesse CAPS a equipe acaba estando muito fragmentada porque faz milhões de coisas também, desde a parte administrativa, parte clínica, oficina, se divide; eu acho que deveria ter a equipe como um todo trabalhar nisso, mas ter também grupos de atuação, como a gente

chama de atuação local, então, ainda para o que necessita está muito pouco assim, muito aquém [...] A primeira proposta começaria via Regionais, nas Regionais; por exemplo, as pessoas iriam para os seus bairros, ver qual é a possibilidade, as possibilidades que existem pro usuário se inserir, mas não só a Regional, poderia ter um grupo mesmo, sair com o usuário, fazer a coisa mais concreta, ela é feita, mas é feito muito pontualmente (LÉLI, 4/4/2006).

Em geral sim, mas tem alguns pacientes que, por exemplo, circulam no CAPS e que não tem nenhuma indicação de estar no CAPS, então ele acaba sendo um lugar de institucionalização ou de capsização. Tem isso; isso acaba acontecendo, mas em geral não é isso; em geral eu acho que todas as nossas ações, o que a gente discute em equipe é até a tentativa de diminuir essa dependência, esse vínculo de dependência, que em algum momento ela pode ser muito importante, mas em outros ela é excessiva e acaba aprisionando o paciente dentro do CAPS, e aí o CAPS passa a ter o mesmo papel e a mesma função do hospital; e como isso é o que eles conhecem, esse repertório é o que se conhece, é mais fácil de se acostumar com ele do que ter uma nova postura, uma postura de que, não, aqui eu vou tomar conta do meu tratamento, eu vou lá fora procurar o que é meu...; não, (o usuário) acaba esperando, ah o que você falar está bom, e aí essa atitude bem passiva, que ela é muitas vezes muito cômoda pra todos nós em muitos momentos, pra uns mais que outros, essa atitude de comodismo, de esperar, é ótimo, e aí isso acontece, acaba acontecendo, embora as práticas, elas tem a idéia de que não seja voltada pra isso; não é o objetivo, mas a gente observa que as vezes é falho (J, 22/3/2006).

Essa pergunta é muito difícil [...]; eu acho que não mudou muito meu olhar, a gente tende a sustentar a institucionalização, a gente não consegue dar alta, o paciente não consegue ter alta, não consegue sair; assim, digo um paciente que realmente talvez esteja até mais comprometido com esse tempo aqui, tem paciente que está aqui desde o início; eu acho que a gente acaba reforçando um pouco isso por mais que a gente tem o desejo de que fosse o contrário; existe uma certa comodidade pro paciente também, aqui ele tem atenção, ele é aceito, não tem assim uma grande briga por ele ficar aqui; então, isso me preocupa muito, eu fico pensando: é uma contradição porque ao mesmo tempo que o nosso trabalho é voltado pra isso parece que a nossa ação acaba revertendo o contrário; a questão da cidadania, a questão da construção de outros laços, criação de outros espaços, eu acho que é muito precária ainda [...]; por isso que eu acho que a gente precisa também de ter formas de avaliação dos pacientes, muitas vezes fica assim um exemplo ou outro que você tem, aquela pessoa foi, está lá trabalhando, talvez ela não tenha também construído um elo tão pesado, tão forte com a instituição, que ela já veio, ficou um tempo, saiu, voltou a fazer outras coisas da vida; eu acho que a gente ainda está institucionalizando mais do que desinstitucionalizando [...] (P, 17/3/2006).

Torre e Amarante (2001, p. 14) observam que um dos caminhos mais importantes para o qual aponta a desinstitucionalização é o da criação de novas relações com a loucura. Estas se processam a partir da mudança das relações institucionais internas e de

desmontagem dos dispositivos da clínica e da psiquiatria, mas certamente não se restringe a isto. Novas subjetividades e um novo lugar para o sujeito louco só são produzidos em relação com o social. O trabalho de desconstrução da institucionalização, necessariamente, extravasa o contexto institucional específico, atingindo seu objetivo mais amplo de questionamento das instituições e subjetividades capitalísticas, a desconstrução como transformação cultural. Para os autores, através do trabalho no campo social a desinstitucionalização atinge seu sentido mais abrangente, como processo social amplo e complexo de participação popular, territorialização dos serviços, envolvimento de diferentes atores sociais, e mudança da relação social com o fenômeno da loucura.

Sobre este aspecto cabe destacar que a desconstrução do paradigma da institucionalização e a construção do paradigma da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial envolve um conjunto de ações teórico-epistemológicas e de práticas assistenciais, amparadas por um sistema jurídico-político capaz de criar e garantir direitos aos portadores de transtorno mental. De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (1987), a reabilitação psicossocial é o conjunto de atividade capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários (OMS 1987 apud PITTA, 2001).

Nesta direção, a formulação da política de saúde mental, orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais nos campos da educação, cultura, habitação, assistência social, esporte, trabalho, lazer e a articulação de parcerias com universidades, Ministério Público, organizações não governamentais (ONGs), visando a melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania do portador de transtorno mental (BRASIL, 2002a).

Com o objetivo de saber se existem e identificar quais são as práticas de reabilitação psicossocial desenvolvidas no e pelo CAPS Ponta do Coral, perguntamos aos participantes da pesquisa se existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer. Do total de profissionais que responderam ao formulário, a maioria (66,7%), disse não existir, dois referiram não saber responder, e dois destacaram que existem. Dentre os que responderam que não existem tais práticas, um observou não ter conhecimento, oficialmente, das parcerias, um deles destacou que existem poucas e de acordo com o planejamento terapêutico do usuário, e um outro disse que tem em momentos específicos, mas não de forma contínua. Entre os que

responderam que sim, um referiu-se a experiências muito pontuais como por exemplo o uso da quadra de esportes próxima, e outro identificou parcerias com fundações municipais e estaduais de cultura.

Neste aspecto, os indicativos aprovados na e pela III CNSM ressaltam a necessidade de se priorizar, no âmbito da assistência em saúde mental, políticas que fomentem a autonomia dos portadores de transtornos mentais, incentivando o exercício da cidadania plena. Devem-se buscar parcerias entre o poder público e organizações civis para o desenvolvimento de projetos sociais e comunitários, de geração de renda e de acesso a todos os direitos, que possam funcionar como apoio na (re)inserção social destas pessoas.

No estudo realizado, perguntamos aos profissionais se as práticas assistenciais desenvolvidas no e pelo CAPS possibilitam ao usuário a construção de sua autonomia. Os entrevistados destacaram a necessidade de refletir conceitualmente sobre o que seja a autonomia do portador de transtorno mental, como avaliar a autonomia da pessoa. Referiram que, em geral, o serviço consegue cumprir com a função de estimular o usuário à conquista de sua autonomia.

A questão é discutir o que é autonomia, eu sempre parto do princípio de que autonomia não é independência, autonomia na verdade é a possibilidade de a gente poder ampliar as dependências, que é a vida de todo mundo, ou seja, eu pra viver eu dependo de um monte de gente, um que paga meu salário, outro que falo aqui, outro com quem eu me ligo afetivamente, enfim, eu dependo de uma porção de gente e isso me dá autonomia porque eu posso depender de muitas pessoas e de muitas instituições, muitos sistemas; o problema do usuário de serviço de saúde mental, paciente psiquiátrico é que ele, geralmente, depende ou das mesmas pessoas ou das mesmas instituições, ou seja, a capacidade de autonomia dele está muito reduzida porque ele não tem como circular socialmente, ele ou está sempre dentro de casa ou de casa pra uma instituição, seja ela o CAPS ou hospital psiquiátrico; então, pra mim autonomia é isso, é essa possibilidade de você ir ampliando os vínculos pra que você possa depender de muitas pessoas ou de muitas coisas ou de muitas instituições porque afinal de contas, em última instância, essa autonomia tomada como independência ela é imaginária, ela é irreal, não existe; então, eu acho que a gente consegue isso, a gente consegue ampliar a autonomia dessa maneira, primeiro porque o CAPS acaba se tornando um centro de convivência, então, o efeito imediato é que a pessoa deixa de ficar sozinha ou só com a família e passa a conviver com outras pessoas, esse é o efeito imediato, passa a ter outras relações que muitas vezes se desdobram, saem daqui, as pessoas fazem programas juntos fora, pinta relacionamentos amorosos ou só relação sexual, que seja, mas enfim, é uma oportunidade nova que o cara não tinha, encontrar alguém mesmo que seja só pra transar, então, isso já é um ganho também, já implica na ampliação de autonomia; eu vejo que muita gente aprende a lidar com o serviço público, aprende a correr atrás dos seus direitos, aprende a lidar com outros serviços de saúde, passa a

procurar o posto de saúde onde mora ou passa a ir pegar medicação em tal lugar sozinho, por conta própria etc.; eu acho que a gente consegue essa função, a gente consegue autonomia nesse sentido, mas pode ser melhor, na medida que a gente tiver uma rede, que a gente se inserir nessa articulação com outras instituições, com outras instâncias, a gente consegue fazer isso de maneira mais eficaz (F, 12/4/2006).

Em alguns casos sim, eu acredito que alguns casos quando não há uma limitação interna eu acho que sim, que é possível, através até da participação nas oficinas, nos grupos terapêuticos, da adesão ao tratamento médico; muitos conseguem realmente; passaram por um episódio, uma crise, conseguiram ficar bem e voltar para as suas atividades diárias, eu acho que quando eles aderem ao tratamento, quando há essa adesão, quando eu digo ao tratamento é ao projeto terapêutico deles, e não tem uma limitação, vou colocar entre aspas “uma seqüela” da própria doença muito forte, há essa possibilidade; em alguns outros casos eu acho que é difícil, assim, não é tão fácil medir isso, o que, quem melhora, quem não melhora, aquele que consegue voltar, aquele que não consegue, as vezes alguém que tem até uma doença mais incapacitante consegue, outros não, depende, depende do apoio que ele tem, do externo, da família, ou da própria sociedade, da comunidade em que ele é inserido, isso tudo faz diferença, que tem o background do que ele era antes, isso também faz a diferença, ele consegue resgatar; quando já não se tem muito o que resgatar aí fica mais difícil trabalhar; é individualizada essa resposta, mas eu acredito que em alguns casos sim, consegue essa (re)inserção de uma maneira muito boa e gratificante para os dois, pro usuário e para os profissionais (J, 22/3/2006).

[...] dependendo de como o serviço é gerido, dependo de dentro de que política de saúde mental esse CAPS está inserido, ele pode ao invés de estabelecer uma autonomia, mesmo que ele tenha uma boa vontade de estabelecer autonomia, ele acaba tornando a pessoa mais dependente ainda do serviço; então, é uma grande armadilha a construção da autonomia, não só especificamente pro CAPS Ponta do Coral, mas pra todos os CAPS que eu tenho visto; então, a gente volta novamente na questão da avaliação, novamente na discussão dos termos, eu acho que a questão dos conceitos ela tem que estar muito clara, o que significa cada conceito, eu sempre tenho batido muito nisso; o que é autonomia? É a pessoa ter minimamente condição de governar a sua própria vida, gerir sua própria vida, Ok! a gente estimula a pessoa a fazer isso, trabalha nesse sentido com a questão da autonomia, agora, quais são os parâmetros que nós vamos utilizar pra avaliar essa autonomia, isso a gente não tem muito claro ainda, acho que necessita; então, o CAPS possibilita autonomia, mas ao mesmo tempo não tem uma análise crítica [...] (GIRASSOL, 20/3/2006).

Não obstante, cabe-nos destacar que a compreensão sobre autonomia que orienta este trabalho refere-se “a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente”. Neste caso, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa. Eles dependem excessivamente de apenas poucas

relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001, p. 57).

As falas relacionadas a seguir destacam como o atendimento no CAPS Ponta do Coral possibilita a construção da autonomia do usuário.

Eu acho que em formas gerais sim, na relação que os técnicos tem com o paciente; agora, as vezes, a gente tem uma postura muito assistencialista em muitas situações, um assistencialismo que acaba prendendo o paciente, institucionalizando; são situações, eu acho que as vezes a gente repensa sobre elas, não foi bem por aí, mas, assim, eu vejo as pessoas contando a história do CAPS, teve muitas experiências que foram positivas também, que chegaram a um resultado, assim, sem muito recurso, sem muito com que contar fora da própria equipe, fizeram coisas que são surpreendentes em relação a tantos pacientes; eu acho que essa maneira de você poder dar voz, poder valorizar aquilo que a pessoa faz, consegue fazer em uma Oficina por exemplo, eu acho que essa é uma maneira de você conferir uma posição mais sujeita, mais ativa mesmo (P, 17/3/2006).

Sim, eu acho que sim, só que eu acho que a gente possibilita em alguns casos, não tem uma história linear de possibilitar a todos, eu acho que tem um projeto de possibilitar, mas isso não acontece o tempo todo, porque também isso não é uma via de mão única; hoje, eu já fui mais ingênua em relação a isso, muitas vezes uma pessoa que ficou trinta anos, vinte anos no hospital psiquiátrico, eu não sei mais se ele quer ter mais autonomia, muitas vezes ele quer, não quer; se a gente entender autonomia como trabalhar, seja em qualquer lugar, com uma bolsa trabalho, entender autonomia como decidir ir final de semana para uma praia, autonomia como ir ao supermercado, escolher o que vai comer, até certo ponto sim; por exemplo, se tenta até que muitos usuários saiam no final de semana, a gente na reunião das Regionais combina que eles possam ir, no final de semana, para um passeio, e eles não vão, eles ficam em casa, só vão se o técnico for, no dia de semana; então, acaba ficando um outro processo de não autonomia; então, a luta, a intenção é que isso se dê de outra forma, que também não fique dependendo do CAPS; existe uma construção pra isso e isso acontece, em certa medida acontece, mas ainda não como gostaríamos, porque nós também temos uma idealização de autonomia [...] alguns casos tem sim, vão até um certo ponto da autonomia que é possível pra pessoa, e outros vão mais além, outros regridem (LÉLI, 4/4/2006).

Sobre as possibilidades de construção da autonomia do portador de transtorno mental, Kinoshita (2001, pp. 56-57) considera que a contratualidade do usuário, primeiramente vai estar determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Estes podem emprestar seu poder contratual para possibilitar relações e

experiências renovadas ao usuário, através de seu prestígio, de sua delegação social, do saber reconhecido pela sociedade. O referido autor destaca que aos profissionais é dada a capacidade de elaborar projetos, isto é, ações práticas que venham a modificar as condições concretas de vida do usuário.

A entrevista citada na seqüência relaciona a construção da autonomia do usuário a ações que envolvem outros serviços e outras políticas sociais como uma possibilidade para que o portador de transtorno mental adquira sua independência econômica. No caso, a profissional refere-se a Política de Assistência Social, através do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Outro recurso financeiro que pode ser acessado pelos egressos de internações psiquiátricas prolongadas é auxílio reabilitação psicossocial instituído com o Programa de Volta Pra Casa, através da Lei Federal N° 10.708/2003.

[...] um outro elemento pra isso (autonomia) são os usuários que estão totalmente desprovidos de qualquer recurso material que conseguem o BPC e isso garante autonomia porque ele tem o mínimo pra poder dar conta das suas necessidades materiais; então, muitas vezes, ele está numa condição muito vulnerável e aí passa a poder comprar aquilo que ele deseja, minimamente, porque é muito pouco o valor, mas consegue algumas coisas e isso garante essa autonomia, porque as vezes ele fica na família, fica sendo aquele peso que só incomoda, que não tem recurso financeiro nenhum porque ele está fora do mercado de trabalho mesmo, então, aí o benefício da previdência social também é um elemento de autonomia e de reconstrução da cidadania, mas entre todos esses outro que eu falei, do próprio material que ele tem contato na oficina terapêutica que ele consegue produzir algo; aquele usuário que é egresso do hospital psiquiátrico de polireincidência nas internações que consegue produzir uma peça bonita e que essa peça é vendida e que depois recebe o dinheiro dessa venda, também confere autonomia, confere cidadania, auto-estima (VIK, 24/3/2006).

Entendemos que a possibilidade de ter recurso financeiro próprio favorece sim a independência econômica do portador de transtorno mental, possibilitando-lhe uma vida com maior autonomia. Contudo, conforme destacou a entrevistada este é só um dos elementos que compõem o rol das necessidades humanas. A reabilitação psicossocial é um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia (KINOSHITA, 2001). Neste sentido, reabilitação e construção da autonomia caminham lado a lado.

3.4.1 Avanços na construção da cidadania e dificuldades na (re)inserção social do portador de transtorno mental

A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos entrevistados como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista jurídico-política dos direitos do portador de transtorno mental.

Eu acho que hoje a gente já tem uma rede assistencial muito mais capacitada e quantitativamente significativa; no Brasil já são 800 CAPS; o fato de que tem recurso financeiro do Ministério da Saúde destinado, especificamente, à saúde mental, isso facilita a criação do serviço no município; em termos das modificações em relação ao que seja a loucura, o que seja o transtorno psíquico, acho que apesar das dificuldades a gente já conseguiu avançar com relação a isso, a gente já conseguiu trazer a discussão pra sociedade de uma outra maneira, levantando a necessidade de olhar isso também de uma outra forma; a medida que as pessoas começam a sair dos hospitais e voltam a morar seja em residências terapêuticas, seja com a sua família, e conseguem se manter bem dessa maneira isso também vai mudando o olhar das pessoas, pelo menos daquelas que o cercam; os projetos que a gente chama de modificação da cultura, a modificação da cultura manicomial, isso eu percebo que há um avanço, gradual, lento, tem um monte de resistência, mas a gente consegue, conseguiu, tem conseguido, e isso implica também no avanço político, no sentido da garantia do direito, no sentido de ter algumas prerrogativas preservadas com relação ao direito do usuário; então, eu vejo que de uma maneira geral a gente tem avanços e avanços muito significativos se a gente compara o que era transtorno mental há vinte, trinta anos, nesse país, tem coisas muito importantes que eu identifico (F, 12/4/2006).

Acho que a própria existência de CAPS, os hospitais dia, de ambulatórios de saúde mental, próximos as casas de onde o paciente mora, o Programa de Volta pra Casa, a possibilidade de uma residência terapêutica, são todas medidas atuais e dispositivos atuais que possibilitam essa nova forma de encarar o que alguém portador de transtorno mental pode ocupar, o que eles podem ocupar; então, eles podem ocupar os espaços, eles podem começar a fazer parte daquela comunidade (J, 22/3/2006).

A fala a seguir expressa como foi, historicamente, se alterando a forma de assistência ao portador de transtorno mental e de atenção em saúde mental na política de saúde do município.

Eu acho que a questão de criar um espaço que é aberto já é uma conquista; eu acho que hoje a gente tem essas possibilidades de CAPS, no posto de saúde mesmo; [...] quando eu comecei a trabalhar na prefeitura, há 20 anos atrás, assim, era uma equipe de um psiquiatra com mais um monte de estagiários de psicologia que saía em uma Kombi velha pra fazer alguma coisa, quando pintava um problema lá com um paciente do Campeche por exemplo [...]; não tinha nada na prefeitura há 20 anos atrás de saúde mental, então, hoje já tem, está se criando uma rede, tem profissionais nos postos, tem psicólogos, se pensa em fazer treinamento de agente de saúde, treinamento de clínico geral, já se fez algumas coisas; eu acho que isso, imagino que alguém que fica confinado dentro de um espaço, ele ter a possibilidade de circular, mesmo o pessoal do HCTP, eu acho que pra eles, assim, tem uns que não querem muito mais que isso na vida, pelo menos eles não estão tendo que trabalhar duramente como trabalhavam quando eram crianças, vem aqui, circulam, comem uma comida, anda aqui, vê televisão, bom! talvez essa seja a vida que eles querem, talvez seja...., já sai lá daquela estrutura fechada (P, 17/3/2006).

Na seqüência, a entrevistada relaciona algumas formas de exercício da cidadania que o usuário pode acessar com o tratamento no CAPS.

É, se for pensar que muitos usuários eles tiveram uma história, antes do surto, de uma vida organizada socialmente, trabalhando, talvez seria a reconstrução da cidadania, mas a medida que vem todo o isolamento propiciado pelo hospital psiquiátrico, todo o estigma do transtorno mental que a própria comunidade coloca, realmente de fato foi perdida; quando ele chega no CAPS e se propõe a se beneficiar desse espaço, assim, de fato se vincula ao projeto terapêutico dele, acho que ele consegue reconstruir elementos pra essa cidadania, num primeiro momento autonomia, acho que o cartão do vale transporte, o exemplo que eu posso dar, o cartão do vale transporte que é oferecido no período que ele tem tratamento aqui é o mesmo cartão do cidadão que vai comprar lá no SETUF, então, aquele usuário que é estigmatizado, eu já presenciei essa cena, um usuário de uma comunidade de periferia que era o louco do bairro, ele entrou dentro do ônibus com o mesmo cartão que qualquer outra pessoa, passou o seu cartão, veio pro CAPS, depois foi embora pra sua casa, então, isso já é um elemento, muito pequeno, mas é um primeiro elemento talvez, que começa aí, de ele se reconhecer enquanto sujeito, enquanto cidadão, e depois aqui também, a possibilidade de participação, no momento que ele consegue produzir algo numa Oficina, no momento quando ele consegue, na clínica, se dar conta dos seus conflitos e ter mais qualidade de vida nas relações [...] (VIK, 24/3/2006).

Uma das entrevistadas fez destaque às formas de atuação que, na sua opinião, representam conquistas significativas e correspondem a práticas que favorecem o exercício da cidadania do portador de transtorno mental, no contexto da sociedade capitalista.

Avanços, pra começar, acho que o grande avanço foi a Reforma Psiquiátrica, a construção do CAPS, dos CAPS, as portarias que fazem com que os hospitais psiquiátricos sejam substituídos por vários CAPS, esse foi o grande avanço em primeiro lugar, porque é o momento de tirada das pessoas desses castelos, dessas muralhas, não só porque ficaram ali presas, mas de todo aquele sofrimento mesmo, de miséria, enfim, como os últimos dos últimos, então, eu acho que esse é o primeiro ponto, é que os sofredores de transtorno psíquicos e mentais não ficassem segregados, mas poder estarem sendo mostrados e expostos - uma parte da sociedade, são pessoas que podem transitar, que estão aí, não necessariamente precisam ser escondidos como uma vergonha; junto aos CAPS, isso não caminha sozinho, tem a construção as redes de atenção básica também; [...] mas quando fala em cidadania acho que tem três eixos: um é a construção do CAPS, de serviços como o CAPS, outro são as residências terapêuticas e o outro a economia solidária; hoje eu vejo como isso, assim, esses três projetos, que foram feitos com luta, porque a primeira luta foi dos hospitais, então, tem as portarias que substituiu os hospitais por CAPS, progressivamente, tem toda a luta do movimento antimanicomial, tem as leis que protegem, tem esses três eixos; residência terapêutica é um lugar de resgate à cidadania porque a pessoa vai poder estar numa casa, vai poder comprar um bombril pra limpar a panela, vai poder comprar tomate e batata, vai começar a transitar no meio de outras pessoas, com a vizinhança, a se autogerir, poder fazer escolhas para sua casa, onde ele quer botar um quadro, onde ele quer botar o guarda-roupa, sua roupa, com outros colegas, mas enfim...; tem também a economia solidária que é o momento de autogestão, de fazer escolhas também, de decidir sobre sua vida, em uma certa instância, porque em última instância, em última análise ninguém daqui decide sobre a sua vida, nem eu, nem tu, a gente já nasce num sistema que te absorve e a gente é o que em última análise o capitalismo quer que a gente seja mesmo, nossa roupinha, nossa comida, nosso padrão de beleza, tudo a gente faz como é vendido; eu acho que essas iniciativas, porque a economia solidária não é só cooperativa, não é só associação, não é somente, é uma outra forma de produzir trabalho e discutir sobre esse lucro, que antes estava na mão de algumas pessoas, então, é dividir, eu também decido sobre o que é o meu trabalho, eu não me alieno dele, mas eu sei onde é que vai o meu trabalho (LÉLI, 4/4/2006).

Segundo Fleury (2004, p. 4), os grupos excluídos estão, em geral, impossibilitados de participar das relações econômicas predominantes no mercado, como produtores e/ou consumidores, e das relações políticas vigentes, os direitos de cidadania. Segundo a autora, esta situação é agravada pela transformação das políticas públicas de proteção social, afastando-se de um modelo de seguridade social, que buscava assegurar coletivamente o mínimo vital para todos os cidadãos, em direção à individualização da pobreza e da exclusão.

Conforme aponta Pitta (2001), o homem moderno, acriticamente, persegue formas de inclusão social pelo trabalho, desconsiderando o fato do trabalho não ser nem

tão disponível nem tão flexível para suportar as diferentes demandas individuais e coletivas que a sociedade moderna impõe. Não obstante, a tradição asilar e assistencialista das instituições psiquiátricas, historicamente, caracterizou-se pela função de excluir os marginalizados, produtos das disfunções do modo de produção capitalista e da divisão social do trabalho. Em geral, a população internada, e muitos dos egressos de hospitais psiquiátricos atendidos nos CAPS, está cronificada, com poucas chances de retorno ao mundo do trabalho capitalista.

A fala relacionada a seguir traz a compressão e reflexão, do profissional entrevistado, com relação ao conceito de cidadania e as implicações práticas deste quando se tem como parâmetro uma concepção e um modelo de cidadania pautado na lógica da racionalidade.

Eu tenho visto que está se percebendo uma maior clareza da necessidade dessa cidadania do portador de transtorno mental, porém ainda falta um pouco mais de discussão em nome de que direitos o portador de transtorno mental tem pra fazer cidadania, porque é assim, a cidadania dentro desse modelo francês - igualdade, fraternidade, liberdade, ela exige muito a questão da razão, pra você exercer cidadania você tem que falar em nome da razão, e muitas vezes o usuário, quando está em crise acaba não falando numa razão, acaba falando uma desrazão, e aí como fazer? como dar conta disso? ainda não temos resposta, em nome de que cidadania é reinventada uma cidadania para os loucos, mas tudo bem, isso é pra gente pensar; então, o avanço que tem em relação a construção da cidadania é quanto mais ter associação de usuários em que se discuta cidadania, mais vai ter cidadania, que eu não acredito que os CAPS tenham trabalhado muito nessa lógica, porque acaba não discutindo a questão da cidadania, que cidadania é essa, o que se entende por cidadania, o que é o ser cidadão [...](GIRASSOL, 20/3/2006).

A cidadania integra as exigências de justiça e exercício democrático do poder; o sentimento de pertencer a uma comunidade e de estar integrado a uma dada coletividade social, em determinado espaço territorial (FLEURY, 2004). A idéia de direitos do cidadão – civis, políticos e sociais – remete a construção dos Estados nações, em que o princípio das nacionalidades precede o ideal filosófico cidadania universal. A cidadania, definida pelos princípios da democracia, constitui-se na criação de espaços sociais de luta (movimentos sociais) e na criação de instituições permanentes para a expressão política; significa, necessariamente, conquista e consolidação social e política (VIEIRA, 2002, p. 40). Ainda, a cidadania passiva, outorgada pelo Estado, se diferencia da cidadania ativa, na qual o cidadão, portador de direitos e deveres, é essencialmente criador de direitos para abrir novos espaços de participação política.

Diversos são os obstáculos para o exercício da cidadania do portador de transtorno mental entre estes a vinculação dos direitos a racionalidade instrumental-cognitiva da ciência; a vinculação da sua prática a inclusão controlada no mundo do trabalho, modelo este que, no caso brasileiro, é denominado por Santos (1979) de cidadania regulada. Vasconcelos (2000b, p. 191) indica que, para aqueles que assumiram a proposta da desinstitucionalização e reinvenção da cidadania no campo da saúde mental, há de considerar que estamos diante de um terreno de relações de forças complexo e paradoxal, em que a manutenção do caráter democrático nas relações exige abandonar esquemas conceituais lineares, onipotentes, que queiram garantir de antemão a sua eficácia.

Fleury (2004, p. 12), observa que “a mediação entre os indivíduos e o Estado, através da igualização realizada na cidadania só é efetiva, na medida em que a sociedade civil seja capaz de realizar as funções de agregação dos interesses, reconhecimento dos sujeitos e sua inserção na esfera pública. Só assim a cidadania deixa de ser um invólucro legal e passa a ser um exercício na vida social”. Portanto, uma visão mais ativa de cidadania requer um sentido de sociedade civil como uma esfera pública onde os cidadãos se encontram em reconhecimento mútuo, e isto faz possível a sociedade plural.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referiram que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental substitutivos ao modelo tradicional/asilar. As falas a seguir identificam estas dificuldades fazendo uma análise da questão na realidade da sociedade capitalista atual.

Tem o mito de louco, do louco perigoso, do louco imprevisível, é algo que pesa muito [...], que é a lógica do mercado; pra nós, basicamente, estar inserido na sociedade é estar trabalhando, a gente se pauta muito por isso, pra poder se considerar inserido, vinculado no mundo você tem que estar no mercado de trabalho e, muitas vezes, essa lógica enlouqueceu muita gente, e as pessoas não conseguem, principalmente os usuários dos serviços de saúde mental, os psicóticos em particular, tem muita dificuldade em entrar nessa lógica, e se submeter a ela, coisa que pra qualquer um tem um custo muito alto em termos de saúde, eu digo quem está inserido mesmo no mercado de trabalho, em termos de saúde, de relação com a sua família, com as pessoas que gosta, com os amigos etc., isso tem...; viver para o trabalho é algo que pra nós é insalubre de uma certa maneira, a gente não faz outra coisa a não ser trabalhar; então, pra essas pessoas que estão fora do mercado de trabalho

é muito complicado poder voltar, o que sobra é uma rede de assistência que na nossa realidade é sempre capenga, sempre parcial, tem dificuldade em aceitar o louco por conta desses mitos, e, também, da própria resistência do usuário, da pessoa com esse tipo de dificuldade de entrar nessa lógica, no que ele de uma certa maneira faz muito bem, algo que cria outros problemas pra ele (F, 12/4/2006).

São tantas, é assim, primeiro lugar, eu vejo assim, com todo o preconceito que tem da loucura, tem uma coisa no nosso sistema capitalista que é a questão da produção, produção de capital, produção de bens, e inserção no comércio, no mercado de trabalho, então, o portador de transtorno, sofrimento mental, ele a princípio, quando ele está nesse estado, ele não é produtivo, produtivo pra esse sistema capitalista, ele não trabalha, ele não consome muito, porque ele não vai ter dinheiro, portanto, isso de maneira geral, a gente sabe que as pessoas de posse, que a loucura, o sofrimento psíquico ele atravessa qualquer classe, mas 90% tem isso; então, a princípio existe a exclusão, já existe esse preconceito também, mas muito mais que isso, que a sociedade de fato ela é dividida entre os que produzem, os que fazem a engrenagem funcionar e os que estão a margem, então, o usuário é mais um que está a margem, assim como o menino de rua, os rapazes do morro, então, ele é mais um, também, que causa incomodo, e ele no Estado, das políticas públicas do Estado ele seria como só o gasto, não seria mais uma produção; além de ser uma sociedade racionalista que tem toda a sua formação no discurso, no discurso reto, no discurso racional, na fala, a fala racional, na linguagem articulada como o único meio privilegiado de comunicação, e o usuário, muitas vezes, não tem esse instrumento, por conta da sua fragmentação, da sua história, da sua medicação, da própria coisa do delírio, muitas vezes ele não tem o tempo todo essa fala coerente, esse discurso, dessa forma já faz com que ele não seja inserido, uma vez que ele é a minoria digamos assim (LÉLI, 4/4/2006).

Hoje, a gente fala muito em rede de atenção psicossocial; eu percebo que é uma rede que ela tem que estar instituída, que são locais de proteção para o portador de transtorno mental, são as certezas, são os caminhos certos que os usuários teriam, a rede; o problema a começar é que nós não temos essa rede instituída, entendo por rede: emergência psiquiátrica ou emergência em atenção psicossocial em hospital geral, CAPS III, CAPS II, CAPS criança e adolescente, CAPS álcool e droga, associação de usuários, escritório jurídico para amparar o direito do portador de transtorno mental, atenção primária em saúde mental, equipes volantes, centros de convivência, enfim, tudo o que preconiza a rede em atenção psicossocial, esse seria o primeiro passo; então, essa dificuldade, não temos a rede em atenção psicossocial, esse é um passo; segundo, o próprio imaginário social das pessoas em relação a loucura e ao louco, isso é uma outra dificuldade, que daí entra em cena o estigma e o preconceito, onde o portador de transtorno mental passa a não ter crédito na comunidade, e isso ainda é uma dificuldade; e, claro, depois tem toda a questão do trabalho, as cooperativas de trabalho, que ainda não se discute muito em Santa Catarina, não conheço nenhuma cooperativa social de trabalho para portadores de transtorno mental, que é uma forma de gerar trabalho diferente dessa preconizada pelo modo de produção capitalista, que você tem que produzir pra receber, isso é uma outra dificuldade, a dificuldade em cima da questão do trabalho, do emprego, que muitos acabam tendo seu reconhecimento, sua valorização em cima

do dinheiro que tem no bolso, o poder contratual que a pessoa possa ter, as vezes, na sociedade, é o quanto ela tem no bolso, e a maioria dos usuários não possui isso, e é aonde muitos acabam querendo se aposentar para poder ter o seu dinheiro, que não tem outra alternativa ou clareza do que fazer pra ter dinheiro, então, esse é um problema enorme na questão da reinserção social (GIRASSOL, 20/3/2006).

Os participantes da pesquisa apontaram que uma das possibilidades para a (re)inserção familiar e social pode ser a separação das oficinas produtivas da área física do CAPS. Esta proposta e os projetos de geração de renda via economia solidária foram apontadas por alguns dos entrevistados como uma das alternativas para a realização de uma maior integração do serviço com a comunidade, bem como a melhor adequação do próprio espaço físico do CAPS.

[...] a questão do projeto de geração de renda, que eu acho que de fato está faltando, inclusive a gente já está também se mobilizando pra tentar criar um projeto nesse sentido, porque os usuários aqui, nas oficinas terapêuticas produtivas, eles conseguem ter acesso ao material específico de cada oficina produtiva, também, a técnica de produzir o artesanato, mas não tem mercado; eles conseguem vender as peças, conseguem resgatar uma grana, mas não é suficiente pra poder manter ele, manter as condições de sobrevivência; então, precisa implantar essa geração de renda, de fato acho que vai dar um gás pra essa (re)inserção dos usuários que estão sendo tratados do CAPS (VIK, 24/3/2006).

Já para uma das profissionais entrevistada as dificuldades na (re)inserção social estão mais relacionadas a questões de singularidades dos portadores de transtorno mental.

Eu acredito que volta de novo pro estigma, vai voltar pra própria incapacidade, pra própria dificuldade do usuário, do paciente; muitas vezes eles poderiam fazer algo muito mais do que fazem, e aí tem o medo, o medo deles, o medo de eles terem de enfrentar a própria doença, de eles terem que enfrentar os outros, e a hora que eles conseguem fazer esse movimento aí vem o medo do outro, aí é mais fácil ficar parado, aí volta pro comodismo, mas de alguma forma se a gente consegue..., aí não precisa de grandes movimentos, eu imagino que pequenos movimentos dentro da comunidade, que seja, alguém ir conversar com o diretor da escola, ir conversar, aí a diretora consegue conversar na sala, vamos supor que tem alguns pacientes, mais jovens, que pelo surto psicótico deixaram de ir e aí não retomam, não retomam porque tem medo, porque as vezes vão rir dele porque ele é louco; então, pequenas intervenções, elas tornam possível mudar um pouco essa inserção, essa reinserção, mas a gente esbarra de novo na falta de técnicos pra fazer isso e também acho que até por uma falta de equipe, aí volta pra equipe, entende, não tem uma equipe que pense isso em conjunto, que age em conjunto e aí como fica muito personalizado, individualizado os atendimentos, cada um vai pra..., eu vou pro meu consultório, outro vai pra oficina e aí não tem a equipe (J, 22/3/2006).

Outra entrevistada referiu-se ao estigma e preconceito existente por falta de conhecimento e divulgação, exposição, seja nas universidades ou por parte dos próprios serviços de atenção, sobre saúde mental.

Bom, eu acho que entre elas a questão do estigma, do preconceito, e não é um preconceito.... a gente sabe que tem riscos em algumas situações, a gente também as vezes tem medo de algum paciente, te dizem ah fulano matou três pessoas..., não é um preconceito que nasce do nada, muitas vezes é um preconceito que de alguma forma é compreensível, mas você não pode ah então ta...; eu acho que não existe muito, você não vê muito nos meios de comunicação uma campanha em torno da desestigmatização, você vê de outras coisas, com relação a aleitamento materno, outras questões da política de saúde; com relação a saúde mental eu acho que se fala pouco na sociedade, se discute pouco; por exemplo, na universidade, até não sei se lá na saúde pública o pessoal da saúde mental tem feito mais coisa, até os alunos que vem fazer residência aqui, a primeira reação deles é: a gente está aqui e tem medo, nem eles foram preparados pra isso, então, você começa a avaliar que tem uma falta..., não se fala muito no assunto, acho que assim, não se fala no assunto na sociedade; assim como se faz grupos de mulheres lá nos postos de saúde pra tratar de questões de sexualidade, muitas vezes faz sala de espera pra tarar de questões..., não se faz uma sala de espera pra falar de saúde mental; então, eu acho que talvez assim, a gente pensar, bom! nós estamos nisso (na saúde mental) e nós nunca fomos fazer uma sala de espera no posto de saúde da Agrônômica pra falar de saúde mental, pra falar do CAPS, quem sabe a gente também precisasse fazer algumas coisas assim, começar uma divulgação maior; acho que pouca gente de fora do serviço, fora das pessoas que trabalham na saúde mental sabem da política do Ministério pra saúde mental, que existe uma política de criação residências terapêuticas; eu li relatos de pessoas no Rio (RJ) que tiveram muita dificuldade de alugar pra se fazer uma residência terapêutica, num prédio então, quando ficaram sabendo que eram pessoas que vinham de hospital psiquiátrico ninguém quis; então é muito difícil, e ao mesmo tempo tem experiências positivas, tem pessoas que estão na residência e diz que a vizinhança viu que eles não são bichos, que eles podem interagir, podem estabelecer laços de vizinhança, então, tem algumas experiências boas e algumas experiências que são difíceis (P, 17/3/2006).

No contexto do estudo foi perguntado aos profissionais entrevistados se a atual organização dos serviços de saúde mental favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais. Conforme pode ser observado nas falas relacionadas, as opiniões foram divergentes. Dois deles observaram sobre a necessidade da existência de diversas instituições e serviços articulados e integrados à proposta da rede de saúde mental para que seja possível favorecer a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental

Embora a estrutura se localize no município, pelo menos eu estou pensando em termos de utilização da rede; então, a gente tem no Brasil inteiro muita diversidade, tem cidades onde a rede está montada, foi instituída e funciona legal, não é o caso de Florianópolis, a gente tem dá pra dizer poucos serviços, são só três CAPS que deveriam estar regionalizados ou territorializados, mas não estão, e tem algumas equipes de saúde mental nas Regionais, nas sedes das regionais, então, eu vejo assim, tem uma rede a ser constituída, ela precisa criar os mecanismos pra que a pessoa possa usar isso como rede, isso em termos de atenção à saúde, quando eu falo em rede eu também não estou pensando só em serviço de saúde, estou pensando que há uma possibilidade de a gente ter uma rede que inclua outros serviços, que não sejam só os de saúde, só os especializados, que eu acho que é a nossa necessidade, você incluir outras instituições, outros programas, enfim, que tenham vinculação com a cultura, com o trabalho, com a arte, produção do conhecimento, com as universidades por exemplo, as universidades são um campo excelente, seriam um campo excelente pra gente poder trocar um monte de coisas, pelos programas de extensão que eles tem, pelos projetos comunitários etc., a gente podia estar fazendo parceria com as universidades, mas não conseguimos, não sai, não rola; [...] a saúde mental eu acho que é o melhor exemplo desse distanciamento porque é difícil encontrar uma universidade onde a Reforma Psiquiátrica esteja incluída, ou mesmo os temas da reabilitação psicossocial estejam incluídos nos currículos dos cursos de saúde, é raríssimo (F, 12/4/2006).

Então, essa rede montada de forma territorializada, principalmente, eu acho que esse aspecto da territorialização é fundamental, é chave pra conseguir a reinserção social, não só por facilitar o acesso do usuário, mas pelo fato de o serviço estar ali no seu território, isso é fundamental, além disso, o projeto de geração de renda, as vagas, os leitos psiquiátricos no hospital geral, é todo esse contexto que precisa ser implantado para de fato poder facilitar o trabalho de cada instituição dessas, seja do CAPS, seja do projeto de geração de renda, ou do próprio hospital geral, como um todo, assim, essa engrenagem funcionando bem aí sim vai ser mais rápida a reinserção social do usuário portador de transtorno mental (VIK, 24/3/2006).

A partir das colocações dos participantes da pesquisa, destaca-se a importância da rede de serviços na construção da cidadania das pessoas atendidas pelas políticas de ativação, as quais, segundo Fleury (2004), tem como objetivo a inclusão social de conjuntos populacionais definidos a partir da territorialidade. Tal proposta pretende tratar o território como um componente, tanto material como simbólico, da esfera pública. Neste sentido, a construção da cidadania passa, necessariamente, pela reconstrução das cidades e potencialização da rede de serviços na valorização das características objetivas e subjetivas da demanda local.

Na seqüência, um dos entrevistados enfatiza que a forma como são pensados e estão organizados os serviços de atenção não favorece a construção da cidadania dos usuários.

Não, não favorece, porque, primeiro, os serviços de saúde mental estão sendo construídos pra quê? Não tem muito claro ainda pra quê que se tem atenção básica em saúde mental hoje, pra quê se constrói centro de convivência, pra quê tem o CAPS? acho que o objetivo do serviço parece não estar muito claro, talvez eu esteja enganado; veja bem, a atenção básica é mais no sentido pra estar discutindo os seus conflitos, minimizando os “sintomas psiquiátricos”, e aí acaba não tendo um trabalho de reflexão sobre o contexto que a pessoa está inserida; [...] a questão da cidadania tem a haver..., quanto mais articulada for a pessoa, quanto mais ela se envolver com as lutas sociais, mais cidadania ela vai exercer, quanto mais clareza, mas crítica, mais conhecimento ela vai ter, ela vai desenvolver cidadania; então, a forma hoje como os serviços estão organizados, ela acaba não favorecendo essa questão da construção da cidadania porque ainda vem de uma lógica de modelo centrado no transtorno mental (GIRASSOL, 20/3/2006).

Uma outra profissional considerou ser difícil avaliar a questão pelo fato de a rede de serviços não estar implantada por completo, e por não ter avaliações sistemáticas dos resultados.

Olha, eu não sei se a gente já tem condições de fazer uma avaliação, a rede está meio que andando [...] assim, qualquer coisa que eu vá dizer é, assim, referente uma experiência ou outra, não sei se a gente tem condições de fazer uma avaliação enquanto rede; por exemplo, eu vi muitas experiência positivas em cidades como Campinas (SP) que eles já tem há mais tempo, por exemplo, residências terapêuticas, tem desde o começo dos anos 1990, tem muitas experiências boas de pessoas que conseguem transitar na vida, tem gente que está trabalhando; [...] eu acho que a gente precisa além de ter a política, de ter a carta de intenções, a gente precisa ter avaliações também, eu acho que uma questão dessa eu sinto que precisa ter uma forma mais sistemática de avaliar, qualquer coisa é uma coisa mais ou menos um olhar particular pra aqui pra ali, acho que no todo a gente não tem (avaliação sistemática), pelo menos eu não conheço ainda, pode ser que estão fazendo e eu não saiba ainda (P, 17/3/2006).

Já para duas das entrevistadas, a atual organização da rede de serviços na política de saúde mental favorece sim a construção da cidadania e a (re)inserção social dos portadores de transtorno mental.

Sim, eu acredito que sim, na teoria ela é muito importante e acho que trabalhando em todas as instâncias, se a gente for pensar naqueles mapinhas, os ambulatórios, os CAPS, hospitais dia, a escola, e os centros comunitários, os postos de saúde, todos capacitados; eu acredito que sim, a rede ela é bem estruturada e ela possibilita aos portadores de doença

mental, enfim, terem uma reinserção melhor e maior na sociedade, e também de entendimento do que ele tem, do que ele pode fazer, quais são os recursos que ele tem também pra lidar, dentro dessa rede (J, 22/3/2006).

Acho que sim, favorece, se tu me perguntasse se ela resolve, eu diria que não claro, ou até que ponto ela resolve, mas favorece sim, eu acho que tem um favorecimento relacionado a forma que as pessoas eram tratadas, acho que favorece muito mais (LÉLI, 4/4/2006).

É possível perceber nas falas relacionadas acima a preocupação com a efetiva implantação da rede de serviços em saúde. As redes, conforme proposto na política de saúde mental, possuem muitos centros, muitos nós que as compõem e as tornam complexas e resistentes. Estão embasadas na noção de território, como um sistema de relações e estruturas, muito mais que um simples espaço geográfico. O fundamental neste processo é que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento.

Neste sentido, torna-se de fundamental importância refletir sobre o exercício da cidadania no contexto das políticas públicas, cada vez mais segmentadas e focalizadas. Para Fleury (2004, p. 2), “as políticas atuais de inserção buscam reafirmar a natureza contratual do elo social em novas bases, com a revalorização do local e comunitário e a transformação do Estado em um animador e mobilizador de recursos societários. Reduzido a mantenedor da estabilidade de uma ordem econômica que produz a fragmentação e a exclusão social, o Estado, busca atuar de maneira compensatória e focalizada, atendendo aos grupos mais vulneráveis e/ou potencialmente ameaçadores da ordem social, por meio da convocatória da solidariedade lançada aos diferentes setores inseridos na ordem econômica. No entanto, a incapacidade de alterar as condições estruturais de produção da exclusão mostra os limites das políticas de ativação, cuja promessa de inserção social carece de expectativas de emancipação dos sujeitos e coletividades beneficiários”.

3.5 O CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica

Os CAPS compõem o rol de serviços do modelo psicossocial de atenção em saúde mental proposto na e pela Reforma Psiquiátrica. Perguntamos aos entrevistados qual seria o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica e obtivemos como

resposta que este teria a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos ideais da própria Reforma.

Eu acho que a função imediata ela é servir como um ponto de articulação, porque a gente consegue criar um ambiente que é relativamente protegido e que dá ao usuário as condições de ele poder participar de outros circuitos; fundamentalmente é essa a função, de articulação; eu lembro de uma discussão que a gente fazia, em Brasília, uma vez, sobre essa importância excessiva que os CAPS acabaram adquirindo, como quase que o central do sistema hoje é o CAPS, mas ao mesmo tempo a necessidade de se ter um espaço como esse, principalmente, pra quem está vindo de uma internação prolongada ou pra quem sempre passou a vida dentro de um hospital psiquiátrico, se tem que ter um pólo, uma instância articuladora pra poder fazer a passagem, porque o cara não vai sair do hospital e retomar sua vida imediatamente, não vai, ele tem uma série de dificuldades que ele não consegue vencer, e o CAPS, nesse sentido, a função seria essa, de poder..., tem uma expressão que eu acho interessante que é: emprestar poder de contratualidade, ou seja, poder dá um certo aval de que esse sujeito pode participar novamente ou pode participar pela primeira vez dos circuitos sociais, pode fazer laços com outras pessoas, com outras entidade, outras instituições, esse é o aval que eu acho que um CAPS pode fornecer e essa é sua principal função (F, 12/4/2006).

É pensar o CAPS como um espaço em que o paciente vai estar usando e tendo apoio para os momentos de crise, e fora os momentos de crise, também, que não seja hospital, e aí, dentro da Reforma eu acho que o CAPS ele é fundamental, assim como os hospitais dia, é que aqui em Florianópolis a gente não tem hospital dia, mas eu acho que os moldes do CAPS (eles estão) é muito próximos, as vezes até é difícil dizer o que é um o que é outro; esse momento de transição do hospital para a sociedade, nesse momento o CAPS é algo muito importante, ele dá, é capaz de conter, dar uma continência pra o usuário, isso a gente percebe mesmo quando não tem nada, o paciente já está muito bem, eles voltam quando estão em crise, sem ter nada marcado, e só de estar aqui pra muitos já é confortante, então, a gente percebe que essa continência, esse acolhimento, e saber que ninguém vai vir aqui e amarrar e conter, porque acho que esse é o medo, de todo mundo, acho que isso já possibilita a procura, eu estou mal vou lá, vou buscar a ajuda do CAPS (J, 22/3/2006).

Eu diria que o CAPS seria o pensador da estruturação da rede de saúde mental, que via de regra o CAPS acaba sendo pra municípios de médio porte o primeiro serviço a ser instituído no território, no município, aí o CAPS acaba assumindo essa responsabilidade, a portaria fala bem disso, a 336, do que compete ao CAPS, e tem vários itens lá, entre eles organizar a rede de saúde mental no município, porém, acaba sobrecarregando os profissionais de saúde mental que atuam nesse CAPS; então, a importância do CAPS na operacionalização da Reforma, ele é importante enquanto um dispositivo crítico, ou seja, se o CAPS não ter a clareza do que seja a Reforma Psiquiátrica ele não vai

operacionalizar, ele só vai operacionalizar a Reforma Psiquiátrica quando ele entender que Reforma Psiquiátrica é o processo social complexo que se configura pelas quatro dimensões, enquanto ele não repensar, refletir a sua prática, o que ele está fazendo, o que não está fazendo, ter mais autocrítica, ele não vai conseguir operacionalizar a Reforma Psiquiátrica; ele tem importância porque tem vários atores, vários profissionais, é um time de pessoas, muito rico, envolvidas que estão no CAPS; agora, enquanto não ter claro o que é Reforma Psiquiátrica, esse processo, não vai conseguir fazer nada; ele é importante, mas se não tiver clareza de Reforma... (GIRASSOL, 20/3/2006).

Na medida que o CAPS é a primeira, digamos, unidade, primeiro serviço que se propõem a substituir o hospital psiquiátrico já existe nisso por si só a sua importância; é substituição e não que a pessoa não possa ser internada, mas a idéia é que seja nos hospitais gerais, em algum leito nos hospitais gerais, então, bom, o CAPS é o primeiro ponto, é o primeiro lugar onde a pessoa vai passar o dia, onde vai ser tratado de outra forma o seu sofrimento, então, a importância dele está nisso, na importância política e clínica também (LÉLI, 4/4/2006).

Eu penso que o CAPS, fundamentalmente, ele faz a clínica; se tem essa rede montada o CAPS faz a clínica, ele faz o atendimento psicossocial do usuário portador de transtorno mental, ele atende as questões mais subjetivas, e de fato toda esse mix de previdência social, a medicação, o atendimento psicológico, atendimento de enfermagem, mas se existe essa rede montada e aí vamos ter um projeto de geração de renda, aí ele vai fazer geração de renda, todas as Oficinas vão acontecer ali e não dentro do CAPS, o CAPS deveria estar na comunidade ele deveria estar territorializado (VIK, 24/3/2006).

Acho que todo mundo gostaria que ele pudesse ser um eixo desencadeador de todos esses ideais da Reforma Psiquiátrica, que a partir disso se experimentasse uma nova relação, que o paciente pudesse estar se soltando mais pra vida, pra construir seus projetos, seus ideais; acho que é muito importante poder retirar pessoas que estão enclausuradas há anos, criar esses mecanismos como residências, etc. pra pessoas que não vão resgatar os vínculos familiares, tem que procurar outras alternativas; acho que o CAPS ainda é uma instituição que é fundamental nessa política, ainda acho que ela pode fazer um papel importante; no dia-a-dia é um pouco mais difícil porque as vezes a gente não tem tantos mecanismos de avaliações, muitas coisas que também a gente vai capengando; quando você vê algumas experiências de pessoas que estão conseguindo dar conta da sua vida, saem, aí você vê que, bom! tem algumas coisas boas que estão acontecendo, o CAPS também está contribuindo; então, no meio dos prós e dos contras eu acho que os prós ainda são maiores, eu acho que é muito mais humano, muito mais um fator de justiça social você ter um espaço assim do que você ter uma pessoa enclausurada no hospital (P, 17/3/2006).

Neste sentido, conforme inscrito na Política Nacional de Saúde Mental, os CAPS devem assumir seu papel estratégico na articulação e no “tecimento” das redes de atenção em saúde mental. Tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da

rede de serviços, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, ONGs, empresas etc. (BRASIL, 2004, p. 12)

3.6 A relação do CAPS Ponta do Coral com a rede municipal de assistência em saúde

A proposta do progressivo deslocamento dos centros de cuidados em saúde mental para fora do hospital psiquiátrico, em direção à comunidade, colocada na e pela Reforma psiquiátrica tem nos CAPS o dispositivo estratégico desse movimento. Neste sentido, a rede básica de saúde torna-se o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os portadores de transtorno mental.

Essa rede é formada pelos centros ou unidades locais e/ou regionais de saúde, Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, que atuam na comunidade de sua área de abrangência. Os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, pois tem um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Por sua proximidade com as famílias e comunidades, as equipes de atenção básica são um recurso fundamental para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso de substâncias psicoativas e diversas formas de sofrimento psíquico. Neste sentido, é importante e necessária a integração e articulação dos CAPS com a atenção básica. Assumir esse compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção da saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo (BRASIL, 2004).

As atuais diretrizes da política de saúde mental do Ministério da Saúde orientam que, onde houver cobertura do PSF, deverá haver uma equipe de apoio matricial em saúde mental para no mínimo seis e no máximo nove equipes de PSF. E, que as ações de saúde mental na atenção básica devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2004).

No que se refere à relação existente entre o CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município e qual o tipo de relação existente, os dados coletados na

pesquisa indicam que: a maioria (91,7%) respondeu que sim, com ressalva de que é muito pouco, funciona de maneira precária e confusa, e que está num processo preliminar ainda. O profissional que respondeu não, observou que a rede está em processo de formação. Os profissionais cujas respostas foram positivas identificaram que a relação é de encaminhamentos, atendimentos em conjunto com as equipes de saúde mental das Regionais de Saúde, ajuda em atendimentos nas unidades locais de saúde, com os agentes comunitários de saúde, de referência, de acompanhamento, visitas domiciliares, encontro mensal dos trabalhadores de saúde mental da rede e encontro mensal dos psiquiatras da rede.

Sobre a relação do CAPS com as equipes de PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência alguns entrevistados observaram que a relação é pouca ou mínima, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda²³. Foram apontadas como justificativas o fato de o CAPS Ponta do Coral não estar territorializado, deste ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta do município, e a ausência de um planejamento e de estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente.

O CAPS como ele é único, então, ele é de toda a região; então, eu poderia até estar te respondendo que a gente tem um Posto aqui de cima do CAPS, que é o Posto da Agrônômica, ali tem o Programa de Saúde da Família implantado, com a presença dos residentes do Programa Saúde da Família e o contato que eu tenho, ele é meu, não existe nenhum outro programa ou vamos dizer convênio do CAPS com a Agrônômica, é meu aqui, assim como talvez seja da psicóloga em outro momento quando há essa partilha de paciente quando faz parte dos dois, então, eu só sei do que eu tenho, mas é muito pouco, eu tenho contato com alguns residentes que atendem alguns pacientes daqui, e eles precisam de algumas dicas ou, enfim, de se interar do que acontece, e eu também preciso saber como é que anda o acompanhamento deles lá, e aí entra em contato, as vezes vem aqui ou eu vou lá, mas são essas formas isoladas e depende daquele momento e da necessidade daquele usuário, não é algo que seja programado, que seja antecipado, institucionalizado, no sentido de firmar essas relações de uma forma.., não há; e, assim, o contato é com os residentes, não tem o contato com quem realmente vai ficar, porque os residentes passam depois de dois anos, eu também não tenho contato de quem é o médico, quem é o enfermeiro do Programa Saúde da Família, quem é o agente comunitário que vai na casa desses usuários, isso não tem, acho isso muito ruim, é muito falho, embora, volta pra aquela questão da equipe, que as coisas não são compartilhadas, você nunca sabe direito, é muito fragmentado, o que já foi feito, o que não está sendo feito; também não é delegado a função à ninguém de fazer, não há um planejamento pra isso (J, 22/3/2006).

²³ Em estudo sobre o CAPS de Palhoça/SC, Franco (2005) encontrou situação semelhante na relação do CAPS com o PSF e demais serviços de atenção básica municipais.

É mínima, é mínimo o contato, assim, as vezes, quando a gente necessita a gente vai atrás, tenta achar alguém que se interessa, que tenha alguma afinidade com a saúde mental, as vezes um agente de saúde que consegue se aproximar mais daquele usuário que mora lá e que resolve dá uma força, mas é assim, depende de uma série de coisas, da disponibilidade pessoal, da sorte de encontrar alguém etc., quer dizer é falta mesmo da articulação em rede, porque se a gente tivesse essa articulação o PSF automaticamente já seria acionado, e a gente não tem isso; claro, quando a gente precisa a gente até encontra uma boa resposta das equipes do PSF, mas pode não encontrar, tem um risco[...] não, isso não existe (articulação institucional CAPS – PSF), isso tem que ser construído, tem que ser proposto (F, 12/4/2006).

A relação que o CAPS tem é principalmente pra acompanhamento, a relação é essa, relação de acompanhamento, as vezes precisa realizar alguma busca ativa e não temos a possibilidade no momento, então, tem essa relação, a relação que a gente tem é mais no sentido de acompanhamento do próprio usuário; o que seria ideal, seria um pouco mais de estreitamento, discutir junto com o Programa de Saúde da Família alguns casos, nós irmos aonde os agentes comunitários estão, discutir algumas situações e isso não tem acontecido ainda; com essa lógica aí das regionalizações tem essa possibilidade; então, hoje existe uma relação, só que uma relação muito esporádica de situações isoladas e que precisa ser superada; o maior problema que existe é devido ao CAPS não ser territorializado, o CAPS II Ponta do Coral ele tem que atender uma demanda muito grande, basta ver o IBGE hoje, tem 400 e poucas mil pessoas em Florianópolis, então, é um CAPS II pra atender toda a demanda adulta do município, talvez o ideal seria um CAPS I em cada região, nas cinco regionais, e transformar esse CAPS num CAPS III no caso, e aí repensar depois toda a rede; então, a relação, ela se compromete com o Programa Saúde da Família devido a não territorialização do CAPS Ponta do Coral, a relação que existe é a relação de acompanhamentos isolados (GIRASSOL, 20/3/2006).

É uma relação ainda muito inicial ainda, um pouco precária; com os agentes comunitários a gente tem mais proximidade, no momento da visita domiciliar e no momento de fazer o resgate dos usuários que abandonaram, por algum motivo, o atendimento, mas acho que a relação poderia ser melhorada se o CAPS fosse territorializado, como a gente está aqui, é no centro pra todo o município, fica muito difícil, então, a nossa relação é muito mais com as referências regionais de saúde mental da atenção básica do que com as próprias equipes de PSF das unidades locais de saúde (VIK, 24/3/2006).

É isso que eu falei, essa perspectiva da regionalização que começou aqui visava uma maior articulação com a rede; eu acho que isso é um projeto que está ainda meio que na sua infância, ele está começando e, assim, o que eu te falei, a gente precisa sair mais daqui, no Norte (Regional Norte) a gente vai tentar essa experiência agora (realizar as reuniões da regional nos postos de saúde) de contato e incluir, por exemplo, os agentes comunitários nos processos de reunião com os pacientes daqui, tentar ver se eles podem estar acompanhando o paciente lá; tem uma paciente que está aqui que a gente esteve lá no Posto do Saco Grande pedindo pra equipe assumir alguns cuidados com essa paciente, eles se

dispuseram, mas assim, por enquanto ta muito mais alguma iniciativa aqui, ali, do que um processo mais amplo, não sei assim como isso vai caminhar com a história de já ter, por exemplo, profissionais regionalizados, isso também vai poder ser incrementado, esse é um desejo que eu tenho (P, 17/3/2006).

É muito pequena, muito, muito, muito, muito; eu não sei nem te dizer, em uma escala de um a dez acho que fica em dois, está muito pequena, está muito além do que poderia ser, eu acho que talvez com a implantação agora dos serviços na rede, nós temos em cada Regional um psiquiatra, dois psicólogos, uma média assim, está existindo mais aproximação, mas do CAPS não, muito pouco, muito pouco. [...] quando tu pergunta, hoje, qual é a relação do CAPS? eu não posso te mentir, pra mim é quase zero (LÉLI, 4/4/2006).

Buscando explorar as informações sobre a relação do CAPS com a rede municipal de serviços de saúde, perguntamos aos profissionais se o serviço realiza algum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. A maioria deles (75%) respondeu que não, dois referiram não saber responder e um respondeu que sim. Dentre os que responderam que não, um justificou que o CAPS não tem estrutura para atender mais esta demanda. Dois dos profissionais entrevistados disseram estar pensando neste tipo de trabalho. Um deles falou sobre a existência de um projeto, conforme relatado na fala que segue.

[...] a gente tem um projeto aqui que é de formação de acompanhantes terapêuticos, e no ano passado a gente formalizou esse projeto e mandamos pro Ministério da Saúde, ele foi aprovado e até hoje estamos esperando a liberação de dinheiro, mas enfim, o projeto foi aprovado, e a idéia era justamente transformar o agente comunitário de saúde num acompanhante terapêutico, e aí a gente faria a formação, uma capacitação, um curso de capacitação aqui, e depois faria o segmento com supervisões regulares, é uma forma de dar formação em saúde mental pra atenção básica e manter essa que é uma função do CAPS de dar supervisão e a formação mesmo pra esse nível da atenção; [...] a gente está esperando o dinheiro do Ministério da Saúde, ta lá pendurado, a gente olha o nome do projeto na internet, está lá, mas não tem nem empenho ainda, significa que não tem dinheiro destinado (F, 12/4/2006).

Para que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas na atenção básica é fundamental a capacitação destas equipes. A orientação é que as equipes de saúde mental de apoio á atenção básica incorporem ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. Conforme aparece na fala do profissional, são previstos recursos para o financiamento deste tipo de ações, embora, muitas vezes, a dependência de orçamento, a morosidade burocrática e/ou

ausência de decisão política, que justificam a longa demora, acabam por desestimular, dificultar, inviabilizar as iniciativas dos profissionais.

Repetidamente, temos ressaltado neste trabalho que os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico para a organização da rede de atenção em saúde mental, conforme é indicado nas diretrizes políticas da Reforma Psiquiátrica. Nesta direção, questionamos os técnicos da equipe do CAPS Ponta do Coral sobre qual o lugar que o serviço ocupa na rede municipal de atenção em saúde, em Florianópolis. As falas transcritas na seqüência destacam o fato deste não estar territorializado e, portanto, não se constituir no serviço regulador da porta de entrada para o atendimento em saúde mental. As equipes de saúde mental nas referências das Regionais de Saúde é que, atualmente, constituem-se no serviço primeiro de atenção em saúde mental. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhados pessoas com transtorno mental grave.

Seria esse serviço que articula, que regulamenta; não necessariamente ele é uma porta aberta que entra qualquer um; eu acho que ele pode até ser a articulação e a regulação, pode ser feita até capacitações nas equipes locais de unidades básicas, que a partir daí você vai poder em um caso de uma ansiedade ou uma briga com o namorado, “eu tomei 4 aspirinas”, não vai chegar aqui no CAPS; vai chegar aqui no CAPS realmente aquilo que for um caso mais grave, e só há possibilidade de isso acontecer a partir do momento em que as unidades locais estejam todas capacitadas e entendendo, até porque assim diminui o trânsito desse paciente; vamos supor: ele sai de uma cidade, vem pra Florianópolis, daí diz: onde é que eu vou num psiquiatra? Ah! vai lá no CAPS, aí alguém fala: mas tem que passar no clínico antes, aí passa no clínico, aí o clínico encaminha pro psiquiatra, daí ele não sabe onde vai procurar o psiquiátrica - vem pro CAPS, não vem pro CAPS, aí vem pro CAPS, mas é que na verdade ele toma fluoxetina há 2 anos, está em tratamento de manutenção porque ele tem um quadro de depressão recorrente, não é caso CAPS, então, isso já poderia ter sido triado lá no começo, o paciente já poderia estar tendo as consultas desde o início, todas acertadas, sem precisar ficar correndo de um lado pro outro [...]; então, eu acho que ele tem esse papel, tem essa função de regular, de saber o que está acontecendo no hospital, na Colônia, e ter esse contato, uma ligação sempre com a Colônia, e com os Postos de saúde [...]. (hoje, o CAPS faz isso?) algumas coisas, bem isoladas, de novo, é meio como um apaga fogueira; por exemplo, hoje, a gente foi fazer uma visita domiciliar lá no Saco Grande (bairro de Florianópolis) porque o paciente estava em tratamento psiquiátrico particular e parou de tomar o remédio, e aí a gente foi lá, só que o paciente não queria falar com a gente, mas, assim, eu chego lá, converso com a equipe que está lá naquele local e muitas vezes é só a psicóloga; também tem um certo descaso, no sentido de que ah! agora eu não posso falar, porque não percebe que conversando sobre aquele caso vai possibilitar que isso seja ampliado pra outros casos, pensam-se saídas semelhantes pra outro momentos, mas, assim, acaba virando um apaga fogo, e toda hora você tem que ir

apagar um fogo; então, existe um pouco, mas não de uma forma bem usada (J, 22/3/2006).

É atenção secundária como se diz; ele regula e não regula; [...] tudo vai passar muito pela clareza que os profissionais que estão na saúde mental tem em relação a própria epistemologia, tem em relação a própria política, tem em relação a própria noção de SUS, a própria noção de controle social, a própria noção dos princípios do SUS; então, tudo vai passar por isso, porque que eu estou dizendo isso, o CAPS é uma atenção secundária como a gente chama, eu acho ainda que o atendimento mais complexo, o atendimento terciário, deveria ser no território, acho que centrar as forças no território [...]; então, [...] a atenção básica é onde deveria regular isso, a regulação dessa entrada nesse sistema de saúde mental, nessa rede de saúde mental ela teria que ser prioritariamente atenção primária em saúde; então, as vezes, por necessidades especiais, por situações específicas, a pessoa acaba vindo direto pra cá, direto pro CAPS e aqui a gente atende, e, as vezes, essa pessoa não é indicada pra estar no CAPS, aí volta pra atenção básica, então, tem essa dificuldade, ou seja, o lugar que o CAPS ocupa na rede municipal de atenção em saúde é uma atenção secundária à pessoa com transtorno mental grave, já avaliada pela atenção primária em saúde, aquela pessoa que corre risco de suicídio, que acaba prejudicando a vida de outras pessoas, que está muito mal, nesse sentido (GIRASSOL, 20/3/2006).

Regulador da porta de entrada: não; como não é territorializado, a gente tem esse problema de ser serviço de referência pra onde vem os pacientes já encaminhados, ele passou pela porta de entrada do sistema lá no Posto, ele vem encaminhado pra cá ou através dos hospitais psiquiátricos, que é também uma outra forma de encaminhamento, mas a gente não faz a regulação da entrada; hoje, também, como tem equipes mínimas de saúde mental nas regionais, elas também funcionam muito mais como a reguladora do que nós; a porta de entrada é pelas equipes de saúde mental das regionais (F, 12/4/2006).

Eu acho que são várias coisas, por ser o único CAPS, pela rede não estar estruturada ainda, e pelas pessoas não conhecerem o serviço da rede, existe uma mistura, assim, o que é pra ir lá pro psiquiatra do Sul (regional de saúde), o que é pra vir pro CAPS; qual é o papel do CAPS, é a não internação, mas não tem CAPS III, então, a noite o cara não tem pra onde ir, na verdade, o CAPS ele é um espaço que regula a entrada do usuário sim, num primeiro momento sim, porque todos os que foram para a atenção básica muitos foram daqui, muito mais que a procura de fora daqui, primeiro eles vem pra cá, depois eles vão pra lá, agora o processo até está sendo inverso, já estão procurando a atenção básica porque eles já estão conhecendo, mas antes era daqui pra atenção básica, e é o único espaço, programa que acolhe o usuário psicótico, com transtornos mentais graves, porque a rede básica, ela não atende, se o cara tem um surto psicótico, está com qualquer surto, que está mal, ou ele tem um embotamento, ele não fala, está na família há anos, está lá segregado, está lá no quatinho dos fundos, não é caso de atenção básica é caso CAPS, então, ele é o único serviço de Florianópolis que se propõem a atender o usuário, o portador de sofrimento psíquico fora de hospital (LÉLI, 4/4/2006).

Ele é o primeiro serviço de saúde mental do município, primeiro serviço estruturado, credenciado no Ministério da Saúde, eu penso que ele tem um papel importante, ele serve como uma referência de atendimento em saúde mental a usuários portadores de transtornos mentais; dentro da rede, hoje, a gente tem as referências regionais de atenção em saúde mental na atenção básica, nas ULS, que são as unidades locais de saúde, então o CAPS serve como referência de atendimento a usuários com transtornos mentais graves do município de Florianópolis, é pra isso, essa é a função (VIK, 24/3/2006).

Pelas falas dos profissionais evidencia-se que Florianópolis não tem uma política municipal de saúde mental estruturada. A rede de serviços está em processo de formação e implementação. As ações ainda são muito isoladas e fragmentadas, sem uma direção comum. É notório que um único CAPS para atender a totalidade da demanda adulta do município é insuficiente. As possibilidades de atuação do serviço na prevenção e promoção da saúde mental, na capacitação e supervisão das equipes de atenção básica ficam, assim, prejudicadas e/ou inviabilizadas.

No processo de operacionalização da Reforma Psiquiátrica, conforme as orientações da Política Nacional de Saúde Mental e as propostas aprovadas na III CNSM, é necessário que os gestores estaduais e municipais estabeleçam mecanismos efetivos para o controle das internações psiquiátricas. De acordo com a Portaria GM/MS n ° 336/02, os CAPS devem possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou modulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local (BRASIL, 2002a). Com base nisto, perguntamos aos entrevistados se o CAPS tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Eles referiram que não, contudo, divergiram sobre como o serviço fica sabendo quando ocorre internação de seus usuários.

Não tem. A gente fica sabendo quando a família comunica ou quando é usuário de atenção intensiva, ou ele fez uma crise ou ele desapareceu do serviço, aí pela falta mesmo, pela ausência que ele provoca a gente vai atrás e fica sabendo que ele foi internado, mas a gente não tem instrumentos de controle sobre isso; a gente faz, no momento da internação, a gente procura manter pelo menos uma visita da equipe da Regional pra não perder o vínculo etc., mas nada formalizado, assim, no momento que aparece, que a gente fica sabendo; geralmente, a gente sabe, hoje é relativamente fácil, não acontece daquilo... fulano desapareceu e de repente aparece ele dois meses depois aqui novamente..., sai da internação ontem e tal, isso não acontece mais, geralmente a gente consegue ficar sabendo (F, 12/4/2006).

Não. Na realidade a família leva pra internar e pronto, as vezes comunica, as vezes a gente fica sabendo quando a gente vai fazer uma visita lá, muitas vezes a gente nem sabe que o paciente ficou internado, a não ser quando a gente liga, e aí o que está acontecendo, não está vindo, mas ele foi internado; então, não há esse controle e também quando é internado lá, dificilmente, alguém entra em contato, nunca vi, entra em contato olha fulano de tal está internado aqui com a gente, não tem essa comunicação (J, 22/3/2006).

Em relação ao controle das internações psiquiátricas, oficial e formal, nós não temos; estou falando enquanto profissional que atende uma determinada regional de saúde, isso nós não temos; o que poderia ser feito: um maior estreitamento com o “manicômio”, com o IPQ ou o São José (hospitais psiquiátricos), que quando internasse pessoas lá teria esse contato aqui, pra gente já ir conversando, já acompanhando juntamente com a equipe do hospital psiquiátrico essa pessoa, porque final de semana ou depois das 18 horas o serviço não atende, as vezes as pessoas entram em crise e a gente não tem como acompanhar isso, não tem como saber; o acompanhamento que tem é, as vezes, os familiares nos avisam que a pessoa está internada, quando a gente acompanha essa pessoa e fica sabendo que ela acabou internando; então, não tem uma política mais estreita de acompanhamento de internação psiquiátrica, isso não tem. (GIRASSOL, 20/3/2006).

Da área de abrangência seria toda a cidade, isso não, mas dos usuários aqui sim, atendidos aqui sim; [...] geralmente, assim, quando o usuário está iniciando um surto a gente tenta fazer o atendimento pra prevenir a internação, pra evitar de fato a internação psiquiátrica, só que nós estamos aqui até as 6 horas da tarde e não estamos final de semana, então, a gente não está nem a noite nem final de semana, e aí acontece de a família internar, isso acontece pouco, muito pouco, e quando acontece a gente faz o atendimento no próprio hospital, a gente vai até lá faz o atendimento, mas é pouco assim, agora da cidade como o todo a gente não tem (VIK, 24/3/2006).

O controle ele tem pelo prontuário, não poderia te dizer que tem um controle do ponto vista de uma escala, ah anualmente quanto a gente tinha e quantos foram internados, [...] o usuário se ele foi internado a gente não soube, se está internado, aí ele aparece aqui depois da internação, um mês ou dois meses, a gente tem escrito no prontuário, esse é digamos o que a gente fica sabendo (LÉLI, 4/4/2006).

Não, eu digo por nós, eu acho que, as vezes, a gente... ah o paciente foi internado, como acontece de a gente saber, e as vezes a gente vai lá fazer uma visita, as vezes tem a questão do carro (o CAPS tem um carro a disposição somente um dia por semana), e a gente fica...; sempre que acontece e tal, as vezes, a gente nem fica sabendo, quando vê o paciente já está de volta, as vezes acontece essa situação; eu fui tentar fazer um pequeno levantamento pra fazer essa avaliação e percebi que a gente não tem registro de quantos dias o paciente ficou internado, se ele ficou internado quantas vezes durante o tempo que está em tratamento aqui, falta um registro melhor e um acompanhamento melhor dos técnicos; (como ficam sabendo da internação) as vezes o paciente volta já depois, as vezes a família liga avisando, [...] o hospital não me lembro se eles ligaram, só se precisar de alguma coisa, em geral, eles não ligam; então,

assim, o paciente saiu aí eles trazem de novo aquele encaminhamento, ou ele vem pra cá porque, normalmente, ele já estava aqui, mas assim, a gente tenta ao máximo que ele não precise ser internado, essa política existe, segurar a crise (P, 17/3/2006).

Sobre este aspecto, as propostas aprovadas na III CNSM indicam que a internação e a reinternação psiquiátrica deverão ocorrer após avaliação da equipe técnica de saúde mental dos serviços substitutivos, devendo ser estabelecidas formas de controle único para a emissão de AIH, assegurando que todas as internações necessárias sejam autorizadas pelo serviço público, preferencialmente de base territorial (BRASIL, 2002a).

Conforme pode ser observado nas falas dos participantes da pesquisa, a insuficiência do CAPS em exercer o controle das internações referente a sua clientela e a demanda no município refere-se ao fato de o serviço não estar territorializado, sendo inviável cumprir com tal exigência no âmbito da totalidade de uma população de aproximadamente quatrocentos mil habitantes, distribuídos numa área geográfica de 436,5 Km². Com a implantação das equipes de saúde mental nas Regionais de Saúde, estas passam a ser as responsáveis pela regulação da porta de entrada no sistema de atendimento. O CAPS II Ponta do Coral passa a ser a referência para onde são encaminhadas pessoas com transtornos mentais graves, egressos de hospitais psiquiátricos, internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). A falta de controle das internações psiquiátricas é uma realidade também de outros centros de atenção psicossocial, conforme verificado por Franco (2005), em seu estudo sobre o CAPS do município vizinho de Palhoça/SC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha deste tema de pesquisa está relacionada à minha trajetória de estudos no Curso de Graduação em Serviço Social e à minha inserção como pesquisadora no Núcleo de Estudos e Pesquisas Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas (NESPP) do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. A esta trajetória soma-se a experiência de Estágio Curricular em Serviço Social, realizada no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis, em 2003, da qual resultou o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Programa Alta Progressiva: uma contribuição para o processo de reabilitação psicossocial no HCTP de Florianópolis”. Com o referido Estágio foi possível vivenciar o contato direto com a realidade de algumas instituições como hospitais psiquiátricos e centros de atenção psicossocial da rede municipal e estadual de serviços de atenção em saúde mental, fato este que estimulou a busca de novos conhecimentos e o desejo de atuação profissional na área. A continuidade dos estudos foi possibilitada por meio da entrada como mestranda no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da mesma universidade. Sendo assim, o trabalho que apresentado nesta dissertação tem estreita relação com meu percurso profissional e meu desejo pessoal.

Conforme destacamos no decorrer do estudo, a reestruturação dos serviços de atenção em saúde mental busca o estabelecimento de novas bases para a assistência psiquiátrica, enfatizando a atenção diária e as alternativas à hospitalização, em paralelo a um trabalho social que vise transformar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. Nesse processo, os CAPS constituem-se no dispositivo estratégico da mudança do modelo assistencial e na organização da rede comunitária de cuidados, assim como no direcionamento local da política de saúde mental.

A implantação de uma nova política de atenção, com as implicações socioculturais da proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira passa pela necessidade de articulação intersetorial e por ações que contribuam para alterar as representações sociais sobre a loucura e os direitos dos portadores de transtornos mentais. A transformação do modelo assistencial e de um conceito teórico em diretrizes operacionais é um processo complexo e depende de vários fatores para que se mantenha a direcionalidade pretendida pelos diferentes atores sociais, participantes do jogo social.

Especificamente, no caso do CAPS estudado, as dificuldades de concretização dessa nova lógica de atenção em saúde mental perpassam e se inter-relacionam nos diferentes eixos que compuseram a presente pesquisa.

No que se refere a estrutura física, os profissionais indicam que o CAPS conta com espaço e equipamentos adequados às necessidades do serviço. Entre os anos de 2003 a 2004, o CAPS passou por uma reforma em suas instalações, ficando estas, adequadas aos objetivos da unidade. As condições poderiam ser melhores se as oficinas produtivas fossem realizadas em outro local, pois além de favorecer a utilização do espaço hoje ocupado para outras atividades, possibilitaria a inserção dos usuários em outro ambiente, favorecendo-lhes sua sociabilidade.

Em relação aos materiais de consumo, os problemas vão desde a ausência total de objetos e utilidades básicas à manutenção do serviço até o recorrente atraso no repasse dos materiais necessários às oficinas terapêuticas e de produtividade. As oficinas ficam prejudicadas e até mesmo paralisadas por conta das faltas de recursos e dificuldades de gestão adequada do serviço. Esta situação coloca em prejuízo o projeto terapêutico de tratamento dos usuários e a eficácia e efetividade dos propósitos da nova política de atenção em saúde mental.

No campo da gestão do CAPS, apesar da histórica escassez de recursos destinados à saúde, foram evidenciadas situações problemáticas, principalmente no processo de descentralização político-administrativa, que poderiam ser melhoradas a partir dos recursos existentes. De acordo com os resultados da pesquisa, 50% do grupo de técnicos afirmam que existe planejamento e avaliação das ações. Alguns deles observam estar se referindo ao planejamento e avaliação que acontece nas reuniões de equipe, com ressalvas à falta de um processo de avaliação, objetiva e sistemática, dos resultados do trabalho. Dentre os 50% que declaram não existir processo de planejamento e avaliação das ações, um deles observou estar se referindo a ausência de planejamento da gestão do CAPS.

Sobre este aspecto, cabe destacar que as técnicas disponíveis na área de planejamento e avaliação de serviços de saúde têm mostrado bons resultados quando aliadas à vontade política de mudar a situação. Apesar dos dados demonstrarem uma divisão entre os técnicos no que se refere a afirmação sobre a existência de planejamento e avaliação, destacamos que as poucas ações que acontecem giram em torno das atividades que são e aquelas que poderão ser realizadas, e na discussão sobre as dificuldades cotidianas do trabalho na unidade. As avaliações são informais, realizadas na reunião

mensal da equipe técnica e nas reuniões clínicas semanais, sendo notório a ausência de um processo de planejamento estratégico, sistemático e contínuo do projeto terapêutico do CAPS, bem como, de avaliação de indicadores.

Com relação aos recursos financeiros, os resultados da pesquisa apontam para o que já vem sendo denunciado por autores como Amarante (2003; 2005): o atual sistema de alocação de recursos que o SUS direciona aos CAPS não se mostra condizente com a proposta do processo de Reforma Psiquiátrica, nem com a estratégia de atuação dos serviços substitutivos de base territorial. O pagamento pelo sistema de procedimentos realizados, por meio das APACs, condiciona a existência de recursos à produtividade do serviço. Quando os CAPS não estão articulados com outras políticas sociais necessárias à sobrevivência do usuário e a adesão dele ao projeto de vida que o serviço deve-lhe oferecer, a tendência é fracassar.

Para que a pessoa possa freqüentar o CAPS ela precisa de condições materiais e psicossociais básicas, como moradia, transporte, alimentação, auto-estima, estímulo, desejo, etc.. Quando o usuário não desfruta de tais condições as chances dele se vincular ao projeto terapêutico são menores e, conseqüentemente, sem a participação ativa dos usuários o CAPS não terá produtividade. Ainda, nem todas as ações realizadas no CAPS constam na tabela de procedimentos pagos pelo atual sistema do SUS, dificultando as atividades de ressocialização que envolvem trabalhos na comunidade e na sociedade.

Os profissionais afirmam que os usuários participam do planejamento das atividades do CAPS. Referem que isso acontece em dois momentos: um deles é na assembléia do CAPS, o outro, diz respeito a participação específica da associação de usuários em algumas atividades. Neste caso, foi possível perceber que a participação dos usuários em geral diz respeito mais a questões cotidianas do funcionamento do serviço. A associação participa diretamente da comercialização dos produtos confeccionados nas oficinas e na realização de alguns convênios com entidades da área da cultura, lazer, ensino, etc. Necessariamente, os CAPS precisam de um modelo de gestão compartilhada, que abarque as especificidades da área da saúde mental e envolva os usuários, os familiares e os técnicos como sujeitos partícipes do processo de gestão do serviço.

No eixo recursos humanos e projeto terapêutico existem contradições explícitas e implícitas que perpassam o discurso e as práticas dos técnicos que prestam assistência aos usuários do serviço. Eles reconhecem e destacam a relevância do trabalho em equipe, argumentam que este traz a possibilidade de trocas entre as várias áreas do conhecimento e a conseqüente oferta de um atendimento multidimensional. Contudo, relatam dificuldades

na realização deste trabalho, devido a uma suposta diferença de formação profissional e de concepção, com relação ao que sejam os objetivos do CAPS e da Reforma Psiquiátrica. Indicam existir interdisciplinaridade no atendimento ao usuário, no entanto, percebeu-se que a concepção de interdisciplinaridade aparece muito mais próxima de uma prática que se refere a multiprofissionalidade, estando ainda distante dos ideais da intertransdisciplinaridade.

Sendo assim, cabe destacar que sem a devida clareza e consciência do que exatamente deve mudar corre-se o risco de que, fundamentalmente, se modifiquem os espaços de realização do tratamento, transferindo-se e conservando-se as práticas de exclusão e discriminação. É preciso se ter em conta que toda dimensão técnica tem também uma dimensão política. Dessa forma, faz-se necessário questionar-se sobre o que se pretende com o “fazer” nos novos serviços de atenção à saúde mental e que valores estão presentes nas ações executadas. O usuário precisa ser percebido como sujeito do processo saúde-enfermidade, e não como objeto e instrumento do exercício das relações de poder disciplinar.

Com relação ao eixo participação do usuário e da família no tratamento, os participantes da pesquisa identificam dificuldades em realizar o atendimento familiar no CAPS. Os profissionais relacionam como justificativas, a falta de técnicos qualificados para esse tipo de trabalho e a sobrecarga de atividades da equipe. Outros aspectos que envolvem questões particulares e sociais como a resistência das famílias, a resistência dos usuários em aprofundar a relação com suas famílias, a falta de compreensão e entendimento do que seja o transtorno mental, do que é o tratamento, da função do CAPS, também foram relatados pelos entrevistados. Entre os obstáculos para a (re)inserção familiar dos portadores de transtorno mental estão a dificuldade na compreensão da situação de sofrimento psíquico da pessoa, o medo, o preconceito e o estigma da loucura ainda presentes no imaginário social das pessoas.

Sobre a importância que as associações de usuários, técnicos e familiares assumem no processo da Reforma Psiquiátrica e no tratamento do portador de transtorno mental, os profissionais entrevistados destacam o papel desta no controle social da política pública de saúde mental, na luta política pela conquista e defesa dos direitos, no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, e a influência na dinâmica do tratamento e na vida do próprio usuário. Neste aspecto queremos destacar a necessidade de se reconhecer, no processo de implantação da Reforma e da política de saúde mental, um projeto ético-político social, capaz de reavaliar, substancialmente, o conceito tradicional de

“doença/saúde mental” e, conseqüentemente, a forma de como lidar as diferenças em sociedade.

No eixo (re)inserção social procuramos identificar se as práticas desenvolvidas no e pelo CAPS se encaminham na direção da realização de ações voltadas à desinstitucionalização e à reabilitação psicossocial. Em geral, os entrevistados referem que apesar de esta ser a intenção, este tipo de prática acontece apenas em parte, e com algumas dificuldades. Foram citadas como justificativas para esta situação a falta de uma rede local de serviços de atenção em saúde estruturada, a não territorialização do CAPS e as dificuldades encontradas no trabalho em equipe, entre outras. A maioria deles afirma que não existem ações intersetoriais do CAPS com outras instituições que envolvam educação, cultura, esporte, trabalho, lazer.

Tais dados nos remetem ao questionamento sobre como a Reforma Psiquiátrica, em sua aplicação prática, apresenta certa inércia política. Existe uma lacuna entre o referencial teórico do novo modelo de atenção e as práticas que se efetivam no cotidiano dos serviços. Com isso, queremos chamar a atenção para a necessidade urgente de se construírem ações de atenção que favoreçam o conhecimento de si, reforcem a autonomia, o cuidado de si e a emancipação do sofredor psíquico.

Com relação as dificuldades para (re)inserção social dos portadores de transtorno mental no conjunto da sociedade mais ampla, os entrevistados referem que existem questões ligadas ao estigma, ao preconceito, ao mito do louco e da loucura, presentes no imaginário social, e outras relacionadas a problemas encontrados na implantação da rede de serviços de saúde mental. A Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS, a implantação da rede de serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico foram destacadas pela maioria dos profissionais como um dos avanços na construção da cidadania dos portadores de transtorno mental. Foram relacionadas, também, as mudanças com relação ao que seja a loucura no imaginário social das pessoas e a conquista político-jurídica dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico. Na visão dos participantes da pesquisa, o papel do CAPS na operacionalização da Reforma Psiquiátrica relaciona-se a função de pensar e articular a estruturação de toda a rede de serviços, servindo de ponto de apoio ao usuário e desencadeador dos pressupostos da própria Reforma. Não obstante, destacamos aqui a necessidade de se refletir sobre o descompasso entre a vitória no campo jurídico, o novo discurso da Reforma Psiquiátrica e um fazer prático que parecem ainda negar a emancipação do portador de transtorno mental.

No eixo integração do CAPS Ponta do Coral com a rede básica de saúde do município, os dados coletados na pesquisa indicam que a relação existente é pouca, funciona de maneira precária e confusa, e que ainda está num processo preliminar. A articulação com as equipes de PSF e PACS também é insuficiente, acontece de forma fragmentada, e em alguns casos, quando o usuário demanda. A unidade não realiza nenhum trabalho de educação permanente, capacitação ou supervisão sobre saúde mental para as equipes de saúde da atenção básica. Apenas dois profissionais referiram estar pensando neste tipo de trabalho.

Foram apontadas como justificativas para esta situação o fato do CAPS não estar territorializado, de ser o único serviço desta natureza para atender a população adulta de todo o município, e a ausência de um planejamento e estratégias para que isso aconteça de forma mais articulada institucionalmente. Basicamente, o CAPS é uma referência de atenção secundária para onde são encaminhadas pessoas com transtorno mental grave. E, segundo os entrevistados, não tem controle das internações psiquiátricas de seus usuários e da sua área de abrangência. Neste aspecto, vê-se a urgência na redefinição da abordagem em saúde mental, fazendo-se necessário a construção de estratégias de atenção integral, dentro dos princípios do SUS, que envolvam o portador de transtorno mental como cidadão, a família, o Estado e a sociedade.

De acordo com os profissionais existem diferenças no atendimento prestado no e pelo CAPS em relação aos hospitais psiquiátricos. Eles se referem às diferenças nas relações de poder e hierarquia. O atendimento multidimensional, acolhedor, em oposição a prevalência do discurso médico psiquiátrico do hospital, e o projeto terapêutico de tratamento individualizado, que respeita as singularidades e as necessidades de cada usuário também foi destacado como diferencial, em contraposição ao tratamento igual para todos das instituições tradicionais. Outro fator mencionado foi a preocupação em evitar e substituir a internação, em oposição as internações hospitalares prolongadas.

Por fim, os dados coletados na presente pesquisa indicam que, no âmbito da gestão do CAPS, a insuficiência dos recursos e as dificuldades na transferência e administração destes, prejudicam o funcionamento do serviço; a falta de planejamento estratégico e avaliação sistemática das ações, bem como as dificuldades no trabalho em equipe comprometem a relação eficácia/efetividade dos objetivos propostos; a ausência de uma rede municipal de serviços de saúde mental estruturada e articulada aparece como um obstáculo às práticas de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Concluimos, com este estudo, que a mudança do modelo assistencial, orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é ainda um dos desafios à concretização de uma política de saúde mental pautada na nova relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico. As dificuldades à operacionalização da política de saúde mental perpassam as diferentes faces e frentes de atuação que constituem o complexo processo social da Reforma, nas suas dimensões teórico-epistemológica, técnico-assistencial, político-jurídico e sócio-cultural.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____, P. (coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995a.

_____, P.. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. vol.11, no.3, jul./set. 1995b, p.491-494. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 14/09/2005.

_____, P. A (clínica) e a Reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. pp. 45-65.

_____, P. **A epistemologia e a Clínica da Reforma**. Conferência proferida no IV Encontro Catarinense de Saúde Mental. Florianópolis, 30 de junho a 2 de julho de 2005. (anotações manuscritas).

BASAGLIA F. (coord.) **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 3ª ed. Tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002a, 213 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em Saúde Mental 1990-2002**. 3ª ed. revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAPS II PONTA DO CORAL. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. **Projeto Terapêutico**. Florianópolis, 2004.

CORREIA, M. V.C..Que controle social na política de Assistência Social? **Revista Serviço Social & Sociedade**. N. 72. São Paulo: Cortez, nov. 2002, pp. 119-144.

COSTA, R. C. R. da.. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia e Política** Nº 18: 49-71 JUN. 2002

COSTA –ROSA, A. da; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. p. 13-44.

COSTA-ROSA, A. da.. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asialr. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. p. 141-168.

CHIZZOTTI, A.. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R.. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

DESVIAT, M.. **A Reforma Psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

DIAS, M. T.G.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental**. In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Juiz de Fora, 2002.

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

FLEURY, S.. **Espaço, território e cidadania: a cidade dos cidadãos**. Trabalho apresentado no VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra (16,17,18 de setembro), 2004. Disponível em: <www.ces.uc.pt/LAB2004>. Acessado em 20 de fevereiro de 2006.

_____, S.. (org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989.

FREIRE, F. H. M. de A.; UGÁ, M.A.D.; AMARANTE, P. Os centros de atenção psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

FRANCO, S. de O.. **Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de caso**. 2005. 110f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Florianópolis, 2005. 110f.

FURTADO E SILVA, J. M.. **Desinstitucionalização, terapêutica e modelo assistencial**. Percepções dos profissionais e usuários do CAPS Ponta do Coral – Florianópolis. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2004.

GRUGINSKI, B. E.. **Uma análise da trajetória da formação de profissionais de saúde mental do Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral** – Florianópolis, Santa Catarina. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E.. **A pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, R.. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M.. **Microfísica do poder**. Trad. de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graaal, 1979.

MINAYO, M. C. de S.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC; ABRASCO, 1994.

MIOTO, R.C.T.. Família e saúde mental: contribuições para reflexão sobre os processos familiares. **Revista Katalysis**. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico. Departamento de Serviço Social. N.2 Florianópolis: Editora da UFSC, 1998.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

NICOLAZZI, F. C.; COLZANI I.. **Reconhecendo as vozes de uma equipe de saúde mental: em busca da articulação e qualificação das ações em saúde**. Monografia

(Monografia de Conclusão do Curso de Pós Graduação Latu Sensu - Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência. Florianópolis, 2004.

OLIVEIRA, W. F.; DORNELES, P.. Patrimônio e ambiente da loucura: a formação do profissional de saúde mental e o dialogo com a vida da cidade. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

PITTTA A.. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje. In: PITTA. A.(org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

RODRIGUES, J. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral**: desvelando sua significação. 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

_____. **Formação política dos integrantes de uma Associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

ROSA, L.C.dos S.. Os saberes construídos sobre a família na área da saúde mental. **Revista Serviço Social & Sociedade**. N° 71. Ano XXIII. São Paulo: Cortez, set de 2002, pp. 138-164.

_____. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, F., et. al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SANTOS, W.G.. **Cidadania e Justiça**. Rio de Janeiro: Editora Campos, 1979.

SARACENO, B.. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SOUZA, W. da S.. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. **Cadernos de Saúde Pública**. [online]. jul./ago. 2001, vol.17, no.4

p.933-939. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 19/10/2005.

SPRICIGO, J.S.. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p. – (Teses em Enfermagem, 42).

STUANI, D.. **Projeto de Estágio**. (Projeto de Estágio Curricular apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina). Florianópolis, 2005. texto digit.

TENÓRIO, F. G. (org.). **Gestão de ONGs**: principais funções gerenciais. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

TORRE, E.H. G; AMARANTE, P.. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. [online]. 2001, vol.6, no.1 [citado 05 Dezembro 2005], p.73-85. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br> >. ISSN 1413-8123.

TRIVIÑOS, A.N. S.. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. (org.). **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000a.

_____, E. M. Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio – subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000b. p. 169-194.

VIEIRA, L. **Cidadania e globalização**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO PROFISSIONAIS

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Formulário a ser aplicado a todos os profissionais da equipe do CAPS.

Identificação

Nome:

Apelido:

Formação:

Ano:

Capacitação específica na área: Sim Não

Nível: residência especialização mestrado doutorado

Tempo de serviço na instituição:

Tipo de vínculo empregatício: Servidor público concursado contrato temporário

Outro. Especifique _____

Regime de trabalho: _____ (horas semanais)

Tempo de atuação na área:

Experiência de atuação profissional em outra instituição: Sim Não

Qual:

Tempo:

Principais perguntas

- 1) A área física do Caps é suficiente para o atendimento da demanda? Sim Não
- 2) As instalações são adequadas para a realização das atividades propostas? Sim Não
- 3) Os equipamentos disponíveis são suficientes? Sim Não
- 4) Estão em bom estado de utilização? Sim Não
- 5) Os materiais disponíveis são suficientes? Sim Não
- 6) Existem dificuldades na realização das atividades do Caps Sim Não. Em caso de resposta afirmativa, especifique as cinco principais? _____

- 7) O trabalho é realizado em equipe? () Sim () Não.
- 8) Existe algum tipo de supervisão de equipe ou outro recurso para acompanhar e discutir as questões do trabalho em equipe? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual?
-

9) Participa ou já participou de capacitação específica para atuar no Caps? () Sim () Não. Em caso afirmativo, qual? _____

10) Durante o tempo em que está trabalhando na instituição houve algum treinamento ou capacitação? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quando? _____(ano). De quantas horas? _____. Organizado por quem? _____

11) Na sua opinião, existe interdisciplinaridade no trabalho no Caps? () Sim () Não

12) Você conhece a política de saúde mental? () Sim () Não.

13) No Caps, existe disponibilidade de material didático e documentos sobre a política de saúde mental? () Sim () Não.

14) Existe planejamento e avaliação das ações do Caps? () Sim () Não

15) Existe projeto terapêutico de trabalho da instituição? () Sim () Não. Em caso afirmativo, foi planejado em equipe? () Sim () Não.

16) O serviço adota projeto terapêutico individualizado? () Sim () Não.

17) O usuário participa do planejamento do seu tratamento? () Sim () Não.

18) Existe atendimento familiar? () Sim () Não.

19) Existem ações intersetoriais do Caps e outras instituições que envolvam: educação, trabalho, esporte, cultura e lazer? () Sim () Não. Em caso afirmativo, quais?

20) Existe relação do Caps com a rede básica de saúde municipal? () Sim () Não.

Que tipo? _____

21) O Caps realiza algum trabalho de educação permanente (capacitação e supervisão) sobre saúde mental em cooperação com as equipes de atenção básica? () Sim () Não.

Que tipo? _____

Outras observações:

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Título da pesquisa: A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis.

Objetivo geral: analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Entrevista a ser realizada com os profissionais da equipe do CAPS, segundo o critério de escolha de um profissional de cada área de formação de nível superior entre as existentes na unidade. Em caso de mais de um profissional na área será realizado sorteio.

Identificação

Nome:

Apelido:

Temas e principais perguntas

1 Estrutura e recursos financeiros

- 1) Qual conhecimento possui sobre o repasse dos recursos financeiros para o Caps?
- 2) Conhece a forma de financiamento do serviço? O que você acha?
- 3) Como são administrados os recursos repassados? Existe planejamento?
- 4) Na sua opinião, a descentralização administrativa dos recursos possibilita o planejamento e uma melhor utilização das verbas de custeio do Caps? Quais as vantagens e desvantagens identifica?
- 5) Na sua opinião, os recursos repassados (gerados pelo serviço) são suficientes para realizar as atividades do Caps? Em caso de resposta negativa, quais atividades ficam prejudicadas e/ou poderiam ser realizadas se houvessem recursos?
- 6) Existem dificuldades no funcionamento do Caps com relação a falta de recursos financeiros? Quais identifica?

2 Recursos humanos e projeto terapêutico

- 1) Quais dificuldades identifica no trabalho em equipe no Caps?
- 2) Na sua opinião, quais vantagens o trabalho em equipe possibilita?
- 3) Considera importante a capacitação específica em saúde mental para atuar no Caps? Fale sobre.

- 4) Na sua opinião, qual a importância da interdisciplinaridade no atendimento ao usuário de saúde mental?
- 5) Considera importante conhecer sobre a política de saúde mental, seus princípios, sua estrutura e organização para o trabalho do Caps?
- 6) Como acontece o planejamento e a avaliação das ações do Caps?
- 7) Na sua opinião, em relação ao atendimento nas instituições tradicionais/asilares (hospitais psiquiátricos), como é o atendimento ao usuário no Caps?

3 Participação do usuário e da família no tratamento

- 1) Como é pensado o projeto terapêutico de tratamento do usuário?
- 2) Como o usuário participa do planejamento do seu tratamento?
- 3) Quais as formas criadas para oportunizar a participação do usuário no planejamento do seu tratamento?
- 4) A família participa do tratamento? Em caso de resposta afirmativa, de que forma? Em caso de resposta negativa, por quê?
- 5) Quais as formas criadas para oportunizar a participação da família no tratamento?
- 6) Quais dificuldades identifica com relação a realização do atendimento familiar?
- 7) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção familiar do portador de transtornos mentais?
- 8) Qual o papel dos usuários (ou da associação de usuários e familiares) no planejamento das ações do Caps?
- 9) Na sua opinião, qual a importância das associações de usuários e familiares para o tratamento do portador de transtornos mentais e para os serviços de saúde mental?

4 Inserção social

- 1) Na sua opinião, as práticas assistenciais realizadas no Caps encaminham-se na direção da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial?
- 2) Quais dificuldades identifica com relação a (re)inserção social do portador de transtornos mentais?
- 3) Quais avanços e conquistas identifica com relação a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais?
- 4) Na sua opinião, o atendimento no Caps possibilita ao usuário a construção da sua autonomia? Como?

- 5) Na sua opinião, a organização atual dos serviços de saúde mental (da política de saúde mental) favorece a construção da cidadania e a inserção social do portador de transtornos mentais? Qual a importância do caps nesse contexto?

5 Integração com a rede municipal de assistência em saúde

- 1) Qual a relação do Caps com a(s) equipe(s) de Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do seu território ou área de abrangência?
- 2) O Caps tem controle das internações psiquiátricas no seu território? Em caso afirmativo, como ocorre este controle?
- 3) Na sua opinião, qual o lugar que o Caps ocupa na rede de atenção em saúde? Constitui-se no serviço que regula a porta de entrada para o atendimento em saúde mental?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este instrumento tem a intenção de obter o seu consentimento por escrito para participar do estudo “A operacionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira – um estudo no CAPS Ponta do Coral de Florianópolis”, durante o período de 01 a 31 de março de 2006, com o intuito de contribuir para o levantamento de dados para a elaboração do referido trabalho.

O estudo tem como objetivo geral analisar a realidade institucional do Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral de Florianópolis com relação ao processo de operacionalização da política de saúde mental, a partir das exigências da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Ao propormos a presente pesquisa esperamos contribuir com a produção de conhecimentos e saberes sobre as novas práticas de atenção e cuidado ao portador de transtornos mentais.

Os relatos obtidos serão confidenciais e, portanto, não será utilizado o nome dos participantes em nenhum momento, garantindo sempre o sigilo da pesquisa e os preceitos éticos da profissão. Os depoimentos serão referenciados pelo apelido a ser escolhido pelo próprio entrevistado

Certa de sua colaboração, agradeço sua disponibilidade em participar do estudo.

Eu _____,
consinto em participar desta pesquisa, desde que respeitadas as respectivas proposições contidas neste termo.

Florianópolis, março de 2006.

Assinatura do entrevistado.

ANEXO A – Autorização institucional para realização da pesquisa empírica